

Abdou Salam FALL et Rokhaya CISSÉ (éds)

Benchmarking de la protection sociale dans les pays du Sud



Les Études Internationales du LARTES-IFAN

N° 0012/2021

Benchmarking de la protection sociale dans les pays du Sud



Les Études Internationales du LARTES-IFAN

N° 0012/2021

Juin 2021

Équipe de recherche

Pr Abdou Salam FALL

Dr Rokhaya CISSE

Dr Soufianou MOUSSA

Mame Oulèye Tooli FALL

Dr Alex Nadège OUEDRAOGO

Tamsir SENE

AFRIQUE

Mamadou Chérif DIALLO

Faty NIANG

Thioro DIOUF

Mame Diarra NDIAYE

AMÉRIQUE LATINE

Mame Aminata DIAGNE

Asse TALL

ASIE

Mame Oulèye Tooli FALL

Abdoulaye WELLE

Laboratoire de Recherche sur les Transformations Économiques et Sociales (LARTES-IFAN)

Camp Jérémy - BP : 206 Dakar

Tél. : Bureau : +221 33 825 96 14

Fax: +221 33 825 92 13

Site Web: <http://www.lartes-ifan.org>

Les Études Internationales du LARTES-IFAN

ISSN 0012/2021

Sommaire

AVANT-PROPOS.....	5
PREFACE.....	7
INTRODUCTION.....	9
1. BENCHMARKING : METHODOLOGIE DES BONNES PRATIQUES EN PROTECTION SOCIALE.....	9
2. RECAPITULATIF DES PROGRAMMES ET THEMATIQUES DE PROTECTION SOCIALE.....	12
3. LA VISUALISATION DES LEVIERS DES BONNES PRATIQUES PAR LES NUAGES DE MOTS.....	16
4. ANALYSE DES BONNES PRATIQUES EN PROTECTION SOCIALE.....	45
5. LA COMPARAISON ENTRE LES RESULTATS DU BENCHMARKING ET LES PROGRAMMES DE PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL.....	79
6. CONCLUSION : LES PISTES D’ACTION.....	50
7. BIBLIOGRAPHIE.....	55
8. ANNEXES.....	62

Liste des SIGLES

ABEP : Adult Basic Education Program
AISS: Association Internationale de la Sécurité Sociale
ANSD: Agence Nationale de Statistique et de la Démographie
AOP : Pension Vieillesse
ARV : Anti Rétro Virale
BASIC : Pension de Retraite de Base
BIRD : Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement
BSF: Bourse de Sécurité Familiale
CAIXA : Banque Fédéral au Brésil
CMU : Couverture Maladie Universelle
COVID-19 : La maladie à coronavirus 2019
CSR : Caisse Sociale du Rwanda
DIBAO : Salaire minimum en Chine
DSRP: Documents de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
EHCVM: Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages
FGV: Fondation Getúlio Vargas
FMHCP: Free Maternal Health Care Policy
HAMO: Société des Habitations Modernes
HLM: Habitat à Loyer Modéré
IBGE : Institut Brésilien de Géographie et de statistiques
INPS : Institut National de Prévoyance Sociale
IPEA : Institut de Recherche Économique et Agricole
LEAP: Livelihood Empowerment Against Poverty
MDMS: Mid-Day Meal Scheme
NIPCRS : Programme d'amélioration de la nutrition pour les élèves de l'enseignement obligatoire en milieu rural
NIPRCS : programme d'amélioration de la nutrition pour les élèves de l'enseignement obligatoire
NIS : Numéro d'Identification Sociale
NISSA : Système National d'Information sur l'Assistance Sociale
NRCMS: Health insurance in China
NSFP: National School Feeding Program
NSPS : Stratégie Nationale de Protection Sociale
OIT: Organisation Internationale du Travail
ONG : Organisation Non Gouvernementale
PAM : Programme Alimentaire Mondiale
PBE : Programme de Bourse pour Enfants
PBF : Programme Bolsa Familia
PIB : Produit Intérieur Brut
PNRBC: Programme National de Réadaptation à base Communautaire
PROMO-VILLES: Promotion des Villes,
PSE: Plan Senegal Emergent
PSEMAS: Public Service Employee Medical Aid Scheme

PTME : Prévention de la Transmission Mère-Enfant
PUDC: Programme d'Urgence de Développement Communautaire,
PUMA: Programme d'Urgence de Modernisation des Axes et Territoires frontaliers,
RAIS : Rapport Annuel d'Informations Sociales
RMN : Mortalité néo-natale
RNU: Registre National Unique
RSBY : Rashtriya Swasthya Bima Yojana
RSBY : Système d'Assurance Maladie
SASF: Serviço de Assistencia Social a Familia
SECNSA: Secrétariat National à la Sécurité Alimentaire
SHHA : Self Help Housing Agency
SICAP: Société immobilière du Cap-Vert,
HLM: Habitat à Loyer Modéré
HAMO: Société des Habitations Modernes
SONADIS Société Nationale de Distribution
PSE: Plan Sénégal Émergent
SECNSA: Secrétariat National à la Sécurité Alimentaire:
BSF: Bourse de Sécurité Familiale
PROMO-VILLES: Promotion des Villes,
PUDC: Programme d'Urgence de Développement Communautaire,
PUMA: Programme d'Urgence de Modernisation des Axes et Territoires frontaliers,
PNRBC: Programme National de Réadaptation à base Communautaire
EHCVM: Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages
ANSD: Agence Nationale de Statistique et de la Démographie
RNU: Registre National Unique
DSRP: Documents de Stratégies de Réduction de la Pauvreté
OIT: Organisation Internationale du Travail
AISS: Association Internationale de la Sécurité Sociale
UNICEF : Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

AVANT-PROPOS

Cette étude analyse des programmes de protection sociale (PS) dans trois continents du Sud, l’Afrique, l’Amérique Latine et l’Asie par l’approche Benchmarking. Elle vise à recueillir les bonnes pratiques identifiées dans la conception et la mise en œuvre de ces programmes afin de pouvoir dégager des recommandations pertinentes au Sénégal pour une extension réussie de son système de protection sociale et engendrer, in fine, des transformations sociales.

La comparaison s’est faite en plusieurs étapes. En premier lieu, des fiches ont été élaborées présentant l’écosystème des programmes de protection sociale dans 14 pays¹ dont huit d’Afrique (Botswana, Cap Vert, Ile Maurice, Ghana, Lesotho, Maroc, Namibie et Rwanda), quatre d’Amérique Latine (Argentine, Brésil, Chili et Mexique) et deux d’Asie (Chine et Inde). Dans la constitution de l’écosystème, les programmes les plus innovants ont été relevés dans sept secteurs de protection sociale que sont (i) l’éducation et l’enfance, (ii) la santé, (iii) l’emploi et le travail, (iv) la restauration scolaire, (v) les personnes vulnérables, (vi) le genre et les spécificités liées aux femmes et aux filles et enfin, (vii) le logement et l’assainissement.

Les critères de sélection des pays ont été la part de protection sociale dans le produit intérieur brut (PIB) national, l’historicité dans la pratique de protection sociale ainsi que son niveau de couverture et le succès enregistré et reconnu internationalement en matière de protection sociale par le pays et les sections d’organisations internationales dédiées. Ainsi, à partir d’une revue documentaire, 73 fiches présentant chacune un programme de protection sociale ont été réalisées. Ceci, à l’aide des indicateurs suivants : le nom du programme, le contexte de mise en œuvre, les personnes-cibles, le taux de couverture, les prestations offertes, les sources et les structures de financement (le budget total du programme par an, le montant de contribution de l’état, etc.), les raisons de succès, les réformes en cours, la soutenabilité du programme et les partenaires de mise en œuvre.

Ensuite, les raisons de ces succès ont été résumées en concepts clés et des nuages de mots ont été produits pour favoriser la visualisation des facteurs de succès. Ces derniers ont fait l’objet d’une analyse intracontinentale et intercontinentale suivant les sept secteurs de protection sociale.

L’expérience des programmes de protection sociale étudiés permet de comprendre que la prise en compte des droits des personnes ne peut que constituer des stratégies gagnantes dans le succès des programmes de protection sociale.

L’adaptation des offres de services, la mise en place de registre unique, la digitalisation des procédés et le multi-partenariat montrent l’importance des performances techniques dans la réussite des programmes.

La proactivité de la gouvernance se caractérise par l’élaboration de stratégies de récupération sociale en créant des programmes qui offrent des services de filets sociaux permettant aux individus de produire et ainsi de s’autonomiser et en couvrant les besoins primaires des groupes les plus vulnérables (les enfants démunis, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées, les chômeurs, etc.).

Le respect de valeurs telles que la solidarité, l’équité et la transparence sont le socle du succès de toute réalisation mais plus spécifiquement des programmes de protection sociale étudiés.

¹ Sénégal non compris et en comparaison.

Notons enfin, que les analyses et informations produites dans ce livre n'engagent ni l'Union Européenne, ni les partenaires du consortium qu'elle soutient via le REPROSOC. Les auteurs sont les seuls responsables des écrits qui restent des travaux scientifiques réalisés pour leur utilité sociale.

PREFACE

Le livre que vous avez entre vos mains est le produit du partenariat développé par le consortium REPROSOC² réunissant notre association consumériste, l'ONG GRDR et le Conseil départemental de Rufisque et le LARTES-IFAN. Cette option de la recherche embarquée confiée au LARTES-IFAN nous vaut des analyses fines susceptibles de nous conduire vers des actions éclairées et un renforcement des capacités des acteurs de la société sur l'enjeu de l'État social. Ce livre montre que le benchmarking n'a d'effets bénéfiques qu'à partir d'une bonne connaissance de l'écosystème considéré et pour le comparer aux meilleures pratiques des pays du Sud.

Sur le plan historique, retenons que l'État Sénégalais s'est inscrit depuis les décennies 1960-1980 dans la promotion de la protection sociale. En effet, le Sénégal a connu dans les années post indépendance, l'entame des politiques sociales tels que l'introduction internats dans les lycées, l'habitat social avec des sociétés immobilières (SICAP, HLM, HAMO, etc.), les sociétés publiques de distribution (SONADIS), la vaccination de masse, etc. Cependant l'héritage des plans d'ajustement structurel (1980-2000) va conduire au rétrécissement des politiques sociales au profit de l'équilibre des grands agrégats macro-économiques. Ce n'est qu'en 1996, à travers les documents de stratégies de réduction de la pauvreté 1 et 2 (DSRP), qu'une nouvelle ère de politiques sociales prend jour au Sénégal.

Cependant, le pays attendra l'avènement de l'alternance démocratique dans les années 2000 pour insérer la politique de protection sociale dans l'agenda public. Ainsi, dès les années 2000, des programmes de protection sociale ont été mis en place tel que le plan sésame pour ne citer que cet exemple. En matière d'éducation, un maillage territorial plus dense et plus accentué entre les différents types d'établissements a été réalisé afin d'augmenter l'accessibilité des services. Parallèlement, en matière de santé, la gratuité de la césarienne, l'édification de centres de santé et d'hôpitaux a connu une forte accélération. Néanmoins, pendant ce temps la mutualité en santé n'a pas connu des développements importants et l'assurance en santé a couvert principalement la minorité des salariés.

Sous le nouveau régime politique de 2012, le Sénégal a placé sa politique de protection sociale comme vecteur du développement humain et a renforcé les efforts de mutualisation de la solidarité pour tous. C'est à travers le Plan Sénégal Émergent (PSE), que le nouveau gouvernement instaure la Délégation Générale de la Protection Sociale et de la Solidarité Nationale ; l'Agence de Couverture Maladie Universelle ainsi qu'une série de différents programmes de filets sociaux dont la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, le programme de Bourse de Sécurité Familiale (BSF), la Carte d'Égalité des Chances pour les personnes en situation de handicap dont les bénéficiaires sont identifiés au sein d'un nouveau dispositif : le Registre National Unique (RNU).

Quelques illustrations de mesures prises pour l'amélioration des conditions de vie, des infrastructures en assainissement ont contribué fortement à limiter les dégâts liés aux inondations. Dans le souci d'améliorer l'approche gouvernementale de la protection sociale, les cantines scolaires sont revitalisées, la cellule de lutte contre la malnutrition acquiert un rôle plus stratégique dans la coordination des interventions tandis que le Secrétariat Exécutif à la Sécurité Alimentaire (SECNSA)

² Le projet de renforcement de la société civile pour une politique de protection sociale au Sénégal.

développe également une fonction stratégique à la fois sur la lutte contre les poches de famine et la coordination de la sécurité alimentaire. Parallèlement, l'État met en place le Ministère du Développement Communautaire, de l'Équité Sociale et Territoriale afin d'assurer une meilleure intégration des différents programmes nécessitant un engagement communautaire (PROMOVILLES, PUDC, PUMA, PNRBC, etc.).

En dépit de l'avènement des différentes politiques de protection sociale, les premiers résultats de pauvreté de l'Enquête Harmonisée sur les Conditions de Vie des Ménages (EHCVM 2018/2019) montrent que l'incidence de la pauvreté individuelle au Sénégal est de 37,8% selon l'approche basée sur le seuil de pauvreté nationale de l'ANSD. De plus en 2020, le Sénégal est marqué par une chute de croissance économique de l'ordre de 1,3%, du fait des impacts de la pandémie de la Covid-19 dans les secteurs tels que le tourisme et les transports. Cette pandémie a un fort impact sur les domaines socio-économiques même sous le dynamisme des mesures de protection sociale qu'a connu le pays.

Bien que les programmes de protection sociale se soient diversifiés, une meilleure couverture et une qualité des services peinent à croître. Pour commencer, en matière de santé, alors que le Rwanda qui avait pris le Sénégal comme espace d'inspiration de la mutualité en santé dont le taux de couverture optimale avait atteint plus de 96% en 2020, le Sénégal accuse un déficit de près de 60% de couverture de la mutualité sanitaire. Ensuite, lorsqu'il s'agit d'alimentation, l'ancienneté des cantines scolaires ne s'est pas traduite par une couverture suffisamment large pendant que l'Inde a assuré une couverture en restauration scolaire quasi universelle en 2019. Par ailleurs, la majorité des personnes vivant avec un handicap ne possède pas la carte d'égalité des chances. En effet, en 2020, 64 728 personnes étaient détentrices de la carte et 12 000 inscrits pour y accéder, soit au total 76 728 personnes alors que l'ANSD estimait le nombre de personnes vivant avec un handicap à 800 000 en 2013.³ Enfin, lorsqu'on considère l'habitat, en dépit du programme récent de 100 000 logements sociaux initié par l'État sénégalais, le logement social reste inaccessible au plus grand nombre.

Je félicite les auteurs Pr Abdou Salam Fall, Dr Rokhaya Cissé et toute la vaillante équipe du LARTES-IFAN de l'utilisation originale de la méthode du Benchmarking sur les meilleures pratiques de protection sociale dans des pays du sud répartis sur trois continents (Afrique, Amérique Latine et Asie). A cette fin, à partir d'une même grille de collecte de données, un tri basé sur une analyse documentaire et des programmes de protection sociale a permis de dégager les plus innovants dans chaque pays retenu. L'attention portée particulièrement aux domaines et groupes suivants : éducation, restauration scolaire, personnes vulnérables, genre spécifique aux femmes et aux filles, santé, emploi et travail ainsi que le cadre de vie (logement, assainissement, etc.) nous procure beaucoup de satisfactions. A partir de cette catégorisation, une agrégation a été faite sous la forme d'un répertoire de fiches par continent, par pays et par thématique. C'est là l'expression d'une forte générosité des auteurs qui offrent aux praticiens les instruments du suivi circonstancié des programmes étudiés. Il ne fait pas de doute, que ce livre est une source forte d'inspiration pour booster la politique et les programmes de protection sociale au Sénégal.

Par Amadou Kanouté,
Directeur exécutif de CICODEV-Afrique

³ Ministère de la santé et de l'action sociale, Novembre 2021-Rapport de capitalisation des réalisations phares de l'Etat du Sénégal et des partenaires dans le domaine du handicap, p120

INTRODUCTION

Dans de nombreux domaines du développement, le Benchmarking s'est imposé comme un instrument politique pour la comparaison pour définir des critères de sélection, de soutenabilité et d'orientation de l'action. Les enjeux et pratiques du benchmark ont été dopés par les organisations internationales avec notamment les recherches comparatives. Cela a induit des liens plus forts entre les préoccupations de politiques publiques et les programmes de recherche. Les comparaisons internationales ont ainsi entraîné une multiplication des grandes bases de données à des fins d'établissement de normes et standards. Toutefois, ce type d'exercice suppose que les mêmes pratiques aient le même sens d'un pays à l'autre. Une autre limite de l'approche découle de sa faible prise en compte du contexte, de l'historicité, des écosystèmes et des catégories d'analyse ayant permis l'émergence des politiques.

Ces deux limites illustrent l'importance des recherches comparatives qualitatives qui permettent une mise en relief de la contextualisation mais également de l'importance des configurations institutionnelles différenciées. La comparaison ne sert donc pas à répliquer mais elle est source d'inspiration pour perfectionner ou transformer son propre modèle à l'aune d'autres expériences réussies.

Aussi, cette étude vise à produire le recueil des leçons apprises et leurs conditions de répliquabilité au Sénégal sur sa politique de protection sociale.

1. Benchmarking : Méthodologie des Bonnes Pratiques en Protection Sociale

Une revue des expériences les plus réussies de soutien aux populations pauvres et vulnérables dans les pays du Sud permet de tirer des enseignements robustes dont peut s'inspirer une réforme des politiques de protection sociale au Sénégal. Pour cela, à partir d'une même grille de collecte basée sur une analyse documentaire, les programmes de protection sociale recensés ont fait l'objet d'un tri pour en sélectionner les plus innovants dans chaque pays dans les domaines suivants : éducation, restauration scolaire, personnes vulnérables, genre spécifique aux femmes et aux filles, santé, emploi et travail et cadre de vie (logement, assainissement). A partir de ce classement, une agrégation a été faite sous la forme d'un répertoire de fiches par continent, thématique et pays. La démarche méthodologique s'est effectuée en plusieurs phases.

1.1. REFERENCEMENT ET DOCUMENTATION DES DIFFERENTS PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE

1.1.1. CONSTITUTION DE L'ECOSYSTEME

Cette première étape vise à décrire précisément les différents programmes de protection sociale mis en œuvre dans chaque pays pour ensuite identifier les plus pertinents en se basant sur les bonnes

pratiques et les succès enregistrés. Cet exercice permet d'identifier divers groupes cibles tels qu'universel, des personnes en situation de handicap, des enfants, des femmes, celles et ceux issus des couches vulnérables ou pauvres, personne âgées, minorités et ou marginalisés, issus de zone à risque entraînant la mobilité, des situations de conflit ou des défis écologiques. L'analyse favorise également le repérage des types de protection sociale conditionnelle ou non, les collectivités locales ciblées, les programmes de gratuité de la césarienne, etc. Cet exercice rend possible l'identification des besoins non couverts ou les gaps. De même, la structure des financements, les niveaux de couverture et les partenaires de mise en œuvre sont identifiés.

1.1.1.1. LA GRILLE DE COLLECTE

Les indicateurs suivants ont permis la collecte des données pour la constitution des fiches :

- Le nom du programme
- Le contexte de mise en œuvre
- Les personne-cibles
- Le taux de couverture
- Les prestations offertes
- Les sources de financement
- Les structures de financement
- Le budget total du programme par an
- Le montant de contribution de l'état
- Les raisons de succès
- Les réformes en cours
- La soutenabilité du programme
- Les partenaires de mise en œuvre
- Autres informations sur le programme

Pour collecter ces indicateurs, plusieurs sources ont été exploitées :

- Les documents institutionnels et annuaires de l'OIT, l'AISS, la Banque Mondiale, l'UNICEF et les sites web gouvernementaux : présentation, évaluation, capitalisation des grands programmes de protection sociale ;
- Les articles, rapports de recherche et livres identifiés sur des bases de données scientifiques Jstor, Cairn, Google Scholar, Persée, etc.
- Les articles et livres dans les bibliothèques universitaires dont celle du LARTES-IFAN.

Cette deuxième étape de l'analyse vise à faire une synthèse de l'ensemble des programmes, de leurs interrelations avec leur environnement externe notamment les acteurs institutionnels (programmes étatiques et municipaux), économiques (secteur privé) et sociaux (les syndicats, associations consuméristes, ONG, fonds d'investissement, fondations, etc.). Cet exercice facilite la compréhension de l'ancrage institutionnel et organisationnel des programmes.

Les critères suivants ont été choisis :

La liste des pays africains a été établie en tenant compte de la part de protection sociale dans le PIB de ces pays. Ce critère est relatif à la notoriété des pays en matière de protection sociale selon les indicateurs de l'OIT (Organisation Internationale du Travail).

Concernant les pays d'Amérique Latine, nous avons privilégié les pays qui ont une longue tradition dans la pratique des politiques de protection sociale et qui ont servi de modèles dans l'élaboration des politiques de protection sociale dans d'autres continents.

S'agissant des pays de l'Asie, les critères de large couverture des programmes de protection sociale sont mis en avant ainsi que les succès des programmes tels que relatés par les institutions internationales dont l'OIT et l'Association Internationale de la Sécurité Sociale (AISS).

1.2. IDENTIFICATION DES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE PAR PAYS CHOISI

1.2.1. POURQUOI UN ECOSYSTEME ?

L'écosystème participe à la contextualisation qui permet de circonscrire les conditions de développement des programmes et les stratégies de protection sociale. Elle définit pareillement le périmètre des expériences relatées et les contraintes de la généralisation. Elle décrit également les types d'offres de services, les cibles et les conditions d'assistance sociale. L'écosystème donne un panorama du dispositif au niveau national en mettant en relief les liens ou non entre les programmes et les acteurs agissant. Il permet de réduire les écarts, ou domaines non couverts. L'écosystème visualise le potentiel de prise en charge des besoins émergents dans le dispositif national. Cet exercice débouche sur la fiche d'expériences par pays en fonction des thématiques de recherche : éducation et enfance, emploi et travail, spécifique aux femmes et aux filles, logement et assainissement, personnes vulnérables, restauration scolaire et santé.

1.2.2. REPERER LES INNOVATIONS OU BONNES PRATIQUES ET SYSTEMATISER LES LEÇONS APPRISSES

Le but est de tirer les leçons apprises et quelle est la répliquabilité de ces expériences dans les politiques de protection sociale au Sénégal.

Les critères suivants ont été privilégiés pour définir les bonnes pratiques en trois catégories : l'offre, le management et le financement.

Chacune des bonnes pratiques est documentée et les leçons apprises sont tirées. La méthode des nuages de mots a été mise à profit pour visualiser les résultats par continent et par domaines de protection sociale (éducation/enfance, personnes vulnérables, logement et assainissement, femmes et filles, santé, restauration scolaire, emploi et travail).

L'offre

- L'étendue de l'offre de services et le passage à la grande échelle (intensification, extension),
- La qualité du ciblage et les conditionnalités pour bénéficier des programmes.

Le management

- La qualité du management générant des économies d'échelle et l'expertise,
- L'intersectorialité des programmes de protection sociale et la coordination des acteurs,

- L'organisation des bases de données des bénéficiaires en un fichier unique,
- Le niveau de recours à la dématérialisation (digitalisation des procédures),
- L'efficacité des outils de contrôle et de lutte contre la fraude,
- L'existence de pratiques évaluatives (définir les effets et l'impact).

Le financement

- L'originalité de la structure du financement (financement à partir de l'épargne locale, impôts, réorganisation budgétaire),
- La soutenabilité de l'espace budgétaire.

2. RECAPITULATIF DES PROGRAMMES ET THEMATIQUES DE PROTECTION SOCIALE

2.1. CONTINENTS

AFRIQUE

THÉMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
ÉDUCATION & ENFANCE	7	
PERSONNES VULNÉRABLES	7	
SANTÉ	6	
EMPLOI & TRAVAIL	5	
RESTAURATION SCOLAIRE	4	
LOGEMENT & ASSAINISSEMENT	4	
FEMMES & FILLES	4	
TOTAL	37	

AMÉRIQUE LATINE

THÉMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
EMPLOI & TRAVAIL	6	
SANTE	4	
EDUCATION & ENFANCE	3	
PERSONNES VULNERABLES	3	
FEMMES & FILLES	2	
LOGEMENT & ASSAINISSEMENT	2	
RESTAURATION SCOLAIRE	2	
TOTAL		22

ASIE

THEMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
EDUCATION & ENFANCE	2	
EMPLOI & TRAVAIL	2	
FEMMES & FILLES	2	
LOGEMENT & ASSAINISSEMENT		
PERSONNES VULNERABLES	2	
RESTAURATION SCOLAIRE	2	
SANTE	2	
TOTAL		14

2.2. THEMATIQUES

ÉDUCATION & ENFANCE

THEMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
AFRIQUE	7	<p>A pie chart showing the regional distribution of education and childcare. The largest segment is Africa (AFRIQUE) at 58.3%, followed by Latin America (AMERIQUE LATINE) at 25.0%, and Asia (ASIE) at 16.7%.</p>
AMERIQUE LATINE	3	
ASIE	2	
TOTAL		12

EMPLOI & TRAVAIL

THEMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
AFRIQUE	5	<p>A pie chart showing the regional distribution of employment and work. The largest segment is Latin America (AMERIQUE LATINE) at 46.2%, followed by Africa (AFRIQUE) at 38.5%, and Asia (ASIE) at 15.4%.</p>
AMERIQUE LATINE	6	
ASIE	2	
TOTAL		13

FEMMES & FILLES

THEMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
AFRIQUE	4	<p>A pie chart showing the regional distribution of women and children. The segments are equal: Africa (AFRIQUE) at 50.0%, Latin America (AMERIQUE LATINE) at 25.0%, and Asia (ASIE) at 25.0%.</p>
AMERIQUE LATINE	2	
ASIE	2	

TOTAL	8
--------------	----------

LOGEMENT & ASSAINISSEMENT

THEMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
AFRIQUE	4	<p>A pie chart illustrating the distribution of housing and sanitation issues across three regions. The largest segment is red, representing Africa (AFRIQUE) at 50.0%. The other two segments are blue (AMERIQUE LATINE) and yellow (ASIE), each representing 25.0% of the total. A legend below the chart identifies the colors: red for AFRIQUE 50.0%, blue for AMERIQUE LATINE 25.0%, and yellow for ASIE 25.0%.</p>
AMERIQUE LATINE	2	
ASIE	2	
TOTAL		8

PERSONNES VULNÉRABLES

THEMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
AFRIQUE	7	<p>A pie chart illustrating the distribution of vulnerable people across three regions. The largest segment is red, representing Africa (AFRIQUE) at 58.3%. The other two segments are blue (AMERIQUE LATINE) and yellow (ASIE), representing 25.0% and 16.7% respectively. A legend below the chart identifies the colors: red for AFRIQUE 58.3%, blue for AMERIQUE LATINE 25.0%, and yellow for ASIE 16.7%.</p>
AMERIQUE LATINE	3	
ASIE	2	
TOTAL		12

RESTAURATION SCOLAIRE

THEMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
AFRIQUE	4	<p>A pie chart illustrating the distribution of school meals across three regions. Only one segment is visible, representing Asia (ASIE) at 25.0%. The rest of the chart is cut off. A legend below the chart identifies the colors: red for AFRIQUE, blue for AMERIQUE LATINE, and yellow for ASIE.</p>

AMERIQUE LATINE	2	
ASIE	2	
TOTAL		8

SANTE

THEMATIQUE	NOMBRE	HISTOGRAMME
AFRIQUE	6	<p>ASIE: 16.7%</p> <p>AFRIQUE: 50.0%</p> <p>AMERIQUE LATINE: 33.3%</p> <p>■ AFRIQUE 50.0% ■ AMERIQUE LATINE 33.3% ■ ASIE 16.7%</p>
AMERIQUE LATINE	4	
ASIE	2	
TOTAL		12

3. LA VISUALISATION DES LEVIERS DES BONNES PRATIQUES PAR LES NUAGES DE MOTS

Cette revue documentaire sur les programmes de protection sociale dans les pays ciblés d’Afrique, d’Asie et d’Amérique Latine a permis de se concentrer sur les programmes phares et plus particulièrement sur les facteurs ayant conduit aux succès des programmes. Une analyse spécifique a été faite de ces différents facteurs de succès à l’échelle des 3 continents et divers domaines retenus pour le référencement des programmes de protection sociale.

Cet exercice a permis de déboucher sur une analyse systématique des mots-clés déterminants de la réussite de chaque programme. Une fois les mots clés retenus, il a été possible de les traiter à l’aide du logiciel « Nvivo 12 » afin d’en élaborer des nuages de mots. Lesquels reflètent le poids de chaque mot clé selon la récurrence de son apparition. Par ailleurs, pour chacun des trois continents et chacun des sept domaines, un nuage de mots a été produit. Ces vingt-et-un nuage de mots ont fait l’objet d’une analyse intracontinentale de sorte à révéler les spécificités de chaque continent selon les différents domaines. Ensuite, l’analyse s’est approfondie en proposant des comparaisons intercontinentales sur chaque domaine avec un focus sur les convergences et les spécificités. Ainsi, tous les mots-clés que l’on retrouve dans les trois continents ont été classés dans les convergences.

En revanche, ont été classés parmi les spécificités, ceux qui ont une grande portée mais qui n'apparaissent que sur un seul des continents

Cette méthodologie a permis de visualiser les résultats présentés ci-après dans l'analyse intracontinentale introduisant les facteurs majeurs de succès à l'échelle de chaque continent et pour chaque domaine.

3.1. ANALYSE INTRACONTINENTALE

En Amérique latine, de manière générale, la protection sociale est un concept en constante évolution qui repose sur différents socles. La protection fondée sur l'emploi formel, la protection face à des situations d'urgence, la protection comme assistance et accès à la promotion ainsi que la protection en tant que garantie citoyenne (Cf. Cecchini, S., Gilbert, R., et Morales, B., 2018). Tous les programmes sont reliés d'une manière ou d'une autre entre eux. Soit en étant des continuités, des réaménagements ou encore des alternatives pour s'adapter aux évolutions.

3.1.1. LOGEMENT ET ASSAINISSEMENT

Concernant l'Afrique, la gouvernance apparaît comme levier d'innovation pour booster la protection sociale. Il s'agit de la volonté politique d'asseoir des filets de sécurité sociaux en faveur des groupes dont la demande en protection sociale s'est accrue sous l'effet des faibles investissements dans les secteurs sociaux pendant une longue période de plan d'ajustement structurel. La gouvernance signifie également la robustesse des dispositifs mis en place par les États ainsi que l'importance des financements mobilisés dans le budget national pour l'assistance des groupes vulnérables.

Au Namibie, les difficultés en matière de logement inquiètent l'administration namibienne. Des efforts accélérés en matière de développement du logement sont nécessaires. La population namibienne étant composée de 44,4% de moins de 15 ans et 52,2% de 15 à 64 ans alors que 3,4% de la population ont plus de 65 ans en 1990, cette situation entraîne avec effet direct une augmentation de la demande en logement. Le taux d'urbanisation augmente de façon très lente.⁴ Ce taux s'élevait à 4,5% en 1990 et a atteint 41% en 2001 (selon la commission nationale de planification). Le Gouvernement s'est engagé à atteindre un taux de 60% d'ici 2025. Pour atteindre son objectif, le Gouvernement de la Namibie devra intensifier la construction des services de base de logement. Dans l'optique de satisfaire à cette augmentation de la demande, le Gouvernement a ainsi adopté la politique nationale du logement en 1991. Cette politique fournira un cadre politique et guidera le pays pour toutes les composantes de l'industrie du logement. La politique du logement a été révisée pour trois raisons que sont :

- La nécessité d'admettre et de reconnaître l'indissociabilité du logement et de l'infrastructure des services municipaux au niveau politique. Le niveau d'investissement très faible dans les infrastructures municipales conduit à une pénurie de terrain viable.
- Le manque d'ambition de la politique vis-à-vis de la résolution du déficit de logement. En effet, la politique ne reconnaît pas et ne soutient pas comme il se doit le rôle essentiel qu'elle devrait jouer pour éradiquer le problème de logement.
- La politique ne décentralise pas les Logements aux autorités locales et régionales. La politique de décentralisation n'a été adoptée qu'en 1996. Plusieurs lois et programmes ont été adoptés en vue

⁴ <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=NA>

de soutenir la politique nationale du logement. En 1992, la Loi sur les conseils régionaux est promulguée et impactera sur le logement et la planification urbaine et régionale ainsi que sur le régime foncier. Ensuite la loi nationale sur le développement du logement est promulguée et appliquée en 2000. Cette loi sur le régime foncier est flexible et constitue un élément incontournable de l'environnement législatif relatif au logement. En outre, la participation de la Namibie aux activités de l'ONU-Habitat, en étant signataire au programme pour l'habitat, et son engagement à atteindre les OMD ont aussi incité le Gouvernement à investir dans les logements sociaux.

Au Rwanda, l'accès à un logement abordable figure parmi les facteurs clés pour promouvoir un développement durable. C'est un pays où 45% des habitants ont un faible revenu entre 36038 FRW (30,24 Euros) et 213381 FRW (179,53 Euros) par mois. Les 21% des habitants représentent le revenu intermédiaire du groupe et les revenus mensuels se situent entre 213381 FRW soit 179,12 Euros et 642990 FRW (539,74 Euros). Ceux qui n'ont pas les moyens pour payer les prix des logements formels, ont développé leurs logements de manière informelle dans des zones non planifiées occupant 60 %.

Le 13 Décembre 1996, le Conseil des ministres du Rwanda a adopté une politique nationale de l'habitat imposant à tous les Rwandais habitant des maisons dispersées d'aller s'installer dans des "villages" créés par les autorités. Cette politique allait bouleverser la manière de vivre d'environ 94% de la population. Durant les quatre années qui suivirent, le gouvernement Rwandais a procédé au déplacement de centaines de milliers de personnes vers les imidugudu dont un nombre important contre leur gré. Le gouvernement adopte cette politique dans le but d'arriver à divers objectifs de développement économique à long terme.

Le secteur immobilier a soutenu environ 157000 emplois en 2017 correspondant à 111 milliards de FRW (93 130 124,47 Euros). Les 53 milliards FRW soit 44 470 523,21 Euros d'impôts indirects nets et un excédent brut d'exploitation de 129 milliards de FRW (108 239 575,35 Euros) ont été générés. En 2019, le conseil rwandais de développement a contribué à hauteur de 647 milliards FRW (542 965 998,55 Euros) au produit intérieur brut national (PIB).

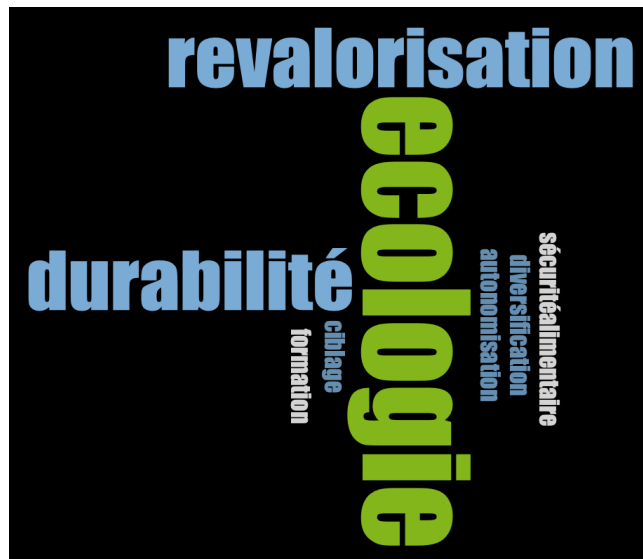


En Amérique Latine, il est marquant de noter une sensibilité écologique du fait de la dégradation du cadre de vie et de l'intérêt manifeste pour la protection de l'environnement. En effet, comme l'indique Navarro (2011 : p.3) les inégalités en Amérique latines sont de divers ordres lorsque l'on aborde la question du développement durable. Tout d'abord dans la répartition et le difficile accès des ressources ensuite, les différentes perceptions et conceptions de ce que sont le développement et le bien-être. L'accessibilité des logements sociaux pour le plus grand nombre ainsi que la durabilité renvoyant à l'utilisation des matériaux locaux demeurent aux centres d'intérêt des stratégies de défense des populations. On recourt ainsi au concept de production sociale de l'habitat qui se veut transversale et repose sur « la capacité d'action citoyenne, pour (re)construire et transformer l'habitat des quartiers précaires » (Moles, O., et Varnai, B., 2018 : p.12) (Paquette, C., 2017).

Au Brésil, le programme dit des citernes découle d'un mouvement social dans la région Nordeste qui connaît un climat semi-aride où les populations (environ 22 millions d'habitants) étaient victimes de graves pénuries d'eau en raison de sécheresses successives. Le plan de construction d'un million de citernes a été formulé pour la première fois en 1999, les premières ont été construites grâce à la collaboration d'organisations de la société civile, d'églises et de syndicats de travailleurs ruraux. (Nogueira 2010). En 2003, lors de son élection, le Président Lula a fait adopter le programme des citernes par le gouvernement fédéral qui est ainsi devenu un élément clef de la nouvelle stratégie nationale "Faim Zéro". Le programme fut ensuite élargi afin d'y inclure la construction de citernes destinées à recueillir l'eau pour les activités de production, principalement pour la culture de produits alimentaires (IFAD 2021 ; voir fiche #38 pour toutes informations complémentaires).

Ce programme a été financé sur un fonds budgétaire fédéral alloué au Ministère du développement social et de la lutte contre la faim (MDS) s'élevant à près de treize millions d'euros en 2020.

Au Mexique, le programme *Mejora De Vivienda Y Vivienda En Conjunto* (Amélioration de l'habitat et du logement) a joué un rôle important dans le financement et la construction de logements pour les familles à faible revenu, tant des zones rurales qu'urbaines. Ce programme lancé en 2019 avait pour but de lutter contre le surpeuplement dans les habitations et tous les problèmes inhérents tels la précarité, l'insalubrité, les biens dégradés et proches de l'effondrement. Ce programme a été conçu pour les résidents âgés de 18 ans à 64 ans non propriétaires. Le programme a été financé par le gouvernement mexicain pour un budget de 52 millions de dollars en 2019 (voir fiche #39 pour toutes informations complémentaires).



En Asie, le développement des infrastructures est marqué par l'utilisation de technologies durables. Cette approche valorise la mise en œuvre à grande échelle de l'ensemble des zones urbaines, l'innovation technologique via des matériaux durables et le financement sous forme de partenariat public-privé. En effet, face à la hausse des prix de l'immobilier résidentiel et une forte croissance démographique, la Chine avec une population de 1,3 milliard d'habitants voit l'accès des ménages chinois au logement devenir de plus en plus inégal. (Attané, I., n.d. ; Vorms 2014). À Pékin, entre 2009 et 2012, le loyer mensuel a en moyenne augmenté de 10 %, pour pallier la précarisation des populations vulnérables et agir contre un mécontentement social croissant, le gouvernement central a lancé en 2011 le programme de « logements garantis ». En planifiant la construction de 36 millions de logements sociaux locatifs et en accession à la propriété, dans le cadre du XIIème Plan quinquennal. En d'autres termes, la construction de logements sociaux locatifs et allocation de logements à faible coût pour les populations démunies inscrites dans le registre national du « *hukou* » (Elosua, M. Ged, F. et Chen, Y. 2020; voir fiche #40 pour toutes informations complémentaires).

En Inde, le problème de logement est lié à de multiples facteurs, la congestion, le manque de confort, un grand nombre d'habitats précaires et non autorisés ne disposant pas de toilettes ni d'eau potable en leurs seins. (Dupont 2017 : p.27). En 2009, 29 % de la population urbaine totale de l'Inde vivait dans des *slums* et c'est à Bombay que l'on retrouve le plus grand bidonville d'Asie. Ce ne sont pas moins de 65 millions de personnes qui vivent dans des « *slums* » (bidonvilles) selon un recensement fait en 2011. (Dupont 2017 : pp.27-28).

Pour régler ce problème, le gouvernement indien instaura en 2015 le *Pradhan Mantri Awas Yojana* (PMAY -un logement pour tous). Afin de garantir des logements abordables aux populations pauvres habitantes des villes ou en milieu rural (voir fiche #41 pour toutes informations complémentaires).



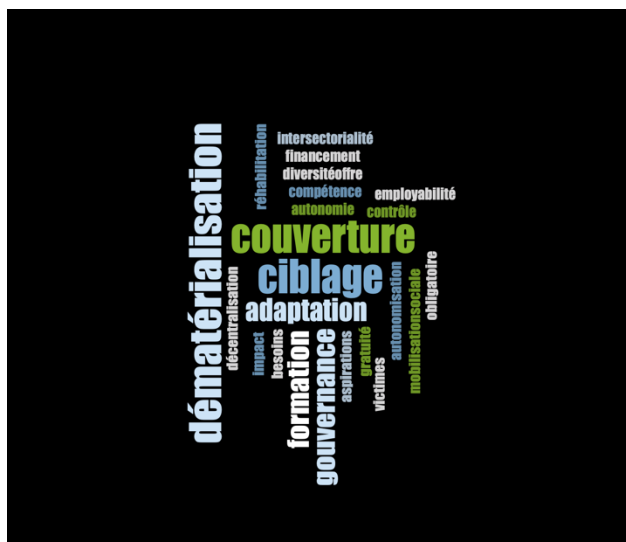
3.1.2. ÉDUCATION ET ENFANCE

En Afrique, les leviers du succès reposent sur l'étendue de la couverture des programmes, la qualité du ciblage, l'adaptation de l'offre de services selon les vulnérabilités et la gouvernance entendue sous l'angle de l'intersectorialité entre les différents types d'acteurs (État, société civile, collectivités territoriales et secteur privé) et les dispositifs de surveillance et de suivi des impacts des prestations. Dans la dynamique de soutenir les familles pauvres et vulnérables, le gouvernement du Namibie a mis en place le programme de bourse pour enfant (*Child Grants Maintenance, Special Maintenance, Foster Care Grant, Place of Safety*). La Namibie dispose de l'un des systèmes de protection sociale les plus complets d'Afrique. Le gouvernement namibien alloue 13% de son PIB aux programmes protections sociales.

Au Rwanda, depuis les années 90, le système éducatif Rwandais inauguré par les colons allemands prit la forme de quelques « chapelles-écoles » dédiées essentiellement au catéchisme. En 1962 avant l'indépendance, le système favorise l'accès au pouvoir d'un parti républicain. En 1982, le système est passé d'un extrême à l'autre, c'est-à-dire de l'obsession de contrôle de l'accès à une « anarchie d'initiatives », d'abord au niveau du secondaire puis au niveau du supérieur. Après le génocide de 1994, il y'a eu des changements au niveau de l'explosion de l'accès, la diversification des programmes d'enseignement et l'introduction de la spécialisation dans la formation des enseignants. En 2006 l'éducation de base gratuite est passée de 6 ans à 9 ans. En 2007, le Rwanda adopte la seconde perspective à la faveur de son entrée dans la Communauté des États de l'Afrique de l'Est. Le gouvernement a ouvert 640 écoles de secondaire avec un nombre d'enseignants de 6458. Quatre matières principales sont enseignées au premier cycle du primaire : l'anglais, le Kinyarwanda, les mathématiques élémentaires et les études sociales. Pour les autres matières comme la religion, la musique, le modelage, les activités culturelles et les travaux manuels durent seulement 4 heures par semaine. En 2008, le système éducatif Rwandais a commencé à offrir un enseignement secondaire gratuit avec l'adoption de la politique de 9 ans d'éducation de base. En 2009, 95 % des enfants rwandais en âge d'être scolarisés en primaire sont scolarisés.

L'espérance de vie à la naissance rwandaise est passée de 63 ans en 2012 à 68 ans en 2017.

L'État a mis en place un programme d'éducation permettant à tous les Rwandais de bénéficier d'une éducation de base gratuite (9 ans).



En Amérique Latine, la situation est quasi similaire à l'Afrique car le taux de couverture de même que l'adaptation des prestations constituent les raisons de succès des programmes de protection sociale. Dépendamment des pays, il y a des programmes de politiques de santé en faveur de l'enfant, des allocations en nature et en espèces et des politiques scolaires qui ont été établis depuis longtemps et d'autres qui ont été introduits plus récemment. (Rossel et al., 2018 : p.132). Ainsi, au Brésil, le gouvernement lança la *Bolsa familia* en 2003 pour les familles vivant dans la pauvreté et l'extrême pauvreté et ce à l'échelle du pays et conjointement financé par le gouvernement fédéral et la Banque Mondiale (BM) à hauteur de près de sept milliards d'euros en 2019. L'échec des programmes *Faim Zéro* et *Progredir* depuis 1970 conduisit à l'adoption de ce nouveau plan par l'unification d'une série de programmes préexistants (*Bolsa Escola* national et *Bolsa Alimentação*) sélectionnée par les organismes municipaux sous couvert de quatre conditions (voir fiche #8 pour toutes informations complémentaires). Couplé à cela, le recours aux transferts conditionnels d'argent dans le but de briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté en investissant dans la formation du capital humain des enfants des familles les plus pauvres. En effet, des mécanismes innovants ont été mis en place et ont permis de soutenir le revenu familial, de renforcer la qualification technique et professionnelle des autres membres de la famille et l'incitation à l'esprit d'entrepreneuriat. Ces mécanismes reposent sur l'intersectorialité gouvernementale permettant ainsi la convergence des efforts du Ministère du Développement Social (MDS) avec les ministères de l'Éducation, du Travail, de l'Industrie, du Commerce Extérieur et des Technologies et Communications. Ces mécanismes ont permis la création des emplois et des revenus, en plus de promouvoir l'autonomie des familles à faibles revenus, en particulier celles inscrites sur le registre unique (*CadÚnico*).

Au Chili, une attention particulière fut portée aux enfants. En effet, tous les enfants doivent avoir droit au meilleur départ possible et au meilleur soutien. C'est pourquoi, l'administration Bachelet a mis en œuvre le système global de protection de l'enfance "*Chile Crece Contigo*" (Le Chili grandit

avec toi) (Cubillos Celis, P. 2017 : p.295). Ce programme fournit une aide financière, une garantie d'accès aux crèches et jardins d'enfants et un suivi global de développement de l'enfant au centre de soins de premiers recours aux familles vulnérables. De plus, en 2007, *Chile Crece Contigo* a inclus dans sa couverture les femmes enceintes, les enfants de 0 à 9 ans ainsi que les familles pauvres et ce sur l'étendue du territoire national. Le programme fut conjointement financé par le gouvernement et l'UNICEF pour un montant de 2,6 milliards de dollars (voir fiche #9 pour toutes informations complémentaires). En 2009, la loi n° 20379⁵ a créé le système intersectoriel de protection sociale et a institutionnalisé les actions du sous-système *Chile Crece Contigo* favorisant ainsi sa stabilité et sa continuité en tant que politique publique. (Cubillos Celis, P. 2017 : p.357). Cette loi établit que les enfants sont intégrés dans *Chile Crece Contigo* dès le premier bilan de santé de leur mère, et sont accompagnés et soutenus tout au long de leur trajectoire de développement jusqu'à leur entrée dans le système scolaire au premier niveau de transition de l'éducation préscolaire. Par la suite, à partir de 2016, l'extension progressive de *Chile Crece Contigo* jusqu'à l'âge de 9 ans commence. Cela a impliqué la mise en œuvre progressive de nouveaux programmes et l'extension de la coordination au premier cycle scolaire, en ajoutant ces acteurs à l'action des réseaux communautaires. Enfin, en 2017, les règlements de cette loi ont été publiés, renforçant ainsi l'applicabilité des prestations mises en œuvre par le programme.

Au Mexique, le programme phare *Mi Beca Para Empezar* (ma bourse pour commencer) pour lutter contre le taux d'abandon élevé en milieu scolaire fut introduit. De ce fait, le programme *Mi Beca Para Empezar* fut mis en œuvre pour réduire le taux d'abandon au niveau d'enseignement de base. Ceux inscrits dans les établissements publics de tous niveaux préscolaire, élémentaire, secondaire et universités et issus des ménages pauvres bénéficient d'un transfert en espèces. Afin que ces élèves et étudiants puissent continuer leurs études dans de bonnes conditions. Le programme garantit l'accès à l'éducation, le soutien de l'environnement économique de la famille et de la motivation de leur performance scolaire. Il est financé par le fond fiduciaire de garantie de l'éducation (*FIDEGAR*) (voir fiche #10 pour toutes informations complémentaires).



⁵ Loi N°. 20.379 du 12/09/2009.

En Asie, la coordination des acteurs (États, collectivités territoriales, fonds sociaux et les institutions gérant l'apprentissage) a été décisive dans la réalisation avec succès des programmes. Ce partenariat multi-acteurs vise la modernisation de l'offre éducative et le ciblage de la petite enfance.

En Chine, les ministères des finances et de l'éducation ont publié en 2016 un document stipulant qu'à partir du semestre d'automne 2016, les élèves démunis inscrits dans les écoles secondaires publiques, ainsi que d'autres élèves nécessiteux, doivent être exemptés des frais de scolarité et des frais d'éducation connexes (étude du soir, passage des examens, surveillance pendant les récréations et la cantine, etc.). Malgré cette décision, certains frais sont demandés aux parents. Par ailleurs, il faut noter qu'en Chine, les personnes relèvent de leurs lieux d'enregistrement c'est ainsi, que les gouvernements locaux ne sont responsables que de ceux qui sont enregistrés dans leur localité. Ce qui freine certaines migrations malgré le système du *hukou* (Froissart, C., 2003 : p.2).

C'est dans ce contexte qu'en 2016 le programme intitulé "Subvention pour les enfants d'âge préscolaire" qui offre un soutien financier pour favoriser la scolarisation des enfants démunis âgés entre 4 à 10 ans a été créé (voir fiche #11 pour toutes informations complémentaires). Un co-financement de 6,6 milliards de yuans provenaient des gouvernements et 160 millions de yuans des jardins d'enfants ainsi que 38 millions de yuans de dons caritatifs et de fonds sociaux.

En Inde, l'attention fut portée sur l'éducation d'enfants issus des minorités musulmanes souvent en retard dans le parcours scolaire parce qu'ils fréquentent les *Madrasas*, les *Maktabs* ou des *Darul-Ulooms* jusqu'à un certain âge.⁶ Ces institutions délivrent un enseignement religieux permettant aux élèves de devenir imam, muezzin ou enseignant de Madrasa. En 2004, l'État indien a créé un comité national de suivi de l'éducation des minorités pour déceler les problèmes ainsi que les progrès à faire pour moderniser les madrasas. La conclusion tirée était la nécessaire intégration des madrasas dans l'enseignement professionnel. Ce travail de modernisation des madrasas amorcé depuis deux décennies aboutit à la création d'un premier programme intitulé *Scheme for Providing Quality Education in Madrasas* (SPQEM et IDMI) en 2009. Le but étant la réintégration des minorités musulmanes dans une éducation de qualité (SPQEM) et la création d'infrastructures et de développement d'instituts pour les minorités (IDMI) depuis 2009 reconnue par l'État (voir fiche #12 pour toutes informations complémentaires). L'accompagnement s'est fait sous forme d'une aide financière fournie aux institutions, par la création d'infrastructures scolaires et l'inclusion de la dimension genre en mettant l'accent sur les établissements d'enseignement pour filles. Le budget de l'année 2019-2020 fut de plus d'un milliard de roupies indiennes INR soit 13 616 947,61 Euros. A travers cette méthode, les minorités sont intégrées dans le système d'éducation nationale. Ainsi, au niveau des madrasas, les enseignements sont formés sur les matières modernes en plus des infrastructures adaptées à ce nouveau système.

⁶ Madrasa est un mot d'origine arabe signifiant école, que celle-ci soit inscrite dans la laïcité ou la religion. Dans les temps modernes, le terme madrasa désigne une institution où les sciences islamiques sont enseignées; un collège d'études supérieures.

Maktab est un type d'école primaire dans le monde musulman principalement visant à enseigner aux enfants la lecture, l'écriture, la grammaire et les études.

Darul uloom est un terme arabe qui signifie littéralement "maison du savoir". Ce terme désigne généralement un établissement d'enseignement islamique.



3.1.3. EMPLOI ET TRAVAIL

En Afrique, l'extension de la protection sociale à des catégories non salariées et précaires a permis un élargissement de l'offre qui est appelée à être de plus en plus inclusif. En effet, pendant de nombreuses décennies, les programmes de protection sociale étaient exclusivement limités à la minorité des travailleurs salariés. Il a fallu ouvrir continuellement aux travailleurs de l'économie informelle et à l'auto-emploi.

Au Maroc, le chômage n'est pas considéré comme un risque social assurable. L'absence du terme chômage dans le code du travail montre son négligence. Le risque de perte d'emploi fait l'objet d'un traitement singulier dans le système de sécurité sociale du Maroc. Pour pallier à ce manque de considération, le gouvernement du Maroc a ratifié la convention internationale du chômage portant révision de la convention no 2 de 1919. Ce texte rend obligatoire l'accord aux employés ayant perdu leur travail de façon involontaire.



En Amérique Latine, la formation conduisant à une meilleure employabilité des jeunes a constitué un des ressorts des programmes de protection sociale. Il est également noté un affinement du ciblage et l'extension de la couverture face à des demandes de plus en plus fortes de groupes socio-professionnels non couverts (les personnes en situation de handicap, des chômeurs, des personnes du milieu carcéral). L'amélioration de la gouvernance a été la clé du succès avec l'accent mis sur la dématérialisation des procédures, des modulations des contributions pour les travailleurs selon les situations socio-économiques.

Au Brésil, le programme Progredir lancé en 2017 à destination des membres des familles à faibles revenus, en particulier ceux inscrits au registre national unique ont pu accéder à des formations professionnelles, consulter des offres d'emploi, et recevoir du soutien à l'entrepreneuriat. Tout ceci financé à hauteur de trois milliards de R\$ par le Gouvernement du Brésil et réseau des partenaires du développement social soit dix-sept institutions financières qui opèrent dans le microcrédit (voir fiche #21 pour toutes informations complémentaires).

Au Chili, le programme "*Más Capaz*" ou "*+Capaz*" est mis en œuvre par le Service National de la Formation et de l'Emploi, du Ministère du travail et de la protection sociale. Il a été créé en 2014, en tant que programme pilote, à la suite des engagements pris lors de la campagne présidentielle, visant à accroître les possibilités offertes aux femmes, aux jeunes et aux personnes handicapées en vue d'augmenter l'employabilité de cette main-d'œuvre et à améliorer les conditions de vie de ces personnes. Révisé en 2018, il est destiné aux femmes de 18 à 64 ans, aux jeunes hommes de 18 à 29 ans, aux personnes incarcérées et aux personnes handicapées et vulnérables. Ceci, afin qu'ils puissent obtenir un emploi de qualité soit comme salarié ou entrepreneur (voir fiche #22 pour toutes informations complémentaires). Financé par le gouvernement du Chili en 2018 à hauteur de 37 millions d'euros. En outre, les pensions non contributives développées au Chili dès les années 1975, jouent un rôle majeur dans la lutte contre la pauvreté. Des dispositifs permettant de lutter contre les inégalités de pension entre hommes et femmes sont mis en place à partir de 2008. Une « bonification universelle pour maternité » octroie pour chaque naissance une somme égale à 10 % de 18 mois de salaire minimum) la mère, qui est versée sur son compte individuel de retraite. Cette somme produit des intérêts à partir de cette date et complète sa pension au moment de la retraite (Mesa-Lago, 2008 : p.429).

Au Mexique, l'emploi des jeunes est au cœur de divers programmes, en effet, il y a cette catégorisation de jeunes qu'on n'appelle « ni-ni » parce qu'ils n'ont ni étudié ni travaillé qui seraient de 7,4 millions de jeunes (Ramos Iduñate, G., 2013). La Loi du premier emploi qui reverse les cotisations sociales aux employeurs si le jeune reste au sein de l'entreprise au-delà de 10 mois (OIT 2012 : p.75), le programme *Jovenes Construyendo El Futuro* (Les jeunes construisent leur avenir) lancé en 2019 mis en place pour lutter contre le chômage des jeunes (Mendizábal Bermúdez, G. 2019 : p.170; Cf. Social Protection n.d.).

En Argentine, PROGRESAR, un programme dans le domaine de l'emploi et de la formation fut créé pour les jeunes, les adultes en situation de vulnérabilité et les chômeurs au niveau national financé par le gouvernement argentin avec un budget de 375 millions de dollars EU (United Nations

ECLAC. (n.d.) ; voir fiche #18 pour toutes informations complémentaires). Deux programmes phares se distinguent, le premier, *ProEmplear* mis en œuvre à partir de 2014 a pour objectif de promouvoir et de faciliter l'insertion professionnelle des jeunes et des adultes sans emploi. Pour lequel, un ensemble d'outils sera promu et renforcé, notamment le programme de redressement productif, les services d'emploi, le programme de placement et le programme de formation sur place. Le second, *Programa de Formación Continua* mis en œuvre en 2003. Il a pour objectif de promouvoir la formation continue des travailleurs (achèvement de la scolarité, formation professionnelle et certification des compétences) comme un outil pour accéder à des emplois décents et de qualité et contribuer à l'amélioration de la compétitivité. Elle favorise également le renforcement des institutions de formation professionnelle dans tout le pays et dispose du programme de crédit d'impôt pour encourager et promouvoir la formation.



En Asie, l'inclusion des groupes socioprofessionnels ainsi qu'un meilleur ciblage a rendu possible l'extension de la couverture sociale en particulier au milieu rural. Les programmes ont expérimenté avec réussite les contrats de performances entre les districts et l'État se traduisant par des bonus octroyés selon les résultats attendus. Certains contrats de performance ont porté sur le niveau de promotion de l'emploi rural pour la construction d'édifices et la protection des ressources naturelles (sol et eau).

En Chine, depuis la réforme économique chinoise de 1978, le pays connaît une croissance économique remarquable. Cependant, le succès économique de la Chine ne traduit pas nécessairement une amélioration du bien-être social de ses citoyens. Avec la croissance économique, dans les zones rurales, le début des années 1980 a mis en exergue la dissolution du régime coopératif de santé en milieu rural qui était le pilier du système de soins de santé dans les zones rurales. La quasi majorité des résidents ruraux (90%) vivaient sans aucune couverture entre 1984 et 2003 (Global health expenditure database, OMS). Dans les zones urbaines, des millions de travailleurs ont perdu leur emploi ainsi que l'assurance maladie liée à l'emploi lors de la réduction des dépenses de l'État au milieu des années 1990. Pour améliorer cette situation, en 2003, le gouvernement a mis en place un système de santé publique universel dans sa réforme des soins de santé. Un régime d'assurance médicale pour les résidents urbains non-salariés (sans activité professionnelle). Le système se compose de trois programmes clés : l'assurance médicale de base des employés urbains (UEBMI) pour les employés urbains, initiée en 1998 ; la Nouvelle Coopérative Médicale (NCMS)

pour les résidents ruraux, établi en 2003 ; et le programme pour les résidents urbains (*Urban Resident Basic Medical Insurance - URBMI*), qui couvre les résidents urbains sans emploi (voir fiche # 24 pour toutes informations complémentaires).

Dans le cas de l'Inde, « *Plus de 90 % de la population active en Inde travaille dans le secteur informel, dont plus de 50 % dans l'agriculture et les métiers connexes, et plus de 20 % dans la fabrication de produits bas de gamme et les services. Les possibilités d'emploi dans l'économie informelle sont toujours instables en raison d'une concurrence acharnée, de l'évolution des marchés et des changements de politiques économiques* » (Langan, P. et Nanavaty, R., 2018 : p.37). Le Programme d'emploi garanti MG-NREGA établi en 2005, consiste à octroyer cent jours de travail par an au niveau des chantiers publics pour soulager les populations rurales qui vivent en dessous du seuil de pauvreté. Cible les régions rurales. Il s'agit d'un programme cofinancé par le gouvernement central et les États. Cependant une grande partie est mobilisée par le gouvernement central. Au cours de l'année 2017-2018, l'estimation budgétaire était de 48 000,00 crores INR (1 crore = 10 millions) (voir fiche # 24 pour toutes informations complémentaires). Pour apporter des solutions nouvelles à ce problème, ce programme a été mis en œuvre dans un contexte de décentralisation des politiques publiques pour assister les populations les plus pauvres. En plus de fournir aux ménages ruraux des emplois supplémentaires, le MG-NREGA cherche également à encourager et à faciliter l'autonomisation des femmes grâce à l'inclusion financière. Dans le rapport de l'UNESCO de 2010, le ministre du logement et de la Lutte contre la Pauvreté urbaine signale que plus de 81 millions d'Indiens vivaient en dessous du seuil de pauvreté. A nouveau, il en est ainsi du fait qu'une infime proportion de la population active jouisse de droits de protection sociale alors que ceux actifs dans l'informel font face à une précarité sans commune mesure. (Sénat français, n.d.).



3.1.4. FEMMES ET FILLES

En Afrique, le succès des programmes est déterminé par la qualité de la gouvernance qui se mesure par la dématérialisation des procédures d'enregistrement selon un registre unique. Par gouvernance, on entend la qualité et le suivi des données en temps réel et le pilotage des programmes au plus haut

niveau de l'État. La gratuité de certains services de santé liés aux maternités et autres maladies chroniques.

Au Ghana, une politique d'exonération des frais d'accouchement a été introduite en 2004, destinée à couvrir tous les coûts des soins dispensés à la mère et au fœtus pendant le travail et à la mère pendant les six semaines suivant l'accouchement. Entre 2005 et 2006, une évaluation de la politique dans 6 districts de la région centrale et de la Volta a été menée par une initiative pour l'évaluation des programmes de mortalité maternelle (IMPACT). Cette initiative a été progressivement abandonnée et remplacée par l'assurance maladie en 2008.

La politique ghanéenne prévoyait des livraisons effectuées par des fournisseurs publics, des missions et des fournisseurs privés, avec des tarifs différenciés pour refléter les différentes subventions publiques dont ces acteurs bénéficient.

En 2008, le Ghana a introduit une politique de soins de santé maternelle via l'inscription des femmes enceintes au régime national d'assurance maladie pour accéder gratuitement aux soins de santé. L'étude vise à mesurer la contribution du *Free Maternal Health Care Policy* (FMHCP) à l'utilisation des soins de santé maternelle, des soins prénatals et l'accouchement en établissement et déterminer l'impact de l'utilisation sur les mort-naiissances, les décès périnatals et néonataux.



En Amérique Latine, la principale raison du succès demeure le ciblage qui présente l'avantage de prendre en compte les vulnérabilités multidimensionnelles auxquelles les femmes sont exposées. Par vulnérabilités multidimensionnelles, on entend le besoin de formation et d'emploi, de garderie d'enfants, d'aide psychologique, de santé mentale et d'autres soins médicaux). A titre d'exemple, on observe une convergence des interventions ciblant les femmes chefs de ménage. Au Mexique, le programme *Red Mujeres* a été créé en 2019, lutte contre la violence faites aux femmes adressées à 2 500 femmes de Mexico, et un réseau de 400 femmes appartenant à des peuples autochtones⁷. Ces groupes peuvent accéder à des centres de soins pour les femmes victimes de violences en leur offrant

⁷ Escobar, Agustín et Mercedes González de la Rocha (2009), « Les filles, les mères et la réduction de la pauvreté au Mexique: évaluer Progres-Oportunidades », Les impacts du genre de la libéralisation, ShahraRazavi (éd.), New York, Routledge.

des suivis psychologiques et juridiques. Il y a aussi des ateliers de sensibilisation. Cette initiative fait suite à une enquête nationale sur la dynamique des relations au sein des ménages en 2016, la ville de Mexico présente une prévalence plus élevée de la violence à l'égard des femmes que la moyenne nationale. La violence la plus fréquente est celle qui se produit dans la communauté avec 61,1 %, suivie par la violence entre partenaires intimes, avec 52,26 %. Les femmes âgées de 15 ans et plus, habitantes de Mexico, qui ont déclaré avoir subi des violences de la part de leur partenaire, constituent 52,6 %. 6 mexicaines sur 10 ont été confrontées à un incident de violence ; 41,3% ont été victimes de violence sexuelle. Le programme "*red mujeres*" est créé dans le but de renforcer la prévention de la violence faite aux femmes mais aussi de lutter contre ces violences. Il promeut l'accès à la justice par la connaissance des droits des femmes. Le secrétariat à la femme (SEMujERES) met en œuvre la stratégie du Réseau des Femmes pour l'égalité et non à la violence qui touche plus 636.644 personnes depuis son lancement. Le budget du programme est de 1 870 078,74 de dollars (SEMujERES : Secrétariat de *las mujeres de la ciudad de Mexico*)



En Asie, l'inclusion des femmes a favorisé la réduction du gap de protection sociale. Selon les situations géographiques (rural, urbain, péri urbain), des paquets de services ont été adaptés pour prendre en charge les soins spécifiques relatifs à la maternité.

En Chine, l'accent a été mis sur la santé reproductive pour garantir la santé individuelle de sa population et assurer le développement économique et social. Le taux de participation à la population active des femmes était de 61.9% en 2011 avec un taux de natalité de 12.1%. Fort de ce constat, le Conseil d'État a publié et mis en place en avril 2012 des dispositions spéciales, relatives à la protection du travail de toutes les femmes salariées, de l'épouse sans emploi d'un travailleur salarié, de l'épouse sans emploi d'un travailleur indépendant mais aussi la femme qui exerce une activité indépendante.

Les soins liés à la grossesse sont pour la plupart pris en charge, les montants variant selon les provinces. Le congé de maternité est de 98 jours soit 14 semaines dont 15 jours avant

l'accouchement et les indemnités de maternité correspondent à 100 % de la base de calcul. ⁸Le programme est financé par l'État (voir fiche #32 pour toutes informations complémentaires).

En Inde, dans les années 2000, l'État indien avait comme objectif de satisfaire la demande en matière de santé maternelle et infantile (Julien 2015: pp.264-265). La mortalité maternelle constituait à l'époque un problème majeur car, elle représentait plus de 20% des décès. En outre, le gouvernement se rend compte que seules 34% des femmes fréquentent les hôpitaux. Pour remédier à ce problème et éliminer ce fléau, l'État avec la collaboration du National Rural Health Mission (NRHM) instaure le programme de protection maternelle *Janani Surakshya Yojana* (JSY) afin d'inciter les femmes à se rendre au niveau des structures sanitaires pendant l'accouchement. Le but est d'œuvrer pour la baisse du taux de mortalité maternelle et néonatale. La prime est de 1000 à 1400 roupies pour les femmes enceintes pauvres fréquentant les structures de santé. En 2005-2006, les chiffres tournaient autour de 739 000 bénéficiaires. Une enquête par sondage a été réalisée en Inde et les données analysées ont permis de voir la proportion de naissances intentionnelles avant 2005 et après la mise en œuvre du JSY de 2006 jusqu'à 2010. Sur les 284 districts des 9 États, la proportion de naissances dans les institutions publiques est passée de 20 % avant le commencement du programme à 49% en 5 ans.

Le programme de protection maternelle, créé en 2005 visait à améliorer les conditions d'accouchement des femmes en favorisant la fréquentation des hôpitaux. Il s'agit d'un projet entièrement financé par l'État central indien qui procède par des transferts monétaires à condition que la patiente se rende dans les institutions sanitaires pendant et après l'accouchement. La prime en guise d'incitation est de 1000 à 1400 roupies selon les États (voir fiche #33 pour toutes informations complémentaires).



3.1.5. PERSONNES VULNERABLES

⁸ Marius, Kamala, 2016, « [Les inégalités de genre en Inde](#) », *Géoconfluences*, mis en ligne le 28 novembre 2016

En Afrique, le défi principal a été le ciblage des personnes vulnérables selon la diversité des situations (les personnes vivant avec handicap, les personnes âgées...) dans des contextes où les données statistiques sont relativement peu existantes ou n'ont qu'une couverture géographique partielle. L'offre a été diversifiée pour être en mesure de couvrir davantage de catégories jusqu'alors laissé en rade. La gouvernance s'est également améliorée en réservant une place à la dématérialisation, le contrôle de l'effectivité des prestations auprès des ayants-droit et le partenariat multi-acteurs (Ministères, organismes parapublics, société civile, secteur privé).

Le gouvernement du Cap-Vert accorde une grande priorité à la croissance économique dans l'équité du pays. Le Cap-Vert étant le pays le plus « vieux » de la sous-région, en 2020, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 7,6% de la population (contre une moyenne régionale d'environ 5%). L'espérance de vie est estimée à 71 ans pour les hommes et 76 ans pour les femmes correspondant à des niveaux très élevés par rapport à la moyenne ouest-africaine autour de 60 ans.

Dans la moitié des années 2000, le Cap-Vert lance un grand programme de transferts en faveur des couches vulnérables dont une pension universelle destinée aux personnes âgées qui représente ,en 2005, 7,1% de la population. Avec la mise en œuvre de ce programme, on estime qu'en 2015, 90% des personnes âgées bénéficient d'une pension issue du régime contributif ou non contributif.

A l'Ile Maurice, le nombre d'handicapés représente 4,9% (60 000 personnes) de la population totale de l'Ile Maurice. Le gouvernement mauricien a signé et ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées qui appelle les États parties à promouvoir le concept de l'éducation inclusive pour les personnes handicapées. Dans ce contexte, le ministère de de l'intégration sociale, de la sécurité sociale et de la solidarité nationale a signé en 2007 et ratifié, en 2010, l'unité d'autonomisation des personnes handicapées qui fournit une gamme de services directs aux personnes handicapées.



En Amérique Latine, l'enjeu de la sécurité alimentaire et de la nutrition est très présent dans les programmes étudiés : aide aux familles pour lutter contre la malnutrition et la faim et une meilleure qualité nutritionnelle des aliments. On observe des pratiques similaires de préservation de la cohésion sociale à travers des aides pour les populations vulnérables (adolescents, travailleurs précaires, familles démunies, etc.). Au Brésil, le Bénéfice de Prestation Continue (BPC) est un

programme national qui octroie une allocation dont la valeur est égale au salaire minimum aux personnes âgées et aux personnes handicapées dont le revenu n'atteint pas le quart du salaire minimum. (Rocha, 2008 : p.640). Ces prestations sont versées par la sécurité sociale, financées par le gouvernement fédéral et servies par l'INSS. (Ibid,p.641). Elles permettent aux personnes âgées et aux handicapés de nationalité brésilienne ou portugaise résidant de façon permanente au Brésil, de disposer d'un minimum vital. Les bénéficiaires et les membres de leurs familles doivent obligatoirement être inscrits au Registre unique des programmes sociaux du gouvernement fédéral (*Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal* - CadÚnico). Les conditions sont les suivantes : être âgé de 65 ans ou plus, ne percevoir aucune allocation accordée par la prévoyance sociale ni par aucun autre régime social, justifier d'un revenu familial par personne inférieur à un quart du salaire minimum en vigueur, soit 107€. En outre, il faut pouvoir justifier d'un état d'invalidité d'au moins 2 ans empêchant de mener une vie autonome, être en incapacité de travail, justifier d'un revenu familial par personne inférieur au quart du salaire minimum en vigueur, soit 107 €. Ces conditions permettent l'octroi d'un transfert direct de 114\$ au bénéficiaire (voir fiche #50 pour toutes informations complémentaires) (Monde sans pauvreté 2015).

Au Chili, la mise en œuvre du *Chile Solidario* en 2002 a constitué une étape fondamentale qui a jeté les bases de l'actuel système de protection sociale. (Mesa-Lago, 2008: p.419; Ferreira, n.d.) *Chile Solidario* génère un nouveau paradigme pour les politiques sociales, grâce à l'intégration intersectorielle dans un réseau de protection sociale qui relie tous les programmes pertinents. Le programme cherche à accompagner et à fournir un soutien psychosocial aux familles chiliennes vivant dans l'extrême pauvreté, dans le but de soutenir le développement des capacités de ses membres pour leur permettre de sortir de cette situation. L'innovation technique de ce modèle est d'intégrer les opportunités offertes par la société avec les capacités des personnes à les utiliser efficacement. Le modèle est basé sur une approche reposant sur les droits avec des garanties explicites, un soutien psychosocial pour les familles et un réseau de programmes sociaux. Cette approche a permis de réduire l'extrême pauvreté, selon l'enquête nationale de caractérisation socio-économique (CASEN) de 2006.

Le Mexique a développé en 2014 le programme *Prospera* qui constitue la conversion d'anciens programmes : *Progresar* lancé en 1997 et *Oportunidades* en 2002. (Scaling Up nutrition 2017). Il comprend 3 principales composantes de développement du capital humain à savoir : l'alimentation, la santé et l'éducation. En plus de cela, les bénéficiaires ont accès à d'autres programmes sociaux pour le développement productif, la création de revenu et l'inclusion de la main-d'œuvre. (Ibid.). Il s'étend via des bourses d'études universitaires ou techniques supérieurs 232,85 dollars pour s'inscrire à l'université, un accès à l'assurance *Seguro Popular*. De plus, les femmes enceintes et allaitantes recevront des compléments alimentaires. Financé par le gouvernement mexicain en mensualité de 147 dollars mensuels.

Sans compter une distribution d'un ensemble de compléments alimentaires aux femmes enceintes et 1 an après accouchement, des suppléments de vitamines pour les enfants de 6 à 59 mois. Il s'agit dans ce cadre ci d'à la fois prendre en charge les vulnérabilités mais également de s'attaquer aux problèmes de nutrition. Ces actions sont cofinancées par le Gouvernement du Mexique, le Groupe de la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement. (Op cit.).

Enfin, en Argentine, le Plan Argentine *Trabaja* (2009-2018) a ciblé les ménages en situation de vulnérabilité afin de créer un nivellement des écoles et taux d'abandon scolaire, de contribuer à la formation technique et professionnelle, d'apporter du soutien au travailleurs indépendants et stimuler la création d'emplois directs au niveau national. Les Ministères du développement social est en charge de l'exécution et c'est le Gouvernement de l'Argentine qui le finance. (*Naciones Unidas - CEPA*, n.d.; Social Protection, 2021). L'impact est ainsi doublement positif: d'une part, il crée de nouveaux emplois authentiques qui privilégient la participation collective à la participation individuelle et, d'autre part, il améliore les espaces communautaires en affectant directement la vie quotidienne des voisins.

À destination des ménages en situation de vulnérabilité en leur octroyant un revenu social par le travail, développant des projets sociaux et productifs ainsi qu'un programme national de microcrédits pour l'économie sociale et solidaire (voir fiche # pour plus d'information).



En Asie, les facteurs de succès reposent sur la décentralisation avec une forte responsabilisation des municipalités dans la gestion de l'offre de services. Les règles d'équité entre les groupes socio-économiques et les territoires ont été respectées conduisant à décrédibiliser les programmes. La couverture s'est étendue à grande échelle dans le domaine de la sécurité alimentaire et de l'énergie. Les subventions sont accordées par l'État pour l'achat de denrées de première nécessité tels que le blé, le riz, le kérosène, du charbon de cuisine, du sucre.

En Chine, le programme de garantie du niveau de vie minimum *DIBAO* est né en 1997, dans un contexte de restructurations économiques qui ont entraîné un choc sur le marché du travail dans les zones urbaines. Ces facteurs ont engendré un taux inquiétant de chômage dans ces zones. Face à cette situation alarmante, le gouvernement chinois a commencé à fournir des garanties sur le niveau de vie minimum des résidents urbains pour réduire l'émergence de la pauvreté urbaine (voir fiche # 52 pour toutes informations complémentaires).

En Inde la croissance économique est forte mais, la grande majorité de sa population rurale vit en dessous du seuil de pauvreté. Le régime indien de sécurité sociale n'est pas universel et couvre des

groupes bien distincts du secteur formel vieillesse-invalidité-décès, maladie-maternité, chômage, accidents du travail et maladies professionnelles (CLEISS, 2021).

Durant l'année 2015, 300 millions de personnes vivaient toujours dans l'extrême pauvreté avec un revenu maximal de 1, 5 dollars par jour. Pour aider les populations pauvres vulnérables à atteindre un niveau de vie convenable, le gouvernement central en collaboration avec les États crée ce programme qui vise à fournir une sécurité alimentaire et une subvention du carburant pour les besoins domestiques et de l'éclairage. En 1997, pour la sécurité alimentaire, Créée en 1997, le programme continue de poursuivre ses œuvres notamment avec la loi nationale sur la sécurité alimentaire (NFSA) de 2013 qui a autorisé son déploiement au niveau national.

Les ménages pauvres reçoivent jusqu'à 5 kg de céréales à des prix subventionnés par mois et par personne. Les céréales sont composées de riz, du blé et du mil subventionné respectivement en 3, 2 et 1 kg. Le montant de la subvention alimentaire était estimé à 145 338,60 crore INR soit 1 644 748 215,74 Euros, et celui du kérosène à 8923,87 crore INR soit 1 009 668 309,14 Euros pour le budget de l'année 2017-2018. En 2014 précisément 1 an après son déploiement au niveau national, le gouvernement central a ordonné aux États qui ont atteint le seuil d'électrification d'arrêter la subvention liée au Kérosène (voir fiche #53 pour plus d'information).



3.1.6. RESTAURATION SCOLAIRE

En Afrique, les programmes de restauration scolaire réussis s'expliquent par l'engagement de l'État et la forte implication des autres parties prenantes (collectivités locales) à faciliter l'éducation à tout élève indépendamment de leurs conditions socio-économiques. Ainsi, une méthode de diversification de l'alimentation et d'adaptation des menus selon les normes nutritionnelles a été adoptée dans le cadre de la mise en place de ces programmes. Pour accompagner cet effort de l'État et mener à bien la conduite de ces programmes, le suivi strict ainsi que la mise en place d'un système d'information en ligne et l'aménagement du budget national sont notés pour assurer la durabilité des programmes.

Le Lesotho souffrant d'une malnutrition infantile très élevée pour un pays de niveau de revenu intermédiaire, le quotidien des ménages du Lesotho a été impacté par les fluctuations de ces derniers. Ainsi environ 39,2% des enfants ont un retard de croissance (avec 14,8% ayant un retard de croissance sévère) et 36% des enfants de moins de 5 ans sont malnutris. Le niveau de carence en vitamine A chez les enfants est resté élevé. Les changements climatiques qui ravagent le pays entraînent une réduction de la production agricole. Ainsi les couches vulnérables vivant de l'agriculture de subsistance sont exposés à la malnutrition. Afin de lutter contre la malnutrition, la scolarisation des enfants et d'atteindre les ODD, le gouvernement du Lesotho a mis en place le programme d'alimentation scolaire (*School Feeding*) en 1963.

Une mission de renforcement de capacité du Gouvernement s'est rendue au Lesotho en août 2019. Cette mission dirigée par des experts de du Centre d'excellence PAM du Brésil avait pour but de mettre en place une stratégie solide afin de transférer au Gouvernement la gestion intégrale du programme.

Au Maroc, les déficits alimentaires enregistrés cumulés aux Objectifs de Développement Durable (ODD) ont poussé le Gouvernement marocain à mettre en place le programme Cantines Scolaires avec l'accompagnement des Nations Unies à travers le PAM. Ainsi depuis 1997, la responsabilité et le financement sont gérés par le gouvernement marocain. Le Gouvernement marocain a mis en place un partenariat avec le Programme Alimentaire Mondiale pour l'assister dans son projet de réforme du programme. Cette réforme a été faite pour appuyer les efforts faits par le Ministère de l'éducation Nationale.

Dans ce sens, après son indépendance en 1990, le Gouvernement du Namibie a fait de la réduction de la pauvreté et des inégalités une priorité à travers l'éducation. L'article 20 de la Constitution namibienne stipule que «l'éducation est un droit universel fondamental pour tous les Namibiens et rend l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous les enfants». Dans cette lancée, le Gouvernement namibien met en place, avec l'aide de Nations Unies, le programme alimentation scolaire en 1996. Depuis 1996, la gestion et le financement du programme est assuré par le gouvernement à travers le Ministère de l'Éducation Nationale et ses partenaires.

Au Ghana, l'enquête démographique et sanitaire de 1998 (EDSG 3) avait dévoilé que l'impact du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'émaciation chez les enfants était respectivement de 26%, 25% et 10%. Durant l'année 2003, les résultats ont montré que la proportion d'enfants de moins de 5 ans avec un retard de croissance était passée de 28,5% en 1997 à 30%, dont 11% étaient gravement rabougris, 7% des enfants de moins de 5 ans étaient amaigris et 1% en état très grave. De plus, 22% présentaient une insuffisance pondérale, dont 5% en situation aggravée.

En réponse à ce problème, le Ghana a créé une politique alimentaire en fin 2005 afin de vaincre la faim et la malnutrition des enfants. Dans la mise en œuvre du programme, un budget total de 211,7 millions de dollars a été déblocqué pour couvrir quatre ans d'exercice (2006-2010). Dans ce budget, l'alimentation représentait la part la plus importante équivalente à 87% du coût total. La fourniture de repas chaud et nutritif par jour aux enfants revenait à 33% par jour, soit 65 dollars par an, en 2007 aux taux de change actuels, en hausse de 2,5% par an. Le ministère de la santé, le ministère des affaires étrangères et les assemblées de district étant des institutions partenaires au programme ont mobilisé également la somme de 102,3 millions de dollars pour compléter le budget du programme en soutien aux activités connexes telles que la vermifugation, la construction de cuisines, d'aires de

cuisson et de plates-formes pour les réservoirs d'eau afin de soutenir le travail au niveau du district (agent de liaison spécialisé) et des sous-districts (par exemple les cuisiniers et les aides).

Durant la phase pilote du GSFP qui a été effectué en mai et juin 2006, des résultats ont été récoltés en 6 mois de mise en œuvre. On note l'augmentation des inscriptions dans les écoles pilotes de 20,3% contrairement aux écoles témoins (non-SPFG) des mêmes districts qui se retrouvent avec 2,8% seulement. On peut y adjoindre le taux de fréquentation, qui a augmenté de 39,9%, 5% et 13% dans trois écoles pilotes, contre 9%, -0,5% et -19% dans les écoles non encore ciblées par le GSFP au sein des mêmes communautés ou districts.



En Amérique Latine, on observe une prise en charge sur le long terme avec un suivi de la maternelle au secondaire. L'effort s'accroît alors sur le ciblage exhaustif des écoles publiques au niveau national, la capacité d'adaptation à différents milieux et la durabilité des programmes.

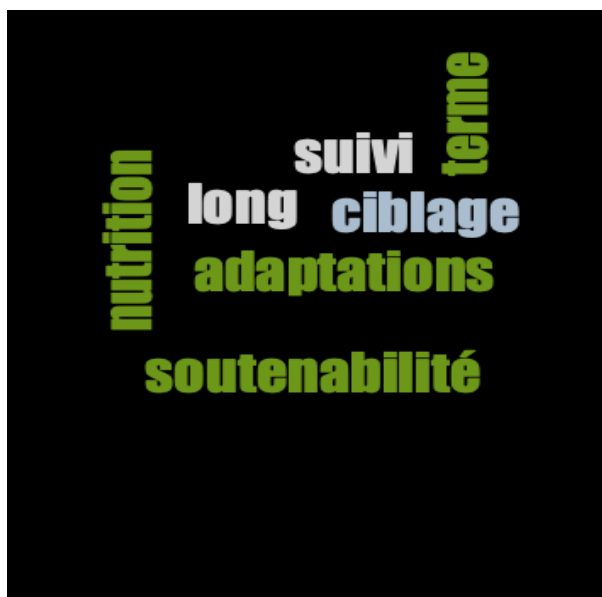
Au Chili, le programme de restauration scolaire (PAE) consistait en services de restauration aux élèves vulnérables des établissements d'enseignement municipaux et privés qui sont subventionnés pendant l'année scolaire. Tous issus de familles appartenant aux 60% les plus vulnérables ou les plus défavorisés socio-économiques selon le registre social des ménages tant en ville qu'en campagne. Financé par le Gouvernement du Chili et le Conseil national de l'aide et des bourses scolaires (JUNAEB) pour un budget de 278 milliards de dollars (voir fiche #58 pour plus d'informations).

Au Mexique, *Programa Alimentos Escolares* est un programme social par lequel des aides alimentaires basées sur des critères de qualité nutritionnelle sont fournies aux filles et aux garçons dans les niveaux préscolaires, primaire et spécial. Le programme offre des petits déjeuners complets (pain céréales fruits...) aux enfants qui sont inscrits dans les établissements publics. Grâce aux financements du Gouvernement de Mexico et du (secrétariat d'inclusion et de protection sociale de la ville de Mexico (SIBISO), du système national pour le développement intégral de la famille (DIF). Le budget en 2019 s'élevait à 41 802 067 dollars.

Au Brésil, pour garantir que les enfants aient un accès aux cantines scolaires, des incitations financières ont été mises en place pour encourager l'assiduité.⁹ En effet, tel que vu précédemment,

⁹ Service d'alimentation scolaire du PAM. (n.d. : pp.39-41).

les aides sont conditionnés et l'une de ces conditions est la fréquentation scolaire qui induit une alimentation au sein de son établissement.



En Asie, dans un processus d'amélioration du taux de scolarisation des enfants et d'inclusion de tous les groupes socio-économiques favorisant l'égalité des chances, des programmes de protection sociale ont été mis en place. Ces programmes visant à éradiquer la faim et à promouvoir une nutrition équilibrée ont évolué en mettant en avant un multi-partenariat entre l'État, les municipalités et les écoles. En Chine, selon le bulletin statistique 2012 du développement économique et social national de la République populaire de Chine, le revenu net par habitant des ménages ruraux était de 7917 CNY (≈\$US 1257) en 2012. Le coefficient d'Engel, qui fait référence à la proportion des dépenses alimentaires par rapport aux dépenses de consommation totales des ménages, est passé de 45.5 % pour les ménages ruraux en 2005 à 39.3 % en 2012.

L'état nutritionnel des élèves vivant en Chine rurale est déficitaire comparé à leurs homologues urbains.¹⁰ En 2005, les différences de taille, de poids et de tour de poitrine entre les garçons de 14 ans vivant en milieu rural et ceux du milieu urbain étaient respectivement de 4 à 3 cm, de 5 à 8 kg et de 1 à 8 cm. Dans le même groupe d'âge d'élèves de 14 ans, les garçons et les filles des zones rurales présentent un taux plus faible que leurs homologues urbains respectivement 25.7 % contre 17.6 % et 13.5 % contre 12.1 %. Outre le mauvais état nutritionnel des élèves des zones rurales, le manque de restaurants et d'éducation nutritionnelle est fréquent dans les écoles rurales de Chine. Une enquête menée dans 122 écoles primaires rurales pauvres du nord-ouest de la Chine a montré que seules 8.2 % des écoles étudiées disposaient d'une cafétéria, qu'entre 50 et 70 % des élèves prennent deux repas par jour pendant toute l'année (les pourcentages diffèrent selon la saison) et que les directeurs, les enseignants et les parents manquaient généralement de connaissances en matière de nutrition et de santé.

Service d'alimentation scolaire du PAM. (n.d.). Ce que l'expérience nous a appris
Bonnes pratiques de 45 années d'alimentation scolaire.

¹⁰ FAO. (2010). Profil nutritionnel par pays – Chine. [En ligne]

https://www.fao.org/ag/agn/nutrition/chn_fr.stm consulté le 9 décembre 2021.

La malnutrition a des implications à long terme pour la population dans son ensemble. L'examen systématique a montré que la malnutrition infantile était un facteur de risque de maladie mentale, d'hyperglycémie à l'âge adulte et d'hypertension artérielle. La malnutrition infantile entraîne une déficience permanente.

Au cours des 20 dernières années, des chercheurs chinois ont constaté les implications de la malnutrition infantile et ont suggéré que des politiques de réduction de la malnutrition soient développées sur une base nationale. Dans ce cas, une intervention plus concrète est mise en œuvre dans les écoles, notamment dans les écoles rurales. Le besoin identifié est de fournir aux élèves des repas scolaires bien conçus, en promouvant l'éducation à la santé et la construction d'un plus grand nombre de cafétérias scolaires. Ainsi, le gouvernement chinois a pris conscience de la nécessité et l'urgence de modéliser une approche politique d'amélioration de la nutrition des enfants à l'école. Voir fiche #60 pour plus d'informations sur le "*Nutrition Improvement Program For Rural Compulsory Education Students (NIPRCS)*" ou le Programme d'amélioration De La Nutrition Pour Les Élèves De L'enseignement Obligatoire En Milieu Rural ciblant principalement les étudiants ruraux de l'enseignement obligatoire, qui sont principalement âgés de 6 à 15 ans de la 1ère à 9ème année.

Alors qu'en Inde, Ayant constaté que 42% des enfants de moins de 5 ans ont un poids en dessous de la moyenne, l'État indien a instauré ce programme afin de renverser la tendance. Lancé en 1995, Le *Mid Day Meal Scheme* (MDMS) avait pour objectif de mettre en place les conditions nécessaires permettant à tous les enfants de bénéficier d'un enseignement primaire. Par ce programme, l'État comptait également éradiquer les préjugés de castes et les inégalités de classes et favoriser la fréquentation des écoles par les couches défavorisées. Il demeure le plus grand programme d'alimentation scolaire au monde.

Pour sa mise en œuvre concrète, un arrêt a été rendu par la Cour suprême en 2001, pour rendre obligatoire l'alimentation scolaire dans les écoles primaires. En 2010-2011, le montant des dépenses combinées du gouvernement central et des gouvernements des États/territoires de l'Union pour le programme d'alimentation scolaire avoisinait 3 850 millions USD. La couverture durant cette année était de 113,6 millions d'écoliers (voir fiche #61 pour plus d'information) Cela suite au constat que 42% des enfants de moins de 5ans ont un poids en dessous de la moyenne, l'État indien a instauré ce programme afin de renverser la tendance. Lancé en 1995, Le *Mid Day Meal Scheme* (MDMS) avait pour objectif de mettre en place les conditions nécessaires permettant à tous les enfants de bénéficier d'un enseignement primaire.

Pour l'année 2017-2018, le budget a été de 10 000 crore INR (100 000 000 000 INR) soit 1 131 953 000 Euros.



3.1.7. SANTE

En Afrique, l'atout principal des programmes de protection sociale est la gratuité et la diversité de l'offre de santé. La demande étant forte, la couverture universelle pour la plupart des programmes est devenue une grande réalisation grâce à une incorporation de système préexistants et à leur généralisation. Ce succès est dû à un partenariat entre l'État, les structures de santé et les institutions internationales (l'OIT, l'OMS, etc.). La dématérialisation caractérisée par la création d'un registre unique intégrant les personnes en situation de handicap et la décentralisation des centres de santé ont constitué un facteur majeur de réussite des programmes. Dans la gouvernance, l'existence d'une unité de gestion qui fédère les interventions crée une synergie positive. Les processus de contrôle rigoureux de la qualité des services et des données ont favorisé les performances des programmes.

Au Maroc la population à de faibles revenus et le système de santé trop coûteux. L'accès aux soins de santé est en moyenne de 65,5% (seulement 45,1% pour les plus démunis c'est-à-dire 20% de la population). Dans l'optique de remédier à ces difficultés, l'État marocain s'est engagé à :

- Assurer l'accès aux soins à toutes les couches sociales de la population par la prise en charge solidaire des dépenses de santé,
- Garantir une offre de soins de qualité répartie d'une manière harmonieuse sur le territoire Marocain ;
- Relever les défis afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle.
- Ainsi la loi 65.00 portant code de la couverture médicale a été instituée en 2002 et est entré en vigueur le 18 août 2005.

Depuis les années 2000, la politique socio-sanitaire de L'État rwandais vise à assurer qu'aucun membre de la société ne soit confronté à la mort, au handicap, à la mauvaise santé ou à l'appauvrissement pour des raisons qui pourraient avoir un coût limité. Ainsi, le pays démarra la phase pilote des assurances en 1999. Ensuite, en 2001, la loi du 27/4/2001 consacre l'assurance maladie obligatoire pour les agents de l'État et facultative pour le secteur privé (RAMA) et gérée par

l'Office Rwandais de Sécurité Sociale (RSSB). En 2005, il fut créé l'assurance maladie des militaires (Armée, Police Nationale et autres corps de sécurité). En 2006, le succès de la phase pilote démarrée en 1999 entraîne l'extension des mutuelles dans les 30 districts du pays. En 2007, une loi renforce les mutuelles de santé en l'étendant au secteur informel toujours gérée par la RSSB. En 2015, à travers la loi du 25/11/2015 il fut instaurée l'assurance maladie obligatoire au Rwanda et dont la gestion est assurée par le Conseil National d'Assurance Maladie.

Au cours des deux dernières décennies les indicateurs de santé du Rwanda se sont largement améliorés. L'espérance de vie de la population est passée de 48 ans en 2000 à 63 ans en 2010 pour atteindre 67 ans en 2020, selon les chiffres de l'Institut National des Statistiques du pays. Le taux de mortalité infantile a chuté de 106,2 pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 43,8 en 2010 pour atteindre 25,38 en 2020. Le taux de mortalité maternelle est passé de 107 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 468 en 2010 pour atteindre 248 en 2017.



En Amérique Latine, les programmes ont favorisé l'aide aux familles et aux chômeurs en cas de maternité, naissance, adoption, enfants en situation de handicap. Il a été noté une anticipation des allocations familiales qui commencent dès la grossesse. La gratuité des médicaments, le soutien à la parentalité ainsi que le ciblage des femmes et des hommes en situation de monoparentalité montrent le focus qui est mis dans la prévention des risques de santé dès le début du cycle de vie. L'accessibilité des soins de santé est un levier de succès du fait des stratégies basées sur des consultations publiques pour la prévention des maladies avec un suivi des vaccinations et des visites à domicile pour les pathologies chroniques. Au Brésil, sous l'ère COVID-19, la pauvreté recule. Le Président Jair Bolsonaro, contesté depuis le début de son mandat bénéficie d'un regain de popularité grâce à sa politique sociale d'aide d'urgence plus connue sous le nom de « coronavoucher ». Ce programme a permis à plus de 20 millions de brésiliens de ne pas sombrer dans la pauvreté. L'État verse mensuellement environ 100 euros à environ 30% de la population soit 50 millions de familles¹¹ Au Chili, le *Subsidio Único Familiar* cible les personnes à faible revenu appartenant aux 60% les plus vulnérables sur le plan socio-économique de la population nationale, basée sur le Registre

¹¹ [Brésil: le Covid-19 progresse, la pauvreté recule \(rfi.fr\)](https://www.rfi.fr/fr/actualites/brasil/20200916-brasil-covid-19-progresse-la-pauvrete-recule)

Social des Ménages (RSH). Le programme SUF met à disposition une allocation pour les personnes à faible revenu qui n'ont pas accès à l'allocation familiale ou maternelle parce qu'elles ne sont pas des travailleurs affiliés à un système de pension. La subvention familiale unique fait partie des prestations accordées par le système des prestations familiales. Le montant de l'allocation familiale est de 15,14 € par charge familiale. Cependant, le montant reçu par les personnes handicapées est le double (30,28 €). Financé par le gouvernement du Chili à hauteur de 336 391 073 Euros en 2019 (voir fiche #70 pour plus d'information).

Au Mexique, *Salud en tu casa* est un soutien social pour les personnes qui ne sont pas affiliées à l'IMSS (Institut mexicain de sécurité sociale) ou à l'ISSSTE (Institut de sécurité sociale et des services sociaux pour les travailleurs de l'État). Anciennement appelé *medico en tu casa*, le programme *salud en tu casa* est créé dans le but de venir en aide aux personnes défavorisées qui ne peuvent pas se rendre dans les hôpitaux, de venir chez eux les soigner gratuitement.

Un soutien social pour les personnes qui ne sont pas affiliées à l'IMSS (Institut mexicain de sécurité sociale) ou à l'ISSSTE (Institut de sécurité sociale et des services sociaux pour les travailleurs de l'État)

Des bénéficiaires recevront des soins médicaux, des études de laboratoire et des médicaments chez eux à chaque qu'elles en auront besoin.

Anciennement appelé *medico en tu casa*, le programme *salud en tu casa* est créé dans le but de venir en aide aux personnes défavorisées qui ne peuvent pas se rendre dans les hôpitaux, de venir chez eux les soigner gratuitement. Des groupes cibles tels les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes handicapés qui n'ont pas d'assurance à l'IMSS (Institut Mexicain de Sécurité Sociale) se voient offrir leurs soins médicaux et médicaments. Cette nouvelle orientation fut financée par le gouvernement Mexico et le

Ministère de la santé pour un montant de 8 370 261 dollars en 2019 (voir fiche #71 pour plus d'information).

En Argentine, sur le plan de la santé, le système est caractérisé par son incapacité à garantir l'accès aux soins pour les populations qui ne disposent pas de couverture sociale, d'une part, et par l'existence de disparités territoriales en matière d'offre de soins, d'autre part. C'est pourquoi, le système de protection sociale en Argentine : reconstruire après la crise : les obras sociales ont été introduits. Elles sont le fruit d'une longue histoire, constituent aujourd'hui la pierre angulaire du système d'assurance maladie argentin) n'arrivaient à faire bénéficier du système d'assurance maladie qu'à 3,5 millions de personnes, soit 27 % de la population. Plus tard, ce système d'assurance maladie organisé autour des obras sociales ne couvre qu'une proportion de la population estimée à environ 52 % de la population. Sur ce, un travail sera fait au préalable avec le développement d'une politique de santé publique. En ce qui concerne la couverture d'assurance maladie : Le système de santé est caractérisé par son incapacité à garantir l'accès aux soins pour les populations qui ne disposent pas de couverture sociale, d'une part, et par l'existence de disparités territoriales en matière d'offre de soins, d'autre part.

L'objectif est la lutte contre l'exclusion et l'octroi d'allocations familiales et lutte contre le chômage financé par la Banque interaméricaine de développement a débloqué des crédits à hauteur de 700 millions d'euros pour financer ce programme. L'État consacre 3,5 milliards de pesos (soit 80 % du

montant de l'aide sociale distribuée par l'État) au plan *Jefes y Jefas* qui a pour objectif d'apporter une aide aux familles les plus démunies.

Le Gouvernement argentin consacre 20,8% de son PIB aux dépenses de la santé : 1 milliard de dollars



En Asie, l'accentuation des programmes en milieu rural a résorbé partiellement le gap d'accessibilité des services. Les besoins massifs ont conduit les États à investir fortement dans les zones déficitaires à l'échelle nationale. Une des stratégies des programmes de santé consiste à expérimenter des procédés simples, efficaces, digitalisés et répliquables. Cette situation a favorisé davantage d'équité et de transparence. En Chine, L'évolution du modèle économique chinois jadis collectif vers une économie privée a creusé les écarts entre les régions côtières et les provinces enclavées, entre les villes et le monde rural et plus récemment, entre les différentes couches socio-économiques. Avec la fin de l'Ancien Régime Médical Coopératif Rural (RCMS), le besoin de soins de santé abordables est devenu urgent dans la Chine rurale. Le Nouveau Régime de Soins Médicaux Coopératifs Ruraux (NRCMS) a été mis en place pour remanier le système de santé, en particulier pour le rendre plus accessible pour les personnes défavorisées dans les zones rurales. La population rurale représentant 61.5% de la population de la Chine. Le NRCMS couvre les dépenses dans les établissements de santé publique de tous niveaux, bien que le taux varie selon les régions et le type d'établissement. L'évolution du modèle économique chinois jadis collectif vers une économie privée a creusé les écarts entre les régions côtières et les provinces enclavées, entre les villes et le monde rural et plus récemment, entre les différentes couches socio-économiques. Avec la fin de l'Ancien Régime Médical Coopératif Rural (RCMS), le besoin de soins de santé abordables est devenu urgent dans la Chine rurale. Le Nouveau Régime de Soins Médicaux Coopératifs Ruraux (NRCMS) a été mis en place pour remanier le système de santé, en particulier pour le rendre plus accessible pour les personnes défavorisées dans les zones rurales. La population rurale représentant 61.5% de la population de la Chine. Le fonds sert à subventionner les frais d'hospitalisation (environ 60%) et une partie des frais pour les soins ambulatoires de l'assuré (environ 30%). Les gouvernements central et local mettent en place des fonds spéciaux chaque année pour soutenir le programme (voir # 72 pour plus d'information).

En Inde, le gouvernement a constaté la difficulté d'inciter les populations locales à souscrire dans les mutuelles de santé pour bénéficier d'un meilleur avantage en matière de soins médicaux. En 2004-2005, les données des comptes nationaux de la santé montrent que les dépenses combinées du gouvernement central, des États et des collectivités locales ne représentaient qu'environ 20 % des dépenses totales de santé en Inde alors que celles des ménages représentaient près de 60 %. Pour réduire les dépenses supportées par les ménages et étendre les soins de santé aux personnes non couvertes, l'État décide alors de mettre en place en 2008 le Programme National D'assurance Maladie *Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)* afin d'alléger le coût sanitaire pour satisfaire les populations les plus démunies. En 2010, environ 70 millions de personnes y étaient déjà affiliées, soit 24% de la population cible totale. Il faut noter que jusqu'en 2013, 34 285 737 cartes à puce ont été distribuées dont 5 097 128 cas d'hospitalisation. Piloté par le ministère de la Santé, il a été adopté par 29 États en 2014.¹²

Ceci afin de permettre aux travailleurs du secteur informel de bénéficier d'une couverture des soins médicaux et d'hospitalisation. En 2008 un régime d'assurance maladie afin de protéger les ménages concernés contre les pertes financières engendrés par les problèmes de santé fut créé. Les bénéficiaires détiennent des cartes biométriques qui leur permettent d'accéder dans les structures sanitaires agréées par l'État, environ 6 093 hôpitaux privés et 4 218 hôpitaux publics en mai 2014.

Les travailleurs du secteur informel appartenant à la catégorie des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté ainsi que les membres de leur famille (environ une cellule de 5 individus) la couverture est au niveau national. Le programme investi dans la prise en charge des frais médicaux de patients à revenu faible par l'intermédiaire d'une carte à puce. Il y a les frais d'hospitalisation. La prise en charge s'élève à 30 000 RS (339,66 Euros) par famille par an. Les frais de transport ainsi qu'une assurance y sont adjoints. C'est ainsi que 75 % des frais sont gérés par l'État central et les 25 % de la prime annuelle estimée à 750 RS par les États respectifs. Le montant dépensé par l'État pour le budget de l'année 2017-2018 est de 1 000 crore INR soit 113 210 600 Euros (voir fiche #73 pour plus d'information).

¹² INSTITUT MONTAIGNE. (2018). MODICARE : L'AVENIR DE LA PROTECTION SOCIALE INDIENNE ? TROIS QUESTIONS A CHRISTOPHE JAFFRELOT. 13 JUIN 2018. [EN LIGNE] [HTTPS://WWW.INSTITUTMONTAIGNE.ORG/BLOG/MODICARE-LAVENIR-DE-LA-PROTECTION-SOCIALE-INDIENNE-TROIS-QUESTIONS-CHRISTOPHE-JAFFRELOT](https://www.institutmontaigne.org/blog/modicare-lavenir-de-la-protection-sociale-indienne-trois-questions-christophe-jaffrelot) CONSULTE LE 30 NOVEMBRE 2021.

CESSAC, M. (2018). L'ASSURANCE SANTE GENERALISEE, LE NOUVEAU DEFI DE L'INDE. LES ECHOS. PUBLIE LE 27 SEPT. 2018. [EN LIGNE] [HTTPS://WWW.LESECHOS.FR/IDEES-DEBATS/EDITOS-ANALYSES/LASSURANCE-SANTE-GENERALISEE-LE-NOUVEAU-DEFI-DE-LINDE-140161](https://www.lesechos.fr/idees-debats/editos-analyses/lassurance-sante-generalisee-le-nouveau-defi-de-linde-140161) CONSULTE LE 30 NOVEMBRE 2021.



4. ANALYSE DES BONNES PRATIQUES EN PROTECTION SOCIALE

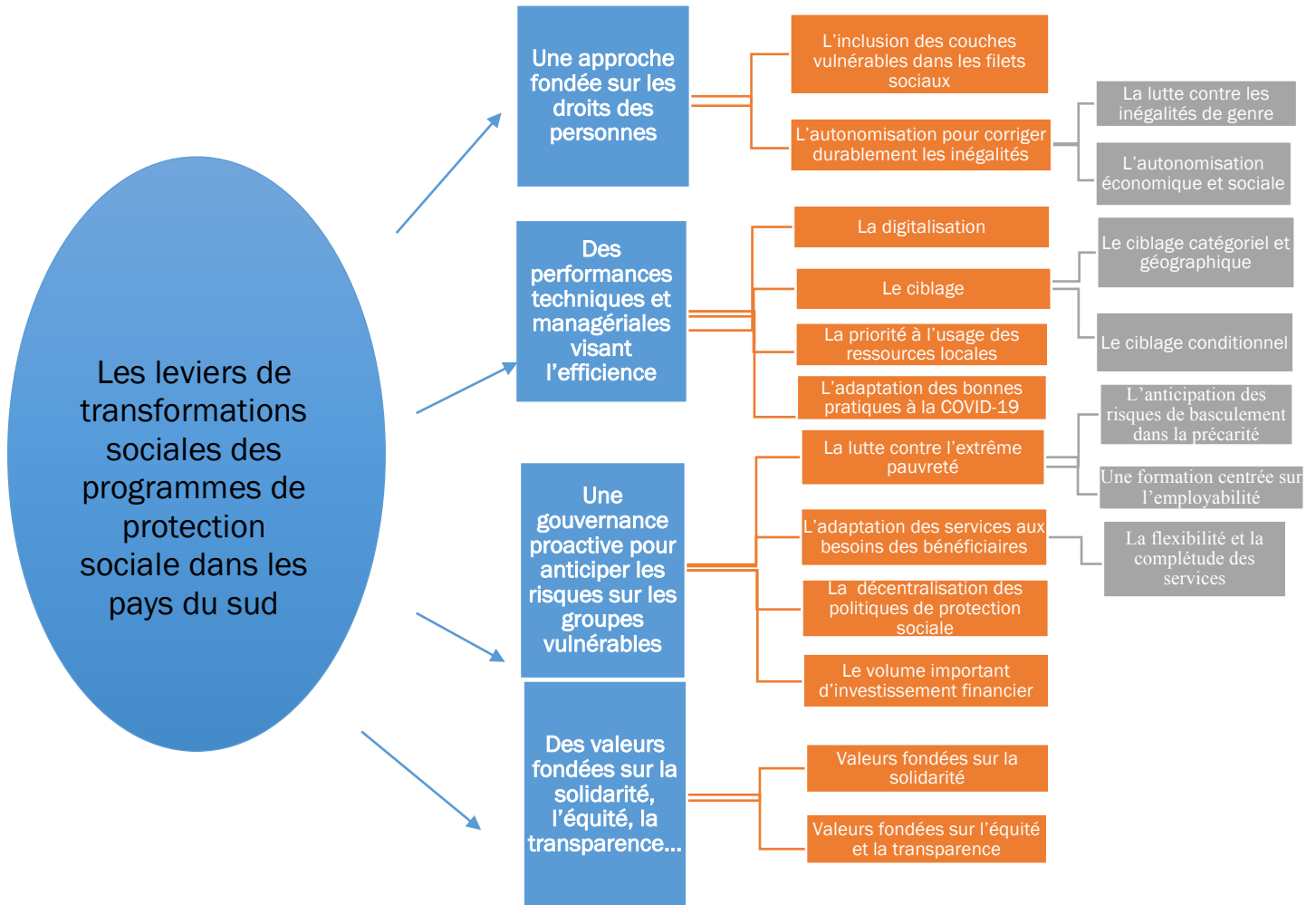
Plus d'empathie et de connexion entre les solidarités de groupes et les actions étatiques pour booster l'économie

Dans cette partie, nous dressons un récapitulatif des leviers de transformation sociale qui sont apparus dans les expériences de protection sociale telles que présentées précédemment.

La méthode a consisté à faire une synthèse des bonnes pratiques autour de quatre leviers majeurs : i) les droits des personnes, ii) les performances techniques et managériales, iii) la gouvernance proactive et iv) les valeurs fondées sur la solidarité, l'équité et la transparence. C'est l'analyse des facteurs de succès des différents programmes qui a permis de décliner ces quatre leviers majeurs de transformation sociale. Le choix de cette perspective des transformations sociales est fondé sur la volonté de mettre en relief les aspects structurants des innovations dans les programmes de protection sociale observés.

Le procédé a été de partir des mots clés pour construire les cohérences au sein de chaque champ débouchant sur la typologie des bonnes pratiques. Ainsi l'étape suivante a été d'observer la diversité des points d'application géographique (pays ou continent) et des domaines de protection sociale couverts. Il s'agit de sept domaines que sont i) la santé, ii) l'éducation et l'enfance, iii) le logement et l'assainissement, iv) l'emploi et le travail, v) les personnes vulnérables, vi) les femmes et les filles, vii) la restauration scolaire. Cette mise en contexte s'est poursuivie jusqu'à l'identification des groupes socioéconomiques cibles dans l'analyse de chacune des situations en vue de faciliter la généralisation des leçons apprises. Il reste entendu que l'exercice de benchmarking ne vise pas à promouvoir un modèle mais bien plus de demeurer un cadre qui inspire les acteurs innovants.

PROCESSUS DE TRANSFORMATION SOCIALE PAR LA PROTECTION SOCIALE



4.1. UNE APPROCHE FONDEE SUR LES DROITS DES PERSONNES

Dans les pays où la protection sociale est considérée comme un droit, il a été possible de réaliser une convergence d'acteurs qui ont développé des actions volontaristes pour rendre possible les aspirations à un mieux-être des groupes socio-économiques concernés. Force est de relever que les droits des personnes les plus manifestes restent leur autonomie, leur inclusion dans les filets sociaux ainsi que l'égalité de genre. Durant les dernières décennies, les mouvements sociaux (associations, ONG) ont été les premiers à expérimenter des systèmes de protection sociale dans des échelles restreintes au moment où les États, sous l'influence des plans d'ajustement structurel et leurs effets (1980 à 2000), se sont limités au système classique de la couverture sociale pour les salariés. L'élargissement et l'approfondissement de la pauvreté dans les pays du sud a créé l'onde de choc qui s'est traduite par ce qu'on appelle « la demande sociale ».

Autrement dit, les vulnérabilités sont tellement devenues massives que les États ont fini, par pur réalisme des gouvernants face à leur électorat, à mettre en place des politiques de protection sociale plus offensives et couvrant des secteurs qui jusqu'ici étaient laissés à la marge. L'intervention volontariste des États a constitué une reprise en main durant les années 2000 à maintenant avec des investissements de plus en plus importants et diversifiés dans la protection sociale. Il s'en est suivi une diversification des programmes et un intérêt marqué pour les nouveaux travailleurs, pour l'auto-emploi et pour la plupart des travailleurs du secteur dit informel.

Les droits les plus récurrents dans les pays étudiés restent l'inclusion dans les filets sociaux, l'autonomie, l'adaptabilité ainsi que l'égalité de genre.

4.1.1. L'INCLUSION DES COUCHES VULNERABLES DANS LES FILETS SOCIAUX

Les filets de sécurité sociaux visent à apporter aux personnes les plus vulnérables une assistance stable sous forme de nourriture, de biens, d'argent ou de coupons. Des efforts considérables ont été notés en matière d'inclusion des couches défavorisées. Ces derniers ont été observés dans des programmes de protection sociale en Afrique (Cap Vert, Rwanda et Lesotho) et en Asie (Chine et Inde).

EN AFRIQUE

Au Cap-Vert, dans une dynamique de réforme du régime de protection sociale, des lois ont été votées pour mettre en œuvre un système de sécurité sociale rendant l'adhésion obligatoire. C'est dans cette perspective que la loi 131/V/2001¹³ du 22 janvier définissant et structurant les bases du système capverdien de protection sociale a été votée.

Le système repose sur deux aspects, une protection sociale obligatoire et une protection sociale complémentaire. En 2004, le décret-loi n°5/2004 a reformulé et systématisé les bases de l'application du système de protection sociale obligatoire des salariés avec deux axes majeurs et complémentaires : une protection sociale plus juste et plus équilibrée d'une part et la viabilité financière du système

¹³CLEISS. (2019) -Le régime capverdien de sécurité sociale, accessible à l'aide <https://www.cleiss.fr/actu/index.html>

d'autre part. Ces lois ont permis la mise en place d'un régime de sécurité sociale au Cap-Vert par l'adoption de la pratique de l'adhésion obligatoire afin de permettre la participation intégrale de la population ciblée dans le système qui a pour effet de renforcer la protection sociale des enfants. C'est dans ce contexte que l'Institut National de Prévoyance Sociale (INPS) a mis en place un cadre juridique séparé prévoyant l'adhésion obligatoire des travailleuses domestiques. La stratégie de l'adhésion obligatoire permet aux travailleurs une indemnité journalière de maternité mais aussi de pouvoir bénéficier d'une pension de vieillesse à l'âge de 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes après avoir cotisé durant au moins 15 ans. Le programme offre des prestations de santé, tous les assurés ont droit à une assistance médicale et hospitalière, des soins en stomatologie, en physiothérapie, l'achat de lunettes, en prothèses et en dispositifs orthopédiques et certains médicaments. Les travailleurs non-salariés sont également pris en compte par le système et peuvent recevoir des transferts durant une période (à partir du 4^e jour d'arrêt de travail) ne dépassant pas 365 jours. Par ailleurs, l'inscription obligatoire permet aux travailleurs indépendants de pouvoir bénéficier des avantages qu'offre le régime. Cette mesure a eu un impact positif sur la vie de ces personnes dans le sens où elle leur permet de se sentir plus en sécurité dans le système.

Au Rwanda, la première assurance maladie date de 1975 et ne couvrait que le secteur privé formel. Depuis, le système de protection sociale n'a guère évolué jusqu'à la fin des années 1990. Depuis les années 2000, la politique socio-sanitaire de L'État Rwandais vise à assurer qu'aucun membre de la société ne soit confronté à la mort, au handicap, à la mauvaise santé ou à l'appauvrissement pour des raisons qui pourraient avoir un coût limité. Ainsi, le pays démarre la phase pilote des assurances en 1999. Ensuite, en 2001, la loi du 27/4/2001 consacre l'assurance maladie obligatoire pour les agents de l'État et facultative pour le secteur privé (RAMA) et gérée par l'Office Rwandais de Sécurité Sociale (RSSB). En 2005, il est créé l'assurance maladie des militaires (Armée, Police Nationale et autres corps de sécurité). En 2006, le succès de la phase pilote démarrée en 1999 entraîne l'extension des mutuelles dans les 30 districts du pays. En 2007, une loi renforce les mutuelles de santé en l'étendant au secteur informel toujours gérée par la RSSB. En 2015, à travers la loi du 25/11/2015, il est instauré l'assurance maladie obligatoire au Rwanda et dont la gestion est assurée par le Conseil National d'Assurance Maladie.

Au cours des deux dernières décennies, les indicateurs de santé du Rwanda se sont largement améliorés. L'espérance de vie de la population est passée de 48 ans en 2000 à 63 ans en 2010 pour atteindre 67 ans en 2020, selon les chiffres de l'Institut National des Statistiques du pays. Le taux de mortalité infantile a chuté de 106,2 pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 43,8 en 2010 pour atteindre 25,38 en 2020. Le taux de mortalité maternelle est passé de 107 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 468 en 2010 pour atteindre 248 en 2017.

Au Lesotho, l'adaptation de l'indemnisation selon le type d'accident a été un facteur clé dans la mise en œuvre du programme *Workmen's Compensation Fund* (Caisse d'indemnisation des accidents du travail). En outre, la sécurité physique a été renforcée dans le cadre de ce programme par la pénalisation de tous refus émanant d'un employeur d'assurer ses employés. L'indemnité couvre tout accident survenu durant l'activité professionnelle. En cas d'incapacité temporaire, le travailleur a droit à 75% de son salaire mensuel. Rappelons qu'au Lesotho, le nombre de travailleurs officiels des secteurs public et privé bénéficiant d'une prestation sociale garantie est très faible. En

effet, 84% de la population sont sujets à la vulnérabilité et à la pauvreté. C'est la raison pour laquelle le Lesotho a pris des dispositions légales relatives à la couverture de risques tels que les accidents de travail. C'est à cet égard que la loi n°13 sur l'indemnisation des travailleurs a été promulguée le 10 Octobre 1977. Elle stipule qu'un employeur doit assurer ses salariés pour tous risques dans l'exercice de ses fonctions. Elle précise en outre qu'un employeur qui n'assure pas ses employés sera reconnu coupable d'un délit et passible d'une amende de 300.00 Malotis et/ou 12 mois d'emprisonnement ou les deux. Cette flexibilité du programme a permis de couvrir 4,7% de la population totale dont 6,1% en milieu rural et 2,3% en milieu urbain. En outre, le programme a permis aux travailleurs victimes d'accident d'avoir une vie décente et de ne pas basculer dans la pauvreté.

EN ASIE

Pour la préservation et le renforcement du principe d'égalité, les programmes de protection sociale étudiés en Asie offrent des services visant à améliorer la dignité humaine et à réduire les inégalités de classe. Par le truchement de lois encadrant l'action dès sa mise en œuvre, les États centraux et les collectivités assurent l'extension de la prestation aux plus démunis.

En Chine, l'expansion rapide du régime de sécurité sociale est attribuée à la loi sur l'assurance sociale entrée en vigueur en Juillet 2011. Cette loi a renforcé les acquis du système sociale existant permis la mise en place dont plusieurs programmes de protection sociale dont le Nouveau régime médical coopératif rural en Chine (*New rural cooperative medical scheme* - NRCMS). Ces programmes ont bien fonctionné et ont permis à la Chine de se rapprocher de la couverture médicale universelle. Depuis la réforme du système d'attribution du logement, la disparition du « logement de bien-être » et la réouverture progressive du marché de l'immobilier. Face à la hausse des prix de l'immobilier résidentiel et la forte démographie de la Chine avec une population de 1.3 milliard d'habitants, l'accès des ménages chinois aux logements est de plus en plus inégal. À Pékin, entre 2009 et 2012, le loyer mensuel a en moyenne augmenté de 10 %, pour pallier la précarisation des populations vulnérables et agir contre un mécontentement social croissant, le gouvernement central a lancé en 2011 le programme de « logements garantis ». Il planifie la construction de 36 millions de logements sociaux locatifs et en accession à la propriété, dans le cadre du XIIème Plan quinquennal. Outre l'accès égalitaire aux soins de santé, cette restructuration du système de sécurité sociale a permis l'émergence d'autres programmes tels que le programme d'amélioration de la nutrition pour les élèves de l'enseignement obligatoire en milieu rural (NIPCRS) qui a été mis en place en vue d'éliminer la faim et de réduire l'écart entre les populations urbaine et rurale.

En Inde, l'emploi est considéré comme un droit légal pour toute la population. Le programme Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act (MG-NREGA) vise la réduction des inégalités qui existent entre les différentes zones géographiques. L'inde a la plus grande population rurale au monde. Le programme est soutenu par la loi Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act stipulant le caractère juridique et légal du travail, permettant ainsi l'enrôlement d'une part importante de non actifs. On note également des effets positifs consistant à promouvoir le respect de l'égalité de genre. En effet, les femmes s'investissent massivement dans les chantiers publics et constituent 80% de la main d'œuvre.

4.1.2. L'AUTONOMISATION POUR CORRIGER DURABLEMENT LES INEGALITES

Le droit à l'autonomie est pris en compte à travers le renforcement des capacités des couches vulnérables en Afrique (Ile Maurice). La démarche inclusive et sensible au genre est notamment montrée dans la mise en place des politiques de protection sociale en Amérique Latine plus particulièrement au Brésil.

a) L'AUTONOMISATION ECONOMIQUE ET SOCIALE

A l'Ile Maurice, en ce qui concerne, le respect des générations, le gouvernement mauricien s'est investi dans une logique de soutenir les personnes âgées en instaurant le programme Basic Retirement Pension (pension de retraite de base). Ce programme met à la disposition des personnes âgées un revenu mensuel pouvant aller de 104,62 Euros à 417,90 Euros. Dans le même temps, l'État a mis en place l'unité de protection des personnes âgées et l'installation des maisons de retraite après l'adoption de la loi sur la protection des personnes âgées. En effet, le Gouvernement mauricien a promulgué la loi sur la protection sociale des personnes âgées en mai 2006 pour garantir une protection et une assistance adéquate à ces derniers. Ces deux actions en particulier ont beaucoup aidé dans le respect de leurs droits car donnant la possibilité de répondre aux besoins spécifiques de ce groupe en assurant le bien-être des personnes âgées et leur autonomisation. Cette unité sensibilise sur les droits des personnes handicapées pour repenser la stratégie de protection sociale.

b) L'AUTONOMISATION DES FEMMES

Au Mexique, les programmes de protection sociale promeuvent l'autonomie. Dans le but de promouvoir la femme et de lutter contre toutes les formes de violences, le programme *Red Mujeres (mères rouges)* a été initié en 2019 pour aider ces dernières à lutter mais aussi à prévenir la violence à leur égard en les accompagnant sur le plan financier mais aussi dans le processus d'autonomisation. Des centres d'accueil et de soins ont été créés appelés *Lunas*. Ce sont des unités territoriales de suivi et de prévention des violences afin que l'assistance soit globale et ainsi qu'une réduction des risques. Ces centres permettent aux victimes d'avoir un suivi psychologique et juridique. Le programme forme des réseaux communautaires de femmes qui vivent ou résident dans des quartiers, des villes ou des logements dans des zones de grande vulnérabilité sociale et d'insécurité dans les 16 mairies de Mexico. Il s'agit d'une contribution à l'exercice de leur droit à une vie sans violence, la promotion de l'égalité des droits, l'autonomisation économique, l'intégration sociale ainsi que la libre expression de leurs idées. Aussi, 2 200 femmes bénéficiaires directes et 29 membres de l'équipe technique du programme social ont reçu un soutien économique mensuel qui leur permet d'influencer la création de réseaux de femmes dans la ville de Mexico. Fort de ce constat, les femmes commencent à sortir de la dépendance économique et s'autonomisent davantage. En somme, le programme encourage les femmes et les filles par le biais de ses structures compétentes et sur la base du cadre juridique promulgué. Il dénonce toute forme d'abus et fait recourir à la justice pour la protection et obtention d'une réparation. Les efforts sont également axés sur la formation nécessaire du personnel de soutien et l'acquisition de réflexes de base indispensables à la réintégration familiale, sociale, professionnelle

des victimes de manière à briser la chaîne du système d'exclusion sociale. Il s'engage aussi à renforcer l'autonomisation des femmes afin de mieux réduire les effets de l'insécurité économique qui conduit souvent à la discrimination et à la violence envers les femmes.

4.2. DES PERFORMANCES TECHNIQUES ET MANAGERIALES

Les programmes de protection sociale ont été dynamisés par le truchement de différentes innovations dans le domaine du ciblage et dans les supports techniques rendant l'accessibilité des filets sociaux à des échelles de plus en plus grand. Ce qui naguère était expérimentale s'est muté en une couverture de sécurité sociale plus large dans un élan universaliste. Les offres de services ont connu des adaptations donnant toute la légitimité aux gratuits, aux subventions, aux cash-transferts, à la mise en place de registre unique pour faciliter la planification des interventions et la digitalisation des procédés rendant plus accessibles les services offerts. Les innovations les plus réussies ont été des solutions simples, répliquables, à moindre coût, flexibles et adaptables.

Les États centraux se sont associés aux gouvernements locaux, qui à leur tour, se sont mis en alliance avec la société civile. En outre, le secteur privé par le biais de fonds sociaux se sont illustrés ainsi que d'autres dispositifs d'assurance sociale.

La comparaison internationale est remarquable car elle permet de mettre en avant des procédés techniques qui reflètent une vision soutenue par une longue pratique d'intervention auprès de fortes couches démographiques. Il s'agit en effet, de solutions simples, répliquables, au moindre coût, flexibles et adaptables qui signent une identité capable de traverser les continents et de servir de catalyseur des pratiques innovantes. Simple renvoie à l'accessibilité et à la contrôlabilité par les groupes de proximité parce que provenant de leur intériorité. Répliquable est entendu comme pouvant passer à la grande échelle du fait de sa transversalité qui défie les contextes en s'y adaptant. A moindre coût laisse entendre l'efficacité comme étant le rapport le plus favorable entre l'investissement économique et le gain social. De plus, cela signifie des coûts à la portée des acteurs sur le long terme, arcbutés à leur autonomie et à la soutenabilité des investissements financiers des programmes de protection sociale. Les solutions flexibles sont celles qui s'ajustent aux contextes divers et qui se mettent à la portée des acteurs qui en font une pluralité d'usages selon leurs besoins. L'adaptabilité se joue pareillement dans la manière avec laquelle les offres de protection sociale épousent les contours des contextes et des besoins sociaux des groupes concernés et des cibles vulnérables.

La digitalisation ainsi que **le ciblage catégoriel et géographique avec l'appui des registres uniques** ont permis le succès de nombreux programmes de protection sociale dans ces pays africains. Parmi ces techniques, nous pouvons relever l'usage des ressources locales et l'adaptation de ces bonnes pratiques à la COVID-19.

La comparaison internationale a révélé une diversité de techniques qui ont boosté les programmes de protection sociale.

4.2.1. LA DIGITALISATION

La digitalisation joue un rôle clé dans la mise en œuvre des politiques de protection sociale. Elle a permis l'élargissement du ciblage, la dématérialisation des produits et services mais également une meilleure gestion des programmes de protection sociale dans la majorité des programmes de protection sociale étudiés en Afrique (Namibie, Lesotho, Cap vert, Rwanda, Ile Maurice), en Amérique Latine (Mexique, Brésil) et en Asie (Chine et Inde).

EN AFRIQUE

En Afrique, les pratiques de digitalisation sont identifiées dans cinq pays.

En Namibie, les nouvelles technologies ont été mises à profit dans la mise en place des programmes de protection sociale. Des dispositifs de contrôle et de gestion des programmes ont été mis en place par le biais de la digitalisation au niveau de trois programmes étudiés. Il s'agit du programme l'allocation de vieillesse (*The old age grant*) du programme « *Child Grants* et du régime d'assistance médicale de la fonction publique (PSEMAS). Dans le cadre du programme d'allocation de vieillesse, l'identification biométrique et les paiements mobiles ont d'abord été utilisés. Ce système d'identification biométrique permet de lutter contre les doublons ou les passagers clandestins dans le même temps le système de paiement mobile est utilisé pour minimiser les coûts de transaction. De même, dans l'exécution du programme PSEMAS, une plateforme d'enregistrement a été utilisée. Cette plateforme appelée *Namibian Health* a permis de faciliter le contrôle et la gestion des bénéficiaires. Malgré les avancées du pays qui fait partie intégrante des pays à revenu intermédiaire supérieur, des disparités restent à noter. En effet, la mauvaise répartition des richesses a intensifié les inégalités sociales. Le coefficient de Gini s'élevait en 2013 à environ 0,6¹⁴ classant le pays parmi ceux avec les plus fortes inégalités en Afrique. C'est dans ce cadre que le programme *the old age grant* a été mis en place. Le programme a pu couvrir en 2018 plus de 170 386 personnes en 2018 soit 5 010 bénéficiaires de plus que 2017. La vieillesse et la retraite sont ainsi prises en charge grâce à une pension publique. Cette allocation a eu pour effet l'amélioration des conditions de vie des personnes âgées. Par ailleurs, elle aura permis aux bénéficiaires d'avoir un revenu supérieur au seuil de pauvreté ainsi que de restaurer la dignité humaine et de stimuler l'économie locale en augmentant la consommation.

Au niveau du programme *Child Grants* également, la digitalisation a permis la conception de mécanismes de suivi et de contrôle du programme *Child Grants*. Ce programme est composé de la subvention pour enfants vulnérables, de la bourse de placement familial, de la subvention d'entretien et de la subvention alimentaire spéciale. *Child Grants* est mis en œuvre dans un contexte particulier où les moins de 14 ans représentent environ 37%¹⁵ de la population de la Namibie. Les zones les plus pauvres du pays sont en outre, les plus vulnérables au paludisme, à la sécheresse chronique et au VIH/SIDA. Les conséquences dévastatrices du VIH/SIDA dans le pays entraînent une hausse considérable du nombre d'orphelins pour exemple, sur les 120 000 enfants de moins de 17 ans, 57 000 ont perdu au moins un parent victime du VIH/SIDA. Le pays a, en outre, enregistré plus de 3742 incarcérés en 2016 avec 2,9%¹⁶ de détenus féminins. Le gouvernement de la Namibie a

¹⁴Document de stratégie pays 2014-2018

¹⁵UNESCO UIS, 2019

¹⁶Wikipédia

mis en place ce programme afin de soutenir les familles pauvres et vulnérables. Dans l'exécution du programme, des innovations ont facilité la réussite du programme. Ainsi, la création d'une institution de surveillance de l'aide sociale, la mise en place d'un dispositif de suivi des impacts du programme sur la population en mettant à profit le Ministère de l'Intérieur et celui de l'égalité des sexes et de la protection de l'enfance.

En outre, le programme s'est aussi appuyé sur un dispositif permettant le respect des procédures d'accès aux prestations, en particulier dans les zones les plus pauvres et vulnérables. L'agence namibienne de la statistique de la protection sociale a mis en place un système de centralisation des données pour permettre un contrôle permanent des bénéficiaires. Le programme a enregistré en 2018 près de 345 000 bénéficiaires et a permis de réduire la pauvreté et d'aider financièrement les enfants orphelins ou les enfants dont les parents sont à la retraite. Par ailleurs, les conditions de vie des enfants orphelins et handicapés ont été améliorées par la bourse d'accueil et la subvention spéciale destinées respectivement aux parents d'accueil attribués la garde d'un orphelin et aux parents d'enfants handicapés.

Ce contrôle permanent est également à noter dans le régime d'assistance médicale de la fonction publique (PSEMAS). En effet, une prestation est offerte aux fonctionnaires et vise à aider ses membres à couvrir notamment les frais de soins médicaux et de promouvoir la santé des membres en général grâce à ses programmes de mieux-être et de gestion des maladies chroniques. Les systèmes de santé namubiens sont financés à hauteur de 64% par le gouvernement, 30% par le privé et 6% par des donateurs. Le Régime d'Assistance Médicale aux Employés du Service Public (PSEMAS) et le fonds de pension des institutions gouvernementales représentaient entre 2015 et 2016 environ 2,9%¹⁷ du PIB de la Namibie. Le succès du programme résulte d'une gestion rigoureuse. Il s'agit d'une méthode pour influencer le comportement des bénéficiaires, d'un contrôle permanent de tous les comptes soumis à ses administrateurs et d'une surveillance contrôle de la qualité de services sont adoptés.

Ces mesures permettent de rationaliser les dépenses, d'éviter les passagers clandestins et d'améliorer la qualité des services. Cette méthode consiste à sensibiliser les bénéficiaires afin d'éviter d'engager des procédures superflues. De plus, des enquêtes sont lancées pour éviter les fraudes dès l'adhésion et la mise en place d'un système de contrôle avec des cartes membres.

Le Cap-Vert étant le pays où la population des aînés est la plus forte de la sous-région ouest-africaine, les autorités publiques ont dû mener un engagement volontariste en faveur de la protection sociale pour offrir aux populations les plus vulnérables une pension sociale. Cette stratégie a permis de faciliter le ciblage. A cet effet, le Cap-Vert dispose d'un programme de pension universelle pour les personnes âgées qui vise à leur assurer un revenu de base. De ce fait, la gestion transparente du système semble reposer en partie sur l'utilisation des technologies de l'information permettant notamment un meilleur ciblage à travers le regroupement de données et **la réduction des doublons**. Dès lors, la mise en place d'un système unifié de pensions sociales non-contributives a bénéficié de l'appui de STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté « les personnes vulnérables) un projet qui appuie à l'extension et la promotion de la protection sociale au Cap-Vert.

¹⁷Ministère des Finances

Et a pour vocation de couvrir les hommes et les femmes de plus de 60 ans vivant dans la pauvreté, et souvent d'anciens travailleurs du secteur informel. Selon le Centre National de Pensions Sociales, le pourcentage de la population de plus de 60 ans couvert par une pension non contributive a atteint 46 % en 2010 ¹⁸, un des niveaux les plus élevés de l'Afrique subsaharienne et la valeur de la prestation est supérieure de 20 % au seuil de pauvreté. Cette pension permet aux bénéficiaires d'acheter de la nourriture et autres besoins. Il faudra aussi souligner l'effet positif sur la sécurisation des personnes âgées qui résulte de la garantie liée à l'accès à une pension. Par conséquent, de par le ciblage, ce programme a réalisé les effets escomptés, et on constate en 2015 que 90% des personnes âgées en ont bénéficié ¹⁹.

Au Rwanda, la digitalisation est un aspect important dans la réussite du programme de pension vieillesse aux personnes âgées. Ce programme a pour but d'assurer les moyens de subsistance des personnes âgées de 55 ans, en rapport avec les cotisations à la sécurité sociale faites durant leur vie active. Le critère d'adhésion se fait par un enregistrement obligatoire sur internet à travers la plateforme créée à cet effet. Et elle est obtenue après 7 jours ouvrables. La plateforme est accessible pour les membres vivant à l'étranger et elle est structurée de telle sorte que les délais d'inscription et de compléments de dossiers, ainsi que les échéances de paiements sont automatisées. Le système d'inscription facilite l'accès à tous les bénéficiaires, la possibilité de bénéficier d'une pension anticipée en raison d'une invalidité attestée par un médecin du gouvernement et empêchant à l'assuré de travailler. De ce fait, le système de pension vieillesse du Rwanda est solidaire et favorise l'appui aux personnes vulnérables en cessation d'activité pour cause de maladies, personnes victimes d'accidents de travail ou de risques professionnels, et ceux pour qui ne sont plus en âge de travailler. A cet effet, les prestations classiques sont versées lors de la retraite à l'assuré qui a cotisé pendant au moins 15 ans.

De par l'adhésion obligatoire, le régime verse aussi des pensions anticipées d'un montant équivalent à la pension vieillesse. Il est à noter que, la pension d'invalidité est versée après 5 années d'affiliation et 6 mois d'assurance au cours des 12 derniers mois précédant le début de l'invalidité. A travers ce régime de pension vieillesse, le système rwandais met en application sa politique de protection et de réhabilitation de la dignité humaine mais également grâce à la digitalisation, le système de pension vieillesse du Rwanda est moderne, performant, et adapté aux exigences de la mondialisation. En 2010, 91% des personnes âgées de 55 ans et plus ont été couverts par ce régime²⁰. La lutte contre les vulnérabilités des personnes âgées de plus de 55 ans au Rwanda et au Cap-Vert a été dopée par la qualité du ciblage et la digitalisation. Ces programmes révèlent une capacitation des acteurs dans la mise en œuvre des stratégies innovantes et adaptées aux besoins des bénéficiaires.

A l'Ile Maurice, dans le cadre de l'exécution du programme *Basic Widow's Pension* (la pension de bases pour les veuves), la digitalisation à travers la mise en place d'un canal de change électronique automatisé et la conception d'un registre social de l'Ile Maurice par la Division de l'État Civil ont été des éléments majeurs dans la réussite du programme. Ce canal a pour but la détection des cas de

¹⁸ International Labour Office. (2015). Universal pensions for older people

¹⁹ International Labour Office. (2015). Universal pensions for older people.

²⁰<http://www.csr.gov.rw/spip.php>

décès et de remariages des bénéficiaires. Ainsi les informations concernant les bénéficiaires sont obtenues de façon quotidienne via la plateforme *Info-Highway*. Le programme intitulé « *Basic Widow Pension* » s'appliquant aux groupes de femmes vulnérables comme les veuves a connu un grand succès grâce à la digitalisation. En effet, afin d'aider les personnes vivant seules suite au décès de leur conjoint, le gouvernement mauricien a mis en place ce programme. Seulement 18% des ménages sont dirigés par une femme et 85% des femmes chefs de ménages sont soit des veuves ou divorcées ; 6% de célibataires et 7% de femmes mariées²¹. Le taux de chômage des femmes s'élève à 54% alors que celui des hommes est de 27% en 2019.²² 85% des femmes chefs de ménages sont soit des veuves ou des divorcées. Alors que le registre social fait office de base de données de tous les bénéficiaires de programme de protection sociale dans le pays. Le registre est utilisé par le Ministère de la Sécurité Sociale pour identifier les potentiels bénéficiaires et décider du niveau d'assistance pour chaque bénéficiaire. Ainsi, 19 050 personnes ont bénéficié du programme sur l'étendue du territoire nationale en 2017. Cette prestation a permis aux femmes veuves d'atteindre davantage l'autonomie économique

EN AMERIQUE LATINE

Il a été noté au **Mexique** l'existence de nombreux programmes de soutien et d'assistance sociale dont l'objectif est d'améliorer les niveaux de vie des populations, les performances techniques, économiques, sociales, et éducatives. Dans le but de dématérialiser les procédures d'inscriptions physiques des apprenants et la dispensation des enseignements et apprentissages, s'est opéré la digitalisation des processus traditionnels par le biais de technologies digitales afin de les rendre plus performants. Entre 2015 et 2016, le taux d'abandon à l'école primaire était de 0,7% une proportion qui représente 105.301 élèves.²³ Dans l'enseignement secondaire le taux de décrochage était estimé à 15,5%, de sorte que 772 215 élèves sur les 4 985 080 inscrits dans ce type d'enseignement ont abandonné au cours de l'année scolaire. Fort de ce constat, le programme de protection sociale « *ma bourse pour commencer* » renforce les systèmes d'enseignement surtout en ligne et à distance, par l'intermédiaire des cybers écoles, afin de réduire le nombre d'étudiants n'ayant pas terminé leurs études secondaires ou préparatoires. En raison d'urgence sanitaire due à la pandémie Covid-19, le programme a mis en place une application mobile permettant aux apprenants de s'inscrire chez eux avec leurs *smartphones* pour respecter la distanciation sociale.

Au Brésil, le Programme *Bolsa Familia* (PBF) reste l'un des premiers programmes de "Transfert Conditionnel d'Espèces" (TCE) au monde. En termes de couverture, le PBF bénéficie à 43,7 millions de personnes, soit 1 habitant sur 5. La mise en place d'une infrastructure de soutien et à un leadership fort de la part du gouvernement fédéral et des États. En ce qui concerne la digitalisation, elle a favorisé l'abandon de l'argent liquide et a permis au gouvernement de réaliser d'importantes économies, en réduisant ses coûts de transaction de 14,7 % du total des paiements à 2,6 %.

²¹A Centre of MAURITIUS RESEARCH COUNCIL, 2015

²²<https://defimedia.info/statistics-mauritius-24-100-femmes-au-chomage-contre-16-600-hommes-en-2019>

²³ INEE (). ¿Cuál es la situación respecto a este indicador?. [En ligne] <https://historico.mejoredu.gob.mx/evaluaciones/panorama-educativo-de-mexico-isen/at02d-tasa-de-abandono-total/> consulté le 30 novembre 2021. SOURCE EN ESPAGNOL A VERIFIER

La digitalisation est un pari gagné dans le cadre du programme *Bolsa Familia*. Pour un pays comme le Brésil, avec de grandes villes comme Rio de Janeiro, Sao Paulo, etc. et des régions incroyablement éloignées en Amazonie, démocratiser l'accès aux services sociaux est une grande entreprise. C'est ainsi que des efforts considérables sur la digitalisation sont entamés par le gouvernement brésilien en collaboration avec la CAIXA pour améliorer l'accès aux services financiers.²⁴ La CAIXA fournit des applications de saisie et de transmission de données, elle fournit également un soutien opérationnel aux trois sphères du gouvernement, forme les agents d'enregistrement, identifie les personnes enregistrées, attribue le numéro d'identification sociale (NIS) et distribue les formulaires d'enregistrement.

Le Ministère de la Citoyenneté, gestionnaire des programmes fédéraux de transfert de revenus, est chargé de coordonner les actions intégrées avec les municipalités pour la collecte de données auprès des familles à faible revenu. Les formulaires *Cadastro Único* (registre unique) sont utilisés pour enregistrer et mettre à jour les informations concernant le ménage, les personnes, les revenus et les dépenses des familles bénéficiaires du programme.

Les formulaires de registre unique peuvent être demandés via le service de formulaires de registre unique et le système de demande (SASF). La SASF permet à la municipalité, en plus de demander le type et la quantité de formulaires requis, d'accompagner également la réalisation de la demande.

Contrairement à ce que craignent les gouvernements, les programmes de transferts d'espèces n'entraînent pas davantage de dysfonctionnement que les autres. L'enregistrement et l'identification des bénéficiaires par le biais de données biométriques (empreintes digitales, reconnaissance de l'iris ou reconnaissance faciale) diminuent en effet les risques de fraude. Les technologies facilitent également les versements. Les services bancaires à distance, un système à l'aide duquel les équipes mobiles ou les prestataires locaux équipés de lecteurs d'empreintes digitales peuvent effectuer les versements, permettent d'améliorer la couverture des programmes dans les zones éloignées et de vérifier l'identité des personnes venues demander leurs allocations.

En matière de contrôle du versement des prestations, le recours au système bancaire et la possibilité de retirer les prestations au moyen de cartes magnétiques sur des terminaux électroniques contribuent également à assurer que les prestations arrivent bien à destination, en évitant par exemple l'établissement de relations clientélistes et en permettant au bénéficiaire de retirer directement sa prestation, de façon autonome et sans intermédiaire.

EN ASIE

L'analyse s'est faite sur deux grands pays de l'Asie. Il s'agit de la Chine et de l'Inde. En effet, le modèle asiatique de protection sociale repose également sur des outils et techniques innovants permettant d'assurer le bon ciblage des groupes vulnérables. Par l'intermédiaire de la digitalisation, le système opère une simplification des procédures d'acquisition de l'offre de service. Ainsi, la diversification de la prestation a facilité l'employabilité des minorités, la réhabilitation et la construction d'édifices pour les personnes en situation de handicap. La digitalisation est une valeur sûre dans l'élaboration des programmes de protection sociale en Asie.

²⁴ La Caixa Econômica Federal est une banque publique du Brésil.

En Chine, elle participe au désengorgement du système d'inscription et facilite l'accès aux prestations offertes aux bénéficiaires des programmes. Elle s'illustre à travers un modèle numérique d'inscription adopté dans le programme de logements garantis - le logement social en Chine *Baozhang Xing Zhufang* (Cf. Henriot 2013) et le programme de garantie du niveau de vie minimum *DIBAO* (Cf. Golan, J., Sicular, T. et Umapathi, N. 2017). Pour pouvoir adhérer à ce programme, il faut s'enrôler via le registre national nommé "hukou" qui est un système d'enregistrement obligatoire, un livret de résidence, qui porte le nom de la localité où le hukou a été enregistré et le statut du hukou possédé : agricole et non agricole. Cette méthode a facilité le ciblage dans ces programmes. Elle permet de recenser les individus vivants dans les zones rurales et urbaines qui bénéficient d'un traitement différent mais plus avantageux, au bénéfice des populations vivant dans les zones rurales afin de réduire les disparités territoriales. Malgré l'évolution du taux d'urbanisation qui ne cesse de progresser et qui a atteint 60.6% en 2019. (Qi et al. 2020 : p.13). Le fossé existant entre la population urbaine et la population rurale se note dans la démographie de sa population mais en particulier par la déficience du système de protection sociale dans le monde rural.

En Inde, l'usage des cartes à puce renforce la sécurisation du système et permet d'octroyer des moyens d'identification aux personnes susceptibles de bénéficier de la couverture sanitaire. Le système d'assurance maladie *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* - RSBY s'est appuyé sur cet outil technique qui a valu le succès du programme à travers la simplification des procédures. Un allègement du coût est opéré avec une contribution minimale d'une somme de 30 RS (0,34 Euro)²⁵ par an pour le renouvellement de la carte à puce.

La technologie digitale a été un facteur déterminant sur le programme de subvention d'aliments, de carburant et d'électricité TPDS. Cette distribution alimentaire s'est penchée sur ce dispositif numérique afin de garantir l'acheminement exclusif des aliments subventionnés aux ayants-droit. Un système favorisant le succès du programme des subventions grâce à la facilitation du système de ciblage des groupes vulnérables.

Pour rendre accessible les produits subventionnés dont le riz, le blé et le mil, les politiques sont décentralisées au niveau des districts. Ces derniers abritent les magasins de stockage destinés à ravitailler les populations les plus démunies.

4.2.2. LE CIBLAGE

Les méthodes de ciblage sont larges en ce qui concerne la protection sociale et jouent un rôle déterminant sur l'efficacité des programmes mis en place. Elles permettent d'assurer que le groupe-cible est effectivement pris en compte dans l'offre de services. Au niveau des programmes de protection sociale étudiés, deux méthodes de ciblage ont été observées. Il s'agit du ciblage catégoriel et géographique notés en Afrique (Namibie), en Amérique Latine (Brésil) et du ciblage conditionnel noté pareillement dans le dernier pays cité.

²⁵ www.india.gov.in/spotlight/rashtriya-swasthya-bima-yojana

a) LE CIBLAGE CATEGORIEL ET GEOGRAPHIQUE

EN AFRIQUE

En Namibie, le ciblage catégoriel et géographique a été adopté dans le cadre du *School Feeding Program* et le programme *Provision of housing and shelter*. Ces systèmes de ciblage des bénéficiaires ont permis de toucher les couches les plus vulnérables mais également de sécuriser les terres des groupes vulnérables. En effet, des critères de ciblage correspondant aux besoins du pays et répondant aux normes édictées par le manuel de référence *National School Feeding Program* (NSFP) ont été mis en place. Le *National School Feeding Program* est un manuel avec des normes nationales pour la distribution de nourriture pour toutes les écoles bénéficiaires. Rappelons que la population namibienne est sous-alimentée à hauteur de 37,6% en 2010 et 28,8% en 2015²⁶. Cette sous-alimentation est causée par le taux de pauvreté très élevé, du chômage (34%) et de prévalence du VIH. Le programme a ainsi couvert 366 000 enfants en 2017/2018 sur l'étendue du territoire national. Le *School Feeding Program* a contribué au soulagement de la faim chez les enfants et à promouvoir l'accès et la rétention de ces derniers à l'école. En outre, le programme a permis d'améliorer les capacités de l'État en matière de conception et de gestion d'un programme national d'alimentation scolaire qui prend en compte les besoins alimentaires et nutritionnels fondamentaux. Parallèlement, le programme contribue à la hausse du taux de scolarisation et à la réalisation des Objectifs de Développement Durables en éducation.

EN AMERIQUE LATINE

Au Brésil, les programmes de protection sociale sont fondés sur un ciblage robuste permettant de toucher les couches les plus vulnérables. L'identification de ces couches est faite sur la base d'une évaluation des ressources financières des ménages. Pour s'assurer la fiabilité de la qualité du ciblage, le programme a entrepris le croisement de différentes sources d'informations :

- Les revenus auto-déclarés des ménages inscrits au Registre unique du gouvernement fédéral à l'usage des programmes sociaux.
- Les revenus consignés dans d'autres registres administratifs fédéraux tels que le RAIS (Rapport Annuel d'Informations Sociales),
- La base de données individualisée sur les salaires des travailleurs formels du privé et du public alimentée par les employeurs.

Les résultats obtenus à la lumière des données ci-dessus indiquent qu'entre 2012 et 2018, la part des ménages bénéficiaires du PBF appartenant aux 10% les plus pauvres de la population (premier décile de revenu net par habitant) a augmenté de 6,3 points de pourcentage (passant de 32,6% à 38,9%), et que la part des bénéficiaires appartenant aux 20% les plus pauvres (le premier et le deuxième décile de revenu net par habitant) a augmenté de 7,5 points de pourcentage (passant de 58% à 65,5%)²⁷. Le

²⁶ https://fr.wikipedia.org/wiki/Liste_des_pays_par_taux_de_malnutrition

²⁷ Luis Henrique Paiva, Marconi Souza et Hugo Nunes, Institut de recherche économique appliquée (Ipea), Le ciblage du programme brésilien BolsaFamília de 2012 à 2018 à la lumière de l'enquête nationale auprès des ménages PNAD

versement de prestations plus élevées aux bénéficiaires les plus pauvres explique que les prestations soient majoritairement mieux ciblées.

Plusieurs études menées au plan mondial (Costa, Salvato et Diniz, 2010 ; Dias et Silva, 2010 ; Hall, 2006 ; Mourão, Macedo et Ferreira, 2011 ; Tavares, 2010 ; Soares, Ribas et Osório, 2010) ont démontré que le Programme Bolsa Família est mieux ciblé que les autres programmes de Transfert Monétaires Conditionnels (TMC) mis en œuvre dans d'autres pays.

D'autres études menées par la Banque Internationale pour la Reconstruction et le Développement (BIRD), par l'Institut de Recherche Économique et Agricole (IPEA, 2011) et par la Fondation Getúlio Vargas (FGV, 2005), ainsi que l'enquête nationale réalisée par l'Institut Brésilien de Géographie et de statistiques (IBGE, 2008) montrent que le PBF contribue à réduire les inégalités de revenus au Brésil.

b) LE CIBLAGE CONDITIONNEL

La méthode de ciblage conditionnel a été enregistrée uniquement dans le cadre du célèbre programme dénommé « *Bolsa Família* » au Brésil. Les programmes conditionnels de lutte contre la pauvreté transfèrent un montant d'argent mensuellement aux familles les plus pauvres, à condition pour celles-ci d'utiliser les services de santé et d'éducation. Les conditions fixées par le PBF se matérialisent au sein des familles brésiliennes par des engagements pris en matière d'éducation et de santé afin d'améliorer l'accès aux services sociaux de base.

Au Brésil, en matière d'éducation, le suivi de la fréquentation scolaire vise à favoriser l'accès à l'enseignement et la poursuite des études. En matière de santé, l'objectif est de renforcer la prévention et de promouvoir la santé des familles participant au programme. L'application des conditions imposées par le programme *Bolsa Família* va de pair avec une couverture complète des structures de santé et d'éducation dans l'ensemble du pays et dans toutes les municipalités du Brésil. En matière d'assistance sociale, si les familles ne sont tenues par aucune obligation, il est de la responsabilité du Système unique d'assistance sociale de venir en aide aux familles qui ne remplissent pas les conditions fixées afin d'identifier, d'une part, les raisons de l'absentéisme scolaire des enfants et des adolescents et, d'autre part, les obstacles entravant l'accès des enfants et des femmes enceintes aux soins de santé de base. Le PBF se fonde sur le principe d'équité. C'est pourquoi, il s'appuie sur le *Cadastro Único* qui est le principal registre destiné aux populations à faibles revenus au Brésil.

4.2.3. LA PRIORITE A L'USAGE DES RESSOURCES LOCALES

La protection sociale peut promouvoir les systèmes alimentaires durables, la gestion des ressources naturelles et les moyens de subsistance plus résistants. Ainsi, l'usage de produits locaux est préconisé dans l'élaboration de certains programmes de cantine scolaire comme au Ghana et en Inde.

Au Ghana, l'enquête démographique et sanitaire de 1998 a montré qu'il y avait un retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'émaciation chez les enfants. Pour répondre à ce problème, en 2005, le gouvernement a mis en place le programme *Ghana School Feeding* dans le but

de réduire la faim et la malnutrition dans les écoles primaires et dans les jardins d'enfants publics des zones les plus pauvres. On note l'implication des communautés locales en valorisant les produits locaux pour la consommation, ce qui a permis d'offrir des prestations de qualité. Ainsi des repas sains et nutritifs, composés uniquement de produits locaux, sont offerts aux enfants. Grâce à ce système de pilotage, un an après, en 2006, le programme qui a débuté avec 10 écoles pilotes dans les régions du pays s'est étendu à 200 écoles en couvrant un nombre total de 69 000 élèves dans l'ensemble des 138 districts. Et en 2017, 1,7 millions d'enfants ont bénéficié du programme²⁸.

En Inde, la sécurité alimentaire constitue un élément important au niveau des programmes de restauration scolaire. Dans le programme *Mid Day Meal Scheme* (MDMS), des impacts ont été notés notamment dans la promotion des cultures vivrières. La disponibilité, l'accès, l'utilisation et la stabilité de ces cultures vivrières au niveau communautaire permet d'anticiper les ruptures de stock et favorise un meilleur ravitaillement des écoles en aliments nutritifs.

4.2.4. L'ADAPTATION DES BONNES PRATIQUES A LA COVID-19

La pandémie de COVID-19 a servi à prendre conscience de l'importance de la protection sociale et à renforcer les systèmes de protection sociale en développant des stratégies diverses d'adaptation à cette nouvelle situation.

Au Brésil, les bénéficiaires de la *Bolsa Família* peuvent désormais recevoir leurs versements au moyen d'un compte numérique simplifié et gratuit, automatiquement ouvert à leur nom auprès de la CAIXA. Les anciennes formes de remboursement des prestations mensuelles effectuées par le biais de retraits avec la carte *Bolsa Família* ou la carte de citoyen restent disponibles. Les comptes numériques ne font qu'ajouter une nouvelle option. Avec eux, il n'est pas nécessaire de retirer tout l'argent en une seule fois et le solde peut être utilisé pour des achats et des paiements de factures via l'application Caixa Tem, initialement créée pour effectuer des paiements d'aide d'urgence pendant la pandémie de coronavirus. La digitalisation a facilité l'adaptation au contexte de la pandémie de la COVID-19.

De même, **au Mexique**, le cash transfert a permis d'atténuer la vulnérabilité des bénéficiaires de ces différentes initiatives. Dans cette même logique, le respect des mesures barrières y compris la distanciation physique n'a pas compromis la continuité des services de protection sociale qui s'appuient sur les ressources électroniques.

²⁸Edited by Lesley Drake Alice Woolnough Imperial College London, UK Carmen Burbano World Food Programme, Italy Donald Bundy World Bank Group, USA, accessible à l'aide <https://www.wfp.org/publications/school-feeding-ghana-investment-case-cost-benefit-analysis-report>, consulté le 10/02/2021

4.3. UNE GOUVERNANCE PROACTIVE POUR ANTICIPER LES RISQUES SUR LES GROUPES VULNERABLES

On observe des interventions qui visent à requalifier des groupes socio-économiques en leur offrant des services de filets sociaux qui les font sortir de vulnérabilités fortes et les mettre en condition de production et d'auto-emploi. Dans le même temps, les aspects stratégiques que sont la sécurité alimentaire, la nutrition, la réhabilitation des personnes en situation de handicap et l'accès à la propriété et aux logements sociaux deviennent les mobiles de nouveaux programmes de protection sociale.

Relevons d'abord, la couverture de santé au-delà des soins primaires permettant à des groupes sociaux de faire face à des pathologies chroniques ou à des maladies transmissibles. Ensuite, dans ce lot de besoins stratégiques figurent l'éducation du plus grand nombre, la formation des jeunes pour l'employabilité et la prévention d'un certain nombre de risques touchant à l'écologie, l'environnement et à la sécurité humaine et publique. Enfin, la sécurité alimentaire des communautés, la restauration scolaire et les pensions retraite pour divers groupes socio-économiques sont apparues de plus en plus dans les programmes de protection sociale.

Procédant ainsi, les États œuvrent à reconquérir leurs fonctions régaliennes dans le domaine social.

Conscient qu'il faut une gouvernance proactive pour pallier certaines difficultés et anticiper les vulnérabilités de la population, les États ont investi dans les programmes de lutte contre la pauvreté par l'anticipation des risques de basculement dans la précarité et l'employabilité pour assurer une sécurité humaine à tous les individus. Pareillement, certains États ont visé dans l'adaptation des services aux besoins des bénéficiaires par la flexibilité et la complétude des services. D'autres États ont voulu être pragmatiques en réhabilitant des maisons dans les programmes d'accession au logement. Ils ont également développé des stratégies de décentralisation des politiques de protection sociale. L'ensemble de ces stratégies ont eu pour but de prévenir sur tout risque de vulnérabilité des personnes cibles avec un effort d'investissement financier particulier dans certains pays.

4.3.1. LA LUTTE CONTRE L'EXTREME PAUVRETE

a) L'ANTICIPATION DES RISQUES DE BASCULEMENT DANS LA PRECARITE

EN AFRIQUE

Au Maroc, dans une logique d'anticipation des risques de basculement dans la précarité, le Conseil du gouvernement a adopté le 30 octobre un décret introduisant une aide directe aux veuves qui représentent 10% des femmes du Maroc²⁹. L'analyse de la situation des femmes révélait une faible participation au marché du travail. Le taux d'activité des femmes s'élevait à 14,7% avec un taux de

²⁹Recensement Générale de la Population et de l'Habitat, 2014

19,4% en milieu rural et 7,5%³⁰. Lancée en fin 2014, par le Chef du gouvernement, la mise en œuvre de ce programme s'est faite selon une approche intersectorielle suite à une concertation de trois départements ministériels à savoir le Ministère de l'Intérieur ; le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement social et le Ministère de l'Économie et des Finances. Seules les femmes ayant un ou des enfants à charge en bénéficient. L'aide est de 350 dirhams par enfant âgé de moins de 21 ans, plafonnée à 1 050 dirhams. La limite d'âge est supprimée en cas d'enfant vivant avec un handicap.

Ce programme est adopté pour éviter aux femmes d'être sans ressources et de se trouver dans une situation favorisant l'abandon des enfants. Ce programme favorise également la scolarisation des enfants car pour en bénéficier, ces derniers doivent être scolarisés ou inscrits dans une formation professionnelle.

Toujours dans le domaine de l'éducation, les déficits en qualité nutritionnelle enregistrés par le Maroc en rapport avec les Objectifs de Développement Durable ont conduit le Gouvernement marocain à mettre en place le programme Cantines Scolaires avec l'accompagnement des Nations Unies à travers le Programme Alimentaire Mondiale (PAM) depuis 1997. Cette réforme a été faite pour appuyer les efforts faits par le Ministère de l'Éducation Nationale.

En effet, le régime alimentaire au Maroc est caractérisé par d'importants apports en glucides. L'apport énergétique des protéines et des lipides reste en dessous de la limite souhaitée : En 1985, le taux de calories glucidiques s'élevait à 68,8% alors que la norme se situe entre 45 et 55%). Quant aux taux de protéines et de lipides, ils représentent respectivement 9,1% et 22,1% en 2019 sachant que les normes se situent respectivement entre 12 et 15% ; et 25 et 35%³¹. Ainsi pour remédier aux déficits alimentaires, le programme a fait appel à l'expertise des diététiciens. Ce recours aux directives des diététiciens permet une diversification et une adaptation des menus aux différents âges. En 2013/2014, le nombre de bénéficiaires s'est établie comme suit :

- Tranche d'âge 6-12 : 1 212 628 dont 594 113 filles ;
- Tranche d'âge 13-15 : 54 481 dont 21 740 filles.

En 2018 le taux de couverture s'élevait à 49,8%.

C'est ainsi que la situation nutritionnelle des enfants s'est progressivement améliorée, notamment grâce aux interventions par le suivi de la croissance, ainsi que par le dépistage et la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition. En effet, il contribue aussi à réduire les contraintes socio-économiques et éducatives limitant l'accès à une éducation de base équitable et de qualité et portant atteinte à la rétention des enfants et des adolescents défavorisés à l'école.

En Namibie, le programme *Full Concrete Housing Unit Scheme* en partenariat avec le *National Empowerment Foundation* et le Ministère de l'intégration sociale et de l'autonomisation économique a pour but de permettre aux bénéficiaires de vivre dans un environnement agréable. Le programme a permis aux bénéficiaires d'obtenir un logement à prix subventionné avec un remboursement à hauteur de 25% du coût de construction. De ce fait, près de 10 000 logements sociaux ont été construits entre 2015 et 2019. Dans le même élan, la Namibie a apporté une réponse à la question de l'accès au logement étant donné que seules les élites étaient capables d'acquérir des terrains et des

³⁰Recensement Générale de la Population et de l'Habitat, 2014

³¹Programme d'Appui l'Amélioration de la Protection Sociale, 2019

maisons formelles. C'est au travers d'une approche écologique volontariste en tenant compte de la disponibilité foncière dans certaines localités que le Gouvernement namibien via le programme *Provision of Housing and Shelter* a octroyé 2 200 logements par an sur l'étendue du territoire national. Ces programmes ont ainsi permis de réduire l'utilisation des énergies non renouvelables et d'augmenter le nombre de logements. En outre, ils ont aussi un impact sur la société en permettant d'assurer la sécurité des terres des groupes vulnérables et la construction d'habitats de bonne qualité pour les personnes disposant de revenu moyen ou faible.

EN AMERIQUE LATINE

En Argentine, la prévention demeure un aspect important de la réussite du programme du Régime de « Monotribut » qui a démarré en 1998 et a pris fin en 2013. A la base, la finalité était de mettre en place un système qui cherche à adapter les travailleurs à bas revenus au régime fiscal et à celui de la sécurité sociale. Nous rappelons que ces derniers ont une capacité contributive très réduite, raison pour laquelle une taxe originale sera constituée afin de leur permettre de couvrir les frais d'impôt et cotisations de sécurité sociale (maladie et retraite). Pour cela, on note une forte implication du volet social avec une restructuration du système de protection sociale permettant l'inclusion de l'ensemble des travailleurs. Avec la création d'un sous-régime et donc d'une nouvelle sous-catégorie de petits contribuables, l'inclusion de ces travailleurs facilite la transition vers l'insertion sur le marché du travail avec des exonérations sur le paiement des contributions fiscales avec un droit à la prestation basique universelle et un programme médical obligatoire. Grâce à cette inclusion, on note une réussite de ce régime de « monotribut », qui lève la contrainte de la capacité limitée à cotiser de certains travailleurs, dans un dispositif basé sur la logique fiscale (centrée sur l'efficacité du prélèvement des impôts.). Finalement, ils représentent 65,4% « des mono tributaires ». Cela reflète le caractère assistantiel du régime depuis le début. C'est dans ce sens que l'on considère cet aspect comme une prévention de la précarité de ces travailleurs en raison de cette inclusion participative organisée par l'État argentin.

4.3.2. UNE FORMATION CENTREE SUR L'EMPLOYABILITE

EN AFRIQUE

Au Botswana, le renforcement de l'employabilité demeure un aspect important dans la réussite de l'un des programmes de protection sociale au Botswana a conduit le gouvernement à la mise en place du programme *Adult Basic Education Program (ABEP)*. Ce programme ABEP vise à éliminer les disparités intergroupes et à favoriser l'inclusion sociale des minorités les plus vulnérables par l'enseignement. Le contenu des formations proposées, les matières, ainsi que le choix des facilitateurs et mobilisateurs communautaires renforcent l'efficacité du programme. Ainsi, L'ABEP cherche à accompagner les communautés bénéficiaires à une meilleure autonomisation sociale et financière dans le respect des activités familiales ou professionnelles pour une meilleure justice sociale. Il offre une démarche inclusive respectant les statuts et les aspirations sociales des bénéficiaires. Il cible principalement les jeunes et les adultes non scolarisés, les minorités ethniques et les communautés rurales défavorisées. En outre, le programme octroie la possibilité de pouvoir

exercer une carrière professionnelle. L'ABEP est en partenariat avec des écoles de formation et des universités afin de permettre aux apprenants de poursuivre leurs études secondaires et supérieures. Par ailleurs, le programme offre la possibilité de se professionnaliser dans les domaines de spécialisation et d'exercer des activités génératrices de revenus.

Au Maroc, le taux de chômage était de 9,88% en 2014³² a fait que la perte d'emploi fait l'objet d'un traitement singulier dans le système de sécurité sociale du Maroc, L'État a mis en place une réglementation relative à l'indemnisation de perte d'emploi et un dispositif pour la réinsertion professionnelle pour garantir un revenu de remplacement aux travailleurs privés d'emploi. Cette indemnité répond aux besoins matériels de groupes vulnérables en assurant un minimum de revenus et d'améliorer leur inclusion dans la société.

L'indemnité pour perte d'emploi constitue ainsi un changement majeur dans la prise en charge des personnes ayant perdu leur emploi, tant du point de vue de leur régime indemnitaire que des dispositifs mobilisés pour leur réinsertion professionnelle.

EN AMERIQUE LATINE

En Argentine, l'employabilité a été un concept très usité dans le package de protection sociale. En effet, l'Argentine a fait face à d'énormes défis socio-économiques au lendemain de la crise de 2001 qui a fragilisé la croissance et entraîné le chômage. Cette crise aura aussi un versant financier. Ce contexte de fragilité économique est caractérisé par une demande sociale plus forte et qui induit des transformations majeures du système politique, économique et social. D'ailleurs, au-delà de l'identification du modèle social argentin, il marque l'augmentation du chômage et de la pauvreté, qui se traduit par des phénomènes d'exclusion et participe à la transformation des rapports sociaux. Plus tard, c'est au cours du processus de mobilisation des « sans emploi » que le chômage est devenu une problématique centrale, ce qui explique le fait qu'il soit désormais au cœur de la conception des politiques publiques. Rappelons que la population désignée comme « sans emploi » dans ce pays est très instable en raison du poids du secteur informel et de la fragilité des entreprises. D'ailleurs au plus fort de la crise, en 2002, le taux de pauvreté a atteint 57 % alors qu'elle était de 27% en 1998. Le taux de chômage a atteint 23 %³³ et on pouvait voir apparaître dans les rues des "*piqueteros*", des pauvres et des chômeurs qui coupent les routes pour exiger du travail et du pain. Les argentins devaient renoncer aux produits américains dont ils raffolent en raison du coût exorbitant des biens importés. Également, l'Argentine s'est déclarée en cessation de paiement sur l'ensemble de sa dette extérieure, s'élevant à 88 Md\$, 93 % de cette dette étant détenue par des créanciers privés. Les 7 % restants étaient détenus par des organismes multilatéraux, le Fonds Monétaire International (FMI) notamment, ainsi que des créanciers bilatéraux.

Avec cette nouvelle crise, l'Argentine a connu une chute vertigineuse de son PIB, une montée en flèche du chômage et de la pauvreté, une hausse des prix considérable, une division par quatre de son taux de change en moins d'un an et un endettement extérieur devenu intenable. L'Argentine se

³²Lex Social, 2017

³³Lo Vuolo, Rubén M. « Argentine : les leçons de la sortie de crise », *Revue Tiers Monde*, vol. 189, no. 1, 2007, pp. 13-34.

présentait à ce moment comme un pays où toutes les forces industrielles et financières étaient vendues aux capitaux internationaux, où les salariés de la fonction publique ont été massivement sacrifiés, où l'éducation et la santé étaient réservées aux rares personnes solvables et où la pauvreté et les inégalités n'ont cessé de croître.

C'est dans cette perspective que les politiques publiques prioritaires et les stratégies de relance socio-économique sont désormais orientées vers une recherche de solutions pratiques face à une situation de forte mobilisation de chômeurs et de sans-emplois. Ces populations, souvent issues des couches défavorisées, revendiquent tantôt un changement social profond ou une meilleure participation et une inclusion de tous dans la société salariale. L'idée est donc de s'emparer de programmes dont l'objectif reste la lutte contre le chômage et donc la lutte contre la pauvreté.

Largement utilisé, le concept d'employabilité a été conçu dans le programme *Proemplear* lancé en 2014 dont le but était de répondre aux besoins de formation et d'emploi des jeunes, mais également aux défis du contexte actuel de l'emploi qui propose de promouvoir le placement et de régulariser le travail formel. Il s'intéresse à l'insertion professionnelle des jeunes et des adultes sans emploi dans le monde du travail. En ce moment, l'évolution annuelle du taux de chômage en Argentine de 2010 à 2016, avec des prévisions jusqu'en 2021, montre que le taux de chômage en Argentine est resté relativement stable entre 2010 et 2014, s'établissant à un peu plus de 7 %.³⁴ La jonction des demandes des « adultes en situation de vulnérabilité » (jeunes sans emploi, chômeurs) et des entreprises dans le monde du travail a exigé une refonte du système éducatif en lien avec le marché du travail. Ainsi, l'enseignement général, la formation et le renforcement de capacités expérientielles mais également une préservation des emplois et une régularisation du travail formel, ont été les points saillants de cette réforme. Ce qui participe en partie à favoriser l'employabilité des jeunes.

Par ailleurs, cette employabilité est soutenue par la formation continue de travailleurs afin de leur permettre d'accéder à des emplois décents et de qualité, en contribuant à l'amélioration de la compétitivité. C'est le cas du Programme de Formation Continue (2003) qui promeut la formation continue des travailleurs en tant qu'instrument permettant d'améliorer les moyens de subsistance. Cette pratique de formation pour l'employabilité a noté une large extension chez les cibles notamment les employés et chômeurs en raison de sa diversité : la formation a touché plusieurs volets. S'agissant des jeunes, une proportion importante a diminué parmi les chômeurs (34,4%, soit 4,3 points de moins qu'en 2002) : non seulement cette conception de formation (avec ses diverses caractéristiques) a positivement impacté la baisse du chômage chez ces jeunes mais a également favorisé d'autres moyens d'insertion dans le monde du travail (stages, prestations, etc.). Cette situation est similaire pour l'enseignement et la formation professionnelle (avec un nombre de 860.414 personnes formées) avec un renforcement du double système d'éducation et du recyclage professionnel des personnes éprouvant des difficultés à s'adapter aux besoins du marché du travail.

Au Mexique, le taux de chômage des jeunes est assez élevé. 79%³⁵ des jeunes ont du mal à entrer dans le monde du travail. De ce fait, le gouvernement mexicain en collaboration avec ses partenaires

³⁴ *Taux de chômage en Argentine de 2010-2021* (2017), Statista Research Department, Argentine.

³⁵ <https://expansion.mx/carrera/2020/11/10/el-79-de-jovenes-en-mexico-tiene-problemas-para-encontrar-trabajo#:~:text=La%20falta%20de%20experiencia%2C%20del,de%20Oportunidades%20Laborales%20para%20los>

a décidé de mettre en œuvre le programme *Jóvenes construyendo el futuro* dont l'objectif est de former les jeunes de 18 à 29 ans sans activité professionnelle. Avec l'aide des entreprises ou des ateliers, ils peuvent développer et renforcer leurs aptitudes au travail et leurs compétences techniques pour une durée d'un an afin d'accroître leurs possibilités d'employabilité dans le futur. Le programme vise à créer les conditions permettant à 2 300 000 jeunes, qui jusqu'à présent n'ont pas participé aux processus économiquement productifs de la société mexicaine de se percevoir comme coparticipants et de contribuer à la construction d'un nouveau Mexique qui les reconnaît et les inclut. Fort de ce constat, 30% des boursiers inscrits au programme, soit 300 000 jeunes obtiennent un emploi formel à l'issue de leur formation, en leur octroyant 24595 postes de travail et 131358 des postes vacants dans la ville de Mexico. 18076 postes de travail ont été octroyés et 101871 et des postes vacants dans la ville de Guerrero. A Yucatan, 9360 postes de travail ont été octroyés et 37 357 postes vacants.

4.3.3. L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DES BENEFICIAIRES

Dans les programmes étudiés, il a été noté une adaptation des services aux besoins des bénéficiaires. Ainsi, les interventions ont visé la complétude des services afin de couvrir la diversité des situations des ayants-droit.

a) LA FLEXIBILITE ET LA COMPLETEUDE DES SERVICES

EN AFRIQUE

En Namibie, le gouvernement s'est également engagé à atteindre un taux d'urbanisation de 60% d'ici 2025. Pour ce faire, il a mis en place le programme *Provision of Housing and Shelter* dans l'optique d'atteindre cet objectif. Le système foncier flexible a été une innovation essentielle dans le bon fonctionnement du programme. Ce système facilite la sécurisation des terres des groupes vulnérables. Il a été mis en place dans le cadre du programme de réforme foncière entamé par la Namibie. Le programme a ainsi couvert 2 200 logements par an sur l'étendue du territoire national. Le programme a favorisé l'accès au logement et à un cadre de vie décent aux personnes pauvres et à la classe moyenne.

Au Rwanda, suite au génocide de 1994, le pays a entamé le programme de reconstruction qui est financé en partie par l'aide extérieure. C'est ce qui a conduit à la création de la Caisse Sociale du Rwanda (CSR) qui est régie par la loi du 22/03/2003 modifiant et complétant le décret du 22/08/1974. L'innovation majeure a été de favoriser la prise en charge inclusive en offrant un paquet de soins de santé gratuit pour le secteur public et privé ainsi que toutes les dépenses médicales. L'objectif de la CSR est d'apporter du soutien aux travailleurs en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles. La CSR dispose d'une offre de services correspondant aux attentes des bénéficiaires en augmentant la participation du secteur informel dans le système de sécurité sociale contributif. En plus, des travailleurs, le programme de la CSR cible aussi les élèves des écoles professionnelles ou artisanales, les stagiaires et les apprentis, les agents sous statut général de la fonction publique. Il couvre 10% de la population active et 15% de tickets modérateurs.

Dans le même élan, le programme de la Couverture Maladie Universelle (CMU), offre une prise en charge des soins médicaux pour toute la population. Ainsi, de par la mise en place d'une extension des mutuelles dans les 30 districts du pays avec la création d'une personnalité juridique fédérant dans l'ensemble de ces mutuelles (synergie opérationnelle, solidarité entre les mutuelles et économie d'échelle), le taux de couverture a augmenté de 83.2 % en 2020 et une nette diminution du taux de mortalité infantile de 25.38% ³⁶.

Au Botswana, la prévalence des infections au VIH est très élevée avec un taux de prévalence du VIH de 23%³⁷ des adultes en 2018. Le gouvernement a mis en place le programme de Prévention de la Transmission Mère-Enfant du VIH (PTME). Ce programme a pour but de prendre en charge les femmes enceintes et les mères allaitantes porteuses du virus. L'innovation a été de rendre gratuite la Zidovine et d'offrir du lait maternisé aux femmes séropositives qui ont choisi de ne pas allaiter leurs enfants. Le programme PTME propose aux femmes un dépistage volontaire du VIH pendant la grossesse, avec des conseils avant le test par des sages-femmes lors des visites prénatales de routine. Grâce à l'accessibilité aux soins de santé antirétroviraux, plus de 95 % des femmes ont reçu des consultations prénatales et ont accouché dans un centre de santé.

Le programme d'aide au logement *Self Help Housing Agency* (SHHA) vient répondre à l'élan du Gouvernement afin d'offrir aux ménages à revenus intermédiaires et faibles, l'opportunité d'accéder aux logements. Cela a été possible par le déploiement à grande envergure de la pratique de la réhabilitation. Le programme *Self Help Housing Agency* (SHHA) offre des prêts de logements sur 20 ans à taux d'intérêt nul, et est de deux types, le programme « Clé en main » et le programme « Amélioration de l'habitat ». Les bénéficiaires doivent être des citoyens du Botswana qui se situent dans la tranche de revenus de 400 par an, et qui ont un bail de droit civil, un certificat ou un titre de propriété et qui sont âgés entre 21 à 60 ans. Toutefois, il faudra répondre aux critères d'éligibilité pour accéder aux prêts, par contre, pour tout retard au remboursement, une pénalité de 10% est allouée. Le véritable succès du programme résulte dans la mise en œuvre de la promotion de l'élan de solidarité gouvernementale du Botswana afin de favoriser le bien-être et l'équité de sa population. Le programme *Self Help Housing Agency* (SHHA) couvre environ 3456 bénéficiaires, soit 1937 personnes pour la clé en main et 1519 personnes pour l'amélioration de l'habitat.

De même **au Ghana**, la difficulté financière relative aux frais d'accouchement pour les femmes enceintes, et les initiatives de réduction des inégalités sociales, font que le gouvernement a mis en place le programme *Free Maternal Health Care Policy* (FMHCP). En effet, en 2008, le pays a introduit une politique de soins de santé maternelle via l'inscription des femmes enceintes au régime national d'assurance maladie pour accéder gratuitement aux soins de santé. Pour ce régime, on constate une couverture de 64%, avec une nette baisse du taux de mortalité maternelle ³⁸.

³⁶ KAMWENUBUSA Théodore et AL. (2011). Étude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi, accessible à l'aide

<https://www.issuelab.org/resources/19849/19849.pdf>

³⁷ <https://www.unaids.org/>

³⁸ John Azaare. (2020). Impact de la politique de soins de santé maternelle gratuits sur l'utilisation des soins de santé maternelle et la mortalité périnatale au Ghana, accessible à l'aide

<https://reproductive-health, journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-01011-9>

EN AMERIQUE LATINE

Au Mexique, le programme « *Mejora de vivienda y vivienda en conjunto* » (Amélioration de l'habitat et logement) créé en 2019 a été conçu dans le but d'octroyer des financements à des projets de logements sans intérêt. Les aides sociales sont offertes à la population résidant à Mexico, principalement à celles à faibles ressources économiques, en situation de vulnérabilité (autochtones, personnes âgées, mères célibataires, femmes chefs de famille et personnes handicapées) ou qui vivent dans des zones à risque. Son objectif est de lutter contre les problèmes liés au surpeuplement dans les maisons, aux logements précaires dégradés avec un risque d'effondrement. Le programme couvre 13500 foyers, l'objectif est d'améliorer les logements des bénéficiaires ou de leur accorder de nouveaux logements. La réhabilitation des maisons dégradées est une innovation pour le programme car il permet de répondre aux besoins de la population. Il s'agit de refaire les habitats risquant de s'effondrer. Parmi les actions menées par le gouvernement mexicain et ses partenaires au cours des trois dernières années (2013, 2014 et 2015) dans le cadre du Programme commun pour le logement, 62% en moyenne ont nécessité une subvention pour l'aide au loyer ou la complémentarité (pour les crédits contractés).

Les aides au loyer sont destinées aux familles vivant dans des zones à risques hydrométéorologiques, géologiques et structurels, et sont soutenues jusqu'à ce qu'une solution de logement (atténuation ou nouveau logement) soit trouvée pour elles.

EN ASIE

La diversité des offres de service est un facteur de réussite des programmes de protection sociale en Asie.

En effet, **en Chine**, dans les programmes tels que la subvention pour les enfants d'âge préscolaire et le programme d'amélioration de la nutrition pour les élèves de l'enseignement obligatoire (NIPRCS), on note une initiative de renforcement des capacités des élèves. La prise en charge dès le bas âge des élèves à travers les subventions octroyées permet de faciliter très tôt chez l'enfant la mise en place de certaines habiletés. Elle induit des prédispositions favorables à la réussite de l'enfant. Le NIPRCS contribue également à l'amélioration des performances scolaires des enfants en permettant l'inclusion des enfants issus de familles démunies à l'école publique en offrant des repas scolaires.

Dans l'assurance maternité, le service offert est un paquet complet depuis les consultations prénatales jusqu'à l'accouchement et à la gratuité des médicaments tant pour la mère que pour l'enfant.

Cette diversité dans l'offre de service se note également dans le programme de restauration scolaire (NIPRCS) qui prend en charge les trois repas de la journée : le petit déjeuner, le déjeuner mais aussi le dîner grâce à la subvention alimentaire quotidienne octroyée aux parents des élèves. Trois options sont proposées aux élèves : (1) la restauration scolaire, (2) le pack alimentaire et (3) la subvention familiale. En fin juin 2012, 53 % des écoles couvertes par le NIPRCS tandis que 64 % des élèves couverts par le NIPRCS utilisaient le programme d'alimentation scolaire ; 35 % des écoles et 32 % des élèves utilisaient le pack alimentaire ; et 12% des écoles et 4 % des élèves ont opté pour la

subvention familiale. La principale raison du choix du pack alimentaire est le manque de cuisiniers qualifiés ou d'installations de cuisines scolaires.

Dans le programme de logements garantis, le dispositif planifie un système d'aide au logement décliné selon plusieurs niveaux et comprend quatre types de logements sociaux, dont deux d'accèsion à la propriété et deux d'accèsion à la location : d'une part, les logements à prix abordable et les logements à prix limité, d'autre part les logements locatifs à faible coût et les logements locatifs publics.

En Inde, la promotion de l'employabilité à travers le programme de modernisation des madrasas est soutenue par l'élaboration de contenus pédagogiques appropriés afin d'octroyer les mêmes opportunités et aptitudes que les enfants des autres écoles. Notons que ces minorités étaient dans un système d'apprentissage non conforme aux exigences du monde de l'emploi. C'est pourquoi, afin de leur garantir l'employabilité, il a fallu moderniser le système afin d'offrir à cette communauté les dispositions nécessaires. La réorganisation des contenus à travers des techniques conformes au système national et l'introduction de l'anglais dans les enseignements illustrent cette tentative de modernisation.

Dans le programme de protection maternelle *Janani Shurashan Yojana*, la gratuité des soins d'accouchement ainsi que les mesures incitatives notamment en termes de primes ont favorisé l'augmentation de nombres de femmes enceintes fréquentant les établissements sanitaires. Ainsi, les femmes des milieux défavorisés qui auparavant n'accouchaient pas dans les structures de santé ont changé de comportement grâce à cette politique. Cette tendance est illustrée par une hausse des prestations institutionnelles qui passent de 47% en 2007-2008 à 78,9 % dans l'année 2015-2016. Une approche qui a contribué fortement à la réduction de la mortalité maternelle et infantile. En effet, le taux de mortalité est passé de 254 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2004-2006 à 167 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2011-2013. Le taux de mortalité infantile a aussi régressé passant de 58 pour 1000 naissances vivantes en 2005 à 34 pour 1000 naissances vivantes en 2016. Enfin la mortalité néo-natale (RMN) a connu elle aussi une diminution passant de 37 pour 1000 naissances vivantes en 2006 à 24 pour 1000 naissances vivantes en 2016 ³⁹.

Dans le domaine de l'habitat, la flexibilité de l'offre en rapport avec les besoins a été privilégiée dans les pays comme le Botswana, le Mexique et l'Inde. En effet, afin d'amoindrir les coûts, ces pays ont préféré inclure la réhabilitation des maisons dans leurs programmes de logement sociaux. Cela a également permis de lever les contraintes de l'accès au foncier.

La construction d'édifices mais particulièrement la réhabilitation de maisons sont des facteurs innovants notés dans la mise en œuvre du programme de logement pour Tous, PMAY. L'État Indien avec la collaboration des banques d'assurance, anticipe sur les besoins des couches défavorisées en simplifiant l'achat de maison grâce à une subvention de 6,5% sur le prêt de l'emprunteur au niveau de la banque avec des taux d'intérêt raisonnables pour une durée de 20 ans⁴⁰. Une identification au préalable des besoins a permis de situer l'intervention. De préférence, l'État travaille avec les banques d'assurance locales et les matériaux de construction répondent aux normes écologiques.

³⁹Enquête sur les ménages au niveau des districts - III, en 2007-08 et NFHS-4, 2015-16.

⁴⁰P. Milon. (2017). "Un logement pour tous : des avantages socio-économiques pour l'Inde".

4.3.4. LA DECENTRALISATION DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE

La décentralisation est un aspect important pour la réussite de certains programmes de protection sociale en Afrique (Botswana et Rwanda) et en Asie (Chine et Inde).

EN AFRIQUE

Au Botswana, le VIH menaçait de détruire des décennies de progrès économique et social du pays. On constate que seuls quelques riches botswanais pouvaient se permettre le traitement antirétroviral. Par le principe de la décentralisation en 2001, l'État du Botswana a mis en place le programme Masa-Soins avancés du VIH. Le gouvernement s'est engagé à faire du VIH une priorité nationale et a décidé de fournir gratuitement un traitement antirétroviral (ARV) à ses citoyens. En guise de rappel, le Botswana est le deuxième pays dont le taux de VIH/SIDA est le plus élevé au monde avec 23% de la population vivant avec le virus en 2018. Ce programme Masa-soins avancés du VIH (encore appelé traitement antirétroviral-TAR) offre, de par la décentralisation, le dépistage systématique du VIH/SIDA, l'accès à la thérapie antirétrovirale (TAR) et la création de nouveaux centres de traitement et de ressources, de laboratoires et de dispensaires. On constate aussi qu'en 2004, correspondant à la date de la modification du dépistage du VIH avec le programme « opt-out » dans lequel les prestataires proposaient des tests lors des visites de routine au bureau. Ainsi, la promotion des tests s'est avérée efficace, plus les gens connaissaient leur statut, plus ils étaient susceptibles de mieux interagir avec les personnes porteuses du virus. Par conséquent, la couverture du TAR s'est rapidement développée avec le déploiement national à peine deux ans plus tard. En 2005, plus de la moitié de la population éligible, soit 43 000 personnes, bénéficient de Masa. L'augmentation massive de l'utilisation du TAR est due en grande partie à une augmentation des tests grâce à la décentralisation du programme vers les districts satellites du pays.

Au Rwanda, en 1996, le Conseil des ministres a adopté une politique nationale de l'habitat imposant à tous les Rwandais habitant des maisons dispersées d'aller s'installer dans des "villages" créés par les autorités. C'est le cas du programme d'Accès à un Logement au Rwanda instauré par le gouvernement dans le but d'appuyer les groupes vulnérables qui sont les rapatriés, les rescapés du génocide et les anciens combattants invalides ayant des difficultés pour trouver un toit. Pour la mise en œuvre du programme, le gouvernement fournit des matériaux de construction et favorise un processus décentralisé au niveau des zones concernées. Les bénéficiaires de ce programme sont sélectionnés à partir de la plateforme *Ubudehe* qui est un processus participatif communautaire. En effet, 4 ans après, l'État a procédé au déplacement de centaines de milliers de personnes vers les nouveaux logements ou dénommés les « Imidugudus ». Entre 2007 et 2009, 10 858 maisons ont été construites. Et aussi le secteur immobilier a soutenu environ 157 000 emplois en 2017 correspondant à 111 milliards de FRW (93,13 millions d'euros).

EN ASIE

En Chine, les collectivités locales sont au cœur de la mise en œuvre des programmes de protection sociale. En effet, l'atout principal du programme de garantie du niveau de vie minimum (*DIBAO*) est le fait qu'il soit mis en place de manière indépendante dans chaque municipalité. Les autorités municipales ont un pouvoir important sur la détermination de la ligne de pauvreté de leur ville, du montant global des transferts et de la mise en œuvre du programme.

Un mécanisme de travail collaboratif est noté via l'engagement de quinze ministères et comités nationaux dans le NIPCRS. Chaque ministère ou comité a un rôle et des responsabilités claires en tant que membre de l'équipe. Cela a beaucoup facilité la gestion du programme. A cela s'ajoute le multipartenariat public-privé noté dans l'élaboration du programme de logements garantis avec une coalition entre les pouvoirs publics, les grandes sociétés d'investissement et les sociétés de constructions immobilières chinoises. Dans le programme de subvention pour les enfants d'âge préscolaire, le succès du programme est également attribué au système de cofinancement entre les trois partenaires : le gouvernement central, les jardins d'enfants et les fonds sociaux.

En Inde, le principe de déconcentration des politiques et l'intersectorialité via l'implication des districts ainsi que les conseils au sein de ces madrasas ont appuyé le programme de modernisation dénommé Cadre pour l'éducation des Madrasas et des Minorités. Ce partenariat entre l'État et les conseils au sein des madrasas est le facteur déterminant du succès de cette initiative. Des activités de sensibilisation sont même portées par les autorités de la madrasa au niveau de la communauté musulmane sur l'importance de moderniser les écoles islamiques afin de contribuer au passage à l'échelle de cette innovation.

Une forte implication des autorités administratives locales dans la gestion des travaux est un facteur clé dans la réussite du programme d'emploi garanti MG-NREGA en Inde. Le gouvernement fédéral travaille avec les gouvernements des différents États pour la mise en œuvre effective du programme. Le suivi et l'accompagnement est assuré à la base par des acteurs locaux qui traitent directement avec les bénéficiaires. Des comités et conseils villageois (*gram sahha et gram panchayat*) sont impliqués dans le processus pour la réussite des politiques au niveau communautaire.

4.3.5. LE VOLUME D'INVESTISSEMENT FINANCIER

L'Argentine et la Chine sont deux pays d'Amérique Latine et d'Asie, qui ont démontré leur volonté d'améliorer les conditions de vie de leurs citoyens en mettant à contribution d'énormes sommes dans la protection sociale.

En Argentine, l'extension de la couverture et celle du budget peuvent être considérées comme étant les facteurs de succès de la stratégie de réduction de la pauvreté. Ceci s'explique par le fait que l'employabilité a permis d'insérer un grand nombre de jeunes dans le monde du travail et de les aider par des actions de promotion. A cet effet, l'État a pu maintenir l'emploi au centre des politiques publiques comme prévu depuis la fin de la crise. C'est ce qui explique qu'en 2016, la part des chômeurs au sein de la population active argentine s'élevait à environ 8,5 %. Néanmoins, il est prévu

une baisse de ce taux à environ 6,5 % en 2021⁴¹. Le programme a réussi parce qu'il a servi d'outil fondamental pour soutenir l'emploi au cours des derniers mois. En ce sens, il a réussi à faire insérer 25.000 jeunes et à les aider par des actions de promotion de l'emploi dans tout le pays. Ce qui permet de mettre en exergue la volonté de l'État national et provincial de maintenir l'emploi au centre des politiques publiques.

En outre, le déploiement d'un budget pour renforcer la formation des jeunes a été un aspect positif dans la réalisation de cette prouesse, compte tenu de l'inclusion du travail et la création d'emplois formels. Cette couverture de ces jeunes en situation de vulnérabilité a nécessité un investissement total pour le deuxième semestre de 2014 de 150 millions de pesos.

L'expérience chinoise montre que la volonté politique et l'engagement financier jouent un rôle primordial dans le succès des programmes de protection sociale.

En Chine, la forte implication de l'État dans le financement des programmes et l'implication des collectivités locales se notent dans tous les programmes étudiés avec de fortes contributions de l'État dans la mise en œuvre de ceux-ci. Les dépenses totales du DIBAO sont exclusivement financées par l'État et ont atteint 159,20 milliards de yuans, dont 72,17 milliards de yuans pour le DIBAO urbain et 87,03 milliards de yuans pour le DIBAO rural. Dans le programme de subventions pour les élèves d'âge préscolaire également, l'État contribue à hauteur de la somme de 6,6 milliards de yuans qui représente la plus forte contribution avec plus de la moitié du budget du programme déployé uniquement par les gouvernements central et local. L'effort se caractérise par le réaménagement budgétaire à travers la mise en place de fonds spéciaux investis dans le programme de restauration scolaire (NIPRCS). La couverture et la durabilité des programmes de repas scolaires sont directement affectées par le niveau de revenu d'un pays. Les revenus annuels par habitant des ménages ruraux et urbains en Chine étaient respectivement de 1257\$ et 3900\$ en 2013. En 2019, le revenu annuel par habitant de la Chine se situait à 10410\$⁴² soit 868\$ par habitant par mois. Il est rare qu'un pays, classé dans la catégorie des pays émergents comme la Chine, intègre un programme de repas scolaires à long terme dans son cadre réglementaire et investisse plus de 2,5 milliards de dollars par an et 4,8 milliards de dollars supplémentaires en fonds spéciaux pour les cuisines scolaires au profit de 23 millions d'élèves ruraux.

Le même procédé est noté dans le financement du NRCMS pour lequel les gouvernements central et locaux mettent en place des fonds spéciaux chaque année afin de soutenir le programme.

Une forte détermination et une gouvernance efficace sont essentielles aux phases initiales de développement et de mise en œuvre.

4.4. DES VALEURS FONDEES SUR LA SOLIDARITE, L'EQUITE ET LA TRANSPARENCE ...

Des modes de gouvernance favorisant une plus grande place aux actions sociales a rendu possible un élan vers davantage d'empathie et de solidarité portées par les programmes de protection sociale. Cette situation a promu les valeurs d'équité, de transparence, de respect des genres et des générations, prise en compte des minorités, de réhabilitation des personnes en situation de handicap, etc.

⁴¹*Op cit.*

⁴²China Statistical Yearbook, 2014

L'adaptation de l'offre de services au besoin des groupes socio-professionnels a facilité fortement l'extension de la couverture des programmes de protection sociale. Les formes de solidarité intrinsèques aux groupes sociaux trouvent de plus en plus une jonction avec les solidarités formelles insufflées par les programmes de protection sociale sous la houlette de l'État.

Plusieurs acteurs ont désormais compris que c'est l'équilibre des sociétés et les conditions de production à dimension humaine qui sont en jeu. Les bonnes pratiques qui ont été analysées concourent à la réhabilitation de la dignité humaine et à corriger les inégalités marquantes selon les situations des pays.

Les programmes de protection sociale sont pour la plupart fondés sur les valeurs de solidarité, l'équité et la transparence. C'est la raison pour laquelle certains pays d'Afrique ont misé sur le respect des générations pour prendre en compte la spécificité des besoins des personnes âgées et sur la réhabilitation des personnes vulnérables (enfants victime d'abus et les personnes vivant avec un handicap, etc.).

4.4.1. DES VALEURS FONDEES SUR LA SOLIDARITE

EN AFRIQUE

Les pays d'Afrique (Botswana, Lesotho et Maroc) ainsi que les pays d'Amérique Latine (Argentine et Mexique) ont développé des principes éthiques visant à rétablir l'équilibre d'une société résiliente à travers des programmes solidaires. En effet, dans le souci de corriger les inégalités sociales et d'apporter des solutions viables face aux fragilités d'une certaine catégorie de la population, des stratégies ont été initiées.

Au Botswana, l'autonomisation est employée dans le cadre du programme *Universal Old Age Pension* /Pension de Vieillesse Universelle avec un dispositif innovant qui favorise le soutien aux personnes vulnérables âgées de 65 ans ou plus. Le programme apporte une aide sécuritaire et garantie aux personnes âgées des moyens financiers afin de subvenir à leurs besoins. En effet, ce programme octroie aux bénéficiaires un transfert en espèces mensuellement à tous les citoyens âgés de 65 ans ou plus qui représentent environ 4,5 %⁴³ du total de la population. En 2015, le nombre de bénéficiaires est estimé à 102 323, ce chiffre peut être considéré comme élevé et proche des 100% de la proportion de personnes dans cette tranche d'âge. Les prestations mensuelles correspondent à environ 30 US\$, équivalant à un peu plus d'un tiers du seuil de pauvreté. Force est de reconnaître que l'ampleur du programme ainsi que sa réponse face à la vulnérabilité des personnes âgées de 65 ans ou plus, témoignent du maintien des valeurs éthiques en faveur de la promotion de la solidarité et de l'autonomisation au sein du pays.

⁴³ donnees.banquemonddiale.org

Le Lesotho, comme dans de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, est caractérisé par une pauvreté généralisée avec une espérance de vie très faible (48 ans) du fait de la prévalence élevée du VIH/SIDA. Cette situation a fait que les personnes âgées sont en charge de leurs petits-enfants alors que l'incidence de la pauvreté expose davantage ces derniers. C'est dans ce contexte que le gouvernement du Lesotho a introduit la pension vieillesse (AOP) en 2004 pour fournir un revenu minimum garanti aux personnes âgées dans un but ultime de les accompagner dans leur fonction de parentalité. Cette pension représente le plus grand transfert régulier de fonds au Lesotho soit 83 751 de bénéficiaires représentant 4,1% de la population totale avec un budget 38,733 millions Euros (707 195 200 Malotis), soit 2,03% du PIB ⁴⁴. Avant l'introduction de l'OAP, seuls les anciens combattants et les fonctionnaires recevaient une pension, ce qui couvrait moins de 3% des personnes âgées au Lesotho. La pension ne bénéficie pas uniquement aux personnes âgées. Le Bureau International du Travail estime en 2016 que 20% du montant alloué revient aux enfants et orphelins ⁴⁵.

Au Maroc, les valeurs de l'empathie et de la solidarité ont prévalu lorsque le gouvernement marocain a instauré dans le cadre de son nouveau plan de développement. L'intervention de l'Entraide Nationale s'articule autour de l'Assistance sociale à travers l'accueil, l'écoute, l'orientation et l'accompagnement, les prestations sociales de prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité (femmes, enfants, personnes âgées, personnes en situation de handicap). L'entraide nationale offre aussi une assistance à l'inclusion et l'insertion sociale de ces groupes vulnérables par l'intermédiaire des programmes de formation et d'appui à la scolarisation, de l'aide d'urgence et actions humanitaires par le biais d'interventions ponctuelles.

A travers ces interventions, les personnes vulnérables ont pu disposer d'assez de ressources et de moyens intellectuels pour assurer leur intégration dans la société et de jouir de leurs droits.

En 2014, le nombre de bénéficiaires était de 6 154 avec les 53% en milieu rural et les 47% en milieu urbain.

EN AMERIQUE LATINE

En Argentine, les manières de faire participer les communautés sont multiples. La création d'opportunités d'insertion et d'emplois, la formation et la promotion de l'organisation collective sont autant d'exemples illustratifs de la considération de l'employabilité dans ce pays. Toutefois, ceci reste le point de départ pour continuer à donner et à promouvoir la participation collective en améliorant des espaces communautaires qui affectent directement la vie quotidienne des voisins. L'Argentine s'inscrit dans une dynamique de promotion d'actions qui ouvrent des espaces de liaison avec le monde du travail, tout en préservant les rapports sociaux. Cette pratique peut être considérée comme étant la principale logique de performance de programmes de protection sociale en la solidarité. Le principe de solidarité est fondé sur notre conviction de l'interdépendance des personnes, car nul ne peut se suffire à lui-même. En effet, la diversité des talents, des compétences et des fonctions entre collaborateurs de l'entreprise mais aussi avec les adhérents ou les fournisseurs est une opportunité d'enrichissement mutuel au service du bien commun.

⁴⁴Government of the Kingdom of Lesotho: National Social Protection Strategy

⁴⁵International Labor Office: Universal Old Pension 2016

La protection sociale liée à l'activité salariée recouvrait les diverses formes corporatives. Ainsi, certaines organisations s'appuient sur des réseaux d'interconnaissances préexistants qui soulignent les appartenances locales et familiales, qui s'avèrent capables d'entretenir des formes de solidarité locale et d'interpeller l'État sur la question du chômage de masse. Ainsi, dans *Plan Argentine Trabaja*, la solidarité entre les travailleurs est devenue un levier avantageux qui a été le principal facteur de réussite de ce programme. En effet, ce dernier s'est appuyé sur les coopératives pour arriver à cette performance tout en générant des relations sociales plus horizontales. La solidarité à ce niveau a permis d'atténuer les tensions tout en évitant les conflits. Elle a aussi des conséquences sur le développement humain et l'accumulation du capital. C'est d'ailleurs dans ce cadre que l'organisation sociale ne va plus être en lien avec la municipalité, mais avec une fédération de coopératives qui sera directement liée aux ministères de développement social. Dans le même temps, différentes formes de solidarité apparaissent également, comme la revendication d'un travail pour soi, pour sa propre dignité alors que la dimension « *familialiste* » de l'intervention sociale, proche des minima sociaux par son caractère universel, s'inscrit dans la lutte contre la pauvreté et l'engagement au sein des territoires n'est valorisé que comme dernier recours.

Au-delà de ce programme, l'Argentine est très familière avec cette pratique qui permet la réduction de la pauvreté. Ainsi, la procédure renvoie à un système étendu de petits crédits octroyés à des personnes démunies qui se « connaissent mutuellement ». Ce crédit est ainsi demandé conjointement par un groupe de cinq personnes qui s'engagent collectivement à rembourser l'argent à la banque. L'idée est que ces relations personnelles réduiraient les risques associés à « prêter de l'argent aux pauvres ». La méthodologie envisage ainsi une « garantie solidaire » que l'on pourrait décrire comme étant morale plutôt que matérielle, c'est-à-dire qu'elle parie que la solidarité groupale peut agir comme mesure incitative pour assurer le remboursement.

En sommes, nous pouvons dire qu'en Argentine, cette bonne pratique va au-delà du sentiment d'un lien commun. En fait, c'est devenu un aspect qui associe des différences et des divergences, les réunit dans un ensemble hétérogène dont l'épanouissement repose sur les valeurs universelles relatives aux droits de l'homme. Par conséquent, la solidarité internationale ne cherche en rien à homogénéiser, mais plutôt à être une passerelle entre ces différences et ces divergences, reliant les uns aux autres avec leurs intérêts propres, dans des relations mutuellement respectueuses et bénéfiques, pétries des principes régissant les droits de l'homme et des notions d'équité et de justice.

Au Mexique, de nombreux enfants en milieu scolaire présentent un retard de croissance, une insuffisance pondérale et de multiples carences en micronutriments. En 2018, 1 430.000 enfants de la ville de Mexico souffraient de malnutrition soit un taux de 12,4%. Pour lutter contre ce fléau, le programme *Alimentos Escolares* met en place des techniques de conseils nutritionnels qui visent à améliorer l'état nutritionnel des apprenants en intégrant la nutrition dans le programme afin de favoriser des changements dans les pratiques des apprenants par la consommation d'aliments et une orientation saine. Il renforce la capacité des enseignants à délivrer des services nutritionnels spécifiques aux apprenants. On observe que 650 670 filles et garçons inscrits dans des écoles publiques de Mexico au niveau de l'éducation initiale préscolaire, secondaire primaire spéciale sont

couverts par le programme soit un taux de 54.9%⁴⁶. Selon les bénéficiaires interrogés, le programme aide plus de 84% des bénéficiaires à améliorer leur nutrition à travers des conseils qu'ils reçoivent. Des filles et des garçons inscrits dans les écoles publiques de Mexico au niveau préscolaire, primaire et spécial améliorent leur alimentation en accédant à la prise en charge de rations alimentaires en mode froid sur la base des critères de qualité nutritionnelle. En 2019, il octroie 4.350.516 rations alimentaires aux bénéficiaires. Il demeure nécessaire de veiller à ce que l'enfant ait un régime alimentaire et un mode de vie sain, et il est clair qu'une nutrition optimale est indispensable à sa santé, son bien-être et son développement cognitif et social.

Les investissements dans les repas scolaires peuvent apporter bien plus que des résultats dans les domaines de la santé et de la nutrition, notamment élargir l'accès à l'éducation, améliorer la protection sociale fondée sur les valeurs de la solidarité. Les conseils techniques pour une bonne alimentation permettent aux bénéficiaires d'avoir une alimentation saine, variée et équilibrée. Cet équilibre doit se construire au quotidien de façon à éviter les carences et excès dus à une mauvaise alimentation mais aussi cela permet de lutter contre la malnutrition.

4.4.2. DES VALEURS FONDEES SUR L'EQUITE ET LA TRANSPARENCE

EN AFRIQUE

L'équité et la transparence sont des valeurs qui ont servi de pilier pour de nombreux pays d'Afrique (Ghana, Ile Maurice et Maroc). Ces valeurs ont permis la réinsertion sociale des groupes ou zones marginalisées et ont favorisé l'équilibre de ces sociétés.

Le Ghana s'alignera en droite ligne à la politique de réhabilitation des orphelins, des enfants, des handicapés, des personnes âgées de 65 ans ou plus et des femmes enceintes en instaurant le programme *Livelihood Empowerment Against Poverty* (LEAP). C'est un programme d'autonomisation des moyens de subsistance. Il vise à amoindrir les risques de pauvreté extrême chez les populations exposées aux conjonctures circonstancielles sociales et économiques néfastes. Aussi, le programme prend en charge l'amélioration de l'alimentation et de la nutrition des enfants de moins de 2 ans et des personnes âgées de 65 ans ou plus, et le renforcement de l'accessibilité aux soins de santé primaire pour les enfants de moins de 5 ans et les personnes handicapées, ainsi que l'accès aux services complémentaires. Le gouvernement du Ghana alloue en 2015 un budget de 80 millions de GHS (11.42 millions d'euros) pour le programme. Le programme s'occupe également de la scolarisation de base, de l'assiduité et de la rétention des enfants éligibles au programme âgés de 5 à 15 ans. Depuis le démarrage effectif du LEAP en 2013, on note une nette amélioration des conditions de vie des bénéficiaires grâce à la stratégie de la réhabilitation des bénéficiaires et qui répond majoritairement à la demande.

Les stratégies mises en œuvre dans le cadre des programmes de santé, de pension vieillesse et d'habitat mettent en avant l'accessibilité aux soins de santé, l'autonomisation, et la réhabilitation grâce au ciblage des personnes vulnérables.

⁴⁶<https://dif.cdmx.gob.mx/programas/programa/programa-de-alimentos-escolares>

À l'Île Maurice, dans le souci de répondre aux besoins spécifiques et de garantir le droit à l'emploi des personnes vivant avec un handicap (60 000 personnes soit 4,9% de la population totale), le ministère de l'intégration sociale, de la sécurité sociale et de la solidarité nationale a mis en place une unité d'autonomisation qui fournit une gamme de services directs à ces derniers.⁴⁷ A travers ce programme, les personnes vivant avec un handicap bénéficient d'une carte de bus gratuite, d'une réduction de prix sur les billets d'avion, des cartes de stationnement gratuites, un remboursement des frais de bus pour les enfants handicapés fréquentant l'école et séance gratuite de physiothérapie, d'ergothérapie et d'hydrothérapie. Dans le même élan, l'État a adopté la loi sur l'égalité des chances, la loi sur les droits en matière d'emploi et l'établissement d'un comité sur le suivi et la mise en œuvre des observations finales du Comité des droits des personnes handicapées. Cette loi donne aux personnes vivant avec un handicap les moyens de recours contre la discrimination fondée sur le handicap.

Au Maroc, le programme de transfert monétaire conditionnel *TAYSSIR* lancé en 2008 est destiné à maintenir les enfants des ménages pauvres à l'école. Il fournit une assistance financière à des enfants de familles pauvres. Le programme est destiné aux communes rurales et à certaines communes urbaines souffrant d'une déperdition scolaire élevée. L'objectif est de limiter la déperdition scolaire ainsi que les stigmatisations des enfants de familles pauvres qui fréquentent l'école. Rappelons que l'abandon scolaire au Maroc est marqué par deux phases : tout d'abord le taux d'abandon reste très faible jusqu'à l'âge de 11 ans, ensuite à partir de 12 ans, le niveau d'abandon connaît une hausse significative. Il passe ainsi de 5% à l'âge de 11 ans à 14% à l'âge de 12 ans. Ce taux cache cependant des disparités selon le genre. Ainsi, le taux d'abandon des filles est de 20% alors que celui des garçons est de 9%⁴⁸. Pour bénéficier du programme, trois facteurs sont pris en compte à savoir la rétention des élèves à l'école, le niveau d'acquisition des élèves et le niveau de vie des ménages. La réussite du programme est liée en partie à une mobilisation sociale qui implique les collectivités décentralisées en faveur

de l'inclusion des enfants pauvres. Ainsi, 825 000 élèves ont pu bénéficier du programme. Cette mobilisation sociale a permis de toucher les zones les plus reculées du pays, notamment les douars. Les douars sont de petits villages ou groupements d'habitations rurales composés d'une vingtaine de foyers. Ces zones d'habitations sont essentiellement composées de nomades. Le programme a ainsi entraîné une réduction significative de l'abandon scolaire. Le taux de déperdition a ainsi baissé de 57% par rapport au groupe contrôle. Le programme a en outre impacté de façon significative la réinsertion scolaire des enfants ayant abandonné l'école à la fin de l'année scolaire avec une hausse de 37% (2008).⁴⁹

EN ASIE

Afin de promouvoir l'accès aux services pour les personnes les plus démunies, les programmes en Asie respectent un certain nombre de valeurs favorisant leur succès. Des mécanismes garantissant le

⁴⁷ Republic of Mauritius: Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities

⁴⁸ Observatoire Nationale du Développement Humain, 2020

⁴⁹ Conseil Supérieur de l'Éducation de la Formation et de la Recherche Scientifique : rapport sur les enfants non scolarisés

respect de la transparence sont inclus dans la mise en œuvre des programmes de protection sociale. L'équité dans la distribution de l'offre à travers un ciblage visant les groupes les plus vulnérables, la recherche de l'équilibre entre les classes sociales ainsi que la promotion de l'égalité des chances par la prise en compte des besoins des personnes en situation de handicap sont mises en relief pour assurer la réussite des programmes.

Par un dispositif de suivi et de vérification à travers les plateformes numériques et les cartes à puces ou par les registres uniques recensant toutes les informations nécessaires à l'identification des ayants-droit, le système anticipe sur les défauts de ciblage et facilite l'attribution des prestations aux ayants-droit.

En Inde, au niveau de la distribution et de la subvention des aides alimentaires, le principe d'équité et de la transparence dans la gouvernance est primordial. D'abord les magasins de stockage sont répartis dans tout le territoire permettant à tous les bénéficiaires d'avoir accès aux produits au niveau communautaire. Ensuite dans toutes les zones, la subvention est la même pour tous les ayants-droit afin d'en garantir l'impartialité. La distribution des produits est effective dans plus de 500 000 magasins à des prix équitables et la subvention touche 75% de la population rurale et 50% des citadins, soit 2/3 de la population globale⁵⁰.

La transparence dans la gestion du travail est renforcée par le dispositif de suivi et de vérification de tous les bénéficiaires des soins au niveau des districts afin d'assurer la traçabilité au niveau du programme national d'assurance maladie *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY).

Toujours dans le souci de renforcer les valeurs d'équité et d'égalité, le programme PMAY en Inde est subdivisé en deux étapes : le PMAY U pour les populations défavorisées en milieu urbain dont 4041⁵¹ villes statutaires et le PMAY-G pour celles des zones rurales incluant tous les villages sauf *Chandigarh* et *Delhi*.

En Chine, cette pratique est également notée dans de nombreux programmes comme le programme de garantie du niveau de vie minimum *DIBAO*. En effet, le programme de revenu minimal de subsistance (*DIBAO*) prend naissance dans un contexte de mouvements sociaux dans les années 1990 et couvre les familles en dessous du seuil de pauvreté et les pauvres inaptes au travail ou les travailleurs victimes de restructurations industrielles titulaires d'un *hukou* urbain. La couverture du programme augmente très rapidement de 0,85 million en 1996 à 2,66 millions en 1999 et 23,3 millions en 2008. Par la suite, le programme est réparti en deux parties : *DIBAO* pour les zones rurales et *DIBAO* pour les zones urbaines. En 2014, le nombre total de bénéficiaires est de 70,84 millions, dont 18,77 millions de citadins et 52,07 millions de bénéficiaires ruraux. Pour la réhabilitation des personnes en situation de handicap, le PMAY (Inde) et le programme de construction de logements sociaux (Chine) offrent des services adaptés aux personnes à mobilité réduite. En leur dotant de matériaux et d'abris au niveau des rez-de-chaussée, le système promeut l'égalité des chances. Le ciblage est aussi axé sur les groupes à revenus intermédiaires, ceux à faibles revenus et les groupes économiquement plus faibles pour garantir l'équilibre entre les classes sociales et permettre à ces couches défavorisées d'avoir accès à des logements décentes.

⁵⁰ Rapport annuel 2016-2017 du Ministère indien de la consommation, de l'alimentation et de la distribution publique

⁵¹ [www.india.gov.in/spotlight/Pradhan Mantri Away Yojna](http://www.india.gov.in/spotlight/Pradhan-Mantri-Away-Yojna)

5. LA COMPARAISON ENTRE LES RESULTATS DU BENCHMARKING ET LES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL

5.1. LA METHODE DE COMPARAISON

La particularité de ce rapport, est qu'il contribue au développement du concept de benchmarking en dehors de son cadre initial industriel, dans un domaine jusqu'ici peu exploré sur base du concept de benchmarking. En effet, en matière de protection sociale dans les pays du Sud particulièrement peu d'études existe. L'analyse benchmark est synonyme de mise en œuvre des bonnes pratiques observées dans d'autres contextes, cela ne signifie pas un copié collé mais offre un cadre réflexif qui permet d'orienter d'autres modes d'actions inspirés de méthodes qui ont fait leurs preuves. (Lepoivre, F. 2003). Dans notre cas et comme relevé antérieurement sa vocation est d'inspirer les programmes et stratégies de protection sociale en analysant les offres de service, leurs processus et toutes activités inhérentes. A cet effet, les actions initiées dans d'autres contextes interrogent les pratiques locales en leur donnant davantage de puissance par l'effet miroir.

A la fois pour les expériences internationales comme pour les programmes nationaux de protection sociale, des fiches ont été réalisées afin de mettre en relief la contextualisation qui est essentielle en matière de comparaison internationale. La confrontation d'expériences inter pays sert à les jauger selon une échelle d'observation réelle. Les expériences sont mises face à face pour tenter de les faire dialoguer. C'est ainsi que cette section s'intéresse spécifiquement à illustrer la protection sociale au Sénégal où tous les programmes nationaux ont été considérés.

Tant pour les pays du Sud présentés antérieurement que pour le Sénégal, des fiches ont été réalisées selon la même démarche (contexte de mise en œuvre, cibles et couverture, prestations offertes, raisons du succès, financement et partenaires de mise en œuvre). Pour les fiches relatives au Sénégal, une rubrique sur les écarts a été ajoutée. Au-delà des fiches, l'objectif est de faire le point sur les leçons apprises qui peuvent permettre de mettre en lumière des innovations, les écarts et d'indiquer les marges de progression à travers les recommandations sous formes de pistes d'actions. C'est ainsi que la cartographie des interventions entre 2005 et 2015 de la stratégie nationale de protection sociale 2016-2035 nous renseigne sur l'écosystème des politiques de protection sociale au Sénégal. Elles peuvent être sous formes de régimes formels de sécurité sociale, de programmes de gestion des risques et catastrophes et ou de subventions générales (DGPSN 2016 NPS: pp.39-42). Ainsi, l'approche cycle de vie permet de visualiser dans la couverture par branche et par cible.

5.2. L'ECOSYSTEME DE LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL

L'écosystème des politiques de protection sociale peut être retracé grâce aux multiples travaux d'anthropologues, sociologues et démographes (Antoine Ph. et al. 1995 a, 1995 b) qui se sont intéressés à la précarisation et à la paupérisation à travers la production de documents scientifiques informatifs et descriptifs. De plus, les travaux du BIT apportent un éclairage institutionnel sur le système de protection sociale contributif et semi-contributif (temps à préciser). En outre, les experts

de l'administration en charge de la pauvreté ont contribué à accroître la masse critique de connaissances sur l'évolution de la protection sociale au Sénégal avec l'emphase sur les mécanismes d'assurance contre les risques ainsi que les filets sociaux de sécurité (Dia I. ; Atou-ministère famille)

Ces diverses ressources ont abordé la question sociale, la pauvreté et la vulnérabilité face à divers chocs couvrant particulièrement le Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DRSP) I 2003-2005 et DRSP II – 2006 ont le premier fut initié en 2000 (République du Sénégal 2002, 3). C'est en particulier le DRSP II qui inscrit ses orientations dans la prise en compte des nouvelles formes de pauvreté notamment la précarisation en y répondant par une série de programmes présentés ci-après. Il s'intéresse également aux risques émergents illustrés par les recherches qui résument les résultats en ces termes : « Les jeunes vivent la crise, les aînés la supportent » (Antoine Ph. et al. 1995)⁵² en retraçant l'exode urbaine nous donnant ainsi le ton par rapport aux différences intergénérationnelles face à l'emploi, la composition des ménages et leurs lieux de vie (Idem). En outre, l'ouvrage collectif⁵³ publié la même année insiste sur "les multiples formes de sociabilité" dont les fonctions traditionnelles opèrent en dualité avec les modes urbains de vie. L'intérêt de ces travaux repose aussi sur l'identification des nouvelles formes de pauvreté urbaine⁵⁴. De plus, Fall (2007)⁵⁵ nous ouvre les yeux sur un thème maintes fois recherché en d'autres contextes sur ce que représente l'économie de la débrouille en mettant l'accent sur la généralisation de la pauvreté conduisant de nombreux acteurs à bricoler pour survivre. Dans cette mouvance, Cissé (2014)⁵⁶ met en relief le déplacement géographique de la pauvreté et sa transmission intergénérationnelle qui révèlent les basculements et sorties de la pauvreté. Ainsi, elle nous fait découvrir que l'enjeu majeur demeure le patrimoine immatériel transmis par génération qui handicape les plus jeunes. L'analyse des formes de résilience montre que sortir de la pauvreté passe par une distanciation de l'acteur face à un héritage altéré. En effet, Cissé R. (2014) a mis en lumière les vulnérabilités et l'importance de créer des filets sociaux spécifiques aux modalités d'entrées et sorties de la pauvreté en fonction qu'elle soit chronique ou transitoire. Plus récemment, Fall (2021)⁵⁷ aborde la question des solidarités et précise que la solidarité horizontale repose essentiellement sur les réseaux sociaux qui eux même ont connu des modifications au sein des structures familiales par de nouveaux arrangements (Fall A.S. 2021, 319). Il montre l'essoufflement des solidarités horizontales lorsqu'elles ne sont pas relayées par les solidarités verticales provenant de l'Etat central ou des collectivités territoriales. Tous ces travaux résonnent dans la dernière version de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS) 2016-2035 en particulier, des filets sociaux y sont mis en avant consacrés : la Bourse de Sécurité Familiale (BSF), la Couverture Maladie Universelle (CMU), la Carte d'Égalité des Chances (CEC), le Plan Sésame et les gratuités aux soins, les 100 000 logements (à compléter). Ces politiques

⁵² Antoine Philippe, Bocquier Philippe, Fall Abdou Salam, Nanitelamio Jeanne. (1995). L'insertion urbaine à Dakar : les jeunes vivent la crise, les aînés la supportent. ORSTOM Actualités, (48), p. 15-22. ISSN 0758-833X.

⁵³ Antoine Philippe, Bocquier Philippe, Fall Abdou Salam, Guisse Youssouf, Nanitelamio Jeanne. (1995). Les familles dakaroises face à la crise. Dakar (SEN) ; DAKAR (SEN) ; PARIS : IFAN ; ORSTOM ; CEPED, 209 p.

⁵⁴ chap 4 173-196

⁵⁵ Fall, Abdou Salam. (2007). Bricoler pour survivre : perceptions de la pauvreté dans l'agglomération urbaine de Dakar. Karthala Éditions.

⁵⁶ Cissé, Rokhaya. (2014). L'héritage de la pauvreté, Entre récurrence, rupture et résilience dans les trajectoires des pauvres au Sénégal. Editions L'Harmattan.

⁵⁷ Fall, Abdou Salam (2021). Le recours aux réseaux sociaux en contexte de pauvreté au Sénégal les sénégalais sont-ils solidaires des pauvres ?, in : Fall Abdou Salam et Cissé Rokhaya (Eds.), La pauvreté au Sénégal, Lieu ? : Editions universitaires européennes, pp. 278-338.

sont contributives et comptent s'élargir en s'appuyant sur le système informel afin d'y inclure le plus grand nombre.

Ensuite, à cet égard, il convient d'aborder un aspect déterminant d'une période de remise en cause de la demande sociale grandissante. La création de multiples boucliers préventifs aux dérives exprimés par l'expression d'« acquis démocratiques réversibles » a fait naître une série de mouvements sociaux.⁵⁸ Ces derniers ont constitué de réels remparts contre la réversibilité des acquis démocratiques. Ces mêmes mouvements sociaux sont à l'initiative de la relance de certaines politiques sociales dans un cadre structurant davantage celles-ci. Bien que l'État ait tenté d'anticiper certains problèmes, il s'est révélé que ce dernier n'agissait pas assez vite tel l'exemple de la création de la direction de l'emploi rapide qui malgré tout n'a pas permis de satisfaire promptement à l'inemploi des jeunes et donc à leurs revendications.⁵⁹

L'amorce des politiques sociales dans la période post indépendance (1960-2000)

La pression pour le changement exercé par les organisations internationales et les élites locales et nationales a commencé (Mamadou Dia, Félix Houphouët-Boigny et Sékou Touré, pour n'en citer que quelques-uns), initiant la reconnaissance des droits (civils, politiques et économiques) des populations locales, et le fer de lance du bien-être des colonies (Bonniecasse 2009, 160).

Malgré les défis rencontrés après l'obtention de l'indépendance en 1960 et les années successives, la nouvelle administration a cherché à réorienter les politiques vers les intérêts populaires et sociaux plus larges pour atteindre les objectifs de développement national (Fall 2012, 80).

La première décennie de l'indépendance avait été marquée par l'amorce de politiques sociales notamment les internats dans les lycées, l'habitat social avec des sociétés immobilières (SICAP, OHLM, HAMO, etc.), les sociétés publiques de distribution (SONADIS), la vaccination de masse, etc. En effet, l'héritage des plans d'ajustement structurel consacre le rétrécissement des politiques sociales au profit de l'équilibre des grands agrégats macro-économiques. Cette vision libérale a été battue en brèche par l'explosion de la demande sociale au moment où la pauvreté s'approfondit et s'élargit aux couches moyennes. Cette situation fait émerger davantage de précarités, de fragilités et de vulnérabilités.

Au lieu d'améliorer de manière significative les performances de l'économie, tous les secteurs sociaux (y compris la santé, l'éducation, la sécurité alimentaire et nutritionnelle) ont souffert des programmes d'ajustement structurel du Fonds monétaire international et de la Banque mondiale qui ont remis l'accent sur l'importance de la fonction économique (efficacité économique et profits) par opposition à la fourniture de services sociaux (Dieng 1996, 49).

« Des violences ont éclaté au cours de cette période, dont les manifestations post électorales de 1988 et 1993 n'ont pas aidé à imposer ces nouvelles réglementations et mesures drastiques, l'État a utilisé des mesures répressives et idéologiques pour contrôler ses citoyens » (Diop 2001, 154).

C'est ainsi que les années 1980 à 2000 sont considérées comme des décennies perdues et qui ont prolongé le marasme des années de sécheresse de 1970 à 1980. Les premières tentatives de reprises des politiques sociales se sont faites sous le sceau des documents de réduction de la pauvreté

⁵⁸ Bees du nakk (un jour viendra) ; Yamale (Réguler/limiter les dégâts); Fekke maci boole (je suis témoin donc acteur); M23, Y'en a marre)

⁵⁹ Dates DER et manifestations

(DRSP1, DRSP2). Cette phase est amorcée dès 1996, révélant ainsi l'essoufflement des plans d'ajustement structurel.

La décennie 2000-2012 : le gouvernement libéral de Wade renoue avec les politiques sociales des premières années d'indépendance et érige la protection sociale dans l'agenda public

Dès 2000, des programmes de protection sociale ont été mis en place notamment le plan sésame, la gratuité de la césarienne, un maillage territorial plus dense et plus accentué en lycées, écoles primaires, collèges et centres de formation professionnelle permettant une plus forte accessibilité à l'éducation. Pareillement l'édification de centres de santé et d'hôpitaux a connu une forte accélération, mais pendant ce temps la mutualité en santé n'a pas connu des développements importants et l'assurance en santé a couvert principalement la minorité des salariés.

Or, les Revues de ce DSRP II, portant respectivement sur les exercices 2007 et 2008, ont mis en évidence la nécessité d'accélérer l'accès aux services sociaux de base et l'amélioration de leur qualité. Ces revues ont montré que si la réalisation des infrastructures est une condition nécessaire, elle ne suffit pas à assurer un accès durable aux services et donc à favoriser l'atteinte des cibles des indicateurs des OMD. En effet, le taux d'utilisation des infrastructures, notamment de santé et d'eau potable reste insuffisant, du fait des difficultés que rencontrent les catégories sociales pauvres et vulnérables à en supporter les coûts ; ce qui affecte la viabilité et la rentabilité desdits investissements[1] à long terme.

La décennie 2012-2021 : Le gouvernement fait du capital humain et de la solidarité le fer de lance du Plan Sénégal Emergent (PSE)

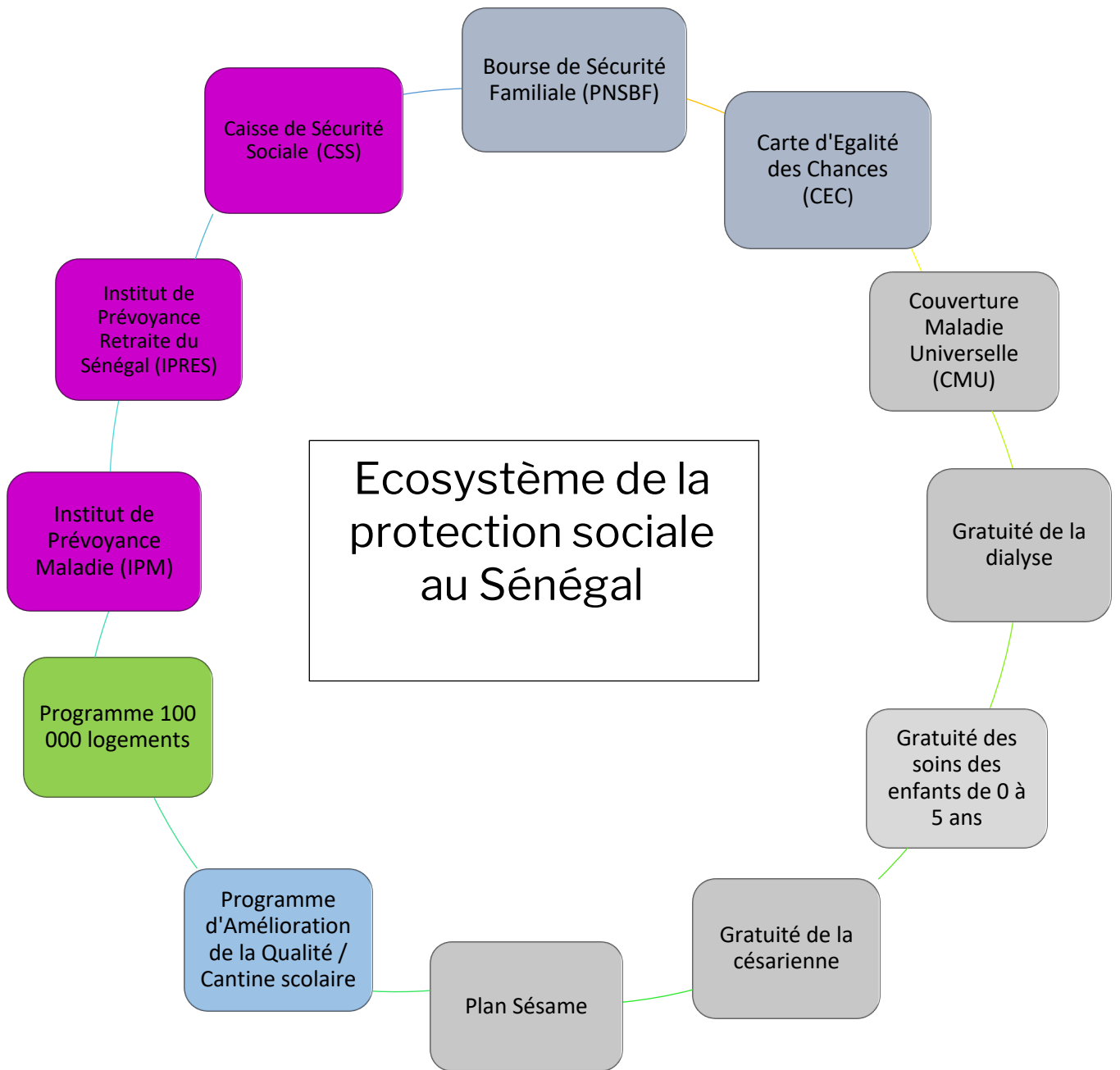
L'amorce de politique sociale initiée par le gouvernement libéral va être approfondie avec la mise en place par le nouveau gouvernement de 2012 qui fait de la protection sociale et du développement du capital humain parmi les axes majeurs de sa politique de développement appelée Plan Sénégal Emergent (PSE).

Le PSE est décliné en trois axes stratégiques (i) Transformation structurelle de l'économie et croissance ; (ii) Capital humain, protection sociale et développement durable; et (iii) Gouvernance, institutions, paix et sécurité. Trois logiques sont considérées : celle d'assistance, celle d'assurance dans la prise en charge des prestations et celle d'autonomisation des catégories sociales.

Le nouveau gouvernement installe la Délégation Générale de la Protection Sociale et de la Solidarité Nationale (DGPSN) et le Ministère du Développement Communautaire, de l'Équité Sociale et Territoriale; l'Agence de Couverture Maladie Universelle (CMU), le Plan Sésame, la gratuité des soins pour les enfants de moins de 5 ans, la gratuité de la dialyse, la gratuité de la césarienne, le programme de Bourse de Sécurité Familiale (PNBSF), la Carte d'Égalité des Chances pour les personnes en situation de handicap, le Registre National Unique (RNU) visant un mécanisme partagé pour le ciblage des différents programmes de filets sociaux. Le système de sécurité sociale pour les travailleurs (la Caisse de Sécurité Sociale (CSS), l'Institut de Prévoyance de la Retraite du Sénégal

(IPRES), l'Institut de Prévoyance Maladie (IPM) et l'habitat social (100 000 logements). Ces différents programmes ont fait l'objet de fiches détaillées présentées dans la partie suivante.

Par ailleurs, le Sénégal intègre la protection sociale comme une des réponses à la vulnérabilité aux chocs liés aux risques et catastrophes et au changement climatique (sécheresse, inondations, etc.).

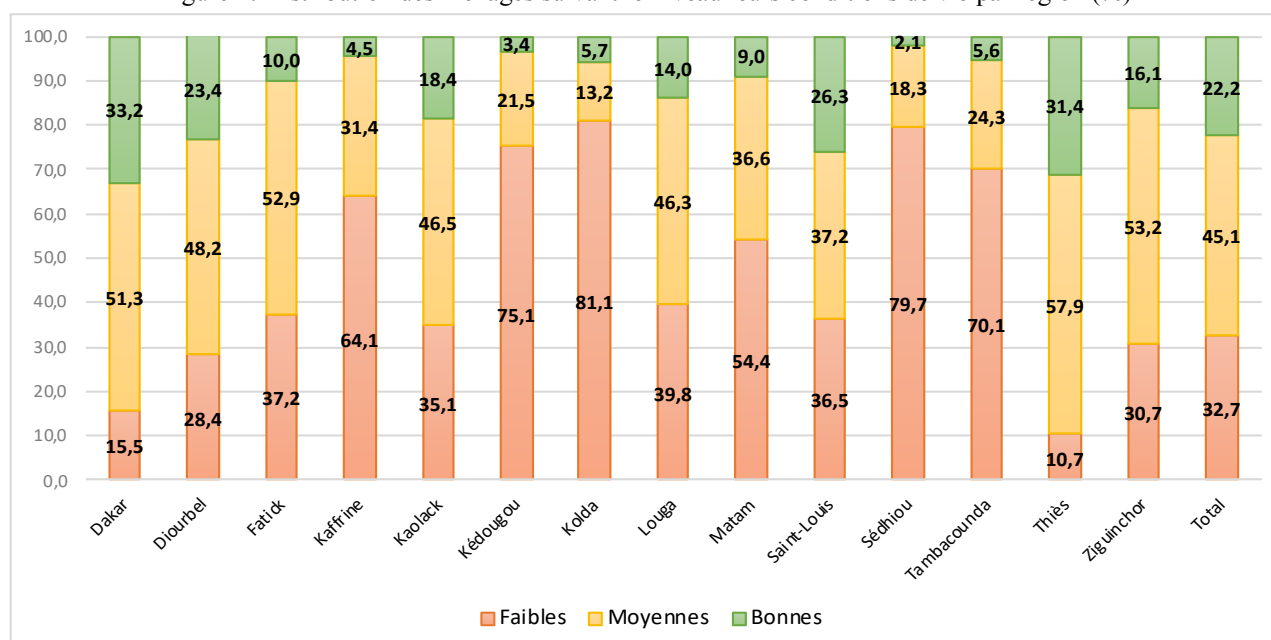


5.3. LES BESOINS EN PROTECTION SOCIALE

5.3.1. LE NIVEAU DE VIE DES MENAGES

Au plan national, près du tiers des ménages (32,7%) présente des faibles conditions de vie (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Les régions de Kolda (81,1%) et celle de Sédhiou (79,7%) sont celles qui concentrent le plus de ménages vivant des conditions difficiles. On retrouve ensuite un deuxième groupe de région pour lesquelles le pourcentage des ménages ayant des « faibles » conditions de vie varie de 75,1% à Kédougou à 70,1% à Tambacounda. Le troisième groupe des plus vulnérables est formé par Kaffrine (64,1%) et Matam (54,4). En revanche, la région de Thiès (10,7%) apparaît comme la région dont les ménages sont les moins marqués par des conditions de vie difficiles (10,5%) et dépasse de loin la capitale Dakar (15,5%).

Figure 1: Distribution des ménages suivant le niveau leurs conditions de vie par région (%)

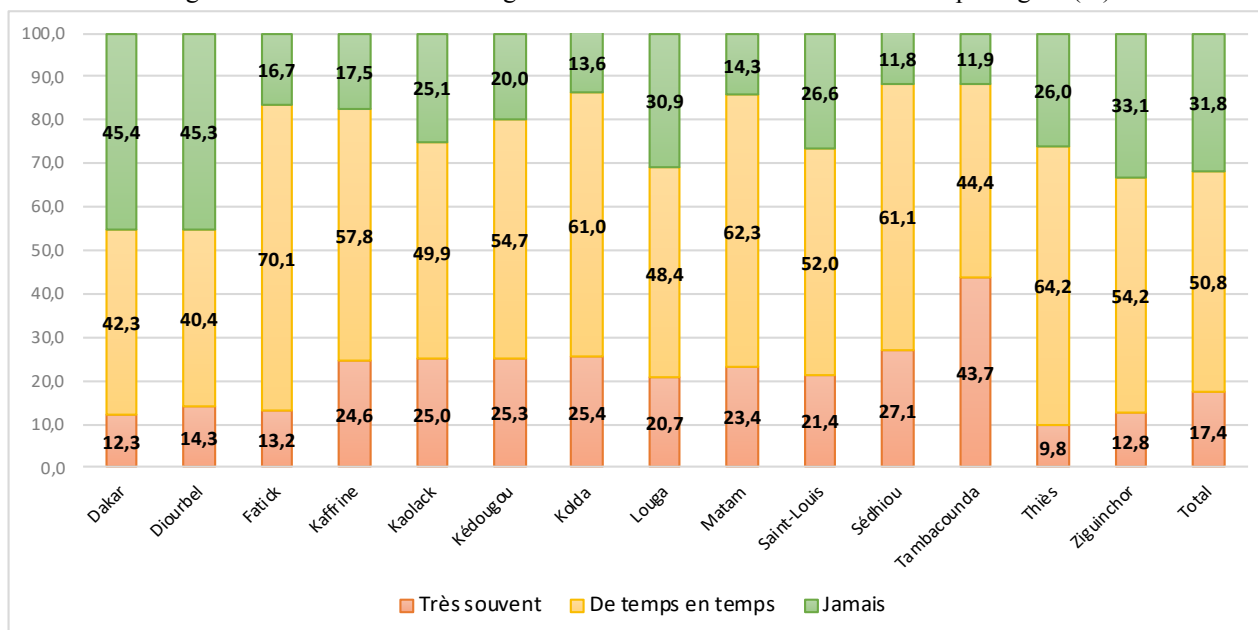


Source : Calcul des auteurs d'après les données de Jàngandoo 2019

5.3.2. LES VULNERABILITES SANITAIRES DES MENAGES

S'agissant de la « vulnérabilité sanitaire », 17,4% des ménages soulignent avoir eu « très fréquemment » des difficultés à soigner au moins un de leurs membres (Figure 2). Sur le plan régional, ce taux atteint 43,7% à Tambacounda ; 27,1% à Sédhiou ; et tourne autour de 25% à Kolda, Kédougou, Kaolack et Kaffrine et Matam.

Figure 2: Distribution des ménages suivant leur « vulnérabilité sanitaire » par région (%)



Source : Calcul des auteurs d'après les données de Jàngandoo 2019

5.3.3. LE HANDICAP DES ENFANTS

Parmi les 16 021 ménages enquêtés, 263 comptent au moins un enfant handicapé soit 1.6%.

Tableau 1: Effectifs des ménages ayant au moins un enfant handicapé

Nombre de total de ménage	16 021
Nombre de total de ménage avec enfant handicapé	263
% de ménage avec enfants handicapés	1,6

Parmi les 24 326 enfants enquêtés, 526 sont des handicapés soit 2.2%.

Tableau 2: Effectifs des enfants handicapés

Nombre d'enfants enquêtés	24326
Nombre d'enfants handicapés	526
% d'enfants handicapés	2,2

Comme l'indique la colonne B du tableau 3, la région de Dakar enregistre la part la plus importante des enfants handicapés au Sénégal (31.8%). La région de Ziguinchor vient en 2^{ème} position avec 12.2% des enfants handicapés au Sénégal et ayant le plus grand nombre d'enfants handicapés (4.2%) concentrés dans une seule région. Les régions de Kolda et Louga arrivent en 3^{ème} position avec chacune 8% des enfants handicapés au Sénégal et ayant également de forte concentration d'enfants handicapés dans la région (2.6%) (colonne D).

Il est à noter que les enfants handicapés dans les régions de Diourbel, Sédhiou et Tambacounda représentent respectivement 3.2%, 3.2% et 2.5%.

Tableau 3: Effectifs des enfants handicapés par région en 2019

	Nombre d'enfants handicapés (A)	% du total des enfants handicapés ($B=A \times 100 / T$)	Nombre d'enfants enquêtés (C)	% des enfants handicapés dans la région ($D= A \times 100 / C$)
Dakar	167	31,8	4429	3,8
Diourbel	17	3,2	1194	1,4
Fatick	10	1,9	1488	0,7
Kaffrine	31	5,9	1931	1,6
Kaolack	19	3,6	1454	1,3
Kédougou	23	4,4	1189	1,9
Kolda	42	8,0	1623	2,6
Louga	42	8,0	1607	2,6
Matam	29	5,5	1797	1,6
Saint-Louis	29	5,5	1641	1,8
Sédhiou	17	3,2	1417	1,2
Tambacounda	13	2,5	1573	0,8
Thiès	23	4,4	1456	1,6
Ziguinchor	64	12,2	1527	4,2
Total Sn (T)	526	100,0	24326	2,2

Le tableau 4 montre une grande variété d'handicap chez les enfants selon la région. Cependant, le constat en est que le handicap visuel est le type de handicap le plus retrouvé dans la totalité du pays (43.4%). La région de Dakar enregistre une écrasante majorité d'enfants handicapés (65.9%) surtout dans le département de Guédiawaye avec 83.3% d'enfants handicapés.

Le problème d'expression est un type de handicap très présent au Sénégal avec 17.1% des enfants ayant ce problème. Il est particulièrement présent dans la région de Louga (35.7 %).

Le handicap physique est également assez fréquent avec 16% d'enfants présentant ce type de handicap au Sénégal mais particulièrement à Kaolack avec 36.8% des enfants ayant un handicap physique relevés dans cette région.

Malheureusement, la déficience mentale est aussi un type de handicap assez habituel au Sénégal (12.2%) surtout dans la région de Kédougou qui enregistre 39.1% des enfants ayant une déficience mentale du Sénégal.

Une faible minorité d'enfants ayant d'autres types de handicap est présente dans les régions de Kaolack (5.3%), Thiès (4.4%), Matam (3.5%) et Dakar (2.4%). Cette faible minorité représente 1.3% des enfants handicapés au Sénégal.

Tableau 4: Répartition des types d'handicap chez les enfants par région en 2019 (%)

	Handicap visuel	Handicap auditif	Problème d'expression	Handicap physique	Déficiência mentale	Autre	Total
Dakar	65,9	7,2	13,2	6,0	5,4	2,4	100,0
<i>Dakar</i>	69,0	4,2	14,1	1,4	7,0	4,2	100,0
<i>Guédiawaye</i>	83,3	2,4	4,8	7,1	2,4	0,0	100,0
<i>Pikine</i>	34,8	17,4	21,7	17,4	8,7	0,0	100,0
<i>Rufisque</i>	58,1	12,9	16,1	6,5	3,2	3,2	100,0
Diourbel	35,3	5,9	23,5	17,7	17,7	0,0	100,0
Fatick	20,0	30,0	20,0	20,0	10,0	0,0	100,0
Kaffrine	25,8	16,1	9,7	29,0	19,4	0,0	100,0
Kaolack	21,1	10,5	15,8	36,8	10,5	5,3	100,0
Kedougou	30,4	8,7	4,4	17,4	39,1	0,0	100,0
Kolda	23,8	9,5	31,0	28,6	7,1	0,0	100,0
Louga	16,7	14,3	35,7	9,5	23,8	0,0	100,0
Matam	13,8	24,1	13,8	20,7	24,1	3,5	100,0
Saint-Louis	31,0	6,9	10,3	34,5	17,2	0,0	100,0
Sedhiou	52,9	0,0	17,7	23,5	5,9	0,0	100,0
Tambacounda	23,1	15,4	30,8	15,4	15,4	0,0	100,0
Thies	26,1	8,7	21,7	26,1	13,0	4,4	100,0
Ziguinchor	67,2	7,8	12,5	7,8	4,7	0,0	100,0
Total	43,4	10,1	17,1	16,0	12,2	1,3	100,0

5.3.4. LES CANTINES DANS LES ECOLES

NOMBRE ET TYPE DE CANTINES

Dans l'ensemble, 13,2% (154 sur 1 165) des écoles formelles disposent d'une cantine dont 8% sont gratuites et 5,2% payantes (Tableau 5). En d'autres termes, l'écrasante majorité des écoles au Sénégal ne dispose pas de cantine scolaire.

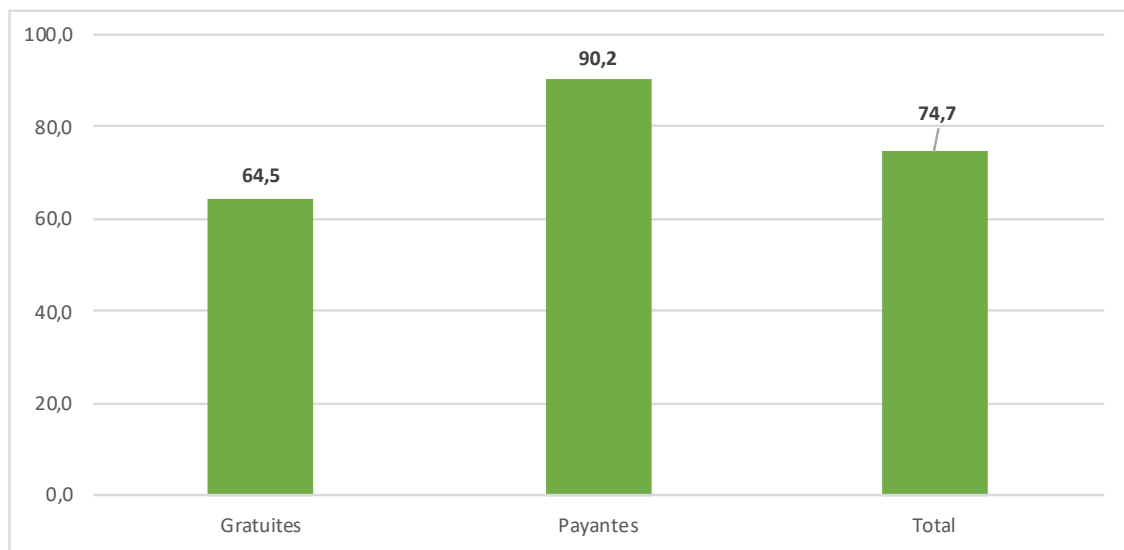
Tableau 5: Nombre et type de cantines

	n	%
Gratuites	93	8,0
Payantes	61	5,2
Aucune	1 011	86,8
Total	1 165	100,0

FONCTIONNEMENT PERMANENT DES CANTINES

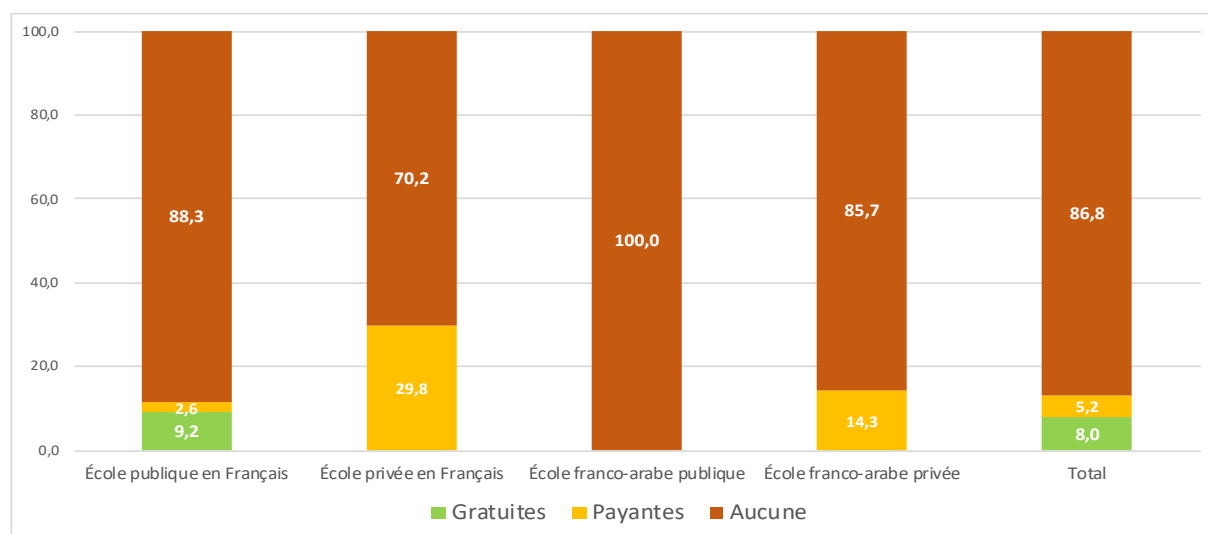
Le niveau de fonctionnement des cantines varie sensiblement suivant le type de cantine (figure 3). Les cantines gratuites ne sont fonctionnelles toute l'année scolaire que dans 64,5% des écoles qui en disposent alors que ce taux passe à 90,2% chez les cantines payantes. Globalement, près de trois cantines sur cinq (74,7%) sont opérationnelles toute l'année.

Figure 3 : Proportion des cantines fonctionnelles toute l'année (%)



Les écoles publiques en Français sont les seules à disposer de cantines gratuites et cette disponibilité ne concerne que 9,2% d'entre elles (figure 4). Les écoles privées en Français sont marquées par une proportion assez importante de cantines payantes (29,8%) et sont suivies de loin à ce titre par les écoles privées franco-arabes (14,3%). Aucune cantine n'a été répertoriée dans les écoles publiques franco-arabes.

Figure 4 : Disponibilité de cantine suivant le type d'école (%)

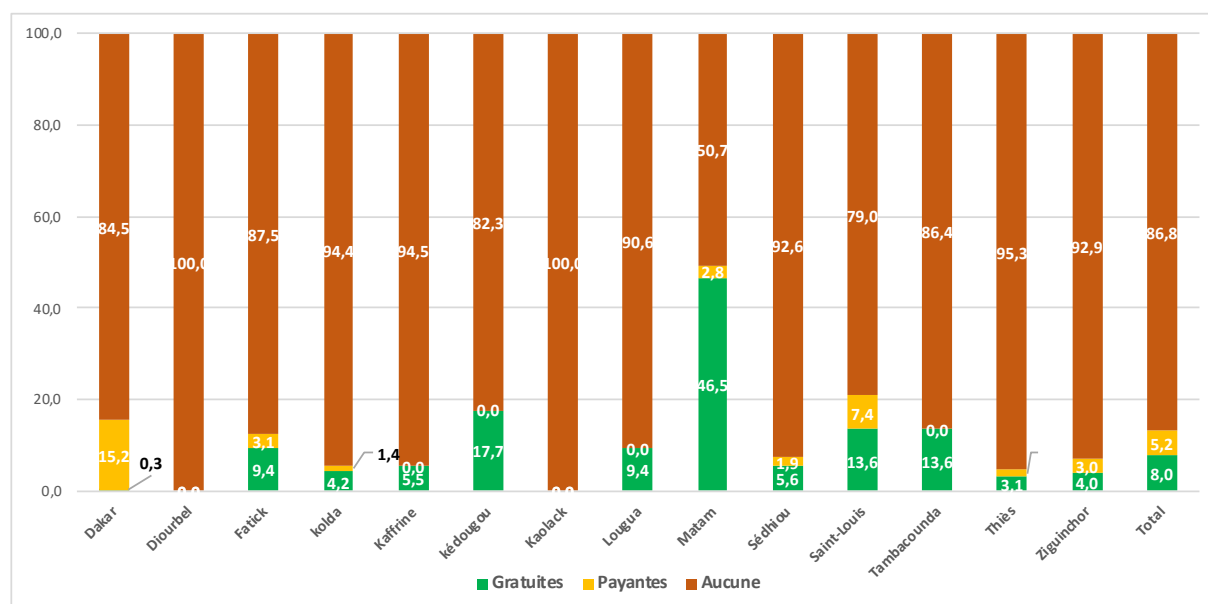


La figure 5 montre que les écoles de la région de Matam sont celles qui disposent le plus de cantines scolaires avec 49,3% dont l'essentielle (46,5%) sont des cantines gratuites. Les écoles de Saint-Louis viennent en deuxième position avec 21% de cantines dont 13,6% sont gratuites et 7,4% sont payantes. La région de Kédougou affiche 17% d'écoles avec cantine scolaire et toutes les cantines enquêtées sont gratuites.

Dakar se particularise par une grande part de cantine privées (15,2%) et pratiquement pas de cantines publiques (0,3%).

Dans les régions de Diourbel et Kaolack, aucune cantine n'a été répertoriée dans les écoles enquêtées.

Figure 5: Existence et type de cantines par région



Sur 18 348 élèves enquêtés, seuls 6.3% disposent de cantines scolaires dans leurs établissements dont 4.8% sont gratuites et 1.5% payantes. Autrement dit, la plus grande majorité d'élèves (66.6%) fréquente un établissement sans cantine scolaire. Il ressort aussi qu'un nombre important d'élèves ignorent si leur établissement offre une cantine scolaire.

Tableau 6: Répartition des élèves suivant la disponibilité d'une cantine dans les établissements formels

	n	%
Gratuite	872	4,8
Payante	282	1,5
Pas de cantine	12227	66,6
Ne sait pas	2429	13,2
Total	18348	100,0

SITUATION PAR REGION

Comme l'illustre le tableau 7, les élèves de la région de Dakar fréquentent des écoles qui ne sont pas équipées en cantine scolaire (16.4%). Plus de la moitié (56.1%) vont dans des écoles disposant de cantines scolaires payantes.

Il ressort que peu d'élèves des régions de Diourbel et de Kaolack bénéficient de gratuité des cantines scolaires dans leurs écoles. Ils représentent respectivement 0.5% et 0.2% des élèves enquêtés dans ces deux régions.

De même, dans les régions de Thiès et de Ziguinchor rares sont ceux qui fréquentent des établissements avec une cantine scolaire dont l'accès est gratuit, respectivement 1.3% et 1.7%.

On constate un taux important de gratuité des cantines scolaires si existantes (27.8%) dans les écoles où étudient les élèves de la région de Matam.

Les régions de Saint Louis, Kaffrine et Tambacounda enregistrent respectivement 14.9%, 11.8% et 10.2% d'élèves dont la cantine scolaire de l'école qu'ils fréquentent.

Tableau 7: Distribution des élèves suivant le type de d'accès/disponibilité d'une cantine par région (%)

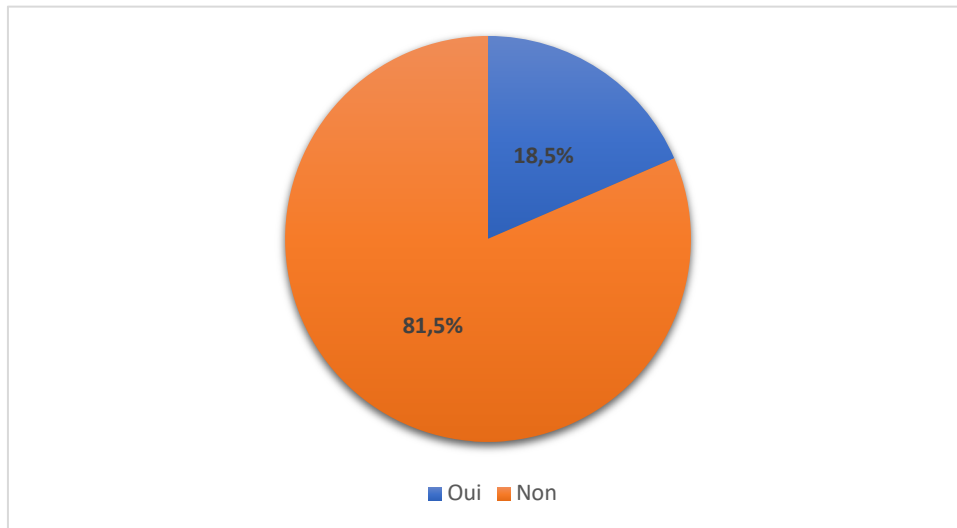
	Gratuite	Payante	Pas de cantine	Ne sait pas	Total
Dakar	6,3	56,1	16,4	15,5	21,9
Diourbel	0,5	0,7	4,6	7,5	4,2
Fatick	2,3	7,8	6,4	6,4	6,4
Kaffrine	11,8	0,3	4,8	8,9	5,0
Kaolack	0,2	2,5	8,0	4,2	6,3
Kédougou	9,8	2,0	5,9	4,9	5,3
Kolda	3,0	0,6	7,6	10,3	6,7
Louga	3,0	1,4	6,5	6,2	5,5
Matam	27,8	2,5	4,3	6,8	5,4
Saint-Louis	14,9	18,5	4,3	3,8	6,9
Sédhiou	7,3	1,7	8,2	2,7	6,4
Tambacounda	10,2	0,7	6,2	4,3	5,3
Thiès	1,3	1,9	7,2	11,1	6,6
Ziguinchor	1,7	3,4	9,7	7,3	8,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5.3.5. LES MENAGES BENEFICIANT DE PROTECTION SOCIALE

Si on se réfère aux travaux du LARTES (2019) relatives aux conditions de vie des ménages, l'accès à la couverture sociale reste insuffisant. En effet, les 16 000 ménages représentatifs à l'échelle des 45 départements du Sénégal interrogés dans le cadre du baromètre Jangandoo 2019 (Mars- Juillet 2019), déclarent que seul 18.5% ont bénéficié de la couverture en sécurité sociale tous programmes confondus sur l'ensemble du pays. Cette couverture appelle une forte amélioration d'autant plus que dans les deux années qui ont suivies (2020-2021), la COVID-19 a contribué à éprouver les populations sénégalaises davantage exposées à la précarité.

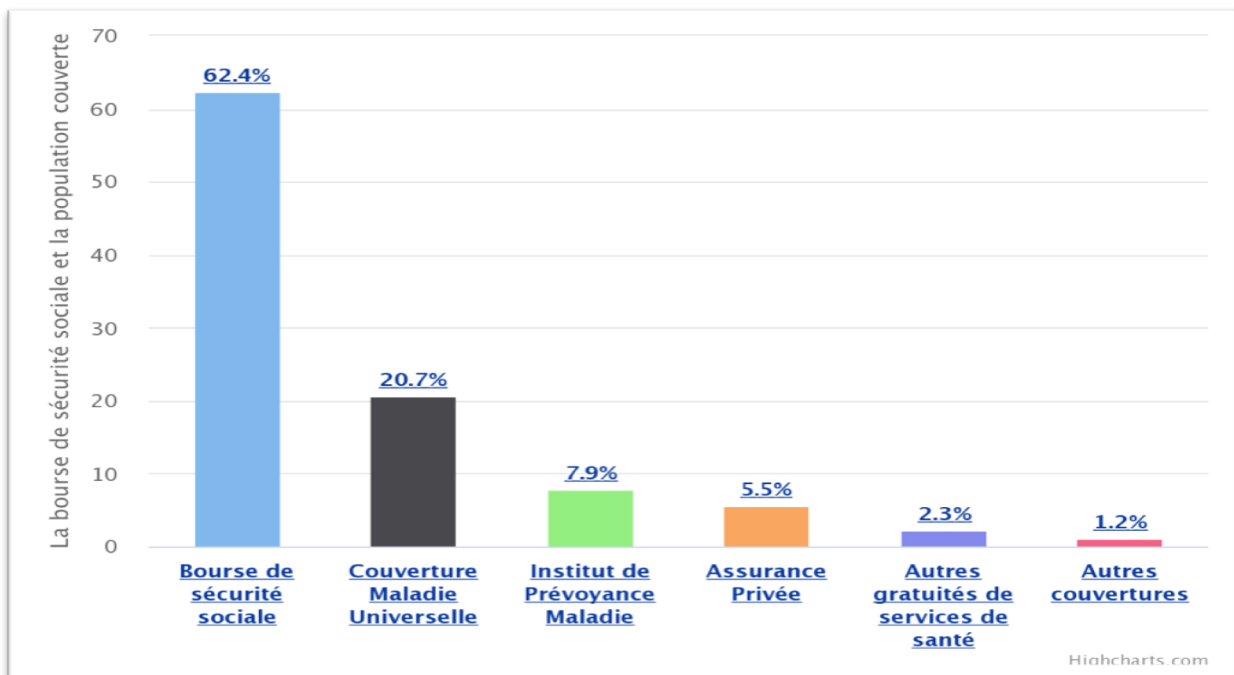
Figure 6 : Proportion des ménages bénéficiant d'une couverture sociale (%)

18.5% des ménages soutiennent bénéficier d'une couverture sociale



Si on s'intéresse aux différents programmes de couverture sociale (figure 7), la bourse de sécurité sociale est la couverture prépondérante à hauteur de 62.4%, suivie de la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui recueille 20.7%, tandis que les Institut de Prévoyance Maladie (IPM) centrés sur les employés assurent 7.9% ; les assurances privées pour 5.5 % et les gratuits de soins de santé pour 2.3%. Les autres couvertures restent résiduelles de l'ordre de 1.2%.

Figure 7 : Type de couverture sociale parmi les ménages couverts (%)



6. CONCLUSION : Les pistes d'action

Il apparaît indispensable d'accroître des efforts budgétaires pour la protection sociale. En outre, un ensemble de recommandations visant les programmes de protection sociale au Sénégal est proposé dans la partie suivante. Ces recommandations ont trait à trois facteurs : i) la rationalisation des processus de mise en œuvre (célérité dans les procédures, équité d'accès aux prestations, amélioration de la qualité des services, etc.) ; ii) l'accroissement des taux de couverture ; iii) l'autonomisation financière des programmes.

Programme	Pertinence de l'Innovation	Modalités d'application	Résultats attendus
PERSONNES VULNÉRABLES			
PROGRAMME NATIONAL DE BOURSE DE SECURITE FAMILIALE (PNBSF)	Une plateforme d'enregistrement et de suivi	<ul style="list-style-type: none"> - La décentralisation des bureaux d'enregistrement. Le contrôle permanent de tous les comptes. Le suivi des transferts des opérateurs chargés du paiement. 	<ul style="list-style-type: none"> L'intersectorialité par le partage des données. La facilitation de l'enrôlement des cibles. La suppression des passagers clandestins et des doublons. La célérité dans les paiements.
	La durabilité des programmes nationaux et leur autonomie financière vis-à-vis des bailleurs extérieurs.	<ul style="list-style-type: none"> - L'augmentation de la part de l'investissement à hauteur des engagements pris sur le plan international. 	<ul style="list-style-type: none"> - L'internalisation progressive du financement et ainsi le garanti de la pérennité de la bourse. - L'augmentation de la couverture et revaloriser les montants perçus par les ménages.

Carte d'égalité des chances (CEC)	<ul style="list-style-type: none"> - La digitalisation - La création d'une unité d'autonomisation des personnes vivant avec un handicap - La prise en charge (médicale, paiement dans les transports, carte de stationnement) - Une loi permettant de porter plainte en cas de discrimination. - La complétude des services. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un mécanisme qui permet de faciliter l'accès à la carte - La promotion de l'employabilité par la formation 	<ul style="list-style-type: none"> - Le passage à l'échelle - L'Insertion dans le monde socioprofessionnel
-----------------------------------	---	---	--

SANTÉ

La Couverture Maladie Universelle (CMU)	- La redynamisation de l'approche communautaire	- Le renforcement de la sensibilisation chez les populations.	- Une meilleure connaissance du programme par les personnes cibles.
	- L'accès aux soins sur l'étendue du territoire national.	- L'élargissement de la carte à toutes les régions du pays.	- L'effectivité et accessibilité aux soins
	- La garantie de la continuité des services	<ul style="list-style-type: none"> - L'amélioration du système d'approvisionnement en médicaments - Le renforcement le plateau technique et les infrastructures sanitaires - L'augmentation du personnel et l'amélioration de sa capacité. 	- Le renforcement de la qualité des services
	- Un dispositif de planification ou d'estimation des frais	<ul style="list-style-type: none"> - La diversification des sources de financement - Le respect des accords signés 	- La célérité dans le remboursement des frais aux structures sanitaires

	- Le développement de stratégies de lutte contre la fraude	- La mise en place d'un système de contrôle.	- La suppression des passagers clandestins et les doublons
	La signature de contrat de performance entre le gouvernement et les collectivités.	- La définition par l'État des indicateurs de performance pour les centres de santé.	- L'amélioration de la qualité de service.
Plan Sésame	L'internalisation du financement	L'augmentation de la part de l'investissement à hauteur des engagements pris sur le plan international.	- La pérennisation du programme.
	La limitation du Plan Sésame aux seuls ayants-droits	- Le garanti d'un contrôle permanent	- La suppression des passagers clandestins et les doublons
	Le garanti de la continuité des services.	- La disponibilité des médicaments destinés aux traitements des pathologies chroniques en renforçant les stocks au niveau de la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA) et l'augmentation du nombre de géiatres dans les postes de santé.	- L'amélioration de la qualité de service.
Gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans	- La mise en place d'un dispositif efficace au niveau de chaque région pour la remontée des factures à payer au niveau de la CMU.	- La préparation quotidienne des états de remboursement et la digitalisation du processus pour faciliter le regroupement au niveau régional et la transmission au niveau de la CMU. - La systématisation de l'inscription à l'État civil en collaboration avec tous les secteurs concernés pour l'informatisation de	- L'amélioration du délai de paiement des factures.

		l'enregistrement des naissances qui permettra un meilleur ciblage.	
Gratuité de la césarienne	- La dynamisation de la continuité des ressources financières au niveau de chaque structure.	- La quête d'autres sources de financements par des partenaires internes selon les régions et les besoins (en suscitant l'intérêt des bailleurs nationaux).	- Le renforcement des capacités financières durablement.
	- La gestion améliorée du dispositif de la gratuité de la césarienne.	- La formation et la sensibilisation sur le dispositif et son utilisation	- Une meilleure capacitation du personnel responsable de la prise en charge des bénéficiaires
	- La promotion et la vulgarisation du dispositif de la gratuité de la césarienne	- Le développement de stratégies de communication à l'échelle nationale à toutes les couches et catégories de la population	- Une meilleure connaissance par le public cible du dispositif de la gratuité de la césarienne
Gratuité de la dialyse	- L'augmentation du nombre de personnes prises en charge par l'État.	- L'implantation de nouveaux centres d'hémodialyse à l'intérieur du pays	- Une réduction considérable du nombre de patients sur la liste d'attente. (non encore bénéficiaires)
	- Le développement du mécanisme de la prise en charge	- La modernisation et la redynamisation des structures de prise en charge	- Le renforcement de la qualité des services
	- L'amélioration du dispositif de prise en charge	- La formation et la sensibilisation des acteurs	- Une meilleure connaissance et pratique de la prise en charge
LOGEMENT ET ASSAINISSEMENT			
Programme 100 000 logements	- La mise en place de taux d'intérêt attractif afin de faciliter l'inclusion des couches	- Le partage du coût entre l'État et les banques : - pour les couches	- L'augmentation du niveau d'investissement dans l'immobilier - L'accès plus accru à un

	<p>les plus vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'adaptation d'un système de sécurisation des terres pour les couches vulnérables - L'adaptation de l'offre de services aux réalités socioculturelles et démographiques - L'investissement massif de l'État et la collaboration avec les collectivités territoriales et les banques - La mise en place d'un système de suivi-évaluation pour éviter les doublons et formaliser les transactions - L'utilisation de technologies durables (approche écologique) - La priorisation des populations résidant dans des zones inondables et les familles sinistrées non recasées dans les programmes. 	<p>vulnérables, un seuil et une échéance plus longue au bout de laquelle le logement leur appartient</p>	<p>logement pour les couches vulnérables</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le respect de l'environnement - Le garanti de l'efficience
--	---	--	--

EMPLOI ET TRAVAIL

Caisse de Sécurité Sociale	- L'extension de la couverture	- La participation du secteur informel dans le système de sécurité sociale	- L'augmentation du nombre de bénéficiaires
	- La prise en charge des soins médicaux pour toute la population active (travailleurs	- L'instauration d'une politique de prise en charge favorable à tous	- Le renforcement de la qualité des services proposés.

	indépendants et les travailleurs temporaires)		
Institut de Prévoyance Maladie	- La digitalisation du système des IPM.	- L'implantation d'une architecture virtuelle d'enrôlement, de contrôle et de suivi	- L'amélioration de l'efficacité du dispositif.
Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal	- La redynamisation du système	- La modernisation et l'adaptation le dispositif de contrôle, de suivi et des prestations	-L'amélioration de la qualité des services.

7. BIBLIOGRAPHIE

ANO

Bureau international du Travail. (2017). Rapport mondial sur la protection sociale 2017-2019 : protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable Genève. ISBN 978-92-2-230896-5 (Web pdf) [En ligne] https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_624892.pdf consulté le 30 novembre 2021.

Cecchini, S., Gilbert, R., & Morales, B. (2018). Renforcer la protection sociale: L'expérience de l'Amérique latine et des Caraïbes. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). [En ligne] https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/43896/S1800328_fr.pdf consulté le 30 novembre 2021.

Cubillos Celis, P. (2017). *L'État social au Chili sous le prisme des politiques de l'enfance : continuités et inflexions 1973-2013* (Doctoral dissertation, Université Sorbonne Paris Cité).

Dupont, V. (2017). Un défi majeur des villes indiennes : l'accès à un logement convenable. *Bulletin de l'association de géographes français. Géographies*, 94(94-1), 23-39.

Froissart, C. (2003). Les aléas du droit à l'éducation en Chine. *Perspectives chinoises* [En ligne] <http://journals.openedition.org/perspectiveschinoises/10677> consulté le 06 décembre 2021.

Grosh, M., Del Ninno, C., Tesliuc, E., & Ouerghi, A. (2008). *For protection and promotion: The design and implementation of effective safety nets*. World Bank Publications.

IFAD (2021). Trois techniques pour collecter l'eau dans le sertão brésilien. Mis en ligne le 19 juillet 2021. [En ligne] <https://www.ifad.org/fr/web/latest/-/water-harvesting-sertao> consulté le 8 décembre 2021.

Mendizábal Bermúdez, G. (2019). Mexique. *Revue de droit comparé du travail et de la sécurité sociale* (3) :168-171. [En ligne] <http://journals.openedition.org/rdctss/1511> consulté le 07 décembre 2021.

Mesa-Lago, C. (2008). La protection sociale au Chili: des réformes pour plus de justice. *Revue internationale du Travail*, 147(4), 411-438.

Moles, O., & Varnai, B. (2018). *Problématiques d'habitat des quartiers précaires en milieu urbain Etude réalisée pour la Fondation Abbé Pierre ; Document de travail* (Doctoral dissertation). [En ligne] <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01874089/document> consulté le 06 décembre 2021.

Navarro, O. (2011). « Les enjeux socio-environnementaux du développement durable en Amérique du Sud. Considérations à partir du cas colombien », *Développement durable et territoires*. Vol. 2, n° 3. [En ligne] <http://journals.openedition.org/developpementdurable/9045> consulté le 06 décembre 2021.

Nogueira, D. (2010). Femmes et eau dans le Sertão. Le programme « Un million de citernes. *Cahiers des Amériques latines*. (63-64) : pp. 63-79. [En ligne] <http://journals.openedition.org/cal/790> consulté le 06 décembre 2021.

Organisation internationale du Travail (OIT). (2020). L'OIT salue l'engagement des brics sur l'emploi, la protection sociale et le dialogue social. Communiqué de presse du 9 octobre 2020. [En ligne] https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_757942/lang--fr/index.htm consulté le 30 novembre 2021.

Organisation internationale du Travail (OIT). (2012). Un guide pratique pour les organisations d'employeurs. OIT Turin. ACT/EMP 59 [En ligne] https://www.ilo.org/public/french/dialogue/actemp/downloads/projects/tackling_je_guide_fr.pdf consulté le 7 décembre 2021.

Paquette, C. (2017). Des villes durables dans les Suds : une utopie ? Réflexions à partir de l'Amérique latine. In : Caron P. (ed.), Châtaigner Jean-Marc (ed.). *Un défi pour la planète : les Objectifs de développement durable en débat*. Marseille : IRD, p. 151-160. ISBN 978-2-7099-2412-2.

Ramos Iduñate, G. (2013). Génération d'incertitudes : jeunes, école et insertion professionnelle au Mexique. *Nuevo Mundo Mundos Nuevos*. [En ligne], Colloques, mis en ligne le 10 juin 2013, consulté le 07 décembre 2021. URL : <http://journals.openedition.org/nuevomundo/65585>

Rossel, C., Rico, M. N., et Filgueira, F. (2018). La petite enfance et l'enfance. *Renforcer la protection sociale: L'expérience de l'Amérique latine et des Caraïbes*. Santiago: CEPALC, 2018. p. 123-152.

Social Protection. (n.d.). Jóvenes construyendo el futuro (Youth building the future). [En ligne] <https://socialprotection.org/discover/programmes/%C3%B3venes-construyendo-el-futuro-youth-building-future> consulté le 07 décembre 2021.

United Nations ECLAC. (n.d.). Non-contributory Social Protection Programmes Database Latin America and the Caribbean – Argentina. [En ligne] <https://dds.cepal.org/bpsnc/programme?id=89> consulté le 07 décembre 2021.

AFRIQUE

● BOTSWANA

- https://socialprotection.org/search?search_api_views_fulltext=botswana&type_1=All&all_results=1&f%5B0%5D=social_protection_programmes%3A1170.
- <https://www.cairn.info/revue-regards-2018-2-page-189.htm>.
- https://www.unicef-irc.org/research/ESP/OA1_files/Botswana.pdf.
- <https://www.gov.bw/grants/youth-development-fund>.
- <http://miisbotswana.com/limid/>.
- <https://www.gov.bw/sites/default/files/202003/YDF%20GUIDELINES%204%20JULY%202017.pdf>.
- <https://www.thenewhumanitarian.org/ar/node/238549>.

● CAP-VERT

- Régime de sécurité sociale : CLEISS. (2019).
- Le régime cap-verdien de sécurité sociale, accessible à l'aide de <https://www.cleiss.fr/actu/index.html>, consulté le 21/01/2021.

- Pensions universelles pour les personnes âgées : International Labour Office. (2015). Universal pensions for older persons, accessible à l'aide de <https://social.protection.org/fr/discover/publications/cabo-verde-universal-pensions-older-persons> consulté le 04/02/2021.

● GHANA

- -Ghana School Feeding Programme : Edited by Lesley Drake Alice Woolnough Imperial College London, UK Carmen Burbano World Food Programme, Italy Donald Bundy World Bank Group, USA, accessible à l'aide de <https://www.wfp.org/publications/school-feeding-ghana-investment-case-cost-benefit-analysis-report>, consulté le 10/02/2021.
- -NHIS (régime national d'assurance maladie) : NHIS. (2018). La Protection Financière et L'Accès Amélioré aux Soins de Santé, accessible à l'aide de <https://fr.slideshare.net/HFGProject/un-aperu-du-rgime-national-dassurance-maladie-du-ghana>, consulté le 18/01/2021.
- -Free Maternal and Child health Care : Sam Adjei et AL. (2009). Free Maternal and Child health Care Ghana, accessible à l'aide <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v2i0.1881>, consulté le 11/02/2021.
- -John Azaare. (2020). Impact de la politique de soins de santé maternelle gratuits sur l'utilisation des soins de santé maternelle et la mortalité périnatale au Ghana, accessible à l'aide de <https://reproductive-health.journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-020-01011-9>, consulté le 11/02/2021.
- -Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP) : Djaba Otiko Afisah. (2018). Programme LEAP, guide quotidien p15, chanaweb, <https://library.fes.de/pdf-files/bueros/ghana/10497.pdf>

● ÎLE MAURICE

- -Ministry of Social Security, National Solidarity and Environment and Sustainable Development (Social Security and National Solidarity Division) (2016-2017). Annuaire report performance fiscal year. Mauritius.
- Premier et deuxième Rapport sur la mise en œuvre de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant. République de Maurice.
- Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities Initial report submitted by States parties under Article 35 of the Covenant. Republic of Mauritius.
- Government of Mauritius, Mauritius Employers Federation, Confederation of Trade Unions and International Labor Office (2012). Decent Work Country Program 2012 – 2014.
- The Training and employment of disabled persons act 1996. Addressing the issue of elderly abuse in an ageing population: the case of Mauritius.
- Ministry of Social Security, National Solidarity and Reform Institutions (2016). Customer Charter. Mauritius.
- Edward Dommen, B. ÎLE MAURICE : Explication de son succès 1960-1993.
- Center for Applied Social research (2015). Cause & consequence of suicidal behavior among teenagers in Mauritius.

- <https://socialsecurity.govmu.org/Pages/Services/Elderly-protection-unit.aspx>, consulté le 24/01/2021
- <https://socialsecurity.govmu.org/Pages/Department/National-Pensions-Scheme.aspx>, consulté le 22/01/2021
- <http://enutri.com.my/category/uncategorized/>, consulté le 19/01/2021

● LESOTHO

- Boko, J. Raju, D. and Younger S.D. (01/2021). Welfare, Shocks, and Government, Spending on Social Protection Programs in Lesotho. DISCUSSION PAPER, (2102).
- Davis, B; Daidone, S et Dewbre, J ovarrubias, K. (2015). L'impact du programme de bourse pour l'enfance au Lesotho. International Policy Center for inclusive growth, (28) , P1.
- Education For All Fast Track Initiative Endorsement Report Lesotho.
- ROYAUME DU LESOTHO (2013-2017). DOCUMENT DE STRATEGIE PAYS.
- Tanga, P. T. The Impact of Old Age Pension on Households and Social Relationships in Lesotho. National University of Lesotho Department of Social Anthropology/Sociology, 184-2015
- Davis, B. Daidone, S. Dewbre, J. Cavarrubias, K. (2015). L'impact du programme de bourse pour l'enfance au Lesotho. International Policy Centre for Inclusive Growth. 1(281).
- Ministry of Social Development (2014). Policy options for the Lesotho Child Grants Programme. Kingdom of Lesotho.
- Government of the Kingdom of Lesotho (). National Social Protection Strategy.
- Standard Project Report (2015). World Food Programme in Lesotho, Kingdom of (LS) School Meals Programme. World Food Programme.
- Département du développement Humain (2006). Projet d'amélioration de l'éducation de base (Education II). Royaume du Lesotho.
- Kardan, A. Sindou, E. Pellerano, L. (2014) Lesotho Child Grants Programme : The historic and future costs of the CGP and its affordability.
- Employers guide to work to workmen's compensation act 1977.
- <https://centrodeexcelencia.org.br/en/lesoto-comeca-reestruturacao-da-alimentacao-escolar/>.

● MAROC

- Boukaich, Khalid. (2017). Indemnité pour perte d'emploi dans la législation sociale marocaine. Lex Social, 7(1), 273-286.
- AMO (2014). Rapport Annuel Global de l'Assurance Maladie Obligatoire au titre de l'année 2013.
- Ministère de l'Education Nationale et de la Formation Professionnelle (Juin 2014). Evaluation du programme Tayssir : Transferts Monétaires Conditionnels. Rabat: Royaume du Maroc.
- Vision Intégrée de la Protection Sociale au Maroc.
- Mapping de la Protection Sociale au Maroc.
- Projet de Développement Maroc 200494.
- Zine Eddine El Idrissi, Z. E (2003). La couverture médicale au Maroc. Critique économique (10), 31-66.

- Observatoire National du Développement Humain (2020). Étude de l'impact de l'appui social sur la scolarisation en milieu rural 2018. Gouvernement du Maroc.
- Direction de la Statistique (2016). La femme du Maroc en chiffres : tendance d'évolution des caractéristiques et socioprofessionnelles. Haut-Commissariat au Plan, Royaume du Maroc.
- Directions des Etudes, Communication et Développement (2020). Analyse descriptive des dépenses de prestations du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire. Caisse Nationale de Sécurité Sociale.
- UNICEF (2015). Maroc rapport National sur les enfants non scolarisés.
- Jaidi, L. (2020). Le ciblage des pauvres et des vulnérables au Maroc : quelles leçons pour l'après Covid-19. Policy Center for New South.
- Programme d'appui à l'amélioration de la protection sociale (PAAPS) PAYS : MAROC.
- <http://www.ansamble-maroc.com/restauration-scolaire/>
- <https://www.infomediaire.net/internats-et-cantines-scolaires-le-maroc-augmente-les-allocations-journalieres/>.
- https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html#allocations-familiales
- https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html#:~:text=Le%20r%C3%Aame%20marocain%20de%20protection,il%20sert%20des%20prestations%20familiales.
- <https://www.entraide.ma/fr/>.
- <https://ledesk.ma/encontinu/le-programme-daide-directe-aux-veuves-en-situation-de-precarite-et-avec-enfants-bientot-evalue/>.

● NAMIBIE

- Klaus, s. La, J and Pick, A. (2019). FINANCING SOCIAL PROTECTION IN NAMIBIA. OECD Development Policy Papers, (19).
- Ministry of Health and Social Services (2017). NAMIBIA 2014/15 HEALTH ACCOUNTS REPORT. Windhoek : Gouvernement of Namibia.
- World Bank Group SABER Country Report 2015.
- HEALTH FINANCING PROFILE Namibia 2016.
- Report to the Government (2014).Namibia Social Protection Floor Assessment Report. Pretoria, Namibia.
- Banque Africaine de Développement (2014). Namibie Document de Stratégie 2014-2018
- Child welfare grants in Namibia.
- Devereux, S. (2001). Social pensions in Namibia and South Africa. IDS Discussion paper (379).
- Ministry of Regional and Local Government, Housing and Rural Development (2009) Namibia National Housing Policy.
- Universal Social Protection: The Basic Social Grant for all older persons in Namibia.
- MINISTRY OF FINANCE CUSTOMER SERVICE CHARTER: PUBLIC SERVICE MEDICAL AID SCHEME.
- UNICEF (2017/2018) Children and the Namibian Budget: Social Assistance and welfare.
- <https://mof.gov.na/medical-aid>.

● RWANDA

- Caisse Sociale du Rwanda (CSR) :
- KAMWENUBUSA Théodore et AL. (2011). Étude comparative des systèmes de protection sociale au Rwanda et au Burundi, accessible à l'aide de <https://www.issuelab.org/resources/19849/19849.pdf>, consulté le 21/01/2021
- Couverture Maladie Universel (CMU) :
- <http://www.rama.gov.rw/spip.php>
- Education de base :
- Theophile Ruberangayo et AL. (2015). Protection sociale : un processus continu, accessible à l'aide file:///C:/Users/NEW%20TECH/Desktop/LARTES/Protection-Sociale/PS-RW/PS%20Rwanda.pdf, consulté le 13/01/2021
- Kamuzinzi Masengesho. (2012). L'évolution du système éducatif rwandais à travers un siècle de réformes, p. 25-31, accessible à l'aide <https://doi.org/10.4000/ries.2251>
- Accès aux Logements :
- Theophile Ruberangayo et AL. (2015). Protection sociale: un processus continu, accessible à l'aide file:///C:/Users/NEW%20TECH/Desktop/LARTES/Protection-Sociale/PS-RW/PS%20Rwanda.pdf, consulté le 13/01/2021
- Pensions aux personnes âgées :
- <http://www.csr.gov.rw/spip.php>

AMERIQUE LATINE

● ARGENTINE

- Commission des Affaires sociales du Sénat français (2007), Le système de protection sociale en Argentine : reconstruire après la crise. Buenos Aires, Argentine. Gouvernement de l'Argentine.
- Employment Plan 2014 Argentina, Commonwealth of Australia, 2014.
- Ferrari, C. et J. Campana (2009), Plan Argentine Trabaja. Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes. Gouvernement de l'Argentine.
- Jonathan Marie (2001), Quelle trajectoire macroéconomique adoptée par l'Argentine depuis la crise de 2001 ? Enjeux et limites de la stratégie actuelle, Volume 87, Numéro 1, Mars 2011, p. 85-113
- Ministère de la production et du travail (2009), Programme d'emploi indépendant. Ministère du travail, de l'emploi et de la sécurité sociale. Gouvernement de l'Argentine.
- Poblete Lorena, (2014). « Vers la protection du travail informel. Le régime du « mono tribut » en Argentine 1998-2013 », Revue française des affaires sociales, n ° 3, p. 120-136.

ASIE

● CHINE

- https://www.researchgate.net/publication/320916522_Health_financing_and_integration_of_urban_and_rural_residents'_basic_medical_insurance_systems_in_China

- <https://www.oecd.org/china/Education-in-China-a-snapshot.pdf>
- <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMTendanceStatPays?codeTheme=1&codeStat=SP.POP.0014.TO.ZS&codePays=CHN&optionsPeriodes=Aucune&codeTheme2=1&codeStat2=x&codePays2=CHN&optionsDetPeriodes=avecNomP>
- https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.RUR.TOTL.ZS?locations=ZA-CN&name_desc=true
- https://www.persee.fr/doc/perch_1021-9013_2007_num_100_3_3557
- <https://asialyst.com/fr/2016/08/11/chine-le-systeme-de-sante-en-pleine-reforme/>
- https://www.unicef.org/french/infobycountry/china_statistics.html
- https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_chine.html

● INDE

- Breikreuz, Rhonda et coll. (2017). Le régime national de garantie de l'emploi rural du Mahatma Gandhi : une solution politique à la pauvreté rurale en Inde ? *Examen de la politique de développement*, 35 (3): 397-417.
- Conseil national de la recherche appliquée. (2015). Étude d'évaluation du système de distribution public ciblé dans certains États. Ministère indien de la consommation, de l'alimentation et de la distribution publique. Consulté le 30 janvier 2021 sur <http://dfpd.nic.in/writereaddata/images/TPDS-140316.pdf>.
- Jain, Abhishek et Aditya Ramji. (2016). Réformer les subventions au kérosène en Inde: vers de meilleures alternatives. Winnipeg. *Institut international du développement durable*. Consulté le 30 janvier sur <https://www.iisd.org/sites/default/files/publications/reforming-kerosene-subsidies-india.pdf>.
- MS Swaminathan Research Foundation of India. (2011). The school feeding programme in India: a country profile case study. London, Partnership for child development.
- Ministère indien du développement des ressources humaines. À propos du programme de repas de midi. Consulté le 23 janvier 2021 sur <http://mdm.nic.in/aboutus.html>.
- MoHFW. (2017). Santé maternelle et adolescente. Consulté le 24 janvier 2021 sur <https://mohfw.gov.in/sites/default/files/3201617.pdf>.
- Milon P. (2017). Un logement pour tous : des avantages socio-économiques pour l'Inde. Consulté le 22 janvier 2021 sur <https://investors-corner.bnpparibas-am.com/fr/investissement/un-logement-pour-tous-des-avantages-socio-economiques-pour-linde/>.
- OIT. (2011). le socle de la protection sociale en Inde. Consulté le 21 janvier 2021 sur www.usp2030.org.
- SCHEME FOR PROVIDING EDUCATION IN MADRASAS/MINORITIES (SPEMM) consulté le 8 février 2021 sur https://www.education.gov.in/hi/sites/upload_files/mhrd/files/upload_document/spemm_guidelines.pdf.

● BRESIL

- https://fr.wikipedia.org/wiki/Bolsa_Fam%C3%ADlia

- <http://ceriscope.sciences-po.fr/pauvrete/content/part4/bolsa-familia-une-nouvelle-generation-de-programmes-sociaux-au-bresil?page=3>
- http://www.ipcig.org/pub/fra/PRB57FR_Le_programme_Bolsa_Familia_et_L_autonomie_des_femmes.pdf
- <https://dds.cepal.org/bpsnc/ilp>

● CHILI

- http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2020/11/OT_para-la-coordinacion-SPI-ChCC_y-SENAME.pdf
- http://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/10/ChCC_MEMORIA.pdf
- <https://www.indexmundi.com/g/g.aspx?c=ci&v=29&l=es>
- <http://www.crececontigo.gob.cl/noticias/porcentaje-de-ninos-ninas-y-adolescentes-en-situacion-de-pobreza-por-ingreso-se-ha-reducido-en-205-puntos-porcentuales-desde-2006/>
- <http://www.fao.org/3/ca4444es/CA4444ES.pdf>
- <https://plataformacelac.org/programa/296>
- <https://www.mineduc.cl/se-inicia-entrega-de-1-millon-600-mil-canastas-de-alimentacion-escolar/>
- <http://anfitrion.cl/GobiernoTransparente/junaeb/2020/otros/2517-2020.pdf>
- <https://www.gob.cl/noticias/lanzamiento-programa-mujeres-jefas-de-hogar-2021-capacitara-20000-mujeres-de-todo-chile/>
- <https://www.chileatiende.gob.cl/fichas/33112-subsidio-familiar-suf#:~:text=Tambi%C3%A9n%20conocido%20como%20Subsidio%20%C3%9Anico,de%20%2413.401%20por%20carga%20familiar.>

8. ANNEXES

ANNEXE 1 : LES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE PAR THEMATIQUE

AFRIQUE

LOGEMENT & ASSAINISSEMENT

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
BOTSWANA	Self Help Housing Agency (SHHA) / Aide au logement
ILE-MAURICE	Full Concrete Housing Unit Scheme/Programme d'unités de logement en béton intégral
NAMIBIE	Provision of housing and shelter

RWANDA	Accès au logement
---------------	-------------------

EDUCATION & ENFANCE

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
BOTSWANA	Programme d'éducation de base pour adultes (ABEP)
CAP-VERT	Régime de sécurité sociale
ILE-MAURICE	Centre d'Education et de Développement pour les Enfants Mauriciens
LESOTHO	Lesotho Child Grants Programme (CGP)/Programme de subventions aux enfants du Lesotho
MAROC	Tayssir
NAMIBIE	Child grants: Maintenance, Special Maintenance, Foster care grant, Place of safety
RWANDA	Education de base

EMPLOI & TRAVAIL

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
BOTSWANA	Universal old age pension / Pension de vieillesse universelle
ILE-MAURICE	Basic Retirement Pension (Pension de Retraite de Base)
LESOTHO	Workmen's compensation fund/Caisse d'indemnisation des accidents du travail
MAROC	Indemnité pour perte d'emploi
RWANDA	Caisse Sociale du Rwanda (CSR)

FEMMES & FILLES

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
BOTSWANA	Programme de prévention de la transmission mère-enfant du VIH
ILE-MAURICE	Basic Widow's Pension (Pension de base pour les veuves)
MAROC	Aide Direct aux veuves en situation de précarité avec enfant en charge.
GHANA	Free Marternal and Child health Care

PERSONNES VULNÉRABLES

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
CAP-VERT	Pensions universelles pour les personnes âgées
GHANA	Livelihood Empowerment Against Poverty (LEAP)
ILE-MAURICE	Disabilty Unit (Unité des personnes handicapées)
LESOTHO	Social pensions (Old Age Pensions) / (Pensions de vieillesse)
MAROC	L'entraide Nationale
NAMIBIE	The old age grant / Allocation vieillesse
RWANDA	Pensions aux personnes âgées

RESTAURATION SCOLAIRE

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
GHANA	Ghana School Feeding Programme (GSFP)
LESOTHO	School feeding/Alimentation scolaire (primaire ou secondaire)
MAROC	Cantine Scolaire
NAMIBIE	School feeding programme/Programme

	d'alimentation scolaire
--	-------------------------

SANTE

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
BOTSWANA	Programme MASA-Soins avancés du VIH/SIDA
GHANA	NHIS (régime national d'assurance maladie)
ILE-MAURICE	Basic Invalidity Pension and Carer's Allowance (Allocation de soins pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité de base)
MAROC	Assurance médicale de base AMO- Assurance Maladie Obligatoire
NAMIBIE	Public Service Employee Medical Aid Scheme (PSEMAS)/Régime d'assistance médicale pour les employés de la fonction publique
RWANDA	Couverture santé universel

AMÉRIQUE LATINE

LOGEMENT & ASSAINISSEMENT

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
BRESIL	Programme Citernes (Programa Cisternas / Citerns for Human consumption / Citerns in school / Citerns for agricultural)
MEXIQUE	Mejora de vivienda y vivienda en conjunto (Amélioration de l'habitat et logement)

EDUCATION & ENFANCE

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
-----------------	----------------------

BRESIL	Bolsa Familia (Bourse Familiale)
CHILI	Chile Crece Contigo (LE CHILI GRANDIT AVEC TOI)
MEXIQUE	Mi beca para empezar (Ma bourse pour commencer)

EMPLOI & TRAVAIL

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
ARGENTINE	PROEMPLEAR
ARGENTINE	Programa de Formación Continua (Programme de formation continue)
ARGENTINE	Vers la protection du travail informel. Le régime du « monotribut » en Argentine
BRESIL	Programa Progredir: Je veux un emploi, Je veux me qualifier, Je veux entreprendre
CHILI	Más Capaz (Plus Capable)
MEXIQUE	Jovenes construyendo el futuro / Les jeunes construisent leur avenir

FEMMES & FILLES

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
CHILI	Mujeres Jefas de Hogar (Femmes chef de famille)
MEXIQUE	Red de mujeres (réseau de femmes)

PERSONNES VULNERABLES

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
ARGENTINE	Plan Argentine Trabaja
BRESIL	Prestation de bien-être continu (BPC)
MEXIQUE	Prospera

RESTAURATION SCOLAIRE

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
CHILI	Programa de Alimentación Escolar (PAE)
MEXIQUE	Programa Alimentos Escolares (Programme de repas scolaires)

SANTE

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
ARGENTINE	Le système de protection sociale en Argentine : reconstruire après la crise
BRESIL	Bolsa Familia (Bourse Familiale)
CHILI	Subsidio Único Familiar
MEXIQUE	Salud en tu casa

ASIE

LOGEMENT & ASSAINISSEMENT

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
CHINE	Programme de logements garantis “baozhang xing zhufang”
INDE	Pradhan Mantri Awas Yojana (PMAY) ou Un logement pour tous

EDUCATION & ENFANCE

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
CHINE	Subventions pour les enfants d'âge préscolaire
INDE	PROGRAMME- cadre pour l'éducation des madrassa et des minorités ou - SCHEME FOR EDUCATION OF MADRASAS AND MINORITÉS SPEMM

EMPLOI & TRAVAIL

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
CHINE	Régime d'assurance médicale pour les résidents urbains non-salariés (sans activité professionnelle) / URBMI (Urban Resident Basic Medical Insurance)
INDE	Programme d'emploi garanti MG-NREGA

FEMMES & FILLES

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
CHINE	Assurance maternité
INDE	Programme de protection maternelle (JSY Janani Shurakasha Yogana)

PERSONNES VULNERABLES

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
CHINE	Le programme de garantie du niveau de vie minimum (Dibao)
INDE	Programme de subvention alimentaire, au carburant et à d'électricité TPDS

RESTAURATION SCOLAIRE

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
CHINE	"Nutrition Improvement Program for Rural Compulsory Education Students (NIPRCS)" ou Programme d'amélioration de la nutrition pour les élèves de l'enseignement obligatoire en milieu rural
INDE	Programme d'alimentation scolaire Mid Day Meal Scheme (MDMS) ou repas de midi

SANTE

NOM PAYS	NOM PROGRAMME
-----------------	----------------------

CHINE	New Rural Cooperative Medical Scheme
INDE	Programme national d'assurance maladie (Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY))

ANNEXE 2 : LES FICHES DES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE DANS LES PAYS DU SUD PAR THEMATIQUE ET PAR PROGRAMME

EDUCATION & ENFANCE

N°1 : PROGRAMME D'EDUCATION DE BASE POUR ADULTES (ABEP) – AFRIQUE / BOTSWANA

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'ABEP (Adult Basic Education Programme), plus connu sous le nom de Thuto Ga E Golelwe qui signifie « Il n'est jamais trop tard pour apprendre », est un programme d'éducation et de formation global. Il est destiné aux groupes non scolarisés. Ce programme a été lancé en début de 2010 par le Département de l'Education et de la Formation non formelle. Il cible principalement les jeunes et les adultes non scolarisés qui ne sont jamais allés à l'école ou ont abandonné avant d'achever le niveau primaire. Les minorités ethniques et les personnes qui ont besoin d'un apprentissage adapté ainsi que les communautés rurales défavorisées et souvent marginalisées sont fortement ciblées car elles représentent 50% de la population du Botswana avec les taux de pauvreté, de chômage et d'illettrisme les plus élevés du pays. En effet, la divergence entre les taux d'illettrisme dans les zones rurales et dans les zones urbaines apparaît clairement avec respectivement 34.5% contre 14.6% en 2010. En outre, le programme d'enseignement est conçu dans le but de fournir aux bénéficiaires des outils d'apprentissage intégrés et complets afin de répondre à leurs besoins en termes de développement humain de base.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'accès universel à l'éducation de base, y compris l'alphabétisation des adultes, a été un élément clé et une priorité de l'agenda national du Botswana en matière de développement, d'autonomisation sociale et de droits des hommes depuis son indépendance en 1966. Depuis cette date, plusieurs politiques et programmes d'éducation ont été mis en place. L'ABEP est guidé par la politique générale du Botswana, Vision 2016, dans le cadre de laquelle la nation s'engage à travailler à l'éducation et l'information de sa population. Conformément à cette vision, ainsi qu'à d'autres engagements tels que les objectifs de l'éducation pour tous, ce programme vise à garantir à tous les jeunes en âge scolaire et à tous les adultes l'accès à une éducation de base afin de favoriser l'équité et la justice sociale.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les jeunes et les adultes non scolarisés.
COUVERTURE	Le nombre de participants à l'ABEP est de 38 660 en 2007.
PRESTATIONS OFFERTES	La formation offerte comprend trois niveaux de base équivalent à sept années d'éducation dans le système scolaire formel.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	L'État finance le programme par le biais du Ministère de l'éducation et du développement des compétences qui mobilise les fonds de déroulement.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le programme d'enseignement de l'ABEP est ouvert et ne prescrit pas de contenu spécifique pour les participants. Il fournit plutôt des critères et conseils généraux pour adapter l'enseignement aux besoins et aux aspirations des concernés. En effet, les compétences pratiques sont optionnelles et les participants peuvent les choisir en fonction de leurs préférences et de l'utilité de ces compétences pour leur propre situation. Cette ouverture et cette flexibilité permettent aux communautés de participer activement à ce programme. Cela permet également d'assurer l'efficacité des contenus de ce programme dans la vie quotidienne et de stimuler aussi la motivation des participants.</p> <p>Outre l'adaptation du programme aux circonstances, les communautés sont également responsables de concevoir un emploi du temps approprié qui permet aux apprenants d'aller en classe tout en continuant à assumer leurs responsabilités professionnelles.</p> <p>Le programme favorise fortement l'autonomisation sociale.</p> <p>La mise en place de l'ABEP a conduit à la création de tout un système interne de gestion de l'information (Education</p>

	Management Information System-EMIS) ainsi que la formation des facilitateurs et la mobilisation des potentiels apprenants.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Le gouvernement du Botswana.</p> <p>Le Ministère de l'éducation et du développement des compétences.</p> <p>Le département de l'éducation et de la formation non formelles (Department of Out of School Education and Training - DOSET).</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>Des écoles formelles ont partagé leurs salles de classe avec l'ABEP dont les ressources sont limitées.</p> <p>Le pan stratégique du DOSET prévoit l'ajout de nouveaux thèmes d'étude tels que les compétences commerciales et de gestion, la santé reproductive, l'artisanat et l'éducation civique. Cela incitera davantage d'apprenants à participer au programme.</p>

N°2: REGIME DE SECURITE SOCIALE – AFRIQUE / CAP-VERT

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le régime de protection sociale au Cap-Vert date de 1954 (soit avant l'indépendance) mais a connu une profonde réforme en 1991 qui a vu ses prestations élargies puis est devenu obligatoire en 2001. Il est géré par l'Institut National de la Protection Sociale (INPS) est offre diverses prestations (pension de vieillesse, prestations familiales, couverture maladie-maternité, ...) Pour pouvoir bénéficier d'indemnités journalières, les assurés doivent avoir cotisé à l'Institut National de la Protection Sociale durant au moins 4 mois dont 30 jours au cours des 3 derniers mois à un taux égal à 70 % de la rémunération moyenne perçue.

En 2020 le système couvre 238 965 bénéficiaires dont 41% sont des salariés, 3,2% de retraités privés, 2,9% de retraités du secteur public, 48,6% de bénéficiaire des prestations familiales et 4,3% du régime de convention.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Depuis 1954, il existait au Cap-Vert une caisse de prévoyance de salarié du commerce et de transport maritime offrant à ses adhérent une protection contre le risque de maladie et de décès, une pension de retraite, de prestations familiales et une indemnité de maternité. Après l'indépendance, il fut créé l'Institut des assurances et de la sécurité sociale avec des missions plus larges. Le système connut une mutation profonde pour une plus grande efficacité en 1991 avec la création du l'Institut National de la Protection Sociale (*Instituto nacional de previdência social - INPS*) relevant du Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale. En 2001, une loi définissant et structurant les bases du système cap-verdien de protection sociale a été votée. Le système repose ainsi d'un filet de sécurité, d'une protection sociale obligatoire et d'une protection sociale complémentaire (Loi 131/V/2001 du 22 janvier). Enfin, en 2004, le décret-loi n° 5/2004 a reformulé et systématisé les bases de l'application du système de protection sociale obligatoire des salariés avec deux axes majeurs et complémentaires : une protection sociale plus juste et plus équilibrée d'une part et la viabilité financière du système d'autre part.

Aujourd'hui au Cap-Vert, le régime de sécurité sociale offre deux grands types de prestations pour les travailleurs salariés : une couverture contre tous les risques y compris celui du chômage (depuis août 2017 avec l'entrée en vigueur de l'assurance chômage) ; et une offre de prestations familiales. Il convient de noter que le régime couvre également depuis octobre 2006 les travailleurs indépendants. L'Institut offre ses prestations à travers 20 antennes réparties dans toutes les régions du pays.

Il faut noter qu'au Cap-Vert, la couverture contre les accidents de travail relève des compagnies privées d'assurances sous le contrôle du Ministère de la Justice et du Travail.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	<p>Les travailleurs salariés, les indépendants, les titulaires de pension, les bénéficiaires de prestations de l'assurance sociale et les ayants-droit d'un assuré.</p> <p>Le conjoint à charge, les enfants de moins de 18 ans, les enfants bénéficiant de prestations familiales (25 ans en cas de poursuite d'études ou sans limite d'âge en cas d'invalidité), les parents et les grands-parents à charge.</p>																														
COUVERTURE	Nationale																														
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Les prestations familiales, les pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivant, la couverture maladie-maternité et les indemnités journalières de maladie, de maternité et de chômage.</p> <p>Les prestations des santés couvrent :</p> <ul style="list-style-type: none"> Les soins généralistes et de spécialistes Les frais de chirurgie et d'hospitalisations Les analyses de laboratoire Les consultations médicales à domicile Les médicaments et les soins dentaires <p>La participation du patient aux frais médicaux dépend de son statut :</p> <p>Pour le travailleur et ses ayants droit, la prise en charge varie de 85% à 50% en fonction des soins.</p> <p>Pour le titulaire de pension et ses ayants droit, la prise en charge varie de 95% à 55% en fonction des soins.</p> <p>NB : Les travailleurs indépendants sont couverts contre tous les risques à l'exception de celui du chômage et ne bénéficient pas des droits aux prestations familiales.</p>																														
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Cotisations au 1er janvier 2019</p> <table border="1" data-bbox="580 1341 1361 2036"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Risques</th> <th colspan="2">Travailleurs salariés</th> <th rowspan="2">Travailleurs non-salariés</th> </tr> <tr> <th>Salarié</th> <th>Employeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Vieillesse, invalidité, survivants</td> <td>3 %</td> <td>7 %</td> <td>10%</td> </tr> <tr> <td>Maladie maternité</td> <td>4 %</td> <td>4 %</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail</td> <td>-</td> <td>2 %*</td> <td>6%**</td> </tr> <tr> <td>Prestations familiales</td> <td>-</td> <td>3 %</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>Chômage</td> <td>0,5 %</td> <td>2,5 %</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 %</td> <td>1 % pour les petites</td> <td>1,5%</td> </tr> </tbody> </table>	Risques	Travailleurs salariés		Travailleurs non-salariés	Salarié	Employeur	Vieillesse, invalidité, survivants	3 %	7 %	10%	Maladie maternité	4 %	4 %	8%	Accidents du travail	-	2 %*	6%**	Prestations familiales	-	3 %	-	Chômage	0,5 %	2,5 %	-		1 %	1 % pour les petites	1,5%
Risques	Travailleurs salariés		Travailleurs non-salariés																												
	Salarié	Employeur																													
Vieillesse, invalidité, survivants	3 %	7 %	10%																												
Maladie maternité	4 %	4 %	8%																												
Accidents du travail	-	2 %*	6%**																												
Prestations familiales	-	3 %	-																												
Chômage	0,5 %	2,5 %	-																												
	1 %	1 % pour les petites	1,5%																												

	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="579 192 810 365">Participation aux frais de gestion</td> <td data-bbox="810 192 946 365"></td> <td data-bbox="946 192 1145 365">sociétés, 2,8 % pour les grandes entreprises</td> <td data-bbox="1145 192 1361 365"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="579 365 810 461">TOTAL</td> <td data-bbox="810 365 946 461">8,5 %</td> <td data-bbox="946 365 1145 461">19,5 ou 21,3 %</td> <td data-bbox="1145 365 1361 461"></td> </tr> </table>	Participation aux frais de gestion		sociétés, 2,8 % pour les grandes entreprises		TOTAL	8,5 %	19,5 ou 21,3 %	
Participation aux frais de gestion		sociétés, 2,8 % pour les grandes entreprises							
TOTAL	8,5 %	19,5 ou 21,3 %							
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>*Le taux de cotisations s'applique sur une rémunération journalière plafonnée à 300 escudos **L'assurance accident du travail couvre les travailleurs indépendants du secteur agricole, des coopératives, les stagiaires, les bénévoles. Les chefs d'entreprise, propriétaires et actionnaires en sont exclus. Le taux de cotisations s'applique sur une rémunération journalière plafonnée à 300 CVE.</p> <p>Une offre de prestations très importante ; Un bon niveau de couverture (y compris le chômage) ; Une prise en compte des travailleurs non-salariés ; Une concrétion d'un pourcentage spécifique dans les cotisations destinées aux frais de gestion. Le caractère obligatoire. Le programme repose sur un maillage très serré des points de prestation à l'échelle nationale. Il existe une intersectorialité dans la gestion du système de protection sociale faisant intervenir 3 ministères (Santé, Éducation et Justice).</p>								
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Gouvernement</p>								
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Le système protection obligatoire garantit aux assurés, aux retraités et aux membres de leur famille, avec un droit actif, une assistance médicale et hospitalière, des soins stomatologies, des soins de physiothérapie, l'achat de lunettes, de prothèses et de dispositifs orthopédiques et de médicamentsLe système couvre les soins de santé et les indemnités journalières.</p> <p>Le paiement pour la cotisation mensuelle du salarié est fixé à 24,5% réparti en : 16% sont payés par les employeurs et 8,5% est la cotisation payée par les travailleurs et 19,5% pour la cotisation mensuelle les travailleurs indépendants.</p> <p>La demande l'allocation maternité doit être effectuée via le service client de l'Institut National de la Protection Sociale (INPS). En cas de mort naissance ou d'interruption de grossesse, l'allocation est octroyée pour le nombre de jours prescrit par les services médicaux, et ne peut excéder le nombre de jours fixé pour le congé de maternité, le document a fourni est la déclaration ou certificat médical indiquant la date d'accouchement ou d'interruption de grossesse et le nombre de</p>								

jours de congé médical. En 2018, le salaire mensuel minimum dans le secteur privé est de 13 000 CVE. La durée de travail par semaine correspond à 44 heures.

N°3: CENTRE D'EDUCATION ET DE DEVELOPPEMENT POUR LES ENFANTS MAURICIENS – AFRIQUE / ILE-MAURICE

PRESENTATION DU PROGRAMME

La mission du CEDEM est d'offrir un cadre de vie inclusif aux enfants indépendamment de leur classe sociale et croyance en

Réhabilitant les enfants en détresse et les plus vulnérables,

Soutenant les familles en difficulté et promouvant leur rôle primordial dans l'éducation des enfants,

Offrant aux enfants des quartiers les plus défavorisés de l'île des possibilités de loisirs.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'Ile Maurice est un pays avec 18 % de jeunes de moins de 14 ans en 2018 et 17,5% en 2019. Le CEDEM est fondé dans l'optique de subvenir aux besoins de cette catégorie. Il a été fondé en 1984 et, est aujourd'hui une des principales organisations non gouvernementales à Maurice dans le domaine de la protection et du respect des droits de l'enfant. Pendant plus de 35 ans, le CEDEM a mis en place de nombreux projets visant à améliorer la vie des enfants mauriciens en particulier les enfants vulnérables et issus de famille modeste.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Enfants handicapés à bas âge, enfants vulnérables et enfants en détresse.
COUVERTURE	Nombre de bénéficiaires : 500 parents et enfants (âgés de 3 à 20 ans).
PRESTATIONS OFFERTES	Un Service d'éducation destiné aux enfants handicapés en bas âge Des écoles spécialisées Un service conseil famille Une unité d'animation Une unité de publication de contes pour enfants Un projet de développement communautaire dans des quartiers défavorisés Des programmes de formation à l'intention des parents de

	<p>groupes vulnérables</p> <p>Des éducateurs et des travailleurs sociaux</p> <p>Deux maisons d'enfants en détresses</p> <p>Une unité thérapeutique pour enfants en difficultés.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Dons individuels,</p> <p>Bailleurs de fonds,</p> <p>Ministère de la Femme,</p> <p>Ministère de l'Éducation,</p> <p>National Social Inclusion Fondation.</p> <p>Budget : 1 032 341,50 Euro (50 millions Roupis mauricien)</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Éducation spécialisée de qualité : le CEDEM a mis en place un système de formation de trois catégories : une formation pour les jeunes, une formation pour les salariés et les parents ainsi qu'une formation pour les membres d'autres organisations ;</p> <p>Réhabilitation d'enfants victimes d'abus : à travers cette rubrique, le CEDEM s'engage à sortir les enfants de la rue ;</p> <p>Réseautage sur le continent africain : l'effet domino est observé dans d'autres pays africains reproduisant le modèle.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Le CEDEM met à profit des collectivités locales, des associations locales, des ONG, des organisations professionnelles.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Les parents sont formés pour favoriser un environnement sain à tous les enfants.</p> <p>Les assistants sociaux sont également associés au programme pour le renforcement de leurs capacités à l'éducation inclusive et l'accompagnement/conseil aux enfants en détresse.</p> <p>Un service conseil famille est mis en place pour servir de lieu d'écoute, et apporter aide et conseil.</p>

N°4: LESOTHO CHILD GRANTS PROGRAMME (CGP) / PROGRAMME DE SUBVENTIONS AUX ENFANTS DU LESOTHO – AFRIQUE / LESOTHO

PRESENTATION DU PROGRAMME

En 2009, le gouvernement du Lesotho a mis en place un programme de bourse pour l'enfance (PBE) sous la forme de transfert en espèces pour réduire la malnutrition. En outre la subvention vise l'amélioration de l'état de santé des enfants et l'augmentation du taux de scolarisation parmi les orphelins et les enfants en situation de vulnérabilité. Ce programme était financé également par l'Union Européenne (UE). Ce programme a traversé une mutation profonde car son financement est désormais majoritairement assumé par le gouvernement et le cadre institutionnel et opérationnel nécessaire à son fonctionnement à l'échelle nationale a été mis en place. En 2015, le PBE couvrait près de 20 000 ménages repartis dans l'ensemble du territoire national, dont 65 000 enfants.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Lesotho est un pays de d'Afrique Australe entièrement enclavé avec 30 355 km² et une population d'environ 2 142 000 habitants avec plus deux tiers vivant dans les zones rurales. La malnutrition décime les couches les plus vulnérables avec des taux respectifs de 12,8% et 14,5% en 2010 et 2015. En outre la population du Lesotho est dominée par les jeunes de moins de 18 ans. Ces derniers représentent 38% de sa population. Le saut de génération causé par les ravages du SIDA laisse des enfants sans véritables soutien. Dans ce contexte le gouvernement du Lesotho a mis en place les subventions aux enfants.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Ménages pauvres et vulnérables avec des enfants de moins de 18 ans au Lesotho
COUVERTURE	Le programme couvre 18% des ménages ruraux du pays. et pauvres; 21% pour les ménages non pauvres et 19% pour les pauvres modérés.
PRESTATIONS OFFERTES	Transfert trimestriel en espèces 300 Maloti (16,24 Euros) pour les ménages de 1 à 2 enfants; 600 Maloti (32,48 Euros) pour ceux de 3 à 4 enfants et 750 Maloti (40,60 Euros) pour ceux de 5 enfants ou plus.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Source de financement : Gouvernement du Lesotho. Au début le programme était soutenu par des bailleurs de fonds, le financement du programme a été repris par le gouvernement en 2009 qui envisage une expansion nationale.

	<p>Budget Environ 2,977 millions d'Euro (55 millions de Maloti) en 2014/2015 et est estimé entre 4,924 et 16,828 millions d'Euro (91 et 311 millions Maloti) en 2020/2021</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Le PBE a été placé au centre de l'ensemble des efforts de protection sociale du Lesotho. Il s'appuie fortement sur son système national d'informations relatives à l'assistance sociale (NISSA).</p> <p>Ce NISSA qui symbolise le succès du PBE a été conçu de manière à ce que, le moment venu, d'autres programmes d'aide sociale puissent l'utiliser pour leur propre mise en œuvre. Le NISSA est ainsi devenu un élément central de la stratégie nationale de protection sociale (NSPS).</p> <p>La création de systèmes utilisables au-delà du PBE, l'a rendu catalyseur dans les efforts plus larges de protection sociale au Lesotho. Il s'y ajoute que le NISSA favorise la durabilité des programmes nationaux et leur autonomie financière vis-à-vis des bailleurs extérieurs.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Administrateurs principaux : Département de l'assistance sociale ; Ministère du développement social ; Gouvernement du Lesotho.</p> <p>Assistance technique : UNICEF.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Un Progrès en matière d'enregistrement des naissances et de santé infantile ont été noté. Le PBE a entraîné une hausse de l'enregistrement des naissances (l'une des exigences initiales du programme) 30% chez les enfants âgées de moins de 6 ans.</p> <p>Une hausse de la scolarisation a été notée. Le PBE a entraîné une augmentation du nombre d'enfants inscrits dans l'enseignement primaire plus particulièrement chez les adolescents de sexe masculin qui, sans ce programme, auraient peut-être pu abandonner l'école.</p>

PRESENTATION DU PROGRAMME

Lancé en 2008, le Tayssir est un programme de transfert monétaire conditionnel destiné à maintenir les enfants des ménages pauvres à l'école.

C'est un programme destiné aux communes rurales et à certaines communes urbaines souffrant d'une déperdition scolaire élevée. Il fournit une assistance financière à des enfants de familles pauvres en leur versant de façon régulière une bourse scolaire. Le but consiste à limiter la déperdition scolaire ainsi que les stigmatisations des enfants de familles pauvres désirant accéder à l'enseignement obligatoire. Pour en bénéficier, les ménages pauvres doivent remplir les trois conditions suivantes :

- La rétention des élèves à l'école ;
- Le niveau d'acquisition des élèves ;
- Le niveau de vie des ménages.

A ses débuts, le programme visait les écoles situées dans les localités très pauvres. Les transferts monétaires conditionnels aux familles concernées s'effectuent pour le niveau primaire et secondaire. L'assiduité de l'enfant est une condition nécessaire dans l'obtention de l'aide. Le programme couvre 5 régions ; 17 provinces et 132 communes.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le taux de redoublement des élèves s'élevait à 11,7% en 2018 tandis que 39,6% des cas d'abandon scolaire parmi les 6-15 ans ont lieu à la dernière année du primaire. Ce programme s'inscrit dans le cadre de la lutte contre les déperditions scolaires en milieu rural. Il est initié par le Ministère de l'Enseignement National et de la Formation Professionnelle. Il est intensifié par le Programme d'urgence 2009/2012 et s'inscrit dans la vision stratégique 2015-2030 du Royaume du Maroc.

L'abandon scolaire au Maroc marqué par deux phases :

- Tout d'abord le taux d'abandon reste très faible jusqu'à l'âge de 11 ans ;
- Ensuite à partir de 12 ans, le niveau d'abandon connaît une hausse significative. Il passe ainsi de 5% à l'âge de 11 ans à 14% à l'âge de 12 ans. Cette hausse a cependant des disparités selon le genre. Ainsi le taux d'abandon des filles est de 20% alors que celui des garçons est de 9%.

Les douars sont des petits villages ou groupement d'habitations rurales composés d'une vingtaine de foyers. Ces zones d'habitations sont essentiellement composées de nomades. Ces derniers sont disposés en cercle permettant de remiser les troupeaux dans l'espace libéré au centre.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Ménages ayant au moins un enfant âgé entre 6 et 15 ans et inscrit à l'école bénéficiaire et les résidents dans les douars desservis par l'école retenue.
COUVERTURE	825 000 élèves bénéficiaires en 2013/2014 et 475 000 ménages touchés la même année.
PRESTATIONS OFFERTES	Transferts Monétaires Conditionnels ; Appui social à la scolarisation.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Gouvernement marocain à travers le Ministère de l'Éducation Nationale et de la Formation Professionnelle. Budget : 65,618 millions Euro (713 millions DHS) en 2013/2014
RAISONS DU SUCCÈS	Un ciblage géographique et catégoriel ; Une stratégie de rétention des enfants des familles pauvres à l'école ; Une mobilisation sociale qui implique les collectivités décentralisées en faveur de l'inclusion des enfants pauvres.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Conseil Supérieur de l'Enseignement ; Initiative National du Développement Humain ; Direction Générale de la Sureté Nationale ; Poste Maroc.
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Les filles ont un risque d'abandon des études à la fin du primaire 1,6 fois plus grand que celui des garçons mais font mieux une fois au collège et au lycée.

N°6: CHILD GRANTS MAINTENANCE, SPECIAL MAINTENANCE, FOSTER CARE GRANT, PLACE OF SAFETY – AFRIQUE / NAMIBIE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme est composé de la subvention pour enfants vulnérables, de la bourse de placement familial, de la subvention d'entretien et de la subvention alimentaire spéciale.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

La Namibie dispose de l'un des systèmes de protection sociale les plus complets d'Afrique, Il alloue 13% de son PIB aux protections sociales. Depuis 2009, la Namibie est classée en tant que pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, avec un revenu annuel moyen par habitant de 69 279 NAD en 2016, soit 4 710 USD. En plus les moins de 14 ans représentent environ 37% de la population totale. Les zones les plus pauvres du pays sont les plus vulnérables au paludisme, à la sécheresse chronique et au VIH/SIDA. Les conséquences dévastatrices du VIH/SIDA dans le pays entraînent une hausse considérable du nombre d'orphelin. Sur les 120 000 enfants de moins de 17 ans ayant perdu au moins un parent, environ 57 000 ont des parents victimes du VIH/SIDA. Le pays a, en outre, enregistré plus de 2073 incarcérés en 2016 avec 3,6% de détenus féminins. Dans la dynamique de soutenir les familles pauvres et vulnérables, le gouvernement du Namibie a mis en place le programme de bourse pour enfant (CHILD Grants Maintenance, Special Maintenance, Foster Care Grant, Place of Safety).

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les ménages pauvres dont l'un des parents est un retraité de l'État (vieillesse ou handicap) ou un parent est absent pour cause de décès (orphelins célibataires) ou d'emprisonnement. Orphelins doubles (par le biais des allocations de placement familial, payés indépendamment du revenu de l'hébergement Ménage). Les enfants handicapés
COUVERTURE	En 2018 le programme a enregistré près de 345 000 bénéficiaires.
PRESTATIONS OFFERTES	Une aide financière destinée : aux parents ayant au moins un enfant de moins de 18 ans et dont le revenu est inférieur à 1 000 NAD par mois ; aux bénéficiaires d'une pension de vieillesse ; aux personnes handicapées. Une bourse d'accueil sous forme de transfert en espèces destinée aux parents d'accueil attribués la garde d'un orphelin.

	<p>Une subvention spéciale destinée aux parents d'enfants handicapés.</p> <p>Une subvention d'entretien aux parents des incarcérés pour au moins 6 mois.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Le principal bailleur est le gouvernement.</p> <p>Le coût combiné des quatre programmes de subvention était de 55,964 millions Euro (1 054,2 millions de NAD) en 2018.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>La création d'une institution de surveillance de l'aide sociale</p> <p>Un dispositif de mesure d'impacts du programme sur la population en mettant à profit le ministère de l'Intérieur au service de celui de l'égalité des sexes et de la protection de l'enfance ;</p> <p>La mise en place d'un dispositif de respect des procédures d'accès aux prestations, en particulier dans les zones les plus pauvres et vulnérables ;</p> <p>La centralisation des données du programme par l'Agence namibienne des statistiques de protection sociale.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Ministère de l'égalité des sexes et de la protection de l'enfance</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>L'enquête sur les revenus et les dépenses, menée tous les cinq ans est une ressource d'apprentissage sur la dynamique de la pauvreté et l'obtention des informations sur l'efficacité des différents programmes de protection sociale.</p>

N°7: EDUCATION DE BASE – AFRIQUE / RWANDA

PRESENTATION DU PROGRAMME

Au Rwanda, Un programme sur l'éducation est mis en place dans le but d'augmenter le taux de transition primaire/secondaire. Le système éducatif Rwandais a connu des réformes depuis sa naissance en 1900 jusqu'à nos jours. Le système concerne l'ensemble des institutions publiques et privées pour fonction d'assurer et de développer le système de l'éducation dans le pays.

Le système éducatif Rwandais offre aux enfants les frais de scolarité pour le primaire. En 2007, le montant versé par élève est environ 3 Euros ce qui y'a permis l'augmentation du nombre d'enfants fréquentant l'école primaire. Le gouvernement paie aussi les frais scolaires des élèves qui ont réussi les examens nationaux de fin de primaire et qui vont dans certaines écoles secondaires privées avec lesquelles il a signé un partenariat.

En 2017, le taux de couverture de la supplémentation en vitamine A pour les enfants de 6 à 59 mois Rwandais est de 98%.

En 2019, avec le montant de financement que la Banque Mondiale a alloué au Gouvernement Rwandais, 11 000 classes équipées et 14 500 latrines séparées pour les filles et les garçons sont construites dans tout le pays et 2 millions d'élèves scolarisés dans plus de 1 400 écoles en ont bénéficié. On note aussi que le taux de scolarisation est plus important en primaire qu'en secondaire dont 92,3% contre 35,8%.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Depuis les années 90, le système éducatif Rwandais inauguré par les colons allemands prit la forme de quelques « chapelles-écoles » dédiées essentiellement au catéchisme. En 1962 avant l'indépendance, le système favorise l'accès au pouvoir d'un parti républicain. En 1982, le système est passé d'un extrême à l'autre, c'est-à-dire de l'obsession de contrôle de l'accès à une « anarchie d'initiatives », d'abord au niveau du secondaire puis au niveau du supérieur. Après le génocide de 1994, il y'a eu des changements au niveau de l'explosion de l'accès, la diversification des programmes d'enseignement et l'introduction de la spécialisation dans la formation des enseignants.

En 2006 l'éducation de base gratuite est passée de 6 ans à 9 ans. En 2007, le Rwanda adopte la seconde perspective à la faveur de son entrée dans la Communauté des États de l'Afrique de l'Est. Le gouvernement a ouvert 640 écoles de secondaire avec un nombre d'enseignants de 6458. Quatre matières principales sont enseignées au premier cycle du primaire : l'anglais, le Kinyarwanda, les mathématiques élémentaires et les études sociales. Pour les autres matières comme la religion, la musique, le modelage, les activités culturelles et les travaux manuels durent seulement 4 heures par semaine. En 2008, le système éducatif Rwandais a commencé à offrir un enseignement secondaire gratuit avec l'adoption de la politique de 9 ans d'éducation de base. En 2009, 95 % des enfants rwandais en âge d'être scolarisés en primaire sont scolarisés.

L'espérance de vie à la naissance Rwandaise est passée de 63 ans en 2012 à 68 ans en 2017.

L'État a mis en place un programme d'éducation permettant à tous les Rwandais de bénéficier d'une éducation de base gratuite (9 ans).

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les élèves.
COUVERTURE	98% en 2017
PRESTATIONS OFFERTES	L'État offre les frais de scolarité pour le primaire. Le gouvernement paie aussi les frais scolaires des élèves qui ont réussi les examens nationaux de fin de primaire et qui vont dans certaines écoles secondaires privées avec lesquelles il a signé un partenariat.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le budget est passé de 17 % pour la période 2012-2013 à 22 % pour la période 2017-2018. Le Gouvernement du Rwanda et la Banque Mondiale ont signé un financement à hauteur de 2 000 millions de Dollars en 2019. Le financement du Partenaire Mondial pour l'Éducation (PME) est de 7,5 millions de Dollars en 2020.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Une politique éducative de base pour tous ;</p> <p>ans d'éducation de base gratuite ;</p> <p>Le gouvernement bannit la politique des quotas et décrète la réussite au concours comme le seul critère d'accès à l'enseignement secondaire, supérieur et universitaire ;</p> <p>L'explosion des initiatives privées plus fréquentes au niveau supérieur ;</p> <p>Le développement du réseau supérieur public ;</p> <p>Allègement du dispositif réglementaire ;</p> <p>Une augmentation de l'évaluation externe sur la performance des élèves ;</p> <p>Une gestion basée sur la performance des institutions publiques qui consiste à définir les objectifs opérationnels à atteindre, les indicateurs de réalisation, les échéanciers, les personnes responsables et les moyens à utiliser pour atteindre ou non les résultats attendus ;</p> <p>Renforcer les mesures d'accréditation de nouveaux établissements.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Le Ministère de l'éducation, la Banque Mondial et le PME : Partenaire Mondial pour l'Éducation

AUTRES
INFORMATIONS SUR
LE PROGRAMME
(Soutenabilité
Réforme en cours)

Le système prévoit des mesures spéciales comme :

- Améliorer la préparation des futurs enseignants dans les 16 écoles normales du pays
- Constituer un réseau de 17 écoles pilotes
- Bien équiper les salles de classe
- Faire des tests de pratique pour ensuite les diffuser dans tout le pays
- Octroyer l'apprentissage précoce pour les plus jeunes en leur offrant la fourniture
- Mettre en place un programme d'apprentissage audiovisuel en kinyarwanda et en anglais
- Renforcer le capital humain du pays

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le Programme Bolsa Família (PBF) est un programme mensuel de transfert de revenus qui est né en fin 2003, de l'unification d'une série de programmes préexistants telle que Bolsa Escola et Bolsa Alimentação. Bolsa Família doit assister les familles dont le revenu familial *par habitant* est inférieur à 9,30 Euros par mois et les familles de femmes enceintes, de mères allaitantes, d'enfants et d'adolescents jusqu'à 15 ans dont le revenu *par habitant est de moins de 18,62 Euros*. Il a été créé par mesure provisoire, puis converti en loi. La sélection des bénéficiaires est, en général, effectuée par les organismes municipaux. Le ministère du développement social et de la lutte contre la faim – MDS étant en charge des opérations de paiement sous la responsabilité de Caixa Econômica Federal.

Le principal changement par rapport aux anciens programmes que sont Bolsa Escola national et Bolsa Alimentação est que le Programme Bolsa Familia exige que tous les membres de la famille répondent aux conditions suivantes:

(1) la scolarisation pendant au moins

85% du temps pour les enfants âgés de 6 à 15 ans et ,

75% du temps pour les jeunes à partir de 16 ans ;

(2) les enfants et les adolescents de moins de 15 ans qui sont ou qui risquent d'être confrontés au travail des enfants doivent participer aux services de coexistence et de renforcement des liens durant 85% de leur temps par mois ;

(3) la vaccination des enfants de moins de six ans, et

(4) les examens prénataux des femmes enceintes.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Après trois tentatives infructueuses, Luiz Inacio « Lula » da Silva a finalement été élu président du Brésil en 2002. Son élection, l'ascension du Parti des travailleurs et de la gauche nationale ont été marquées par de grandes attentes en matière de progrès social et de tout ce qui pourrait améliorer rapidement la qualité de vie de ceux qui jusqu'alors avaient été exclus du processus de développement économique. Ces attentes sont liées à la biographie de Lula et son positionnement à gauche. Né dans une famille pauvre, il a mené des activités syndicales pendant la dictature militaire (1964-1985) et s'est impliqué dans la campagne pour le rétablissement de la démocratie en fondant le Parti des travailleurs en 1980. Pendant les années 1990, Lula est devenu l'un des leaders de l'opposition au régime néolibéral des différents gouvernements après le Consensus de Washington. Aux élections de 2002, Lula est devenu le premier président de gauche du Brésil depuis quarante ans. La stratégie de son gouvernement était double : assurer la stabilité macroéconomique et atteindre une croissance plus équitable avec un changement social plus rapide. Sa politique économique n'était pas

qualitativement différente de la gestion antérieure : le contrôle de l'inflation par une politique budgétaire et monétaire rigoureuse est resté la principale ligne directrice. Cependant, la politique sociale, devait prendre un tour différent. Au lieu d'améliorer les programmes de transfert conditionnel de revenus existants, le gouvernement Lula a tout d'abord opté pour le lancement du Programme Faim Zéro. Cette décision était fondée sur le diagnostic que la faim était un problème majeur au Brésil. Financé par le Trésor public et par des donateurs privés, le programme consistait principalement en une distribution de nourriture, de bons alimentaires, et d'incitations/subventions pour la production alimentaire locale. Le Programme Faim Zero a été perçu par de nombreux intellectuels et hommes politiques comme un programme à l'ancienne ressuscitant les programmes alimentaires des années 1970 et les souvenirs de clientélisme et de corruption.

Le diagnostic qui avait été le fondement du Programme Faim Zéro a été largement contredit par les données officielles publiées par l'Institut brésilien de géographie et de statistique (IBGE) indiquant que seulement 4% de la population brésilienne souffrait de malnutrition tandis que 10% souffraient d'obésité, et 30% de surpoids. Cette enquête a sapé la légitimité et la logique du programme Faim Zéro. Malgré ces problèmes, ce programme a reçu le soutien immédiat de la société civile qui s'est exprimé par un nombre significatif de dons. En cela, il est considéré comme un succès dans la mesure où la société s'est engagée dans le traitement de l'extrême pauvreté et de la faim (Neri, 2004). En soi, l'élection de Lula peut être vue comme la manifestation du désir des Brésiliens de voir ces questions prises en compte.

Cet engagement s'est pourtant appliqué à un programme inefficace. Il est en effet vite devenu évident que le Programme Faim Zero n'atteignait pas ses objectifs. Le gouvernement a alors changé de stratégie dans le domaine social, accordant une attention accrue aux programmes déjà existants de transfert conditionné de revenu. Ayant échoué à établir une nouvelle politique sociale de lutte contre l'extrême pauvreté et la faim, le Programme Faim Zero a été remplacé et mêlé aux structures existantes des transferts conditionnés de revenu. Les programmes Bolsa Escola national et Bolsa Alimentação ont été intégrés à deux autres leviers des transferts du gouvernement fédéral : la Carte d'alimentation et l'Aide au gaz. De cette intégration naîtra le programme Bolsa Familia.

La Carte d'alimentation était une allocation mensuelle en espèces de 7,76 € (2001) destinée à la consommation alimentaire des familles pauvres. Elle faisait partie du Programme Faim Zero et profitait à seulement 774 000 familles. L'Aide au gaz était un transfert bimensuel de 2,23 € en faveur des familles dont le revenu par habitant était inférieur à la moitié du salaire minimum. L'idée était d'indemniser les familles de l'élimination d'une subvention sur le gaz de cuisine. Lancé en 2001, le programme a bénéficié plus de 9,7 millions de familles en 2003.

Deux arguments principaux viennent à l'appui d'une intégration de ces quatre programmes en un seul. Tout d'abord, celle-ci permettrait un traitement plus complet de la pauvreté dans la mesure où le programme était constitué d'un ensemble de politiques de santé, d'éducation et de nutrition. Une programmation unifiée, avec des subventions plus élevées, semblait préférable à une fragmentation dans leur organisation et dans le temps. Ainsi, l'efficacité globale pouvait être améliorée en matière de réduction immédiate de la pauvreté aussi bien à court qu'à long terme. Les programmes intégrés seraient plus efficaces et permettraient des économies d'échelle réalisées grâce à l'utilisation d'un registre unique pour sélectionner les bénéficiaires. De même, l'unification facilite la massification des bénéficiaires et diminue les risques de doublon.

FICHE PROGRAMME

<p>PERSONNES CIBLES</p>	<p>Familles vivant dans la pauvreté et l'extrême pauvreté</p> <p>Méthode de ciblage</p> <p>1) Enquêtes auprès des ménages par l'Institut brésilien de géographie et de statistique (IBGE) et informations provenant du registre unifié (Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal ou CadÚnico).</p> <p>2) Des quotas sont établis pour le nombre de familles bénéficiaires au niveau municipal à la suite de l'analyse du nombre de familles dont le revenu par habitant est inférieur au seuil de pauvreté selon les enquêtes auprès des ménages.</p> <p>3) Les municipalités enregistrent les familles qui, selon le CadÚnico, ont un revenu par habitant inférieur à la moitié du salaire minimum ou dont le revenu total est inférieur à trois salaires minimums.</p> <p>4) Examen direct des moyens et examen comparatif avec des données administratives et d'autres bases de données.</p>
<p>COUVERTURE</p>	<p>Les programmes mis en œuvre s'appliquent à l'échelle du pays. Plus de 25 millions de familles bénéficiaires soit 70 millions de personnes. Le programme atteint 60% des pauvres.</p>
<p>PRESTATIONS OFFERTES</p>	<p>1) Bono Basico : Familles en situation d'extrême pauvreté (revenu mensuel 13,81€)</p> <p>Conditions à respecter</p> <p>- Éducation : fréquentation scolaire minimale de 85 % pour les enfants et les adolescents âgés de 6 à 15 ans ; pour les enfants et les adolescents en danger ou retirés du travail des enfants, fréquentation minimale de 85 % des services socio-éducatifs.</p> <p>2) Bono variable : Enfants de moins de 15 ans dans des familles vivant dans la pauvreté (revenu mensuel jusqu'à 27,62 €)</p> <p>Conditions à respecter</p> <p>- Éducation : fréquentation scolaire minimale de 85 % pour les enfants et les adolescents âgés de 6 à 15 ans ; pour les enfants et les adolescents en danger ou retirés du travail des enfants, fréquentation minimale de 85 % des services socio-éducatifs.</p> <p>3) Bono variable adolescente : Les enfants de 16 et 17 ans des familles vivant dans la pauvreté (revenu mensuel jusqu'à 27,62 €)</p> <p>Conditions à respecter</p> <p>- Éducation : fréquentation scolaire minimale de 75 %</p> <p>4) Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF) : Toutes les familles bénéficiant du programme Un travail de suivi socio-éducatif avec les familles qui ne respectent pas les</p>

	<p>conditions de la Bolsa Familia. Le suivi se fait au cas par cas et dépend du type de non-conformité, des vulnérabilités et des forces des familles cibles pour la mise en œuvre d'un plan de suivi et de contrôle. Ce volet est mis en œuvre par les Centres de référence pour l'assistance sociale (CRAS), qui sont au nombre de 3 800 environ dans tout le pays.</p> <p>5) Brasil Carinhoso : Les enfants de 0 à 6 ans dans les familles vivant dans l'extrême pauvreté Ce volet vise à étendre la couverture sanitaire et nutritionnelle des enfants de moins de 6 ans et à faciliter l'accès aux jardins d'enfants.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Gouvernement fédéral du Brésil, Banque mondiale (BM) En 2019 : 6 937 655 433,19 Euros</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Un bon niveau de ciblage : La couverture du programme qui a initialement porté sur les 20 % des personnes les plus pauvres du pays a augmenté au fil du temps, atteignant 60 % au cours des dernières années. Environ 70 % des ressources mobilisées par le programme Bolsa Familia atteignent les 20 % des personnes les plus pauvres.</p> <p>La réduction de la pauvreté : Une comparaison entre les taux d'extrême pauvreté calculée avant et après les transferts du programme montre que, depuis sa consolidation, la Bolsa Família réduit ces taux de quelque 1 à 1,5 point de pourcentage, ce qui, en 2017, signifie une réduction d'environ 15 % du nombre de personnes pauvres et de plus de 25 % du nombre de personnes extrêmement pauvres.</p> <p>En 2017, les transferts de programmes ont permis à 3,4 millions de personnes de sortir de l'extrême pauvreté et à 3,2 millions de personnes de sortir de la pauvreté.</p> <p>La gestion décentralisée : La réadaptation et l'amélioration continue du design au fil des années a permis au gouvernement fédéral de donner l'autonomie nécessaire aux États et aux municipalités pour la mise en œuvre du programme <i>Bolsa Família</i> et du registre unifié.</p> <p>La titularisation des femmes : La loi instaurant le PBF établit juridiquement que les prestations doivent être versées en priorité aux femmes (Loi 10.836/2004). D'un point de vue administratif, cette décision remonte aux dispositions déjà établies par les programmes de transferts monétaires antérieurs au PBF et unifiés par ce dernier en 2003 ; d'un point de vue conceptuel, le PBF corrobore ainsi la perspective selon laquelle les transferts sont employés dans l'intérêt de toute la famille si les femmes en sont les bénéficiaires directes. Dans 92 pour cent des familles</p>

	<p>participantes, les prestations sont actuellement versées à des femmes, indépendamment du type de structure familiale auquel elles appartiennent.</p> <p>Inscription unique : Le Registre unique des programmes sociaux du gouvernement brésilien (Cadastro Único) est un instrument d'identification et de caractérisation socio-économique des familles brésiliennes à faible revenu, qui peut être utilisé par les politiques et programmes sociaux pour sélectionner les bénéficiaires et cartographier les besoins et les vulnérabilités. Grâce à sa base de données, il est possible de savoir qui ils sont, où ils se trouvent et quelles sont les principales caractéristiques et le potentiel de la partie la plus pauvre et la plus vulnérable de la population. Le Cadastro Único est donc un outil important pour l'articulation du réseau de protection sociale et de promotion et un mécanisme fondamental pour l'intégration d'initiatives de différents domaines et niveaux de la fédération pour promouvoir l'inclusion sociale de la population brésilienne à faible revenu.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Le Programme Bolsa Família est administré par le Secrétariat national du revenu de citoyenneté (SENARC) du ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim qui est chargé de superviser le fonctionnement des paiements. Grâce au système de gestion du Programme Bolsa Família, le Secrétariat, guidé par les décisions du président de la République, s'appuie sur les recommandations du Conseil d'administration (comité directeur de la Bolsa Família) responsable de la coordination des politiques, de la consolidation des partenariats entre les différents niveaux et secteurs du gouvernement et la société civile et qui supervise les contrôles formels et les contrôles sociaux (Banque mondiale, 2004).</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Des études féministes sur l'analyse des effets du PBF sur les relations entre les genres révèlent que celles-ci ont tendance à renforcer les rôles traditionnellement associés à chaque sexe.</p>

N°9: CHILE CRECE CONTIGO (LE CHILI GRANDIT AVEC TOI) – AMERIQUE LATINE / CHILI

PRESENTATION DU PROGRAMME

Chile Crece Contigo est un système de protection sociale coordonné par le ministère du développement social et mis en œuvre conjointement avec les ministères de la santé et de l'éducation. Il a pour mission d'accompagner, de protéger et de soutenir tous les enfants et leurs familles de la gestation à l'âge de 9 ans, par le déploiement de prestations universelles et ciblées en fonction des caractéristiques et des besoins de sa population cible.

La mise en œuvre de Chile Crece Contigo a commencé en 2007, renforçant une approche intersectorielle de la protection sociale qui permet de coordonner de manière pertinente et opportune les prestations et le soutien aux enfants et à leurs familles. Il s'appuie sur la multiplicité des données sur le développement de la petite enfance provenant de disciplines telles que l'économie, les neurosciences et les sciences sociales, et définit, étend et universalise des prestations et des services spécifiques destinés à la petite enfance.

Ainsi, Chile Crece Contigo offre aux enfants de 0 à 9 ans un accès rapide à des services et des prestations qui répondent à leurs besoins et soutiennent leur développement à chaque étape de leur croissance. En outre, elle soutient les familles et les communautés où elles grandissent et se développent, afin que les conditions adéquates existent dans un environnement respectueux, inclusif et accueillant des besoins particuliers de chaque enfant.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

La santé et le développement des enfants sont une priorité constante des politiques sociales chiliennes depuis le début du XXe siècle, ce qui a permis de réduire sensiblement la mortalité infantile (MI), estimée à 370 en 1900 à 6,1 en 2020 pour 1 000 naissances vivantes. Cette grande réalisation pour notre pays est le résultat des progrès du niveau de vie, des avancées de la médecine, de la mise en œuvre de programmes de santé publique à forte couverture, et de nombreuses personnes anonymes qui ont uni leurs forces pour contribuer aux soins des enfants.

En 2001, le président de la République, Ricardo Lagos Escobar, a annoncé la Politique nationale et le Plan d'action intégré pour l'enfance et l'adolescence 2001-2010. Ce plan prévoyait la création d'un organe de suivi de la politique nationale, qui a été officialisé par la création du Conseil des ministres de l'enfance et de l'adolescence, qui devait rendre compte au président de la République, le 14 août de chaque année, des progrès réalisés dans la protection et la réalisation des droits des enfants et des adolescents. En mai 2003, ce Conseil des ministres a été créé sous la direction du ministre de la planification et de la coopération, et cette même année, cet organe a produit son premier et unique rapport.

Au cours de cette même période, la mise en œuvre du Chili Solidaire (2002) a constitué une étape fondamentale qui a jeté les bases de l'actuel système de protection sociale. Chile Solidario génère un

nouveau paradigme pour les politiques sociales, grâce à l'intégration intersectorielle dans un réseau de protection sociale qui relie tous les programmes pertinents. Elle cherche à accompagner et à fournir un soutien psychosocial aux familles chiliennes vivant dans l'extrême pauvreté, dans le but de soutenir le développement des capacités de ses membres pour leur permettre de sortir de cette situation. De cette manière, il est possible d'intégrer les opportunités offertes par la société avec les capacités des personnes à les utiliser efficacement. Le modèle est basé sur une approche reposant sur les droits avec des garanties explicites, un soutien psychosocial pour les familles et un réseau de programmes sociaux. Cette approche a permis de réduire l'extrême pauvreté, selon l'enquête nationale de caractérisation socio-économique (CAsEN) de 2006. Chez les enfants, les premières années de la vie sont le fondement du développement et de la santé tout au long du cycle de vie. L'affection, la stimulation et les soins qu'un enfant reçoit au cours de ses quatre premières années constituent le cœur de sa capacité à apprendre et à aimer à l'âge adulte. Par conséquent, tous les enfants ont droit au meilleur départ possible et au meilleur soutien possible pour développer leur potentiel.

Une compréhension approfondie de ces faits a conduit le Chili à mettre en œuvre le système global de protection de l'enfance Chile Crece Contigo (Le Chili grandit avec toi) en tant que priorité dans l'administration de la présidente Michelle Bachelet (2006-2010).

En 2009, la loi n° 20.379 a créé le système intersectoriel de protection sociale et a institutionnalisé les actions du sous-système "Chile Grows with You", favorisant ainsi sa stabilité et sa continuité en tant que politique publique. Cette loi établit que les enfants sont intégrés dans Chile Crece Contigo dès le premier bilan de santé de leur mère, et sont accompagnés et soutenus tout au long de leur trajectoire de développement jusqu'à leur entrée dans le système scolaire au premier niveau de transition de l'éducation préscolaire (pre-kindergarten). Par la suite, à partir de 2016, l'extension progressive de Chile Crece Contigo (Le Chili grandit avec toi) jusqu'à l'âge de 9 ans commence. Cela implique la mise en œuvre progressive de nouveaux programmes et l'extension de la coordination au premier cycle scolaire, en ajoutant ces acteurs à l'action des réseaux communautaires Chile Crece Contigo. Enfin, en 2017, les règlements de cette loi ont été publiés, renforçant ainsi l'applicabilité des prestations mises en œuvre par le programme.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	<p>Les femmes enceintes, Les enfants 0-9 ans, Les familles pauvres. Les communautés</p> <p>Chile Crece Contigo offre aux enfants un accès rapide à des services et des avantages qui répondent à leurs besoins et soutiennent leur développement à chaque étape de leur croissance. En outre, il soutient les familles et les communautés où les enfants grandissent et se développent, afin que les conditions appropriées existent dans un environnement amical, inclusif et accueillant pour les besoins particuliers de chaque enfant au Chili.</p>
-------------------------	--

COUVERTURE	Nationale
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Chile Crece Contigo offre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du matériel pédagogique pour les futurs parents : guide pour la grossesse et l'accouchement, - Un suivi pour un accouchement sécurisé : les risques liés à l'accouchement sont détectés précocement et un accompagnement avec des prestations spécifiques telles que les visites à domicile, la stimulation précoce et la participation à des ateliers de préparation à l'accouchement pour les mères, les pères et les soignants. - Un accès aux crèches et jardins d'enfants, il s'agit d'une prestation qui est garantie aux personnes appartenant à 60% des ménages à faible revenu (qui est déterminée par le Registre social des ménages). - Un accompagnement pour les familles et les communautés dans lesquelles les filles et les garçons grandissent. Elles sont soutenues afin qu'il y ait un environnement convivial, inclusif et accueillant en fonction des besoins particuliers de chaque enfant. - Des avantages préférentiels pour les familles ayant des enfants en bas âge et qui appartiennent aux ménages des 40 % de la population nationale les plus vulnérables : <ul style="list-style-type: none"> Nivellement des études. Placement de personnel. Amélioration du logement et des conditions de vie. Soins de santé mentale. Assistance judiciaire. Prévention à la violence domestique et à la maltraitance des enfants.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le gouvernement et l'UNICEF 2,6 milliards de dollars
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Un système complet de protection de l'enfance : L'enfant est intégré dans le système Chile Crece Contigo lorsque sa mère passe son premier examen de grossesse. Chile Crece Contigo met en place un accompagnement personnalisé jusqu'à son entrée dans le système scolaire. Depuis 2016, cet accompagnement est étendu jusqu'à la fin du premier cycle de base (8 ou 9 ans).</p> <p>Des efforts systématiques de milliers de personnes qui travaillent chaque jour dans une diversité de structures : toutes les communes dans le pays, les structures de santé, l'éducation, les crèches, les jardins d'enfants et les services sociaux aux différents niveaux territoriaux de l'administration de l'État : communal, provincial, régional et national.</p> <p>L'engagement et la conviction des équipes nous ont permis d'avoir</p>

	<p>un système organisé avec les besoins des enfants et de leurs familles au centre.</p> <p>Chile Crece Contigo est une politique publique globale, intersectorielle et à plusieurs composantes. Il s'agit d'un système complexe d'interventions globales qui assurent une protection en fonction des caractéristiques particulières et des besoins de développement de chaque enfant et de sa famille, en mettant à leur disposition de multiples services de soutien et en leur garantissant des prestations universelles et différenciées.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Gouvernement, les communes, les provinces, l'UNICEF
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	

N°10: MI BECA PARA EMPEZAR (MA BOURSE POUR COMMENCER) – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE

PRESENTATION DU PROGRAMME

"Ma bourse pour commencer" (Mi Beca Para Empezar) est un programme phare du Mexique. Il est créé en 2019. Il octroie un transfert en espèces aux enfants inscrits dans les écoles publiques préscolaires, primaires, secondaires et dans les écoles spéciales. Le programme Mi Beca Para Empezar est le premier du genre dans ce pays et en Amérique latine.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le taux d'abandon est une estimation de la proportion d'élèves qui abandonnent entre deux cycles scolaires consécutifs. Au cours du cycle 2015-2016, le taux d'abandon à l'école primaire était de 0,7%, une proportion qui représente 105 301 élèves sur les 14 250 425 inscrits à ce niveau en début d'année scolaire de référence (2015-2016). Dans l'enseignement secondaire supérieur, le décrochage a été estimé à 15,5%, de sorte que 772 215 élèves sur les 4 985 080 inscrits dans ce type d'enseignement ont abandonné au cours de l'année scolaire. De ce fait, pour réduire le taux d'abandon au niveau d'enseignement de base dans la ville de Mexico le programme Mi Beca Para Empezar est mis en œuvre dans le but d'aider les élèves dans les établissements publics de continuer leurs études dans de bonnes conditions. Le programme garantit l'accès à l'éducation; le soutien de l'environnement économique de la famille et de la motivation de leur performance scolaire.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	<p>Les élèves des familles pauvres qui sont inscrits dans les établissements publics (préscolaire, élémentaire, secondaire).</p> <p>Les étudiants inscrits dans les universités publiques.</p>
COUVERTURE	<p>Le programme couvre 40% des personnes vivant dans des ménages pauvres soit un total de: 3 543 745 et 1 million d'élèves, d'étudiants qui sont inscrits dans des établissements publics en bénéficient en 2019.</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Mi Beca Para Empezar offre un transfert en espèce (cash transfert) aux ménages précédemment couverts par le programme (anciennement oportunidad et à l'origine progreso).</p> <p>Il octroie des bourses aux étudiants inscrits dans l'enseignement secondaire et supérieur.</p> <p>Il améliore l'infrastructure des écoles, des campus par le biais d'un autre programme Mejor Escuela (meilleure école).</p> <p>Il renforce les systèmes d'enseignement en ligne et à distance, par l'intermédiaire des cybers écoles, afin de réduire le nombre d'étudiants n'ayant pas terminé leurs études secondaires ou préparatoires et supérieures.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>L'État mexicain</p> <p>FIDEGAR (fond fiduciaire de garantie de l'éducation)</p> <p>40% des ressources totales sont allouées à ce programme.</p> <p>Budget : \$1 470 200 000</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le programme Mi Beca Para Empezar a permis à tous les élèves et étudiants de la ville de Mexico, inscrits dans des établissements publics de bénéficier des bourses afin de poursuivre leurs études dans de bonnes conditions.</p> <p>En 2020 il a étendu sa couverture en accordant 14 ,77 dollars aux élèves du préscolaire.</p> <p>1 40397 élèves de la maternelle au lycée ont bénéficié de ce programme en 2020. En plus du soutien mensuel, une caution supplémentaire de 23,80 dollars a été versée pour trois mois entre Avril et Juin (2020) en raison de l'urgence sanitaire (Covid-19). Il a un effet significatif sur les ménages à faible revenu en augmentant leurs revenus à 8%. Ce programme contribue à renforcer l'économie familiale.</p> <p>La secrétaire à l'éducation, à la science, à la technologie et à l'innovation (SECTEI), a expliqué qu'au cours de l'année scolaire 2020-2021, un total de 1,4 million de bourses d'études ont été attribuées: 1,1 million à des filles et des garçons en éducation de base du programme "Mi Beca Para Empezar" (100 % des</p>

	<p>inscriptions publiques dans les écoles maternelles, primaires et secondaires) et 388 mille jeunes de l'enseignement secondaire supérieur ont bénéficié des bourses offertes par le programme.</p> <p>En 2021, le soutien des filles et des garçons a été augmenté de 2,38 dollars. En effet, les élèves du préscolaire reçoivent désormais 16,66 dollars ; et 18,09 dollars pour ceux du primaire et du secondaire ; et des centres d'assistance multiples (CAM21, 42 dollars).</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>État municipal de la ville de Mexico FIDEGAR (Fond de Garanti pour l'Éducation)</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>Les autorités de Mexico ont indiqué qu'à partir du 01 février 2021, les filles et les garçons, qui fréquentent l'école maternelle dans des établissements publics, recevront un soutien financier de 16.24 dollars par mois.</p> <p>Le montant de soutien alloué à ce programme est insuffisant ce qui limite la portée et l'impact du programme.</p> <p>Le programme <i>ninas et ninos talento</i> qui établissait ses critères sur le mérite a été rebaptisé le programme social Mi Beca Para Empezar en Août 2019.</p> <p>Le gouvernement mexicain par le biais de FIDEGAR a annoncé que les repas scolaires seront fournis pour les étudiants bénéficiaires du programme Mi Beca Para Empezar en 2021. La livraison commencera en avril 2021.</p>

N°11: SUBVENTIONS POUR LES ENFANTS D'AGE PRESCOLAIRE – ASIE / CHINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

En 2016, près de 6,2 millions d'enfants dans les jardins d'enfants ont reçu un soutien financier de la part des gouvernements à tous les niveaux, des jardins d'enfants individuels et des dons caritatifs.

Plus de 5,85 millions d'enfants ont été soutenus par les gouvernements. Environ 279 000 enfants ont été soutenus par des jardins d'enfants et 60 600 enfants ont reçu un financement social et des dons caritatifs.

La somme de toutes les subventions a atteint près de 6,9 milliards de yuans. Environ 6,6 milliards de yuans provenaient des gouvernements, 160 millions de yuans des jardins d'enfants et près de 38 millions de yuans de dons caritatifs et de fonds sociaux.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Les ministères des finances et de l'éducation ont publié un document en août 2016 stipulant qu'à partir du semestre d'automne 2016, les élèves démunis inscrits dans les écoles secondaires publiques, ainsi que d'autres élèves nécessiteux, devraient être exemptés des frais de scolarité et des frais d'éducation connexes. En 2016, plus de 60 millions d'enfants d'âge préscolaire ne sont pas scolarisés, le taux brut de scolarisation des enfants d'âge préscolaire étant de 60.6 % pour les garçons et de 61.6% pour les filles. L'intensité de la pauvreté des enfants était de 20.1% dont 19.9 % pour les enfants de moins de 9 ans. C'est dans ce contexte qu'a été créé le programme intitulé "Subvention pour les enfants d'âge préscolaire" qui offre un soutien financier pour favoriser la scolarisation de ces enfants dès le bas âge.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les enfants démunis âgés d'environ 4 à 10 ans
COUVERTURE	Le programme a couvert en 2016 près de 6.2 millions d'enfants dans les jardins d'enfants.
PRESTATIONS OFFERTES	Une aide financière allant de 300 à 1 000 RMB
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Les sources de financement : le gouvernement central, les jardins d'enfants et les dons caritatifs. 6,6 milliards de yuans provenaient des gouvernements. 160 millions de yuans des jardins d'enfants. 38 millions de yuans de dons caritatifs et de fonds sociaux.
RAISONS DU SUCCÈS	Le ciblage du préscolaire constitue une bonne pratique dans la

	<p>mesure où c'est dès le bas âge que certaines habiletés se mettent en place.</p> <p>Le multi-partenariat est réussi comme le montre le système de cofinancement entre les trois partenaires : le gouvernement central, les jardins d'enfants et les fonds sociaux.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Les collectivités territoriales.</p> <p>Les jardins d'enfants.</p> <p>Les fonds sociaux.</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>La subvention est modulée en fonction du niveau de vie des ménages.</p>

N°12: PROGRAMME- CADRE POUR L'EDUCATION DES MADRASA ET DES MINORITES OU - SCHEME FOR EDUCATION OF MADRASAS AND MINORITÉS SPEMM – ASIE / INDE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme cadre pour l'éducation des Madrasa (école islamique) et des minorités (SPEMM) est une politique de l'État indien visant à améliorer l'enseignement des enfants des minorités madrasas. Ce nouveau cadre est une restauration des régimes SPQEM et IDMI existants depuis 2009. Cette réorganisation est effective dans le but de centraliser le programme contrairement au régime de subvention exclusif. Elle est intégrée dans le programme national d'éducation NPE et comprend deux volets :

La première consiste à permettre aux enfants des minorités musulmanes d'avoir une éducation de qualité dans les madrasas (SPQEM) et intégrer le système éducatif.

Le second volet, vise la création d'infrastructures et de développement d'instituts pour les minorités (IDMI). Le but est d'augmenter les infrastructures dans les écoles, les institutions privées assistées et non assistées des minorités afin d'améliorer la qualité de l'éducation des enfants.

Pour bénéficier du financement, il faut que la madrasa soit reconnue par l'État et faire partie d'un conseil d'éducation scolaire reconnu aussi. Il doit aussi disposer d'un code UDISE, remplir les données et fournir une cartographie SIG.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

En Inde, beaucoup d'enfants des minorités musulmanes sont en retard dans l'éducation et fréquentent les Madrasas, les Maktabs ou Darul-Ulooms jusqu'à un certain âge. Ce sont des institutions qui

procurent un enseignement religieux permettant aux élèves de devenir Imam, Muezzin ou enseignant de Madrasa. En 2004, l'État indien avait créé un comité national de suivi de l'éducation des minorités pour déceler les problèmes ainsi que les progrès à faire pour moderniser les madrasas. Un comité d'expert s'est penché sur les méthodes à adopter pour améliorer les conditions d'apprentissage. Ils sont arrivés à la conclusion consistant à l'intégration des madrasas dans l'enseignement professionnel. Ce travail de modernisation des Madras amorcé depuis deux décennies aboutit à la création d'un premier programme intitulé Scheme for Providing Quality Education in Madrasas (SPQEM et IDMI) en 2009. Il a été évalué en 2013 et donne naissance à un cadre plus global.

La mise en œuvre de ce présent programme dénommé SCHEME FOR EDUCATION OF MADRASAS AND MINORITÉS SPEMM intervient dans l'objectif d'éliminer les inégalités sociales, de favoriser l'égalité des chances et permettre à tous les couches défavorisées de bénéficier d'une éducation de qualité. A travers cette méthode, les minorités sont intégrées dans le système d'éducation national. Ainsi, au niveau des madrasas, les enseignements sont formés sur les matières modernes en plus des infrastructures adaptés à ce nouveau système.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Le programme s'adresse aux enfants des minorités musulmanes et les madrasas.
COUVERTURE	La couverture est à l'échelle et s'applique à toutes les madrasas existantes dans les États.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Le programme évolue dans deux aspects :</p> <p>Au niveau de l'éducation dans les madrasas, les prestations de services sont les suivantes</p> <p>Une aide financière est fournie aux institutions Madrasas et Maktabs afin d'encourager l'enseignement des sciences, des mathématiques, des études sociales, de l'hindi et de l'anglais pour garantir un niveau d'éducation académique des classes I-XII aux enfants qui étudient dans ces établissements.</p> <p>Donner la possibilité aux apprenants de ces établissements d'avoir une éducation comparable à celle du système national surtout pour le secondaire et le secondaire supérieur.</p> <p>Renforcer les conseils de la Madrasa au niveau des États pour assister les écoles et leur permettre de suivre le programme de modernisation des écoles islamiques. La sensibilisation des musulmans est alors primordiale.</p> <p>Procurer une formation continue aux enseignants désignés dans le cadre du programme d'enseignement des matières modernes des sciences, des mathématiques, des études sociales, de l'hindi et de l'anglais.</p> <p>Assurer un enseignement de qualité au niveau des madrasas en fournissant un enseignement de rattrapage, une évaluation sur</p>

	<p>l'amélioration des résultats d'apprentissage Rashtriya Avishkar Abhiyan.</p> <p>Au niveau des investissements</p> <p>La création d'infrastructures scolaires pour renforcer les établissements des minorités au niveau de l'élémentaire, du secondaire et du lycée.</p> <p>L'accent est mis sur les établissements d'enseignement pour filles, destinés spécialement aux enfants les plus marginalisés en matière d'éducation et qui ont des besoins spécifiques.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Le Budget de l'année 2019-2020 est de 1 200 000 000 INR soit 13 616 947,61 Euros.</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Parmi les raisons du succès, on peut noter :</p> <p>Le travail de partenariat entre l'État et les conseils au sein des madrasas.</p> <p>La formation des enseignants choisis dans le cadre du programme.</p> <p>Des opportunités sont fournies aux élèves de ces établissements afin qu'ils puissent avoir des enseignements leur permettant de rivaliser avec les enfants des autres écoles au monde de l'emploi.</p> <p>Egalité des chances pour tous les enfants.</p> <p>Une sensibilisation est aussi portée par le conseil de la <i>Madrasa</i> au près des musulmans en faveur de l'importance de la modernisation.</p> <p>Le processus de modernisation est aussi volontaire.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Gouvernement central indien, les États et le comité national de suivi de l'éducation des minorités (NMCME), conseil de la madrasa</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Le SPEMM fonctionne sur la base d'un financement centralisé où pour le SPQEM, le gouvernement central apporte 90% des fonds pour États du Nord-Est, Himachal, Pradesh, Jammu & Cachemire et Uttarakhand, et 100% pour les UT sans législature. Pour les autres États, la contribution est à 60%. En ce qui concerne l'IDMI, le financement est assuré à 75% par le gouvernement et 25% par les institutions concernées. Un budget annuel de 5 000 000 INR (56 748,60 Euros) est alloué à chaque madrasa pour son fonctionnement. Les professeurs diplômés reçoivent 6 000 INR (68,10 Euros) soit et ceux du supérieur ont 12 000 INR soit 136,18 Euros.</p> <p>D'année en année, des rapports d'activités sont déposés par les comités en charges du programme.</p>

EMPLOI & TRAVAIL

N°13: UNIVERSAL OLD AGE PENSION / PENSION DE VIEILLESSE UNIVERSELLE – AFRIQUE / BOTSWANA

PRESENTATION DU PROGRAMME

La pension de vieillesse du Botswana a été introduite en 1996 comme une allocation universelle. Elle assure un transfert en espèces mensuel à tous les citoyens âgés de 65 ans et plus qui représentent environ 4,5 % du total de sa population. Le nombre de bénéficiaires est très proche de 100 % de la proportion de personnes dans cette tranche d'âge, confirmant un taux de participation très élevé. Les prestations mensuelles sont fixées à un niveau équivalent à environ 30 US\$, ce qui est estimé à un peu plus d'un tiers du seuil de pauvreté alimentaire.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Au sommet mondial pour le développement social qui a eu lieu en mars 1995 à Copenhague, les gouvernements sont parvenus à un nouveau consensus sur la nécessité de mettre les besoins de l'homme au centre du développement. Au Botswana, les personnes âgées (grands-parents ou autres) jouent un rôle important dans l'éducation des enfants en particulier ceux dont les parents ont émigré pour travailler et envoyer des ressources financières régulièrement pour couvrir les besoins de leurs enfants et de leurs parents. La mise en œuvre de la pension vieillesse apaise considérablement les charges de ces migrants et conduit les personnes âgées à une indépendance financière. La stabilité relative du système politique du Botswana, et la forte croissance des revenus de l'exploitation des diamants ont contribué à fournir un environnement favorable à l'expansion de programmes de protection sociale au Botswana.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les personnes âgées de 65 ans ou plus.
COUVERTURE	Des écoles formelles ont partagé leurs salles de classe avec l'ABEP dont les ressources sont limitées. En 2009, le nombre de bénéficiaires était de 96118 personnes et a évolué jusqu'à 102323 personnes couverts par le programme en 2015 sur une population nationale de 2.3 millions d'habitants.
PRESTATIONS OFFERTES	Une aide financière allant de 220 pulas soit 20,22\$ en 2009 à 330 pulas soit 30,33\$ en 2015. Les transferts monétaires sont effectués par le ministère des collectivités locales et du

	<p>développement rural par le biais du département de la protection sociale et de la poste. Les bénéficiaires utilisent des cartes à puce pour récupérer leurs cotisations à n'importe quel bureau de poste ou dispositif de point de vente. Ces cartes sont facilement accessibles à la population qui est principalement concentrée dans les grands villages et les villes. Lors de l'enregistrement initial du bénéficiaire, leurs données biométriques sont capturées et ils doivent utiliser leur doigt comme mot de passe pour le déblocage des fonds. Les personnes âgées infirmes désignent un mandataire pour collecter le transfert de fonds en leur nom mais doivent remplir un formulaire de déclaration de vie tous les 6 mois.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>En 2012-13, le paiement mensuel a été augmenté de 15 % pour compenser l'inflation et, cette année-là, son coût total s'est élevé à 279 millions de pula, ce qui équivaut à 34 millions de dollars, soit environ 0,2 % du PIB du Botswana. Les besoins budgétaires augmentent de 10 % chaque année en raison de l'allongement de la durée de vie des personnes âgées et de la gratuité des soins de santé qui leur est accordée.</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>L'approche universelle semble offrir une prestation modeste mais fiable qui continue à revêtir une importance particulière aux bénéficiaires qui en ont le plus besoin.</p> <p>Les principales préoccupations politiques sont centrées sur le désir de promouvoir une plus grande autonomie des citoyens qui sont "capables de s'aider eux-mêmes". Cette volonté est appuyée par la nécessité exprimée dans la déclaration nationale "Vision 2016", de maintenir une "société compatissante et bienveillante".</p> <p>- Le Botswana s'est distingué dans la réduction de la pauvreté en favorisant une distribution des revenus qui facilite le consensus et la justice sociale sur lesquels cette société est fondée. La pension de vieillesse universelle est une expression de cette vision.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Le gouvernement. Le Ministère des collectivités locales et des affaires rurales. Botswana Post.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>La principale source des financements de ce programme est gouvernementale. Le Botswana est le cinquième pays africain le plus distingué dans la part de protection sociale dans son PIB.</p>

N°14: BASIC RETIREMENT PENSION (PENSION DE RETRAITE DE BASE) – AFRIQUE / ILE-MAURICE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Les objectifs du programme sont les suivants :

Assurer le bien-être et l'assistance des personnes âgées,

Coordonner l'autonomisation des personnes âgées.

Ce programme met à la disposition des personnes âgées un revenu mensuel pouvant aller de 104,62 Euros à 417,90 Euros selon l'âge du bénéficiaire.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'Ile Maurice a connu une transition démographique importante durant ces quatre dernières décennies. La fertilité est passée de 3,58 en 1972 à 1,45 en 2011. En outre, le taux de natalité est passé de 17% en 2000 à 11,2% alors que le taux de mortalité a également diminué passant de 8,1% à 7,2%. L'Ile Maurice est aussi concerné par le phénomène de vieillissement de la population. Les personnes âgées ont doublé entre 1990 et 2020 passant ainsi de 8,3% à 16,5 en 2020. La baisse des taux de natalité et mortalité entraîne une amélioration de l'espérance de vie à la naissance (80,1 ans pour les femmes et 69,8 ans pour les hommes en 2011). La proportion de personnes âgées passe ainsi de 9% en 2000 à 13% en 2013. Bien que ces derniers bénéficient des avantages de la vie familiale, ils sont parfois victime des aléas de la vie. Le Gouvernement mauricien a promulgué la loi sur la protection sociale des personnes âgées en mai 2006 pour garantir une protection et une assistance adéquate à ces derniers.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Personnes âgées (plus de 60 ans)
COUVERTURE	En 2015, pour la pension de retraite de base : on a 186 118 bénéficiaires.
PRESTATIONS OFFERTES	Pension de retraite de base: 60 à 90 ans: 104,62 Euros (5 000 MUR); 90 à 100 ans: 313,38 Euros (15 000 MUR); 100 ans et plus: 417,90 Euros (20 000 MUR) ; Allocation de soignant: 62,77 Euros (3 000 MUR) supplémentaires.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le Gouvernement mauricien. Le budget est de 211 206 678,55 Euro (2,18 pour cent du PIB).
RAISONS DU SUCCÈS	Mise en place d'une unité de protection des personnes âgées. Construction de maisons de retraite suite à la promulgation de la loi de 2003 sur les foyers de soins en résidence. Cette loi doit appliquer la surveillance et le contrôle généraux sur les foyers.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Les centres de protection sociale, Les centres communautaires,

	<p>Le ministère de la Santé, Bureau de conseil des citoyens, Les bureaux régionaux de la sécurité sociale, Les ONG, Les associations de seniors, Les jeunes des collèges et le grand public.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Possibilité pour les personnes âgées de porter plainte au niveau de l'unité de protection des personnes âgées lorsqu'ils sont victimes de maltraitance.</p>

N°15: WORKMEN'S COMPENSATION FUND / CAISSE D'INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL – AFRIQUE / LESOTHO

PRESENTATION DU PROGRAMME

Les dispositions légales sur les accidents du travail et les prestations correspondantes proviennent de la loi sur les accidents du travail. Les accidents du travail peuvent être classés, en fonction de leurs conséquences, comme ceux entraînant : (i) une incapacité temporaire ; (ii) incapacité partielle permanente ; (iii) une incapacité totale permanente et (ii) des blessures mortelles entraînant la mort d'un travailleur. Il n'y a pas de période minimale d'admissibilité aux indemnités d'accident du travail. Les accidents survenant lors de l'accomplissement du travail et du retour du travail sont couverts si l'installation de transport a été organisée par l'employeur. En cas d'incapacité temporaire, le travailleur a droit à 75% du salaire mensuel.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Lesotho, comme de nombreux pays d'Afrique subsaharienne, est caractérisé par une pauvreté généralisée, une faible croissance économique et une répartition des richesses fortement biaisée. En 2010, environ 57% des ménages (représentant plus d'un million de Basotho) vivaient en dessous du seuil de pauvreté (1,08 USD par jour). Parmi ces pauvres, 34% vivent sous le seuil de pauvreté alimentaire (0,61 USD par jour). Pleinement 84% de la population est vulnérable à la pauvreté. Le nombre de travailleurs officiels des secteurs publics et privés bénéficiant d'une prestation sociale garanti est très faible. Le Lesotho a pris les dispositions légales relatives à la couverture des risques sociale tels que les accidents de travail et les maladies professionnelles. La loi n ° 13 de 1977 sur l'indemnisation des travailleurs est ainsi promulguée. Elle stipule qu'un employeur doit assurer ses salariés pour tous risque dans l'exercice de ses fonctions. Elle précise en outre qu'un employeur qui

n'assure ses employés pas sera reconnu coupable d'un délit et passible d'une amende de 300.00 Maloti et/ou 12 mois d'emprisonnement ou les deux.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	<p>oute personne ayant conclu un contrat de travail avec un employeur, que ce soit oralement ou par écrit.</p> <p>oute personne qui a commencé un apprentissage chez un employeur.</p> <p>Personne employée par le gouvernement.</p>
COUVERTURE	4,7% de la population nationale avec 6,1% en milieu rural et 2,3% en milieu urbain.
PRESTATIONS OFFERTES	Paiements principalement via chèque, mais aussi virements électroniques.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le Gouvernement du Lesotho à un montant de 496 087 Euro (9 166 464 Maloti), soit 0,03% du PIB.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le renforcement de la sécurité humaine et l'extension de la couverture de protection sociale.</p> <p>Le système d'indemnisation adapté selon le type d'accident.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Fonds d'affectation spéciale pour l'indemnisation des travailleurs,</p> <p>Département des mécanismes de main-d'œuvre et d'accouchement,</p> <p>Ministère du travail et emploi.</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Le Lesotho prévoit d'introduire progressivement une prestation liée à l'emploi. En plus des prestations de maternité, d'invalidité et de retraite, cette prestation va prendre en compte des prestations de survivant et une indemnité de maladie. Cette indemnité de maladie est activée lorsque la personne est dans l'incapacité de travailler.

N°16 : INDEMNITE POUR PERTE D'EMPLOI – AFRIQUE / MAROC

PRESENTATION DU PROGRAMME

Ce programme est conçu essentiellement pour garantir un revenu de remplacement aux travailleurs privés en cas de perte d'emploi. L'indemnité pour perte d'emploi vise un double objectif :

Matériel : permettre aux individus de survivre ;

Social : réduire l'inégalité devant les risques de la vie et assurer aux individus un minimum de revenu leur permettant d'être intégré à la société.

Les signataires considèrent que le régime doit favoriser la reprise rapide d'un emploi. L'indemnité pour perte d'emploi constitue un changement majeur dans la prise en charge des perdants d'emploi, ceci sur le plan du régime indemnitaire et du dispositif mobilisé pour leur réinsertion professionnelle.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Au Maroc, le chômage n'est pas considéré comme un risque social assurable. L'absence du terme chômage dans le code du travail montre son négligence. Le risque de perte d'emploi fait l'objet d'un traitement singulier dans le système de sécurité sociale du Maroc. Pour pallier à ce manque de considération, le Gouvernement du Maroc a ratifié la convention internationale du chômage portant révision de la convention no 2 de 1919. Ce texte rend obligatoire l'accord aux employés ayant perdu leur travail de façon involontaire.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Ce programme concerne les travailleurs assurés du secteur privé qui ont au moins 780 jours déclarés durant les 36 derniers mois précédant la date de perte d'emploi. La perte d'emploi doit être involontaire.
COUVERTURE	27,8% des chômeurs
PRESTATIONS OFFERTES	Versement d'un revenu de remplacement en cas de perte involontaire de son emploi.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Les sources de financement : Contribution de l'employeur : 0,38% ; Contribution de l'employé : 0,19% ; État : 46,172 millions Euros (500 millions Dhs) étalé sur trois ans. Le budget du programme 67,085 millions Euros (728 millions Dhs) et l'état contribue hauteur de 23,047 millions Euros (250 millions de DH).

RAISONS DU SUCCÈS	La mise en place d'une réglementation relative à l'indemnisation de perte d'emploi. La mise en place d'un dispositif pour la réinsertion professionnelle (emplois subventionnés, aide à la recherche d'emploi, etc.).
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Ministère du travail Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) Agence nationale de promotion de l'emploi et des compétences (ANAPEC)
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	

N°17: CAISSE SOCIALE DU RWANDA (CSR) – AFRIQUE / RWANDA

PRESENTATION DU PROGRAMME

Au Rwanda, le programme de la caisse de sécurité sociale (CRS) a pour but d'apporter du soutien aux travailleurs en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles.

La CRS cible les travailleurs salariés, les élèves des écoles professionnelles ou artisanales, les stagiaires et les apprentis, les agents sous statut général de la fonction publique et couvre 10% de la population active et 15% de tickets modérateurs.

Le système offre tout le paquet de soins de santé gratuite pour le secteur public et privé, la prise en charge de toutes les dépenses médicales. Les prestations des risques professionnels sont gérées par la Caisse sociale ou Social Security Fund of Rwanda (SSFR). Le montant de la cotisation des employeurs correspond à 2% du salaire de base.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Rwanda est un pays d'Afrique centrale, sans littoral maritime, et d'une superficie de 26 338 km². Il est enclavé entre le Burundi au sud, la République Démocratique du Congo à l'ouest, l'Ouganda au nord, et la Tanzanie à l'est. Sa population est estimée à 12,5 millions d'habitants en 2020.

Après le génocide de 1994, le Rwanda a entamé le programme de reconstruction, financé en partie par l'aide extérieure. C'est qui a conduit à la création de la Caisse Sociale du Rwanda. Régies par la

loi no 06/2003 du 22/03/2003 modifiant et complétant le décret-loi de la 22/08/1974 portant organisation de la sécurité sociale : Vieillesse, invalidité et survivants.

En effet d'après le recensement démographique de 2012, la population du Rwanda est estimée à 10,5 millions d'habitants et elle devrait s'élever à plus de 12,5 millions d'habitants en 2020. Avec un PIB estimé à 8% en 2020. Et une espérance de vie qui passe à 68 ans.

Au Rwanda, on reconnaît de plus en plus le rôle que joue la Caisse de sécurité sociale en matière de réduction de la pauvreté et de croissance économique. Elle est, de ce fait, considérée comme l'un des grands domaines auxquels le pays s'intéresse pour atteindre les objectifs.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les travailleurs salariés, les élèves des écoles professionnelles ou artisanales, les stagiaires et les apprentis, les agents sous statut général de la fonction publique.
COUVERTURE	Elle couvre 10% de la population active et 15% de tickets modérateurs.
PRESTATIONS OFFERTES	Tout le paquet de soins offerts par les hôpitaux publics et privés conventionnés ; L'immatriculation des employeurs et affiliation des travailleurs ; La tenue de comptes cotisants des employeurs et des comptes individuels des assurés ; Le recouvrement des cotisations ; Le paiement des prestations aux assurés sociaux ; L'investissement judicieux des réserves ; La tenue à jour des statistiques ;
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Les financements proviennent de la cotisation du salaire de base de l'État et affilié Ils sont répartis comme suit : 22.5 pour cent du salaire de base : • Employeurs : 17.5% • Salariés : 5%
RAISONS DU SUCCÈS	Une forte volonté politique du Gouvernement. Une forte tendance à la hausse de l'engagement du gouvernement. Intégration des personnes sur le marché du travail. Promouvoir le bien-être de la population. Augmenter la participation du secteur informel dans le système de sécurité sociale contributif. Le travail interministériel est aussi un élément majeur dans la réussite du programme.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Le Ministère du travail, le BIT.

**AUTRES INFORMATIONS
SUR LE PROGRAMME**
(Soutenabilité + Réforme en
cours)

Au Rwanda, les mécanismes de sécurité sont en cours de développement et contribuent à l'efficacité des interventions.

N°18: PROEMPLEAR – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'objectif du programme est d'articuler un ensemble d'actions pour l'emploi, afin de promouvoir et de faciliter l'insertion professionnelle des jeunes et des adultes sans emploi. Un ensemble d'outils est promu, dont le programme de relance productive, visant à protéger les emplois, à promouvoir l'emploi formel et à faciliter le placement. De même, le travail sera promu avec les services de promotion de l'emploi, le programme d'insertion professionnelle et les actions de formation pour le travail en entreprise. En outre, l'articulation de ces outils avec PROG.R.ES.AR insère la population dans des emplois décentés et augmente l'employabilité des jeunes grâce à l'enseignement général, à la formation et à la promotion d'expériences qualifiantes dans les activités demandées sur le marché du travail.

Ce nouveau programme a été lancé en 2014 pour répondre aux défis du contexte actuel de l'emploi qui propose de préserver les emplois, de promouvoir le placement et de régulariser le travail formel. Il reflète l'expérience acquise par le pays dans la coordination des interventions politiques.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Ce programme est mis en œuvre dans un contexte où les transformations de l'économie enclenchées depuis les années 1970 modifient la répartition des revenus. Plus tard, la crise de fin 2001 est apparue comme une crise économique mais également celle de la croissance et du chômage, ensuite une crise financière. Dès lors, les conséquences sociales de ces éventuelles années de récession économique ont été particulièrement importantes et se sont traduites par des transformations majeures du système politique, économique et social. Cette dernière crise signe l'échec du « modèle social argentin » et marque l'augmentation du chômage et de la pauvreté, qui se traduit par des phénomènes d'« exclusion » et participe à la transformation des rapports sociaux. C'est au cours du processus de mobilisation que le chômage s'est construit et s'est défini en tant que problématique, désormais pris en compte comme tel dans la conception des politiques publiques. Ainsi, les mobilisations de la banlieue de Buenos Aires, marquée par les privatisations de plusieurs grandes entreprises publiques, par la désindustrialisation et la concentration de poches de pauvreté contribuent à mobiliser les gouvernements successifs.

En Argentine, la situation de la population désignée comme « sans emploi » est très instable en raison du poids du secteur informel et de la fragilité des entreprises. C'est pourquoi les programmes de travail temporaire (PTT) sont accordés non seulement en situation de chômage – de courte ou longue durée et de tous âges confondus –, mais aussi en fonction des revenus du foyer, et donc du

niveau de pauvreté. Conçus comme un palliatif au chômage à destination des populations les plus démunies, ces programmes tentent d'articuler deux objectifs : la « lutte contre le chômage » et la « lutte contre la pauvreté ». Enfin, nous verrons que les frontières du social ont été dessinées par l'intervention de l'État, qui tend à mettre en place une réponse d'inclusion sociale minimale par des politiques publiques d'activation des sans-emplois, qui s'entrecroise avec des politiques familialistes. En 1995 le chômage avait atteint un pic de 18 % de la population active. A cette époque, des mobilisations de chômeurs et de sans-emplois tantôt revendiquaient un changement social profond, tantôt réclament une meilleure participation et inclusion de tous dans la société salariale. En réponse, les gouvernements successifs oscillaient entre deux positions : prendre acte des revendications et entamer des processus de négociation ; réprimer et traîner devant les tribunaux ceux qu'ils estiment être des auteurs de troubles.

À partir de 1993, le chômage atteint un niveau inédit en Argentine et culmine au taux de 18,6 % de la population active en mai 1995 selon l'Indec. Entre 1992 et 1995, alors que l'emploi total se réduit, le taux d'emploi des couches les moins diplômées de la population (études secondaires incomplètes ou niveau scolaire inférieur) diminue fortement. À partir de 1993, la demande de travail à destination des personnes ayant effectué des études secondaires et universitaires stagne avant de chuter en 1995. Ayant peu de postes à offrir, les employeurs se montrent de plus en plus exigeants et recrutent du personnel de plus en plus qualifié, ce qui, mécaniquement, entraîne une dévalorisation des études les plus modestes. C'est ainsi que les niveaux de chômage les plus élevés sont observés chez les jeunes actifs, avec un pic à 35 % pour les 14-25 ans en 1995 selon l'Indec (?). De surcroît, les rémunérations diminuent à partir de 1994, et le travail déclaré stagne. L'augmentation du travail non déclaré s'accroît et se poursuit jusqu'en 2003 alors que la croissance commence à repartir, pour se stabiliser autour de 40 % en 2010.

L'évolution annuelle du taux de chômage en Argentine de 2010 à 2016, avec des prévisions jusqu'en 2021, montre que le taux de chômage en Argentine est resté relativement stable entre 2010 et 2014, s'établissant à un peu plus de 7 %. En 2016, la part des chômeurs au sein de la population active argentine s'élevait à environ 8,5 %. Néanmoins, elle est prévue de diminuer pour atteindre une valeur d'environ 6,5 % en 2021.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les jeunes participants au programme PROGRESAR, le programme Jeunes avec plus et de meilleurs emplois, les travailleurs de l'assurance-formation et de l'assurance-emploi et les chômeurs qui touchent l'assurance-chômage. "Adultes en situation de vulnérabilité, chômeurs ayant participé à l'une des formations professionnelles proposées par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale."
COUVERTURE	Niveau national 845 000 personnes 374 500 entreprises
PRESTATIONS OFFERTES	Protection des emplois: c'est un programme de relance

	<p>productive (REPRO) qui vise à contribuer au maintien et à la promotion d'un véritable emploi, en soutenant la reprise des secteurs en crise. et qui est destiné aux bénéficiaires des programmes. Si une entreprise prouve une situation de crise et accepte de ne pas faire de licenciements, elle sera soutenue par des transferts directs à ses travailleurs pour un montant maximum de 2000 \$ pour une période maximum de 12 mois. Les bénéficiaires sont les destinataires directs avec une fréquence de livraison mensuelle et comme méthode cela se fait par un transfert direct aux travailleurs.</p> <p>Inclusion du travail: Ce volet est destiné aux Jeunes en situation de vulnérabilité et adultes sans emploi avec une fréquence de livraison mensuelle. En plus de l'articulation avec PROG.RESAR, une aide économique de 2000 \$ par mois sera accordée pour soutenir l'incorporation des jeunes dans les pratiques de travail, l'apprenti effectuée le processus d'enseignement pour un maximum de 4 heures par jour et pour une période de 6 mois. En revanche, une incitation est offerte à l'embauche de nouveaux travailleurs en contribuant une partie du salaire versé par les entreprises, le transfert atteint un maximum de 2700 \$ par mois et d'une durée maximale de 12 mois.</p> <p>Création d'emplois formels: Ce volet est destiné aux Microentreprises et PME. En effet, grâce au régime permanent des microentreprises, les entreprises comptant jusqu'à cinq travailleurs paieront 50% des cotisations patronales du régime général, en outre, le régime fixe une limite aux frais que l'assurance contre les risques professionnels peut facturer au micro-employeur. secteur. D'autre part, le régime pour l'embauche de nouveaux travailleurs offre des rabais sur les contributions de l'employeur pour les entreprises comptant jusqu'à 80 travailleurs qui incorporent du nouveau personnel.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Ce projet est financé par le gouvernement argentin Budget: 375 714 713 dollars EU soit 0,07% du PIB Protection des emplois: maximum 2 000 \$ Inclusion du travail: 2 000 \$ (stages) Jusqu'à 2 700 \$ (subvention pour l'embauche de nouveaux employés).</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Le programme a réussi parce qu'il a servi d'outil fondamental pour soutenir l'emploi au cours des derniers mois. En ce sens, il a réussi à faire insérer 25.000 jeunes et à les aider par des actions de promotion de l'emploi dans tout le pays et dans la province de Chubut. Ce qui permet de mettre en exergue la vocation de l'Etat national et provincial de maintenir l'emploi au centre des</p>

	<p>politiques publiques.</p> <p>Selon les chiffres du ministère du Travail, le changement introduit dans le dispositif actuel permet qu'avec l'extension du Plan Progresar aux jeunes, d'atteindre une couverture de 25000 travailleurs en situation de vulnérabilité du travail, avec un investissement total pour le deuxième semestre de 2014 de 150 millions de pesos. Donc il faut noter que l'extension de la couverture et du budget sont les principales raisons de réussites de ce programme.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Ministère du travail et de la sécurité sociale.</p> <p>Les partenaires coopératifs : GIZ, Asdi, International policy, Ministerio Federal de Coperation economica y Desarrollo, Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>PROGRESAR est un programme qui cible les jeunes entre 18 et 24 ans qui sont au chômage ou les travailleurs informels dont les revenus sont inférieurs à trois fois le salaire minimum. Il vise à les aider à commencer ou à terminer leurs études à tout niveau d'enseignement.</p> <p>Les bénéficiaires des prestations du programme sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> Protection des emplois ; Participant direct ; Inclusion du travail; Création d'emplois formels: micro entreprises et PME. <p>Exigences pour participer :</p> <ul style="list-style-type: none"> être enregistrées auprès de l'AFIP ; être autorisées ; ne pas être sanctionnées pour un travail non enregistré ont des sanctions pour le travail non enregistré et n'ont pas procédé à des licenciements massifs au cours des six derniers mois ; <p>Concernant les travailleurs, s'ils participent au PROG.R.ES.AR, s'ils participent à Jóvenes con Más y Mejor Trabajo, s'ils ont participé à un cours de formation professionnelle ou s'ils appartiennent à une population vulnérable, ils peuvent entrer dans les pratiques de travail.</p> <p>Avantages : Les entreprises comptant jusqu'à 5 travailleurs paient 50 % des cotisations patronales. En outre, il existe une limite</p> <p>une limitation des quotas qui peuvent être demandés par l'ART qui implique une réduction de près de 50% du quota payé.</p> <p>Les entreprises paient pour l'ART.</p>

N°19: PROGRAMA DE FORMACION CONTINUA (PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE) – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'objectif du programme (2003) est de promouvoir la formation continue des travailleurs en tant qu'instrument permettant d'accéder à des emplois décents et de qualité, en plus de contribuer à l'amélioration de la compétitivité. Grâce à la formation, le développement de programmes et d'actions est encouragé, dont beaucoup sont articulés avec des politiques actives de l'emploi: achèvement des études, formation professionnelle et certification des compétences professionnelles. De même, il promeut le renforcement des institutions de formation professionnelle dans tout le pays et dispose d'un programme de crédit d'impôt pour encourager et promouvoir la formation. Dans les conseils sectoriels de certification des compétences et de formation continue, les secteurs déterminent quels sont les besoins de formation à couvrir.

En effet, La période 2003-2008, caractérisée par une forte croissance économique et des politiques actives de l'emploi, s'est traduite par une augmentation significative de l'emploi, en particulier du travail formel. L'objectif principal de la stratégie de croissance économique adoptée depuis 2003 - la création d'emplois de qualité - a été maintenue même dans le contexte de la crise. Les principales politiques mises en œuvre ont été : Rétablissement de l'inspection du travail ; sensibilisation du public sur

l'agenda; la simplification des procédures administratives pour l'enregistrement des travailleurs (adoption du système en ligne) ; la réduction des coûts de recrutement (pour les nouveaux travailleurs dans les PME) ; les exonérations fiscales pour les employeurs de travailleurs domestiques; la transformation du plan pour les chefs de ménage au chômage en un plan de relance de l'emploi basé sur le programme de formation et d'emploi Assurance, avec une forte composante de formation.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Faisant face à la crise qui sévit dans le pays dans tous les secteurs, le gouvernement argentin s'est plongé dans une recherche de solutions pour en juguler les effets immédiats. Ce projet, parmi tant d'autres, a été mis en place dans le but de perpétuer la promotion de développement des politiques de réformes, de restructuration et de mise à niveau du cadre socioprofessionnel. Il a également promu l'application des formules facilitantes d'intégration sur le marché du travail, l'accès à la formation professionnelle et le support destiné aux entreprises pour doper l'entrepreneuriat. Entre autres, les travaux publics et l'inclusion productive ont fait partie de la visée.

Avant la mise en place du programme, le chômage avait à un moment donné atteint un pic de 18% de la population active. A cette époque, des mobilisations de chômeurs et de sans-emplois tantôt revendiquaient un changement social profond, tantôt réclamant une meilleure participation et inclusion de tous dans la société salariale. En réponse, les gouvernements successifs oscillaient entre deux positions : prendre acte des revendications et entamer des processus de négociation ; réprimer et trainer devant les tribunaux ceux qu'ils estiment être des fauteurs de troubles. Plus tard vers les

années 2002, le PIB argentin avait dégringolé de 10,9%. 57% de la population vit en dessous du seuil de pauvreté et le taux de chômage dépassait les 20%. En un an, la dette publique est passée de 63% à 135% du PIB. On voit apparaître dans les rues des "piqueteros", des pauvres et des chômeurs qui coupaient les routes pour exiger du travail et du pain.

Le gouvernement a indiqué que l'inadéquation entre le système éducatif et les besoins du marché du travail constitue l'un des problèmes les plus graves du marché du travail slovaque, et que cela se reflète de façon significative sur le taux élevé du chômage structurel de longue durée.

La croissance économique argentine, soutenue de 2003 à 2011 (7,5% par an), a ralenti brusquement en 2012 (1,5%) avant d'entrer en récession fin 2014. Avec un taux de croissance PIB de 0,5% en 2014, un PIB de 536 milliards de dollars en 2015 et un PIB par habitant s'élevant à 12.509 USD dollars, une moitié de la population est sous payée ou employée sans être déclarée. La pauvreté touche 1/3 des Argentins d'après ces statistiques suivantes : le taux d'inflation qui tourne autour de 30%, la Dette publique qui s'élève à 43% du PIB, le taux de change qui arrive à 15 pesos pour 1 dollar (2016), le taux de chômage qui est de 7,7%, le taux de Travail informel (au noir) à 41,6% de l'emploi total, le taux de pauvreté à 30% de la population et le taux d'indigence qui couvre 12% de la population.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Employés et chômeurs
COUVERTURE	Formation professionnelle : 860 414 personnes Certification des compétences professionnelles : 112 000 personnes Formation de rattrapage : 99 5349 personnes Renforcement institutionnel : 500 institutions Système de crédit d'impôt : 1 400 entreprises
PRESTATIONS OFFERTES	Formation professionnelle (Organiser des cours qui durent entre 50 et 200H et sont dispensés par les qualifications du programme sectoriel, les organisations sociales ; Bourse et fonds d'appui pour la poursuite des études (universitaire par exemple) ; Amélioration des centres de formation (Renforcement institutionnel: Amélioration de la qualité du "Réseau des institutions de formation continue". Les institutions obtiennent le renforcement de la gestion institutionnelle ; l'élaboration de programmes et de matériels pédagogiques pour assurer la qualité et la pertinence des contenus pédagogiques sectoriels, et la formation des enseignants ; Crédit d'impôt : son objectif est d'encourager et de promouvoir, par une aide financière, pour que les entreprises entreprennent et gèrent leurs propres programmes de formation pour les travailleurs et/ou les chômeurs. La formation pourrait aller de

	l'achèvement des études formelles à des cours de formation professionnelle ou à la certification des compétences professionnelles.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Gouvernement de l'Argentine Montant du contribution de l'état : 48,583 \$ US en 2015 (0,000008% du PIB).
RAISONS DU SUCCÈS	<p>En 3 ans, ce programme a formé 20 000 agents publics au niveau national et local (140 municipalités et 23 gouvernements provinciaux). Les thèmes de formation sont variés : design thinking, méthodes agiles, Intelligence artificielle, gouvernement ouvert et transparence, transformation numérique, storytelling.</p> <p>Sur l'emploi des jeunes, en 2003, la proportion de jeunes parmi l'ensemble des chômeurs enregistrés a progressivement diminué et représentait vers la fin de l'année 34,4%, soit 4,3 points de moins qu'en 2002. Les outils, programmes et projets de soutien de la politique active du marché du travail ont eu une incidence positive sur la baisse du chômage des jeunes de 15 à 29 ans. D'autres mesures ont été prises en faveur des catégories vulnérables du marché du travail, y compris les jeunes, sous forme de primes de stages, d'avantages pour l'emploi de demandeurs d'emploi vulnérables et de prestations pour la formation et le recyclage.</p> <p>Éducation et formation professionnelle : La loi no 61/2015 sur l'enseignement et la formation professionnelle est entrée en vigueur en avril 2015, et elle contenait des dispositions visant à renforcer un double système d'éducation. Depuis 2014, l'Office central du travail, des affaires sociales et de la famille a mis en œuvre le projet national Prévisions de l'évolution du marché avec comme objectif l'identification de la demande future de main-d'œuvre afin de l'harmoniser avec les programmes d'éducation. Des mesures spéciales ont également été adoptées pour appuyer le recyclage professionnel des personnes qui éprouvent des difficultés à s'adapter aux besoins du marché du travail. En juillet 2015, quelques 7743 demandeurs d'emploi avaient bénéficié de ces mesures.</p> <p>Le taux de chômage des personnes âgées de 15 à 24 ans a baissé, passant de 32,1% en 2014 à 26,3% en 2015. Entre la fin de 2013 et le premier trimestre de 2015, le nombre des chômeurs immatriculés de moins de 29 ans a baissé de 11,3 pour cent. Elle note cependant que 55,7 pour cent des jeunes chômeurs sont des chômeurs de longue durée et que près de 42,5 pour cent d'entre eux ont un faible niveau d'éducation. En 2014, au total, 8 597 demandeurs d'emploi âgés de 15 à 24 ans ont pris part aux</p>

	programmes d'apprentissage et près de 54 pour cent d'entre eux ont obtenu un emploi après avoir terminé leur apprentissage.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Ministère de la production et du travail. Secrétariat du gouvernement, du travail et de l'emploi (Ministère de la production et du travail). GIZ, Asdi, International policy, Ministerio Federal de Coperation economica y Desarrollo, Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega.
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Les types d'avantages offerts étaient : Cours de formation professionnelle, certification des compétences professionnelles, renforcement institutionnel, crédit d'impôt et formation pour un travail décent.

N°20 : VERS LA PROTECTION DU TRAVAIL INFORMEL. LE REGIME DU « MONOTRIBUT » EN ARGENTINE – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le régime du « monotribut », est un programme qui a connu ses débuts en 1998 et a pris fin en 2013. Il s'agit d'un mécanisme innovant qui vise à insérer les travailleurs ayant de bas revenus (salariés ou indépendants) au régime fiscal et au régime de sécurité sociale. Cette pratique cherche à faciliter l'inscription au régime de sécurité sociale de ces derniers ayant une capacité contributive limitée en instaurant une taxe originale qui réunit impôts et cotisations de sécurité sociale (maladie et retraite).

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Ce programme est mis en œuvre dans ce pays émergent dans un contexte où il traverse 2 grandes crises économiques. D'abord la première concerne la période de « convertibilité » qui est caractérisée par la libéralisation du marché, la libre circulation de capitaux, la promotion des importations, la dérégulation du marché interne, la privatisation des entreprises publiques et la contraction de l'État. Cette période a enregistré un ralentissement du niveau d'activité de l'économie et une dévaluation de 30% par rapport au dollar américain et donc la fragilité de l'économie argentine devient ainsi évidente. C'est ainsi qu'on assiste à une des plus grandes conséquences qu'est le déséquilibre budgétaire. Ensuite la seconde période concerne la « post-convertibilité » qui est caractérisée par une forte expansion de l'État, particulièrement de sa branche sociale. C'est à cette période qu'on assiste principalement à de programmes de type CCT (Conditionnal Cash Transfers) caractérisés par le transfert conditionné de revenus, ainsi que des allocations non contributives et non conditionnées. D'ailleurs les indicateurs ci-après renseignent comment le secteur informel a pris assaut et est pourtant empesé.

Dans la période à laquelle ce programme est mis en œuvre, les travailleurs informels – définis comme ceux qui n'ont pas accès à une protection sociale – représentent depuis les années 1990 entre 30 % et 40 % de la population qui travaille. Dans les catégories plus touchées, on trouve les travailleuses domestiques (85 % d'entre elles), les travailleurs ruraux (75 %) et les travailleurs indépendants (60 %).

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES

Les travailleuses domestiques, les travailleurs ruraux et les travailleurs indépendants Les travailleurs non déclarés (tantôt salariés, tantôt travailleurs à leur compte) installés dans le secteur présentant le plus faible niveau de productivité, celui défini comme « secteur informel » : les femmes de ménage, les

	travailleurs à leur compte exerçant une activité de manière occasionnelle, les chômeurs de longue durée intégrés dans des plans d'aide à l'emploi, les travailleurs des coopératives de travail et les ouvriers ruraux.
COUVERTURE	<p>La couverture est de 65,4%.</p> <p>Les travailleurs ayant les plus bas revenus restent majeurs depuis la création du régime. Ils représentent 65,4% « des mono tributaires ». Cela explique le caractère assistantiel que revêt le régime depuis le début.</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>La socialisation des risques soit leur prise en charge directe. Cela implique, d'un côté la restructuration du système de protection sociale permettant l'inclusion de l'ensemble de travailleurs, de l'autre l'extension de l'assistance sociale.</p> <p>Le droit à la Prestation basique universelle et au Programme médical obligatoire. Pour avoir droit à ces prestations, le mono tributaire doit payer obligatoirement des contributions au régime de retraite publique et au Régime national d'assurance santé. Mais, s'il veut avoir une retraite complémentaire, il peut aussi cotiser soit au système par capitalisation 9 soit au système par répartition. S'il veut étendre le droit à l'assurance maladie à l'ensemble de sa famille, il doit payer des cotisations supplémentaires.</p> <p>Possibilité d'ajouter des cotisations volontaires afin d'augmenter le montant des prestations ou d'élargir la couverture aux membres de la famille. Comme le travailleur indépendant, le mono tributaire est considéré comme le seul responsable du paiement des impôts et des contributions sociales.</p> <p>Parallèlement au régime général de mono tributaires, divers sous-régimes seront créés dans le but d'intégrer les travailleurs se trouvant dans les positions les plus précaires du marché du travail.</p> <p>Création d'une nouvelle sous-catégorie de petits contribuables. Par le biais d'un décret dit « de nécessité et d'urgence », il instaure la catégorie du travailleur « mono tributaire occasionnel ».</p> <p>Création en 2004 d'un sous-régime conçu pour accueillir des travailleurs qui n'ont presque aucune possibilité de cotiser. Les travailleurs inscrits dans ce sous-régime sont exonérés du paiement des contributions fiscales durant les 24 mois qui suivent leur enregistrement, bénéficiant en outre d'une réduction de 50 % des cotisations de l'assurance maladie. Cette mesure cherche à faciliter la transition vers une insertion sur le marché du travail, particulièrement pour les personnes exclues du marché du travail</p>

	<p>lors de la crise de 2001.</p> <p>Création de 2 sous catégories de monotribut : le monotribut d'inclusion sociale et de promotion du travail indépendant ; et le mono tribut social rural.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Le programme est financé par le gouvernement argentin</p> <p>C'est le ministère de l'agriculture qui prend en charge une moitié de contributions sociales et le ministère du développement social, l'autre moitié. C'est pourquoi il est présenté comme « mono tribut à coût zéro ».</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Depuis sa création, le régime du monotribut associe différents types de régimes de protection sociale. Suivant le modèle du régime propre aux travailleurs indépendants, il introduit des variantes au système contributif classique. À côté des contributions obligatoires, on trouve des contributions volontaires (complémentaires ou non), ainsi que des exonérations partielles et des suspensions exceptionnelles de paiement des cotisations. Le régime du monotribut a pu se solidifier grâce à la capacité limitée à cotiser de certains travailleurs. Il ne s'agit pas d'un régime de sécurité sociale liée à un régime d'emploi particulier dont la structure serait adaptée au mode de mobilisation du travail. Au contraire, il s'agit d'un régime basé sur la logique du régime fiscal ; c'est-à-dire que celle-ci reste centrée sur l'efficacité du prélèvement des impôts.</p> <p>Le monotribut apparaît alors comme un cas de <i>path dependency</i> (obligation indirecte de cotisation) dans lequel les innovations restent dans les frontières marquées par le modèle précédent. Les droits sociaux continuent à être associés à la place occupée sur le marché du travail. Seul le travailleur est donc reconnu comme ayant droit, même s'il doit continuer à contribuer au système collectif de protection.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Les négociations collectives, Le Conseil du salaire minimum, L'Inspection du travail</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	

N°21: PROGRAMA PROGREDIR: JE VEUX UN EMPLOI, JE VEUX ME QUALIFIER, JE VEUX ENTREPRENDRE – AMERIQUE LATINE / BRESIL

PRESENTATION DU PROGRAMME

Progredir est un ensemble d'actions du gouvernement fédéral visant à promouvoir l'autonomie, par la création d'emplois et de revenus, des familles inscrites au Registre unique des programmes sociaux du gouvernement fédéral et bénéficiaires du programme Bolsa Família. Le plan regroupe la qualification professionnelle, le soutien à l'entrepreneuriat et l'orientation vers le marché du travail, afin de contribuer à renforcer les capacités individuelles et à générer une indépendance socio-économique. Progredir est basé sur la coordination des programmes d'inclusion productive des partenaires publics et privés. Il s'appuie sur un système d'information qui favorise la coopération de tous les acteurs impliqués, des décideurs politiques aux participants. Il n'y a pas d'âge minimum pour s'inscrire à Progredir, mais chaque service ou action du Plan Progredir peut exiger un âge minimum.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Dans les années 2000, une importante croissance économique est notée dans les pays à faible et moyen revenu. Cette situation a entraîné une augmentation des dépenses en faveur des programmes sociaux visant à réduire la pauvreté et les inégalités. Nombre de ces programmes, tels que les transferts conditionnels d'argent, sont nés dans le but de briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté en investissant dans la formation du capital humain des enfants des familles les plus pauvres. L'expérience a toutefois montré qu'une part importante des familles bénéficiaires des politiques de transferts monétaires conditionnels n'ont pas permis de réaliser des opportunités d'émancipation économique et sociale. Cela a conduit à une vague d'interventions innovantes en matière de politique sociale qui relie des programmes intégrés et des ensembles de services qui, en plus de soutenir le revenu familial, ajoutent également la qualification technique et professionnelle aux autres membres de la famille, l'incitation à l'esprit d'entreprise, l'intermédiation en matière de travail (OMI) et l'accès aux services de base. La principale caractéristique du plan est l'intersectorialité gouvernementale, garantie par la convergence des efforts du ministère du Développement social (MDS) avec les Ministères de l'Éducation, Travail, Industrie, Commerce Extérieur et Services et Science, Technologie, Innovations et Communications, qui constituent le groupe de gestion du plan. Dans le but de créer des emplois et des revenus, en plus de promouvoir l'autonomie des familles à faibles revenus, en particulier ceux inscrits au registre unique (CadÚnico), le gouvernement fédéral a lancé, en Septembre 2017, le Plan Progredir.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les membres des familles à faibles revenus, en particulier ceux inscrits au registre unique (CadÚnico).
COUVERTURE	<p>Le programme Progredir est exécuté au niveau national, En 1 an de fonctionnement, il comptait déjà :</p> <p>Plus de 43 000 utilisateurs actifs 23 000 CV enregistrés sur son portail Plus de 13 000 offres d'emploi 1 175 cours de qualification professionnelle</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>i) Formation professionnelle : Cours et ateliers professionnels choisis à la suite d'enquêtes sur le secteur productif. En outre, ils doivent correspondre à l'éducation, aux compétences et aux emplois. L'objectif principal est d'obtenir de meilleurs résultats sur le marché du travail et, par conséquent, les cours proposés doivent répondre aux besoins des entreprises. La formation comprend des cours sur l'inclusion numérique, des cours Pronatec et une formation financière. ("Programa Futuro na Mão" est un exemple de programme).</p> <p>ii) Offres d'emploi : Médiation entre les offres d'emploi du secteur privé et les candidats afin de réduire la distance entre les opportunités du secteur productif et la population à faible revenu. Suivi des performances sur le marché du travail du public cible de "Progredir". Enfin, le suivi du marché du travail fournit des informations très utiles pour déterminer l'offre de formation professionnelle de "Progredir".</p> <p>iii) Soutien à l'entrepreneuriat : Il comprend : l'aide et les cours de gestion, l'éducation financière, les microcrédits, la réduction du déficit d'inclusion financière. De plus, la participation au "Programa Microcrédito Productivo Orientado" (prêt jusqu'à 15.000 reales destiné aux propriétaires d'entreprises à faibles revenus qui veulent améliorer, étendre ou créer une entreprise) est offerte ainsi que la consolidation des métiers de l'entreprise par le biais du programme : Micro Emprendedor Individual (MEI).</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Gouvernement du Brésil et réseau des partenaires du développement social (groupe d'institutions publiques et privées travaillant en collaboration avec le ministère du développement social) .</p> <p>17 institutions financières qui opèrent dans le microcrédit (un des axes du Plan Progredir) ont donné 3,35 milliards de R\$.</p> <p>Lors de sa création en 2017, le président de la république avait</p>

	<p>annoncé un budget de 3 milliards de R\$ par an pour les opérations de microcrédit. À ce jour, le volume de microcrédit contracté par ce public a atteint la barre des 3,5 milliards de R\$, dépassant ainsi l'objectif annuel prévu. 4 milliards de R\$ supplémentaires, devraient être appliqués au cours des douze prochains mois.</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Progredir innove dans la conception de la politique de qualification professionnelle en intégrant la formation des travailleurs à l'intermédiation du travail, en impliquant les agents publics et privés dans l'optimisation de la cartographie des demandes du marché de l'emploi et l'élaboration de cours avec des curricula plus adhérents aux besoins des entreprises, dans le but d'orienter ces travailleurs vers le marché du travail. Sur une plateforme numérique, Progredir compte sur des actions d'inclusion numérique, visant à cartographier et à orienter les jeunes du programme Bolsa Família vers des cours de programmation, dans le but de stimuler et d'élargir l'accès au monde du travail. Enfin, considérant l'importance des actions d'éducation financière pour les familles les plus pauvres, le MDS a lancé le programme Future on Hand5 afin de proposer des ateliers à plus de 200 000 femmes bénéficiaires de la Bolsa Família, la plus grande action de cette nature au monde. Pour le construire, un programme pilote et une évaluation d'impact ont été élaborés avec les bénéficiaires. Les résultats ont été extrêmement positifs : l'épargne moyenne des bénéficiaires qui ont participé aux ateliers d'Avenir en main a doublé, et il y a eu d'autres effets sensibles sur l'économie familiale. Il convient de noter que tous les cours et ateliers proposés dans le cadre de Progredir sont gratuits, même s'ils sont dispensés par des partenaires privés.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Ministère du développement social du Brésil, Réseau des partenaires du développement social (groupe d'institutions publiques et privées qui travaillent en collaboration avec le ministère du développement social).</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>La plupart des municipalités de toutes les unités de la Fédération ont des programmes ou des projets d'inclusion productifs. Toutefois, on peut constater que toutes ces actions ne sont pas articulées ou destinées au public qu'elles sont censées atteindre. La ligne directrice de Progredir est l'intégration des politiques publiques existantes afin de créer une synergie entre ces actions. L'idée est de tirer profit de tout ce qui est fait en termes d'actions, de ressources et de réseaux construits pour promouvoir l'optimisation du résultat final combiné de tous. Sa mise en</p>

œuvre implique la combinaison de l'adhésion volontaire des États et des municipalités, le renforcement du travail d'assistance sociale pour préparer le monde du travail et le partenariat avec les organisations non gouvernementales (ONG), les organisations de la société civile d'intérêt public (OSCIP), les entreprises et les entités représentatives adhérant à la proposition de mobilisation sociale pour l'employabilité et l'inclusion productive. Le gouvernement fédéral, par l'intermédiaire du Secrétariat de l'inclusion sociale et productive (SISP) du ministère du développement social (MDS), coordonne les actions, fournit un soutien technique, met à disposition des outils, propose des formations pour les actions et assure le suivi des offres et des demandes. En plus des sphères gouvernementales, d'autres segments sociaux et privés qui apportent des ressources, des services, des programmes, des projets et des équipements participent au plan, visant à établir des partenariats pour offrir des opportunités. En 2019, 1.6 million R sont mis à la disposition des enseignants et des chercheurs pour créer 18 cours à distance.

N°22: MAS CAPAZ (PLUS CAPABLE) – AMERIQUE LATINE / CHILI

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le plus grand programme de formation technique et professionnelle du Chili est le programme +Capaz, qui a été introduit en 2014 et révisé en 2018. Ce programme s'adresse aux femmes de 18 à 64 ans (80 % des participants chaque année), aux jeunes hommes (18-29 ans), aux personnes incarcérées et aux personnes handicapées vulnérables. Il offre une formation technique, des compétences transversales et une intermédiation du travail dans le but d'accroître l'employabilité des participants et d'améliorer leurs conditions de vie (Figueroa, 2015). L'objectif du programme est de permettre à ses participants (26 741 en 2017) d'obtenir un emploi de qualité, soit comme salarié, soit comme entrepreneur.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le programme "Más Capaz" ou "+Capaz " est mis en œuvre par le Service National de la Formation et de l'Emploi (ci-après, SENCE), du ministère du travail et de la protection sociale. Il a été créé en 2014, en tant que programme pilote, à la suite des engagements pris pendant la campagne présidentielle par le gouvernement actuel 2014-2018, visant à accroître les possibilités offertes aux femmes, aux jeunes et aux personnes handicapées, à augmenter la main-d'œuvre et à améliorer les conditions de vie de ces personnes.

Le SENCE est un organe technique de l'État, fonctionnellement décentralisé, doté de la personnalité juridique de droit public, dont la mission est de "contribuer à l'amélioration des conditions d'employabilité des travailleurs salariés, des chômeurs et des inactifs, grâce à un système de formation pertinent et de qualité, à des mécanismes d'intermédiation du travail et à la réglementation du Système national de formation et d'intermédiation du travail".

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Femmes entre 18 et 64 ans, Hommes entre 18 et 29 ans. Hommes et femmes étudiant la 4e moyenne technique professionnelle; Hommes et femmes ayant la responsabilité parentale âgés de 16 et 17 ans; Femmes et hommes âgés de 18 à 50 ans handicapés; et Hommes et femmes contrevenants, âgés de 14 à 64 ans. Les participants doivent faire partie des 60% les plus vulnérables
-------------------------	---

	de la population ou avoir peu ou pas de participation au marché du travail (ce qui signifie avoir six cotisations ou moins de six au cours des 12 derniers mois).
COUVERTURE	Nationale
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Formation professionnelle Cours de formation dans les métiers, d'une durée comprise entre 180 et 300 heures (à quelques exceptions près, il peut être prolongé à 450 heures) comprenant à la fois des heures théoriques et pratiques. Une aide à la recherche d'emploi est également offerte.</p> <p>Intermédiation du travail Emplois directement liés à la formation reçue et actions visant à réaliser le placement dans les emplois formels.</p> <p>Certification des compétences professionnelles Un pourcentage des personnes formées aura accès, avec une expérience professionnelle antérieure, à une évaluation des compétences professionnelles qui sera réalisée par le biais du Système national de certification des compétences professionnelles, établi par la loi 20.267.</p> <p>Subventions et contributions Le programme fournit 3,36 Euro pour chaque jour de formation. L'argent est remis en espèces, chaque semaine directement au participant ou via une banque. De plus, le programme offre une subvention et des services de garde d'enfants aux participants qui ont des enfants entre 0 et 6 ans: les participants ayant des enfants de moins de 3 ans reçoivent une subvention de 4,48 Euro par enfant, pour chaque jour suivi à la formation. Dans le cas des enfants entre 3 et 6 ans, une crèche peut être fournie uniquement pendant la phase d'enseignement et l'assistance technique de groupe. Enfin, le programme offre une assurance accident de voyage qui couvre les frais médicaux dus à ou à l'occasion d'un accident survenu en route vers ou depuis le lieu où le cours a eu lieu;</p> <p>Accompagnement socio-professionnel personnalisé Il examine les activités visant à assurer la permanence des participants au programme, à éviter les désertions non fondées et à renforcer les aptitudes et aptitudes professionnelles, en garantissant les conditions et compétences minimales avec lesquelles les participants au programme peuvent faire face de manière plus adéquate au marché du travail.</p> <p>Études de nivellement Destiné à un pourcentage de personnes n'ayant pas terminé le deuxième cycle de l'enseignement secondaire.</p> <p>Poursuite des études Pour un pourcentage de participants au programme qui ont leur licence de quatrième année, l'accès à une bourse pour poursuivre des études techniques à un niveau</p>

	<p>supérieur et une bourse pour soutenir leur maintien seront offerts.</p> <p>Personnes handicapées Son objectif est de parvenir à l'insertion professionnelle des personnes handicapées sur le marché du travail, grâce à un processus de formation qui permet à chaque participant d'acquérir des connaissances techniques, des compétences pratiques dans un métier et de développer des compétences personnelles pour le monde du travail. En outre, il considère l'inclusion du travail dans le cadre de l'emploi assisté.</p> <p>Femme entreprenante Son objectif est de favoriser l'accès et la permanence sur le marché du travail des femmes qui développent ou ont l'intention de développer une entreprise économique ou qui travaillent de manière indépendante. Les femmes participent au plan de formation de 100 heures "Gestion de l'Entrepreneuriat", qui se compose de deux étapes :</p> <p>Phase Lective : Dans cette étape, la formation est dispensée, à travers les modules dans lesquels les apprentissages attendus sont diffusés.</p> <p>Dans le quatrième module de la formation, ils reçoivent une subvention d'outillage d'un maximum de 300000 \$, qui peut être entièrement dépensée pour les machines, l'équipement et les biens d'équipement en général, ou jusqu'à 40% (120000 \$) pour les biens et services associés au travail capital. Il peut également être consacré aux procédures et services associés à la formalisation de l'entreprise.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Gouvernement du Chili En 2018 : 37 893 736 Euros
RAISONS DU SUCCÈS	
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	

N°23 : JOVENES CONSTRUYENDO EL FUTURO / LES JEUNES CONSTRUISENT LEUR AVENIR – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme met en relation des jeunes âgés entre 18 et 29 ans qui n'étudient pas, ne travaillent pas avec des entreprises, avec des ateliers où ils peuvent développer et renforcer leurs habitudes de travail et leurs compétences techniques afin d'augmenter leurs possibilités d'employabilité dans le futur. Le programme "Jeunesse pour construire l'avenir" vise à créer les conditions permettant à au moins 2 300 000 jeunes, qui jusqu'à présent n'ont pas participé aux processus économiquement productifs de la société mexicaine, de se percevoir comme coparticipants à ces processus et de contribuer à la construction d'un nouveau Mexique qui les reconnaît et les inclut.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

En 2018, 6.5% des hommes âgés de 15 à 24ans et 7.6% des femmes de cette même tranche d'âge au chômage. 79% des jeunes mexicains appartenant à la génération du millénaire et du centenaire ont des difficultés à entrer dans le marché du travail, selon l'étude «Pénurie d'opportunités d'emploi pour les jeunes People», menée par la société de capital humain Manpower.

Ainsi le programme est créé en 2019 dans le but d'aider les jeunes entre 18 et 29 ans à être insérés dans le monde du travail à travers des formations.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les jeunes de 18 à 29 ans qui n'étudient ni ne travaillent actuellement et déclarent être en mesure de participer au programme.
COUVERTURE	Le programme couvre 208 162 jeunes filles et 147 375 garçons.
PRESTATIONS OFFERTES	Une formation pour une durée d'un an. Une aide mensuelle de 3600 pesos. Une assurance maladie contre les maladies, la maternité et les risques professionnelles.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Les sources de financement : Ministère du travail et de la protection sociale (STPS) Gouvernement du Mexique Ministère du travail et de la protection sociale Le budget du programme : 25 600 millions de pesos en 2020
RAISONS DU SUCCÈS	Le programme Jovenes construyendo el futuro a été placé comme l'un des piliers de la politique sociale. Il a permis aux jeunes de développer les habitudes de travailler,

	<p>renforcer leurs compétences techniques pouvant favoriser une inclusion sociale et augmenter leur employabilité à l'avenir.</p> <p>Selon l'IMSS 30% des boursiers inscrits au programme Jóvenes construyendo el futuro, soit 300 000 jeunes, obtiennent un emploi formel à l'issue de leur formation (début 2020)</p> <p>A la fin de leur formation ils ont octroyé 24 595 postes de travail et 131 358 des postes vacants dans la ville de Mexico.</p> <p>Dans la ville Guerrero 18076 poste de travail ont été octroyé et 101 871 et des postes vacants.</p> <p>15 417 postes de travail ont été octroyé et 78 569 des postes vacants.</p> <p>Dans la ville de Yucatan, 9 360 postes de travail ont été octroyés et 37 357 postes vacants.</p> <p>Les jeunes de Chiapas ont bénéficié de 37 806 de postes de travail et 201 478 postes vacants.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Gouvernement du Mexique Ministère du travail et de la protection sociale</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>La formation durera jusqu'à un an et il y aura des évaluations mensuelles de tuteur à apprenti et d'apprenti à tuteur pour suivre le processus de formation.</p> <p>L'apprenti ne peut changer de centre de travail qu'une seule fois.</p> <p>À votre deuxième chance, le temps restant jusqu'aux 12 mois offerts par le programme sera formé. En cas de désengagement de sa deuxième chance, l'apprenti sera exclu du programme.</p> <p>Le jeune recevra un document attestant les compétences acquises lors de la formation.</p> <p>Si vous n'êtes pas embauché au Job Center où vous avez été formé, la Plateforme vous proposera un menu d'options qui facilitera votre intégration sur le marché du travail.</p>

N°24: REGIME D'ASSURANCE MEDICALE POUR LES RESIDENTS URBAINS NON SALARIES (SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE) / URBMI (URBAN RESIDENT BASIC MEDICAL INSURANCE) – ASIE / CHINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

En 2007, la Chine a lancé un programme d'assurance maladie volontaire subventionné par l'État pour les résidents urbains sans emploi formel, y compris les enfants et les personnes âgées.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Depuis la réforme économique chinoise de 1978, la Chine connaît une croissance économique remarquable. Cependant, le succès économique de la Chine ne se traduit pas nécessairement par des gains de bien-être social pour ses citoyens. Avec la croissance économique, dans les zones rurales, nous avons assisté à la dissolution du programme RMS qui était le pilier du système de soins de santé dans les zones rurales. Dans les zones urbaines, des millions de travailleurs ont perdu leur emploi ainsi que l'assurance maladie liée à l'emploi lors de la réduction des dépenses de l'État au milieu des années 1990. Pour améliorer cette situation, le gouvernement chinois a mis en place un système de santé publique universel dans sa récente réforme des soins de santé. Le système se compose de trois programmes clés : l'assurance médicale de base des employés urbains (UEBMI) pour les employés urbains, initiée en 1998 ; la Nouvelle Coopérative Médicale (NCMS) pour les résidents ruraux, établi en 2003 ; et le programme pour les résidents urbains (URBMI), qui couvre les résidents urbains sans emploi.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les personnes qui se trouvent sans activité professionnelle. Les enfants. Les personnes âgées.
COUVERTURE	L'URBMI couvre 296.3 millions de résidents vivant dans les zones urbaines. (Comité national de la santé et du planning familial, Chine, 2014).
PRESTATIONS OFFERTES	Le programme prend en charge le paiement des services hospitaliers et ambulatoires en cas de maladies graves comme le diabète, l'hypertension et les maladies cardiaques. Les services de soins de santé réguliers peuvent également être couverts en fonction du type de prestations offertes dans chaque région. La probabilité de remboursement était de 45% en 2007 et a progressivement évolué au fil du temps.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par des contributions individuelles et des subventions gouvernementales partagées entre les

	<p>gouvernements central et local. En 2008, la subvention gouvernementale minimale était de 40 RMB par personne inscrite par an, dont une subvention de 20 RMB du gouvernement central pour les personnes inscrites dans les provinces centrales et orientales les plus pauvres. La prime moyenne des villes pilotes en 2007 était de 236 RMB pour les adultes et de 97 RMB pour les enfants. En moyenne, les subventions des gouvernements central et local ont représenté environ 36 % du coût de financement pour les adultes et 56 % pour les enfants. Le montant total des subventions provenant de toutes les sources gouvernementales est passé à 280 RMB par an en 2013. Les employeurs sont également encouragés à cotiser pour les membres de la famille de leurs employés.</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>L'URBMI est le seul programme d'assistance sociale qui couvre principalement les individus sans activité professionnelle aussi bien ceux qui ont perdu leurs emplois que ceux qui n'ont jamais exercé de métier stable.</p> <p>L'URBMI a considérablement contribué au développement de l'utilisation des services médicaux formels dans les régions occidentales relativement pauvres et des non-salariés qui sont habitués à la médecine traditionnelle chinoise. La proportion d'individus refusant de se faire traiter en raison de difficultés financières est relativement faible grâce à la mise en place de ce programme.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Le gouvernement central. Le gouvernement local. Les municipalités. Le Ministère des affaires humaines et de la sécurité sociale.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Après plusieurs années de développement, le NCMS et l'URBMI ont bien opéré et ont jeté les bases qui ont permis à la Chine de se rapprocher de la couverture médicale universelle. Cependant, comme les phénomènes migratoires sont devenus de plus en plus fréquents, certains migrants ont été couverts à la fois par le NCMS et l'URBMI, ce qui a créé des contraintes financières pour les fonds publics. Afin d'éviter les chevauchements entre les couvertures du NCMS et de l'URBMI et d'améliorer l'équité, la durabilité et l'efficacité des programmes, le Conseil d'État chinois a émis un avis sur l'intégration des systèmes d'assurance médicale de base entre les résidents urbains et ruraux en janvier 2016 et a exigé l'intégration des deux programmes.</p>

N°25: PROGRAMME D'EMPLOI GARANTI MG-NREGA – ASIE / INDE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme d'emploi garanti est une politique de protection sociale instaurée par l'État Indien pour soulager les populations rurales qui vivent en dessous du seuil de pauvreté. Il a été instauré en 2005 et octroie la possibilité à chaque ménage de bénéficier jusqu'à 100 jrs de travail par an au niveau des chantiers publics. Sa mise en œuvre est rendu effective par la loi (Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act, MG-NREGA). En 2009, la loi est baptisée du nom du père de la nation Mahatma Gandhi. Elle cible les régions rurales dans lesquelles la pauvreté est plus importante qu'en milieu urbain. Son rôle est primordial pendant les périodes de pénurie, lorsque la population rurale n'est pas en mesure d'obtenir un emploi. La loi MG-NREGA, en garantissant légalement l'accès à la protection sociale et le droit à l'emploi devient l'un des plus importants dispositifs mondiaux.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'Inde a toujours eu des difficultés pour relever le niveau de vie de sa population rurale. La Commission de Planification après s'être basée sur les données des analyses de l'Étude des Échantillonnages nationaux (NSS) de 1997 et 1998, a montré que les dépenses mensuelles générales étaient à l'époque en dessous du seuil de pauvreté en dépit de la politique de réforme économique. Les populations n'ont pas pu se défaire de leur situation de précarité. En 2005, le taux de pauvreté était de 27 % en Inde, environ 1/3 de la population pauvre mondiale.

Pour apporter des solutions nouvelles à ce problème, ce programme a été mis en œuvre dans un contexte de décentralisation des politiques publiques pour assister les populations les plus pauvres. En plus de fournir aux ménages ruraux des emplois supplémentaires, le MG-NREGA cherche également à encourager et à faciliter l'autonomisation des femmes grâce à l'inclusion financière. Dans le rapport de l'UNESCO de 2010, le ministre du logement et de la Lutte contre la Pauvreté urbaine signale que plus de 81 millions d'Indiens vivaient en dessous du seuil de pauvreté.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Ce sont les adultes des ménages du monde rural âgés de plus de 18 ans, y compris les personnes en situation d'handicap.
COUVERTURE	Le programme concerne les ménages du monde rural. Le nombre de bénéficiaires au cours de l'année 2017-2018 est de 75 900 000 personnes soit 51 200 000 ménages.
PRESTATIONS OFFERTES	Le programme agit sur l'emploi et la protection sociale des cibles

	<p>pour leur assurer un minimum de revenu. Chaque ménage a la possibilité de bénéficier jusqu'à 100 jours de travail par an.</p> <p>Un taux de salaire journalier moyen de 169,46 INR soit 1,92 euro est alloué à chaque personne durant l'année 2017-2018.</p> <p>Les paiements sont hebdomadaires ou au plus tard 15 jours après l'achèvement. Ils se font via les banques ou les bureaux de poste.</p> <p>Dans certaines zones, c'est le comité de paiement qui se charge de payer les personnes qui n'ont pas de comptes bancaires.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Cofinancement gouvernement central et les États. Cependant une grande partie est mobilisée par le gouvernement central.</p> <p>Au cours de l'année 2017-2018, l'estimation budgétaire était de 48 000,00 crore INR (1 crore = 10 millions). La somme totale en euro est de 5 425 876 800.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le programme a permis aux populations du monde rural de gagner 95 à 100 roupies (1,07 Euro à 1,13 Euro) par jour soit près de 10 000 roupies (113,01 Euros) tous les ans. Les districts qui ont eu plus de succès seront récompensés par le ministère de développement rural qui prévoit une récompense en termes d'investissement. La plus grande réussite demeure la décentralisation du programme dans les districts locaux. Ils sont les principaux acteurs et travaillent directement avec les bénéficiaires. Les femmes qui, auparavant, n'étaient pas productives, deviennent la main d'œuvre la plus importante du MG-NREGA.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Le Gouvernement fédéral et les États</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>Il faut noter que le deuxième volet du programme consiste à construire des infrastructures et l'amélioration de manière durable des possibilités de moyens de subsistance ruraux.</p>

FEMMES & FILLES

N°26 : PROGRAMME DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH – AFRIQUE / BOTSWANA

PRESENTATION DU PROGRAMME

Au Botswana, plus de 95 % des femmes ont reçu des soins prénatals et ont accouché dans un centre de santé.

Le Botswana a piloté son programme de PTME dans les deux plus grandes villes, Francistown et Gaborone, en 1999 et 2000 respectivement. Le programme initial de PTME propose aux femmes un dépistage volontaire du VIH pendant la grossesse, avec des conseils avant le test par des sages-femmes lors des visites prénatales de routine ; un cours de ZDV de courte durée (à partir de 34 semaines) pour les mères et les nourrissons ; et des aliments pour nourrissons pendant 12 mois. Le ministère de la santé a permis aux futures mères d'avoir accès à tous les services en un seul endroit en intégrant la PTME dans les services de santé maternelle et infantile de routine. Le programme de PTME a été déployé dans tout le pays en 2002.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le premier cas de VIH au Botswana a été diagnostiqué en 1985. À la fin de 2003, on estimait à 350 000 le nombre de cas de VIH au Botswana. Des adultes et des enfants vivaient avec le VIH/sida touchant ainsi plus de 37% des femmes enceintes. La prévalence du VIH en 2003 était estimée être la deuxième plus élevée au monde, derrière le Swaziland seulement. Une femme enceinte sur trois âgée de 15 à 49 ans était séropositive. En 2007, on estimait à 275 773 le nombre de personnes vivant avec le VIH au Botswana, dont 163 630 femmes et 112 143 hommes.¹⁴ Le principal mode de transmission du VIH est hétérosexuel. Parmi les facteurs ayant un impact sur l'épidémie de VIH/SIDA au Botswana figurent la pauvreté et la mobilité géographique, la stigmatisation, l'inégalité des sexes, la forte prévalence de l'herpès et le faible taux de circoncision masculine. L'inégalité sociale a contraint les gens à migrer vers des zones offrant de meilleures perspectives économiques, ce qui a propagé le VIH par des réseaux élargis de nouvelles relations sexuelles. Les régions minières, comme Selebi Phikwe, ont les taux les plus élevés de VIH dans le pays, avec plus de 50 % des adultes séropositifs. Cette association entre l'industrie minière et le VIH n'est pas unique au Botswana ; environ 45% des travailleurs des mines d'Afrique du Sud étaient séropositifs en 2007. La surveillance sentinelle du VIH/SIDA a démontré que, dû à la mobilité élevée de la population et au réseau routier, le VIH dans les zones rurales (36,7 %) était encore plus élevé que dans les zones urbaines (34,0 %).

Les femmes enceintes séropositives ont un risque élevé de transmission du virus à leur bébé durant la grossesse, à la naissance ou en le nourrissant au sein. 90% des infections nouvelles au VIH chez les nourrissons sont dues à une transmission de la mère à l'enfant. En l'absence de toute intervention, le risque de transmission de l'infection de la mère à l'enfant est de 20 à 45%. Grâce à un ensemble d'interventions globales, ce taux de transmission peut diminuer considérablement.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les femmes séropositives.
COUVERTURE	Le programme de PTME, qui a débuté en 1999, couvre plus de 94 % des femmes dans le besoin. Les services sont accessibles dans 83 cliniques et dans 80 autres cliniques de proximité. Le programme a permis d'éviter, selon les estimations, 11 000 décès d'enfants dus au VIH/SIDA et, avec la diminution du nombre de nouvelles infections infantiles, le besoin de traitement des enfants a également été réduit. Les résultats préliminaires du rapport de surveillance sentinelle du Botswana sur le VIH et le sida 2009 montrent que sur les 350 557 personnes vivant avec le VIH/sida au Botswana à la fin de 2009, on estime que 19 125 étaient des enfants âgés de 0 à 14 ans.
PRESTATIONS OFFERTES	Mobilisation sociale (information, éducation et communication). Dépistage de routine du VIH par test rapide. Alimentation des nourrissons.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le projet BOTUSA et le gouvernement du Botswana ont soutenu le dépistage du VIH et ont dirigé les efforts de mise en œuvre du programme de PTME. Le PEPFAR, par l'intermédiaire du CDC et de BOTUSA, a fourni environ 3 millions de dollars par an pour la formation et les tests sur les nourrissons. -Le ministère de la santé a fourni toutes les préparations pour nourrissons et de nombreux médicaments. Boehringer a fait don de névirapine (NVP).
RAISONS DU SUCCÈS	Le programme a été le premier à distribuer des médicaments antirétroviraux au Botswana, la zidovudine étant donnée gratuitement. Les mères séropositives qui choisissent d'éviter l'allaitement maternel reçoivent gratuitement une année de lait maternisé. Ces éléments ont fortement participé au succès de ce programme : L'engagement et la forte collaboration politique avec toutes les parties prenantes en particulier les ONG. La mise en œuvre d'un programme de dépistage rapide du VIH. Le renforcement de la gestion et l'amélioration de la qualité des données. Le renforcement des liens avec d'autres programmes de lutte contre le VIH (ARV, CHBC, STI, etc.).
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Le Ministère de la santé ; BOTUSA ;

	PEPFAR ; Boehringer ;
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Un environnement hautement criminalisé pour la communauté LGBTI et les professionnels du sexe et la stigmatisation sociale ont engendré une progression lente des directives et engagements du programme. On enregistre également un recul dans la prévention du VIH dans les écoles, en particulier autour de l'accès à l'éducation sexuelle complète et aux services liés aux droits sexuels et reproductifs.

PRESENTATION DU PROGRAMME

Au Ghana, en 2008, le programme Free Maternal and Child Health Care vise à garantir le paiement des soins d'accouchement des femmes dans les établissements de santé publics et privé. Le système cible chaque femme enceinte avec un ensemble complet d'avantages couvrant les soins de santé maternels complets. Le taux de couverture santé maternelle et infantile est estimé à 64%.

Au Ghana, le nombre de consultations prénatales a diminué régulièrement passant de 98,6% en 2011 à 92,2% en 2012, à 90,8% en 2013 pour atteindre 86,7% en 2014. En 2015, le pays note une réduction de la mortalité maternelle et la réalisation de la cible 5 de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD). Pour garantir des fonds suffisants, il faut non seulement une planification et une budgétisation réalistes, mais aussi une source de financement fiable et à long terme. Il faudra pour cela renforcer les négociations interministérielles avec le ministère des finances et être en mesure d'assurer et de documenter la réussite des politiques.

L'intégration d'une forte composante de suivi et d'évaluation a permis la résolution des problèmes à un stade précoce et d'en obtenir des succès sur le marché.

Au Ghana, le personnel a déclaré faire de longues heures de travail (79 heures par semaine pour les sages-femmes publiques, 109 pour les médecins et 129 pour les assistants médicaux, qui sont les seuls responsables des centres de santé 24 heures sur 24).

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Au Ghana, une politique d'exonération des frais d'accouchement a été introduite en 2004, destinée à couvrir tous les coûts des soins dispensés à la mère et au fœtus pendant le travail et à la mère pendant les six semaines suivant l'accouchement. Entre 2005 et 2006, une évaluation de la politique dans 6 districts de la région centrale et de la Volta a été menée par une initiative pour l'évaluation des programmes de mortalité maternelle (IMMPACT). Cette initiative a été progressivement abandonnée et remplacée par l'assurance maladie en 2008.

La politique ghanéenne prévoyait des livraisons effectuées par des fournisseurs publics, des missions et des fournisseurs privés, avec des tarifs différenciés pour refléter les différentes subventions publiques dont ces acteurs bénéficient.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 64 ans pour les hommes et 70 ans pour les femmes en 2018.

En 2015, le taux de mortalité maternelle était de 319 pour 100 000 naissances vivantes.

En 2008, le Ghana a introduit une politique de soins de santé maternelle via l'inscription des femmes enceintes au régime national d'assurance maladie pour accéder gratuitement aux soins de santé. L'étude vise à mesurer la contribution du Free Maternal Health Care Policy (FMHCP) à l'utilisation

des soins de santé maternelle, des soins prénatals et l'accouchement en établissement et déterminer l'impact de l'utilisation sur les mort-naissances, les décès périnatals et néonataux.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les femmes enceintes
COUVERTURE	64% en 2008
PRESTATIONS OFFERTES	Le programme visant à rendre les soins d'accouchement gratuits pour toutes les femmes est une action audacieuse et opportune, qui est soutenue par des preuves provenant du Ghana et d'ailleurs.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le financement provient du Gouvernement En ce qui concerne les paiements des ménages, l'incidence des paiements directs catastrophiques (OOP) a diminué de 13 %. Pour le quintile le plus pauvre, la proportion de ceux qui paient plus de 2,5 % de leurs revenus est passée de 55 % avant la politique à 46 % après. Si l'on se base sur le nombre de personnes vivant dans la pauvreté, la proportion de ménages tombant dans l'extrême pauvreté à la suite de leurs paiements de livraison est passée de 2,5 % avant la politique à 1,3 % après.
RAISONS DU SUCCÈS	Forte politique du Gouvernement ; Intégration d'une forte composante de suivi et d'évaluation du système ; Implication des ministères de la santé en partenariat avec des institutions d'évaluation indépendantes ; L'évaluation du régime d'exemption de frais au Ghana a permis de tirer des enseignements clairs qui peuvent contribuer à renforcer la fourniture de services gratuits aux femmes enceintes dans le monde entier ; Disponibilités des équipements de base pour les soins de santé ; Augmentation du nombre d'heures de travail des personnelles de santé.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Le Ministère de la santé
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Réduction du taux de mortalité maternelle et infantile Impliquer une politique pour les soins de santé aux nouveau-nés Fixer un taux de 12 pour 1 000 naissances vivantes d'ici 2030

N°28 : BASIC WIDOW'S PENSION (PENSION DE BASE POUR LES VEUVES) – AFRIQUE / ILE-MAURICE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme Basic Window's Pension est un programme mis en place par le Gouvernement mauricien. Il a pour objectif de d'assister et d'autonomiser les femmes en situation de vulnérabilité. Il octroie un transfert mensuel d'environ 987 Euros aux bénéficiaires.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'Ile Maurice fait partie des pays référence en matière de pension. Le régime national des pensions a été introduit en 1976. L'espérance de vie de l'Ile Maurice est située à 74 ans en moyenne. L'espérance est plus élevée chez les femmes (78 ans) que chez les hommes (71 ans). En outre, les femmes sont les plus touchées par le chômage. Le taux de chômage des femmes s'élève à 10,1% alors que celui des hommes est de 4,7%. L'Ile Maurice a enregistré 11 174 décès en 2019, soit un taux de mortalité 8,8% et une hausse de 387 décès par rapport à 2018. E 2003, la part des femmes était de 50,5%. Seulement 18% des ménages sont dirigés par une femme. 85% des femmes chefs de ménages sont soit des veuves ou divorcées ; 6% de célibataire et 7% de femmes mariées. Afin d'aider les personnes vivant seules à la suite du décès de leur conjoint, le Gouvernement mauricien a mis en place le Basic Window's Pension. Dans le cadre de la loi n° 2014-1654 du 29 décembre 2014 de finances pour 2015, l'aide différentielle accordée aux conjoints survivants (ADCS) avait été remplacée par une aide complémentaire aux conjoints survivants leur permettant d'atteindre un revenu mensuel de 987 euros.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les veuves.
COUVERTURE	Couverture nationale 19 050 bénéficiaires en 2017
PRESTATIONS OFFERTES	Transfert monétaire 188,37 Euro (9000 RS) par mois
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le gouvernement. Le budget : 28,005 millions Euro (1 345 238 083 RS)
RAISONS DU SUCCÈS	La conception d'un registre social de l'Ile Maurice (SRM). Ce registre fait office de base de données de tous les bénéficiaires du programme de protection sociale. En outre le registre est utilisé par le Ministère de la Sécurité Sociale pour identifier les

	<p>potentiels bénéficiaires et décider du niveau d'assistance pour chaque bénéficiaire.</p> <p>La mise en place d'un comité de suivi par la Présidence.</p> <p>La mise en place d'un canal d'échange électronique automatisé par la Division de l'État civil pour détecter les cas de décès et de remariages des bénéficiaires. Ainsi ces informations sont obtenues quotidiennement via la plateforme Info-Higway.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Ministère de la Solidarité de la Femme de la Famille et du Développement Social Ministère de l'Intérieur Ministère de l'Économie et des Finances Ministère de la Santé et de la Qualité de la Vie</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>L'appui du Ministère de la Santé et de la Qualité de la vie à l'exécution du programme. Ce dernier fournit une liste des bénéficiaires admis qui dans un hôpital public pendant plus de trois mois. Ce qui aide facilite le contrôle de l'exécutif.</p>

N°29: AIDE DIRECT AUX VEUVES EN SITUATION DE PRECARITE AVEC ENFANT EN CHARGE – AFRIQUE / MAROC

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'aide directe aux veuves en situation de précarité avec enfants à charge est un programme de transfert monétaire. Ce programme octroie à la veuve ayant des orphelins de moins de 21 ans (pas de limite d'âge pour l'enfant handicapé) et scolarisés ou inscrits dans une filière de formation professionnelle.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Maroc est un pays avec plus 20 millions de femmes soit plus de 50% de sa population. L'espérance de vie du Maroc est en moyenne de 75 ans avec 77 ans pour les femmes et 74 ans pour les hommes. Les veuves représentent 10% des femmes du Maroc. L'analyse de la situation des femmes révèle une faible participation au marché du travail. Le taux d'activité des femmes s'élevait à 21,5% avec un taux de 27,1% en milieu rural et 18,5%. Lancée en fin 2014, par le Chef du gouvernement. La mise en œuvre de ce programme a eu lieu suite à une concertation de trois départements ministériels à savoir le Ministère de l'Intérieur; Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement social et le Ministère de l'Économie et des Finances.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les femmes veuves dans une situation précaire ayant à charge des enfants scolarisés ou n'ayant pas encore l'âge d'aller à l'école ou des enfants en situation de handicap.
COUVERTURE	Couverture nationale Environ 300 000 femmes bénéficiaires en 2014
PRESTATIONS OFFERTES	L'aide est de 350 dirhams par enfant âgé de moins de 21 ans. Elle est plafonnée à 1 050 dirhams. La limite d'âge est supprimée en cas d'handicap
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	En 2020 58,2 millions Euro (630 millions Dirham) En 2017 43,86 millions Euro (474,40 millions Dirham)
RAISONS DU SUCCÈS	L'approche intersectorielle entre les Ministères.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Ministère de la Solidarité de la Femme de la Famille et du Développement Social Ministère de l'Intérieur Ministère de l'Économie et des Finances
AUTRES INFORMATIONS	

N°30 : MUJERES JEFAS DE HOGAR (FEMMES CHEF DE FAMILLE) – AMERIQUE LATINE / CHILI

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'objectif du programme est de contribuer à l'insertion professionnelle de qualité des femmes, en leur fournissant des outils pour surmonter les principaux obstacles à l'accès au marché du travail auxquels elles sont confrontées. Le Chili compte 2 millions de foyers où les principaux pourvoyeurs de ressources sont les femmes. À cette fin, le programme offre et articule différents services pour les femmes, tels que : des ateliers d'autonomisation du travail, des formations (entre 80 et 300 heures) et l'intermédiation du travail, le soutien à l'entrepreneuriat, le nivellement des études, l'alphabétisation numérique, les soins dentaires et l'éducation des enfants en maternelle et en garderie.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

En Amérique latine, les réformes agraires des années 60 et 70 ont favorisé les hommes chefs de famille dans les plans de redistribution des terres. Elles ont aggravé le manque d'accès des femmes aux titres fonciers et aux services agricoles dispensés par les coopératives.

Cela n'est pas sans effet sur la situation des femmes. Pour exemple, les études au Chili dans les années 90 indiquent que les taux de mortalité infantile sont plus importants dans les ménages dirigés par des femmes. Par ailleurs, le fait d'être à la fois femme et chef de famille entraîne de nouvelles discriminations. Ces dernières les affectent dans leur accès au logement social en milieu urbain et à la terre dans un contexte de réforme agraire en milieu rural, deux ressources auxquelles elles auraient dû pourtant avoir accès à titre de chef de famille. Parce qu'elles ne le sont - souvent que de facto, elles ne figurent pas sur les registres des bénéficiaires de ces programmes. Enfin, la réprobation sociale face à certaines formes de monoparentalité explique sans doute également que ces ménages aient moins accès que d'autres aux allocations et aux ressources publiques ainsi qu'au soutien des réseaux sociaux. Face à cette situation la représentation des intérêts des femmes et l'institutionnalisation du genre se pose avec acuité pour l'État chilien au lendemain du retour à la démocratie en 1990.

D'un autre côté, les femmes ont développé une plus grande conscience de soi et une estimation plus juste de leurs besoins, de leurs capacités et de leurs droits. De ce fait, la plupart d'entre elles (81 %) s'estiment victimes de discriminations, notamment dans les domaines du travail (93 %), de la liberté

sexuelle (77 %), de la politique (74 %), dans les médias (69 %) et dans leur vie familiale (66 %). Pour 62 % d'entre elles, un certain malaise social et existentiel en découle.(source)

Aussi, la transition s'accompagne d'une prise en charge par l'État des revendications d'égalité des sexes à travers la création du Service national de la femme (SERNAM – Servicio Nacional de la Mujer). La mise en place de politiques publiques d'égalité homme femme correspond tout d'abord au respect d'un engagement pris par la Concertation avant même d'arriver au pouvoir, auprès du mouvement de femmes et féministe. Mais elle correspond également au besoin de donner rapidement des gages de réintégration au concert des nations démocratiques et respectueuses des droits humains, sur la scène internationale.

Les politiques publiques d'égalité des chances entre hommes et femmes sont impulsées par le Service national de la femme (SERNAM), une agence dont la Directrice a un rang ministériel. Ainsi, dans un premier temps, de 1991 à 1999, son action porte essentiellement sur des modifications législatives visant à instaurer l'égalité formelle quelques politiques sociales ciblées sur les femmes en situation de grande pauvreté ou d'indigence (à l'image du programme Mujeres hefas de Hogar), et sa consolidation en tant qu'institution gouvernementale.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Femmes de 18 à 65 ans appartenant aux trois premiers quintiles de revenu vérifiés avec le formulaire de sélection du programme. Les femmes chef de famille économiquement active vivant dans les communes où le programme est mis en œuvre.
COUVERTURE	Nationale
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Ateliers sur la qualification de la main-d'œuvre : Tous les participants au programme Réaliser des activités de réflexion, à caractère collectif et individuel, sur leurs histoires personnelles, avec l'axe principal dans la trajectoire de travail que chacune d'elles a eue. Sur cette base, chaque femme développe son futur projet de travail et définit, avec l'équipe communautaire du Programme, les activités spécifiques dans lesquelles elle sera impliquée.</p> <p>Formation et placement : Tous les participants au programme La formation est dispensée à la fois pour l'emploi dépendant et indépendant et utilise l'offre programmatique de SENCE, comme des formations dans les métiers, des exonérations fiscales, des bourses pour des programmes sociaux, etc. Concernant l'intermédiation du travail, l'information est gérée et des liens sont établis avec les différentes offres d'emploi de chaque territoire. Ces avantages peuvent conduire à un emploi en tant que salarié ou à un travail indépendant.</p> <p>Appui au développement productif des entreprises individuelles et associatives : Tous les participants au</p>

	<p>programme Appui sur les domaines liés à la gestion d'une microentreprise sont abordés, tels que : l'administration, la gestion, le marketing, la gestion comptable et l'élaboration de plans d'affaires.</p> <p>Nivellement des études : Tous les participants au programme Des programmes d'éducation des adultes développés dans les Centres pour l'éducation intégrée des adultes (CEIA), des examens gratuits et la modalité flexible offerte par le programme Chile Califica.</p> <p>Garde d'enfants : Tous les participants au programme Un accès préférentiel aux crèches et jardins d'enfants (JUNJI ou INTEGRA) est offert aux enfants des participants pendant leur travail ou leur formation. Les enfants pour entrer dans les crèches doivent être âgés de 3 mois à 2 ans, et dans le cas des jardins d'enfants l'âge doit fluctuer entre 2 ans et 5 ans et 11 mois d'âge, et dans le cas des jardins d'enfants l'âge doit fluctuer entre 2 ans et 5 ans et 11 mois.</p> <p>Soins dentaires, préventifs et de santé mentale : Tous les participants au programme Les participants ont accès aux prestations de soins primaires développées par le ministère de la Santé. D'autre part, les soins dentaires, ophtalmologiques et de santé mentale sont fournis par le ministère de la Santé dans le cadre du programme de résolution des soins primaires.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Gouvernement du Chili Budget en 2018 : 4 193 658 Euro</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Prise en charge des vulnérabilités multi dimensionnelles auxquelles sont exposées aux femmes chefs de ménage.</p> <p>La prise en compte des trajectoires de vie des femmes lors de la formation à l'entreprenariat via des groupes de soutien communautaires.</p> <p>Le critère de proximité dans le processus de recherche d'emplois via une territorialisation des opportunités d'emplois</p> <p>La formation continue à travers l'alphabétisation des adultes articulés à la gestion des microentreprises.</p> <p>La prise en charge des dépendants pour libérer les femmes via les garderies d'enfants.</p> <p>La prise en compte de la dimension psychologique de la vulnérabilité des femmes à travers des soins de santé mentale et autres soins préventifs.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Service national pour les femmes et l'égalité des sexes (SERNAMEG) Municipalités</p>

**AUTRES INFORMATIONS
SUR LE PROGRAMME**
(Soutenabilité + Réforme en
cours)

N°31 : RED DE MUJERES (RESEAU DE FEMMES) – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme réseau des femmes "red mujeres" a été créé en 2019 pour lutter contre les violences physiques et morales faites aux femmes. C'est un programme de soutien pour les femmes qui souffrent d'un certain type de violence sexiste. Le réseau est composé de 2 500 femmes de Mexico, plus d'un réseau de 400 femmes appartenant à des peuples autochtones.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Selon l'enquête nationale sur la dynamique des relations au sein des ménages en 2016, la ville de Mexico présente une prévalence plus élevée de la violence à l'égard des femmes que la moyenne nationale. La violence la plus fréquente est celle qui se produit dans la communauté avec 61,1 %, suivie par la violence entre partenaires intimes, avec 52,26 %. Les femmes âgées de 15 ans et plus, habitantes de Mexico, qui ont déclaré avoir subi des violences de la part de leur partenaire, constituent 52,6 %. 6 mexicaines sur 10 ont été confrontées à un incident de violence ; 41,3% ont été victimes de violence sexuelle. Le programme "red mujeres" est créé dans le but de renforcer la prévention de la violence faites aux femmes mais aussi de lutter contre ces violences. Il promeut l'accès à la justice par la connaissance des droits des femmes. Le secrétariat à la femme (SEMujeres) met en œuvre la stratégie du Réseau des Femmes pour l'égalité et non à la violence qui touche plus 636644 personnes depuis son lancement.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les femmes et les jeunes filles de la ville de Mexico.
COUVERTURE	Ce programme compte 200 réseaux qui seront répartis dans les différentes communes de la ville de Mexico, les quartiers où le taux de violence est plus élevé. Dans chacune des municipalités, il existe deux unités de soins « Lunas », par l'intermédiaire desquelles, les jeunes filles et les femmes qui ont besoin d'un soutien psychologique et juridique sont acheminées.
PRESTATIONS OFFERTES	Dans chaque municipalité, le programme red mujeres a implanté

	des centres de soins pour les femmes victimes de violences en leur offrant des suivis psychologiques et juridiques. Il y'a aussi des ateliers de sensibilisation.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	1 870 078,74 de dollars SEMUJERES (Secrétariat de las mujeres de la ciudad de Mexico).
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le programme a un impact positif sur les femmes. Le taux de la violence est considérablement réduit. 2851 femmes ont bénéficié de ce programme. 2 200 femmes bénéficiaires directes, ainsi que 29 membres de l'équipe technique du programme social, ont reçu un soutien économique mensuel qui leur permet d'influencer la création de réseaux de femmes dans la ville de Mexico.</p> <p>Fort de ce constat, Red Mujeres a décidé d'implanter son réseau dans les autres villes.</p> <p>Une équipe technique de 29 professionnels diplômés, en stage ou en études techniques, ayant une expérience dans le travail territorial ou communautaire est formée pour promouvoir des processus de prévention à la violence de genre et à l'exercice des droits avec les réseaux formés dans chacune des 16 municipalités de la ville de Mexico.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	SEMUJERES (Secrétariat de las mujeres de la ciudad de Mexico).
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	

N°32 : ASSURANCE MATERNITE – ASIE / CHINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Ce programme couvre pratiquement toutes les femmes salariées et ouvre droit aux prestations en nature et services dans le cadre de l'assistance maternité.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Au cours de cette dernière décennie, la Chine a mis l'accent sur la santé reproductive pour garantir la santé individuelle de sa population et assurer le développement économique et social. Le taux de participation à la population active des femmes était de 61.9% en 2011 avec un taux de natalité de 12.1%. Fort de ce constat, le Conseil d'État a publié et mis en place en avril 2012 des dispositions spéciales, relatives à la protection du travail des femmes salariées. Ces mesures ont permis à celles-ci

d'accéder aux soins de maternité, d'allonger la période de congé maternité à 14 semaines soit 98 jours contre les 90 jours initialement prévus, respectant ainsi les recommandations de l'Organisation Internationale du Travail.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Le programme couvre toutes les femmes salariées, l'épouse sans emploi d'un travailleur salarié, l'épouse sans emploi d'un travailleur indépendant mais aussi la femme qui exerce une activité indépendante
COUVERTURE	Le taux de couverture est de 40% en 2013
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Les soins liés à la grossesse sont pour la plupart pris en charge, les montants variant selon les provinces. En principe, le coût des examens médicaux, d'opération, d'hospitalisation et des médicaments doit être supporté par l'employeur ou par le fonds de l'assurance maternité.</p> <p>Congé de maternité de 98 jours soit 14 semaines dont 15 jours avant l'accouchement / Les femmes salariées en congé de maternité ouvrent droit au versement des indemnités de maternité pendant cette même période.</p> <p>Les indemnités de maternité correspondent à 100 % de la base de calcul. Ce calcul est basé sur le salaire mensuel moyen de l'année précédente de l'ensemble des salariés de la même entreprise. Si le montant du salaire mensuel de l'assurée est supérieur à l'allocation de maternité découlant de ce calcul, l'employeur est tenu de compenser la différence entre ces 2 montants.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par l'État.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Ce type de programme facilite la généralisation de l'assurance maternité.</p> <p>Le service offert est un paquet complet depuis les soins prénataux jusqu'aux soins d'accouchement ainsi que l'accès aux médicaments.</p> <p>L'inclusion des femmes qui exercent une activité indépendante dans le ciblage du programme.</p> <p>L'absence de délai de cotisation.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Les employeurs.</p> <p>Le fonds assurance maternité.</p> <p>L'État.</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en	La période de congés est prolongée de 15 jours en cas de césarienne (plus de 6 millions de naissances par voie césarienne dans 438 hôpitaux chinois entre 2012 et 2016 soit) ou de

N°33 : PROGRAMME DE PROTECTION MATERNELLE (JSY JANANI SHURAKASHA YOGANA) – ASIE / INDE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme de protection maternelle créé en 2005 et visait à améliorer les conditions d'accouchement des femmes en favorisant la fréquentation des hôpitaux. C'est un projet entièrement financé par l'État central indien qui procède par des transferts monétaires à condition que la patiente se rende dans les institutions sanitaires pendant et après l'accouchement. La prime en guise d'incitation est de 1000 à 1400 roupies selon les États. Le programme concerne tous les États de l'Union mais, cible particulièrement les États à faibles rendement (LPS). Le gouvernement central travaille en collaboration avec les États respectifs pour assurer sa mise en œuvre. Par cette méthode, l'État compte lutter contre la montée de la mortalité maternelle et infantile.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Dans les années 2000, l'État indien avait comme objectif de satisfaire la demande en matière de santé maternelle et infantile. La mortalité maternelle constituait à l'époque un problème majeur car, elle représentait plus de 20% des décès. En outre, le gouvernement se rend compte que seul 34% des femmes fréquentent les hôpitaux. Pour remédier à ce problème et éliminer ce fléau, l'État avec la collaboration du National Rural Health Mission (NRHM) instaure le JSY afin d'inciter les femmes à se rendre au niveau des structures sanitaires pendant l'accouchement. Le but est d'œuvrer pour la baisse du taux de mortalité maternelle et néonatale. La prime est de 1000 à 1400 pour les femmes enceintes pauvres fréquentant les structures de santé. En 2005-2006, les chiffres tournaient autour de 7,39 lakh soit 739 000 bénéficiaires (1lakh équivaut à 100.000). Une enquête par sondage a été réalisée en Inde et les données analysées ont permis de voir la proportion de naissances intentionnelles avant 2005 et après la mise en œuvre du JSY de 2006 jusqu'à 2010. Sur les 284 districts des 9 États, la proportion de naissances dans les institutions publiques est passée de 20 % avant le commencement du programme à 49% en 5ans.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les femmes enceintes pauvres sont les bénéficiaires de ce programme.
COUVERTURE	Le programme s'est inscrit à l'échelle nationale. Chaque année, il couvre 10 millions de bénéficiaires.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Pour les LPS (États à faible rendement), en zones rurales les mères reçoivent 1400 INR (15,82 Euros) et les ASHA (militants accrédités en santé sociale qui conseillent les femmes à accoucher dans les centres de santé) un paquet 600 INR (6,78 Euros). Dans les zones urbaines le paquet mère est de 1000 INR (11,31 Euros) et celui de l'ASHA estimé à 400 INR (4,52 Euros).</p> <p>Pour les HPS (États à haute performance) dans les zones rurales, la mère reçoit 700 INR (7,91 Euro) et les ASHA 600 INR (6,78 euros) tandis qu'en zones urbaines le paquet de 600 INR (6,78 euros) est destiné aux mères et l'ASHA reçoit 400 INR (4,52 euros).</p> <p>Les femmes vivant en dessous du seuil de pauvreté qui préfèrent accoucher à domicile, bénéficient aussi du programme à hauteur de 500 INR (5,65 Euro).</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	L'allocation budgétaire totale approuvée, y compris les engagements, a augmenté de 1 %, passant de 2 013 crore (20 130 000 000 INR) soit 227 645 901,84 Euros pour l'année 2017-2018 à 2 038 crore (20 380 000 000 INR) soit 230 509 033,46 Euros pour l'exercice 2018-2019.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>La stratification au niveau des prestations selon la situation des États et des bénéficiaires.</p> <p>Sur le plan des réalisations, le Janani Shuraksha Yojana est considéré comme un facteur important dans l'utilisation élargie des établissements de santé par les femmes enceintes pour les soins d'accouchement.</p> <p>Les indicateurs sont:</p> <p>L'augmentation des prestations institutionnelles passant de 47% en 2007-2008 à 78,9 % dans l'année 2015- 2016.</p> <p>De plus, on note une baisse du taux de mortalité maternelle, qui est passée de 254 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2004-2006 à 167 décès maternels pour 100 000 naissances vivantes en 2011-2013.</p> <p>Le taux de mortalité infantile a aussi régressé passant de 58 pour 1000 naissances vivantes en 2005 à 34 pour 1000 naissances vivantes en 2016.</p> <p>Enfin la mortalité néo-natale (RMN) a connu elle aussi une diminution passant de 37 pour 1000 naissances vivantes en 2006 à 24 pour 1000 naissances vivantes en 2016.</p>
PARTENAIRES DE MISE	Gouvernement central, États et National Rural Health Mission

EN ŒUVRE	(NRHM)
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Le gouvernement a élargi le mode de paiement par transfert direct des prestations (DBT) à l'échelle nationale pour permettre à chaque bénéficiaire de percevoir son argent sur son compte bancaire. Un comité de mise en œuvre au niveau de chaque état est chargé de superviser le travail et d'établir un rapport pour le gouvernement central.

LOGEMENT & ASSAINISSEMENT

N°34: SELF HELP HOUSING AGENCY (SHHA) / AIDE AU LOGEMENT – AFRIQUE / BOTSWANA

PRESENTATION DU PROGRAMME

Dans un effort pour encourager l'accession à la propriété ainsi que pour améliorer le logement des ménages à faibles et moyens revenus, le gouvernement a introduit le programme Self Help Housing. Ce programme vise à fournir des prêts aux ménages éligibles ainsi qu'une assistance technique aux bénéficiaires. La durée de remboursement du prêt est de 20 ans maximum à un taux d'intérêt nul. Toutefois, une pénalité de 10 % est appliquée aux bénéficiaires qui auraient manqué à leurs obligations de remboursement mensuel. Ce programme s'adresse uniquement aux citoyens du Botswana qui se situent dans la tranche de revenus de P4, 400 à P52, 400 par an, qui ont un bail de droit civil, un certificat ou un titre de propriété et qui sont âgés de 21 à 60 ans. Il existe deux types de programmes SHHA, à savoir l'amélioration de l'habitat et le programme "clé en main".

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Botswana, comme d'autres pays en développement, est confronté à un problème de déficit aigu de logements, en particulier pour les familles urbaines à faible revenu. Les problèmes de logement actuels sont le résultat des changements économiques, démographiques et sociaux que le pays a connu depuis son indépendance en 1966. En particulier, le processus d'urbanisation qui a fait surface au début des années 1980. Le gouvernement a cherché à faire face au problème du logement urbain à faible revenu en mettant en place un programme d'auto-assistance au logement (SHHA) dans les principaux centres urbains.

FICHE PROGRAMME

<p>PERSONNES CIBLES</p>	<p>Les critères d'éligibilité sont :</p> <p>Être citoyen du Botswana.</p> <p>Être officiellement employé ou légitimement indépendant.</p> <p>Avoir un plan de maison approuvé (pour les demandes d'amélioration de l'habitat).</p> <p>Les travailleurs indépendants ou ménages tels que les hommes d'affaires et les agriculteurs appartenant à la même tranche de revenus seront autorisés à rembourser les prêts à intervalles réguliers à convenir avec le Conseil.</p> <p>Les retraités qui gagnent entre P44.400 et P52.400 par an et sont âgés de moins de 60 ans sont également éligibles.</p> <p>Les individus ne doivent pas être âgés de moins de 21 ans. Par contre, les candidats de moins de 21 ans mais de plus de 16 ans peuvent être autorisés à demander et à se voir attribuer des parcelles à condition qu'ils soient employés et autonomes. Les personnes mariées de moins de 21 ans atteindront la maturité par le mariage et auront donc la pleine capacité.</p> <p>Un demandeur ou son conjoint ne doit pas avoir bénéficié du prêt SHHA auparavant dans les zones urbaines désignées et hors canton où le programme SHHA est en cours. Les personnes mariées hors de la communauté de propriété ne seront pas considérées séparément pour les prêts SHHA.</p>
<p>COUVERTURE</p>	<p>Environ 1937 personnes ont bénéficié de la clé en main tandis que 1519 ont bénéficié de l'amélioration de l'habitat.</p>
<p>PRESTATIONS OFFERTES</p>	<p>Le prêt est de P60.000,00 payable en 20 ans en versements mensuels de P250.00.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Le financement est assuré par le Ministère des Terres et du Logement.</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Le programme offre des prêts de logements sur 20 ans avec un taux d'intérêt nul.</p> <p>L'offre de service est adaptée selon le titre de propriété des ménages pour améliorer l'habitat ou offrir un logement clé en main.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Le Ministère des Terres et du Logement.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME</p>	<p>Les critères d'éligibilité sont stricts et un système de contrôle est opéré pour un bon ciblage du programme.</p>

(Soutenabilité + Réforme en cours)

Le programme est financé sur le budget national.

N°35 : FULL CONCRETE HOUSING UNIT SCHEME / PROGRAMME D'UNITES DE LOGEMENT EN BETON INTEGRAL – AFRIQUE / ILE-MAURICE

PRESENTATION DU PROGRAMME

C'est un programme qui a été mis en place conjointement par le Ministère de l'intégration sociale, de la sécurité sociale et de la solidarité nationale et le National Empowerment Foundation (NEF). Il a pour objectif de fournir un logement décent aux familles démunies. Les maisons construites par le Full Concrete Unit Scheme est entièrement en béton. Le programme permet aux bénéficiaires d'obtenir un logement décent à prix subventionné avec un remboursement à hauteur de 25% du coût de construction.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Programme de logement (NEF) a été voté dans le cadre du budget 2006-2007 dans un contexte de réforme économique du pays. IL a été institué pour une durée de 5 ans (jusqu'en 2011) et doté d'un budget d'environ RS 5 milliards, il est devenu opérationnel le 7 juillet 2006 avec la constitution de son Comité de Direction. Le Ministère de l'intégration sociale et de l'autonomisation économique a mis en place un partenariat avec le NEF en 2019. Ce partenariat est mis en place pour renforcer le Full Concrete Housing Unit Scheme et vise à fournir des logements décents d'environ 40 m^2 à 50 m^2 . Le Gouvernement du Maurice s'est engagé à venir en aide aux familles qui se trouvent au bas de l'échelle sociale.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Familles démunies et vulnérables
COUVERTURE	Près de 10 000 logements sociaux entre 2015 et 2019
PRESTATIONS OFFERTES	Construction de logements sociaux
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le gouvernement 4,601 millions Euros (221 millions RS) en 2017
RAISONS DU SUCCÈS	Mise en place d'un partenariat entre le NEF et le Ministère de l'intégration sociale et de l'autonomisation économique dans le but de permettre aux bénéficiaires de vivre dans un environnement agréable. L'innovation technique reposant sur le béton intégral est promue avec succès et mise à l'échelle nationale.

PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Ministère de l'Intégration sociale, de la Sécurité sociale et de la Solidarité nationale Fondation Nationale pour l'Emploi
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	

N°36: PROVISION OF HOUSING AND SHELTER – AFRIQUE / NAMIBIE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Ce programme vise à donner à 60% des namibiens un logement convenable d'ici 2025, un assainissement et un accès à l'eau à l'horizon 2030. Dans un sens large, l'objectif de ce programme est de mettre à la disposition des personnes avec un revenu faible et intermédiaire un logement décent et durable. Le programme contribue à l'autonomisation des personnes à revenu faible afin de devenir propriétaire de leur maison à long terme. Il permet aussi d'atteindre l'industrialisation et le développement d'ici 2030.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Les difficultés de la Namibie en matière de logement inquiètent l'administration namibienne. Des efforts accélérés en matière de développement du logement sont nécessaires. La population namibienne est composée de 40% de moins de 15 ans et 51,2% de moins de 19 ans alors que 2,5% de la population ont plus de 75 ans. Cette situation entraîne avec effet direct une augmentation de la demande en logement. Le taux d'urbanisation augmente de façon très lente. Ce taux s'élevait à 4,5% en 1990 et a atteint 41% en 2001 (selon la commission nationale de planification). Le Gouvernement s'est engagé à atteindre un taux de 60% d'ici 2025. Pour atteindre son objectif, le Gouvernement de la Namibie devra intensifier la construction des services de base de logement. Dans l'optique de satisfaire à cette augmentation de la demande, le Gouvernement a ainsi adopté la politique nationale du logement en 1991. Cette politique fournira un cadre politique et guidera le pays pour toutes les composantes de l'industrie du logement. La politique du logement a été révisée pour trois raisons que sont :

- La nécessité d'admettre et de reconnaître l'indissociabilité du logement et de l'infrastructure des services municipaux au niveau politique. Le niveau d'investissement très faible dans les infrastructures municipales conduit à une pénurie de terrain viable.
- Le manque d'ambition de la politique vis-à-vis de la résolution du déficit de logement. En effet, la politique ne reconnaît pas et ne soutient pas comme il se doit le rôle essentiel qu'elle devrait jouer pour éradiquer le problème de logement.
- La politique ne décentralise pas les Logements aux autorités locales et régionales. La politique de décentralisation n'a été adoptée qu'en 1996. Plusieurs lois et programmes ont été adoptés en vue de soutenir la politique nationale du logement. En 1992, la Loi sur les conseils régionaux est promulguée et impactera sur le logement et la planification urbaine et régionale ainsi que sur le régime foncier. Ensuite la loi nationale sur le développement du logement est promulguée et appliquée en 2000.

Cette loi sur le régime foncier est flexible et constitue un élément incontournable de l'environnement législatif relatif au logement. En outre, la participation de la Namibie aux activités de l'ONU-Habitat, en étant signataire au programme pour l'habitat, et son engagement à atteindre les OMD ont aussi incité le Gouvernement à investir dans les logements sociaux.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les résidents à revenu faible et intermédiaire et les soignants d'enfants vulnérables
COUVERTURE	Couverture nationale 2 200 logements par an
PRESTATIONS OFFERTES	Modernisation des établissements informels et des logements célibataires ainsi qu'un soutien à des initiatives comme the Built Together Programme and Shack Dwellers Federation.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le gouvernement Namibien. Le budget en 2018 est évalué à 1,189 millions d'Euro (21,5 millions NAD) en 2018. Le Ministère de l'Urbanisme et du Développement rural.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>l'utilisation par le gouvernement d'une approche holistique dans la mise en place de réponses stratégiques aux défis du logement pour tous.</p> <p>la capacité d'octroyer des terres selon une approche écologique volontariste vue la disponibilité foncière.</p> <p>la mise en place d'un système foncier flexible (Flexible Land Tenure System : FLTS) permettant d'assurer la sécurité des terres aux groupes vulnérables. Le FLTS est une des composantes du programme global de réforme foncière.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Le Ministère de l'administration régionale et locale, du logement et du développement rural.</p> <p>Le Ministère des Terres et de la Réinstallation.</p> <p>The National Housing Enterprise (NHE).</p> <p>Le comité consultatif national du logement (NHAC).</p> <p>Le centre de recherche et de développement sur l'habitat (DRHC).</p> <p>Le Groupe d'action pour le logement en Namibie (Shack Dwellers Federation of Namibia (SDFN)).</p> <p>Le secteur privé.</p> <p>Autres ONG</p>
AUTRES INFORMATIONS	La tendance à la conception de maisons à certaines technologies

SUR LE PROGRAMME
(Soutenabilité + Réforme en cours)

alternatives à l'exemple du projet ECOSAM et les maisons d'argile à Otjiwarongo. L'ECOSAM est un projet qui envisage la construction de maison à assainissement écologique.

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme d'accès à un logement instauré par le gouvernement Rwandais est une action gouvernementale qui vise à appuyer les groupes vulnérables ayant des difficultés pour trouver un toit. C'est une politique qui s'adresse à des populations vivant dans des situations d'extrême pauvreté (les rapatriés, les rescapés du génocide et les anciens combattants invalides). Les bénéficiaires de ce programme sont sélectionnés à partir de la plateforme *Ubudehe* qui est un processus participatif communautaire. Pour la mise en œuvre du programme, le gouvernement fournit des matériaux de constructions aux populations nécessiteuses. La construction de ces maisons destinées aux personnes vulnérables et extrêmement pauvres peut être réalisée par la population grâce à un processus participatif ou lors de travaux communautaires (*Umuganda*). Ces dernières ont lieu une fois par mois. C'est un processus décentralisé au niveau des zones concernées. De 2008 jusqu'à juin 2009, le nombre de maison construit pour les groupes vulnérables concernés est de 10 858.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Au Rwanda, l'accès à un logement abordable figure parmi les facteurs clés pour promouvoir un développement durable. C'est un pays où 45% des habitants ont un faible revenu entre 36038 FRW (30,24 Euros) et 213381 FRW (179,53 Euros) par mois. Les 21% des habitants représentent le revenu intermédiaire du groupe et les revenus mensuels se situent entre 213381 FRW soit 179,12 Euros et 642990 FRW (539,74 Euros). Ceux qui n'ont pas les moyens pour payer les prix des logements formels, ont développé leurs logements de manière informelle dans des zones non planifiées occupant 60 %.

Le 13 Décembre 1996, le Conseil des ministres du Rwanda a adopté une politique nationale de l'habitat imposant à tous les Rwandais habitant des maisons dispersées d'aller s'installer dans des "villages" créés par les autorités. Cette politique allait bouleverser la manière de vivre d'environ 94% de la population. Durant les quatre années qui suivirent, le gouvernement Rwandais a procédé au déplacement de centaines de milliers de personnes vers les *imidugudu* dont un nombre important contre leur gré. Le gouvernement adopte cette politique dans le but d'arriver à divers objectifs de développement économique à long terme.

Le secteur immobilier a soutenu environ 157000 emplois en 2017 correspondant à 111 milliards de FRW (93 130 124,47 Euros). Les 53 milliards FRW soit 44 470 523,21 Euros d'impôts indirects nets et un excédent brut d'exploitation de 129 milliards de FRW (108 239 575,35 Euros) ont été générés. En 2019, le conseil Rwandais de développement a contribué à hauteur de 647 milliards FRW (542 965 998,55 Euros) au produit intérieur brut national (PIB).

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les personnes cibles sont les groupes vulnérables suivants : les rapatriés, les rescapés du génocide et les anciens combattants invalides.
COUVERTURE	La couverture est à l'échelle nationale et concerne les personnes vulnérables.
PRESTATIONS OFFERTES	Les prestations de services concernent la fourniture de logements aux groupes vulnérables. Le gouvernement dote les populations de matériels de constructions pour la construction de maison.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	L'allocation budgétaire de 2019 est de 233 milliards FRW soit 195 550 981,19 Euros. En 2020, le projet a reçu sa première injection de capital du gouvernement par l'intermédiaire de la Kerio WinRoute Firewall (KfW) d'une valeur d'environ 10 milliards FRW qui équivaut à 8 392 745,97 Euros.
RAISONS DU SUCCÈS	L'approche participative : les bénéficiaires participent à la construction de ces édifices. La décentralisation au niveau communautaire : Les communautés sont impliquées dans le travail.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Banque Nationale Rwanda(BNR), Conseil Rwandais de développement et le secteur immobilier, Kerio WinRoute Firewall (KfW)
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Au Rwanda, la stratégie nationale de transformation vise à accélérer l'urbanisation durable de 18.4% à 35 % d'ici 2024. Ce domaine est considéré comme le facteur clé de la croissance économique.

N°38: PROGRAMME CITERNES (PROGRAMA CISTERNAS / CITERNS FOR HUMAN CONSUMPTION / CITERNS IN SCHOOL / CITERNS FOR AGRICULTURAL) – AMERIQUE LATINE / BRESIL

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme des citernes découle d'un mouvement social dans la région semi-aride du Brésil, où les gens souffraient de graves pénuries d'eau en raison de sécheresses successives. Le concept initial était d'installer 1 million de citernes pour fournir de l'eau potable pendant la saison sèche à des millions de personnes les plus pauvres de la région et leur permettre de coexister avec la sécheresse ; cela est devenu le programme des citernes. Plus tard, le programme a été élargi pour inclure la construction de citernes pour recueillir l'eau à des fins productives, principalement pour la culture de la nourriture, et pour les écoles municipales. En tant qu'excellent modèle d'intégration à grande échelle de la collecte des eaux de pluie qui a transformé la vie de millions de personnes, en particulier les femmes, la politique du Brésil a été récompensée par le Future Policy Silver Award 2017, décerné par le World Future Council en partenariat avec l'UNCCD.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

La mise en œuvre de cette politique se concentre sur la région semi-aride située au nord-est du Brésil. C'est une zone de températures élevées où les pluies sont irrégulières, avec de très longues périodes de sécheresse et des pluies concentrées sur quelques mois de l'année. Cette vaste région s'étend sur 980 000 km², dont neuf États, avec 1 134 communes et une population de 22 millions d'habitants, dont les quelque 8 millions vivant en milieu rural sont les principaux bénéficiaires de cette politique.

Le programme des citernes est né et reste animé par un véritable mouvement social dans la région semi-aride du Brésil. Lorsque le programme a été développé pour la première fois, les communautés rurales, principalement les petits exploitants agricoles, ont connu une extrême pauvreté et un dénuement. Pendant les périodes de sécheresse, qui pourraient durer plusieurs années, les récoltes échoueraient, les gens souffriraient de la faim et la maladie et la mortalité infantile augmenteraient. Au cours de la grave sécheresse des années 80, selon les données des gouvernements des États de la région, 100 000 personnes sont mortes en l'espace de cinq ans. Il y avait également des niveaux élevés de migration vers les villes et d'autres régions. En ces périodes de sécheresse, les gens dépendaient de l'achat d'eau des réserves collectées sur de grandes propriétés, et les cas de corruption politique - « l'eau contre des votes » - étaient courants.

Le plan de construction d'un million de citernes dans la région semi-aride a été formulé pour la première fois en 1999, parallèlement à la 3e Conférence des Parties de la CNULD tenue à Recife, au Brésil, lorsque les organisations de la société civile ont lancé la coexistence durable avec la sécheresse, pas simplement un soulagement. Le travail a commencé par des groupes locaux de la société civile, des églises et des syndicats pour développer et commencer à mettre en œuvre le programme 1 million de citernes (P1MC), initialement avec le soutien d'ONG internationales et de

donateurs. Après l'élection du président Lula en 2003, le programme des citernes a été adopté par le gouvernement fédéral et est devenu un élément clé de la nouvelle stratégie brésilienne Faim Zéro (Fome Zero). La loi n ° 12 de 2013, 873 sur le Programme national de soutien à la collecte des eaux de pluie et autres technologies sociales pour l'accès à l'eau a officialisé le programme, facilité et rationalisé sa mise en œuvre. Cela accéléra la construction des citernes et rendit leur disposition plus universelle et organisée, mais le concept essentiel resta inchangé.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Familles rurales à faible revenu, la priorité étant donnée à celles qui vivent dans la région semi-aride.
COUVERTURE	<p>Région semi-aride (en priorité) : il s'agit d'une région qui enregistre des températures élevées et des précipitations généralement irrégulières, avec de longues périodes de sécheresse et de pluies sporadiques concentrées sur quelques mois dans l'année. Sa superficie (980 000 km environ) couvre neuf états du nord-est et du sud-est du pays, qui comptent 1 134 municipalités et une population de 22 millions de personnes.</p> <p>Selon le recensement de 2010, 8 millions d'entre elles vivent en milieu rural.</p> <p>Zones rurales situées dans les autres régions du Brésil où vivent notamment des communautés autochtones et traditionnelles, en particulier dans le nord du pays.</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>L'eau pour la consommation humaine (« première eau »): les familles reçoivent le matériel et la formation nécessaires pour construire une citerne pour collecter et stocker l'eau de pluie à usage domestique, principalement dans le cadre du programme P1MC. Les décisions relatives à qui obtient une citerne et à quel moment sont prises par des comités locaux sur la base de critères prédéfinis (par exemple, priorité pour les familles avec de jeunes enfants, les personnes âgées) parmi les ménages à faible revenu inscrits dans le Registre unifié des programmes sociaux.</p> <p>L'eau pour la production (« deuxième eau »): pour les familles qui ont une citerne domestique, l'initiative «deuxième eau» introduit différents systèmes de captage et de stockage de l'eau de pluie pour l'agriculture, les potagers et le petit bétail, principalement à travers le programme P1 + 2 .</p> <p>Citernes pour écoles : construction de citernes pour capturer et stocker l'eau de pluie pour les potagers et potagers dans les écoles municipales de la région semi-aride. Un rapport de l'UNICEF de 2009 a révélé que sur les 37 600 écoles de la région rurale de Semiarid, 28 300 ne sont pas approvisionnées par le réseau public d'eau. Le manque d'eau et d'assainissement est une raison</p>

	<p>courante de la fermeture des écoles.</p> <p>Seeds for Semiarid : En 2015, ASA a lancé une nouvelle initiative visant à renforcer davantage l'autosuffisance et la résilience, et à promouvoir une plus grande diversité de cultures adaptées à l'environnement. Les magasins et banques de semences existants sont améliorés et soutenus, et de nouveaux sont créés parmi les familles bénéficiant des citernes et des programmes de formation associés.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Fonds du budget fédéral alloué au Ministère du développement social et de la lutte contre la faim (MDS). Le budget du projet en 2020 : 12 812 401 Euros Projection 2020-2023 : 27 714 504 Euros</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Moins de personnes quittent désormais les zones affectées par la sécheresse.</p> <p>Le programme met l'accent sur le principe de durabilité dans la gestion de l'eau. Il soutient la collecte et l'utilisation durables de l'eau grâce à une agriculture écologique à petite échelle, à la plantation de diverses espèces indigènes et à la création de banques de semences locales.</p> <p>La mise en œuvre du programme est totalement durable. Les citernes sont construites à la main, en utilisant des matériaux locaux et avec zéro émission de carbone dans le processus.</p> <p>L'agriculture traditionnelle a été relancée grâce au programme, qui permet aux communautés de construire un mode de vie durable pour les générations futures.</p> <p>Le programme a fait du droit à l'eau une réalité pour des millions de personnes, en mettant l'accent sur l'éradication de la pauvreté, la garantie de la sécurité alimentaire, la diversification des revenus et l'augmentation de la résilience climatique.</p> <p>Le programme autonomise les femmes : les citernes sont enregistrées au nom de la femme chef de famille, ce qui leur confère la propriété et la responsabilité, et un rôle de premier plan pour subvenir aux besoins de leur famille et de leur communauté.</p> <p>Des technologies très simples sont utilisées et elles sont conçues avec la consultation d'experts et de la communauté.</p> <p>Le programme permet une collecte d'eau à petite échelle, ce qui est moins risqué que les grands projets de détournement / collecte.</p> <p>Les engrais sont moins utilisés et les plantes indigènes sont favorisées.</p> <p>Le programme lutte non seulement contre les effets de la sécheresse, mais fournit également une formation pour permettre aux familles de passer de l'agriculture de subsistance à la</p>

	<p>production d'une gamme plus diversifiée de produits - y compris des plantes indigènes bien adaptées, du petit bétail et de l'apiculture - pour compléter leur alimentation et leurs revenus. Certains agriculteurs vendent leurs produits excédentaires au programme gouvernemental d'achat de denrées alimentaires, qui l'utilise pour soulager la faim, par exemple grâce à des repas scolaires gratuits.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Atuação Semiárido Brasil (ASA), Un réseau de plus de 3000 organisations de la société civile de différents types : syndicats ruraux, associations d'agriculteurs et agriculteurs, coopératives, ONG,</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Le succès du programme a conduit la FAO à tirer parti de l'expérience brésilienne des politiques publiques pour lutter contre les effets de la sécheresse dans le désert sahélien en Afrique, avec un projet en cours d'exécution depuis 2018. « L'objectif est de permettre à des millions de personnes dans la région du Sahel d'avoir accès à l'eau potable, d'accumuler des surplus pour augmenter la production agricole familiale, d'améliorer la sécurité alimentaire et nutritionnelle et de renforcer le pouvoir de résilience de la communauté », souligne le document sur l'initiative, appelé Un million de citernes pour le Sahel.</p> <p>La collecte des eaux de pluie est pratiquée dans le monde entier. Ce qui distingue cette politique, c'est l'ampleur considérable de sa mise en œuvre et de son impact, qu'elle a commencé au niveau local et que, malgré son énorme échelle, elle est restée menée par la communauté. Il s'agit d'un modèle qui pourrait être imité dans d'autres régions où les agriculteurs ruraux souffrent de la sécheresse et des précipitations irrégulières. L'intégration de la collecte communautaire de l'eau de pluie pourrait transformer des vies, assurer la sécurité alimentaire et réduire la migration rurale vers urbaine dans d'autres régions d'Amérique du Sud, d'Afrique et d'Asie. Cette politique a été largement étudiée et présentée dans le monde entier comme un modèle positif de lutte contre la désertification et la sécheresse. ASA s'est rendue dans plusieurs pays pour partager l'expérience du programme des citernes, notamment Haïti, la Bolivie, l'Argentine et le Sénégal.</p>

N°39 : MEJORA DE VIVIENDA Y VIVIENDA EN CONJUNTO (AMELIORATION DE L'HABITAT ET DU LOGEMENT) – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme d'amélioration du logement est appliqué dans les propriétés situées sur des terrains urbains et sur des terrains d'habitation ruraux à faible densité. Ces terrains sont régularisés ou en cours de régularisation, prouvant la propriété ou la possession, dans les quartiers qui ne se densifient pas et dans les départements d'intérêt social et populaire.

Il s'agit d'un soutien financier aux processus d'auto-administration et d'entretien menés par des familles qui n'ont pas d'autres sources de financement et sont en situation de pauvreté. Son objectif est de répondre aux problèmes de surpeuplement, de division familiale, de logement précaire, dégradé, à risque ou provisoire.

Le programme vise à raffermir les liens familiaux et du quartier.

De même, il contribue aux processus de consolidation ou d'amélioration des quartiers populaires de Mexico.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Avec la création du Fonds national pour les chambres populaires (Fonhapo) et de l'Institut national du logement dans les années 1950, l'État mexicain a commencé à jouer un rôle important dans le financement et la construction de logements pour les familles à faible revenu, tant des zones rurales qu'urbaines.

En 2019, Mejora de vivienda y vivienda en conjunto (Amélioration de l'habitat et logement) est mis en œuvre pour lutter aux problèmes de surpeuplement dans les maisons, des logements précaires dégradés au risque de s'effondrer.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Être un habitant de Mexico au sens de la législation civile applicable ; être âgé de plus de 18 ans ; ne pas être propriétaire à Mexico sauf dans le cas de l'endroit où le financement sera appliqué, avoir un âge maximum de 64 ans.
COUVERTURE	Mejora de vivienda y vivienda en conjunto couvre 13 500 foyers. L'objectif est que chaque année, l'aide soit augmentée pour bénéficier des personnes qui en ont besoin.
PRESTATIONS OFFERTES	Logement neuf achevé Acquisition et réhabilitation de logements dans des propriétés classées Logement progressif : Cette modalité correspond à la construction

	de logements individuels ou multifamiliaux, par un processus de construction progressif ou par étapes, en projets horizontaux ou verticaux.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le gouvernement mexicain Le budget du programme : 52 millions 684 mille dollars (2019). INVI (Institut de logement du district fédéral)
RAISONS DU SUCCÈS	Parmi les actions menées au cours des trois dernières années (2013, 2014, 2015), dans le cadre du Programme commun pour le logement, 62% en moyenne ont nécessité une subvention pour l'aide au loyer ou la complémentarité (pour les crédits contractés). Les aides au loyer sont destinées aux familles vivant dans des zones à risques hydrométéorologiques, géologiques et structurels, et sont soutenues jusqu'à ce qu'une solution de logement (atténuation ou nouveau logement) soit trouvée pour elles. En ce qui concerne la durabilité : ces aides sont accordées dans les maisons finies, dans l'installation d'équipements et de mécanismes qui permettent la réduction des émissions de dioxyde de carbone, l'économie d'énergie et d'eau.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	L'État mexicain INVI (Institut de logement du district fédéral).
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Un autre programme est en cours pour l'octroi de crédit au logement dont le budget est de 64 0070878 dollars. Le gouvernement mexicain a octroyé 2 milliards de dollars pour soutenir ceux qui ont perdu leur maison lors du tremblement de terre en 2017.

N°40 : PROGRAMME DE LOGEMENTS GARANTIS “BAOZHANG XING ZHUFANG” – ASIE / CHINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le logement garanti permet, selon le gouvernement central, de lutter contre les disparités sociales. Le dispositif planifie un système d'aide au logement décliné selon plusieurs niveaux et comprend quatre types de logements sociaux, dont deux d'accessions à la propriété et deux d'accessions à la location : d'une part les logements à prix abordable et les logements à prix limité, d'autre part les logements locatifs à faible coût et les logements locatifs publics. Les populations solvables sont encouragées à acheter un logement à prix abordable ou, si elles n'en ont pas les moyens, un logement à prix limité. Les populations non solvables bénéficient d'un logement locatif à faible coût, ou d'un logement locatif public lorsque leur entreprise a conclu un accord avec le gouvernement local sur le logement social garanti et participé financièrement à sa construction.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Depuis la réforme du système d’attribution du logement, la disparition du « logement de bien-être » et la réouverture progressive du marché de l’immobilier, le logement est devenu un « bien marchand », objet d’investissement et de spéculation. Face à la hausse des prix de l’immobilier résidentiel et la forte démographie de la Chine avec une population de 1.3 milliard d’habitants, l’accès des ménages chinois aux logements est de plus en plus inégal. À Pékin, entre 2009 et 2012, le loyer mensuel a en moyenne augmenté de 10 %, pour pallier la précarisation des populations vulnérables et agir contre un mécontentement social croissant, le gouvernement central a lancé en 2011 le programme de « logements garantis ». Il planifie la construction de 36 millions de logements sociaux locatifs et en accession à la propriété, dans le cadre du XIIème Plan quinquennal.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Toute la population enregistrée dans le registre national du ‘hukou’ en faveur des populations défavorisées représentant 10.2% de la population.
COUVERTURE	
PRESTATIONS OFFERTES	Constructions de logements sociaux locatifs et allocation de logements à faible coût aux populations démunies.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	La construction de 36 millions de logements sociaux coûterait 5 000 milliards de yuans. Le financement ne repose pas sur le gouvernement central, mais presque exclusivement sur les gouvernements locaux, notamment les gouvernements d’arrondissement, lesquels financent le développement urbain et la construction de logements sociaux principalement via le transfert des droits d’usage du foncier, et secondairement via les fonds de logements sociaux et les prêts bancaires. Les grands groupes immobiliers sont également mobilisés pour participer à cet effort financier.
RAISONS DU SUCCÈS	La construction des logements sociaux chinois repose donc sur un partenariat public-privé et une coalition entre pouvoirs publics, et les grandes sociétés d’investissement et les sociétés de constructions immobilières chinoises. L’accession sociale à la propriété dans les grandes communautés résidentielles représente ainsi un moyen de soutenir le marché de la construction et de stabiliser la paix sociale. Et le programme favorise ainsi l’inclusion des groupes vulnérables à l’accès à l’habitat social.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Le gouvernement central. Les gouvernements locaux.

	<p>Les gouvernements des arrondissements.</p> <p>Les sociétés d'investissements.</p> <p>Les sociétés de constructions immobilières.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>La cession à moindre coût des parcelles foncières destinées à accueillir les logements sociaux représente une perte de revenu net de l'ordre de 250 milliards de yuans pour le gouvernement local, et entraîne une baisse de 4 à 6 % de ses recettes fiscales. Ainsi, les gouvernements locaux se montrent peu enclins à construire des logements sociaux garantis, et font figurer dans les décomptes des logements sociaux les logements destinés à accueillir les populations déplacées dans le cadre d'opérations de renouvellement et de développement urbain.</p> <p>La « classe sandwich » désignant la population qui n'a pas les moyens de se loger dans le parc résidentiel soumis au marché, mais ne peut prétendre à un logement social garanti dénonce le coût trop élevé des logements sociaux en accession à la propriété. Les logements sociaux garantis ne sont pas orientés vers les populations les plus défavorisées, mais vers les résidents locaux, les cadres et techniciens aux profils recherchés. Ils sont attribués aux familles d'actifs qui participent au développement du tissu économique local et à l'innovation technologique. Cette politique nationale vise à attirer les « talents ».</p> <p>Le ciblage favorise l'accès des résidents détenteurs d'un hukou local aux logements sociaux garantis, au détriment des résidents temporaires et des migrants. Or, seul le logement locatif public est orienté vers les populations migrantes.</p>

N°41: PRADHAN MANTRI AWAS YOJANA (PMAY) OU UN LOGEMENT POUR TOUS – ASIE / INDE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Communément appelé "un logement pour tous", le programme PMAY est créé en 2015 par le gouvernement indien afin de garantir des logements abordables aux populations pauvres habitant en ville et en monde rural d'ici 2022.

Il fixe une subvention de 6,50 % sur le prêt par an pendant 20 ans. Il est d'ailleurs divisé en deux sous programmes.

Le premier dénommé Pradhan Mantri Awas Yojana - Urban (PMAYU) œuvre pour les populations pauvres résidants en ville.

Le second Pradhan Mantri Awas Yojana - Gramin (PMAY-G) qui concerne les zones rurales indiennes a été mise sur place en 2016. Les 50 millions de logements sont prévus sur cinq ans dont 20 millions en milieu urbain et 30 millions dans les zones rurales en plus de la couverture d'un coût moyen de 5 000 dollars américains pour une maison en milieu rural et de 20 000 dollars américains en zone urbaine.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'Inde est un Gouvernement fédéral composé de 29 États avec une population rurale occupant 69 % de la taille globale des habitants. Seul 1/3 de la population habitent en ville. Au recensement de 2011, le taux d'urbanisation s'élevait à 31,2 %. En plus, ce même recensement révèle que la pénurie de logement était estimée à 18,8 millions d'unités en zone rurale et à 47,4 millions d'unités en zone urbaine. Durant cette période, environ 17 % de la population urbaine soit 65 millions de personnes vivaient dans des bidonvilles. Pour régler ce problème, le gouvernement indien instaure ce programme en 2015 afin de relancer l'investissement par la création de logements destinés aux populations pauvres. A travers cette politique, l'État compte régler la pénurie de logements d'ici 2022. En zone rural comme en zone urbaine, les bénéficiaires peuvent accéder à une subvention sur le prêt de construction ou de réfection de la maison.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES

es bénéficiaires de ce programme sont les groupes à revenus intermédiaires 1 (MIG 1) qui ont un revenu annuel Rs.6 lakh à Rs.12 lakh (6 786,22 Euros à 13 570,14 Euros).

es groupes à revenus intermédiaires 2 (MIG2) dont le revenu annuel est de Rs.12 lakh à Rs.18 lakh (13 570,14 Euros à

	<p>20 355,21 Euros).</p> <p>es groupes à faibles revenus (LIG) qui vivent avec Rs.3 lakh à Rs.6 lakh (3 394,17 Euro 6 786,22 Euros) de revenu annuel.</p> <p>es sections économiquement plus faibles (EWS) qui ont jusqu'à Rs.3 lakh (3 394,17 Euro).</p> <p>n plus de ces bénéficiaires, Il y'a d'autres personnes appartenant aux catégories SC, ST et OBC mais aussi des femmes concernées par les groupes EWS et LIG qui font partie du PMAY.</p> <p>Il faut noter que les bénéficiaires de ce programme ont été choisis grâce au recensement socio-économique de 2011.</p>
COUVERTURE	<p>En zone urbaine présentement, l'État a enrôlé 4 331 villes.</p> <p>En zone rurale, tous les villages sont concernés sauf Chandigarh et Delhi.</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>La simplification de l'achat de maison grâce à une subvention sur le prêt de l'emprunteur au niveau de la banque en insistant sur des taux d'intérêt raisonnables.</p> <p>La subvention est de 6,50 % sur le prêt annuel pendant 20 ans.</p> <p>C'est un programme qui permet aux familles éligibles de bénéficier de logements décentes.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Pour financer le programme dans les zones rurales, le gouvernement et les États respectifs se partagent le coût du développement des unités de logement.</p> <p>Pour les régions de plaine, 60% sont gérés par le gouvernement central et 40% par l'État et dans les régions du nord-est et vallonnées c'est 90 sur 10%.</p> <p>En mars 2018, le budget global était de 290 milliards INR soit 3 276 959 550,80 Euros.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le PMAY connaît des avantages considérables pour la population urbaine comme rurale. Il y'a d'abord le taux de la subvention allouée par l'État s'élevant à 6,50% sur le prêt pour une durée de 20 ans valable pour tous les bénéficiaires. En plus de cela, les personnes âgées ainsi que les handicapés bénéficient d'un meilleur traitement et occupent les rez-de-chaussée. Au niveau de la construction, on privilégie des technologies durables. Le projet couvre l'ensemble des zones urbaines du pays dont 4041 villes statutaires.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Gouvernement central, États, collectivités et les 10 banques suivantes : Banque de Baroda, Banque Nationale de l'Inde, La Banque Axis, Banque ICICI, IDFC First Bank, Banque Bandhan, Banque d'Inde, Banque HDFC, Banque IDBI, Banque nationale</p>

	du Pendjab, Banque Canara.
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Le programme Un logement pour tous favorise la hausse de l'activité de construction et devrait aboutir à une croissance de la demande annuelle de ciment de 8 à 10 %, soit de 25 à 30 millions de tonnes. Par ailleurs, il permet aussi d'augmenter la demande de prêts immobiliers dans un pays où le taux de pénétration de ce type de crédit n'atteint que 9 %.

PERSONNES VULNERABLES

N°42 : PENSIONS UNIVERSELLES POUR LES PERSONNES AGEES – AFRIQUE / CAP-VERT

PRESENTATION DU PROGRAMME

Depuis 2006, le Cap-Vert dispose d'un système de pension universelle qui vise à assurer un revenu de base aux personnes âgées. Le système, non contributif, couvre toutes les personnes âgées de 60 ans ou plus, résidentes, ayant un revenu inférieur au seuil national de pauvreté et ne bénéficiant d'aucune autre protection sociale. Les bénéficiaires reçoivent mensuellement d'une pension sociale dont le montant est de 5 000 ECV (environ 65\$) soit 20% supérieur au seuil de pauvreté. Les paiements sont effectués par les bureaux locaux de la poste. On estime qu'en 2015, 45% des personnes âgées du pays bénéficient de la pension universelle et ce taux atteint 74 % des personnes dans les zones rurales. Le système est géré par le Centre National de Pensions Sociales (CNPS) sous la responsabilité du ministère de la jeunesse, de l'emploi et du développement des ressources humaines.

La gestion transparente du système repose en partie sur l'utilisation des technologies de l'information permettant notamment un meilleur ciblage à travers le regroupement de données et la réduction des doublons.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Pays pauvre, le Cap-Vert est un archipel composé de 10 îles situé au large de la côte Ouest de l'Afrique couvre une superficie de 4 033 km² et avec une population estimée à 583 000 habitants en 2020. Une majorité de Capverdiens réside dans la diaspora évaluée à environ 700 000 personnes réparties principalement entre les États-Unis, le Portugal, la France, le Luxembourg, le Sénégal etc.

Le Cap-Vert est le pays le plus « vieux » de la sous-région : en 2020, les personnes âgées de 60 ans ou plus représentent 7,6% de la population (contre une moyenne régionale d'environ 5%). L'espérance de vie est estimée à 71 ans pour les hommes et 76 ans pour les femmes correspondant à des niveaux très élevés par rapport à la moyenne ouest-africaine autour de 60 ans.

Le gouvernement du Cap-Vert accorde une grande priorité à la croissance économique dans l'équité du pays. Il constitue l'un des pays les plus avancés en Afrique au terme de protection sociale. Le pays dispose depuis 1954 d'un régime de protection sociale revu et amélioré pour éteindre sa couverture et accroître ses prestations. Dans la moitié des années 2000, le Cap-Vert lance un grand programme de transferts en faveur des couches vulnérables dont une pension universelle destinée aux personnes âgées qui représentée en 2005 7,1% de la population Avec la mise en œuvre de ce programme, on estime qu'en 2015 90% des personnes âgées bénéficient d'une pension issue du régime contributif ou non contributif.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les personnes âgées de plus de 60 ans, pauvres et bénéficiant d'aucune autre de protection sociale
COUVERTURE	46% au plan national et dont 75% du milieu rural.
PRESTATIONS OFFERTES	Un versement mensuel de 5 000 escudos soit environ 65\$ US.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le gouvernement Le budget national représente 0,4% du PIB.
RAISONS DU SUCCÈS	Forte gouvernance démocratique Engagement volontariste des autorités publiques en faveur de l'équité en général et de la protection sociale en particulier Forte volonté publique à soutenir les personnes âgées. Montant de la pension relativement élevé (20% supérieur au seuil de pauvreté) Paiement déconcentré (dans les bureaux de la poste) Financement par les ressources nationales Gestion assurée par le CNPS qui administre aussi d'autres programmes de protection sociale (un centre unique de gestion traduisant des économies d'échelle) L'utilisation des technologies pour la bonne gestion du système et le ciblage. Soutien des organisations internationales (principalement le BIT)
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	

N°43: LIVELIHOOD EMPOWERMENT AGAINST POVERTY (LEAP) – AFRIQUE / GHANA

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme d'aide sociale LEAP (Livelihood Empowerment Against Poverty) est un programme du Ministère Ghanéen de la main-d'œuvre, de la jeunesse et de l'emploi (MMYE), mis en œuvre à la mi-2009 et en 2010. L'objectif de ce programme est de réduire la pauvreté à court terme et de promouvoir le développement de l'éducation, de l'expérience et des capacités humaines.

Les bénéficiaires du LEAP sont affiliés gratuitement au système national d'assurance maladie. Le montant des bénéficiaires va d'un minimum de 32 GHS (4.57 Euro) par bénéficiaire et par mois à un maximum de 53 GHS (7.71 Euro) quand le bénéficiaire a en sa charge quatre personnes ou plus par mois.

Le LEAP est financé par le gouvernement et bénéficie également du soutien de la Banque mondiale et du Département britannique pour le développement international (DFID). Il couvre 170 districts et 45 000 ménages. Parmi les 28,5% des personnes pauvres, les 18,2% sont dans l'extrême pauvreté.

En 2012, les transferts d'argent sont financés par le budget du gouvernement allemand. Le coût total du LEAP se situe entre 0,1% et 0,2%. En 2015, le taux de couverture était de 145 000 ménages.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Ghana est un pays d'Afrique occidentale situé au bord du Golfe de Guinée, sa population est estimée à 29 millions d'habitants et d'une superficie de 238 540 km² en 2020.

Le LEAP a commencé comme un projet pilote de 5 ans de 2008 à 2012 et contient un soutien financier pour les orphelins et les enfants vulnérables, les personnes de plus de 65 ans et les personnes handicapées. La Banque mondiale a décidé de soutenir le gouvernement en fournissant des transferts de fonds à 28 000 ménages pour les protéger des aspects négatifs. Il y'a eu aussi d'autres donateurs qui ont investi dans le MJE comme l'UNICEF, l'OIT et le gouvernement du Brésil.

En 2012, le Ghana a ratifié la convention relative aux droits des personnes handicapées et instauré des mesures pour s'assurer que les personnes atteintes d'un handicap mental puissent prendre d'elle-même des décisions concernant leur vie. La loi ghanéenne sur la santé est entrée en vigueur pour instaurer un système qui permet aux handicaps de contester leur internement dans un hôpital psychiatrique.

Le gouvernement a mis en place le programme LEAP pour permettre à la population Ghanéenne une vie meilleure et de promouvoir le développement du capital humain des bénéficiaires grâce à une collaboration accrue et à des liens avec d'autres services sociaux.

L'espérance de vie à la naissance est estimée à 64 ans pour les hommes et 70 ans pour les femmes en 2018.

Entre 2010 – 2011 la part du PIB des dépenses de protection sociale du pays est allouée à 5,4%.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les orphelins, les enfants de moins d'un an, les handicapées, les personnes âgées de 65 ans et plus et les femmes enceintes.
COUVERTURE	
PRESTATIONS OFFERTES	Le LEAP aide certains ménages à effectuer des transferts mensuels d'espèces entre le SGH 8 et le SGH 15 qui dépend du nombre de personnes dans le besoin qui vivent dans le ménage.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le gouvernement Le budget du projet en 2015 est de 80 millions de GHS (11.42 millions Euros) Les dépenses totales du gouvernement (4,2 millions de dollars US). En raison de l'augmentation des prix des denrées alimentaires et du carburant. Le transfert LEAP va d'un minimum de 32 GHS (4.57 Euros) par bénéficiaire et par mois à un maximum de 53 GHS (7.71 Euros) quand le bénéficiaire à en sa charge quatre personnes ou plus par mois.
RAISONS DU SUCCÈS	Le transfert LEAP est inconditionnel pour les personnes de plus de 65 ans et les personnes handicapées. Les ménages avec des enfants orphelins et vulnérables (OEV) doivent respecter les conditions suivantes : L'inscription à l'école, L'assiduité des enfants, L'enregistrement des naissances des nouveau-nés et contrôles postnataux ; La vaccination des enfants de moins de 5 ans, L'engagement des ménages à éviter que les enfants ne se livrent à des activités professionnelles.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Gouvernement, la Banque mondiale, l'UNICEF, l'OIT
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Le suivi du programme est effectué tous les trimestres.

N°44: DISABILTY UNIT (UNITE DES PERSONNES HANDICAPEES) – AFRIQUE / ILE-MAURICE

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'Unité d'autonomisation des personnes handicapées fonctionne sous l'égide du Ministère de l'intégration sociale, de la sécurité sociale et de la solidarité nationale. C'est le « point focal » pour les questions de handicap à Maurice. Il fournit des services d'information, de conseil, d'orientation et de référence. Il est également responsable de la conceptualisation et de la mise en œuvre des politiques, projets et programmes relatifs au handicap et facilite le processus d'intégration des personnes handicapées dans la société en général. En outre, il coordonne les questions relatives à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le nombre d'handicapés représente 4,9% (60 000 personnes) de la population totale de l'Ile Maurice. Le Maurice a signé et ratifié la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées qui appelle les États parties à promouvoir le concept de l'éducation inclusive pour les personnes handicapées. Dans ce contexte, le ministère de de l'intégration sociale, de la sécurité sociale et de la solidarité nationale a signé en 2007 et ratifié en 2010. L'Unité d'autonomisation des personnes handicapées fournit une gamme de services directs aux personnes handicapées.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Personnes handicapées
COUVERTURE	Couverture nationale 3,46% de la population totale
PRESTATIONS OFFERTES	Ce programme fournit les services suivants : Offre une carte bus gratuit dans les autobus. Remboursement des frais de bus pour les enfants handicapés fréquentant des écoles/garderies Réduction de prix de sur les billets d'avion Frais de concession pour passeport Cartes de stationnement gratuites Séances gratuites de physiothérapie, d'ergothérapie et d'hydrothérapie Aide aux athlètes handicapés
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Financé par le gouvernement 43 992,46 Euros (2 092 402 RS) en 2012

RAISONS DU SUCCÈS	<p>Respect de la convention relative aux droits des personnes handicapées.</p> <p>Sensibilisation sur les droits des personnes handicapées pour repenser la stratégie de protection sociale.</p> <p>Co-construction du programme par différents acteurs : Ministère avec la présence des organismes parapublics, des ONG, des Organisations des Personnes Handicapées et du secteur privé.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Ministère de la sécurité sociale, de la Solidarité nationale, et de l'Environnement ;</p> <p>ONG partenaires.</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>Lors de la signature de la Convention, une réserve a été émise sur l'article 11 de la Convention qui traite des situations de risques et les urgences humanitaires. Cependant, le gouvernement de Maurice envisage de supprimer la réserve sur l'article 11 à court terme en perspective du projet de loi de Maurice sur la gestion des catastrophes</p>

PRESENTATION DU PROGRAMME

La pension vieillesse (OAP) est un régime à base d'impôt pour toutes personnes âgées au Lesotho. Cette pension sociale non contributive bénéficie également à d'autres membres de la famille, en particulier les enfants. Cette pension a été introduite dans le but de sortir les personnes âgées de la pauvreté et représente le plus grand transfert régulier de fonds au Lesotho. Avant l'introduction de l'OAP, seuls les anciens combattants et les fonctionnaires recevaient une pension, ce qui couvrait moins de 3% des personnes âgées au Lesotho.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

La part des personnes âgées au Lesotho est plus élevée que dans plusieurs pays africains avec plus de 4%. Cela est causé par l'exode des jeunes et les ravages entraînés par le VIH/SIDA. Le taux de prévalence du VIH/SIDA (23,4%) a considérablement refaçonné la démographie du pays. Réduisant ainsi l'espérance de vie à 48 ans. Souvent, les vieux Bosothe (groupe ethnique Bantoue) deviennent les principaux gardiens de leurs petits-enfants. En outre, l'incidence de la pauvreté expose les personnes âgées. Dans ce contexte, le gouvernement du Lesotho a introduit la pension vieillesse (AOP) en 2004 pour fournir un revenu minimum garanti aux personnes âgées dans un but ultime de les sortir de la pauvreté.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les personnes âgées de 70 ans et plus qui ne perçoivent pas de pension de la fonction publique
COUVERTURE	83 751 de bénéficiaires représentant 3,86% de la population totale Il couvre : 87% pour les plus pauvres, 84% pour les pauvres modérés et 78% pour les non pauvres
PRESTATIONS OFFERTES	Versement d'une pension mensuelle de 550 Malotis, équivalent à 40 dollars US.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le budget du programme est évalué à 38,733 millions Euros (707 195 200) Malotis, soit 2,03% du PIB
RAISONS DU SUCCÈS	L'armée nationale se charge du transport physique des pensions et assure la sécurité des points de paiement qui sont aléatoirement contrôlés. Contrôle systématique pour éviter les fraudes La pension ne bénéficie pas uniquement aux personnes âgées. Des études estiment qu'environ 20% du montant de la pension revient aux enfants à charge et orphelins.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Administrateurs principaux : Département des pensions, Ministère des finances Financiers : Gouvernement de Lesotho, Banque mondiale
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	- L'inclusion des bénéficiaires du Old Age Pension dans le National Information System for Social Assistance (NISSA) afin d'améliorer le processus de demande et de paiement. - Le renforcement de la coordination entre les organismes de mise en œuvre est envisagé (entre le Ministère du développement social et la Direction des pensions). Cette coordination aura pour objectif de faciliter la gestion des pensions. Il envisage ainsi de lancer un comité de coordination du programme.

N°46 : L'ENTRAIDE NATIONALE – AFRIQUE / MAROC

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'Entraide Nationale, en coopération avec des associations, offre des établissements de protection sociale et des centres pour personnes avec handicap. Les établissements de protection sociale pour personnes avec handicap s'occupent de leur prise en charge quand ils sont en situation de grande précarité (personnes avec handicap vivant dans une extrême pauvreté avec une absence totale d'autonomie).

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

En 2009, le Maroc a ratifié la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées. Les pouvoirs publics ont donc les obligations constitutionnelles pour combattre la discrimination fondée sur le handicap, en mettant en œuvre des mesures positives pour l'inclusion des personnes en situations de handicap. Les interventions de l'Entraide Nationale tournent autour de 4 fonctions :

- Assistance sociale à travers l'accueil, écoute, orientation et accompagnement des personnes en situation de précarité (en particulier les personnes handicapées) ;
- Prise en charge des personnes vulnérables notamment les personnes handicapées, les enfants en situation de précarité ...);
- Aide à l'inclusion et à l'insertion des personnes handicapées et personnes vulnérables ;
- Assistance d'urgence et actions humanitaires à travers l'intervention de façon régulière en les appuyant logistiquement lors des catastrophes naturelles. Des dons humanitaires (denrées alimentaires) sont distribués pour ces personnes.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Personnes en situation de handicap soit 5,12% de la population totale
COUVERTURE	En 2014, le nombre de bénéficiaires était de 6 154 avec les 53% en milieu rural et les 47% en milieu urbain.
PRESTATIONS OFFERTES	Scolarisation des enfants en situation de handicap ;

	<p>Accès à l'emploi, à la santé et à la couverture médicale ;</p> <p>Compensation du coût du handicap avec un revenu minimum de subsistance pour les adultes en situation de handicap.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Le financement de l'Entraide Nationale est constitué par :</p> <p>Les subventions de l'État et des collectivités locales ;</p> <p>Les produits des souscriptions publiques ;</p> <p>Les dons ;</p> <p>Les recettes de ces centres tirés des articles fabriqués par le Centre) ;</p> <p>Les produits divers.</p> <p>En 2014, le budget alloué était de 693 134,25 Euros (7 500 000 Dhs).</p> <p>Nouveau convention 4 620 895,00 Euros (50 000 000 Dhs) additionnels en 2015</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>L'Entraide Nationale est représentée par des délégués au niveau préfectoral ou provincial avec l'assistance de comités consultatifs au niveau national. Ces délégués ont pour rôle l'exécution de la politique de l'institution au niveau de leur territoire. Les comités consultatifs assisteront les délégués dans l'identification de projets d'aide aux personnes handicapées.</p> <p>La mise en place de centres sur l'ensemble du territoire national y compris le milieu rural.</p> <p>La mise en place d'un partenariat avec la société civile.</p> <p>L'intervention selon les directives des pouvoirs publics.</p> <p>La souplesse de ces interventions en tant qu'établissement public autonome.</p> <p>L'Entraide Nationale dispose d'une ressource humaine très expérimentée dans le domaine de l'action sociale.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Ministère de Santé</p> <p>Ministère de la Solidarité de la Femme de la Famille et du Développement Social</p> <p>Collectivités locales</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	

N°47 : THE OLD AGE GRANT - ALLOCATION VIEILLESSE – AFRIQUE / NAMIBIE

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'allocation sociale de vieillesse de la Namibie est un instrument de lutte contre la pauvreté au Namibie. La pension sociale de vieillesse a été rebaptisée en 1998 et devient ainsi le Basic Social Grant (BSG) ou allocation sociale de base. Cette allocation garantie à tous les namibiens ayant plus de 60 ans une allocation mensuelle inconditionnelle de 1 100 Dollars namibien, soit 61,36 Euros. Cette allocation permet aux bénéficiaires d'avoir un revenu supérieur au seuil de pauvreté. Elle permet aussi de renforcer la dignité des personnes âgées et de stimuler les économies locales en impactant sur la consommation.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

La Namibie est un pays qui a accédé à l'indépendance en 1990. Elle a une croissance démographique de 2,6% entre 2001 et 2011. L'indice synthétique de fécondité est passé de 4,1 enfants par femme en 2001 à 3,6 enfants en 2011. L'économie nationale de la Namibie est caractérisée par une croissance stable et forte depuis son indépendance. Le revenu par habitant s'élevait à 5870 dollars US en 2013. Sur la base de cette évolution, la Namibie a intégré les pays à revenu intermédiaire supérieur. Cependant, cette performance cache des disparités sur la répartition du revenu. La mauvaise répartition du revenu intensifie les inégalités sociales mesurées par le coefficient de Gini. Ainsi le coefficient de Gini du Namibie s'élevait en 2013 à 0,60. Ce qui fait intégrer dans la liste des pays avec plus d'inégalité sociale. Pour déjouer ce fléau, la Namibie a mis en place un système de protection sociale efficace comparé aux autres pays de sa catégorie. La vieillesse et la retraite sont raisonnablement prises en charge en Namibie grâce à une pension publique et la disponibilité d'options professionnelles et privées pour les prestations de retraite.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les résidant âgés de 60 ans et plus
COUVERTURE	170 386 de personnes en 2018 soit 5 010 bénéficiaires de plus que 2017
PRESTATIONS OFFERTES	Le programme fournit une aide au revenu (mensuel) de base aux personnes âgées de plus de 60 ans
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le financement de la pension vieillesse est géré par le Gouvernement. 2,285 milliards Euros soit 1,9% du PIB (2010/20122)
RAISONS DU SUCCÈS	L'accessibilité au système de paiement facilité par l'utilisation des TIC, de l'identification biométrique

	<p>L'utilisation des paiements mobiles pour minimiser les coûts de transactions.</p> <p>L'augmentation de la pension en 2016 passant de 33,51 Euros à 61,36 Euros.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Ministère de l'éradication de la pauvreté et de la protection sociale
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Le plan Prospérité Harambée est mis en place par le Bureau du Président en 2015/2016. Ce plan exempte les personnes âgées, les handicapées et les vétérans de guerre de tout paiement de frais dans les services de santé. Le plan octroie aussi une allocation funéraire à ces derniers d'un montant de 3000 NAD.

N°48 : PENSIONS AUX PERSONNES AGEES – AFRIQUE / RWANDA

PRESENTATION DU PROGRAMME

Au Rwanda, le programme de la pension aux personnes âgées a pour but d'assurer les moyens de subsistance des personnes âgées de 55 ans, en rapport avec les cotisations à la sécurité sociale faites durant leur vie active.

Pour rendre effectif le système, par la loi du travail, le gouvernement a rendu l'adhésion obligatoire à tous les employés quels que soient la nationalité, le type de contrat, la durée du contrat ou le montant de la rémunération ; les employés régis par le Statut Général de la Fonction Publique et les agents de l'État régis par des statuts particuliers, les mandataires politiques, les employés des organisations fondées sur la religion et des employés des Ambassades accréditées au Rwanda. Les cotisations sont versées par le travailleur et par l'employeur (2% de la rémunération du travailleur). Pour bénéficier d'une pension de vieillesse le travailleur doit avoir 55 ans et avoir au moins 15 ans d'assurance à la Caisse sociale. Le paiement des cotisations sont mensuellement effectués par l'employeur (soit 3%) et à une date limite correspondant le 15e jour du mois suivant le mois pour lequel les cotisations sont liées et 3% pour les travailleurs.

Le système des pensions offre des prestations de sécurité sociale aux personnes âgées ou invalide (l'assuré qui a subi une diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales suite à un accident ou maladie) et aux survivants admissibles.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Rwanda est un pays d'Afrique central, sans littoral maritime, et d'une superficie de 26 338km². Il est enclavé entre le Burundi au sud, la République Démocratique du Congo à l'ouest, l'Ouganda au nord, et la Tanzanie à l'est. Sa population est estimée à 12,5 millions d'habitants en 2020.

Après le génocide de 1994, le pays a entamé un programme qui permet aux personnes âgées de bénéficier d'une pension. C'est le régime de sécurité sociale Rwandais qui se charge des pensions et

les risques professionnels pour les travailleurs. La loi a été modifiée par le décret-loi du 22 août 1974, et complété à son tour par la loi n° 06/2003 du 22 mars 2003 pour permettre aux personnes en âges avancés de bénéficier d'une couverture après la retraite. En 2018, la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus est de 2,9%. L'espérance de vie est estimée à 62 ans pour les hommes et de 66 ans pour les femmes.

En 2008, la pension mensuelle moyenne était de 29.780 FRW soit 24,78 euros. Le nombre de bénéficiaire des prestations de services était de 36.500 dont 2.000 en risques professionnels. Durant l'année 2009, le montant des cotisations encaissées était de 25,4 milliards de FRW soit 21,15 millions d'Euros et celui des prestations servies de 6,3 Milliards de FRW soit 5,2 millions d'Euros.

En 2018, l'espérance de vie est estimée à 62 ans pour les hommes et de 66 ans pour les femmes.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Personnes âgées d'au moins 55 ans.
COUVERTURE	91% en 2010
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Le système des pensions offre des prestations de sécurité sociale aux personnes âgées ou invalide (l'assuré qui a subi une diminution permanente de ses capacités physiques ou mentales suite à un accident ou maladie) et aux survivants admissibles.</p> <p>Une pension de la vieillesse est fournie à la personne qui mobilise 15 ans de cotisation en cessant tout activité salariée. Le montant alloué est de 30% du salaire moyen des 3 ou 5 dernières années +2% de chaque année supplémentaire.</p> <p>Une pension anticipée d'un montant équivalent à la pension vieillesse peut aussi être alloué aux bénéficiaires.</p> <p>Enfin, nous avons la pension d'invalidité qui nécessite 5 ans d'affiliation et 6 moins d'assurance au cours de 12 derniers mois précédant le début de l'invalidité. La somme reçue par le bénéficiaire est estimée déterminée en fonction du mois d'assurance + mois d'assurance assimilés; du RMM x 30% + 2% pour chaque année supplémentaire.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le financement du régime des pensions est constitué principalement des cotisations du travailleur (3%) et de l'employeur (3%) du salaire brut par mois.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Les raisons de succès demeurent la digitalisation du système d'inscription pour faciliter l'accès à tous les bénéficiaires, la possibilité qu'ont les travailleurs de bénéficier d'une pension anticipée en raison d'une invalidité attestée par un médecin du gouvernement et empêchant à l'assuré de travailler.</p> <p>Une allocation de vieillesse est aussi destinée aux personnes âgées de 55 ans qui ne remplissent pas les conditions d'obtention d'une pension mensuelle.</p>

PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Le programme est financé par l'État à travers la caisse de sécurité Rwandaise.
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	La loi prévoit les différentes méthodes de calcul de la pension de vieillesse ou d'invalidité de la pension anticipée et de l'allocation de vieillesse.

N°49 : PLAN ARGENTINE TRABAJO – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Ce programme (2009-2018) crée des opportunités d'insertion qui permettent d'améliorer la qualité de vie des familles des quartiers à travers la création d'emplois, la formation et la promotion de l'organisation coopérative pour l'exécution des travaux d'infrastructure. L'impact est ainsi doublement positif: d'une part, il crée de nouveaux emplois authentiques qui privilégient la participation collective à la participation individuelle et, d'autre part, il améliore les espaces communautaires en affectant directement la vie quotidienne des voisins.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le contexte de ce programme renvoie à la période où on essaie d'apporter des réponses qui protègent et qui garantissent les droits fondamentaux et universels des citoyens, dans le but d'améliorer la qualité de vie, la sécurité sociale, la santé. Ces dernières décennies de l'Argentine sont principalement marquées par des situations de chômage, de sous-emploi et de précarité du travail qui ont conduit à l'urgence de considérer - à partir de différentes instances publiques - la nécessité de promouvoir des actions qui ouvrent des espaces de liaison avec le monde du travail aux personnes victimes des politiques dites néolibérales. Les conséquences sociales des années de récession économique (1998-2001) y ont été particulièrement importantes et se sont traduites par des transformations majeures du système politique, économique et social, mais aussi des tensions au sein de la société : l'augmentation du chômage et de la pauvreté, qui se traduit par des phénomènes d'« exclusion », participe à la transformation des rapports sociaux.

A cette période, la dette publique avait dépassé les 140 milliards de dollars et les 4 années de récession ont conduit à un recul de 21% du PIB entre 1998 et 2001 (66% de 1998 à 2002 en dollars US. Au plus fort de la crise, en 2002, le taux de pauvreté a atteint 57% et celui du chômage est arrivé à 23%. L'assurance chômage – *seguro de desempleo* – destinée aux travailleurs ayant cotisé, ne couvre que 50,5 % de la population active en 2003 et 55,5 % en 2006 selon l'Indec (*Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*).

C'est à cette même époque que 5 présidents se sont succédé à la tête du pays en un peu plus d'un an. Ce programme a été mis en œuvre dans un premier temps dans la banlieue de Buenos Aires, pour être ensuite étendu au reste des provinces. En revanche, dans les provinces où les ressources sont

réparties, se démarquent: la ville de Buenos Aires (12%), en partie expliquée par l'absence d'une répartition adéquate au niveau du budget des ressources effectivement exécutées entre les provinces. et Mendoza (9%).

Ces juridictions obtiennent plus de ressources que Córdoba et Santa Fe, malgré une population moins nombreuse et des taux de chômage plus faibles. Plus précisément, les débuts de ce plan sont inscrits dans une période où il existe des faiblesses importantes en termes de transparence budgétaire qui ne permettent pas une analyse des critères de distribution des fonds aux provinces.

Sur ce, il s'inscrit dans les Dépenses Sociales Publiques après l'Allocation Universelle pour Enfants et présente les disparités et iniquités dans les critères de répartition des ressources entre les provinces.

À ces informations, il faut ajouter que 60 % de la population étudiée a déclaré n'avoir jamais eu de métier ou de profession. Parmi les travailleurs inactifs, seuls 26 % avaient déjà eu un emploi, certains ayant quitté le marché du travail depuis plus d'un an ou n'ayant pas de pratiques professionnelles stables. En ce qui concerne la composition des familles, 35 % sont des ménages monoparentaux à prédominance féminine, parmi lesquels 75 % des titulaires ont des enfants à charge et seulement 2 % ont des adultes de plus de 65 ans à leur tête. En outre, 29 % des ménages constituent des familles nombreuses. Ces indicateurs peuvent être notifiés pendant la période post-programme.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Ménages en situation de vulnérabilité
COUVERTURE	<p>Revenu social par le travail (Ingreso Social con Trabajo) : 419 887 personnes (2016) ;</p> <p>Projets sociaux et productifs « Mettons-nous au travail » (« Manos a la Obra ») : 2,385 personnes (2016).</p> <p>Programme national de microcrédits pour l'économie sociale et solidaire (Programa nacional de Microcrédito para la Economía Social y Solidaria): 440.000 personnes (2014).</p> <p>They Do (Ellas hacen): 36.592 personnes (2015)</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>evenu social par le travail (Ingreso Social con Trabajo) : Ce programme crée des opportunités d'inclusion qui permet d'améliorer la qualité de vie des familles des quartiers urbains marginaux, la formation et la promotion d'organisations coopératives pour l'exécution de la construction d'infrastructures. Ensuite, l'impact est doublement positif : d'une part, il crée de nouvelles offres d'emploi qui favorisent la participation collective par rapport à l'individu, et d'autre part améliorent les espaces communautaires ayant un impact direct sur la vie quotidienne des voisins.</p>

	<p>projets sociaux et productifs » Mettons-nous au travail » (« Manos a la Obra ») : Cet instrument favorise le développement inclusif des différentes localités et régions du pays en encourageant des projets productifs qui pourraient être personnels, familiaux ou associatifs et qui favorisent le travail indépendant et incorporent à l'économie des biens et services de bonne qualité à des prix équitables. L'aide a deux possibilités : d'une part le financement des machines, outils et fournitures pour la production, les services ou les activités commerciales ; et d'autre part l'assistance technique permanente (capacitation, organisation et suivi) pour renforcer et optimiser la conduite des projets. la mise en œuvre sera réalisée avec des équipes municipales, gouvernementales et d'organisations sociales, qui agissent comme des organisations exécutives. Ils présentent au ministère des propositions d'intervention, qui comprennent un ou plusieurs projets, reçoivent les subventions, achètent et livrent les fournitures et les outils, surveillent et crient les fonds au ministère.</p> <p>Programme national de microcrédits pour l'économie sociale et solidaire (Programa Nacional de Microcrédito para la Economía Social y Solidaria) : Le programme cible les travailleurs qui font des activités productives, des services ou des activités commerciales de manière associative et / ou familiale et qui ont besoin d'argent pour acheter des fournitures, des machines, ou pour faire growth leur activité. Elle s'adresse spécialement aux personnes qui n'ont pas de garanties patrimoniales ou ne remplissent pas les conditions pour accéder aux crédits bancaires traditionnels.</p> <p>Ils le font (Ellas hacen) : Promouvoir la participation communautaire pour améliorer les infrastructures urbaines, ainsi que l'achèvement des études pour améliorer leur employabilité, estime de la famille et reconnaissance. Les participants peuvent être formés et terminer leurs études primaires et / ou secondaires. Ils peuvent également participer à d'autres formations professionnelles comme la construction, les droits, coopératives et économie sociale, perspective de genre et citoyenneté urbaine. En outre, les femmes sans instruction doivent obligatoirement terminer le primaire ou le secondaire.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Gouvernement de l'Argentine Les dépenses du programme en 2016 : Revenu social par le travail (Ingreso Social con Trabajo) : 755.905.351 USD - 0,14% du PIB Projets sociaux et productifs « Mettons-nous au travail » («</p>

	Manos a la Obra ») : 28.230.034 \$ US 0,01% du PIB
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le programme s'appuie sur les « coopératives » qu'il promeut pour « favoriser la solidarité entre les travailleurs en générant des relations sociales plus horizontales ».</p> <p>La finalité du programme en tant que politique sociale recherchée est liée à deux éléments clés : atténuer et éviter les conflits, ses conséquences sur le développement humain et à l'accumulation du capital, tout en ouvrant d'autres perspectives pour un avenir meilleur.</p> <p>Il existait des plaintes exprimées par les travailleurs qui renvoyaient à la lourdeur du fonctionnement des services administratifs et aux blocages provoqués par les dirigeants municipaux pour ralentir la mise en œuvre du projet des coopératives. Cependant, grâce au troisième volet du plan Argentina trabaja, l'organisation sociale ne va plus être en lien avec la municipalité, mais avec une fédération de coopératives, appartenant au mouvement Evita, qui sera directement liée aux ministères de développement social de la province et de la nation.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Ministère du développement social</p> <p>Partenaires coopératifs (GIZ, Asdi, International policy, Ministerio Federal de Cooperación económica y Desarrollo, Ministerio de Asuntos Exteriores de Noruega)</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>Toutefois il faut noter qu'il y'a des disparités entre les bénéficiaires et les cibles du programme. Par exemple les bénéficiaires de ces prestations ont été les suivants :</p> <p>Personnes physiques qui se présentent individuellement ou associées et ont besoin d'un accompagnement pour un projet productif qu'elles mènent ou qu'elles veulent démarrer, dans le cadre de l'économie sociale.</p> <p>Personnes physiques qui se présentent individuellement ou associées et ont besoin d'un accompagnement pour un projet productif qu'elles mènent ou qu'elles veulent démarrer, dans le cadre de l'économie sociale.</p> <p>Personnes qui n'ont pas de garanties patrimoniales ou ne remplissent pas les conditions pour accéder aux crédits bancaires traditionnels.</p> <p>Les participants de Ellas hacen.</p>

N°50 : PRESTATION DE BIEN-ETRE CONTINU (BPC) – AMERIQUE LATINE / BRESIL

PRESENTATION DU PROGRAMME

La Prestation de Bien Être Continu BPC est un programme de protection sociale non contributive destinée aux personnes âgées de 65 ans ou plus et aux personnes handicapées de tout âge qui peuvent prouver qu'elles n'ont aucun moyen de subvenir à leurs besoins.

Ces prestations sont versées par l'assistance sociale, financées par le gouvernement fédéral et servies par l'INSS. Elles permettent aux personnes âgées et aux handicapés de nationalité brésilienne ou portugaise résidant de façon permanente au Brésil, de disposer d'un minimum vital. Les bénéficiaires et les membres de leurs familles doivent obligatoirement être inscrits au Registre unique des programmes sociaux du gouvernement fédéral (Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico).

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Avant la création de cette allocation, il n'existait de prestations continues au niveau national que dans le cadre du système de sécurité sociale, qui était lié lui-même au statut professionnel des travailleurs. C'était également le cas du revenu mensuel à vie (RMV), qui complétait les revenus des personnes âgées ou handicapées et pour lequel seules les personnes ayant cotisé au minimum à 12 reprises en espèces au système de sécurité sociale étaient éligibles. Le RMV est une allocation sociale créée par la loi n° 6179/74 destinée aux personnes de plus de 70 ans ou aux personnes handicapées dans l'incapacité permanente de travailler. Dans les deux cas, il était réservé aux personnes n'exerçant aucune activité rémunérée et ne pouvant subvenir à leurs besoins. Cette prestation a été supprimée le 1er janvier 1996 et remplacée par l'allocation continue (BPC), établie par la loi n° 8213 du 24 juin 1991.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES

Être âgé de 65 ans ou plus,
Ne percevoir aucune allocation accordée par la prévoyance sociale ni par aucun autre régime social,
Justifier d'un revenu familial par personne inférieur à $\frac{1}{4}$ du salaire minimum en vigueur, soit 107€.
Présenter un état d'invalidité d'au moins 2 ans empêchant de mener une vie autonome,
Présenter une incapacité de travail,
Justifier d'un revenu familial par personne inférieur au $\frac{1}{4}$ du salaire minimum en vigueur, soit 107€.

COUVERTURE	Nombre total de bénéficiaires en 2018 : 4 651 924. Soit 7,36% de la population
PRESTATIONS OFFERTES	Tous les mois, le programme fait un transfert direct de 114\$ au bénéficiaire. Le montant est à retirer en espèces ou par carte magnétique. La situation du bénéficiaire est revue tous les 2 ans, la pension n'est pas transférable (non héritable).
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Fonds national d'assistance sociale (FNAS) US\$: 14 391 300 931 (2018) PIB : 0,77%
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le BPC a rétabli un déséquilibre historique : 60% de la main-d'œuvre nationale (environ 48 millions de personnes) travaille dans le secteur informel et n'est dès lors pas couverte par les régimes de pension publics ou privés.</p> <p>Les allocations offertes par le BPC sont nettement plus importantes que celles offertes par le BFP, mieux à même fait sortir les familles de la pauvreté.</p> <p>Le BFP porte sur la transmission intergénérationnelle de la pauvreté ; la conditionnalité encourage les investissements dans le développement humain : éducation, santé et développement de l'enfant et de la mère ; le BPC n'exige aucun compromis comportemental.</p> <p>Les coûts sont raisonnables, l'impact sur le budget national est gérable (coût annuel : environ 1 % du PIB).</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	National Social Security Institute (INSS)
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>Bolsa Familia - BPC</p> <p>Les deux principaux programmes de lutte contre la pauvreté au Brésil sont BPC (bénéfices de prestation continue) et <i>Bolsa Familia</i> (fonds familial, BFP). <i>Bolsa Familia</i> contient quatre composantes, qui étaient autrefois administrées par des ministères distincts, allant de l'Éducation à la Santé, en passant par les Mines et l'Énergie. Les quatre programmes qui existaient autrefois et leurs ministères respectifs étaient les suivants : <i>Bolsa Escola</i> (Éducation), <i>Bolsa Alimentacao</i> (Santé), <i>Cartao Alimentacao</i>, <i>Fome Zero</i> (Santé) et <i>Auxilio Gas</i> (Mines et Énergie). Cette différenciation sectorielle fonctionnelle présentait plusieurs inconvénients liés à la gestion et à la coordination des programmes. Les structures bureaucratiques distinctes s'accompagnaient de frais de mise en œuvre importants, d'ingérence politique et d'un manque d'intérêt pour les besoins des pauvres. Il y avait des problèmes de coordination interministérielle, puisque chaque ministère opérait dans le cadre de sa propre hiérarchie, protégeait son propre mandat, ses compétences, son influence et ses ressources. En rassemblant les</p>

différentes composantes au sein d'un programme unique (*Bolsa Familia*), l'intégration a permis de réduire les coûts, de standardiser les procédures et les résultats et d'améliorer le ciblage (réduisant la couverture insuffisante et les fuites), le développement et la coordination. En 2004, la création d'un nouveau « super » ministère du Développement social et de la lutte contre la faim (MDS) et le transfert des responsabilités en matière de gestion et d'exécution depuis le bureau du Président au profit du nouveau ministère ont permis d'améliorer la coordination dans le cadre d'une structure unique pour l'ensemble des programmes de lutte contre la pauvreté et sociaux (Hall, 2006). « Faim Zéro », une composante passée de *Bolsa Familia*, intégrait une cinquantaine de politiques et de programmes, allant d'aides financières directes en faveur des petits agriculteurs à des restaurants à bas prix, qui visaient tous à nourrir les plus pauvres et à remédier à l'extrême pauvreté.

N°51 : PROSPERA – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Prospera 2014 est un ancien programme qui date de 1997 sous le nom de *progesa*. Par la suite, en 2002, il avait pris le nom d'*Oportunidade*. Il est l'un des plus grands programmes de protection sociale au Mexique. Il comprend 3 principales composantes de développement du capital humain à savoir : l'alimentation, la santé et l'éducation. En plus de cela, les bénéficiaires ont accès à d'autres programmes sociaux pour le développement productif, la création de revenu et l'inclusion de la main d'œuvre.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Selon le Ministère du développement social (SEDESOL), en 2012, 27.4 millions de personnes soit 23.3% de la population totale ont signalé des privations liées à l'accès aux aliments. La prévalence est particulièrement élevée chez les autochtones (35.4%). Les plus forts taux de retard de croissance se trouvent dans la région du sud du Mexique, qui comprend les États les plus pauvres du pays comme : Oaxaca, Guerrero, Yucatan et Chiapas.

Dans les zones rurales de ce dernier, 44.2% des enfants de moins de 5 ans souffrent de retard de croissance, soit plus de deux fois la moyenne nationale pour les zones rurales. Les taux d'obésité au Mexique ont augmenté de façon constante depuis 2000 chez les hommes et les femmes, et sont maintenant parmi les plus élevés au monde à 32.8% pour les adultes en 2012.

Financé par le gouvernement mexicain et la Banque interaméricaine de développement, le programme prospéra est lancé en 1997 sous le nom de « progresa » 2014. Il est conçu pour répondre à trois (3) problèmes clés dans le pays qui sont : faible utilisation des services de santé, niveau élevé de malnutrition chronique faible fréquentation des écoles.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les femmes enceintes et enfants de moins de 5ans
COUVERTURE	Le programme a ciblé 6.1 millions de ménages dont 29 060 de femmes enceintes à travers des ateliers de formation sur l'allaitement maternel et 1 453 382 enfants à travers des ateliers sur la santé.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Le programme octroie des bourses d'études universitaires ou techniques supérieurs 232,85 dollars pour s'inscrire à l'université, accès à l'assurance Seguro Popular, les femmes enceintes et allaitantes recevront des compléments alimentaires.</p> <p>Le gouvernement mexicain donne aux femmes 147 dollars par mois.</p> <p>Distribution d'un ensemble de compléments alimentaires aux femmes enceintes et 1 an après accouchement.</p> <p>Supplément de vitamines pour les enfants de 6 à 59 mois.</p> <p>Approvisionnement des centres de santé en équipements pour l'évaluation de l'état nutritionnel dans le diagnostic de l'anémie.</p> <p>En avril 2016, le programme a ciblé 6.1 millions de ménages dont 293060 femmes enceintes à travers des ateliers sur l'allaitement maternel.</p> <p>1 453 382 enfants de moins de 5 ans à travers des ateliers sur la santé.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>SEDESOL (Ministère du développement social)</p> <p>Ministère de l'éducation ;</p> <p>Ministère de la santé ;</p> <p>Ministère du bien-être ;</p> <p>Le budget du programme est de 82.19 milliards de dollars.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Une utilisation accrue des soins prénatals.</p> <p>Le programme accorde un soutien bimensuel de 17 dollars aux personnes âgées membres et bénéficiaires du programme.</p> <p>Soutien alimentaire : Le programme accorde 15 dollars par mois, appelé soutien alimentaire, aux familles qui sont membres du programme.</p> <p>Aide alimentaire complémentaire : En outre, le programme accorde une aide monétaire mensuelle 6,19 dollars appelée Aide alimentaire complémentaire, qui vise à indemniser les familles</p>

	<p>bénéficiaires de l'effet de la hausse internationale des prix des denrées alimentaires.</p> <p>Pension alimentaire pour enfants : les familles bénéficiaires avec des membres âgés de 0 à 9 ans, qui ont déjà prouvé leur âge, peuvent recevoir une aide monétaire mensuelle de 5,45 dollars pour chaque fille ou garçon de cette tranche d'âge afin de renforcer leur développement.</p> <p>Le programme garanti que tous les affiliés ont accès au lait enrichi.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>EDESOL (Ministère du développement social)</p> <p>Banque interaméricaine et de développement</p> <p>Ministère de l'éducation</p> <p>Ministère de la santé.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>67 299 ateliers ont été organisés portant sur la nutrition, la santé de l'ado et la sexualité.</p> <p>Sensibilisation et renforcement des capacités de personnel de santé et de personnel communautaire de prospéra pour effectuer des interventions de base.</p>

N°52 : LE PROGRAMME DE GARANTIE DU NIVEAU DE VIE MINIMUM (DIBAO) – ASIE / CHINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

DIBAO est une composante importante du programme d'assistance sociale en Chine. Il a été lancé dans les années 1990 dans les régions urbaines les plus développées de Chine afin d'aider certains travailleurs urbains pendant la période de réforme économique et de changement structurel. Actuellement, il s'agit non seulement du principal programme de protection sociale de la Chine, mais aussi du plus grand programme de ce type au monde en termes de population bénéficiaire. Le programme DIBAO vise à fournir un soutien en espèces pour aider ceux dont le revenu est inférieur à un certain niveau et joue un rôle important dans la réduction de la pauvreté et l'amélioration de la stabilité sociale dans les villes chinoises.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le DIBAO est né à la fin des années 90, plus précisément en 1997, dans un contexte de restructurations économiques qui ont entraîné un choc sur le marché du travail dans les zones urbaines. Ces facteurs ont engendré un taux inquiétant de chômage dans ces zones. Face à cette situation alarmante, le gouvernement chinois a commencé à fournir des garanties sur le niveau de vie minimum des résidents urbains pour réduire l'émergence de la pauvreté urbaine.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les ménages pauvres enregistrés dans le registre national nommé "hukou"
COUVERTURE	Le programme couvre plus de 63 villes dont 36 grandes villes et inclut toutes capitales des 31 provinces et 24 municipalités. En 2014, le nombre total de bénéficiaires de Dibaο était de 70,84 millions, dont 18,77 millions de bénéficiaires urbains et 52,07 bénéficiaires ruraux.
PRESTATIONS OFFERTES	Cash transferts ou transferts monétaires conditionnels (TMC).
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Sur la base d'une estimation du nombre de personnes remplissant les critères d'éligibilité, le gouvernement central octroie des fonds à une province. Les gouvernements provinciaux donnent ensuite les fonds à leurs adjoints, jusqu'à ce qu'ils parviennent aux mains des personnes dans le besoin. Les gouvernements central et local assurent le financement du programme. Les dépenses totales du Dibaο ont atteint 159,20 milliards de

	yuans, dont 72,17 milliards de yuans pour le Dibao urbain et 87,03 milliards de yuans pour le Dibao rural (Ministère des affaires civiles [MOCA], 2015).
RAISONS DU SUCCÈS	<p>L'atout principal de ce programme est le fait qu'il soit mis en place de manière indépendante dans chaque municipalité. Les autorités municipales ont un pouvoir important sur la détermination de la ligne de pauvreté de leur ville, du montant global des transferts, et de la mise en œuvre du programme.</p> <p>L'implantation de ce programme à large échelle prouve que la protection sociale devient un facteur d'équilibre entre les provinces et entre les groupes socio-économiques.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Le Ministère des affaires civiles.</p> <p>Les municipalités.</p> <p>Le Conseil d'État.</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>En ce qui concerne l'impact réel du Dibao sur la réduction de la pauvreté, de nombreuses études ont révélé que ses performances étaient loin d'être exceptionnelles.</p> <p>Après la création du Dibao, les participants du Dibao ont connu une croissance rapide, et le nombre maximum de candidats était de plus de 100 millions. C'est une tâche énorme de vérifier les informations du demandeur et un défi de taille pour maintenir la précision de la cible. En raison d'un manque de personnel et de la faille des méthodes de ciblage, certaines familles qui ne remplissent pas les conditions sont couvertes, certaines personnes utilisent même de faux documents pour participer au programme. Cette situation a pour effet d'exclure certaines familles pauvres du filet de sécurité sociale en raison d'informations incomplètes. Le gouvernement cherche des solutions pour réduire ou éliminer la fraude et améliorer la précision de la cible mais jusqu'à présent, ces phénomènes ne sont pas complètement éliminés.</p>

N°53 : PROGRAMME DE SUBVENTION ALIMENTAIRE, DE CARBURANT ET D'ELECTRICITE TPDS – ASIE / INDE

PRESENTATION DU PROGRAMME

C'est un programme qui s'adresse aux personnes pauvres vulnérables en leur fournissant une sécurité alimentaire, et une subvention du carburant pour les besoins domestiques mais aussi de l'éclairage. Créé en 1997, le programme continue de poursuivre ses œuvres notamment avec la loi nationale sur la sécurité alimentaire (NFSA) de 2013 qui a autorisé son déploiement au niveau national. C'est un politique piloté par l'État central indien en collaboration avec les différents États. Des points de distributions sont installés dans les districts pour satisfaire les groupes

vulnérables.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'Inde est un pays avec une croissance économique forte mais, la grande majorité de sa population rurale vit en dessous du seuil de pauvreté. Durant l'année 2015, 300 millions de personnes vivaient toujours dans l'extrême pauvreté avec un revenu maximal de 1, 5 dollars par jour. Pour aider les populations pauvres vulnérables à atteindre un niveau de vie convenable, le gouvernement central en collaboration avec les États crée ce programme qui vise à fournir une sécurité alimentaire et une subvention du carburant pour les besoins domestiques et de l'éclairage. En 2014 précisément 1 an après son déploiement au niveau national, le gouvernement central a ordonné aux États qui ont atteint le seuil d'électrification d'arrêter la subvention liée au Kérosène.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	<p>Les ménages pauvres sont concernés par le programme.</p> <p>Les agriculteurs sans terre ;</p> <p>Les travailleurs informels et personnes démunies ;</p> <p>Les veuves ou les personnes handicapées ou en phase terminale ou âgées de 60 ans et plus (ou les ménages dirigés par elles).</p> <p>Les femmes ou hommes célibataires n'ayant pas de moyens pour subvenir à leurs besoins ainsi que tous les groupes <i>tribaux</i> particulièrement vulnérables.</p> <p>Les ménages avec des membres séropositifs sont aussi concernés.</p>
COUVERTURE	<p>En 2017, la couverture est estimée à 190 millions de familles grâce au déploiement à l'échelle nationale.</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Dans le cadre du programme, les bénéficiaires potentiels reçoivent jusqu'à 5 kg de céréales à des prix subventionnés par mois et par personne.</p> <p>D'autres faisant partie du Antyodaya Anna Yojana AAY (composante du programme) ont 35 kg de céréales par familles dans le mois. Les céréales sont composées de riz, du blé et du mil subventionné respectivement en 3, 2 et 1 kg.</p> <p>Pour le Kérosène, la subvention varie selon les États. Tout dépend de la connexion de gaz de pétrole liquéfié disponible pour chaque bénéficiaire. Ceux qui en ont deux sont exclus, et ceux qui n'ont pas de connexion de gaz reçoivent une grande quantité.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Le montant de la subvention alimentaire était estimé à 145 338,60 crore INR soit 1 644 748 215,74 Euros, et celui du kérosène à 8923,87 crore INR soit 1 009 668 309,14 Euros pour le budget de l'année 2017-2018.</p>

	NB : INR est le code de la monnaie indienne, le crore est une unité de numération 1 crore = 10 000 000.
RAISONS DU SUCCÈS	Le programme œuvre dans la distribution d'aliments et de combustibles à des prix subventionnés, à savoir le blé, le riz, le sucre, le kérosène et le charbon de cuisine. La distribution des produits est effective dans plus de 500 000 magasins à des prix équitables dans toute l'étendue du territoire. Cette subvention touche 75% de la population rurale et 50% des citadins, soit 2/3 de la population globale.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Gouvernement fédéral indien et les États
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Numérisation du système afin de garantir la distribution exclusive des aliments subventionnés aux ayants-droit. L'identification des bénéficiaires est faite aussi grâce à une machine de reconnaissance. Seules les personnes ciblées ont accès à cette plateforme.

RESTAURATION SCOLAIRE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le Ghana School Feeding programme a été initié en fin 2005 dans l'État du Ghana, est une politique alimentaire dont l'objectif est de fournir chaque jour, un repas chaud et nutritif aux enfants des écoles primaires et des jardins d'enfants publics des zones les plus pauvres. Ce repas distribué aux écoliers est uniquement composé de produits alimentaires locaux. Par ce programme, l'État compte réduire à long terme la pauvreté et assurer une sécurité alimentaire à la population. Ayant débuté avec 10 écoles pilotes dans les régions du pays en 2005, le Ghana School Feeding Program s'est étendue en 2006 à 200 écoles en couvrant un nombre total de 69 000 élèves dans l'ensemble des 138 districts. Durant cette année, l'objectif était fixé à 500 écoles pour un total de 155 000 enfants.

En se basant sur le programme global de développement de l'agriculture africaine (PDDAA), le Ghana par le biais du GSFP se donne les moyens pour atteindre du Millénaire pour le développement des Nations unies sur la faim, la pauvreté et l'éducation primaire. Pour sa mise œuvre, un comité national est créé en collaboration avec le ministère des collectivités locales, du développement rural et Environnement (MLGRDE) qui est l'organe de surveillance du programme et le secrétariat du GSFP chargé de la mise en œuvre.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Au Ghana, l'enquête démographique et sanitaire de 1998 (EDSG 3) avait déjà dévoilé que l'impact du retard de croissance, de l'insuffisance pondérale et de l'émaciation chez les enfants était respectivement de 26%, 25% et 10%. Durant l'année 2003, les résultats ont montré que la proportion d'enfants de moins de 5 ans avec un retard de croissance était passée de 28,5% en 1997 à 30%, dont 11% étaient gravement rabougris, 7% des enfants de moins de 5 ans étaient amaigris et 1% en état très grave. De plus, 22% présentaient une insuffisance pondérale, dont 5% en situation aggravée.

En réponse à ce problème, le Ghana a créé une politique alimentaire en fin 2005 afin de vaincre la faim et la malnutrition des enfants. Dans la mise en œuvre du programme, un budget total de 211,7 millions de dollars a été déblocqué pour couvrir quatre ans d'exercice (2006-2010). Dans ce budget, l'alimentation représentait la part la plus importante équivalente à 87% du coût total. La fourniture de repas chaud et nutritif par jour aux enfants revenait à 33% par jour, soit 65 dollars par an, en 2007 aux taux de change actuels, en hausse de 2,5% par an. Le ministère de la santé, le ministère des affaires étrangères et les assemblées de district étant des institutions partenaires au programme ont mobilisé également la somme de 102,3 millions de dollars pour compléter le budget du programme en soutien aux activités connexes telles que la vermifugation, la construction de cuisines, d'aires de cuisson et de plates-formes pour les réservoirs d'eau afin de soutenir le travail au niveau du district (agent de liaison spécialisé) et des sous-districts (par exemple les cuisiniers et les aides).

Durant la phase pilote du GSFP qui a été effectué en mai et juin 2006, des résultats ont été récoltés en 6 mois de mise en œuvre. On note l'augmentation des inscriptions dans les écoles pilotes de 20,3% contrairement aux écoles témoins (non-SPFG) des mêmes districts qui se retrouvent avec 2,8% seulement. On peut y adjoindre le taux de fréquentation, qui a augmenté de 39,9%, 5% et 13% dans trois écoles pilotes, contre 9%, -0,5% et -19% dans les écoles non encore ciblés par le GSFP au sein des mêmes communautés ou districts.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Élèves des écoles primaires et des jardins d'enfants publics des zones les plus pauvres.
COUVERTURE	En 2017, 1,7 million d'enfants ont bénéficié du programme.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Parmi les prestations offertes, on note :</p> <p>La mise à disposition des cuisines, des magasins, du matériel de cuisine, des réservoirs d'eau et des ustensiles dans les écoles.</p> <p>Le Recrutement de traiteurs et des aides pour la préparation et le service des repas,</p> <p>L'approvisionnement et le transport des denrées alimentaires dans les magasins scolaires,</p> <p>La préparation de repas nutritifs et bien équilibrés contenant des micronutriments chaque jour aux enfants des écoles participantes.</p> <p>La séparation spécifique des enfants de moins de cinq ans dans les écoles maternelles est obligatoire.</p> <p>Le programme fournit aussi un l'accès à l'eau potable par des conduites principales,</p> <p>Les forages, les techniques de récupération de l'eau de pluie ou les camions citernes,</p> <p>La construction de toilettes et de lavabos pour assurer une meilleure hygiène,</p> <p>Fournir une éducation nutritionnelle et sanitaire aux ménages de la communauté, en particulier aux femmes membres,</p> <p>Le programme œuvre aussi dans le renforcement de capacités des communautés/écoles en matière d'entretien des installations d'eau et d'assainissement ainsi que l'éducation à la nutrition et à la santé,</p> <p>Le GSFP sélectionne aussi de manière compétitive les écoles modèles pour les équiper entièrement afin qu'ils servent d'exemple et de centre de démonstration.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	En 2013, le Ghana School Feeding Program était financé à hauteur 89,3 millions de dollars US dont 98 % du budget destiné à l'alimentation.
RAISONS DU SUCCÈS	Dans le programme d'alimentation scolaire au Ghana, l'accent est

	<p>mis sur les denrées alimentaires locales. Cette approche est bénéfique pour les producteurs des cultures vivrières et l'ensemble de leur famille.</p> <p>En termes d'opportunités, le programme favorise la disponibilité, l'accès, l'utilisation, et la stabilité des cultures vivrières au niveau communautaire.</p> <p>Le travail interministériel est aussi un élément majeur dans la réussite du programme (les actions du ministère de la santé et des affaires étrangères ont permis de couvrir d'autres activités du programme).</p> <p>L'implication des communautés locales et de tous les acteurs est aussi un facteur déterminant du succès du programme.</p> <p>Le programme favorise aussi :</p> <p>La Réduction de la fin et de la malnutrition dans les écoles primaires.</p> <p>L'augmentation des Inscriptions, de la fréquentation et de la rétention des enfants à l'école.</p> <p>Coopérations bilatérales et multilatérales</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>État du Ghana à travers le ministère le ministère des collectivités locales, du développement rural et Environnement (MLGRDE), du ministère de la santé et des affaires étrangères, les donateurs, les agences bilatérales et multilatérales.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Pour sa durabilité, le GSFP cherche à intégrer dans sa démarche des aspects environnementaux. Il prévoit des stratégies durables concernant les méthodes agricoles et les sources de combustible pour la cuisine. Ainsi pour répondre aux besoins des enfants en termes de nourriture, le programme se base sur les ressources naturelles du pays, sur la qualité de l'air, de l'eau, et la terre, qu'il considère comme un patrimoine commun pour toutes les générations.</p>

N°55 : SCHOOL FEEDING/ALIMENTATION SCOLAIRE (PRIMAIRE OU SECONDAIRE) – AFRIQUE / LESOTHO

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme alimentation scolaire vise deux priorités :

- Améliorer la résilience et la réactivité aux chocs de sécurité alimentaire,
- Améliorer le bien-être nutritionnel et social des personnes vulnérables.

Ce programme fournit une aide alimentaire aux élèves inscrits au primaire. Il favorise cependant les enfants vivants dans les zones reculées et économiquement défavorisées. Ainsi le programme incite les enfants défavorisés à fréquenter l'école et à être assidus. Le programme School Feeding

est constitué de trois sous programmes : le PAM, le modèle de restauration et le modèle national de gestion.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Lesotho souffre d'une malnutrition infantile très élevée pour un pays de niveau de revenu intermédiaire. La crise financière mondiale entraîné une réduction des envois de fonds des travailleurs migrants en Afrique du Sud et des recettes de l'Union douanière de l'Afrique Australe (SACU). Le quotidien des ménages du Lesotho a été impacté par les fluctuations de ces derniers. Ainsi environ 39,2% des enfants ont un retard de croissance (avec 14,8% ayant un retard de croissance sévère) et 36% des enfants de moins de 5 ans sont malnutris. Le niveau de carence en vitamine A chez les enfants est resté élevé. Les changements climatiques qui ravagent le pays entraînent une réduction de la production agricole. Ainsi les couches vulnérables vivant de l'agriculture de subsistance sont exposés à la malnutrition. Afin de lutte contre la malnutrition, a scolarisation des enfants et d'atteindre les ODD, le gouvernement du Lesotho a mis en place le programme d'alimentation scolaire (School Feeding) en 1963.

Au cours de l'exercice 2017/2018, les dépenses en alimentation scolaire représentaient 1,3% dépenses publiques totales en protection sociale, soit 0,6% du PIB.

Une mission de renforcement de capacité du Gouvernement s'est rendue au Lesotho en août 2019. Cette mission dirigée par des experts de du Centre d'excellence PAM du Brésil avait pour but de mettre en place une stratégie solide afin de transférer au Gouvernement la gestion intégrale du programme.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Élèves inscrits à l'école primaire et enfants du secondaire
COUVERTURE	En 2017, 338.750 élèves ont bénéficiés du programme dont 56% couverts par le PAM ; 23% par le modèle de restauration et 21% par le modèle national de gestion. 73% des enfants en âge d'aller à l'école primaire et 37% des enfants en âge de fréquenter l'école secondaire sont couverts par le programme.
PRESTATIONS OFFERTES	Déjeuner offert pendant 180 jours par an, conforme aux menus prescrits par le Ministère de la Santé.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Financé par le gouvernement du Lesotho. Le budget : 10,5 millions d'Euro (194.491.384 Maloti).
RAISONS DU SUCCÈS	La Mise en place d'un comité scolaire pour veiller à la bonne conservation des denrées alimentaires et au respect des principes d'hygiène de base La planification d'une transition dans la gestion du programme a été engagée par le Gouvernement et le PAM.

	L'extension du programme sur le domaine national (universalité).
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Inspection de l'éducation primaire et unité d'autonomie et d'alimentation scolaire ; Ministère de l'éducation et de la Formation ; Programme Alimentaire Mondiale Ministère de la santé Croix Rouge Help Lesotho Unité de gestion des aliments pour le transport, stockage et livraison.
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Le cabinet du Gouvernement du Lesotho approuve la politique nationale d'alimentation en 2014.

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme Cantines Scolaires du Maroc est un outil important pour appuyer et renforcer la demande de services éducatifs. Il a un double objectif :

Lutter contre la pauvreté, l'exclusion sociale et l'insécurité alimentaire ;
Augmenter le taux de d'inscription des enfants de moins de 15 ans à l'école.

Le programme utilise une approche participative et cible les communautés les plus défavorisées.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Maroc compte près de 32,6 millions d'habitants en 2012. Classé parmi les pays à revenu intermédiaire, le nombre d'élèves inscrit au primaire au Maroc est passé de 3,161 millions en 1997 à 4,432 millions en 2019. Le régime alimentaire du Maroc est caractérisé par une domination des glucides. L'apport énergétique des protéines et des lipides reste en dessous de la limite souhaitée. En 1985, l'apport énergétique des calories glucidiques s'élevait à 68,8% (limite souhaitée se situe entre 45 et 55%). En outre, l'apport énergétique en protéines et en lipides se situait respectivement à 9,1% et 22,1% sachant que les limites souhaitées se situent respectivement entre 12 et 15% ; et 25 et 35%. Les déficits alimentaires enregistrés par le Maroc cumulés aux Objectif de Développement Durable ont poussé le Gouvernement marocain à mettre en place le programme Cantines Scolaires avec l'accompagnement des Nations Unies à travers le PAM. Ainsi depuis 1997, la responsabilité et le financement sont gérés par le gouvernement marocain. Le Gouvernement marocain a mis en place un partenariat avec le Programme Alimentaire Mondiale pour l'assister dans son projet de réforme du programme. Cette réforme a été faite pour appuyer les efforts faits par le Ministère de l'éducation Nationale.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Enfants en âge de scolarisation (6-15 ans), issus de familles démunis en milieu rural
COUVERTURE	<p>Le programme est destiné aux enfants issus du milieu rural</p> <p>En 2013/2014</p> <p>Tranche d'âge 6-12 : 1 212 628 dont 594 113 filles ; Tranche d'âge 13-15 : 54 481 dont 21 740 filles.</p> <p>En 2018</p> <p>Le taux de couverture s'élevait à 49,8%</p>
PRESTATIONS OFFERTES	Offres alimentaires aux enfants pour lutter contre la malnutrition et encourager la scolarisation.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Le financement est à la charge exclusive du Gouvernement marocain</p> <p>Budget : 136 436 millions Euro (1,475 milliard de DH) lors de l'année scolaire 2017/2018</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>iversification de l'alimentation et adaptation des menus aux différents âges selon les directives des diététiciens pour une alimentation saine et équilibrée</p> <p>évision du budget en 2017 avec une hausse de 63% pour mieux répondre à la demande (intensification ou extension)</p> <p>ollaboration du Ministère de l'Education et du Ministère de la Santé</p> <p>Mise en place d'un partenariat avec le PAM en 2013 pour l'accompagner dans la révision du programme.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Ministère de l'Education Nationale</p> <p>Autres partenaires du secteur de l'éducation</p> <p>Ministère de la Santé</p> <p>Organismes des Nations Unies.</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>La situation nutritionnelle des enfants s'est progressivement améliorée, notamment grâce aux interventions le suivi de la croissance, ainsi que le dépistage et la prise en charge des enfants souffrant de malnutrition.</p> <p>Le ciblage est territorial et repose sur un taux de pauvreté supérieur à 30%, ce qui correspond au critère d'intervention de l'Initiative Nationale pour le Développement Humain visant la réduction de la pauvreté.</p>

N°57 : SCHOOL FEEDING PROGRAMME / PROGRAMME D'ALIMENTATION SCOLAIRE – AFRIQUE / NAMIBIE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Ce programme est mis en œuvre dans le but d'augmenter la fréquentation scolaire et d'apporter une aide aux élèves en situation d'insécurité alimentaire. Le programme d'alimentation scolaire peut être classé en deux groupes principaux : alimentation scolaire (lorsque les enfants sont nourris à l'école) et des rations à emporter (lorsque les familles à manger si leurs enfants vont régulièrement à l'école).

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

La Namibie est un pays aride d'Afrique australe avec une population de 2,2 millions de personnes répartie sur 318 625 Km^2 . Il est classé dans la catégorie des pays à revenu intermédiaire. Cependant, l'inégalité des revenus et la pauvreté est encore répandue. La structure de sa population est dominée par les jeunes avec 36,54% de moins de 14 ans. Après son indépendance en 1990, le Gouvernement du Namibie a fait de la réduction de la pauvreté et des inégalités une priorité à travers l'éducation. L'article 20 de la Constitution namibienne stipule que «l'éducation est un droit universel fondamental pour tous le namibiens et rend l'enseignement primaire obligatoire et gratuit pour tous les enfants». Dans cette lancée, le Gouvernement namibien met en place, avec l'aide de Nations Unies, le programme alimentation scolaire en 1996. Depuis 1996, la gestion et le financement du programme est assuré par le gouvernement à travers le Ministère de l'Éducation Nationale et ses partenaires.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Enfants pauvres des écoles maternelles et primaires.
COUVERTURE	Couverture nationale Entre 2006/2007 et 2017/2018, le nombre de bénéficiaires est passé d'environ 64 000 à près de 366 000 enfants.
PRESTATIONS OFFERTES	Le programme fournit aux enfants qui fréquentent les écoles maternelles et primaires un déjeuner dans les zones de grande pauvreté.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le projet est financé par le gouvernement. Le budget en 2018 est de 7,248 millions Euros (131 millions NAD).
RAISONS DU SUCCÈS	Mise en place de critères pertinents de ciblage des bénéficiaires correspondant aux besoins du pays et qui réponds aux normes édictées par le manuel de référence NSFP (ce sont des normes

	<p>nationales pour la distribution de nourriture pour toutes les écoles bénéficiaires du NSFP).</p> <p>Un plan complet de suivi et d'évaluation et un système d'information en ligne des interventions du projet.</p> <p>En 2019, le programme a été étendu sur les 14 régions du pays avec une couverture nationale.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Ministère de l'éducation, des arts et de la culture.</p> <p>Conseil d'établissement constitué des parents, des enseignants et de la collectivité locale.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Les composantes de l'alimentation vont améliorer l'état nutritionnel des enfants bénéficiaires. Une alimentation riche éradique les carences en micronutriments.</p> <p>L'association au programme des agriculteurs ouvre de nouveau marché stable aux producteurs locaux.</p>

N°58 : PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR (PAE) – AMERIQUE LATINE / CHILI

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme d'alimentation scolaire initié en vise à fournir des services de restauration (petit-déjeuner, déjeuner, collations et dîners si nécessaire) aux élèves vulnérables des établissements d'enseignement municipaux et privés qui sont subventionnés pendant l'année scolaire. Le PAE aide à améliorer leur assiduité et contribue à prévenir les abandons.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Les programmes d'alimentation scolaire (PAE) sont le système de sécurité sociale le plus répandu dans le monde (Banque mondiale, 2014). En 2013, près de 75 milliards de dollars ont été investis, touchant plus de 368 millions d'écoliers dans le monde (PAM, 2013), ce qui représente un énorme investissement public et une large couverture de la population scolaire.

Dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes (ALC), en plus d'être explicitement intégrées dans les politiques nationales de sécurité alimentaire et nutritionnelle (SAN), les PAE sont de plus en plus intégrées aux systèmes nationaux de protection sociale. Actuellement, presque tous les pays de la région mettent en œuvre un PAE, et environ 85 millions d'enfants reçoivent un petit déjeuner, une collation ou un déjeuner à l'école, avec un investissement annuel d'environ 4,3 milliards de dollars, provenant principalement des budgets nationaux (PAM, 2017).

Les PAE jouent un rôle important dans la lutte contre la faim et la malnutrition sous toutes ses formes, et contribuent à garantir le droit de l'homme à une alimentation adéquate pour tous les écoliers. En outre, les PAE contribuent au droit à une vie saine et à une éducation de qualité. Ces programmes peuvent avoir un impact sur le développement économique au niveau national et dans les territoires, et servent également de stratégies pour lutter contre la pauvreté et l'insécurité alimentaire (Bundy et al. 2009). Grâce à des actions organisées, dans le cadre des PAS ?, une contribution significative peut être apportée à l'éducation alimentaire et nutritionnelle (EFN) des élèves, des parents et du personnel scolaire ; et, par conséquent, à l'instauration nécessaire d'habitudes alimentaires et de modes de vie plus sains (FNDE et FAO, 2017 ; FAO, 2013).

Au Chili, le concept d'assistance scolaire a été introduit dans le pays sous le gouvernement de Carlos Ibáñez del Campo, lorsque la Direction générale de l'enseignement primaire et les Conseils d'assistance scolaire communautaire ont été créés. Ces conseils ont été chargés de promouvoir et d'organiser les services de restauration scolaire et d'autres formes d'aide aux élèves des écoles publiques, ce qui a constitué le premier pas vers ce qui est aujourd'hui connu sous le nom de Conseil national d'assistance et de bourses, JUNAEB.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	<p>Le programme cible les élèves issus de familles appartenant aux 60% les plus vulnérables ou les plus défavorisés socio-économiques selon le registre social des ménages.</p> <p>Il sont sélectionnés par le Conseil national de l'aide et des bourses aux étudiants (JUNAEB) et accompagnés de la maternelle jusqu'au secondaire.</p>
COUVERTURE	Nationale (Urbain et Rural). 1 600 000 élèves. Plus de 4 000 000 de repas par jour
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Le programme fournit une ration alimentaire quotidienne par élève, complémentaire et différenciée, composée de :</p> <p>Petit-déjeuner, Déjeuner et Diner dans certaines situations</p> <p>Le programme permet d'améliorer la fréquentation scolaire et retenir les élèves dans le système éducatif, grâce à la fourniture de repas scolaires sains, variés et nutritifs, permettant un développement physique et mental des enfants qui favorise et encourage la concentration et l'apprentissage nécessaire à leur réussite scolaire.</p> <p>La nourriture est livrée à chaque établissement scolaire qui en a besoin tout au long de l'année scolaire et qui, également, présente des conditions de vulnérabilité, selon l'indice de vulnérabilité.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Gouvernement du Chili</p> <p>Conseil national de l'aide et des bourses scolaires (JUNAEB)</p> <p>Budget : 278 milliards de dollars</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>La prise en charge de repas est une innovation car de nombreux programmes ne prennent en charge que le déjeuner. Or il est avéré que le petit déjeuner est un repas important pour l'amélioration du développement physique et cognitif des enfants.</p> <p>La prise en charge sur le long terme avec un suivi de la maternelle au secondaire.</p> <p>Les aides sont calibrées selon l'indice de vulnérabilité de chaque école.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Ministère du développement social</p> <p>Conseil national de l'aide scolaire et des bourses (JUNAEB)</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>Le programme fonctionne par le biais d'appels d'offres pour la fourniture de services de restauration. Les entreprises retenues utilisent les infrastructures (cuisines, entrepôts) qui existent déjà au niveau des écoles. La Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (Junaeb) établit les exigences nutritionnelles et de salubrité des repas consommés. Elle informe les prestataires du nombre de repas (petits déjeuners, déjeuners et collations) et envoie la liste</p>

des élèves qui doivent bénéficier du PAE au responsable de la gestion dans les établissements. Ces responsables sont chargés de contrôler le nombre quotidien de repas effectivement servi par le prestataire et rendent compte à Junaeb de la qualité de la nourriture fournie. Les responsables sont sélectionnés dans le même établissement et ne reçoit pas de rémunération supplémentaire pour cette tâche.

N°59 : PROGRAMA ALIMENTOS ESCOLARES (PROGRAMME DE REPAS SCOLAIRES) – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Programa Alimentos Escolares est un programme social par lequel des aides alimentaires basées sur des critères de qualité nutritionnelle sont fournies aux filles et aux garçons dans les niveaux préscolaire, primaire et spécial. Il est organisé du lundi au vendredi pendant toute l'année scolaire. De plus, des conseils nutritionnels techniques sont fournis, afin de favoriser des changements dans les pratiques de la population par la consommation saine d'aliments.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Il s'agit d'un programme qui est mis en œuvre en 2019 pour lutter contre l'extrême pauvreté dans les zones défavorisées. En plus de ce contexte, l'absence d'une alimentation équilibrée entraîne la malnutrition surtout chez les enfants. En 2018, 1 430.000 enfants de la ville de Mexico souffrent de malnutrition, soit un taux de 12.4%. 686661 apprenants bénéficient de ce programme. L'objectif du programme est d'aider les filles et les garçons, inscrits dans les écoles publiques de Mexico aux niveaux préscolaire, primaire et spécial, à améliorer leur alimentation en accédant au support de rations froides, sur la base de critères de qualité nutritionnelle. Il défend le droit d'accès à la nourriture.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les filles inscrites dans les établissements publics de même que les garçons.
COUVERTURE	650 670 filles et garçons inscrits dans des écoles publiques de Mexico au niveau de l'éducation initiale préscolaire, secondaire primaire spéciale sont couverts par le programme soit un taux de 54.9%.
PRESTATIONS OFFERTES	Le programme offre des petits déjeuners complets (pain céréales fruits...) aux enfants qui sont écrits dans les établissements publics.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Les sources de financement : Gouvernement de Mexico, SIBISO (secrétariat d'inclusion et de protection sociale de la ville de Mexico), DIF (système national pour le développement intégral de la famille). Le budget : 41 802 067 dollars en 2019.

RAISONS DU SUCCÈS	<p>Selon les bénéficiaires interrogés, le programme aide plus de 84% des bénéficiaires à améliorer leur nutrition. En 2019, il octroie 4 350 516 rations alimentaires aux bénéficiaires. La ville de Mexico s'est engagée dans le programme en mettant un budget provenant de ses propres coffres dans le programme.</p> <p>Le gouvernement de la capitale, à travers le système de développement intégral de la famille (DIF), a commencé le 05 février 2021 la deuxième tranche de l'appui émergent des repas scolaires aux bénéficiaires qui étudient dans les écoles publiques situés dans les 16 communes de la capitale.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>SIBISO (Secrétariat d'inclusion et de protection sociale de la ville de Mexico)</p> <p>DIF (Système national pour le développement intégral de la famille)</p> <p>La mairie de la ville de Mexico</p> <p>FIDEGAR (fonds de garantie pour l'éducation).</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>Les programmes des repas scolaires ont subi des changements importants en 2020 comme la consolidation des cantines sociales de SIBISO en un seul programme qui est le programme de repas scolaires (Programa Alimentos Escolares).</p>

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme d'amélioration de la nutrition pour les élèves de l'enseignement obligatoire a été lancé le 23 Novembre 2011 par le bureau général du Conseil d'État. L'objectif du NIPRCS est de réaliser des cantines scolaires en vue d'améliorer l'état nutritionnel des élèves ruraux et de réduire l'écart entre les populations urbaine et rurale.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Selon le bulletin statistique 2012 du développement économique et social national de la République populaire de Chine, le revenu net par habitant des ménages ruraux était de 7917 CNY (≈\$US 1257) en 2012. Le coefficient d'Engel, qui fait référence à la proportion des dépenses alimentaires par rapport aux dépenses de consommation totales des ménages, est passé de 45.5 % pour les ménages ruraux en 2005 à 39.3 % en 2012.

L'état nutritionnel des élèves vivant en Chine rurale est déficitaire comparé à leurs homologues urbains. En 2005, les différences de taille, de poids et de tour de poitrine entre les garçons de 14 ans vivant en milieu rural et ceux du milieu urbain étaient respectivement de 4 à 3 cm, de 5 à 8 kg et de 1 à 8 cm. Dans le même groupe d'âge d'élèves de 14 ans, les garçons et les filles des zones rurales présentent un taux plus faible que leurs homologues urbains respectivement 25.7 % contre 17.6 % et 13.5 % contre 12.1 %. Outre le mauvais état nutritionnel des élèves des zones rurales, le manque de restaurants et d'éducation nutritionnelle est fréquent dans les écoles rurales de Chine. Une enquête

menée dans 122 écoles primaires rurales pauvres du nord-ouest de la Chine a montré que seules 8.2 % des écoles étudiées disposaient d'une cafétéria, qu'entre 50 et 70 % des élèves prennent deux repas par jour pendant toute l'année (les pourcentages diffèrent selon la saison) et que les directeurs, les enseignants et les parents manquaient généralement de connaissances en matière de nutrition et de santé.

La malnutrition a des implications à long terme pour la population dans son ensemble. L'examen systématique a montré que la malnutrition infantile était un facteur de risque de maladie mentale, d'hyperglycémie à l'âge adulte et d'hypertension artérielle. La malnutrition infantile entraîne une déficience permanente.

Au cours des 20 dernières années, des chercheurs chinois ont constaté les implications de la malnutrition infantile et ont suggéré que des politiques de réduction de la malnutrition soient développées sur une base nationale. Dans ce cas, une intervention plus concrète est mise en œuvre dans les écoles, notamment dans les écoles rurales. Le besoin identifié est de fournir aux élèves des repas scolaires bien conçus, en promouvant l'éducation à la santé et la construction d'un plus grand nombre de cafétérias scolaires. Ainsi, le gouvernement chinois a pris conscience de la nécessité et l'urgence de modéliser une approche politique d'amélioration de la nutrition des enfants à l'école.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les populations ciblées sont les étudiants ruraux de l'enseignement obligatoire, qui sont principalement âgés de 6 à 15 ans de la 1ère à 9ème année.
COUVERTURE	Au total, NIPRCES couvre plus de 33,6 millions d'écoliers ruraux. Environ 29 provinces ont bénéficié du NIPRCES en août 2016.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Le programme évolue dans le cadre de la distribution de repas scolaires : Petit déjeuner, déjeuner et dîner nutritionnel pour les enfants.</p> <p>Chaque étudiant couvert par le NIPRCES est subventionné à hauteur de 600 CNY soit 92 dollars par an (3 CNY par jour × 200 jours de scolarité).</p> <p>En Chine rurale, la subvention de 3 CNY (≈\$US 0-5) par jour a permis de couvrir un repas à l'école. Pour les élèves internes des zones rurales, qui étaient simultanément couverts par les deux exemptions nationales et par le NIPRCES, le montant total de la subvention alimentaire quotidienne est de 7 CNY (≈\$USD 1.1) pour les élèves du primaire et de 8 CNY (≈\$US 1.3) pour les élèves du secondaire, et il peut couvrir trois repas par jour dans les écoles rurales et répondre aux besoins alimentaires de base des écoliers.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	En 2012, le coût de l'éducation nationale était d'environ 2 à 2 000 milliards de CNY (≈\$US 349.1 milliards) et représentait 4 % du produit intérieur brut national, dont 16 milliards de CNY (≈\$US

	<p>2.5 milliards) pour le financement des repas scolaires que le gouvernement central chinois subventionne annuellement pour le NIPRCES sur le budget national.</p> <p>Le gouvernement central chinois a investi un total de 30 milliards de yuans (≈\$US 4.8 milliards) en tant que fonds spéciaux pour la construction de cuisines scolaires dans les zones rurales. Ces fonds ont été distribués chaque année et versés au niveau central par le Trésor public aux provinces entre 2011 et 2013.</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Mécanisme de travail collaboratif :</p> <p>Quinze ministères et comités nationaux engagés dans le NIPRCES, le taux de couverture élevé et la pertinence du programme national d'intervention en matière de nutrition ont été étroitement associés à ce mécanisme de travail collaboratif. En effet, chaque ministère ou comité a un rôle et des responsabilités claires en tant que membre de l'équipe.</p> <p>Le programme a fortement contribué à l'amélioration des performances scolaires des enfants et favorisé l'inclusion des enfants des familles vulnérables dans l'école publique. Il a promu l'égalité des chances aux enfants quelles qu'en soient les conditions socio-économiques de vie des parents.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Ministère de l'Éducation ; Parti dirigeant ;</p> <p>Ministère des finances ; Fournisseur et gestionnaire de fonds ;</p> <p>Bureau National d'audit : Contrôle et gestion de l'utilisation du budget ;</p> <p>Ministère de la santé : Guide de lignes directrices alimentaires, nutritionnelles et sanitaires ;</p> <p>Département de la propagande du comité central du parti communiste chinois : Rapport objectif de l'ensemble du processus ;</p> <p>Ministère de l'Agriculture : Contrôle de la qualité des aliments.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Lors de la mise en œuvre du NIPRCES, il convient de noter certaines préoccupations du public. D'une part, les problèmes croissants de préparation et de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments suscitent de grandes inquiétudes chez les parents et le public, en particulier lorsque les médias publics ont récemment révélé plusieurs cas de sécurité alimentaire dans les écoles rurales. D'autre part, d'importants fonds sont investis chaque année par le biais du système de recettes, comme les subventions</p>

pour les repas scolaires et les fonds pour les cuisines scolaires. La sécurité financière et la prévention de la corruption constituent une autre préoccupation publique.

N°60 : "NUTRITION IMPROVEMENT PROGRAM FOR RURAL COMPULSORY EDUCATION STUDENTS (NIPRCS)" OU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA NUTRITION POUR LES ELEVES DE L'ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE EN MILIEU RURAL – ASIE / CHINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme d'amélioration de la nutrition pour les élèves de l'enseignement obligatoire a été lancé le 23 Novembre 2011 par le bureau général du Conseil d'État. L'objectif du NIPRCS est de réaliser des cantines scolaires en vue d'améliorer l'état nutritionnel des élèves ruraux et de réduire l'écart entre les populations urbaine et rurale.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Selon le bulletin statistique 2012 du développement économique et social national de la République populaire de Chine, le revenu net par habitant des ménages ruraux était de 7917 CNY (≈\$US 1257) en 2012. Le coefficient d'Engel, qui fait référence à la proportion des dépenses alimentaires par rapport aux dépenses de consommation totales des ménages, est passé de 45.5 % pour les ménages ruraux en 2005 à 39.3 % en 2012.

L'état nutritionnel des élèves vivant en Chine rurale est déficitaire comparé à leurs homologues urbains. En 2005, les différences de taille, de poids et de tour de poitrine entre les garçons de 14 ans vivant en milieu rural et ceux du milieu urbain étaient respectivement de 4 à 3 cm, de 5 à 8 kg et de 1 à 8 cm. Dans le même groupe d'âge d'élèves de 14 ans, les garçons et les filles des zones rurales présentent un taux plus faible que leurs homologues urbains respectivement 25.7 % contre 17.6 % et 13.5 % contre 12.1 %. Outre le mauvais état nutritionnel des élèves des zones rurales, le manque de restaurants et d'éducation nutritionnelle est fréquent dans les écoles rurales de Chine. Une enquête menée dans 122 écoles primaires rurales pauvres du nord-ouest de la Chine a montré que seules 8.2 % des écoles étudiées disposaient d'une cafétéria, qu'entre 50 et 70 % des élèves prennent deux repas par jour pendant toute l'année (les pourcentages diffèrent selon la saison) et que les directeurs, les enseignants et les parents manquaient généralement de connaissances en matière de nutrition et de santé.

La malnutrition a des implications à long terme pour la population dans son ensemble. L'examen systématique a montré que la malnutrition infantile était un facteur de risque de maladie mentale, d'hyperglycémie à l'âge adulte et d'hypertension artérielle. La malnutrition infantile entraîne une déficience permanente.

Au cours des 20 dernières années, des chercheurs chinois ont constaté les implications de la malnutrition infantile et ont suggéré que des politiques de réduction de la malnutrition soient

développées sur une base nationale. Dans ce cas, une intervention plus concrète est mise en œuvre dans les écoles, notamment dans les écoles rurales. Le besoin identifié est de fournir aux élèves des repas scolaires bien conçus, en promouvant l'éducation à la santé et la construction d'un plus grand nombre de cafétérias scolaires. Ainsi, le gouvernement chinois a pris conscience de la nécessité et l'urgence de modéliser une approche politique d'amélioration de la nutrition des enfants à l'école.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les populations ciblées sont les étudiants ruraux de l'enseignement obligatoire, qui sont principalement âgés de 6 à 15 ans de la 1ère à 9ème année.
COUVERTURE	Au total, NIPRCES couvre plus de 33,6 millions d'écoliers ruraux. Environ 29 provinces ont bénéficié du NIPRCES en août 2016.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Le programme évolue dans le cadre de la distribution de repas scolaires : Petit déjeuner, déjeuner et dîner nutritionnel pour les enfants.</p> <p>Chaque étudiant couvert par le NIPRCES est subventionné à hauteur de 600 CNY soit 92 dollars par an (3 CNY par jour × 200 jours de scolarité).</p> <p>En Chine rurale, la subvention de 3 CNY (≈\$US 0.5) par jour a permis de couvrir un repas à l'école. Pour les élèves internes des zones rurales, qui étaient simultanément couverts par les deux exemptions nationales et par le NIPRCES, le montant total de la subvention alimentaire quotidienne est de 7 CNY (≈\$USD 1.1) pour les élèves du primaire et de 8 CNY (≈\$US 1.3) pour les élèves du secondaire, et il peut couvrir trois repas par jour dans les écoles rurales et répondre aux besoins alimentaires de base des écoliers.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>En 2012, le coût de l'éducation nationale était d'environ 2 à 2 000 milliards de CNY (≈\$US 349.1 milliards) et représentait 4 % du produit intérieur brut national, dont 16 milliards de CNY (≈\$US 2.5 milliards) pour le financement des repas scolaires que le gouvernement central chinois subventionne annuellement pour le NIPRCES sur le budget national.</p> <p>Le gouvernement central chinois a investi un total de 30 milliards de yuans (≈\$US 4.8 milliards) en tant que fonds spéciaux pour la construction de cuisines scolaires dans les zones rurales. Ces fonds ont été distribués chaque année et versés au niveau central par le Trésor public aux provinces entre 2011 et 2013.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Mécanisme de travail collaboratif :</p> <p>Quinze ministères et comités nationaux engagés dans le NIPRCES, le taux de couverture élevé et la pertinence du</p>

	<p>programme national d'intervention en matière de nutrition ont été étroitement associés à ce mécanisme de travail collaboratif. En effet, chaque ministère ou comité a un rôle et des responsabilités claires en tant que membre de l'équipe.</p> <p>Le programme a fortement contribué à l'amélioration des performances scolaires des enfants et favorisé l'inclusion des enfants des familles vulnérables dans l'école publique. Il a promu l'égalité des chances aux enfants quelles qu'en soient les conditions socio-économiques de vie des parents.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Ministère de l'Éducation ; Parti dirigeant ;</p> <p>Ministère des finances ; Fournisseur et gestionnaire de fonds ;</p> <p>Bureau National d'audit : Contrôle et gestion de l'utilisation du budget ;</p> <p>Ministère de la santé : Guide de lignes directrices alimentaires, nutritionnelles et sanitaires ;</p> <p>Département de la propagande du comité central du parti communiste chinois : Rapport objectif de l'ensemble du processus ;</p> <p>Ministère de l'Agriculture : Contrôle de la qualité des aliments.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Lors de la mise en œuvre du NIPRCES, il convient de noter certaines préoccupations du public. D'une part, les problèmes croissants de préparation et de contrôle de la sécurité sanitaire des aliments suscitent de grandes inquiétudes chez les parents et le public, en particulier lorsque les médias publics ont récemment révélé plusieurs cas de sécurité alimentaire dans les écoles rurales. D'autre part, d'importants fonds sont investis chaque année par le biais du système de recettes, comme les subventions pour les repas scolaires et les fonds pour les cuisines scolaires. La sécurité financière et la prévention de la corruption constituent une autre préoccupation publique.</p>

N°61 : PROGRAMME D'ALIMENTATION SCOLAIRE MID DAY MEAL SCHEME (MDMS) OU REPAS DE MIDI – ASIE / INDE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme des cantines scolaires en Inde a été ordonné par la cour suprême en 2001 afin d'inciter tous les États à instaurer la gratuité des repas dans les milieux scolaires. Ce repas scolaire est mis en place dans le but d'améliorer la scolarisation et la fréquentation scolaire et conjointement renforcer les niveaux nutritionnels des enfants. C'est aussi un déjeuner qui permet de corriger les problèmes de santé des enfants et de remédier aux déficits de nourriture provoqués par les sécheresses des années antérieures. Le programme est sous la responsabilité du Department of School Education and Literacy qui est épaulé par un comité directeur et de suivi national. Pour décentraliser la mise en œuvre, des comités similaires sont également installés aux niveaux des États et des districts et locaux.

Au niveau des écoles, le programme est piloté par le comité villageois pour l'éducation, le comité de gestion et de développement de l'école ainsi que l'association parents-enseignants ou, dans certains cas, des ONG.

Le programme comprend deux aspects : la distribution de céréales alimentaires subventionnées au niveau central par la société publique Food Corporation of India. Également, de fruits et de légumes frais, gérés par les États eux-mêmes.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Ayant constaté que 42% des enfants de moins de 5ans ont un poids en dessous de la moyenne, l'État indien a instauré ce programme afin de renverser la tendance. Lancé en 1995, Le Mid Day Meal Scheme (MDMS) avait pour objectif de mettre en place les conditions nécessaires permettant à tous les enfants de bénéficier d'un enseignement primaire. Par ce programme, l'État comptait également éradiquer les préjugés de castes et les inégalités de classes et favoriser la fréquentation des écoles par les couches défavorisées. Il demeure le plus grand programme d'alimentation scolaire au monde.

Pour sa mise en œuvre concrète, un arrêt a été rendu par la Cour suprême en 2001, pour rendre obligatoire l'alimentation scolaire dans les écoles primaires. En 2010-2011, le montant des dépenses combinées du gouvernement central et des gouvernements des États/territoires de l'Union pour le programme d'alimentation scolaire avoisinait 3 850 millions USD. La couverture durant cette année était de 113,6 millions d'écoliers.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES

Le programme s'adresse aux enfants des établissements scolaires au primaire.

COUVERTURE	Le projet a touché 120 millions d'écoliers en Inde soit le plus grand nombre dans le monde.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Le programme évolue dans la distribution de repas contenant 100 g de céréales alimentaires, 20 g de dal, 50 g de légumes et 5 g d'huile et de graisse (un total de 450 calories) au niveau primaire. En fin de cycle primaire, les élèves reçoivent 150 g de céréales alimentaires, 30 g de dal, 75 de légumes, et 7,5 g d'huile et de graisse soit 700 calories par jour d'école.</p> <p>La distribution se fait durant les 314 jours de l'année scolaire et pendant les vacances d'été pour satisfaire les zones touchées par la sécheresse.</p> <p>Dans certains États comme le Rajasthan en plus du repas, on distribue des fruits frais.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Durant l'année 2017-2018, le budget a été de 10 000 crore INR (100 000 000 000 INR) soit 1 131 953 000 Euros.</p> <p>NB : le crore est une unité de numération indienne qui équivaut à 10 millions.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le programme connaît un succès à travers une augmentation du taux de scolarisation des enfants particulièrement ceux des castes et tribus répertoriées.</p> <p>Durant l'année 2001-2002 et 2007-2008, les chiffres ont augmenté allant de 103,1 à 132,3 % pour les garçons, et 82,3 à 116,7 pour cent pour les filles chez les castes répertoriées.</p> <p>Au niveau les tribus répertoriées, l'évolution est de 106,9 à 134,4 % pour les garçons et 85,1 à 124% pour les filles.</p> <p>Le programme a eu aussi des impacts positifs sur le plan nutritionnel car, il a favorisé l'élimination de la faim en classe et a contribué à l'inclusion des couches marginalisées.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Gouvernement central indien et les États
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>En 2008, dans le district d'Hyderabad, Britannia Industries, la Fondation Naandi et Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN) ont distribué des biscuits nutritifs pour renforcer le repas des enfants.</p> <p>On note une amélioration du programme en termes de dépenses au fil des ans. En avril 2010, les coûts de cuisine par enfant et par repas ont été augmentés jusqu'à 2,69 INR soit 0,031 euros pour les enfants en début de classes primaire et de 4,3 INR soit 0,049 euros pour les élèves des classes supérieures du primaire. Ces montants ont aussi été rehaussés à 75% en Avril 2011. Durant cette même année, le programme a fourni un emploi à plus de 2 600 000 aide-cuisiniers pour la gestion des services du repas scolaire. Il est important de préciser que la plupart de ces</p>

bénéficiaires sont des femmes issues de castes répertoriées et de groupes vulnérables. Selon le recensement de 2011, les tribaux répertoriés représentent 104 millions de personnes, soit 8,6 % de la population indienne.

SANTE

PRESENTATION DU PROGRAMME

En 2002, le Botswana est devenu le premier pays d'Afrique subsaharienne à introduire un programme national de traitement antirétroviral (TAR). Appelé Masa, un mot Setswana signifiant « nouvelle aube », le programme fournit une thérapie gratuite et universelle selon les directives nationales. Le seuil de numération des CD4 pour démarrer le TAR était initialement de 200 cellules/mm³. Ce taux a été porté à 250 cellules/mm³ en 2008 et encore augmenté à 350 cellules/mm³ en 2013. En novembre 2012, plus de 200 000 personnes recevaient un traitement antirétroviral grâce à Masa.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Botswana est un pays enclavé d'Afrique australe avec une population de 2.54 millions d'habitants et une économie relativement stable. Il a le cinquième PIB par habitant le plus élevé d' Afrique. Cependant, le Botswana affiche le troisième taux de VIH / sida le plus élevé au monde avec 21,9% de la population vivant avec le VIH. En 2001, environ 320 000 personnes au Botswana vivaient avec le VIH, soit un peu plus d'une personne sur quatre. Au-delà du bilan humain, le VIH menaçait également de détruire des décennies de progrès économique et social du pays.

En 2001, le gouvernement du Botswana s'est engagé à faire du VIH une priorité nationale et a décidé de fournir gratuitement un traitement ARV à ses citoyens après une étude de faisabilité commandée par l'ACHAP (association) et menée par McKinsey and Co (bureau d'étude). L'étude de faisabilité a abouti à un document de stratégie qui précise comment le ministère de la Santé pourrait renforcer la capacité requise et intensifier le traitement. En outre, le Gouvernement a activé un système national d'urgence accéléré pour renforcer les capacités de lancement et de maintien du programme national ainsi que la formation d'une équipe ARV dédiée pour mettre en œuvre le programme en adoptant une approche par étapes.

L'approche par étapes a commencé par donner la priorité à quatre groupes de patients pour la première vague de traitement, en utilisant 19000 patients (sur un besoin estimé à 110000 ayant le plus besoin de soins immédiats) comme cible pour le renforcement des capacités au cours de la première année, et en sélectionnant quatre sites stratégiquement situés (Gaborone, Francistown, Maun et Serowe) pour le déploiement du programme thérapeutique.

FICHE PROGRAMME

<p>PERSONNES CIBLES</p>	<p>missibilité : les personnes séropositives avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> ombre de cellules CD4 \leq 200. résence d'une maladie définissant le SIDA. n enfant de moins de 13 ans. <p>roupes prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> emmes enceintes et avec CD4 $<$ 200 et / ou SIDA définissant des maladies et partenaires éligibles qui remplissaient les mêmes critères. ous les enfants infectés par le VIH âgés de plus de 6 mois qui sont hospitalisés. ous les patients tuberculeux infectés par le VIH avec CD4 $<$ 200. ous les patients adultes hospitalisés avec CD4 $<$ 200.
<p>COUVERTURE</p>	<p>A la fin de 2002, seulement 3 500 personnes étaient inscrites au programme, bien en deçà de l'objectif de 19 000 personnes. La couverture du TAR s'est rapidement développée avec le déploiement national à peine deux ans plus tard. En 2005, plus de la moitié de la population éligible, soit 43 000 personnes, bénéficient de Masa. L'augmentation massive de l'utilisation du TAR est due, en grande partie, à une augmentation des tests, à la décentralisation du programme vers les districts satellites du pays. Parmi les autres facteurs contributifs figuraient l'externalisation du dépistage du VIH et de la fourniture de TAR au secteur privé du Botswana, et l'élargissement des critères d'éligibilité du programme. À la fin de 2013, le programme couvrait près de 224 000 personnes, soit environ 87% de toutes les personnes éligibles.</p>
<p>PRESTATIONS OFFERTES</p>	<p>Dépistage systématique du VIH / SIDA. Accès à la thérapie antirétrovirale (TAR). Création de nouveaux centres de traitement et de ressources, de laboratoires et de dispensaires.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure +</p>	<p>En 2012, les dépenses annuelles totales de lutte contre le VIH / sida avaient atteint 347 millions de dollars au Botswana, dont</p>

Budget)	<p>68% étaient couverts par le gouvernement. La Fondation Bill & Melinda Gates a contribué 50 millions de dollars et la Fondation Merck 56,6 millions de dollars pour mettre Masa en marche. Chacun a contribué 30 millions de dollars supplémentaires en 2010. Le reste provenait de sources internationales, y compris le Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida (PEPFAR) et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Seuls quelques riches botswanais pouvaient se permettre le traitement antirétroviral avant le programme. La mise à l'échelle nationale signifiait que tous les résidents éligibles avaient le droit à un traitement gratuit à vie.</p> <p>Le programme a bénéficié du solide réseau de cliniques et d'hôpitaux publics du Botswana au sein d'un système de santé publique fonctionnel. Néanmoins, le gouvernement s'est débattu avec des ressources humaines et physiques insuffisantes pour faciliter efficacement le déploiement massif du TAR. Une combinaison de nouvelles infrastructures, de décentralisation des laboratoires, de transfert de tâches et de formation intensifiée a contribué à combler le vide. Ces efforts ont permis une surveillance régulière de la charge virale dès le début du programme. Ce qui est unique et au cœur du succès du programme.</p> <p>Le gouvernement du Botswana a également pris l'initiative de lutter contre le problème de la stigmatisation sociale liée au sida en promouvant le dépistage du VIH. La stigmatisation sociale a empêché de nombreuses personnes de se présenter pour se faire dépister, ce qui a contribué à la lenteur initiale du recours au traitement antirétroviral et a empêché les personnes de se présenter pour un traitement jusqu'à ce qu'elles soient extrêmement malades.</p> <p>Le gouvernement a encouragé l'innovation technique consistant à élargir les tests et en modifiant la façon dont ils étaient offerts. Le dépistage du VIH a été mis en place à l'origine comme un processus «opt-in», par lequel les personnes demandaient un test à un agent de santé. En 2004, le dépistage du VIH a été modifié pour devenir un programme «opt-out», dans le cadre duquel les prestataires proposaient des tests lors des visites de routine au bureau. La promotion des tests s'est avérée efficace ; plus les gens connaissaient leur statut, plus les gens étaient susceptibles de changer d'avis sur les personnes porteuses du virus.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Le gouvernement.</p> <p>Le Plan d'urgence du Président pour la lutte contre le sida</p>

	<p>(PEPFAR). Le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. L'ACHAP. Le ministère de la santé. Le ministère des gouvernements locaux. La Fondation Bill & Melinda Gates. La Fondation Merck.</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)</p>	<p>Un système informatisé de gestion des patients a été utilisé dans les établissements de distribution des TAR pour suivre l'observance des patients et les effets indésirables. Pour arrêter les nouvelles infections, il est important que les gouvernements accordent la priorité à la prévention parallèlement aux efforts de traitement soutenus. La prévalence du VIH au Botswana, 18,5%, reste parmi les plus élevées de la région. L'incidence est également restée stable, ne chutant que légèrement de 1,45% en 2008 à 1,35% en 2013.</p>

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le régime national d'assurance-maladie du Ghana (National Health Insurance Scheme, NHIS) a un objectif ambitieux ; mettre en place une couverture de santé universelle en améliorant l'accès de la population à des services de santé abordables. En effet, ce régime a été promu dans le but de fournir des services de soins de santé de base aux personnes résidant dans le pays par le biais de mutuelles et de régimes d'assurance maladie privés ". D'ailleurs, la raison pour laquelle il a été lancé est de remplacer l'ancien système " cash and carry " qui obligeait les gens à payer en espèces en cas de besoin de consulter un médecin ou de se rendre à l'hôpital.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Dans un contexte de crise économique, la fin des années 1980 est marquée par un changement brutal dans le processus de prise en charge des soins, passant de la gratuité au paiement direct par l'utilisateur. Beaucoup de pays africains étaient à la recherche d'aide sous forme de coopération nationale. En échange, les États se retirèrent de la fourniture de services de santé, et imposèrent des programmes influencés par la doctrine néolibérale (Plassart, 2011). Les programmes d'ajustement structurel (PAS) prirent pour cibles les dépenses qui étaient considérées comme excessives, dont celles de la santé, parce qu'à cette époque, les institutions financières internationales n'étaient pas impliquées dans ces initiatives. Mais à partir de 1980, l'Organisation des Nations unies traversa une crise, et son rôle se détourna de l'aide économique pour s'orienter vers l'aide humanitaire.

Cette époque fut marquée par une détérioration des infrastructures, une pénurie de médicaments, une détérioration des conditions de travail et une fuite du personnel qualifié en raison du financement

insuffisant du secteur de la santé. L’Afrique de l’Ouest notamment le Ghana fait partie des pays qui traversent d’énormes difficultés face à l’accès à la sécurité sociale universelle. Cette situation a d’ailleurs amené plusieurs institutions internationales et gouvernements africains à se mobiliser à plusieurs reprises pour tenter de résoudre ce problème. En réalité, la rationalité derrière toute cette mobilisation est de garantir d’ici 2030 une couverture sociale substantielle aux personnes pauvres et les plus vulnérables dans ces pays et de mettre en place des politiques de protection sociale durables. A partir des années 90, la conception de l’OIT évolua vers la prise en forme de la sécurité sociale en Afrique, et l’organisation commença un travail de lobbying intense pour redonner la priorité à la protection sociale dans les programmes de développement. La couverture sanitaire était devenue le nouvel objectif, l’intention étant de faire en sorte qu’il fût possible d’étendre l’accès aux soins à travers un mécanisme de financement plus juste et plus pérenne à long terme, sous réserve d’une amélioration des services de santé. C’est ainsi que l’OIT a décidé d’intervenir techniquement, institutionnellement et financièrement de plusieurs manières d’autant plus que le Ghana fait partie des pays ayant vécu le passage de mécanismes de santé communautaires vers une couverture sanitaire universelle.

La première mutuelle de santé fut créée en 1989, mais leur développement ne prit une réelle ampleur qu’à partir de la fin des années 1990. En 2001, le pays disposait de 47 mutuelles de santé, dont 43 furent créées entre 1999 et 2000 (Atim et Al., 2001). Lors des élections de 2000, l’ancien président John KOFUOR a promis au peuple le système de distribution de la santé, une fois réélu il a mis en place le régime en vertu de la loi 2003 pour fournir un accès équitable et une couverture financière aux services de soins de santé de base, garantir la mise en œuvre de la politique nationale d’assurance maladie et mettre en place une couverture de santé universelle. C’est à cette période (2003) qu’on assiste à l’introduction d’un régime de contribution pour l’assurance maladie. A cette période, les mutuelles de santé elles étaient au nombre de 168 en 2003. Grâce à des montages institutionnels entre le système décentralisé de gouvernement et les politiques nationales, l’extension de la couverture sanitaire, de 2003 à 2005, fut expérimentée dans tous les districts du pays, ouvrant ainsi la voie au NHIS.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Personnes indigentes, femmes enceintes
COUVERTURE	La population couverte est de 95%.
PRESTATIONS OFFERTES	Les membres du NHIS bénéficient de services généraux de consultation externe, de services d’hospitalisation, de santé bucco-dentaire, de soins ophtalmologiques, de soins d’urgence et de soins de maternité, y compris les soins prénataux, l’accouchement normal et certains accouchements compliqués.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Les principales sources de financement proviennent : Des primes des souscripteurs (il faut s’inscrire et payer une prime en fonction de ses revenus) ; 2,5% de la taxe nationale d’assurance maladie ; 2,5% SSNIT, déductions du secteur formel ;

	<p>Les fonds du gouvernement du Ghana seront alloués par le Parlement ;</p> <p>Rendement des investissements ;</p> <p>Le montant total du budget est de 24 747,45 Euro en 2018 ;</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>’extension de la couverture sanitaire a été accomplie par le biais du NHIS (pour l’accès financier aux soins) et des CHPS (pour l’accès géographique aux soins). Toutefois, après une première étape, la souscription au NHIS stagne à 40 % de la population depuis la mise en œuvre du régime et la proportion tombe à 5 % pour ce qui concerne les CHPS.</p> <p>râce à la mise en place du NHIS, les personnes qui bénéficient du programme reçoivent une carte qui leur permet de se rendre à l'hôpital sans paiement direct. L'hôpital enverra ensuite les factures à un fournisseur de services, qui paiera ensuite les services fournis.</p> <p>’OIT a joué directement un rôle dans la mise en place d’une couverture de santé au Ghana par le biais d’un renforcement des compétences, mettant en œuvre plusieurs initiatives visant à améliorer les niveaux de compétence des personnes impliquées dans la sécurité sociale. L’OIT a fourni des conseils techniques et politiques au gouvernement du Ghana concernant l’administration du NHIS.</p> <p>ême si la couverture universelle n’est pas totalement atteinte, le dispositif de mutualisation des risques du système national d’assurance maladie NHIS a déjà favorisé une redistribution quasi complète des ressources depuis les ménages mieux nantis vers les plus pauvres, un accomplissement rendu possible par une imposition générale progressive de la plupart des financements du système ainsi que par la fonction distributive de la mutuelle du NHIS.</p> <p>e taux de consultations externes par habitant est passé de 0,52 en 2006 à 0,69 en 2007 et cela grâce à la proportion croissante de la population couverte par le NHIS. En 2008, le NHIS a été étendue : en fin septembre, le système comptait pratiquement 9 millions de cotisants qui équivaut à 42% de la population.</p> <p>L</p> <p>e taux de prévalence du VIH/Sida chez les femmes enceintes est en repli, il passe de 3,2% en 2006 à 2,6% en 2008 grâce à la mise</p>

	<p>en place de la politique de soins gratuits pour les futures mères introduite la même année.</p> <p style="text-align: right;">L</p> <p>e nombre de séropositives bénéficiaires d'une thérapie antirétrovirale a doublé car il passe de 6000 en 2006 à plus de 13.000 en 2007.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Les principales partenaires mise en œuvre sont la DANIDA (Agence danoise de développement international) et l'USAID (L'agence américaine pour le développement international)</p>
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>En 2008, il y avait près de 12,3 millions de membres inscrits, ce qui représente 54 % de la population ghanéenne. Étant donné que la couverture des groupes les plus vulnérables reste insuffisante, le président a décidé en mai 2008 que tous les enfants de moins de 18 ans bénéficieraient d'une adhésion gratuite à l'assurance maladie, en plus de toutes les femmes enceintes pendant leur grossesse.</p> <p>Après l'enregistrement et le paiement intégral des cotisations, les personnes doivent attendre au maximum trois mois. Après l'inscription et le paiement intégral des cotisations, les personnes doivent attendre au maximum trois mois. Ensuite, elles reçoivent leur carte d'identification d'assurance maladie et leur carte de fréquentation d'un établissement de santé qui leur permet de bénéficier du régime.</p> <p>La Loi 650 instaurait initialement trois types de régimes d'assurance maladie dans le pays : les régimes d'assurance maladie couvrant le district (DMHI), les régimes de mutuelles de santé non gouvernementales, et les régimes d'assurance de santé privée commerciale. Actuellement le NHIS couvre 10,8 millions de personnes.</p>

N°64 : BASIC INVALIDITY PENSION AND CARER'S ALLOWANCE (ALLOCATION DE SOINS POUR LES BÉNÉFICIAIRES D'UNE PENSION D'INVALIDITÉ DE BASE) – AFRIQUE / ILE-MAURICE

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'allocation de soins pour les bénéficiaires d'une pension d'invalidité est un programme d'aide additionnelle du Gouvernement mauricien. Elle consiste à rémunérer les personnes à faible revenu qui s'occupent d'une personne à cause son invalidité. Ce programme vise à améliorer et à assister les personnes en situation d'extrême invalidité en leur assignant un soignant.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'Ile Maurice est un pays caractérisé par un système de santé bien développé. En 2014 le pays avait alloué 4,8% de son PIB au financement des soins de santé. Selon la Banque Mondiale, l'espérance de vie de l'Ile Maurice était de 74 ans en 2013. Le taux de mortalité infantile était d'environ 15 enfants pour 1 000 naissances vivantes. La gratuité des soins dans les services publics n'a cependant pas permis de couvrir toute la population mauricienne. En 2014, l'Ile Maurice avait alloué 4,8% de son PIB au financement des soins de santé. En 2006 le nombre de personnes couvert par médecin était de 899 sachant que la norme de l'OMS est de 11 000 personnes par médecin. En dépit de tous les efforts fournis par le Gouvernement mauricien, les personnes vulnérables sont parfois laissées de côté. Ces personnes peuvent dans certains cas avoir besoin d'aide ou d'entretien quotidien. Le Gouvernement a ainsi mis en place la « Basic Invalidation Pension and Carer's Allowance » pour améliorer les conditions de vie des personnes en situations d'invalidité.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Bénéficiaires d'une pension de base d'invalidité ayant besoin des soins et/ou l'aide constante d'une autre personne.
COUVERTURE	Pension d'invalidité de base : 27 205 bénéficiaires. Mise à disposition de soignants aux bénéficiaires de la pension d'invalidité de base : 6 351 bénéficiaires en 2015.
PRESTATIONS OFFERTES	Paiement d'un montant de 72,80 Euros (3 500 RS) par mois.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé par le gouvernement. 20,048 millions Euros (956 672 821 RS) (budget commun avec indemnité du détenu)
RAISONS DU SUCCÈS	L'allocation est universelle pour toutes les personnes éligibles. L'augmentation de la pension en 2014 passant ainsi de 67,54 Euros (3 267 RS) à 103,37 Euros (5 000 RS). La mise en place d'un registre pour les personnes en situation de handicap.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Ministère de la Sécurité Sociale et de la Solidarité Nationale
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Le ciblage est remis en question. La nécessité de venir en aide à une personne qui n'est pas dans le besoin malgré son invalidité suscite beaucoup de bruit.

N°65 : ASSURANCE MEDICALE DE BASE AMO-ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE – AFRIQUE / MAROC

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est une des méthodes principales de financement de la santé. Elle représente un élément fondamental du développement de la solidarité nationale et de l'accès équitable de toute la population marocaine aux soins de santé. Le principe de l'universalité de la couverture médicale de base est érigé en un droit constitutionnel depuis l'adoption de la nouvelle constitution de 2011, qui consacre dans son article 31 le droit de tous les citoyens Marocains à la Couverture Médicale.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Le Maroc est caractérisé par une population à faible revenu et un système de santé trop coûteux. L'accès aux soins de santé est en moyenne de 65,5% (seulement 45,1% pour les plus démunis c'est-à-dire 20% de la population). Dans l'optique de remédier à ces difficultés, l'État marocain s'est engagé à :

- Assurer l'accès aux soins à toutes les couches sociales de la population par la prise en charge solidaire des dépenses de santé,
- Garantir une offre de soins de qualité répartie d'une manière harmonieuse sur le territoire Marocain ;
- Relever les défis afin d'atteindre la couverture sanitaire universelle.

Ainsi la loi 65.00 portant code de la couverture médicale a été instituée en 2002 et est entrée en vigueur le 18 août 2005.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES

Salariés et retraités du secteur privé, et leurs ayants droits (conjoint, enfants de l'assuré, enfants handicapés à charge).
Employés et titulaires de pension du secteur public, et leurs ayants droit (conjoint, enfants de l'assuré, enfants handicapés à charge).

COUVERTURE	<p>EN 2013, couverture totale par CNOPS et CNSS : 24,4% de la population totale (9% par CNOPS-secteur public, 15,3% par CNSS-secteur privé).</p> <p>9,1 Millions de bénéficiaires de l'AMO, dont : 6,08 Millions de bénéficiaires au secteur privé. 3,02 Millions de bénéficiaires au secteur public.</p> <p>Évolution annuelle moyenne de 6,0% entre 2006 et 2016.</p> <p>Age moyen des bénéficiaires du Privé est de 29,1 ans. Age moyen des bénéficiaires du Public est de 34,1 ans.</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Prestations dentaires. Prise en charge des médicaments coûteux. Exonération partielle ou totale du ticket modérateur relatif à 108 maladies correspondant à 10 affections longue durée (ALD).</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>11,05 Milliards de MAD de cotisations et contributions en 2016, dont : 10,00 Milliards de cotisations et contributions des salariés actifs en 2016. 1,05 Milliards de cotisations des pensionnés en 2016.</p> <p>Évolution annuelle moyenne de cotisations et contributions de 8,8% entre 2010 et 2016.</p> <p>Budget Recettes du régime AMO par CNOPS : 412,305 millions Euro (4.476 milliards en 2013) (ANAM 2014 : Rapport Global AMO). 718,447 millions Euro (7,8 milliards de MAD) de dépenses en 2016.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>L'AMO a enregistré une importante évolution dans le domaine de la couverture des soins mais également en qualité de services. Ainsi en 2013, deux changements majeurs ont été notés avec l'entrée en vigueur de la mesure relative à la prise en charge des médicaments coûteux en mode tiers payant, et une exonération du ticket modérateur relatif à 53 nouvelles maladies correspondant à 20 affections longues durées.</p> <p>En outre en 2015, l'AMO a été élargie aux prestations dentaires pour l'ensemble des bénéficiaires.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Organes de gouvernance de la Couverture Maladie de Base ; Ministère de la santé ; Ministère chargé des finances ; Autres départements ministériels ; Organismes Gestionnaires ; Professionnels de santé ; Fournisseurs de biens médicaux ; Représentants des assurés.</p>

**AUTRES INFORMATIONS
SUR LE PROGRAMME**
(Soutenabilité + Réforme en
cours)

Le Gouvernement marocain s'est engagé à un accès universel à la santé. C'est dans ce cadre qu'il a élaboré un plan stratégique de santé 2025. Ce plan stratégique est composé de trois piliers :

- Organisation et développement de l'offre de soin en vue d'améliorer l'accès aux services de santé ;
- Renforcement des programmes nationaux de santé et de lutte contre les maladies et
- Amélioration de la gouvernance et optimisation de l'allocation de l'utilisation des ressources.

N°66 : PUBLIC SERVICE EMPLOYEE MEDICAL AID SCHEME (PSEMAS) / REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE POUR LES EMPLOYES DE LA FONCTION PUBLIQUE – AFRIQUE / NAMIBIE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le régime d'assistance médicale de la fonction publique (PSEMAS) est une prestation offerte aux fonctionnaires et vise à :

Aider ses membres à couvrir notamment les frais de soins médicaux;

Promouvoir la santé des membres en général grâce à ses programmes de mieux-être et de gestion des maladies chroniques.

C'est un programme qui pour objectif de fournir une amélioration de la qualité de soins des fonctionnaires ainsi que de réduire le coût des soins.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

La Namibie possède un système de sécurité sociale bien élaboré. Elle alloue environ 7,4% de son PIB aux programmes de protection sociale. Les systèmes de santé du pays sont financés à hauteur de 64% par le gouvernement, 30% par le privé et 6% par des donateurs. Le Régime d'Assistance Médicale aux Employés du Service Public (PSEMAS) et le fonds de pension des institutions gouvernementales représentaient en 2015/2016 environ 2,9% du PIB du Namibie. Le PSEMAS est administré par le Namibian Health en collaboration avec le Methealth Namibia. Les trois stratégies de base de ses administrateurs sont :

- La promotion de la santé pour promouvoir la santé en générale avec la des programmes visant à sensibiliser la population sur l'importance de de la forme physique ;
- La mise en place de mesures pour éviter les réclamations inutiles et pour freiner la surutilisation. Les modèles de réclamations sont ainsi disponibles dans une base de donnée ;
- La mise en place d'une stratégie de d'approvisionnement permettant de faire des économies. Ainsi une pré-autorisation est requise pour les membres devant être hospitalisés dans un hôpital privé.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Agents de la fonction publique
COUVERTURE	En 2019, PSEMAS comptait environ 297000 bénéficiaires, dont environ 5 000 retraités.
PRESTATIONS OFFERTES	Fournir une aide médicale aux membres et aux personnes à charges du régime d'aide médicale des fonctionnaires.

	Payer 95% du tarif convenu et les membres se chargent des 5% des frais de traitement.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Contribuable et Gouvernement Budget Gouvernement : 81,435 millions Euro (2 534,0 millions NAD) Contribuable : 19,659 millions Euro (355,4 millions NAD) Contribution état : 81,435 millions Euro (2 534,0 millions NAD)
RAISONS DU SUCCÈS	La mise en place d'une plateforme d'enregistrement appelé Namibian Health (NamHealth). Le contrôle permanent de la qualité de services. La mise en place d'une méthode pour influencer le comportement des bénéficiaires de services. Le Contrôle permanent de tous les comptes soumis à NamHealth pour éviter les passagers clandestins.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Ministère de la Santé PSEMAS Ministère des Finances.
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	La notification au Bureau du personnel dans les 60 jours suivants le changement en cas de modification du nombre de personnes à charge. Le Ministère des Finances envisage de mettre en place un système biométrique de surveillance du régime.

PRESENTATION DU PROGRAMME

Au Rwanda, la Couverture Maladie Universelle (CMU) a pour objectif de promouvoir la santé de la population à travers l'amélioration de l'accessibilité financière aux soins de santé. Il vise ainsi à protéger les ménages contre tous les risques de non accès aux soins en raison des contraintes financières et aussi à améliorer leur inclusion sociale.

Pour rendre effectif le système, en 2007, le gouvernement a décrété l'adhésion obligatoire à toutes les personnes résidentes dans le pays. Cette obligation est accompagnée d'une série d'autres mesures comme l'évaluation de la performance des chefs de district locaux, des amendes pour les personnes qui ne sont pas affiliées, une famille ne peut bénéficier des prestations que si tous ses membres sont assurés.

Le financement de la CMU est issu de quatre grandes sources : l'assurance maladie des agents de l'État, l'assurance maladie des militaires, les sociétés privées d'assurance et les mutuelles de santé. Le montant de la cotisation annuelle dépend du revenu et les versements sont modulables.

Quand un patient se présente dans une structure de santé il paie la somme correspondant au ticket modérateur dont le montant varie de 15% ou 10 % ou 220 FRW. Les factures de différents patients sont ensuite transmises par le centre aux soins à l'assurance sur une base mensuelle. L'assurance, après un processus de vérification en 5 étapes et sous 30 jours, procède au paiement du montant restant au centre de soins. Le bénéficiaire peut bénéficier de tous les soins de santé dans les centres de formation de la CMU en présence d'agents de contrôle.

Le taux de couverture est passé de 75,4% en 2015 à 83,2% en 2020 et une prévision supérieure à 90% en 2021 de la couverture nationale.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Au Rwanda, la première assurance maladie date de 1975 et ne couvrait que le secteur privé formel. Depuis, le système de protection sociale n'a guère évolué jusqu'à la fin des années 1990. Depuis les années 2000, la politique socio-sanitaire de L'État Rwandais vise à assurer qu'aucun membre de la société ne soit confronté à la mort, au handicap, à la mauvaise santé ou à l'appauvrissement pour des raisons qui pourraient avoir un coût limité. Ainsi, le pays démarra la phase pilote des assurances en 1999. Ensuite, en 2001, la loi du 27/4/2001 consacre l'assurance maladie obligatoire pour les agents de l'État et facultative pour le secteur privé (RAMA) et gérée par l'Office Rwandais de Sécurité Sociale (RSSB). En 2005, il fut créé l'assurance maladie des militaires (Armée, Police Nationale et autres corps de sécurité). En 2006, le succès de la phase pilote démarrée en 1999 entraîne l'extension des mutuelles dans les 30 districts du pays. En 2007, une loi renforce les mutuelles de santé en l'étendant au secteur informel toujours gérée par la RSSB. En 2015, à travers la loi du 25/11/2015 il

fut instaurée l'assurance maladie obligatoire au Rwanda et dont la gestion est assurée par le Conseil National d'Assurance Maladie.

Au cours des deux dernières décennies les indicateurs de santé du Rwanda se sont largement améliorés. L'espérance de vie de la population est passée de 48 ans en 2000 à 63 ans en 2010 pour atteindre 67 ans en 2020, selon les chiffres de l'Institut National des Statistiques du pays. Le taux de mortalité infantile a chuté de 106,2 pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 43,8 en 2010 pour atteindre 25,38 en 2020. Le taux de mortalité maternelle est passé de 107 pour 100 000 naissances vivantes en 2000 à 468 en 2010 pour atteindre 248 en 2017.

Pour finir, notons que le Rwanda est classé 4e pays en Afrique en termes de dépenses en protection sociale est estimée à 7,3% du PIB.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Toutes les personnes
COUVERTURE	83,2% en 2020
PRESTATIONS OFFERTES	Toutes les prestations médicales dispensées par les structures de santé y compris les médicaments publics et privés ayant conclu un contrat de service médical avec le fonds de mutuelles de santé.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>La structure du financement de la CMU au Rwanda se présente comme suit :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Assurance maladie des agents de l'État Cotisation mensuelle 15% du salaire de base : 7,5% employeur et 7,5% employé 2. Assurance maladie des militaires Cotisation mensuelle 20,5% du salaire de base : 17,5% employeur et 3% employé 3. Assurance privée Cotisation mensuelle ou annuelle Plans différents : Or – Argent - Bronze 4. Mutuelle de santé Cotisation des membres par personne / par an et suivant une catégorie socio-économique de la population par ménage répartie ainsi : Catégorie I (indigents) : 3 000 FRW par le Gouvernement et bailleurs (Fonds global) Catégorie II et III : 3 000 FRW par les Membres Catégorie IV : 7 000 FRW par les Membres Subsides du Gouvernement : 6 Milliards FRW (en plus des cotisations des indigents et de l'engagement de combler le déficit annuel) Subsides des autres institutions d'assurance maladie : 10% par

	RAMA et 5% par les autres assurances
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Volonté et engagement politiques forts et permanents ;</p> <p>Implication des autorités politique et administratives dans la sensibilisation de la population ;</p> <p>Caractère obligatoire de l'adhésion à la CMU pour toute la population ;</p> <p>Création d'une personnalité juridique fédérant l'ensemble des 30 mutuelles de santé (synergie opérationnelle, solidarité entre les mutuelles et économie d'échelle,) ;</p> <p>Pluralité des sources de financement ;</p> <p>Financement variable en fonction du statut socioéconomique des ménages ;</p> <p>Prise en charge public ou parapublic de la cotisation des plus démunis ;</p> <p>Accès aux soins partout du pays ;</p> <p>Remboursement rapide des centres de soins ;</p> <p>Expertise technique de la RSSB ;</p> <p>Gestion des fonds et des ressources humains de qualité ;</p> <p>Développement de stratégies de lutte contre la fraude ;</p> <p>Sanctions sévères et dissuasives ;</p> <p>Contrats de performances annuelles entre le Président et les Maires de district ;</p> <p>Culture de solidarité et d'assurance ;</p> <p>Appropriation du système des mutuelles par la population ;</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	OIT : Organisation International du Travail
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>La prise en charge se fait par la gestion des risques</p> <p>Sélection adverse</p> <p>Assurance obligatoire pour tout le monde</p> <p>Adhésion obligatoire (secteur publique)</p> <p>Adhésion du groupe (secteur privé)</p> <p>Adhésion par ménage (secteur informel)</p> <p>Risque moral</p> <p>Ticket modérateur</p> <p>Présence d'agents de contrôle dans les formations sanitaires</p> <p>Autorisation préalable sur certaines prestations (interventions, médicaments, tests labo, imagerie, lunettes,)</p> <p>Mode de financement en cours de révision ou de renforcement avec l'introduction du mécanisme de financement croisé</p>

N°68 : LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE EN ARGENTINE : RECONSTRUIRE APRES LA CRISE – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Ce programme vise à étudier et à percevoir les évolutions du système de protection sociale argentine et s'intéresse aux questions sociales comme la santé, le travail et développement social. Pour ce faire, le programme s'est associé avec des régions qui ont des compétences étendues en matière de santé et d'organisation de l'offre de soins. Concrètement, l'objectif de ce programme est d'alimenter la réflexion sur les mutations nécessaires des systèmes de protection sociale en procédant à la mise en œuvre d'un système d'assurance maladie et de santé qui s'intègre progressivement dans le cadre institutionnel. Sur ce, un travail sera fait au préalable avec le développement d'une politique de santé de santé publique.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

En ce qui concerne la couverture d'assurance maladie : Le système de santé est caractérisé par son incapacité à garantir l'accès aux soins pour les populations qui ne disposent pas de couverture sociale, d'une part, et par l'existence de disparités territoriales en matière d'offre de soins, d'autre part.

- A la fin des années 60, les obras sociales (qui sont le fruit d'une longue histoire, constituent aujourd'hui la pierre angulaire du système d'assurance maladie argentin) n'arrivaient à faire bénéficier du système d'assurance maladie qu'à 3,5 millions de personnes, soit 27 % de la population. Plus tard, ce système d'assurance maladie organisé autour des obras sociales ne couvre qu'une proportion de la population estimée à environ 52 % de la population. Cependant, cette situation fait peser une contrainte particulièrement lourde sur le secteur public qui doit être en mesure de prendre en charge les populations les plus démunies et ce, dans un contexte de crise économique qui entraîne une réduction des ressources financières et l'accroissement du nombre de patients potentiels.

- Dans ce contexte, le système argentin n'est pas en mesure d'offrir une couverture minimale à l'ensemble de la population. La population couverte a même diminué de dix points en 2001 passant, en raison de la crise économique, de 60 % à 50 %. L'organisation actuelle de la sécurité sociale ne permet donc pas la prise en charge intégrale de la population. -On assiste à un taux de mortalité materno-infantile élevé avec 33,2 décès pour 1 000 naissances en 1980, 16,6 pour 1 000 en 2000, il est ensuite remonté en 2002 pour atteindre 16,8 décès (ce taux est de 4,1 pour 1 000 en France).

- La présence de la mortalité maternelle n'est pas insignifiante avec un tiers de décès de femmes enceintes dû aux avortements clandestins qui entraînent plus de mille hospitalisations sont enregistrées chaque année. Si l'on s'intéresse à la lutte contre l'exclusion, une loi avait fixé le niveau des prestations à 82 % du dernier salaire perçu. Cette décision a eu pour effet de déséquilibrer le régime nouvellement mis en place, car la fixation du taux de substitution ne s'est pas accompagnée d'une modification de l'âge de

la retraite et du niveau des cotisations. En somme, on peut dire que ce programme est mis en œuvre dans un contexte où le système de protection argentin faisait face à des subtilités qu'elle doit relever après la crise politique économique et sociale qui a frappé le pays en 2001 et 2002.

Aujourd'hui, Mais, malgré le redressement économique et l'attention portée par le gouvernement actuel à la lutte contre l'impunité et la corruption, l'Argentine n'a pas encore totalement répondu aux nombreux défis auxquels elle doit faire face : chômage, endettement, insécurité croissante, pauvreté. Les dépenses publiques du PIB (2007-2011) affectées dans le domaine de la santé est de 5,3%. Chez les femmes, le taux de mortalité maternelle déclaré entre 2008 et 2012 est de 40% et spécifiquement en 2010, le risque de décès maternel sur la vie entière est de 1 sur 560.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les personnes démunies et les personnes âgées.
COUVERTURE	<p>Système d'assurance maladie</p> <p>Les obras sociales assurent la couverture d'environ 52 % de la population. Les statistiques demeurent imprécises mais il semble que les chiffres aient chuté avec la crise économique. De surcroît, cette donnée moyenne ne reflète pas la diversité des situations locales qui varient selon les provinces. Dans la province du nord-est, seuls 40 % de la population sont couverts ; dans les régions les plus riches, ce chiffre atteint 80 %.</p> <p>Dans le secteur privé, les bénéficiaires de ces contrats sont concentrés à plus de 80 % à Buenos Aires et ses alentours. 65 % des assurés ont effectué une démarche individuelle pour bénéficier d'une couverture privée, les 35 % restants étant affiliés à des contrats collectifs souscrits dans le cadre professionnel.</p> <p>Dans le secteur public, 30 % et 40 % de la patientèle qui accède aux établissements publics bénéficient de la sécurité sociale et ont droit aux services hospitaliers avec un système de tiers payant. 61 % des personnes les plus démunies dépendent exclusivement de l'hôpital, à défaut de ressources financières propres, pour se soigner et se procurer des médicaments.</p> <p>Système de retraite</p> <p>La couverture de la population active concerne les actifs qui cotisent à l'un des trois régimes de retraite. Les cotisants sont passés de 50 % de la population active à environ 40 % en 2002.</p> <p>Avant la crise et la dévaluation du peso, 40 % des retraites étaient inférieures à 150 pesos. En 2006, 60 % des retraites sont inférieures à 470 pesos. Pensions non contributives pour les populations les plus démunies.</p> <p>La couverture de la population âgée (au-delà de soixante-cinq ans) a chuté, passant de près de 77 % de la population en 1994 à 66 % en 2002. On mesure encore mieux l'ampleur de ce résultat si</p>

	<p>l'on considère la proportion de la population âgée qui ne dispose pas d'une prestation vieillesse, d'un revenu de remplacement ou de la prestation d'un conjoint.</p> <p>Les pensions versées aux mères de plus de sept enfants représentent plus de 50,1 % des pensions versées, le minimum vieillesse moins de 10 % et les anciens combattants 8 %.</p> <p>Lutte contre l'exclusion</p> <p>1,5 million de personnes bénéficiaient de ce programme. Les femmes chefs de famille représentent 70 % des bénéficiaires de cette aide et les deux tiers des bénéficiaires ont entre vingt-six et quarante-cinq ans.</p> <p>Allocations familiales et lutte contre le chômage</p> <p>Moins de 100 000 personnes bénéficient aujourd'hui de l'assurance chômage. Ce chiffre est surprenant quand on considère que le nombre de personnes sans emploi est estimé à 1,7 million.</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>a mise en place d'une réforme globale visant à rendre plus efficient le système d'assurance maladie avec l'optimisation du système de santé en insistant sur la décentralisation et l'accès aux soins et sur l'accroissement efficient du système de santé.</p> <p>e développement d'une politique de santé publique moderne avec le lancement du programme d'accès aux médicaments, une meilleure prise en charge de la santé maternelle et infantile ; une adoption des législations visant à favoriser la promotion de l'éducation sexuelle et l'information relative à l'emploi des contraceptifs avec les objectifs suivants (réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile ; prévenir les grossesses non désirées; promouvoir l'éducation sexuelle auprès des adolescentes ; prévenir les maladies sexuellement transmissibles ; respecter le droit des femmes à décider de leur sexualité.</p> <p>a prise en charge de nouvelles catégories de risques : vieillesse, retraite (Cette réforme de la gouvernance du système de retraite s'est accompagnée d'un relèvement de l'âge de départ à la retraite et du niveau des cotisations. L'âge de la retraite a été fixé à soixante-cinq ans pour les hommes, avec une durée de cotisation de trente ans, et à soixante ans pour les femmes, avec vingt-cinq annuités de cotisation. Une période de transition de cinq ans a été prévue afin de permettre la montée en charge de ce nouveau système de retraites. Aussi de nouveaux modes de calcul des droits à pension ont été notés), accidents de travail, familles</p>

	<p>(allocations familiales) et perte d'emploi (lutte contre le chômage).</p> <p>a mise en place une politique de lutte contre l'exclusion.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>La Banque interaméricaine de développement a débloqué des crédits à hauteur de 700 millions d'euros pour financer ce programme.</p> <p>'État consacre 3,5 milliards de pesos (soit 80 % du montant de l'aide sociale distribuée par l'État) au plan Jefes y Jefas qui a pour objectif d'apporter une aide aux familles les plus démunies.</p> <p>e Gouvernement argentin consacre 20,8% de son PIB aux dépenses de la santé : 1 milliard de dollars</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>e développement d'une politique de prévention plus active permettant de réduire de façon significative les décès maternels et infantiles. Le ministère de la santé publique estime qu'un tiers des décès à la naissance sont évitables en développant un meilleur suivi des grossesses. De la même manière, 40 % des 4 000 décès de nourrissons étaient évités avec le développement d'une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant.</p> <p>u cours des dix dernières années, la moitié des provinces ont adopté des législations visant à favoriser la promotion de l'éducation sexuelle et l'information relative à l'emploi des contraceptifs.</p> <p>aux de chômage : Pour faire face à cette situation de hausse du chômage, l'Argentine dispose d'un système d'assurance chômage qui est relativement plus développé que celui des autres pays de la région. En effet, les salariés argentins versent des cotisations à un Fonds national pour l'emploi (FNE) et se voient, en théorie, ouvrir en contrepartie le bénéfice d'une assurance chômage. Aujourd'hui, moins de 100 000 personnes bénéficient de l'assurance chômage. Ce chiffre est surprenant quand on considère que le nombre de personnes sans emploi est estimé à 1,7 million.</p> <p>'agissant des aides aux familles et chômeurs, le bénéfice de cette politique familiale est ouvert aux cas suivants : maternité, naissance, adoption, handicap de l'enfant et aide scolaire, mariage. Le montant des prestations est défini par le</p>

	gouvernement sans qu'il existe de mécanismes spécifiques de revalorisation. La politique gouvernementale met clairement la priorité sur l'aide accordée aux enfants.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Ambassade de France en Argentine Commission des affaires sociales du Sénat français
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>En complément du programme Jefes y Jefas, le gouvernement a mis en place, depuis, un programme d'urgence alimentaire qui vise à assurer la satisfaction des besoins alimentaires de base des femmes enceintes, des jeunes de moins de dix-huit ans, des personnes âgées et des handicapés. Ce programme assure à plus d'un 1,5 million de foyers un panier mensuel de onze kilos de denrées alimentaires de base (huile, riz, sucre, pâtes, farine de blé, lait, etc.).</p> <p>Il existe toutefois d'autres programmes, comme le programme de rénovation des quartiers (Programa de Mejoramiento de Barrios - PROMEBA). Celui-ci est financé à 60 % par la Banque interaméricaine de développement qui a octroyé un prêt à l'Argentine, remboursable sur vingt ans. Ce programme doit favoriser la réhabilitation de l'habitat urbain et la réduction du nombre de bidonvilles en facilitant l'accès à la propriété et la construction d'équipements collectifs, notamment dans les villes les plus pauvres du grand Buenos Aires (égouts, distribution d'eau potable, construction de dispensaires et d'écoles).</p>

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le Programme Bolsa Família (PBF) est un programme mensuel de transfert de revenus qui est né en fin 2003, de l'unification d'une série de programmes préexistants tels que Bolsa Escola et Bolsa Alimentação. Bolsa Família. Ce programme assiste les familles dont le revenu familial *par habitant* est inférieur à 9,30 Euros par mois et les familles avec des femmes enceintes, de mères allaitantes, d'enfants et d'adolescents jusqu'à 15 ans dont le revenu *par habitant est de moins de* 18,62 Euros. Il a été créé par mesure provisoire, puis converti en loi. La sélection des bénéficiaires est, en général, effectuée par les organismes municipaux. Le ministère du développement social et de la lutte contre la faim – MDS étant en charge des opérations de paiement sous la responsabilité de Caixa Econômica Federal.

Le principal changement par rapport aux anciens programmes que sont Bolsa Escola national et Bolsa Alimentação est que le Programme Bolsa Família exige que tous les membres de la famille répondent aux conditions suivantes:

- (1) la scolarisation pendant au moins 85% du temps pour les enfants âgés de 6 à 15 ans et , 75% du temps pour les jeunes à partir de 16 ans ;
- (2) les enfants et les adolescents de moins de 15 ans qui sont ou qui risquent d'être confrontés au travail des enfants doivent participer aux services de coexistence et de renforcement des liens durant 85% de leur temps par mois ;
- (3) la vaccination des enfants de moins de six ans, et
- (4) les examens prénataux des femmes enceintes.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Après trois tentatives infructueuses, Luiz Inacio « Lula » da Silva a finalement été élu président du Brésil en 2002. Son élection, l'ascension du Parti des travailleurs et de la gauche nationale ont été marquées par de grandes attentes en matière de progrès social et de tout ce qui pourrait améliorer rapidement la qualité de vie de ceux qui jusqu'alors avaient été exclus du processus de développement économique. Ces attentes sont liées à la biographie de Lula et son positionnement à gauche. Né dans une famille pauvre, il a mené des activités syndicales pendant la dictature militaire (1964-1985) et s'est impliqué dans la campagne pour le rétablissement de la démocratie en fondant le Parti des travailleurs en 1980. Pendant les années 1990, Lula est devenu l'un des leaders de l'opposition au régime néolibéral des différents gouvernements après le Consensus de Washington. Aux élections de 2002, Lula est devenu le premier président de gauche du Brésil depuis quarante ans. La stratégie de son gouvernement était double : assurer la stabilité macroéconomique et atteindre une croissance plus équitable avec un changement social plus rapide. Sa politique économique n'était pas

qualitativement différente de la gestion antérieure : le contrôle de l'inflation par une politique budgétaire et monétaire rigoureuse est resté la principale ligne directrice. Cependant, la politique sociale, devait prendre un tour différent. Au lieu d'améliorer les programmes de transfert conditionnel de revenus existants, le gouvernement Lula a tout d'abord opté pour le lancement du Programme Faim Zéro. Cette décision était fondée sur le diagnostic que la faim était un problème majeur au Brésil. Financé par le Trésor public et par des donateurs privés, le programme consistait principalement en une distribution de nourriture, de bons alimentaires, et d'incitations/subventions pour la production alimentaire locale. Le Programme Faim Zero a été perçu par de nombreux intellectuels et hommes politiques comme un programme à l'ancienne ressuscitant les programmes alimentaires des années 1970 et les souvenirs de clientélisme et de corruption.

Le diagnostic qui avait été le fondement du Programme Faim Zéro a été largement contredit par les données officielles publiées par l'Institut brésilien de géographie et de statistique (IBGE) indiquant que seulement 4% de la population brésilienne souffrait de malnutrition tandis que 10% souffraient d'obésité, et 30% de surpoids. Cette enquête a sapé la légitimité et la logique du programme Faim Zéro. Malgré ces problèmes, ce programme a reçu le soutien immédiat de la société civile qui s'est exprimée par un nombre significatif de dons. En cela, il est considéré comme un succès dans la mesure où la société s'est engagée dans le traitement de l'extrême pauvreté et de la faim (Neri, 2004). En soi, l'élection de Lula a été vue comme la manifestation du désir des Brésiliens de voir ces questions prises en compte.

Cet engagement s'est pourtant appliqué à un programme inefficace. Il est en effet vite devenu évident que le Programme Faim Zero n'atteignait pas ses objectifs. Le gouvernement a alors changé de stratégie dans le domaine social, accordant une attention accrue aux programmes déjà existants de transfert conditionné de revenu. Ayant échoué à établir une nouvelle politique sociale de lutte contre l'extrême pauvreté et la faim, le Programme Faim Zero a été remplacé et mêlé aux structures existantes des transferts conditionnés de revenu. Les programmes Bolsa Escola national et Bolsa Alimentação ont été intégrés à deux autres leviers des transferts du gouvernement fédéral : la Carte d'alimentation et l'Aide au gaz. De cette intégration naîtra le programme Bolsa Familia.

La Carte d'alimentation était une allocation mensuelle en espèces de 7,76 € (2001) destinée à la consommation alimentaire des familles pauvres. Elle faisait partie du Programme Faim Zero et profitait à seulement 774 000 familles. L'Aide au gaz était un transfert bimensuel de 2,23 € en faveur des familles dont le revenu par habitant était inférieur à la moitié du salaire minimum. L'idée était d'indemniser les familles de l'élimination d'une subvention sur le gaz de cuisine. Lancé en 2001, le programme a bénéficié plus de 9,7 millions de familles en 2003.

Deux arguments principaux viennent à l'appui d'une intégration de ces quatre programmes en un seul. Tout d'abord, celle-ci permet un traitement plus complet de la pauvreté dans la mesure où le programme était constitué d'un ensemble de politiques de santé, d'éducation et de nutrition. Une programmation unifiée, avec des subventions plus élevées, semblait préférable à une fragmentation dans leur organisation et dans le temps. Ainsi, l'efficacité globale est améliorée en matière de réduction immédiate de la pauvreté aussi bien à court qu'à long terme. Les programmes intégrés seraient plus efficaces et permettraient des économies d'échelle réalisées grâce à l'utilisation d'un registre unique pour sélectionner les bénéficiaires. De même, l'unification facilite la massification des bénéficiaires et diminue les risques de doublon.

FICHE PROGRAMME

<p>PERSONNES CIBLES</p>	<p>Familles vivant dans la pauvreté et l'extrême pauvreté</p> <p>Méthode de ciblage</p> <p>1) Enquêtes auprès des ménages par l'Institut brésilien de géographie et de statistique (IBGE) et informations provenant du registre unifié (Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal ou CadÚnico).</p> <p>2) Des quotas sont établis pour le nombre de familles bénéficiaires au niveau municipal à la suite de l'analyse du nombre de familles dont le revenu par habitant est inférieur au seuil de pauvreté selon les enquêtes auprès des ménages.</p> <p>3) Les municipalités enregistrent les familles qui, selon le CadÚnico, ont un revenu par habitant inférieur à la moitié du salaire minimum ou dont le revenu total est inférieur à trois salaires minimums.</p> <p>4) Examen direct des moyens et examen comparatif avec des données administratives et d'autres bases de données.</p>
<p>COUVERTURE</p>	<p>Les programmes mis en œuvre dans le cadre du PAA s'appliquent à l'échelle du pays. Plus de 25 millions de familles bénéficiaires soit 70 millions de personnes. Le programme atteint 60% des pauvres.</p>
<p>PRESTATIONS OFFERTES</p>	<p>1) Bono Basico : Familles en situation d'extrême pauvreté (revenu mensuel par habitant jusqu'à 89 BRL\$).</p> <p>Conditions à respecter</p> <p>- Santé : respect du calendrier de vaccination et des contrôles de croissance et de développement pour les enfants de moins de 7 ans ; participation aux contrôles prénataux et accompagnement des mères allaitantes entre 14 et 44 ans.</p> <p>2) Bono variable : Enfants de moins de 15 ans dans des familles vivant dans la pauvreté (revenu mensuel par habitant jusqu'à 178 BRL\$)</p> <p>Conditions à respecter</p> <p>- Santé : respect du calendrier de vaccination et des contrôles de croissance et de développement pour les enfants de moins de 7 ans ; participation aux contrôles prénataux et accompagnement des mères allaitantes entre 14 et 44 ans.</p> <p>4) Bono variable embarazadas : Femmes enceintes de 14 à 44 ans vivant dans l'extrême pauvreté (revenu mensuel par habitant jusqu'à 178 BRL\$)</p> <p>Conditions à respecter</p> <p>- Assister aux contrôles prénataux</p>

	<p>5) Bono variable niños lactantes Conditions à respecter - Respect du calendrier de vaccination des enfants et contrôles nutritionnels actualisés (poids et taille)</p> <p>6) Bono para la Superación de la Extrema Pobreza : Les familles qui ont un revenu par habitant inférieur à 89 BRL\$ après avoir bénéficié des autres prestations du programme Conditions à respecter : Aucune</p> <p>7) Programa de Atención Integral a la Familia (PAIF) : Toutes les familles bénéficiant du programme Un travail de suivi socio-éducatif avec les familles qui ne respectent pas les conditions de la Bolsa Familia. Le suivi se fait au cas par cas et dépend du type de non-conformité, des vulnérabilités et des forces des familles cibles pour la mise en œuvre d'un plan de suivi et de contrôle. Ce volet est mis en œuvre par les Centres de référence pour l'assistance sociale (CRAS), qui sont au nombre de 3 800 environ dans tout le pays.</p> <p>8) Brasil Carinhoso : Les enfants de 0 à 6 ans dans les familles vivant dans l'extrême pauvreté Ce volet vise à étendre la couverture sanitaire et nutritionnelle des enfants de moins de 6 ans et à faciliter l'accès aux jardins d'enfants.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>Gouvernement fédéral du Brésil, Banque mondiale (BM) Le budget en 2019 est de 6 937 655 433,19 Euro</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>Un bon niveau de ciblage : La couverture du programme qui a initialement porté sur les 20 % des personnes les plus pauvres du pays a augmenté au fil du temps, atteignant 60 % au cours des dernières années. Environ 70 % des ressources mobilisées par le programme Bolsa Familia atteignent les 20 % des personnes les plus pauvres.</p> <p>La réduction de la pauvreté : Une comparaison entre les taux d'extrême pauvreté calculée avant et après les transferts du programme montre que, depuis sa consolidation, la Bolsa Família réduit ces taux de quelque 1 à 1,5 point de pourcentage, ce qui, en 2017, signifie une réduction d'environ 15 % du nombre de personnes pauvres et de plus de 25 % du nombre de personnes extrêmement pauvres.</p> <p>En 2017, les transferts de programmes ont permis à 3,4 millions de personnes de sortir de l'extrême pauvreté et à 3,2 millions de personnes de sortir de la pauvreté.</p> <p>La gestion décentralisée : La réadaptation et l'amélioration continue du design au fil des années a permis au gouvernement fédéral de donner l'autonomie nécessaire aux États et aux</p>

	<p>municipalités pour la mise en œuvre du programme Bolsa Família et du registre unifié.</p> <p>La titularisation des femmes : La loi instaurant le PBF établit juridiquement que les prestations doivent être versées en priorité aux femmes (Loi 10.836/2004). D'un point de vue administratif, cette décision remonte aux dispositions déjà établies par les programmes de transferts monétaires antérieurs au PBF et unifiés par ce dernier en 2003 ; d'un point de vue conceptuel, le PBF corrobore ainsi la perspective selon laquelle les transferts sont employés dans l'intérêt de toute la famille si les femmes en sont les bénéficiaires directes. Dans 92 pour cent des familles participantes, les prestations sont actuellement versées à des femmes, indépendamment du type de structure familiale auquel elles appartiennent.</p> <p>L'inscription unique : Le Registre unique des programmes sociaux du gouvernement brésilien (Cadastro Único) est un instrument d'identification et de caractérisation socio-économique des familles brésiliennes à faible revenu, qui peut être utilisé par les politiques et programmes sociaux pour sélectionner les bénéficiaires et cartographier les besoins et les vulnérabilités. Grâce à sa base de données, il est possible de savoir qui ils sont, où ils se trouvent et quelles sont les principales caractéristiques et le potentiel de la partie la plus pauvre et la plus vulnérable de la population. Le Cadastro Único est donc un outil important pour l'articulation du réseau de protection sociale et de promotion et un mécanisme fondamental pour l'intégration d'initiatives de différents domaines et niveaux de la fédération pour promouvoir l'inclusion sociale de la population brésilienne à faible revenu.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>Le Programme Bolsa Família est administré par le Secrétariat national du revenu de citoyenneté (SENARC) du ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim qui est chargé de superviser le fonctionnement des paiements. Grâce au système de gestion du Programme Bolsa Família, le Secrétariat, guidé par les décisions du président de la République, s'appuie sur les recommandations du Conseil d'administration (comité directeur de la Bolsa Família) responsable de la coordination des politiques, de la consolidation des partenariats entre les différents niveaux et secteurs du gouvernement et la société civile et qui supervise les contrôles formels et les contrôles sociaux (Banque mondiale, 2004).</p>
<p>AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en</p>	



N°70 : SUBSIDIO ÚNICO FAMILIAR – AMERIQUE LATINE / CHILI

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme SUF met à disposition une allocation pour les personnes à faible revenu qui n'ont pas accès à l'allocation familiale ou maternelle parce qu'elles ne sont pas des travailleurs affiliés à un système de pension. La subvention familiale unique fait partie des prestations accordées par le système des prestations familiales.

Le montant de l'allocation familiale est de 15,14 € par charge familiale. Cependant, le montant reçu par les personnes handicapées est le double (30,28 €).

Les personnes qui ont droit à l'allocation familiale peuvent accéder gratuitement aux prestations médicales (préventives et curatives) et dentaires.

Dans le cas des femmes enceintes, elles peuvent demander l'allocation maternelle à partir du cinquième mois de grossesse, moment auquel elles doivent cesser de recevoir l'allocation familiale, car elles deviennent la «cause de la mère». L'allocation couvre toute la grossesse et est payé par l'Institut de la sécurité sociale (IPS).

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Les allocations familiales (SUF) ont été créées en 1981 par la loi n° 18.020, publiée au Journal officiel du 17 août 1981, dans le but d'allouer un transfert monétaire aux enfants de familles vivant dans l'extrême pauvreté qui n'avaient pas accès aux prestations d'allocations familiales ou qui avaient perdu ces prestations en raison du chômage prolongé du père ou de la mère.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES

- La mère, à défaut le père de famille qui a à sa charge des enfants de moins de 18 ans.
 - Le tuteur ou personne ayant pris en charge des mineurs.
 - Les personnes physiques responsables de personnes handicapées mentales ou invalides de tout âge vivant à ses propres frais.
 - Les femmes enceintes (comme allocation maternelle).
 - Les personnes en situation de handicap quel que soit votre âge.
- Conditions :
- Exigence de participer aux programmes de santé pour les moins de 8 ans.
- Pour les mineurs de plus de 6 ans, il faut prouver qu'ils étudient régulièrement sauf cas de contrainte majeure.

COUVERTURE	La Subvention Familiale Unique (SUF) est une prestation destinée aux personnes à faible revenu appartenant aux 60% les plus vulnérables sur le plan socio-économique de la population nationale, basée sur le Registre Social des Ménages (RSH).
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Subvention familiale unique (SUF) Enfants de moins de 18 ans, Femmes enceintes, Personnes handicapées. Les mineurs et les personnes handicapées de tout âge doivent participer aux programmes de santé mis en place par le ministère de la Santé pour la garde des enfants, jusqu'à 8 ans. Les enfants de plus de 6 ans doivent également prouver qu'ils sont des élèves/étudiants assidus de l'enseignement fondamental, secondaire, supérieur ou autre équivalent, dans des établissements de l'État ou reconnus par celui-ci, sauf s'ils sont des personnes handicapées.</p> <p>Bono COVID-19 Enfants de moins de 18 ans, Femmes enceintes, Personnes handicapées, Mères avec des mineurs à charge. S'il n'y a pas de femmes, il est attribué au père ou au tuteur.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Gouvernement du Chili Budget en 2019 : 336 391 073 Euros
RAISONS DU SUCCÈS	<p>L'élargissement de cette allocation aux hommes en situation de monoparentalité avec des enfants en charge ainsi qu'aux tuteurs qui assurent une fonction parentale. La complémentarité du système avec une allocation familiale couplée à des facilités d'accès pour la prise en charge de soins de santé. L'anticipation de l'allocation familiale mère dès le 5^{ème} mois de grossesse pour aider à mieux préparer la naissance. L'évolution de l'offre selon le contexte avec par exemple une prestation spécifique en raison de la pandémie de la COVID-19.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Ministère du développement social et de la famille
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	La plupart des prestations sociales sont réajustées le 1er février de chaque année. Le montant de l'allocation familiale est de 13 401 \$ pour chaque famille. Le montant pour les personnes handicapées est le double (26 802 \$).

N°71 : SALUD EN TU CASA – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Il s'agit d'un soutien social pour les personnes qui ne sont pas affiliées à l'IMSS (Institut mexicain de sécurité sociale) ou à l'ISSSTE (Institut de sécurité sociale et des services sociaux pour les travailleurs de l'État) et qui n'ont donc pas de clinique assignée qui fournit des soins médicaux quand elles en ont besoin, en donnant la préférence à celles qui ne peuvent se rendre dans aucune clinique pour se faire soigner. Ainsi, les bénéficiaires recevront des soins médicaux, des études de laboratoire et des médicaments chez eux à chaque qu'elles en auront besoin.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Selon une enquête sur la démographie réalisée en 2018 par l'INEGI (Institut national de la statistique et de la géographie), le Mexique compte 15,4 millions de personnes âgées soit un taux de 12,3% de la population totale et 7,7 millions en situation d'handicap. Le vieillissement de la population dans la région est caractérisé par la coexistence de maladies dégénératives chroniques, de maladies transmissibles et de malnutrition. Ce mélange de conditions de santé représente un risque inconnu, en termes de handicap que peut présenter la population qui survit jusqu'à un âge avancé et la réponse des systèmes de santé à faire face au fardeau associé à ce triple défi. Anciennement appelé medico en tu casa, le programme salud en tu casa est créé dans le but de venir en aide aux personnes défavorisées qui ne peuvent pas se rendre dans les hôpitaux, de venir chez eux les soigner gratuitement.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Personnes âgées. Femmes enceintes. Personnes handicapés qui n'ont pas d'assurance à l'IMSS (Institut Mexicain de Sécurité Sociale).
COUVERTURE	Le nouveau programme social le plus important, "salud en tu casa" vise à couvrir 2 millions de foyers visités par les brigades médicales de 17 universités publiques et privées. Le programme est orienté pour les personnes âgées à mobilité réduite ou souffrant de maladie terminale. En 2018 le programme couvre plus de 15000 personnes.
PRESTATIONS OFFERTES	Soins médicaux gratuits. Médicaments offerts.

FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le gouvernement Mexico Ministère de la santé Budget : 8 370 261 dollars en 2019.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Réduction de 44,5 % le nombre de personnes n'ayant pas accès aux services médicaux, selon les données du Conseil national pour l'évaluation de la politique de développement social (CONEVAL).</p> <p>Amélioration et renforcement des soins et services fournis aux personnes cibles du programme.</p> <p>Les bénéficiaires ont accès aux consultations de médecine préventive, aux consultations générales et à l'information sur le planning familial, la nutrition, les vaccinations, entre autres services de santé.</p> <p>Les médicaments sont gratuits pour les bénéficiaires.</p> <p>Le programme a offert des soins médicaux à 266 600 bénéficiaires.</p> <p>Le succès du programme « salud en tu casa » a été tel qu'il a même été introduit dans 11 États de la république mexicaine et mis en œuvre dans 10 pays à travers le monde.</p> <p>Ces patients qui reçoivent des visites à domicile vont être visités au moins une fois par mois pour garder une trace de leur maladie.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p style="text-align: right;">M</p> inistère de la santé. <p style="text-align: right;">B</p> rignades médicales de 17 universités publiques et privées. <p style="text-align: right;">C</p> onseil national pour l'évaluation de la politique de développement social (CONEVAL).
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	Le programme n'est pas conçu pour assister aux urgences puisque la visite médicale est prévue une semaine après la demande. Le service est public et gratuit, toute personne qui en a besoin peut faire une demande tant qu'elle n'est bénéficiaire d'aucun établissement de santé.

N°72: NEW RURAL COOPERATIVE MEDICAL SCHEME – ASIE / CHINE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le New Rural Cooperative Scheme (NCMS) est un plan de couverture médicale universelle mis en œuvre pour la première fois en 2003. Le NCMS couvre les dépenses dans les établissements de santé publique de tous niveaux, bien que le taux varie selon les régions et le type d'établissement.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'évolution du modèle économique chinois jadis collectif vers une économie privée a creusé les écarts entre les régions côtières et les provinces enclavées, entre les villes et le monde rural et plus récemment, entre les différentes couches socioéconomiques. Avec la fin de l'Ancien Régime Médical Coopératif Rural (RCMS), le besoin de soins de santé abordables est devenu urgent dans la Chine rurale. Le Nouveau Régime de Soins Médicaux Coopératifs Ruraux (NRCMS) a été mis en place pour remanier le système de santé, en particulier pour le rendre plus accessible pour les personnes défavorisées dans les zones rurales. La population rurale représentant 61.5% de la population de la Chine.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Tous les résidents ruraux.
COUVERTURE	En 2013, le programme a couvert 802 millions de résidents ruraux soit 96% des résidents ruraux (Comité national de la santé et du planning familial, Chine, 2014).
PRESTATIONS OFFERTES	Le fonds sert à subventionner les frais d'hospitalisation (environ 60%) et une partie des frais pour les soins ambulatoires de l'assuré (environ 30%). Il existe des franchises localement fixées pour les remboursements.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Ce programme est financé par plusieurs parties prenantes. Les gouvernements central et local mettent en place des fonds spéciaux chaque année pour soutenir le programme. Le programme était géré par le Comité de la santé et du planning familial. Les subventions accordées au NCRMS augmentent au fil du temps, ce qui permet d'offrir davantage de prestations. Les frais d'hospitalisation et de traitement externe de certaines maladies graves sont supportés jusqu'à un certain plafond par le fonds commun de financement, en majorité financé par les cotisations patronales.

RAISONS DU SUCCÈS

- **L'échelle de couverture** : La mise en place du NRCMS en Chine rurale est considérée comme une étape importante vers la couverture universelle. La couverture rapide de la population et le développement des structures institutionnelles ont jeté les bases de nouvelles améliorations du régime. En observant les premiers stades du NCMS, plusieurs leçons peuvent être tirées.

- **La gouvernance** : le gouvernement central a déclaré que le développement du NRCMS est une partie importante du programme global de protection sociale. Le NRCMS est sous la supervision du ministère de la santé, mais a également bénéficié d'un consensus politique et du soutien ferme du Conseil d'État, la plus haute instance exécutive du gouvernement en Chine. Cela a contribué à l'expansion rapide de la population couverte et au développement organisationnel depuis 2003.

- **Les subventions du gouvernement** : les subventions publiques sont essentielles pour le développement de la NRCMS. La plus grande partie des recettes du NRCMS (environ 80 %) provient du gouvernement, et pour les pauvres, le gouvernement apporte une contribution complète. En outre, le gouvernement a également augmenté les investissements dans les infrastructures de santé en Chine rurale.

- **L'adhésion** : le NRCMS est un régime volontaire et couvre plus de 90 % de la population dans les comtés où elle existe. Il ne fait aucun doute que les lourdes subventions du gouvernement ont attiré la population à participer au programme.

- **Petit ensemble de prestations avec une large couverture de la population par rapport à une prestation complète avec une faible couverture de la population** : lors du démarrage d'un nouveau mécanisme de prépaiement, il est difficile de décider s'il faut commencer avec une petite partie de la population et couvrir complètement une grande partie de la population avec l'ensemble des avantages sociaux.

Très souvent, le secteur formel et les populations plus aisées sont les premiers à bénéficier de la couverture santé. Les décideurs politiques chinois ont choisi l'option inverse en fonction des paramètres du pays. Il s'agit de donner l'accès universel à toute la population permettant ainsi aux groupes vulnérables et aux populations pauvres de bénéficier du programme. Néanmoins, des défis difficiles peuvent se présenter afin de traduire la couverture de la population en couverture universelle par un meilleur accès aux services pour la Chine rurale.

PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

Le gouvernement central et les gouvernements locaux.
Le Comité de la santé et du planning familial.

	Le Ministère de la santé.
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	<p>Le NRCMS a progressé dans l'extension de la couverture et l'amélioration de l'accès aux soins pour la population rurale de la Chine. Toutefois, pour que le NRCMS puisse atteindre son plein potentiel, il faudra relever certains défis.</p> <p>Premièrement, alors que le NRCMS a réduit les coûts des soins de santé pour les ménages, le degré de protection contre les risques est encore assez limité. L'élargissement de l'ensemble des prestations aux services ambulatoires serait souhaitable. L'augmentation prévue des contributions du gouvernement au NRCMS, des centres de santé, des municipalités pour les dépenses d'infrastructure et les frais généraux serait l'idéal.</p> <p>Deuxièmement, l'utilisation efficace des fonds du NRCMS est un défi pour les gouvernements locaux. Les capacités techniques et administratives doivent être améliorées. La collecte de données sur l'utilisation des soins de santé et la dépense des fonds du NRCMS est très utile pour améliorer l'efficacité et l'équité.</p>

N°73 : PROGRAMME NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE (RASHTRIYA SWASTHYA BIMA YOJANA (RSBY) – ASIE / INDE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Ce programme de protection sociale instauré par le gouvernement indien est une politique visant à octroyer une sécurité sociale et sanitaire convenable afin de permettre aux travailleurs du secteur informel de bénéficier d'une couverture des soins médicaux et d'hospitalisation. Les populations des couches défavorisées ont des cartes à puce qui leur permettent de se soigner gratuitement. La mise en œuvre du programme date d'Avril 2008 et visait un régime d'assurance maladie afin de protéger les ménages concernés contre les pertes financiers engendrés par les problèmes de santé. Les bénéficiaires détiennent des cartes biométriques qui leur permettent d'accéder dans les structures sanitaires agréées par l'État, environ 6 093 hôpitaux privés et 4 218 hôpitaux publics en mai 2014.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

D'abord, le gouvernement a constaté la difficulté d'inciter les populations locales à souscrire dans les mutuelles de santé pour bénéficier un meilleur avantage en matière de soins médicaux.

De plus, en 2004-2005, les données des comptes nationaux de la santé montrent que les dépenses combinées du gouvernement central, des États et des collectivités locales ne représentaient qu'environ 20 % des dépenses totales de santé en Inde alors que celles des ménages représentaient près de 60 %.

Pour réduire les dépenses supportées par les ménages et étendre les soins de santé aux personnes non couvertes, l'État décide alors de mettre en place en 2008 le programme d'assurance maladie RSBY afin d'alléger le coût sanitaire pour satisfaire les populations les plus démunies. En 2010, environ 70 millions de personnes y étaient déjà affiliées, soit 24% de la population cible totale. Il faut noter que jusqu'en 2013, 34 285 737 cartes à puce ont été distribuées dont 5 097 128 cas d'hospitalisation. Piloté par le ministère de la Santé, il a été adopté par 29 États en 2014.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les travailleurs du secteur informel appartenant à la catégorie des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté ainsi que les membres de leur famille (environ une cellule de 5 individus).
COUVERTURE	La couverture est au niveau national. En 2017, le programme a couvert 130 millions de bénéficiaires dans plus de 41 millions de ménages mais, la couverture devrait être étendue.
PRESTATIONS OFFERTES	Le programme investi dans la prise en charge des frais médicaux de patients à revenu faible par l'intermédiaire d'une carte à puce. Il y'a les frais d'hospitalisations. La prise en charge s'élève à 30 000 RS (339,66 Euros) par famille par an. Les frais de transport ainsi qu'une assurance y sont adjoints.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Dans ce projet, 75 % des frais sont géré par l'État central et les 25 % de la prime annuelle estimée à 750 RS par les États respectifs. Le montant dépensé par l'État pour le budget de l'année 2017-2018 est de 1 000 crore INR soit 113 210 600 Euros.
RAISONS DU SUCCÈS	Allègement du coût avec une contribution minimale d'une somme de 30 RS (0,34 Euro) par an pour le renouvellement de la carte à puce. La possibilité qu'ont les bénéficiaires d'avoir la prise en charge de l'hospitalisation et des frais de transports. La digitalisation, l'équité et la transparence dans la gestion du travail.
PARTENAIRES DE MISE	Gouvernement central, États et le Bureau International du Travail

EN ŒUVRE	(BIT)
AUTRES INFORMATIONS SUR LE PROGRAMME (Soutenabilité + Réforme en cours)	

ANNEXE 3 : LES FICHES DES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL

Personnes vulnérables

N°1 : PROGRAMME NATIONAL DE BOURSE DE SECURITE FAMILIALE (PNBSF) – AFRIQUE / SENEGAL

PRESENTATION DU PROGRAMME

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSE, le Sénégal a procédé à l'actualisation de la Stratégie Nationale de Protection Sociale (SNPS). Bâtie autour de l'approche cycle de vie, cette stratégie vise à rendre l'ensemble du système de protection sociale plus inclusif en impliquant une plus grande proportion de personnes pauvres et vulnérables. Dans ce cadre, le Sénégal a initié, en 2014, le PNBSF consistant à octroyer des bourses financières aux familles vulnérables. Il a pour objectif général de contribuer à la lutte contre la vulnérabilité et l'exclusion sociale des familles en vue de renforcer leurs capacités productives et éducatives.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

En matière de lutte contre la pauvreté et les inégalités, le Sénégal a enregistré des progrès significatifs ces dernières années. Entre 2001 et 2011, le taux de pauvreté a reculé de 46,7% pour s'établir à 38%. Cependant, en dépit de cette baisse de l'incidence de la pauvreté, le nombre de pauvres a continué d'augmenter pendant la phase de ralentissement de la croissance entre 2006 et 2014. Le relèvement notable du taux de croissance économique observé à partir de 2015 suggère que l'incidence de la pauvreté se situe à nouveau sur une plus forte tendance à la baisse. Ainsi, en 2017, sur la base de la ligne de pauvreté internationale, l'incidence de la pauvreté est estimée à 35,6%. Cette baisse de l'incidence de la pauvreté serait imputable au secteur primaire, en milieu rural, à la construction et aux services en milieu urbain. Cependant, la pauvreté multidimensionnelle reste encore importante dans le pays et affecte 52% de la population (PNUD, 2016).

Dans l'ensemble, l'incidence de la pauvreté est particulièrement élevée en milieu rural. Cette situation a eu pour conséquence d'accentuer l'exode rural. C'est dans ce contexte que le Sénégal a mis en œuvre la stratégie de réduction de la pauvreté qui a fait l'objet d'un document intérimaire en 2000-2002 et de trois générations de Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté (DSRP) sur

la période 2005-2012. Toutefois, la croissance est restée faible (1,7% en 2011) et la tendance à la reprise a été très limitée en 2012 (3,6%).

Le nombre de bénéficiaires de la bourse est passé de 98 881 à 316 941 sur de 2014 à 2018. Il faut noter que ce fort accroissement des bénéficiaires s'explique notamment par l'articulation entre le PNBSF et la Carte d'égalité des chances (CEC).

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Les familles vivant dans la précarité et les groupes vulnérables dont les personnes vivant avec un handicap.
COUVERTURE	Le programme a couvert 316 941 ménages en 2018.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>accompagner les familles bénéficiaires pour une activité génératrice de revenu.</p> <p>octroyer une bourse de 100 000 F CFA par an soit 25 000 F CFA par trimestre aux familles vulnérables conditionnées au respect des bonnes pratiques d'éducation, de santé et d'état civil.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le programme est financé à hauteur de 30 milliards de F CFA par an.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>une approche participative ;</p> <p>une gestion au niveau opérationnel ;</p> <p>un partenariat avec les populations, les Collectivités territoriales ;</p> <p>un paiement des bourses effectué via <i>cash transfert</i> ;</p> <p>une utilisation du Registre National Unique dans le ciblage ;</p> <p>une couverture des filets sociaux qui œuvre à grande échelle ;</p> <p>un système qui permet l'identification des ménages les plus touchés, d'informer les autorités locales, de former le personnel de première ligne et de mobiliser un organisme de paiement.</p>
GAPS OU LIMITES	<p>un système de ciblage faible et / ou pas cohérent ;</p> <p>un retard dans le transfert ;</p> <p>un montant insuffisant de la bourse ;</p>

	n financement du programme effectué en grande partie par des partenaires extérieurs ;
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	Etat (Ministère du Développement Communautaire, de l'Équité Sociale et Territoriale) ; Banque mondiale.

N°2 : CARTE D'ÉGALITE DES CHANCES (CEC) – AFRIQUE / SENEGAL

PRESENTATION DU PROGRAMME

Créée en 2015, la « Carte d'Égalité des Chances » est un projet de l'État permettant aux personnes handicapées de s'intégrer dignement dans la société face aux diverses barrières. Elle permet de bénéficier des avantages en matière d'accès aux soins de santé, de réadaptation, d'aide technique, financière, d'éducation, de formation, d'emploi, de transport, ainsi qu'à tout avantage susceptible de contribuer à la protection des droits du bénéficiaire.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Selon le recensement général de la population de 2013, 59 sénégalais sur 1 000 souffrent d'un handicap soit 800 000 individus. Les individus de sexe féminin sont les plus touchés avec un rapport de masculinité de 88 hommes pour 100 femmes.

L'instauration de la carte de l'égalité des chances est l'aboutissement d'un processus :

- Ratification de la convention internationale relative aux droits des personnes handicapées par la loi n° 2009-30 du 2 décembre 2009 ;
- Loi d'orientation sociale de 2010 sur le handicap.

Lancement de la carte d'égalité des chances (le 30 avril 2015) au profit des personnes handicapées.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Toute personne présentant un handicap physique et mental ; tout individu qui assiste une personne présentant un handicap lourd lui permettant d'assurer sa mission d'assistance.
-------------------------	---

COUVERTURE	Le programme a couvert 64 728 bénéficiaires en 2020.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>gratuité des soins ;</p> <p>allocation de la Bourse de Sécurité Familiale ;</p> <p>gratuité du transport avec DDD.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le budget de la direction de l'égalité des chances en 2020 : 1 430 000 000 F CFA
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Travail en collaboration avec les organisations de personnes vivant avec un handicap ;</p> <p>caractéristique de facto de la CMU et de la bourse de sécurité familiale.</p>
GAPS OU LIMITES	<p>ne couvre pas tous les services prévus par la carte ;</p> <p>inégalité au sein des bénéficiaires ;</p> <p>faiblesse du taux de couverture (9%) ;</p> <p>accessibilité des établissements publics comme privés non adaptés ;</p> <p>les bus de transport non adaptés ;</p> <p>l'insuffisance et l'instabilité des ressources ;</p> <p>le manque de coordination institutionnelle.</p>

SANTE

PRESENTATION DU PROGRAMME

Créée en 2014 par l'État du Sénégal, la Couverture Maladie Universelle (CMU) est un programme qui offre la possibilité, aux personnes les plus démunies, de bénéficier d'une prise en charge médicale. Elle permet aux personnes ayant un faible revenu d'être affiliées à un régime d'assurance maladie et de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées à d'autres régimes d'assurances.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

En 2005, la 58ème Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution demandant aux pays membres de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de développer des systèmes de financement de la santé pour garantir à leur population un accès équitable à des services de santé de qualité. Dans cette perspective, le 06 décembre 2012, la 67ème session de l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution sur la Couverture Sanitaire Universelle. Cette résolution appelle chaque Etat membre de l'ONU à éviter de recourir au paiement direct des soins par les usagers et à financer son système de santé par le biais de mécanismes plus équitables et solidaires.

Le Gouvernement du Sénégal s'inscrit dans cette dynamique internationale en cours. C'est ainsi que le Président de la République a lancé en septembre 2013, le programme national de Couverture Maladie Universelle dont sa mise en œuvre est assignée au Ministère de la Santé et de l'Action Sociale avec un objectif intermédiaire de couverture de 75%, à l'horizon 2017.

Il faut noter qu'en 2014, l'accessibilité des soins se pose avec acuité, notamment pour les individus les plus pauvres de la population, qui ne bénéficient pas d'une couverture par rapport au risque maladie. Seul un sénégalais sur cinq avait accès à une couverture maladie publique ou privée.

Les systèmes formels d'assurance maladie n'offrent l'opportunité de couverture qu'aux familles dont le chef est employé dans le secteur moderne. Ce dispositif ne prend en compte que 20% de la population et exclut la majorité des sénégalais (80%) employés dans les secteurs ruraux et informels. Cette situation a amené l'État à mettre en place le programme de Couverture Maladie Universelle (CMU) pour garantir, à travers la mutualisation, l'accès de la population à un paquet minimum de soins. Ainsi, le nombre de mutuelles de santé fonctionnelles est passé de 80, en 2003, à 237 en 2011, dont 217 mutuelles de santé communautaires et 20 mutuelles d'envergure nationale.

Entre 2012 et 2017, le Sénégal est passé d'une couverture de 20% à 47% de la population (dont la gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans instituée en 2014).

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Toute personne ayant de faibles revenus et n'ayant pas la possibilité de bénéficier des IPM.
COUVERTURE	Le programme a touché 2 994 198 individus en 2019.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>La prise en charge totale des frais hospitaliers des adhérents ;</p> <p>a gratuité de la prise en charge sanitaire des enfants âgés de 0 à 5 ;</p> <p>a gratuité de la césarienne au niveau des hôpitaux et centres de santé ;</p> <p>lan Sésame ;</p> <p>ratuité de la dialyse ;</p> <p>rise en charge de 80% des frais pour l'achat de médicament à la pharmacie.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Le budget est estimé à 60 milliards pour l'année 2016, un prêt de plus de 40 milliards de FCFA fut accordé par le Japon.</p> <p>Le financement provient des transferts publics et des cotisations d'assurance sociale.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Implication des Autorités Administratives et locales ;</p> <p>Attention au niveau opérationnel avec création des services régionaux de la CMU ;</p> <p>Implication par des tiers des personnes qui sont dans l'incapacité de le faire (personnes en situation de pauvreté) ;</p> <p>Implication de fait des bénéficiaires de la bourse de sécurité familiale ;</p> <p>Renforcement des mutuelles existantes et la formation des nouvelles mutuelles de Santé ;</p> <p>Augmentation de la couverture au niveau national avec un nombre de centres qui est passé de 4 à 23, entre 2012 et 2019 ;</p> <p>Signature de conventions entre l'Etat et certains centres de dialyse</p>

	privés pour renforcer l'offre de soins.
GAPS OU LIMITES	<p>éficit communicationnel qui induit une faible adhésion au niveau des Mutuelles de Santé (déficit de 40%) ;</p> <p>Manque de moyens de fonctionnement des Mutuelles de Santé ;</p> <p>rupture fréquente des stocks de médicaments au niveau des structures sanitaires ;</p> <p>retard dans le remboursement des coûts des prestations (aux structures de santé) ;</p> <p>faible couverture en infrastructures sanitaires et de personnel qualifié et la répartition reste très inégale sur le territoire ;</p> <p>coût élevé du kit de dialyse. Le prix varie entre 26 315 Francs CFA minimum et 38 800 Francs CFA maximum, hors taxes ;</p> <p>critères de limitation géographique de la carte incomprise.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Ministère de la santé et de l'action sociale ;</p> <p>ICA ;</p> <p>EMOA ;</p> <p>TB ;</p> <p>UXDEV ;</p> <p>FD ;</p> <p>Banque mondiale.</p>

N°4 : GRATUITE DE LA DIALYSE – AFRIQUE / SENEGAL

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'objectif de cette initiative, mise en place en 2012, est d'assurer la prise en charge totale des problèmes de santé d'une certaine catégorie de la population. Le programme offre la possibilité

aux personnes les plus démunies de bénéficier d'une couverture du risque maladie. Cette initiative permet, en effet, aux personnes ayant souvent de faibles revenus (monde rural et secteur informel), d'être affiliées à un régime d'assurance maladie et de bénéficier des mêmes soins que les personnes affiliées aux autres régimes de sécurité sociale que sont les imputations budgétaires et les Instituts de Prévoyance Maladie (IPM).

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'insuffisance rénale chronique a un taux de prévalence élevé (4,9%). Il y'a 364 personnes sur la liste d'attente et 56 malades à Pachon hémodialyse, premier centre d'hémodialyse à Dantec et 40 à Annexe deuxième centre qui ne le fut qu'en 2013. Ces deux centres comptent ainsi 96 malades au total sans compter les malades de Americare qui ont rejoint le Dantec pour des problèmes sanitaires qu'ils ont rencontré dans ce centre. Suite à cela le centre est fermé et c'est l'HALD qui les a recueillis avec leur personnel. Selon les statistiques disponibles, ce sont environ 753 patients qui sont dialysés par an à raison de 2 ou 3 séances hebdomadaires dans les structures publiques de santé et plus de 200 patients dans les structures de santé privées.

Même si le Sénégal a connu, en 2010, une baisse significative de la dialyse à hauteur de 80% (le prix étant passé de 50 000 à 10 mille FCFA) ; l'éclaircie aura été insignifiante dans la grisaille des hémodialysés financièrement et psychologiquement ruinés par la maladie. Le 1er juillet 2012 était le jour de tous les espoirs, le jour de la délivrance, diront beaucoup.

Par ailleurs, le contexte révélait que les plus affectés sont les plus pauvres n'arrivant pas à respecter le régime, ou à se payer les médicaments combinés avec un soutien passager (début de la dialyse) et d'une gratuité limitée de la dialyse, car les patients n'ayant pas les moyens d'aller dans les hôpitaux privés du fait de la cherté de la dialyse vont solliciter l'aide au niveau de l'hôpital Aristide le Dantec. Les besoins en équipement pour la prise en charge des maladies chroniques sont donc inefficaces.

Cependant, le Sénégal ne dispose pas d'assez de postes de dialyse pour satisfaire toute la demande. Il existe environ 90 machines de dialyse fonctionnelles sur toute l'étendue du territoire national. Dans le service public, l'hôpital Principal de Dakar dispose de 7 générateurs, Le Dantec 15, Saint-Louis 7, et Tambacounda qui vient d'ouvrir, 14 dont plus de la moitié ne fonctionnerait pas encore.

On dénombre près de 80 000 insuffisants rénaux. Ils se sont réjouis de la baisse du coût de la dialyse, qui est passé de 60 000 à 10 000 francs CFA, la séance, sous l'ancien régime. Avec le nouveau régime, cela a été rendu gratuit. Soit un grand ouf de soulagement certes, mais considéré comme « insuffisant » si l'on sait ce qui les attend en termes d'ordonnances à payer.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Tout patient sénégalais souffrant d'une insuffisance rénale chronique, sur prescription d'un néphrologue.
COUVERTURE	8.322 séances de dialyse pris en charge en 2019.

PRESTATIONS OFFERTES	<p>La possibilité de subir gratuitement des séances d'hémodialyse ou de dialyse péritonéale dans l'attente d'une place en hémodialyse ;</p> <p>La possibilité de subir des séances d'hémodialyse à un tarif réduit dans les structures privées ayant signé une convention avec l'Agence de la CMU, en fonction des places disponibles.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Le financement provient de l'État ;</p> <p>Le budget étant de 5 184 923 160 FCFA en 2013.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le passage d'un problème de santé publique (silencieux) à une échelle beaucoup plus large c'est à dire à une maladie émergente ;</p> <p>L'augmentation de la couverture en plus d'une diversification : aussi bien les riches que les pauvres tous deux peuvent y bénéficier.</p>
GAPS OU LIMITES	<p>La dialyse est devenue gratuite mais le malade doit s'inscrire sur une liste d'attente et attendre deux à trois années pour être appelé. Et après être appelés ils rencontrent des problèmes financiers pour leurs analyses et médicaments et parfois l'accueil et l'information ne sont pas satisfaisants à côté des dépenses et complication de la dialyse (crampes, migraine) ;</p> <p>Le manque de médicaments vitaux, manque de moyens matériels et humains, inégalité des soins et absence d'harmonisation dans la prise en charge continuent d'éprouver des milliers d'insuffisants rénaux.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> - État ; - Association Pour la Promotion et le Traitement de l'Insuffisance Rénale (APTIR)

N°5 : GRATUITÉ DES SOINS DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS – AFRIQUE / SENEGAL

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme « Gratuité des soins des enfants de 0 à 5 ans » est un composant de la CMU. Il a été

mis en place le 1er octobre 2013 et a pour but de garantir la gratuité des médicaments et des tickets de consultation, de vaccination, et d'hospitalisation au niveau centre de santé et les cas référence au niveau hôpital.

Cette mesure a permis d'offrir un ensemble important de services incluant le traitement du paludisme, la vaccination (BCG, PENTA1, 2 et 3, le VPO, la rougeole et la fièvre jaune), le traitement de la diarrhée (SRO et Zinc), le traitement de la malnutrition aiguë sévère et du VIH pédiatrique.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Selon l'Enquête Démographique et de Santé à Indicateurs Multiples au Sénégal (EDS/MICS 2010-2011), le taux de mortalité des enfants de 0 à 5 ans reste encore élevé à 72 décès pour 1000. La majorité des cas de décès est due aux maladies que l'on peut prévenir. C'est dans ce contexte que le programme de gratuité des soins pour les enfants de 0 à 5 ans a été mis en œuvre pour lutter contre la mortalité infanto-juvénile. En janvier 2014, d'autres maladies prioritaires de l'enfant sont intégrées au paquet offert au niveau du poste de santé, centre de santé et des urgences au niveau hôpital.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Tout enfant de 0 à 5 ans qui dispose d'un carnet de santé, d'un extrait de naissance, d'un carnet de vaccination ou tout autre document d'état civil pouvant attester de l'âge de l'enfant.
COUVERTURE	Le programme de gratuité de soins pour les enfants de 0 à 5 ans couvre 2,5 millions d'enfants.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Au niveau des postes de santé, sont gratuits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les tickets de consultation ; - les médicaments génériques (Initiative de Bamako) ; - les tickets de vaccination ; - les frais d'hospitalisation (le séjour). <p>Au niveau de l'hôpital, sont gratuits :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les tickets de consultation en urgence ; - les tickets de consultation pour les cas référés.
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le budget du programme était de 1,8 milliards en 2013.
RAISONS DU SUCCÈS	<ul style="list-style-type: none"> - Allègement des dépenses liées à la santé des enfants de 0-5 ans ; - Large couverture : toutes les structures sanitaires publiques du pays (poste de santé, centre de santé et hôpital) sont concernées par cette gratuité ; - Sécurisation des produits d'importance vitale pour la mère et l'enfant par la Pharmacie Nationale d'Approvisionnement à

	travers une approche de proximité auprès des points de prestations de services.
GAPS OU LIMITES	<ul style="list-style-type: none"> - Le plateau technique n'est pas assez relevé pour prendre en charge tous les cas ; - Retard de remboursement qui entraîne une démotivation du personnel soignant ; - Rupture de stock de médicaments au niveau des structures sanitaires ; - Retard de la prise en charge des enfants malades.
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<ul style="list-style-type: none"> - Ministère de la Santé et de l'Action Sociale ; - Agence Belge de Développement (ENABEL) ; - USAID ; - Banque Mondiale ; - Agence Française de Développement (AFD) ; - Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA) ; - UNICEF ; - Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

N°6 : GRATUITÉ DE LA CÉSARIENNE – AFRIQUE / SENEGAL

PRESENTATION DU PROGRAMME

La gratuité de la césarienne est un programme de la couverture maladie universelle. Il concerne toute femme sénégalaise en état de grossesse dont l'état de santé ou celui du fœtus nécessite le recours à une césarienne. Il s'agit, principalement, des cas de césariennes obligatoires, des césariennes de nécessité et des césariennes de prudence.

Toutes les structures de santé publiques du pays qui sont en mesure de pratiquer la césarienne sont concernées à savoir les hôpitaux, les centres de santé, SONU (Soins Obstétricaux et Néonataux d'Urgence), les centres de santé avec bloc opératoire et les structures de santé qui assurent des soins obstétricaux néonataux d'urgence.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Malgré les progrès significatifs enregistrés au cours des 20 dernières années dans le domaine de la santé reproductive, les mortalités maternelle et infantile sont toujours restées un problème majeur de santé publique dans le monde. Ainsi, on compte environ un nombre de 358 000 femmes qui décèdent par an suite à des complications liées à l'accouchement et 10 millions d'enfants âgés de moins de cinq ans qui connaissent le même sort, dont la vaste majorité réside dans les pays d'Afrique au Sud du Sahara (ASS). Des statistiques qui confirment cette situation révèlent un taux de 80% de décès

infantiles qui surviennent pendant la période périnatale (un peu avant l'accouchement et jusqu'à un mois suivant la naissance). Les causes de ces décès sont très souvent liées à une prise en charge trop tardive des complications obstétricales. Alors, on estime que cette mortalité maternelle et périnatale peut être généralement évitée par le recours à une césarienne réalisée en temps utile et dans les meilleures conditions.

Cependant le constat dans les pays d'ASS est que la pratique de la césarienne n'est réalisée qu'en cas d'urgence et dans des conditions précaires et considérés comme très tardives. En effet, cette problématique d'accès à ces services chirurgicaux s'explique très souvent par la distanciation géographique qui sévit entre les structures de santé et les lieux de résidence, surtout dans les zones rurales, les performances limitées des centres de soins et les contraintes financières.

Pour remédier à cette situation, plusieurs pays ont développé des initiatives pour réduire la barrière financière à l'accès aux soins obstétricaux en général et à la césarienne en particulier. Leur objectif est notamment d'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et périnatale. Parmi ces pays, on retrouve le Sénégal où les politiques de gratuité de la césarienne ont été introduites à partir de 2005. Concrètement, tous les frais au sein de l'hôpital liés à un accouchement par césarienne (bilan préopératoire, acte chirurgical et soins post-opératoires) sont pris en charge par l'État.

Néanmoins, ces politiques n'avaient initialement pas prévu des mesures d'accompagnement pour améliorer simultanément la qualité des soins obstétricaux, condition pourtant indispensable pour réduire efficacement la mortalité maternelle et néonatale. Pareil pour les dépenses liées aux problèmes de transport pour régler le problème de la distanciation géographique. Ce qui peut donc probablement limiter l'accès à ces soins et le bénéfice à ces politiques des femmes des milieux ruraux.

Malgré les entraves auxquelles la mise en application de ces politiques de subvention fait face, des études quantitatives ont confirmé leurs effets positifs sur la hausse de l'utilisation des services avec un taux populationnel de césarienne passé de 2,87% en 2005 à 4,75% en 2011. Cependant, aucune étude populationnelle n'a rapporté que l'augmentation des taux de césarienne a eu un impact tangible sur la réduction de la mortalité maternelle et périnatale.

Plus tard en 2008 (3 ans après l'introduction de la gratuité de la césarienne), un programme d'amélioration de la qualité des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (programme GESTA international) a été mis en œuvre dans les hôpitaux de référence. Ce programme se basait sur les revues de décès maternels avec comme objectif de rechercher de manière qualitative et approfondie les causes et les circonstances entourant les morts maternelles survenues dans les établissements de santé. Deux ans après la mise en œuvre de ce programme, la mortalité maternelle hospitalière a diminué de 15% dans les hôpitaux bénéficiaires du programme par rapport aux hôpitaux non bénéficiaires. La mortalité néonatale immédiate (inférieure à 24 heures) a suivi la même tendance avec une diminution plus marquée de 26%.

Très récemment, la proportion de structures de santé offrant des services de césarienne a connu une hausse de 6% car elle passe entre 2017 et 2018 de 3% à 9% au niveau national.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	Toute femme sénégalaise en état de grossesse dont l'état de santé ou celui du fœtus nécessite le recours à une césarienne.
COUVERTURE	Depuis 2014, 40.000 femmes ont bénéficié de la gratuité de la césarienne soit un taux de couverture de 9%.
PRESTATIONS OFFERTES	<p>L'acte opératoire ;</p> <p>Le bilan pré opératoire ;</p> <p>Le kit de médicaments et de produits consommables accompagnant ledit acte ;</p> <p>Le séjour hospitalier n'excédant pas cinq (5) jours ;</p> <p>Les produits et les médicaments nécessaires à une réanimation éventuelle et le bilan y afférant.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Entre 2014 et 2018, le montant global du financement était de 3,4 milliards. Les financements proviennent de :</p> <p>ouvernement Sénégalais ;</p> <p>Ministère de la santé et de l'action sociale ;</p> <p>Agence Belge de Développement (ENABEL) ;</p> <p>USAID ;</p> <p>Banque mondiale ;</p> <p>Agence Française de Développement (AFD) ;</p> <p>gence Japonaise de Coopération Internationale (JICA).</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>L'accessibilité à la gratuité des soins permettant de réduire les dépenses de la famille ;</p> <p>L'élargissement de la couverture de la gratuité de la césarienne : au début le programme couvrait 5 régions sur la base de la cartographie de la pauvreté et de la prévalence du taux de mortalité maternelle (Ziguinchor, Kolda, Tambacounda, Fatick et Matam) ;</p> <p>La stratégie de subvention des accouchements et césariennes ainsi que la promotion des accouchements assistés par du personnel qualifié ont permis d'améliorer l'accès des populations défavorisées à des soins de qualité. C'est une stratégie qui a aussi permis de réduire les barrières financières à l'accès aux soins pour les femmes les plus démunies dans les coins les plus reculés, particulièrement en milieu rural avec un impact positif sur l'utilisation des services et la mortalité maternelle par l'accès aux SONU de qualité si elle est bien menée ;</p> <p>es accouchements à domicile reçus dans le postpartum immédiat</p>

	<p>dans les structures ont augmenté de 12% entre 2004 et 2005. En raison de sa gratuité, les femmes accouchant à domicile n'hésitent plus à se rendre dans les structures de santé pour une prise en charge garantissant la prévention des hémorragies de délivrance et les pathologies néonatales précoces.</p>
<p>GAPS OU LIMITES</p>	<p>L'insuffisance du budget alloué à ce programme ; Malgré la gratuité, il y a des coûts supplémentaires post-opératoires qui ne sont pas pris en charge ; Le recours excessif à la césarienne ; La pérennité de la politique n'est pas assurée ; La dotation parfois insuffisante ne tenant pas compte des besoins (accouchements attendus) mais parfois basées sur les rapports d'activités ; Le besoin d'améliorer le système d'approvisionnement par les PRA par une dotation régionale qui respecte les normes de la logistique telle que l'estimation des besoins, le respect du seuil d'alerte, du délai d'approvisionnement et de l'acheminement jusqu'au dépôt régional ; Il y a eu un manque d'information structurée, les professionnels sont peu informés, confusion entre le financement de la politique de gratuité et les fonds de dotation. Avis partagés par rapport à l'adéquation du contenu du kit. Ruptures fréquentes des kits au niveau des structures sanitaires, alors que la PNA se plaint que les kits ne sortent pas, en réalité certaines structures préfèrent confectionner leurs kits ; Au niveau opérationnel, une partie des recettes générées par les accouchements servait à la motivation des prestataires ; ce qui n'est pas sans conséquence si l'on tient compte de la baisse de motivation chez les prestataires. Par ailleurs, les tensions provoquées par le manque de clarté quant aux aspects gratuits de la politique, affectent fortement les relations patientes / prestataires. Face à cette situation, l'Etat est invité à revoir le contenu de l'information ; Les outils de coordination, de suivi-évaluation sont inexistantes pour permettre à la Direction de la Santé d'attester de la fiabilité des statistiques fournies par les hôpitaux. Ce problème sous-tend le problème plus global de la remontée des données qui reste partiel. Les statistiques ne sont pas maîtrisées ;</p> <p>a charge de travail a connu une hausse du fait de l'augmentation de l'utilisation des services, alors que le nombre de prestataires est resté sensiblement le même, ce qui pourrait cependant avoir des conséquences à terme sur la qualité des services offerts.</p>

PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE

Ministère de la santé et de l'action sociale ;
Agence Belge de Développement (ENABEL) ;
USAID ;
Banque mondiale ;
Agence Française de Développement (AFD) ;
Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA).

N°7 : PLAN SÉSAME – AFRIQUE / SENEGAL

PRESENTATION DU PROGRAMME

Mise en œuvre le 1er septembre 2006 et rendu effectif par le décret N 2008-381 du 7 avril 2008, le Plan SÉSAME est un système d'assistance sociale dont l'objectif est d'assurer une prise en charge des soins de santé éligibles au niveau des structures sanitaires publiques pour les personnes âgées de 60 ans et plus. Son but est de contribuer à améliorer les conditions de vie des personnes âgées en rendant accessible les services sociaux de base. Est concernée par le Plan Sésame toute structure de santé publique, sous provision de respecter la pyramide sanitaire et le système de référence/contre référence, à savoir :

Les postes et centres de santé, qui sont un passage obligatoire pour une consultation de première intention ;

Les hôpitaux de niveau 1, 2, et 3 sur référence par une structure périphérique ou en consultation d'urgence ;

Les établissements publics non hospitaliers pour la réalisation d'examen paracliniques prescrits par les praticiens des structures de santé publiques.

Cette prise en charge concerne trois (03) catégories :

Les personnes âgées qui ne bénéficient d'aucune couverture, dites personnes à leurs frais (PAF) ;

Les retraités du FNR (Fond National de Retraite) ;

Les retraités de l'IPRES.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Au Sénégal, les personnes âgées de 60 ans et plus représentent plus de 5% de la population globale (statistiques ANSD 2016). Parmi celles-ci, seules 30% bénéficient d'une prise en charge médicale. Il s'agit des anciens salariés qui bénéficient d'une pension de retraite assurée par le Fonds National de Retraite (FNR) et par l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES). Ainsi, 70% des sénégalais âgés de 60 ans et plus ne bénéficient d'aucune couverture maladie formelle. Il s'agit des personnes qui n'ont jamais eu un emploi dans le secteur formel, notamment les pêcheurs, les paysans, les éleveurs, les femmes au foyer, les commerçants, les mécaniciens, etc. Leur prise en charge était donc assurée par les familles lors d'événements médicaux. De plus, ces personnes âgées

sont particulièrement concernées par des maladies comme l'hypertension artérielle, le diabète, le cancer etc. Des maladies handicapantes et dont leur prise en charge est insoutenable par la pension de retraite et le budget familial des personnes sans pension. C'est dans ce contexte que le plan sésame a été mis en œuvre le 01 septembre 2006 dans le but de rectifier le déséquilibre et les insuffisances de protection sociale des personnes âgées dans le domaine de la santé.

Les fonctionnaires retraités (FNR) bénéficient à travers ce programme, de la prise en charge des 1/5 de leurs frais médicaux qui leur incombait sur imputation budgétaire. Les retraités non fonctionnaires bénéficient par le canal de l'Institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), d'une couverture médicale. Ils ont aussi accès aux Centres Médico-sociaux de l'IPRES.

Aux personnes concernées sans couverture sociale ou personnes à leurs frais (PAF), le Plan SÉSAME accorde désormais l'accessibilité et la gratuité des soins sous la forme d'une nouvelle couverture maladie, intégralement financée par l'État. Ainsi donc, au Sénégal, pour l'ensemble des personnes âgées de 60 ans et plus (IPRES, FNR, PAF), les prestations éligibles sont gratuites depuis le 1er septembre 2006 sur l'ensemble de la pyramide sanitaire : postes de santé, centres de santé et hôpitaux relevant de l'Etat. En effet, un arrêté ministériel définissant les services éligibles au Plan SÉSAME, énumère une liste de prestations exclues des actes pris en charge par le plan SÉSAME.

De plus, le respect de la pyramide sanitaire, avec recours en première intention aux structures périphériques, est un élément clé de la mise en œuvre des initiatives de gratuité. En effet, il permet de respecter l'organisation du système sanitaire mis en place par le MSAS et une rationalisation des ressources allouées à la CMU.

La carte nationale d'identité numérisée est le document requis pour attester de l'âge du bénéficiaire, en attendant la confection des cartes d'identification biométrique pour la mise en place d'un système d'identification biométrique à l'échelle nationale.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	<p>Ce programme concerne tout sénégalais âgé de 60 ans et plus pourvoyant aux conditions ci-dessous :</p> <p>Disposer d'une carte nationale d'identité sénégalaise numérisée ;</p> <p>respecter la pyramide sanitaire : consulter au niveau périphérique (poste ou centre de santé) et ne se présenter à l'hôpital que s'il y est référé ou en urgence</p>
COUVERTURE	
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Les prestations offertes dans le cadre de ce programme sont les suivantes :</p> <p>Les consultations ;</p> <p>Les médicaments essentiels (disponibles au niveau des structures de santé publiques, dans le cadre de l'Initiative de Bamako) ;</p> <p>Les examens complémentaires ;</p> <p>Les actes médicochirurgicaux ;</p> <p>Les hospitalisations.</p>

FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	Le budget du programme s'élevait à 800 millions en 2008.
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Réduction des barrières financières des bénéficiaires ; Recours massif aux services de santé par les bénéficiaires ; Diagnostic des maladies en particulier chroniques ;</p> <p>xtension et décentralisation de structures sanitaires : en 2016, 6 centres pour personnes âgées ont été construits dans les zones rurales en vue d'accueillir plus de personnes âgées.</p>
GAPS OU LIMITES	<p>Retard dans les remboursements des frais de prestation ; Indisponibilité et déficit en approvisionnement de médicaments ; Non prise en charge des coûts de médicaments des maladies chroniques ; Aucune base pour différencier les allocataires du régime des retraites des non allocataires ;</p> <p>rise en charge non effective au niveau des structures sanitaires.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Ministère de la santé et de l'action sociale ; Agence Belge de Développement (ENABEL) ; USAID ; Banque mondiale ; Agence Française de Développement (AFD) ; Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA).</p>

LOGEMENT & ASSAINISSEMENT

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le programme des 100 000 logements est un composant phare du programme zéro bidonville (PROZEBID). Il constitue l'un des plus grands projets des cinq prochaines années en termes de volume d'investissement et d'impact sur la croissance et la création d'emploi. Il vise à accélérer et diversifier l'offre de logements pour les ménages à revenus faibles mais également à rendre accessible les logements à tous les groupes socio-économiques sur une durée de 5 ans. En effet, seul un nombre restreint de privilégiés bénéficie de l'offre de logements décentes et accessibles en termes de prix. Ce projet consiste ainsi à rendre possible l'accès à un logement décent aux individus quelle que soit la catégorie sociale à laquelle il appartient.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

Malgré l'existence de sociétés immobilières publiques telles que la Société Immobilière du Cap Vert (SICAP) créé en 1950 et l'Office des Habitations à Loyer Modéré (OHLM) créé en 1959 ainsi que l'avènement de promoteurs immobiliers privés et face à une croissance démographique urbaine rapide, le gouvernement a fait le choix de traiter la problématique de l'habitat social. En effet, le déficit est estimé à 325 000 logements et 12000 nouvelles demandes par an. Ce déficit accentue la prolifération des bidonvilles avec 40% de la population urbaine vivant dans ces agglomérations. Cette situation est due au faible niveau des revenus des ménages et au coût élevé des logements. La mise en place de ce programme s'inscrit donc dans ce contexte de croissance démographique rapide, de forte demande en logements sociaux et de promotion de l'éradication des bidonvilles.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES

es critères d'éligibilité :

Être de nationalité sénégalaise ;

N'avoir jamais été propriétaire au Sénégal ;

Exercer une profession salariée ou non salariée.

ne répartition préalable a été faite :

50% des logements sont destinés aux demandeurs qui ont un

	<p>revenu mensuel inférieur à 350 000 FCFA ;</p> <p>20% des logements sont destinés aux sénégalais de la diaspora ;</p> <p>Les 30% restants sont réservés aux demandeurs appartenant à un standing plus élevé afin de garantir une mixité sociale.</p> <p>es 100 000 logements sociaux sont destinés aux personnes à revenus faibles ou irréguliers selon les principes suivant :</p> <p>Durée du prêt en fonction de l'âge ;</p> <p>Hypothèque sur le titre foncier ;</p> <p>Taux d'intérêt adaptés.</p>
COUVERTURE	<p>Le programme serait étendu sur une grande échelle nationale : 20% des constructions seront réservées aux villes de Dakar, Thiès et Mbour ; 80% restantes seront partagées entre toutes les autres villes du Sénégal de plus de 10 000 habitants en raison de leur faible population ;</p> <p>Le Ministère de l'urbanisme, du logement et de l'hygiène publique a déjà enregistré plus de 380 000 requêtes.</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Actions menées sur le foncier dans le cadre de la réduction du prix du logement : subvention à hauteur de 30% ou plus pour qu'ils soient vendus à 10 millions aux ménages cibles ;</p> <p>Conception de logements au standing plus modeste ;</p> <p>Construction de 100 000 logements décentes et accessibles en termes de prix ;</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Le coût global du projet est estimé à 2 320 milliards de FCFA à supporter par les différents acteurs, chacun à la hauteur de ses capacités financières et de ses responsabilités professionnelles dans la chaîne de valeur.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>L'inclusion potentielle de tous les groupes socio-économiques mais surtout l'accès des populations les plus vulnérables qui sont pour la plupart victimes de spéculation foncière qui les exclut du droit à la propriété. Ce programme donne ainsi l'occasion aux</p>

	<p>individus d'accéder à des logements convenables selon leurs capacités financières ;</p> <p>a digitalisation à travers la mise à disposition d'une plateforme d'inscription au projet 100 000 logements ;</p> <p>e multi partenariat public-privé entre le Ministère de l'urbanisme, du logement et de l'hygiène publique et ses départements, les acteurs étatiques en interface, les concessionnaires de réseau, les institutions financières, les promoteurs publics et privés, les entreprises de construction, les coopératives d'habitat, les acteurs économiques souhaitant s'implanter sur la zone et les communautés villageoises présentes sur le foncier du projet ;</p> <p>a création de nombreux outils comme la SAFRU qui va rendre le site de Daga Kholpa opérationnel d'ici la fin de l'année et le FHS qui va venir en aide aux promoteurs sur la réalisation des VRD (réalisation des voies d'accès, mise en œuvre des réseaux d'alimentation en eau, en électricité et en télécommunication) primaires et hors site ;</p> <p>a restructuration et le renforcement de l'écosystème de la construction via la promotion d'une industrie locale de la construction sont identifiés comme un pilier de réussite du projet. Ces facteurs favorisent la durabilité des logements et réduisent considérablement les coûts de manière à les rendre plus accessibles au plus grand nombre de demandeurs ;</p> <p>a décentralisation des pôles urbains : le programme s'implantera à 60% sur Dakar, Mbour et Thiès et à 40% sur le reste du territoire.</p>
<p>GAPS OU LIMITES</p>	<p>oncier : les difficultés d'accès au foncier sécurisé et en quantité suffisante constituent un des principaux facteurs de ralentissement de la production de logements et de renchérissement des coûts ;</p> <p>inancement : l'insuffisance du financement public est notoire. Jusque-là, les banques n'ont financé que 15-20% de la demande de logements. A cela s'ajoute l'insolvabilité relative des ménages ;</p> <p>nformalité des transactions : transactions immobilières non</p>

	<p>notariés ;</p> <p>able bancarisation ;</p> <p>esoin d'une marge de progression pour couvrir les besoins non seulement par rapport à la demande et la progression démographique de la population.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>inistère de l'urbanisme, du logement et de l'hygiène publique ;</p> <p>irection Générale de l'Urbanisme et de l'Architecture (DGUA) ;</p> <p>irection Générale de la Construction et de l'Habitat (DGCH) ;</p> <p>irection Générale à la Promotion des Pôles urbains de Diamnadio et du Lac Rose (DGPU) ;</p> <p>gence de la Promotion des Investissements et grands travaux (APIX) ;</p> <p>oncessionnaires de réseau (SONES, ONAS, SENELEC, SONATEL) ;</p> <p>ociété d'aménagement foncière et de rénovation urbaine (SAFRU) ;</p> <p>onds pour l'habitat social (FHS) ;</p> <p>onds de Garantie des Investissements Prioritaires (FONGIP) ;</p> <p>onds de Garantie pour l'Accès au Logement (FOGALOG),</p> <p>anque de l'Habitat du Sénégal (BHS).</p>

EMPLOI & TRAVAIL

PRESENTATION DU PROGRAMME

La Caisse de Sécurité Sociale a été créée le 1er janvier 1956, par la loi N°91-33 du 26 juin 1991. Elle est devenue un organisme de droit privé chargé du service public. Elle est implantée sur tout le territoire national, autour de 14 agences. Elle vise à réduire la pauvreté et à prévenir les risques et les maladies professionnelles. Également, elle offre une couverture médicale pour les travailleurs du secteur public et privé. Elle garantit des revenus et des soins médicaux.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'idée de l'instauration de la Caisse de Sécurité Sociale au Sénégal a émergé avec la loi Lamine Guèye en 1950 offrant aux agents autochtones de la fonction publique des avantages comparables aux agents métropolitains. On note en 1952, le vote du code du travail d'Outre-mer pour admettre le principe des allocations familiales en faveur des travailleurs du secteur privé, au-delà on note la mise en place de la Caisse des Compensations. C'est en 1956, que les activités ont démarrées au niveau de la Caisse des Compensations avec comme principales missions :

Les allocations au foyer du travailleur ;

L'aide à la mère et aux nourrissons sous forme d'allocations prénatales et de maternité ;

Les prestations en nature ;

Les allocations familiales ;

Les indemnités journalières de maternité prévues à l'article 116 du code du travail modifié, en faveur de la femme salariée.

Le 1er janvier 1959, le régime de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, jusqu'alors géré par les employeurs et les compagnies d'assurances, est dorénavant confié à la Caisse de compensations qui devient la Caisse de Compensations des Prestations Familiales et des Accidents du Travail du Sénégal. C'est en 1966, que la Caisse de Compensations des Prestations Familiales et des Accidents du Travail du Sénégal deviendra un établissement public à caractère industriel et commercial, de par l'entrée en vigueur de la loi 66-27. Il faudra attendre en 1973 pour l'adoption du code de sécurité sociale par la loi 73-37 du 31 juillet 1973. Elle est placée sous la double tutelle du Ministère de la Fonction Publique, du Travail et des Relations avec les Institutions en ce qui concerne le domaine technique, et sous la tutelle également du Ministère de l'Économie et des Finances.

FICHE PROGRAMME

<p>PERSONNES CIBLES</p>	<p>es fonctionnaires de l'État ;</p> <p>es travailleurs du secteur privé ;</p> <p>es agents de l'État.</p>
<p>COUVERTURE</p>	<p>Ce programme est couvert à l'échelle nationale.</p>
<p>PRESTATIONS OFFERTES</p>	<p>n ce qui concerne les risques professionnels, la caisse de sécurité sociale a versé durant ces deux dernières décennies à plus de 7500 allocataires la somme de 25 milliards de FCFA ;</p> <p>es prestations sont en nature ou en espèces aux familles et aux salariés de plus de 10 000 entreprises affiliées ;</p> <p>n cas d'accident de travail, la Caisse de Sécurité Sociale prend en charge 100% des soins médicaux, chirurgicaux ou d'hospitalisation, les frais pharmaceutiques, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et la fourniture des appareils de prothèses et d'orthopédie ;</p> <p>a caisse verse des indemnités journalières, en remplacement du salaire et des rentes en cas d'incapacité partielle ou totale pour toute la durée de vie du travailleur ;</p> <p>lle joue un rôle préventif des risques et des maladies professionnelles en effectuant des contrôles réguliers, de l'assistance-conseil et de la formation des entreprises ;</p> <p>ise en place d'un dispositif de réparation des dommages.</p>
<p>FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)</p>	<p>le financement est assuré par les cotisations des salariés ;</p> <p>lus de 72 milliards de FCFA versés dans les 20 dernières années.</p>
<p>RAISONS DU SUCCÈS</p>	<p>le traitement automatique des informations ;</p> <p>la sécurité et la sauvegarde des données ;</p>

	<p>l'exploitation et la généralisation du système de Gestion Électronique des documents (GED) sur toutes les agences ;</p> <p>l'exploitation du système de Lecture Automatique de Documents (LAD) ;</p> <p>le multi partenariat des acteurs ;</p> <p>le système inclusif ;</p> <p>l'adaptation aux besoins des bénéficiaires ;</p> <p>le lancement d'un projet d'harmonisation des systèmes d'information de l'IPRES et de la CSS.</p>
GAPS OU LIMITES	<p>ne couvre pas le chômage temporaire ou partiel des travailleurs ;</p> <p>le risque maladie n'est pas garanti.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Conseil National du Patronat (CNP)</p> <p>Confédération Nationale des Employeurs du Sénégal (CNES)</p> <p>Confédération Nationale des Travailleurs du Sénégal (CNTS),</p> <p>Union Nationale des Syndicats Autonomes du Sénégal (UNSAS),</p> <p>Union Des Travailleurs du Sénégal (UDTS),</p> <p>Confédération des Syndicats Autonomes (CSA).</p> <p>Ministère du Travail, du Dialogue social, des Organisations professionnelles et des relations avec les institutions</p> <p>BIT (Le Bureau International du Travail)</p> <p>AISS (Association Internationale de Sécurité Sociale)</p> <p>CIPRES (Conférence Interafricaine de la Prévoyance Sociale)</p> <p>CRAMIF (Caisse Régionale d'Assurance Maladie d'Ile de France)</p> <p>CNESSS (Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale)</p> <p>CIFOCSS (Centre Ivoirien de Formation des Cadres de Sécurité Sociale)</p> <p>CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales de Sécurité Sociale)</p> <p>INRS (Institut National de Recherches et de Sécurité)</p>

N°10 : INSTITUT DE PREVOYANCE MALADIE (IPM) – AFRIQUE / SENEGAL

PRESENTATION DU PROGRAMME

L'Institut de Prévoyance Maladie (IPM) s'occupe de la couverture maladie des travailleurs et de leurs ayants droits. La création de l'IPM d'entreprise ou l'affiliation à une IPM interentreprises est une obligation qui pèse sur l'employeur, au même titre de l'obligation d'affiliation à la Caisse de Sécurité Sociale et à l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal. L'IPM prend en charge de manière partielle les frais résultants d'une maladie non-professionnelle du travailleur et des membres de sa famille. Une IPM est créée à partir d'une assemblée consécutive qui comprend comme ordre du jour : la création de l'institution, adoption des statuts et du règlement intérieur, et la création des membres du collège des représentants et la constitution du budget prévisionnel et enfin préparer le montage du dossier de demande d'agrément.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'institution de Prévoyance Maladie (IPM) est régie par le décret 75-895 du 14 août 1975 qui rend obligatoire la création des IPM et qui organise leur fonctionnement. L'IPM est également régit par le décret 2006-1310 du 13 novembre 2006 qui permet à la femme salariée de prendre en charge son mari non salarié ; et l'arrêté 9174 du 31 juillet 1976 fixant la liste des fournitures qui ne donnent pas lieu à une prise en charge par les IPM. Et l'arrêté 9176 du 31 juillet 1976 fixant les modèles types de statuts et de règlement intérieur des IPM, ainsi que le paquet de prestations prises en charge. Ainsi L'Institut de Prévoyance Maladie (IPM) découle de plusieurs lois et conventions internationales faisant statuer le caractère obligatoire de l'affiliation à toute entreprise comptant au moins 100 salariés. Cependant dans le cas où l'entreprise ne compte pas autant de travailleurs, il doit s'affilier à une IPM déjà existante, ou à une IPM inter-entreprises.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	<p>es travailleurs et leurs ayants droits qui sont dans les Petites et Moyennes Entreprises (PME) et les Grandes Entreprises ;</p> <p>n ce qui concerne leurs enfants, ils sont couverts par le système de l'IPM jusqu'à l'âge de 21 ans.</p>
COUVERTURE	<p>Le nombre de personnes participantes est estimé en 2014 à 269.608, ainsi une hausse de 4% par an est à noter depuis 2012.</p>

	(Source : Stratégie Nationale de Protection Sociale du Sénégal (2015-2035).
PRESTATIONS OFFERTES	<p>e paquet de soins inclut la médecine générale, les soins médicaux, les soins des médecins spécialistes, les analyses radios et médicaments, les hospitalisations, interventions chirurgicales, les soins dentaires, l'optique médicale.</p> <p>e pourcentage de la prise en charge varie entre 40 à 80% et peuvent être modulés selon le résultat de l'IPM. Sur la base d'une liste de prestataire de soins (publics comme privés) agréés, l'IPM assure une prise en charge au premier franc des soins curatifs engagés par ses membres bénéficiaires dans le cadre du territoire national.</p> <p>'est après un délai de 2 mois de cotisations que les participants à l'IPM peuvent prétendre aux prestations de cette institution.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Le financement de l'IPM est assuré par :</p> <p>es cotisations mensuelles patronales et salariales de 6% appliquée sur une assiette 60 000 F maximum ;</p> <p>es contributions et subventions accordées par les membres d'honneur ;</p> <p>es dons et legs ;</p> <p>Les produits des placements.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Le caractère obligatoire ;</p> <p>Une obligation de transmission du rapport annuel (effectifs, cotisations, prestations, bilan) par le PCA au Ministre chargé du travail et de la Sécurité Sociale qui instaure un système de contrôle et de suivi des IPM ;</p> <p>L'affiliation procure l'allègement pour les travailleurs et pour les employeurs. Toutefois des réformes sont en cours : Une réforme juridique, avec la réactualisation des principaux textes qui régissent les IPM pour les adapter au contexte actuel ;</p> <p>Une réforme institutionnelle avec la mise en place de l'Institution de Coordination de l'Assurance Maladie Obligatoire (ICAMO) pour améliorer la coordination et le suivi des IPM ;</p> <p>ne réforme de la gouvernance avec la mise en place du Fonds de</p>

	garantie et de solidarité des IPM.
GAPS OU LIMITES	<p>Selon l'Enquête Nationale de l'Institut de Prévoyance maladie de 1999-2015 faites par l'ANSD, elle démontre les faits suivants :</p> <p>Pour certaines IPM, le fait de changer d'adresse sans le communiquer à l'instance de suivi et de contrôle, donc certaines IPM existent, mais restent introuvables ;</p> <p>Le déficit de formation de certains gérants d'IPM ;</p> <p>l'inexistence de système de gestion unique pour tous les IPM.</p>

N°11 : L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RETRAITE DU SÉNÉGAL (IPRES) – AFRIQUE / SENEGAL

PRESENTATION DU PROGRAMME

Au Sénégal, le système de pension de retraite est géré par deux régimes obligatoires : l'Institution de Prévoyance Retraite (IPRES), et aussi le Fonds National de Retraite (FNR) qui couvre les fonctionnaires civils et militaires. L'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal est un organisme privé qui vise la gestion d'un régime de retraite unique au profit des agents non fonctionnaires de l'État, les employés du secteur privé, les employés des administrations locales.

A cet effet l'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal procure :

- Une pension ou allocation de retraite aux anciens salariés ayant cotisé au moins 10 ans ;
- Des pensions ou allocations de réversion aux veufs, veuves et orphelins de père ou de mère, à charge en cas de décès d'un salarié ou d'un retraité ;
- Une pension de solidarité sous certaines conditions aux anciens salariés.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

L'Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES) découle de l'IPAO (Institution de Prévoyance et de Retraite de l'Afrique Occidentale) qui est créée le 27 Mars 1958. Elle est issue de la loi n° 52-1322 du 15 décembre 1952 instituant un Code du Travail dans les territoires d'Outre-mer (Cf. articles 15, 17 et 24). Elle est une fusion de l'inspecteur général du Travail de l'AOF, et des organisations syndicales de travailleurs et d'employeurs. En 1975, l'IPAO devient l'IPRES et est régie par :

La Loi N° 73-37 du 31 juillet 1973 portant Code de Sécurité Sociale ;

La Loi N° 75-50 du 03 avril 1975 relative aux Institutions de Prévoyance Sociale ;

Le Décret d'application N°75-455 du 24 avril 1975 rendant obligatoire pour tous les employeurs et pour tous les travailleurs l'affiliation à un régime de retraite modifié en ses Articles 11 et 21 par le Décret N°76-17 du 09 janvier 1976 ;

Arrêté N°3043 du 09 mars 1978 portant autorisation d'une Institution de Prévoyance Retraite, auquel les statuts sont annexés ;
Règlements Intérieurs N° 1 et N°2 relatifs respectivement au Régime général de retraite et au Régime complémentaire des Cadres.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES	<p>Les travailleurs indépendants ; Les assurés volontaires ; Les travailleurs agricoles ; Les étudiants ;</p> <p>es personnes en situation de pauvreté bénéficiant d'une Bourse de Sécurité Familiale.</p>
COUVERTURE	<p>L'IPM a couvert 140 000 bénéficiaires au total, dont 80 000 retraités directs, et le reste constitue les ayant droits (orphelins, veuves).</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>Prestations familiales ; Allocations prénatales ; Allocations de maternité ; Allocations familiales ; Indemnité journalière de congé de maternité ; Accidents du travail et maladies professionnelles ; Formalités, soins ; Incapacité temporaire ; Incapacité permanente ; Décès (survivants conjoints, orphelins) ; Remboursement des cotisations ; Retraite complémentaire.</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Sous la tutelle financière du Ministère de l'Economie et des Finances, l'IPRES est financée par :</p> <p>Les cotisations des membres adhérents sur les salaires bruts (Employeurs : 60% et Participants : 40%) ; Les majorations de retard de paiement desdites cotisations ; Les revenus de placement des fonds et des immeubles de rapport ; Les produits de la gestion financière des réserves ;</p> <p>es subventions, les dons et les legs.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>Augmentation de 10% des pensions de retraite, et la mesure est entrée en vigueur en 2017 ; Digitalisation du système ; Lancement d'un projet d'harmonisation des systèmes</p>

	d'information de l'IPRES et de la CSS en octobre 2020.
GAPS OU LIMITES	<p>Ne couvre pas le chômage ;</p> <p>Le système est défavorable au ménage polygame. En effet les épouses d'un retraité décédé n'ont droit qu'à 50% de la pension du défunt, qu'elles devront se partager selon le nombre d'épouses du défunt retraité ;</p> <p>Le système d'information est caduc ;</p> <p>L'approche de communication est peu interactive et de proximité pour les bénéficiaires.</p>
PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE	<p>Ministère du Travail, du dialogue social, des organisations professionnelles et des relations avec les institutions ;</p> <p>Ministère de l'Économie et des Finances.</p>

EDUCATION & ENFANC

N°12 : PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ, DE L'ÉTHIQUE ET DE LA TRANSPARENCE DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION (PAQUET-EF) – AFRIQUE / SENEGAL

PRESENTATION DU PROGRAMME

Le Programme de l'Amélioration de la Qualité, de l'Éthique et de la Transparence du Secteur de l'Éducation et de la Formation (PAQUET-EF) est venu concrétiser la politique du chef de l'État en matière de développement durable. En effet, le secteur de l'éducation et de la formation revêt un aspect capital dans la construction cognitive, sociale et économique d'une nation. Fort de ce constat, le PAQUET-EF vient prolonger le Programme Décennal de l'Éducation et de la Formation (PDEF) afin de consolider les efforts gouvernementaux à l'horizon 2018-2030.

CONTEXTE DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME

La loi du 15 décembre 2004 qui modifie et complète celle du 16 février 1991 en son article 3 bis mentionne que « l'école est obligatoire pour tous les enfants des deux sexes de 6 à 16 ans ». Elle est née de l'objectif d'universaliser l'école, avec comme constat qu'une bonne partie des enfants en âge d'aller à l'école n'y avait pas accès.

Le diagnostic du système éducatif de 2000 à 2011, à travers le Programme Décennal de l'Éducation et de la Formation (PDEF) a permis d'identifier et d'organiser les problèmes clés à résoudre autour de l'accès, de la qualité, de la gouvernance de l'Éducation et de la Formation. Dans le cadre du programme Sénégal Émergent (PSE) avec comme vision à l'horizon 2035 « une société solidaire et un État de droit », le gouvernement du Sénégal a mis en place le programme PAQUET-EF 2013-2015. Durant la première phase du PAQUET-EF 2013-2015, on note une amélioration considérable des infrastructures et des équipements éducatifs et une baisse du taux d'abandon qui est passé de 18% à 10% entre 2013 et 2015.

Afin de renforcer les acquis et d'améliorer le dispositif, la phase 2 du programme PAQUET-EF 2018-2030 est lancée en 2018.

Ce programme découle de l'élaboration du modèle logique et du Cadre de Mesure de Rendement (CMR) dans une approche de Gestion Axée sur les Résultats (GAR) et sur la base de la nouvelle lettre de politique du Secteur de l'Éducation et de la Formation.

FICHE PROGRAMME

PERSONNES CIBLES

Parent

Élève

	<p>Enseignant</p> <p>Non enseignant</p> <p>Collectivités partenaires</p>
COUVERTURE	<p>En 2015, l'offre publique compte 88 138 écoles primaires soit 85,6% des écoles élémentaires du pays, avec comme effectif 1.630.102 d'élèves. Pour les établissements d'enseignement moyen on décompte 1181, dont 671.110 élèves au collège soit 86% de la population scolarisée.</p>
PRESTATIONS OFFERTES	<p>ne offre de formations à tous les niveaux aux apprenants et aux enseignants ;</p> <p>n système de suivi et d'accompagnement des enseignants ;</p> <p>n Système de suivi et d'évaluation des formations et des capacités des apprenants ;</p> <p>ne Dotation en matériel didactique ;</p> <p>n appui à la redynamisation de la gouvernance éducative ;</p>
FINANCEMENT (Source + Structure + Budget)	<p>Le programme est financé à plus de 5% du PIB national.</p>
RAISONS DU SUCCÈS	<p>a gratuité et l'obligation de fréquenter l'école de 6 ans à 16 ans ;</p> <p>L'Amélioration de la qualité des enseignements / apprentissages ;</p> <p>La promotion de l'enseignement des sciences, de la technologie et des innovations (STI);</p> <p>La poursuite et le renforcement de la gestion des programmes éducatifs en vue d'une gouvernance plus efficace, plus efficiente et plus inclusive ;</p> <p>Le renforcement de la productivité du personnel enseignant et non enseignant ;</p> <p>e développement progressif de l'utilisation des langues nationales dans le système éducatif, au-delà de l'alphabétisation fonctionnelle.</p>
GAPS OU LIMITES	<p>une offre de formation pas totalement inclusive, on ne dénote que 3 écoles spécialisées au total pour les régions uniquement de Dakar et de Thiès ;</p>

	<p>n taux d'achèvement en cycle primaire qui reste faible 59,9% en 2016 contre 60,9% en 2015 ;</p> <p>Une faible couverture : D'après les résultats de l'enquête (Étude nationale sur les enfants et les jeunes hors du système éducatif au Sénégal USAID 2017), en 2016, 1 498 286 enfants âgés de 6 à 16 ans était hors du système éducatif, soit 37,2 % de la population scolarisable de ce groupe d'âge ;</p> <p>ne faible qualité de l'enseignement dispensé à tous les niveaux ;</p> <p>n accès difficile pour certains élèves dû à la distance à parcourir.</p>
<p>PARTENAIRES DE MISE EN ŒUVRE</p>	<p>NESCO ;</p> <p>ANQUE MONDIALE ;</p> <p>ONFEMEN ;</p> <p>NEADE ;</p> <p>INISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE.</p>

Table des matières

<u>AVANT-PROPOS</u>	5
<u>PREFACE</u>	7
<u>INTRODUCTION</u>	9
<u>1. BENCHMARKING : METHODOLOGIE DES BONNES PRATIQUES EN PROTECTION SOCIALE</u>	9
1.1. REFERENCEMENT ET DOCUMENTATION DES DIFFERENTS PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE ..9	
1.1.1. CONSTITUTION DE L'ECOSYSTEME	9
1.2. IDENTIFICATION DES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE PAR PAYS CHOISI.....	11
<u>2. RECAPITULATIF DES PROGRAMMES ET THEMATIQUES DE PROTECTION SOCIALE</u> ..12	
2.1. CONTINENTS.....	12
2.2. THEMATIQUES	13
<u>3. LA VISUALISATION DES LEVIERS DES BONNES PRATIQUES PAR LES NUAGES DE MOTS</u>	16
<u>3.1. ANALYSE INTRACONTINENTALE</u>	17
<u>3.1.1. LOGEMENT ET ASSAINISSEMENT</u>	17
<u>3.1.2. ÉDUCATION ET ENFANCE</u>	21
<u>3.1.3. EMPLOI ET TRAVAIL</u>	25
<u>3.1.4. FEMMES ET FILLES</u>	28
<u>3.1.5. PERSONNES VULNERABLES</u>	31
<u>3.1.6. RESTAURATION SCOLAIRE</u>	35
<u>3.1.7. SANTE</u>	40
<u>4. ANALYSE DES BONNES PRATIQUES EN PROTECTION SOCIALE</u>	45
<u>4.1. UNE APPROCHE FONDEE SUR LES DROITS DES PERSONNES</u>	47

<u>4.1.1.</u>	<u>L'INCLUSION DES COUCHES VULNERABLES DANS LES FILETS SOCIAUX.....</u>	<u>47</u>
<u>4.1.2.</u>	<u>L'AUTONOMISATION POUR CORRIGER DURABLEMENT LES INEGALITES.....</u>	<u>50</u>
<u>A)</u>	<u>L'AUTONOMISATION ECONOMIQUE ET SOCIALE.....</u>	<u>50</u>
<u>B)</u>	<u>L'AUTONOMISATION DES FEMMES</u>	<u>50</u>
<u>4.2.</u>	<u>DES PERFORMANCES TECHNIQUES ET MANAGERIALES</u>	<u>51</u>
<u>4.2.1.</u>	<u>LA DIGITALISATION.....</u>	<u>51</u>
<u>4.2.2.</u>	<u>LE CIBLAGE.....</u>	<u>57</u>
<u>A)</u>	<u>LE CIBLAGE CATEGORIEL ET GEOGRAPHIQUE.....</u>	<u>58</u>
<u>B)</u>	<u>LE CIBLAGE CONDITIONNEL.....</u>	<u>59</u>
<u>4.2.3.</u>	<u>LA PRIORITE A L'USAGE DES RESSOURCES LOCALES</u>	<u>59</u>
<u>4.2.4.</u>	<u>L'ADAPTATION DES BONNES PRATIQUES A LA COVID-19</u>	<u>60</u>
<u>4.3.</u>	<u>UNE GOUVERNANCE PROACTIVE POUR ANTICIPER LES RISQUES SUR LES GROUPES VULNERABLES.....</u>	<u>61</u>
<u>4.3.1.</u>	<u>LA LUTTE CONTRE L'EXTREME PAUVRETE</u>	<u>61</u>
<u>A)</u>	<u>L'ANTICIPATION DES RISQUES DE BASCULEMENT DANS LA PRECARITE</u>	<u>61</u>
<u>4.3.2.</u>	<u>UNE FORMATION CENTREE SUR L'EMPLOYABILITE</u>	<u>63</u>
<u>4.3.3.</u>	<u>L'ADAPTATION DES SERVICES AUX BESOINS DES BENEFICIAIRES.....</u>	<u>66</u>
<u>A)</u>	<u>LA FLEXIBILITE ET LA COMPLETEUDE DES SERVICES</u>	<u>66</u>
<u>4.3.4.</u>	<u>LA DECENTRALISATION DES POLITIQUES DE PROTECTION SOCIALE</u>	<u>70</u>
<u>4.3.5.</u>	<u>LE VOLUME D'INVESTISSEMENT FINANCIER</u>	<u>71</u>
<u>4.4.</u>	<u>DES VALEURS FONDEES SUR LA SOLIDARITE, L'EQUITE ET LA TRANSPARENCE ...</u>	<u>72</u>
<u>4.4.1.</u>	<u>DES VALEURS FONDEES SUR LA SOLIDARITE</u>	<u>73</u>
<u>4.4.2.</u>	<u>DES VALEURS FONDEES SUR L'EQUITE ET LA TRANSPARENCE.....</u>	<u>76</u>

<u>5. LA COMPARAISON ENTRE LES RESULTATS DU BENCHMARKING ET LES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL</u>	<u>79</u>
<u>5.1. LA METHODE DE COMPARAISON.....</u>	<u>79</u>
<u>5.2. L'ECOSYSTEME DE LA PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL.....</u>	<u>79</u>
<u>5.3. LES BESOINS EN PROTECTION SOCIALE</u>	<u>47</u>
<u>5.3.1. LE NIVEAU DE VIE DES MENAGES</u>	<u>47</u>
<u>5.3.2. LES VULNERABILITES SANITAIRES DES MENAGES.....</u>	<u>47</u>
<u>5.3.3. LE HANDICAP DES ENFANTS</u>	<u>48</u>
<u>5.3.4. LES CANTINES DANS LES ECOLES</u>	<u>50</u>
<u>5.3.5. LES MENAGES BENEFICIANT DE PROTECTION SOCIALE.....</u>	<u>48</u>
<u>6. CONCLUSION : LES PISTES D’ACTION.....</u>	<u>50</u>
<u>7. BIBLIOGRAPHIE</u>	<u>55</u>
<u>8. ANNEXES</u>	<u>62</u>
<u>ANNEXE 1 : LES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE PAR THEMATIQUE</u>	<u>62</u>
<u>ANNEXE 2 : LES FICHES DES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE DANS LES PAYS DU SUD PAR THEMATIQUE ET PAR PROGRAMME</u>	<u>69</u>
<u>N°1 : PROGRAMME D’EDUCATION DE BASE POUR ADULTES (ABEP) – AFRIQUE / BOTSWANA</u>	<u>69</u>
<u>N°2: REGIME DE SECURITE SOCIALE – AFRIQUE / CAP-VERT</u>	<u>72</u>
<u>N°3: CENTRE D'EDUCATION ET DE DEVELOPPEMENT POUR LES ENFANTS MAURICIENS – AFRIQUE / ILE-MAURICE.....</u>	<u>75</u>
<u>N°4: LESOTHO CHILD GRANTS PROGRAMME (CGP) / PROGRAMME DE SUBVENTIONS AUX ENFANTS DU LESOTHO – AFRIQUE / LESOTHO</u>	<u>77</u>
<u>N°5: TAYSSIR – AFRIQUE / MAROC</u>	<u>79</u>
<u>N°6: CHILD GRANTS MAINTENANCE, SPECIAL MAINTENANCE, FOSTER CARE GRANT, PLACE OF SAFETY – AFRIQUE / NAMIBIE.....</u>	<u>81</u>

<u>N°7: EDUCATION DE BASE – AFRIQUE / RWANDA.....</u>	<u>83</u>
<u>N°8: BOLSA FAMILIA (BOURSE FAMILIALE) – AMERIQUE LATINE / BRESIL</u>	<u>86</u>
<u>N°9: CHILE CRECE CONTIGO (LE CHILI GRANDIT AVEC TOI) – AMERIQUE LATINE / CHILI</u>	<u>91</u>
<u>N°10: MI BECA PARA EMPEZAR (MA BOURSE POUR COMMENCER) – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE</u>	<u>94</u>
<u>N°11: SUBVENTIONS POUR LES ENFANTS D'AGE PRESCOLAIRE – ASIE / CHINE</u>	<u>97</u>
<u>N°12: PROGRAMME- CADRE POUR L'EDUCATION DES MADRASA ET DES MINORITES OU - SCHEME FOR EDUCATION OF MADRASAS AND MINORITÉS SPEMM – ASIE / INDE</u>	<u>98</u>
<u>N°13: UNIVERSAL OLD AGE PENSION / PENSION DE VIEILLESSE UNIVERSELLE – AFRIQUE / BOTSWANA.....</u>	<u>101</u>
<u>N°14: BASIC RETIREMENT PENSION (PENSION DE RETRAITE DE BASE) – AFRIQUE / ILE- MAURICE</u>	<u>102</u>
<u>N°15: WORKMEN’S COMPENSATION FUND / CAISSE D’INDEMNISATION DES ACCIDENTS DU TRAVAIL – AFRIQUE / LESOTHO</u>	<u>104</u>
<u>N°16 : INDEMNITE POUR PERTE D'EMPLOI – AFRIQUE / MAROC</u>	<u>106</u>
<u>N°17: CAISSE SOCIALE DU RWANDA (CSR) – AFRIQUE / RWANDA</u>	<u>107</u>
<u>N°18: PROEMPLEAR – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE</u>	<u>109</u>
<u>N°19: PROGRAMA DE FORMACION CONTINUA (PROGRAMME DE FORMATION CONTINUE) – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE</u>	<u>113</u>
<u>N°20 : VERS LA PROTECTION DU TRAVAIL INFORMEL. LE REGIME DU « MONOTRIBUT » EN ARGENTINE – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE</u>	<u>117</u>
<u>N°21: PROGRAMA PROGREDIR: JE VEUX UN EMPLOI, JE VEUX ME QUALIFIER, JE VEUX ENTREPRENDRE – AMERIQUE LATINE / BRESIL</u>	<u>120</u>
<u>N°22: MAS CAPAZ (PLUS CAPABLE) – AMERIQUE LATINE / CHILI</u>	<u>124</u>
<u>N°23 : JOVENES CONSTRUYENDO EL FUTURO / LES JEUNES CONSTRUISENT LEUR AVENIR – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE</u>	<u>127</u>

<u>N°24: REGIME D'ASSURANCE MEDICALE POUR LES RESIDENTS URBAINS NON SALARIES (SANS ACTIVITE PROFESSIONNELLE) / URBMI (URBAN RESIDENT BASIC MEDICAL INSURANCE) – ASIE / CHINE</u>	<u>129</u>
<u>N°25: PROGRAMME D'EMPLOI GARANTI MG-NREGA – ASIE / INDE.....</u>	<u>131</u>
<u>N°26 : PROGRAMME DE PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH – AFRIQUE / BOTSWANA.....</u>	<u>134</u>
<u>N°27: FREE MATERNAL AND CHILD HEALTH CARE – AFRIQUE / GHANA.....</u>	<u>137</u>
<u>N°28 : BASIC WIDOW'S PENSION (PENSION DE BASE POUR LES VEUVES) – AFRIQUE / ILE-MAURICE</u>	<u>139</u>
<u>N°29: AIDE DIRECT AUX VEUVES EN SITUATION DE PRECARITE AVEC ENFANT EN CHARGE – AFRIQUE / MAROC.....</u>	<u>141</u>
<u>N°30 : MUJERES JEFAS DE HOGAR (FEMMES CHEF DE FAMILLE) – AMERIQUE LATINE / CHILI</u>	<u>142</u>
<u>N°31 : RED DE MUJERES (RESEAU DE FEMMES) – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE</u>	<u>145</u>
<u>N°32 : ASSURANCE MATERNITE – ASIE / CHINE</u>	<u>146</u>
<u>N°33 : PROGRAMME DE PROTECTION MATERNELLE (JSY JANANI SHURAKASHA YOGANA) – ASIE / INDE</u>	<u>148</u>
<u>N°34: SELF HELP HOUSING AGENCY (SHHA) / AIDE AU LOGEMENT – AFRIQUE / BOTSWANA</u>	<u>150</u>
<u>N°35 : FULL CONCRETE HOUSING UNIT SCHEME / PROGRAMME D'UNITES DE LOGEMENT EN BETON INTEGRAL – AFRIQUE / ILE-MAURICE.....</u>	<u>152</u>
<u>N°36: PROVISION OF HOUSING AND SHELTER – AFRIQUE / NAMIBIE.....</u>	<u>154</u>
<u>N°37 : ACCES AU LOGEMENT – AFRIQUE / RWANDA.....</u>	<u>157</u>
<u>N°38: PROGRAMME CITERNES (PROGRAMA CISTERNAS / CITERNS FOR HUMAN CONSUMPTION / CITERNS IN SCHOOL / CITERNS FOR AGRICULTURAL) – AMERIQUE LATINE / BRESIL</u>	<u>159</u>
<u>N°39 : MEJORA DE VIVIENDA Y VIVIENDA EN CONJUNTO (AMELIORATION DE L'HABITAT ET DU LOGEMENT) – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE.....</u>	<u>163</u>
<u>N°40 : PROGRAMME DE LOGEMENTS GARANTIS “BAOZHANG XING ZHUFANG” – ASIE / CHINE</u>	<u>164</u>

<u>N°41: PRADHAN MANTRI AWAS YOJANA (PMAY) OU UN LOGEMENT POUR TOUS – ASIE / INDE</u>	<u>167</u>
<u>N°42 : PENSIONS UNIVERSELLES POUR LES PERSONNES AGEES – AFRIQUE / CAP-VERT</u>	<u>170</u>
<u>N°43: LIVELIHOOD EMPOWERMENT AGAINST POVERTY (LEAP) – AFRIQUE / GHANA....</u>	<u>172</u>
<u>N°44: DISABILTY UNIT (UNITE DES PERSONNES HANDICAPEES) – AFRIQUE / ILE-MAURICE</u>	<u>174</u>
<u>N°45 : SOCIAL PENSIONS (OLD AGE PENSIONS) / (PENSIONS DE VIEILLESSE) – AFRIQUE / LESOTHO.....</u>	<u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>
<u>N°46 : L'ENTRAIDE NATIONALE – AFRIQUE / MAROC</u>	<u>177</u>
<u>N°47 : THE OLD AGE GRANT - ALLOCATION VIEILLESSE – AFRIQUE / NAMIBIE.....</u>	<u>179</u>
<u>N°48 : PENSIONS AUX PERSONNES AGEES – AFRIQUE / RWANDA</u>	<u>180</u>
<u>N°49 : PLAN ARGENTINE TRABAJA – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE.....</u>	<u>182</u>
<u>N°50 : PRESTATION DE BIEN-ETRE CONTINU (BPC) – AMERIQUE LATINE / BRESIL</u>	<u>186</u>
<u>N°51 : PROSPERA – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE</u>	<u>188</u>
<u>N°52 : LE PROGRAMME DE GARANTIE DU NIVEAU DE VIE MINIMUM (DIBAO) – ASIE / CHINE</u>	<u>191</u>
<u>N°53 : PROGRAMME DE SUBVENTION ALIMENTAIRE, DE CARBURANT ET D'ELECTRICITE TPDS – ASIE / INDE.....</u>	<u>192</u>
<u>N°54: GHANA SCHOOL FEEDING PROGRAMME (GSFP) – AFRIQUE / GHANA</u>	<u>196</u>
<u>N°55 : SCHOOL FEEDING/ALIMENTATION SCOLAIRE (PRIMAIRE OU SECONDAIRE) – AFRIQUE / LESOTHO</u>	<u>198</u>
<u>N°56 : CANTINE SCOLAIRE – AFRIQUE / MAROC.....</u>	<u>ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.</u>
<u>N°57 : SCHOOL FEEDING PROGRAMME / PROGRAMME D'ALIMENTATION SCOLAIRE – AFRIQUE / NAMIBIE.....</u>	<u>202</u>
<u>N°58 : PROGRAMA DE ALIMENTACION ESCOLAR (PAE) – AMERIQUE LATINE / CHILI.....</u>	<u>204</u>
<u>N°59 : PROGRAMA ALIMENTOS ESCOLARES (PROGRAMME DE REPAS SCOLAIRES) – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE</u>	<u>207</u>

N°60 : "NUTRITION IMPROVEMENT PROGRAM FOR RURAL COMPULSORY EDUCATION STUDENTS (NIPRCS)" OU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA NUTRITION POUR LES ELEVES DE L'ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE EN MILIEU RURAL – ASIE / CHINE.... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

N°60 : "NUTRITION IMPROVEMENT PROGRAM FOR RURAL COMPULSORY EDUCATION STUDENTS (NIPRCS)" OU PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA NUTRITION POUR LES ELEVES DE L'ENSEIGNEMENT OBLIGATOIRE EN MILIEU RURAL – ASIE / CHINE.....211

N°61 : PROGRAMME D'ALIMENTATION SCOLAIRE MID DAY MEAL SCHEME (MDMS) OU REPAS DE MIDI – ASIE / INDE214

N°62 : PROGRAMME MASA-SOINS AVANCES DU VIH/SIDA – AFRIQUE / BOTSWANA218

N°63 : NHIS (REGIME NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE) – AFRIQUE / GHANA..... ERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

N°64 : BASIC INVALIDITY PENSION AND CARER'S ALLOWANCE (ALLOCATION DE SOINS POUR LES BENEFICIAIRES D'UNE PENSION D'INVALIDITE DE BASE) – AFRIQUE / ILE-MAURICE224

N°65 : ASSURANCE MEDICALE DE BASE AMO-ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE – AFRIQUE / MAROC226

N°66 : PUBLIC SERVICE EMPLOYEE MEDICAL AID SCHEME (PSEMAS) / REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE POUR LES EMPLOYES DE LA FONCTION PUBLIQUE – AFRIQUE / NAMIBIE229

N°67 : COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE – AFRIQUE / RWANDA231

N°68 : LE SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE EN ARGENTINE : RECONSTRUIRE APRES LA CRISE – AMERIQUE LATINE / ARGENTINE.....234

N°69 : BOLSA FAMILIA (BOURSE FAMILIALE) – AMERIQUE LATINE / BRESIL239

N°70 : SUBSIDIO ÚNICO FAMILIAR – AMERIQUE LATINE / CHILI.....245

N°71 : SALUD EN TU CASA – AMERIQUE LATINE / MEXIQUE247

N°72: NEW RURAL COOPERATIVE MEDICAL SCHEME – ASIE / CHINE249

N°73 : PROGRAMME NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE (RASHTRIYA SWASTHYA BIMA YOJANA (RSBY) – ASIE / INDE.....251

ANNEXE 3 : LES FICHES DES PROGRAMMES DE PROTECTION SOCIALE AU SENEGAL....253

<u>N°1 : PROGRAMME NATIONAL DE BOURSE DE SECURITE FAMILIALE (PNSBF) – AFRIQUE / SENEGAL</u>	<u>253</u>
<u>N°2 : CARTE D'ÉGALITE DES CHANCES (CEC) – AFRIQUE / SENEGAL</u>	<u>255</u>
<u>N°3 : COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE – AFRIQUE / SENEGAL.....</u>	<u>47</u>
<u>N°4 : GRATUITE DE LA DIALYSE – AFRIQUE / SENEGAL.....</u>	<u>49</u>
<u>N°5 : GRATUITÉ DES SOINS DES ENFANTS DE 0 À 5 ANS – AFRIQUE / SENEGAL</u>	<u>51</u>
<u>N°6 : GRATUITÉ DE LA CÉSARIENNE – AFRIQUE / SENEGAL.....</u>	<u>53</u>
<u>N°7 : PLAN SÉSAME – AFRIQUE / SENEGAL.....</u>	<u>57</u>
<u>N°8 : 100 000 LOGEMENTS – AFRIQUE / SENEGAL.....</u>	<u>47</u>
<u>N°9 : CAISSE DE SECURITE SOCIALE – AFRIQUE / SENEGAL</u>	<u>47</u>
<u>N°10 : INSTITUT DE PREVOYANCE MALADIE (IPM) – AFRIQUE / SENEGAL</u>	<u>50</u>
<u>N°11 : L'INSTITUTION DE PRÉVOYANCE RETRAITE DU SÉNÉGAL (IPRES) – AFRIQUE / SENEGAL</u>	<u>52</u>
<u>N°12 : PROGRAMME D'AMELIORATION DE LA QUALITE, DE L'ÉTHIQUE ET DE LA TRANSPARENCE DU SECTEUR DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION (PAQUET-EF) – AFRIQUE / SENEGAL.....</u>	<u>47</u>