

Papiers de recherche

Autrices

Géraldine Duthé

Valérie Golaz

Jasmine L. Kahou Nzouyem

Cécile Lefèvre

Coordination

Serge Rabier

L'Afrique face au vieillissement annoncé de sa population

Quels enjeux pour les politiques publiques ?

Agence française de développement

Papiers de recherche

Les *Papiers de Recherche de l'AFD* ont pour but de diffuser rapidement les résultats de travaux en cours. Ils s'adressent principalement aux chercheurs, aux étudiants et au monde académique. Ils couvrent l'ensemble des sujets de travail de l'AFD : analyse économique, théorie économique, analyse des politiques publiques, sciences de l'ingénieur, sociologie, géographie et anthropologie. Une publication dans les *Papiers de Recherche de l'AFD* n'en exclut aucune autre.

Les opinions exprimées dans ce papier sont celles de son (ses) auteur(s) et ne reflètent pas nécessairement celles de l'AFD. Ce document est publié sous l'entière responsabilité de son (ses) auteur(s) ou des institutions partenaires.

Research Papers

AFD Research Papers are intended to rapidly disseminate findings of ongoing work and mainly target researchers, students and the wider academic community. They cover the full range of AFD work, including: economic analysis, economic theory, policy analysis, engineering sciences, sociology, geography and anthropology. *AFD Research Papers* and other publications are not mutually exclusive.

The opinions expressed in this paper are those of the author(s) and do not necessarily reflect the position of AFD. It is therefore published under the sole responsibility of its author(s) or its partner institutions.

L’Afrique face au vieillissement annoncé de sa population

Quels enjeux pour les politiques publiques ?

AUTRICES (ordre alphabétique)

Géraldine Duthé

Valérie Golaz

Institut national d’études démographiques (INED),
France

Jasmine L. Kahou Nzouyem

Université de Ngaoundere,
Cameroun

Cécile Lefèvre

Université Paris Cité,
France

COORDINATION

Serge Rabier

Agence française de développement (AFD)

Résumé

L’Afrique reste un continent jeune. Cependant les transitions démographiques engagées vont de pair avec un vieillissement annoncé voire, dans certains pays, déjà amorcé : l’augmentation en nombre, mais aussi bientôt en proportion, de la population âgée nécessite un ajustement considérable des politiques publiques. Sur le continent, une grande variété de situations coexiste. L’objectif de cette étude est de mettre en regard le développement actuel des systèmes de protection sociale et les dynamiques démographiques au sein des pays. La revue des sources académiques et institutionnelles, nationales et internationales relatives aux systèmes de retraite permet de montrer que l’Afrique affiche de très faibles taux de couverture sociale malgré les efforts déployés par les États. De plus, la quasi-totalité des régimes de protection sociale obligatoires existants sont contributifs dans un environnement où, selon l’Organisation internationale du travail (OIT, 2022b), près de 9 emplois sur 10 relèveraient du secteur informel. Ainsi, seulement 10 % de la population d’âge actif soit 6 % en Afrique subsaharienne et 20 % en Afrique du Nord cotisent à un système contributif d’assurance vieillesse. Les prestations de pensions de vieillesse sont présentes dans tous les régimes existants, mais à ce jour seulement, et toujours selon l’OIT, un tiers de la population des personnes âgées est couverte (par un système contributif ou non).

Les différences entre hommes et femmes et entre urbains et ruraux restent importantes. Si les femmes ont une espérance de vie plus grande, elles finissent le plus souvent leur vie dans des conditions de précarité et de vulnérabilité accrues. Seuls 25 % ont des droits effectifs à l’assurance-maladie. Le chemin vers une couverture sociale pour tous et toutes reste long au regard des réalités économiques actuelles. Il s’appuie déjà et devra s’appuyer sur des dispositifs de protection sociale innovants (couplage protection santé et vieillesse, complémentarité entre système contributif et non contributif, utilisation des TIC, prise en compte de l’emploi informel) et plus adaptés aux réalités de chaque pays.

Mots-clés

Vieillesse, Personnes âgées, Santé, Système de retraite, Protection sociale, Afrique

Remerciements

Ce rapport est le fruit d’un travail collectif dont Jasmine L. Kahou Nzouyem a été la cheville ouvrière durant son post-doctorat à l’INED de mai 2022 à mai 2023.

Classification JEL

I13, I31, I38, J11, J14, J18, J26

Version originale

Français

Acceptée

Avril 2024

Abstract

Africa remains a young continent. However, the demographic transitions underway go hand in hand with an announced ageing that, in some countries, has already begun: the increase in numbers, but also soon in proportions, of the older population requires a considerable adjustment for public policies. On the continent, a wide variety of situations coexist. The objective of this study is to provide a new perspective on the current development of social protection systems taking into account demographic dynamics at the country level. The review of academic and institutional, national and international sources on pension systems shows that Africa has very low rates of social coverage despite the efforts made by states. In addition, almost all of the existing mandatory social protection schemes are contributory in an environment where, according to the

International Labour Organization (ILO, 2022), nearly 9 out of 10 jobs are in the informal sector. Thus, only 10% of the working-age population or 6% in sub-Saharan Africa and 20% in North Africa contribute to a system of old age insurance. Old age pension benefits are present in all existing schemes, but to date only, and still according to the ILO, one third only of the older population is covered (by a contributory or non-contributory system). The differences between men and women and between urban and rural areas remain significant. If women have a longer life expectancy, they most often end their lives in more precarious and vulnerable conditions than men. Only 25% have effective rights to health insurance. The road to social security for all remains long in view of current economic realities. It already relies and will have to rely on innovative social protection schemes (health and old age protection coupling, complementarity between

contributory and non-contributory system, use of ICT, taking into account the informal sector) and more adapted to the realities of each country.

Keywords

Ageing, Elderly, Health Pension system, Social protection, Africa

Acknowledgements

This report is the result of a collective work of which Jasmine L. Kahou Nzouyem was the driving force during her post-doctoral fellowship at INED from May 2022 to May 2023

JEL Classification

I13, I31, I38, J11, J14, J18, J26

Original version

French

Accepted

April 2024

Introduction	4
1. Dynamique démographique et vieillissement : des situations régionales contrastées	7
1.1. Une croissance démographique forte, en particulier en Afrique de l'ouest et centrale	8
1.2. La baisse de la fécondité, premier moteur du vieillissement de la population	8
1.3. La hausse de l'espérance de vie	10
1.4. Un vieillissement de la population variable selon les régions	11
2. Les politiques publiques autour du vieillissement en Afrique	15
2.1. Panorama de la protection sociale en Afrique	15
2.2. Les systèmes de protection sociale des personnes âgées en Afrique	20
2.3. Les autres politiques spécifiques destinées aux personnes âgées	27
3. Au-delà et à côté des systèmes de retraites, quels soutiens aux personnes âgées ?	30
3.1. Préparer sa retraite : entre logique d'investissement et maintien en activité	30
3.2. Entre affaiblissement des solidarités familiales et émergence des actions associatives	30
4. Quelques éclairages pays	32
4.1. Afrique du sud	32
4.2. Cameroun	37
4.3. Cap-Vert	44
4.4. Kenya	49
4.5. Maroc	56
4.6. Sénégal	62
Conclusion	68
Bibliographie	70
Webographie	77
Annexe	78
Glossaire	79

Introduction

La transition démographique s'est généralisée à la quasi-totalité des pays du Sud dans la seconde moitié du 20^e siècle. Bien qu'encore relativement élevée en particulier en Afrique de l'ouest et centrale, la fécondité diminue ou commence à diminuer dans de nombreux pays africains. Cette baisse du nombre de naissances implique un vieillissement de la population, bien qu'encore timide, dans la mesure où la part de personnes âgées de 60 ans¹ et plus dans la population n'est encore que de 5,5% en moyenne sur le continent en 2022 – autour de 8-9% en Afrique du nord et en Afrique australe – et cette part est amenée à progresser autour de 8,5% en 2050 (Nations Unies 2022). La population des personnes âgées devrait augmenter dans le monde à un rythme soutenu de 3 % par an jusqu'en 2050. Dans les pays africains, la croissance des personnes âgées atteindra jusqu'à 7 % par an (Nations Unies 2022). Le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus devrait ainsi tripler en Afrique en trois décennies, passant de 78 millions en 2022 à 215 millions en 2050 (Nations Unies 2022).

En raison d'une espérance de vie des femmes généralement plus élevée que celle des hommes, les personnes âgées sont majoritairement des femmes.

Le vieillissement implique d'énormes défis auxquels le continent doit se préparer à faire face. Selon Bourdelais (2005:51), le vieillissement est avant tout « un problème de gestion des politiques sociales ». Le mode de fonctionnement des institutions et structures économiques et sociales doit évoluer pour qu'elles correspondent aux nouvelles composantes démographiques et aux nouveaux besoins de la population qui en découlent (Tabutin et Masquelier 2017). L'humanité est entrée dans l'ère de la mondialisation du vieillissement avec une divergence de situations entre le Nord et le Sud. Tandis que dans les pays du Nord, les populations ont vieilli au rythme du développement socioéconomique et sanitaire, le vieillissement rapide observé dans les pays du Sud, sans qu'il s'accompagne nécessairement d'un développement, est une situation nouvelle et à laquelle les États vont devoir faire face.

¹ Nous considérons ici le seuil de 60 ans pour identifier les personnes âgées. Bien que le concept de vieillesse soit relativement dépendant du contexte, ce seuil est

relativement standard et correspond à celui de l'âge de départ à la retraite dans la plupart des pays africains.

Pour l'heure, les jeunes de moins de 15 ans représentent en 2022 plus de 42 % de la population africaine contre 28 % dans le monde (WPP, 2022) et les politiques actuelles sont en majorité centrées sur les questions de santé reproductive, d'éducation et d'emplois des jeunes (Kahou Nzouyem, 2021). Il est très peu fait mention des personnes âgées dans les politiques publiques. Or la protection sociale ne couvre pas l'ensemble des travailleurs sur le continent, tant pour les travailleurs du secteur formel qu'informel. La couverture santé universelle demeure un mythe pour bon nombre de populations africaines.

Il existe cependant de grandes disparités à la fois de dynamique démographique mais aussi *a fortiori* en termes de politiques publiques entre les grandes régions du continent (Afrique du Nord, de l'Ouest, centrale, de l'Est, et australe) et entre les pays au sein de ces régions.

Ce document a pour objectif de rendre compte d'une situation émergente tant dans ses tendances générales que ses variations régionales et nationales. En premier lieu, ce rapport reprend en détail la démographie du continent africain, puis il présente les différents systèmes de protection sociale et de retraite qui existent, tout en s'intéressant aussi aux personnes âgées ne bénéficiant pas de système de protection. Nous basant sur les résultats d'estimations d'organisations internationales (encadré 1), nous distinguons les différentes régions d'Afrique et enfin, nous prenons appui sur des exemples de réalités nationales pour illustrer nos propos.

Dynamique démographique et vieillissement : des situations régionales contrastées

Encadré 1. Sources des données mobilisées

À partir des années 1950, la majorité des pays ont lancé des programmes de recensement décennaux et tous les pays d'Afrique ont effectué un recensement dans les années 1960-1970. Pour des raisons financières ou politiques, de nombreux pays n'ont pas respecté la périodicité recommandée et ont laissé s'écouler des périodes supérieures à dix ans entre deux recensements. Ainsi, plusieurs pays n'ont pas participé à la série de recensements des décennies suivantes. L'évolution de la qualité de l'état civil durant les dernières décennies est quant à elle assez contrastée. Si la couverture s'est améliorée dans certains pays (Afrique du Sud, Maurice), dans d'autres où les registres de naissances et de décès sont défectueux, les données collectées sont très incomplètes. De fait la statistique publique ne permet pas de suivre les tendances démographiques de manière régulière et complète. Les estimations et projections démographiques (population par groupe d'âge et sexe, niveaux de fécondité et de mortalité...) mobilisées dans ce rapport sont celles qui sont publiées et révisées régulièrement par la Division de la population du département économique et des affaires sociales des Nations unies et en particulier la révision de 2022 (World Population Prospects (WPP), voir Nations Unies 2022). Les projections sont basées sur différents scénarios mais le scénario moyen sur lequel nous nous appuyons dans ce rapport se base sur des tendances à la baisse du taux de fécondité et à la hausse de l'espérance de vie à la naissance².

Les données sur la protection sociale, la couverture des systèmes de retraite reposent sur l'utilisation secondaire des données mises à disposition par les organismes internationaux (Organisation internationale du travail (OIT), Association Internationale de Sécurité Sociale (AISS)) qui regroupent pour la même année des informations sur plusieurs pays. Les données des organismes nationaux (Caisse de prévoyance sociale...) sont utilisées lorsqu'elles sont disponibles. Des écarts pouvant exister entre données déclarées par les organismes nationaux et institutions internationales, il est important de bien prendre en compte les questions de définition et de champ pour les interpréter.

² <https://population.un.org/wpp/DefinitionOfProjectionScenarios>

Une croissance démographique forte, en particulier en Afrique de l'ouest et centrale

Sur le continent africain, la région subsaharienne demeure la région du monde où la croissance démographique est de loin la plus rapide : 2,2% en 2022 contre 1,6 % en Afrique du Nord. Cependant, l'Afrique australe connaît une croissance beaucoup plus lente (0,9 %) que les trois autres sous-régions subsahariennes où les rythmes annuels sont de l'ordre de 2,5 % et jusqu'à 3,0 % en Afrique centrale.

Le continent africain, qui compte 1,4 milliard d'habitants en 2022, devrait atteindre 3,9 milliards en 2100. Selon les projections, dans les prochaines décennies, il contribuerait à plus de la moitié de l'augmentation de la population mondiale, mais avec des variations régionales importantes. L'Afrique australe connaîtrait l'évolution la moins importante passant de 69 millions d'habitants en 2022 à 86 millions en 2050. La population de l'Afrique du Nord passerait d'un peu plus de 260 millions en 2022 à 374 millions en 2050. L'Afrique de l'Est passerait de 473 à 846 millions, l'Afrique centrale de 196 à 406 millions, et l'Afrique de l'Ouest de 429 à 773 millions. Dans cette sous-région, le Nigeria compterait pour plus de la moitié de la population (219 millions d'habitants en 2022). Il ferait ainsi partie des sept pays les plus peuplés du monde (Chine, Inde, États-Unis, Indonésie, Pakistan, Nigeria, Brésil) qui totalisent actuellement 4,1 milliards d'habitants, soit plus de la moitié de la population mondiale (8 milliards).

La baisse de la fécondité, premier moteur du vieillissement de la population

La croissance démographique africaine est fortement liée au niveau de fécondité encore relativement élevé par rapport à la moyenne mondiale. Or, le vieillissement de la population dépend en grande partie de la baisse de la fécondité puisque la réduction du nombre de naissances entraîne une diminution de la proportion d'enfants dans la population. C'est ce qu'on entend par « vieillissement par le bas de la pyramide des âges ».

La fécondité moyenne est encore relativement élevée en Afrique (4,2 enfants par femme en 2022) mais les niveaux de fécondité sont très différents selon les régions (tableau 1) : de 2,4 enfants par femme en moyenne au sud du continent, 3 au nord, 4 enfants par femme en Afrique de l'Est, 5 en Afrique de l'Ouest et encore 5,5 enfants par femme en Afrique centrale. Au sein des régions, il existe aussi des variations entre les pays même si les niveaux de fécondité sont relativement homogènes en Afrique du nord (carte 1). Par exemple, c'est en Afrique de l'Ouest que l'on trouve les niveaux les plus extrêmes : le Cap Vert enregistre dorénavant moins de 2 enfants par femme tandis que le Niger dépasse encore les 6 enfants par femme.

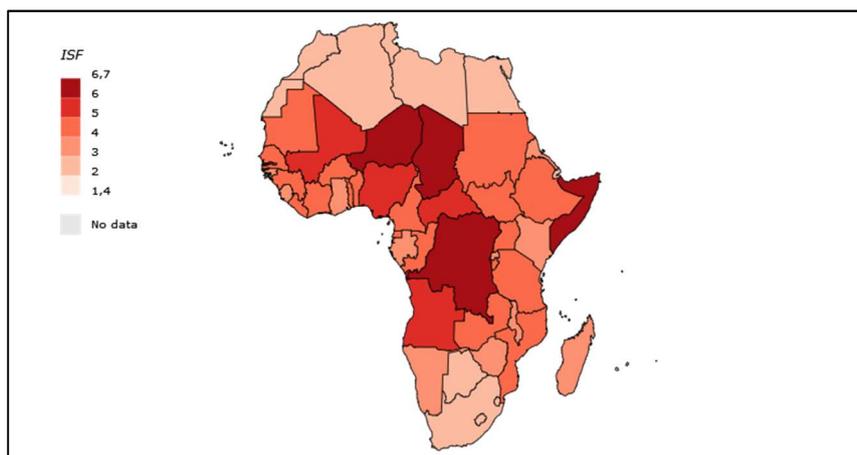
Toutefois, les Nations Unies estiment que la fécondité va diminuer pour atteindre moins de 3 enfants en moyenne en 2050. À cette période, seules l'Afrique de l'ouest et centrale devraient connaître des niveaux encore légèrement supérieurs à 3. Comme la proportion de personnes âgées restera faible dans un premier temps, une baisse soutenue de la fécondité devrait entraîner une augmentation de la proportion de la population en âge de travailler. Cette nouvelle répartition par âge offre une opportunité d'accélération de la croissance économique liée au poids limité d'une population non productive et à charge, qu'on appelle le dividende démographique.

Tableau 1. Fécondité moyenne des femmes en Afrique et par région en 2022 et 2050

Indice synthétique de fécondité (ISF)	Estimations 2022	Projections 2050
Afrique	4,2	2,9
Afrique de l'Est	4,1	2,7
Afrique centrale	5,5	3,5
Afrique du Nord	3,0	2,3
Afrique Australe	2,4	2,0
Afrique de l'Ouest	4,9	3,1

Source : Nations Unies, 2022 (WPP).

Carte 1. Indicateur synthétique de fécondité en Afrique en 2022



Source : Nations Unies, 2022 (WPP ; carte produite par les auteures à l'aide de Magrit).

La hausse de l'espérance de vie

Le vieillissement dépend aussi, dans un second temps³, de l'augmentation de l'espérance de vie. L'augmentation de l'âge au décès entraîne une augmentation du nombre de personnes âgées. C'est ce qu'on appelle le vieillissement par « le haut de la pyramide des âges ». L'espérance de vie à la naissance, estimée à 62 ans pour le continent en 2022, reste inférieure de 10 ans à la moyenne mondiale. Ce faible niveau est en grande partie dû à une mortalité aux jeunes âges encore élevée, surtout au sud du Sahara, en raison de la persistance des maladies transmissibles, des mauvaises conditions d'accouchement et des problèmes nutritionnels du fait des contextes économiques, politiques et sécuritaires difficiles pour de nombreux pays de la région. Toutefois, la population africaine a connu une augmentation forte de l'espérance de vie à la naissance dans les dernières décennies puisque celle-ci n'était qu'à peine de 50 ans en 1990 et elle devrait continuer à progresser pour atteindre près de 70 ans en 2050 (Tableau 2). Dans les prochaines décennies, les progrès sanitaires dépendront aussi de plus en plus des progrès en matière de lutte contre la mortalité des adultes, et notamment des maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, diabète, cancers...) dont on sait qu'elles tuent prématurément dans de nombreux pays du monde et dont la lutte est désormais inscrite dans l'agenda du développement international avec une cible spécifique dans les objectifs de développement durable (ODD) définis par les Nations Unies en 2015.

Tableau 2. Espérance de vie à la naissance (E0) en Afrique et par région en 2022 et 2050

E0, en années	Estimations 2022			Projections 2050		
	Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble	Femmes	Hommes
Afrique	62	64	60	68	71	66
Afrique de l'Est	63	66	61	70	73	67
Afrique centrale	60	62	58	65	68	63
Afrique du Nord	71	74	69	77	79	74
Afrique Australe	61	64	58	69	73	66
Afrique de l'Ouest	57	58	56	64	65	62

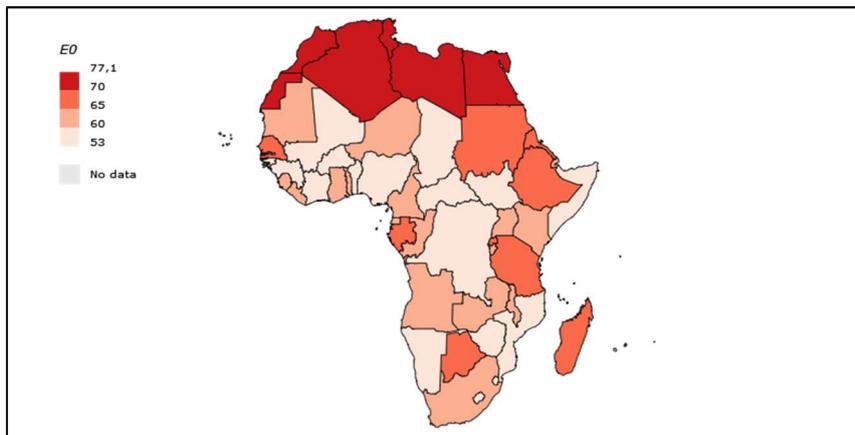
Source : Nations Unies, 2022 (WPP).

Il existe d'importantes variations au sein du continent avec plus de 14 ans d'écart entre l'espérance de vie en Afrique du Nord (71 ans), et celle estimée en Afrique de l'Ouest (57 ans). Au

³ Lorsque la mortalité est encore élevée, l'augmentation de l'espérance de vie est surtout liée à la réduction de la mortalité infanto-juvénile, un phénomène qui contribue dans un premier temps à rajeunir la population étant donné que plus d'enfants survivent.

niveau national, les variations sont encore plus marquées avec 24 ans d'écart entre l'espérance de vie estimée au Tchad (53 ans) et celle estimée en Algérie (77 ans) (Carte 2). En dehors de l'Afrique du Nord qui se distingue nettement, les différences restent importantes y compris au sein des sous-régions. Par exemple, en Afrique de l'Ouest, le Sénégal, est proche d'atteindre les 70 ans d'espérance de vie (68 ans). Outre le Tchad, trois pays ont une espérance de vie encore en dessous de 55 ans : la République Centrafricaine, le Lesotho et le Nigeria.

Carte 2. Espérance de vie à la naissance (E0, en années) en Afrique en 2022



Source : Nations Unies 2022 (WPP ; carte produite par les auteures à l'aide de Magrit).

Un vieillissement de la population variable selon les régions

Avec un âge médian de 19 ans en 2022, l'Afrique est le continent le plus jeune de la planète. Là encore, il existe des variations importantes selon les régions : en Afrique centrale, la moitié de la population a encore moins de 16 ans, tandis que l'âge médian atteint près de 27 ans en Afrique australe. Les personnes âgées de 60 ans et plus ne représentent encore qu'une proportion minoritaire de la population africaine (5,5%) mais les régions du nord et du sud du continent ont des proportions de plus de 8% tandis que pour l'Afrique de l'Ouest, centrale et de l'Est, la part de personnes âgées de 60 ans et plus est toujours en deçà de 5% (Tableau 3). En 2050, ces proportions devraient progresser, de 6% en Afrique centrale mais jusqu'à 16% en Afrique du Nord et australe.

Tableau 3. Distribution des personnes âgées de 60 ans et plus en Afrique en 2022 et 2050

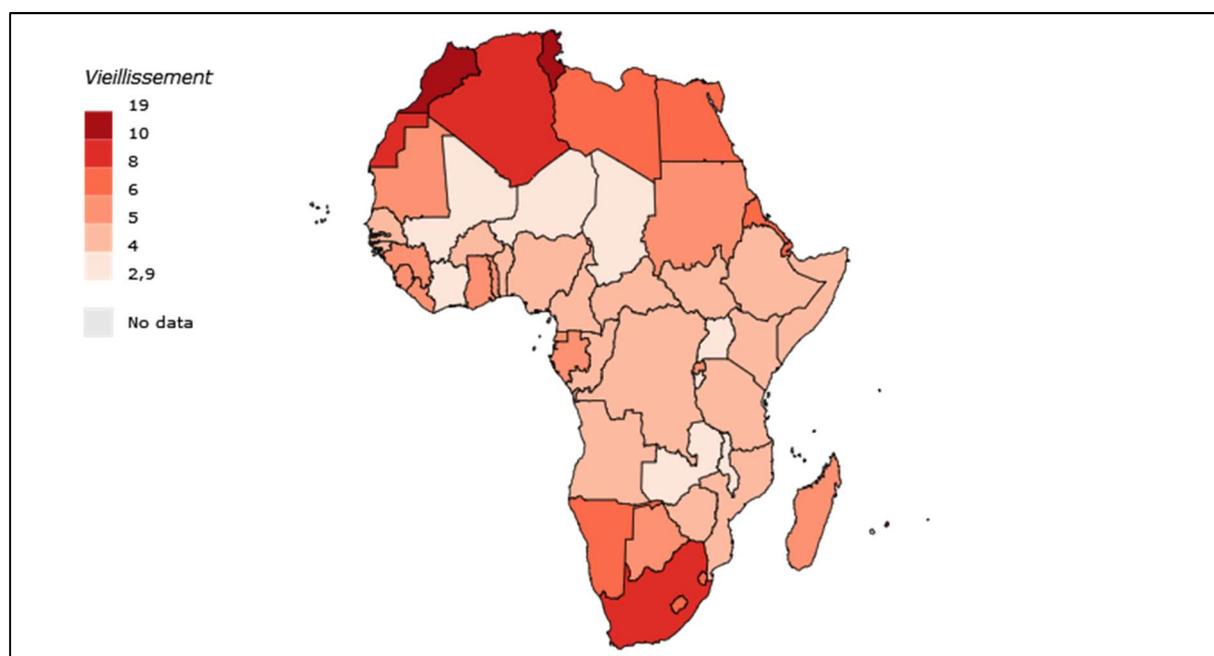
	Nombre de personnes âgées de 60 ans et plus (millions)		Proportion de personnes âgées dans la population totale (%)		Part des femmes parmi les 60 ans et plus (%)	
	2022	2050	2022	2050	2022	2050
Afrique	78	215	5,5	8,7	55,0	54,0
Afrique de l'Est	21	65	4,5	7,7	55,9	55,5
Afrique centrale	9	24	4,4	5,8	54,3	53,8
Afrique du Nord	22	59	8,5	15,8	53,8	53,3
Afrique australe	6	14	8,4	15,9	64,4	57,3
Afrique de l'Ouest	20	53	4,7	6,9	53,2	52,4

Source : Nations Unies, 2022 (WPP).

En dehors des îles spécifiques comme Sainte Hélène, Maurice, la Réunion ou les Seychelles qui sont des contextes spécifiques avec une population relativement âgée, la Tunisie est le pays du continent le plus âgé (14%), suivie de près par le Maroc et l'Algérie, puis par le Cap-Vert (9%) (Carte 3). Le pays sub-saharien où l'on dénombre en proportion le plus de personnes âgées est l'Afrique du sud (près de 9%). Beaucoup de pays se situent autour de 5% mais pour quelques pays, cette part est encore plus faible, notamment en Ouganda où moins de 3% de la population a 60 ans et plus⁴.

⁴ Dans ce pays, la structure par âge de la population a été fortement perturbée par la guerre civile et l'épidémie de sida.

Carte 3. Taux de vieillissement (part de population ayant 60 ans et plus, en %) en Afrique en 2022



Source : Nations Unies, 2022 (WPP ; carte produite par les auteures à l'aide de Magrit).

Par ailleurs, les femmes sont en proportion plus nombreuses que les hommes à avoir 60 ans et plus (Tableau 3 : 55 % en 2022). Les femmes ont en effet une espérance de vie plus élevée que les hommes, 4 ans d'écart au niveau du continent (tableau 2). Elles atteignent plus souvent des âges avancés⁵, et du fait d'un écart d'âge au mariage important, elles se retrouvent souvent avec des époux plus âgés et dépendants. La situation matrimoniale joue un rôle protecteur sur la situation socioéconomique des individus mais les femmes âgées sont plus susceptibles de finir leur vie sans conjoint que les hommes, les rendant plus vulnérables socio économiquement que les hommes. La part plus élevée de femmes parmi les 60 ans et plus en Afrique australe (64%) s'explique par l'épidémie de VIH et du fait d'une mortalité plus élevée chez les hommes ayant le VIH.

Au niveau infranational, les personnes âgées sont inégalement réparties entre le milieu rural et le milieu urbain qui connaît une croissance démographique plus rapide. En effet, entre 1990 et 2020, la population urbaine serait passée de 136 à 459 millions, elle a donc plus que triplé (Tabutin et Schoumaker, 2021)⁶. Les jeunes actifs s'installent dans les villes qui offrent de

⁵ Même si la période de la vie reproductive peut diminuer ces écarts à cause d'une mortalité maternelle encore relativement élevée en Afrique, la mortalité des femmes est généralement plus faible que celle des hommes à tous les âges de la vie.

⁶ En 2022, l'Afrique australe est la sous-région la plus urbanisée (64,6%) tandis que l'Afrique de l'Est connaît le taux d'urbanisation le plus bas (29%), les régions d'Afrique de l'Ouest, centrale et du nord sont caractérisées par un taux d'urbanisation autour de 50%.

meilleures perspectives économiques et l'espoir d'un meilleur niveau de vie. En outre, on observe aussi des « migrations de retour » des personnes ayant migré vers les villes et qui reviennent vivre en campagne pour leur retraite (Kahou Nzouyem, 2021). En 2015, la part des personnes âgées était un peu plus importante en milieu rural (6%) qu'en milieu urbain (5%). L'Afrique centrale est la région où l'écart entre le milieu rural (6%) et urbain (2,6%) est le plus grand (Figure 1). En Afrique du Nord, il n'y a pas de différence. Les différences de mortalité pourraient contrebalancer l'effet des migrations. En effet, outre les effets de sélection (les migrants sont en meilleure santé que les autres), les urbains auraient de meilleures conditions de vie et un meilleur accès aux soins. Ainsi au Maroc, une étude portant sur 2009-2010 a montré que les hommes vivaient en moyenne 4 ans de plus en ville qu'à la campagne (Sajoux et Macia, 2017). Cependant, les études sur la mortalité des personnes âgées sont rares au sud du Sahara, ne permettant pas de confirmer si cette tendance est générale. Une étude a même mis en évidence une pénalité urbaine pour les adultes (Menashe Oren et Stecklov 2018). Qui plus est, toutes ces études datent d'avant la pandémie du Covid 19.

Figure 1. Part de personnes âgées (%) dans la population selon le milieu de résidence et la région du continent



Source : Nations Unies, 2015.

Dans une publication datant de 1990, Kouamé (1990) insistait déjà sur les difficultés qu'auront les États africains à répondre aux besoins de leur population vieillissante. Dans la mesure où les personnes âgées sont toujours très insuffisamment prises en compte dans les politiques mises en œuvre, elles sont dorénavant identifiées comme une population vulnérable et font l'objet d'une attention dans l'agenda du développement international.

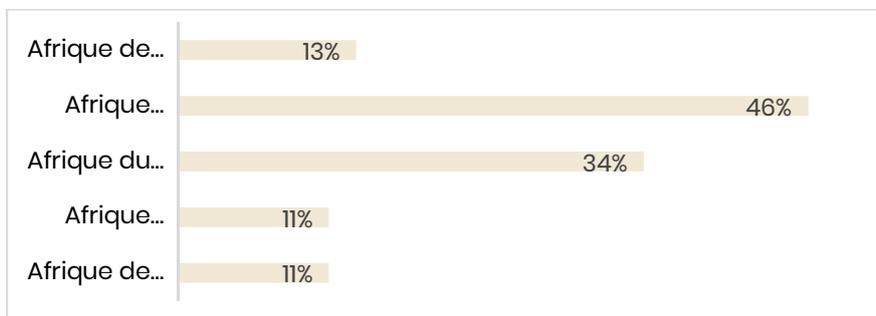
Les politiques publiques autour du vieillissement en Afrique

Panorama de la protection sociale en Afrique

La couverture

Malgré les efforts déployés, l'Afrique est le continent qui affiche le plus faible taux de couverture sociale dans le monde. Selon l'OIT, la proportion de la population totale couverte par au moins une prestation sociale en espèces, de protection sociale (hors santé), en 2020, était de 17,4%. Cependant, il existe une forte disparité selon les régions : 46 % en Afrique australe, 34 % en Afrique du Nord et moins de 15% dans les autres régions (OIT, 2021a) (Figure 2). La fragilité des systèmes s'est révélée pendant la pandémie de COVID-19 qui a impacté un grand nombre de personnes non prises en charge (Gentilini et al. 2020).

Figure 2. Part de la population totale couverte par au moins une prestation de protection sociale en 2020 (en espèces, hors santé) par région du continent



Source : OIT (2021a).

Sans surprise, les pays ayant un indice de développement humain relativement élevé sont aussi ceux qui ont le plus investi dans la protection sociale : Maurice, Seychelles, Algérie, Égypte, Tunisie, Libye, Afrique du Sud, Gabon, Botswana, Maroc. Au sud du Sahara, l'Afrique du Sud est le pays où la part de l'investissement dans la protection sociale est la plus élevée soit 3,5 % du PIB et plus de 10 % du budget public (OIT, 2021a).

Le financement

La soutenabilité financière d'un système de protection sociale et les choix faits concernant son développement dépendent de cinq facteurs : la capacité économique du pays, le marché du travail, la structure démographique, la gouvernance du système de protection sociale, et les intérêts politiques du gouvernement en place. Lorsqu'un pays enregistre un fort taux de croissance économique, les recettes fiscales augmentent et peuvent être allouées au financement de la protection sociale. De plus, une population active plus importante a une capacité plus grande en matière de travail et donc de contribution au financement de la protection sociale (Barrientos et Hulme 2009 ; Attanasio et al., 2010). Le marché du travail, l'accessibilité de l'emploi et son caractère formel ou non définissent la participation au programme de protection sociale, à la fois des cotisant.es et des bénéficiaires, tout comme les montants des cotisations et des allocations. La situation démographique affecte quant à elle le nombre de personnes actives sur le marché du travail et donc le nombre des contribuables, ainsi que le nombre des bénéficiaires des programmes de protection sociale. Une bonne gouvernance de la protection sociale est nécessaire afin que les cotisations ne se perdent pas avant d'être reversées aux bénéficiaires, et les intérêts politiques impactent fortement les arbitrages et la répartition des ressources au sein du budget de l'État, en favorisant ou non la protection sociale.

Les difficultés de financement sont évidemment l'une des principales causes de la faible proportion de personnes couvertes en Afrique.

Malgré une baisse de son poids dans l'économie nationale dans les dernières décennies, le secteur informel reste prépondérant en Afrique (Ohnsorge & Yu, 2022). En effet, plus de 80% de l'emploi relève du secteur informel (OIT, 2022b). Un emploi informel est caractérisé par l'absence de contrat de travail, l'absence de déclaration fiscale et de cotisations sociales. Les institutions africaines de sécurité sociale sont donc amenées à développer des politiques tournées vers les populations ayant des emplois informels. Certains pays à l'exemple du Togo proposent une assurance sociale volontaire pour les populations ayant un emploi non déclaré. Ce mécanisme permet aux employés informels de pouvoir cotiser pour bénéficier d'une pension de retraite.

Encadré 2. Le régime des pensions vieillesse au Togo

Conditions

Ouvre droit à pension de vieillesse, l'assuré qui :

- a atteint l'âge de 60 ans (55 ans en cas d'usure prématurée de l'organisme),
- a cotisé pendant au moins 15 ans (180 mois).

Un départ à la retraite anticipée volontaire est possible à partir de 55 ans sans cause d'usure prématurée de l'organisme, il sera alors appliqué un abattement de 5 % par année d'anticipation.

Une allocation de vieillesse est versée en une seule fois à l'assuré qui :

- a accompli au moins 12 mois d'assurance et moins de 180 mois,
- a atteint l'âge de 60 ans,
- cesse toute activité professionnelle.

Les travailleurs non-salariés et les assurés volontaires ne sont pas autorisés à majorer de plus de 5 % leurs revenus moyens des 5 dernières années d'assurance.

Le cumul d'une pension et d'un revenu professionnel n'est pas possible. En cas de reprise d'activité, le service de la pension est suspendu et des cotisations sont retenues sur les revenus perçus. Le versement de la pension reprend à l'arrêt de l'activité rémunérée.

Montant

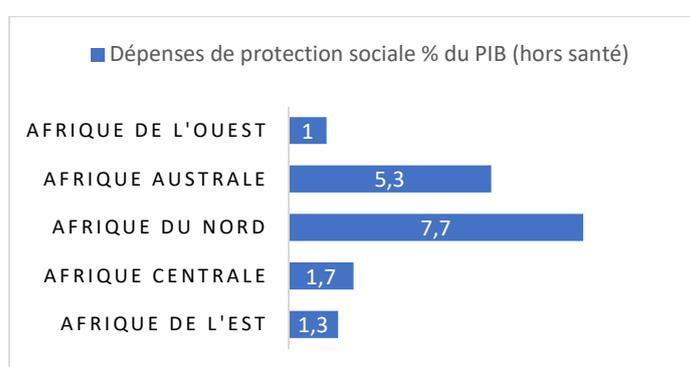
Le montant de la pension de vieillesse est égal à 20 % du revenu moyen non plafonné perçu au cours des 5 dernières années, plus 1,33 % du revenu pour chaque période de 12 mois de cotisations accomplies au-delà de 180 mois.

Elle ne peut être inférieure à 60 % du salaire minimum légal (52 500 FCFA) ni supérieure à 80 % du revenu moyen mensuel de l'assuré pendant les 5 dernières années d'assurance.

L'allocation de vieillesse est égale à un mois de revenu par année d'assurance au cours des 5 dernières années.

Toujours est-il que les organismes de protection sociale souffrent d'un manque de moyens non seulement pour assurer leur fonctionnement, mais également pour payer les prestations des assurés et ce, de façon régulière. La faible protection sociale résulte aussi du manque d'investissement par les États dans ce secteur, en témoignent les faibles proportions des dépenses pour la protection sociale (hors dépenses de santé) dans le PIB en Afrique centrale, de l'Est et de l'Ouest par rapport à l'Afrique du Nord (7,7 %) et l'Afrique australe (5,3 %) (Figure 3).

Figure 3. Dépenses de protection sociale (hors dépenses de santé) en pourcentage du PIB, par région en 2020



Source : OIT 2021a.

L'assurance maladie

Dans un contexte de faible développement économique, la difficulté pour les États est de définir les priorités en matière de protection sociale. Toutes les branches de la population (enfants, actifs, et personnes âgées) font face à différentes formes de vulnérabilités économiques et sanitaires. La couverture maladie est en l'état actuel la priorité des États, dans la mesure où les besoins sont ressentis dans toutes les tranches de la population. Les dépenses publiques de santé sont encore très limitées et représentaient en 2018 2,4 % du PIB en Afrique du nord et 1,8 % en Afrique subsaharienne (OIT, 2022b).

Les systèmes de santé restent globalement insuffisants pour répondre aux besoins de la population, en témoignent des niveaux de mortalité élevés par rapport aux autres régions du monde. D'après l'organisation mondiale de la santé (OMS), les pays en développement devraient accorder 15 % de leur budget annuel au ministère de la Santé mais très peu d'états atteignent cet objectif (OIT, 2022b). L'insuffisance des dépenses publiques contraint très souvent la population à payer ses soins elle-même.

Une autre grande difficulté réside dans l'accès aux soins, notamment en milieu rural et quelques pays développent des stratégies pour améliorer cet accès pour les personnes les plus isolées. Au Burundi par exemple, la Mutuelle de la fonction publique développe un réseau de pharmacies conventionnées dans les zones périphériques afin d'assurer un service au-delà des zones à forte densité de population. Au Maroc, la mutuelle des fonctionnaires finance avec ses partenaires un service de bus hôpitaux itinérants pour assurer une prestation de chirurgie ophtalmologique, notamment contre la cataracte dégénérative, aux populations vieillissantes les plus éloignées des centres urbains, bien que ces actions soient orientées vers les assurés du secteur public.

L'amélioration des offres de soins de santé sur le continent passe par un ensemble de mesures qui permettront des soins de qualité moins coûteux et disponibles mais, force est de constater qu'elles relèvent le plus souvent d'une initiative privée, caritative, et limitée sur un plan géographique. Leur déploiement plus large en Afrique dépend de moyens politiques et institutionnels qui restent encore à mobiliser (Lloyd-Sherlock, 2019).

L'augmentation des budgets alloués à la santé devrait permettre une viabilité des systèmes de santé en Afrique. L'extension des acteurs du système de santé passe notamment par l'implication du secteur privé dans le financement du système de santé à l'exemple du Gabon où les opérateurs de téléphonie payent une taxe de 10 % de leur chiffre d'affaires hors impôt et 1,5 % sur les transferts étrangers. Au Rwanda, la mise en œuvre de la couverture santé repose sur les différentes provinces : les dépenses sont établies selon les besoins locaux, il existe de fait une autonomie financière des structures de santé. L'état adopte des lois et exerce un contrôle réglementaire (Chemouni, 2021). Ce système a permis d'atteindre en 2011, 96% de taux de couverture de la population aux différents régimes d'assurance-maladie avec une majorité (91%) des bénéficiaires appartenant aux régimes d'assurance-maladie communautaire ou provinciale (OIT, 2021a). Le système semble plutôt bien fonctionner contrairement aux autres pays où le système est centralisé.

Une autre grande orientation prise par certains pays est le développement d'une couverture maladie universelle de base. Les ressources fiscales et les ressources issues de cotisations sont ainsi mobilisées pour le financement de politiques de couverture santé universelle. Au Ghana, ce régime d'assurance santé national financé à 70% par des impôts indirects (une taxe de 2.5% sur certains biens et services) et 20 à 25 % par les cotisations des travailleurs de l'économie formelle (AISS, 2021b).

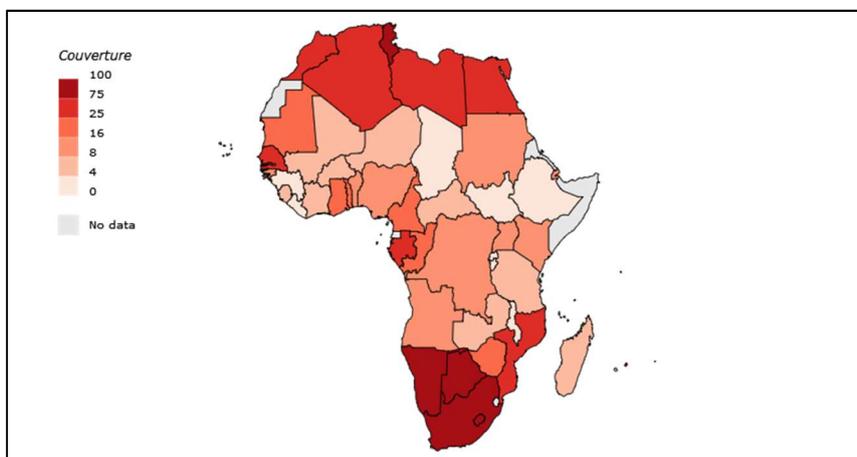
Les systèmes de protection sociale des personnes âgées en Afrique

Une couverture globalement faible mais quelques pays se distinguent

Ainsi, si les prestations de pensions de vieillesse existent dans les systèmes de protection sociale existants, la proportion des personnes cotisant au régime de retraite reste faible : selon l'OIT (2021a), 10 % de la population d'âge actif. Elle est toutefois plus élevée en Afrique du Nord (20 %) par rapport au sud du Sahara (6 %).

En 2020, moins de 3 personnes âgées sur 10 (27%) percevraient une pension en Afrique contre près de la moitié (47 %) dans la région Asie-Pacifique (OIT 2021a ; AISS 2021a). On observe d'importantes variations régionales puisqu'en Afrique du Nord, la proportion est de près de 4 sur 10 (37%) tandis qu'elle est moins de 20% au sud du Sahara. Au niveau national, on ne dénombre qu'un petit nombre de pays dans lesquels plus de trois quarts de la population âgée reçoit une pension retraite (Carte 4) : l'Afrique du Sud, le Botswana, le Cap-Vert, l'Eswatini, le Lesotho, Maurice, la Namibie, la République Unie de Tanzanie et les Seychelles. Toutefois, les données disponibles sont limitées, certaines estimations nationales datant des années 2000.

**Carte 4. Couverture des pensions de retraite
(part de personnes ayant l'âge de la retraite et plus touchant une pension, en %) en Afrique**



Source : OIT, 2021a (dernières données disponibles sur la période 2006-2022 sur le site ilo.org).

Des systèmes de retraite contributifs inadaptés pour de nombreux pays subsahariens

En 2020, 90 % des 345 régimes de protection sociale obligatoires existants sont basés sur un régime contributif bismarckien c'est-à-dire qu'ils reposent sur la cotisation des employés et des employeurs (voir encadré 3) (OIT, 2021a). Les prestations sont liées à l'effort contributif réalisé dans le passé. Les systèmes de retraite ne couvrent donc qu'une partie de la population,

en premier lieu les employés de la fonction publique et les salariés déclarés des grandes entreprises. Pour le secteur privé, les régimes ne sont pas toujours obligatoires, et surtout, ce type de régime écarte les personnes travaillant dans le secteur informel.

Encadré 3. Deux modèles de système de protection sociale

Le fonctionnement et le financement des systèmes de protection sociale sont structurés autour de deux modèles :

Le modèle bismarckien à logique contributive : Ce modèle renvoie à des modes de prise en charge privilégiant la logique contributive. La protection sociale est fondée uniquement sur le travail et sur la capacité des individus à s'ouvrir des droits grâce à leur activité professionnelle. Elle repose sur une participation financière des employés et des employeurs sous la forme de cotisations sociales. Ce modèle est dominant en Europe (notamment pour la retraite). Il a inspiré les régimes de protection sociale des fonctionnaires et salariés de grandes entreprises dans les pays ex-colonisés mais son développement repose sur une société où le salariat et l'emploi formel et déclaré sont très importants.

Le modèle beveridgien à logique non contributive : Les prestations sont versées aux individus qui en ont besoin. Ce modèle est tourné vers l'universalité de la protection sociale. Les politiques de couverture maladie universelle ou de pensions universelles reposent sur ce modèle. Leur financement doit être garanti par l'impôt et une volonté politique pérenne.

Comme vu précédemment, l'Afrique du Nord se démarque du reste du continent par un vieillissement plus avancé et pour les pays du Maghreb une couverture sociale un peu plus élevée que sur le reste du continent. Le premier système de retraite au Maghreb date de 1853 au profit des fonctionnaires français en poste dans la région. Le système s'élargira par la suite aux fonctionnaires locaux, puis en 1945, au secteur privé mais pas de manière obligatoire (Dupuis et al., 2011 ; Delpy, 2022). Depuis, les systèmes de retraite sont devenus pour la plupart obligatoires- pour les salariés du secteur privé et ont été étendus au secteur agricole.

Les durées de cotisation requises pour être bénéficiaire et obtenir une pension à taux plein en 2008 variaient d'un pays à l'autre du Maghreb. Dans les années 2000, elles allaient de 28-30 ans au Maroc et en Tunisie dans les régimes privés à 40 ans dans les régimes publics (Dupuis et al., 2010) et au moins 15 ans dans le régime algérien (El Moudden et Hammouda, 2018). Bien que la protection sociale soit plus développée au Maghreb qu'ailleurs en Afrique (Eyinga Dimi, 2014), les systèmes mis en place ont aussi leurs limites.

D'une part, selon les régimes et l'indexation retenue, la pension peut ne pas être revalorisée, ou peut l'être de manière plus ou moins importante, ce qui génère des inégalités fortes entre anciens et nouveaux retraités (Dupuis et al. 2010). Cette revalorisation dépend du secteur d'activité, et était plus avantageuse dans le secteur public. Ainsi, les retraites des titulaires de la fonction publique étaient bien plus élevées que celles du privé au Maroc (Amar et Sajoux, 2018). D'autre part, les femmes et les hommes non-salariés au Maroc n'étaient pas obligés de s'affilier. Ceci contribue à de fortes inégalités au sein de la population et en particulier entre les femmes et les hommes (Sajoux et al., 2015a, Sajoux et Macia 2017). Les femmes sont en effet peu nombreuses à être bénéficiaires : moins souvent actives, plus souvent précaires et à avoir travaillé dans le secteur informel. En tant qu'épouses, elles ont droit à une pension de réversion, sous condition. Au Maroc, au décès de l'affilié, l'épouse reçoit 50 % des droits de pension du défunt (la pension est divisée à part égale en cas de coépouses). Les épouses ayant moins de deux ans de mariage n'ont pas droit à cette pension à défaut d'avoir eu au moins un enfant avec le défunt (Sajoux et al., 2019). Enfin, étant donné la dynamique démographique mais aussi les difficultés économiques actuelles de la région, le nombre d'actifs cotisants reste relativement faible au regard du poids de l'économie informelle (AISS, 2021a ; OIT, 2022b), ce qui interroge sur la viabilité de ces systèmes.

Au-delà de l'Afrique du Nord, le système contributif reste également le plus répandu au sud du Sahara en particulier en Afrique francophone (Briaud, 2018). Son versement est souvent conditionné par trois critères : un seuil d'âge (qui a été relevé presque partout à 60 ans), de durée de service (une durée minimale de dix années est généralement requise) et le fait que l'assuré soit à jour de ses cotisations (Gbongue, 2017).

Ces systèmes sont souvent critiqués. Le montant mensuel reçu au titre de la pension de retraite ne permet pas en général de subvenir aux besoins de la personne âgée (Dupuis et al. 2010) et des membres de sa famille dans un contexte où la retraite est une source de revenu souvent mutualisée (Kahou Nzouyem, 2021). En outre, dans certains pays, les lenteurs administratives ne permettent pas aux personnes arrivant à la retraite de percevoir rapidement leur pension de retraite tant dans le secteur public que privé (Kahou Nzouyem, 2021). Ainsi, au Cameroun, de nombreux fonctionnaires retraités sont en effet confrontés à d'énormes difficultés pour entrer en possession de leur pension. Ces systèmes génèrent de fortes inégalités entre les salariés d'autant que les conditions d'éligibilité découragent les salariés précaires de cotiser pour des droits qu'ils n'obtiendront peut-être pas. Mais surtout ce système reste très discriminant dans la mesure où il ne prend en compte qu'une infime partie de la population : les fonctionnaires et certains agents du secteur privé affilié mais aucunement les employés de secteur informel qui constituent la grande majorité des actifs. De fait, la plupart des femmes sont mises à l'écart du système. Au Sénégal par exemple, les hommes représentaient plus de 90 % des retraités du

Fonds national de retraites (Ndiaye et Diabaté, 2012). Dans ce contexte, il semble difficile, voire impossible, pour ces pays d'atteindre la barre de couverture de 40 % fixée par l'OIT à l'horizon 2025 (OIT, 2022b).

Le difficile financement des systèmes de retraite

Les pensions de retraite sont financées par les cotisations des travailleurs du moment. Les systèmes avaient été calibrés pour recevoir plus de cotisations, pour moins de prestations payées. L'hypothèse de départ de cette politique sociale était que l'économie créerait beaucoup plus d'emplois salariés et donc qu'on assisterait à une plus large mobilisation de fonds. Or après les indépendances, différentes crises des matières premières et en particulier la crise caféière a touché plusieurs pays de l'Afrique centrale et de l'Ouest, réduisant les sources de revenus pour les États et leurs habitants. Par la suite, les programmes d'ajustement structurel ont souvent imposé comme condition la réduction du nombre de fonctionnaires et de salariés du public, affaiblissant fortement ainsi la base du système de retraite basé sur l'assiette des cotisations des actifs de la fonction publique. Le chômage endémique est également une cause de la faiblesse de financement de ces régimes. La plupart des pays africains connaissent en particulier un taux de chômage important des jeunes diplômés, ceux-là mêmes qui pourraient contribuer notablement au financement de la protection sociale s'ils avaient un emploi et dont on pourrait penser qu'ils seraient mieux rémunérés que la moyenne.

L'instabilité politique et sécuritaire dans certains pays africains (pays du Sahel, Congo...) impacte aussi le développement économique et le bon fonctionnement des institutions. Il est de ce fait difficile pour ces pays de mettre sur pied une stratégie de protection des personnes âgées, alors que d'autres priorités s'imposent en matière de santé primaire, d'emploi des jeunes et plus largement des services publics (maintien de l'ordre, justice, environnement...).

Les orientations en cours : dépasser l'obstacle de l'informel, viser l'universalité, mobiliser les technologies de l'information et de la communication

Deux orientations d'évolution des systèmes de protection sociale se dessinent donc, et peuvent d'ailleurs se combiner (OIT 2022, p. 187) : certains pays choisissent de développer des dispositifs dits universels et non contributifs, afin d'améliorer le taux de couverture de la population (couverture maladie universelle, pension universelle), d'autres mettent l'accent sur des incitations à inclure les travailleurs du secteur informel et les indépendants dans le système contributif, en leur proposant des modalités particulières de cotisation.

Ainsi, en 2014, le Cameroun a mis sur pied un régime de contributions volontaires pour les acteurs du système informel. Cependant ce système est très peu connu de ces derniers et le niveau d'adhésion reste très faible (Eyinga, 2014, Kahou Nzouyem, 2021).

Pour améliorer la couverture, une autre stratégie est donc de mettre en place un système de pensions non-contributives (voir encadré 2), parfois en plus d'un système contributif (Golaz et al. 2012). Des politiques d'expansion des systèmes de protection sociale sont de plus en plus visibles sur le continent. Les pays comme l'Afrique du Sud, le Botswana, le Cap-Vert (Lefèvre, 2018a, 2018b), Eswatini, le Kenya, le Lesotho, Maurice, la Namibie, les Seychelles et la Tanzanie se sont ainsi dotés de programmes de pensions universelles en combinant les programmes contributifs et non-contributifs (OIT, 2021a).

En Afrique du Sud, un des pays pionniers en matière de pension dite « universelle » (Scodellaro, 2010), les personnes âgées de 60 ans et plus reçoivent une aide ou « Old Age Grant » qui en 2021 est « d'un montant de 1500 rands (112 USD) pour les 60-75 ans et de 1520 rands (114 USD) pour les plus de 75 ans. Elle est versée à quelque 3 millions de bénéficiaires, la couverture atteignant cent pour cent dans certaines parties du pays » (OIT 2021, p.187). L'aide est conditionnée aux ressources (revenu et patrimoine) et dépend de la situation matrimoniale (Barrientos, 2008 ; Reysz, 2018 ; AISS, 2021a). Ce type de prestation a été mis en place dans plusieurs pays de la région Afrique australe comme au Botswana, au Lesotho et en Namibie où ces programmes sont financés par les ressources fiscales de ces pays (Fall, 2017).

Cependant, ces programmes universels se limitent souvent à un minimum social pour la personne âgée et ne protègent donc totalement des difficultés financières et/ou sanitaires. Par exemple, au Kenya, depuis 2018, les personnes âgées de plus de 70 ans ont droit à une pension mensuelle de 20 USD par mois, soit environ un quart du revenu minimum (OIT, 2021a).

Certains pays ont mis sur pied des programmes appelés « filets sociaux » pour compléter le système de sécurité sociale contributif du pays. Ce type de programme n'est pas exclusivement réservé aux personnes âgées, mais aux couches de la population les plus démunies. Au Cameroun, un tel programme a été mis en place en 2016 en collaboration avec la Banque Mondiale pour répondre aux besoins des personnes les plus vulnérables dans cinq régions du pays.

Inspirée des réponses aux urgences et besoins humanitaires, la mise en place de ces filets sociaux prend la forme de politique de Cash Transfer à savoir de transfert d'argent, souvent sur un territoire bien localisé infranational et suivant des seuils de pauvreté définis localement également, parfois aussi suivant d'autres critères tels que le statut socio-économique ou le genre. Les politiques de transferts monétaires sont utilisées sur le continent pour réduire la

pauvreté des groupes de personnes les plus vulnérables, de manière ponctuelle, mais ont tendance à devenir des outils pérennes de l'action sociale, et leur efficacité, leur non prise en compte des contextes locaux et leurs effets pervers ont été soulignés par différentes études (Lautier, 2013 ; Olivier de Sardan & Piccoli, 2018 ; Olivier de Sardan, 2021). En effet, le cash transfert contribue à la pérennisation des emplois précaires, car il faut rester sous un certain seuil de revenu pour continuer à être éligible à ces programmes de *cash transfer*. Les politiques de *cash transfer* ne contribuent guère au développement économique des habitants qu'elles peuvent laisser dans une illusion d'existence d'une source de revenu. Ces nouveaux dispositifs s'appuient souvent aussi sur des innovations technologiques pour leur mise en œuvre. En Tunisie, un projet pilote « Protège-moi » a été mis en place en 2019 pour couvrir les femmes du milieu rural. Pour les femmes bénéficiaires, ce dispositif assure le paiement à distance des prestations aux femmes rurales par l'intermédiaire d'un prestataire de services téléphoniques privés (AISS, 2021b).

Ces technologies de l'information et de la communication (TIC), avant même de permettre le versement de prestations, sont utilisées pour recenser et enregistrer les groupes de population bénéficiaires et avec l'objectif d'élargir la couverture. Ainsi le Kenya a instauré en 2019 un système d'immatriculation des travailleurs du système informel qui peuvent s'immatriculer à la sécurité sociale, verser leurs cotisations, et suivre leur épargne depuis leur téléphone portable (AISS, 2021a). Il est clair que les technologies de l'information et de la communication, et notamment le téléphone mobile, largement répandu, offrent ainsi de nouveaux outils en matière d'enregistrement et de versement et rendent ces services accessibles aux plus isolés.

Les institutions de sécurité sociale du Cameroun, de la Guinée et du Kenya utilisent ces méthodes innovantes pour faciliter les paiements, les fraudes sont réduites, car les identifications sont biométriques, au prix sans doute d'un arbitrage à trouver entre efficacité de l'action sociale et contrôle social et informatique de la population d'une part, et mobilisant quel partenariat public/privé d'autre part.

La crise économique découlant des mesures prises pour contrer la pandémie de COVID-19 a contraint de nombreux gouvernements à étendre temporairement la protection sociale à des personnes âgées non couvertes. Ces programmes ont permis de soutenir les systèmes de protection sociale et l'emploi à travers de nouveaux modes de financement notamment des fonds d'assistance sociale ou encore la numérisation et l'autonomisation des services des caisses de prévoyances sociale (AISS, 2021b). Selon la page interactive proposée par l'OIT qui recense les réponses nationales à la crise Covid par des mesures de protection sociale⁷,

⁷ <https://www.social-protection.org/gimi/ShowWiki.action?id=3417>

- En Tanzanie, le montant de la pension retraite a été augmenté de 20% pendant la crise et une augmentation de l'allocation budgétaire au fonds de pension de la fonction publique a été observée en Zambie.
- Quelques initiatives isolées de transferts monétaires ont été mises sur pied pendant la pandémie de Covid-19, au Zimbabwe, Kenya, et en Tunisie.
- Au Sénégal, la mesure n'est pas spécifique aux personnes âgées, mais à l'ensemble des couches vulnérables de la population. Ainsi, 543 000 familles en situation de vulnérabilité ont pu bénéficier d'une somme de 80 000 FCFA, soit 120 euros.
- En Afrique du Sud, les employés ont eu le droit de prendre la moitié de leur fonds de retraite (OIT, 2021a). Une mesure sujette à controverse, car une fois à la retraite la somme restante sera-t-elle suffisante pour subvenir aux besoins de la personne âgée ?
- Le déplacement des personnes étant réduit, des solutions de paiement numérique ont été adoptées en Algérie, Seychelles, Cameroun, Côte d'Ivoire.
- Le Kenya a utilisé des applications numériques pour basculer les services physiques de la Local Authorities Pension Trust, en service virtuel, ce qui a permis de continuer les services pendant la période de confinement (AISS, 2021a).

L'extension des politiques d'assurance volontaire

Les systèmes d'assurance volontaire au système public de protection sociale sont développés par les états avec pour objectif annoncé de permettre à la part importante de personnes exerçant dans le secteur informel de pouvoir avoir des droits de pension. Cela permet aux employés du secteur informel et aux travailleurs indépendants de verser des cotisations selon des formules qui varient selon les professions et les pays (mensuelles ou non, forfaitaires ou non, par tranche ou en pourcentage de revenu déclaré...) auprès des organismes de sécurité sociale, en contrepartie de la garantie de paiement d'une pension ou d'une allocation de vieillesse (Eyinga, 2014 ; AISS, 2021a).

L'assurance sociale volontaire peut prendre aussi une seconde forme, tout à fait différente. Il s'agit de souscrire une assurance de prévoyance privée, individuelle, par capitalisation. Le FMI et la Banque Mondiale promeuvent cela, en insistant sur la nécessaire responsabilité individuelle en matière de protection sociale et sur le fait que cela complète les dispositifs de base, même universaux, au montant faible le plus souvent. Le montant versé est fonction des

ressources et du revenu de l'épargnant. Au Sénégal comme au Cameroun, cela semble ne pas faire l'unanimité au sein de la population au regard du faible niveau d'adhésion (Diop, 2019 ; Kahou Nzouyem, 2021).

Les autres politiques spécifiques destinées aux personnes âgées

Les politiques de santé

Les besoins en matière de protection sociale des personnes âgées sont en grande partie liés à leur condition socioéconomique (précarité alimentaire) et leur état de santé (maladies chroniques, handicap, dépendance) (OMS, 2018). De nombreux auteurs s'inquiètent de la difficulté de prise en charge des plus âgés, et en particulier les femmes, dans le domaine de la santé (Coumé et al., 2012 ; Kâ et al., 2016a ; Sabates-Wheeler, 2020). Cependant, les systèmes de santé ne sont pas préparés à faire face à la demande de cette population spécifique et très rares sont ceux qui tiennent compte spécifiquement des personnes âgées. Seule une dizaine de pays (Sénégal, Cameroun, Afrique du Sud, Nigeria, Ghana, Maurice, Tunisie, Algérie, Maroc, Cap-Vert) disposent de centres de gériatrie ou de gérontologie. Par ailleurs, on connaît très mal la santé des personnes âgées, par manque de statistiques sanitaires (Ouattara 2023), ce qui limite la planification effective des ressources à mobiliser et entrave l'action visant à répondre aux besoins de ces personnes (OMS, 2018).

Peu de systèmes de pensions de retraites sont couplés à une couverture de santé. En Afrique du Sud où une pension minimale est pourtant assurée pour tous, elle n'est pas associée à une couverture maladie. Au Cap-Vert, le droit à une pension de vieillesse donne accès à des prix réduits de médicaments, une couverture maladie de base et une allocation obsèques (Lefèvre, 2018a et 2018b, OIT 2022). En 2006, le Mali a institué une carte de priorité pour les personnes âgées, leur permettant de bénéficier d'une réduction de 50 % sur les frais de consultations et d'examen.

En 2006 également, le Sénégal a lancé le plan Sésame pour permettre aux personnes âgées sans condition autre que l'âge d'accéder gratuitement aux soins médicaux sur l'ensemble du territoire. Cette politique s'est accompagnée de toute une série de mesures telles que la mise en place d'infrastructures gériatriques, d'un plan de formation dans ce domaine ou encore de tarifs préférentiels pour les assurés. Mais ce plan ambitieux n'a pas été financé suffisamment. Les sommes allouées ne permettaient pas aux hôpitaux de couvrir l'ensemble des dépenses engagées. Au début des années 2010, on pouvait constater que la prise en charge gratuite des personnes âgées restait problématique dans un contexte sanitaire marqué par la politique de recouvrements des coûts (Hane et Kâ, 2014). L'état traînait à remplir sa part du contrat dans les

prises en charge des personnes âgées, les remboursements prévus aux hôpitaux et structures de santé pour la prise en charge des bénéficiaires du Plan Sésame s'accumulaient sans pouvoir être soldés. La disponibilité des médicaments se posait également, plusieurs n'entraient pas dans le panier de gratuité supporté par les hôpitaux, très vite des pénuries ont eu lieu, et les personnes âgées ont été contraintes d'acheter ces médicaments hors des hôpitaux conventionnés (Mbacké Leye, 2013 ; Sajoux et al., 2015a ; Kâ et al., 2016a ; 2016b ; Ferrié et Omary, 2019).

Les politiques de logement

La prise en compte des conditions d'habitat des personnes âgées est très rare dans les dispositifs de protection en Afrique. Ceci peut s'expliquer par la fréquente cohabitation intergénérationnelle dans les familles, qui reste d'autant plus indispensable à la prise en charge des personnes vieillissantes que l'alternative d'une aide par des services formels ou d'un accueil en institution n'est guère probable.

Quelques pays disposent de politiques spécifiques pour accorder des logements aux personnes âgées. Il s'agit en général de logements sociaux qui restent cependant très insuffisants pour répondre aux besoins d'habitations des populations et ils sont principalement présents en zones urbaines. Les difficultés de logement sont le plus observées en zones urbaines où le coût d'achat des lotissements et des matériaux de construction est le plus élevé.

L'Afrique du Sud a développé la fourniture de logements aux pauvres et autres groupes vulnérables (les handicapées, orphelins, veuves). Selon une publication du site internet du Department of Human Settlements (2016)⁸, près de 3 millions de logements sociaux ont été construits depuis 1994. Mais cela ne semble pas combler la demande en logement de la population, malgré l'existence de conditions assez strictes pour en bénéficier. La politique du gouvernement a varié au fil des ans. En 2014, seules les personnes gagnant moins de 3 500 rands par mois à quelques exceptions près (les personnes âgées et les handicapés), reçoivent des logements avec gratuité de loyer. Entre 2015 et 2021, l'Afrique du sud, a opté pour une extension de la couverture logement et une augmentation du niveau des prestations pour les personnes vulnérables. La poursuite de ce programme a pour objectif de fournir une aide au logement aux habitants venant des zones rurales ne pouvant pas avoir un logement en zone urbaine.

Au plan architectural, on peut également regretter l'oubli de cette tranche de la population dans l'élaboration des plans de constructions de plusieurs bâtiments d'habitation, presque aucune mesure n'est prise pour des personnes à mobilité réduite (dans le cas du Cameroun,

⁸ <https://www.dhs.gov.za/content/social-housing-programme>

Kahou Nzouyem, 2021) Tout compte fait, en dehors de quelques exceptions, il n'existe pas de politiques de logement spécifique à la personne âgée, elle est prise en compte dans un grand ensemble appelé « *population pauvre, groupe vulnérable* ». Le besoin spécifique de logement ou d'aménagement de l'espace de la personne âgée ne semble pas être une priorité gouvernementale actuelle.

Au-delà et à côté des systèmes de retraites, quels soutiens aux personnes âgées ?

Préparer sa retraite : entre logique d'investissement et maintien en activité

Etant donné le contexte, les retraites sont loin d'être considérées comme la principale source de revenus pour les personnes âgées. Lorsqu'ils le peuvent, les adultes cherchent donc à investir pour pouvoir disposer de ressources au moment de leur retraite. Il s'agit essentiellement d'investissements immobiliers dans les zones urbaines, de parcelles cultivables en bail en milieu rural, mais aussi de commerces vestimentaires ou d'alimentation (Niyonsaba, 2021). Le maintien en activité est également un moyen de se prémunir du système de retraite déficitaire sur le continent. Les personnes travaillant dans les secteurs informels continuent autant que possible leurs activités (Dupuis et al., 2010 ; Eyinga Dimi, 2011 ; Kahou Nzouyem, 2021). En raison du faible montant versé au titre de la pension, certains retraités du secteur formel basculent vers le secteur informel pour pouvoir subvenir à leurs besoins ainsi qu'à ceux de leur famille. La vulnérabilité économique est plus prononcée chez les femmes âgées, en milieu rural au Cameroun par exemple, elles sont donc relativement plus nombreuses que les hommes, à travailler dans le secteur informel, essentiellement de l'agriculture et le petit commerce (Kahou Nzouyem, 2021).

Entre affaiblissement des solidarités familiales et émergence des actions associatives

En l'absence de ressources individuelles, c'est le réseau familial qui est traditionnellement mobilisé mais les familles ont-elles les moyens d'accompagner leurs aînés et leurs aînées et l'auront-elles encore quand leur population aura augmenté ? (Golaz et al. 2012 ; Briaud 2019). En l'absence d'une protection sociale apportée par les institutions aux personnes âgées, les enfants sont les premiers pourvoyeurs de celle-ci. Ainsi, les enfants sont toujours considérés par beaucoup comme le meilleur investissement pour l'avenir : dans le cas de l'ouest Cameroun rural, « plus vous avez d'enfants, plus on prendra soin de vous et plus vous pouvez espérer le confort au crépuscule de votre vie » Kahou Nzouyem, 2021). Bien que les conditions socio-économiques ne facilitent plus la prise en charge des parents (Lloyd-Sherlock et al., 2012, 2014), un grand nombre de familles se demandent comment prendre en charge leurs parents âgés dans leurs stratégies de survie dans un contexte socioéconomique difficile.

Or la nucléarisation des familles, l'intensification des mobilités spatiales et les difficultés économiques des adultes fragilisent le rôle des familles dans l'encadrement des personnes âgées et transforment les rapports intergénérationnels (Golaz et al., 2012 ; Gaimard, 2018). Il est désormais évident que des politiques publiques doivent entrer en jeu pour réduire le coût de cette prise en charge au sein des familles.

À l'inverse, les pensions de retraite, lorsqu'elles sont perçues, permettent non seulement de subvenir aux besoins de la personne âgée, mais aussi plus largement aux autres générations du ménage (Eyinga Dimi, 2014 ; Berthe et al., 2013). L'État sud-africain soutient d'ailleurs l'aide intergénérationnelle dans les foyers percevant la pension de retraite. Les femmes âgées se trouvent les principales actrices des systèmes de « *care* » intrafamilial et prennent en charge des enfants ou des petits-enfants. Ainsi on a pu observer en Afrique du Sud que les femmes âgées, bien que bénéficiaires d'une prestation monétaire de vieillesse pouvaient rester dans des situations de vulnérabilité économique du fait de leur importante implication dans les dépenses quotidiennes dans des situations de vulnérabilité économique (Scodellaro, 2010).

En parallèle, des associations et organisations non-gouvernementales œuvrent en faveur des personnes en situation de vulnérabilité sur le continent (enfants, handicapés, femmes). Ces organisations mènent des actions de plaidoyer qui permettent d'orienter les ressources nationales et internationales en direction des personnes âgées. Mais les ONG dévouées spécifiquement à la cause des personnes âgées sont très peu répandues. Au niveau continental, l'ONG HelpAge International mène de nombreuses activités, de protection, de sensibilisation à l'égard des personnes âgées. Les personnes âgées s'organisent également en association, plusieurs associations ont ainsi vu le jour de part et d'autre du continent, comme la mutuelle des personnes âgées du Cameroun, l'association nationale des retraités du Burkina Faso (Briaud 2015). Des associations sur la base professionnelle (médecins, douaniers...) se mettent sur pied pour défendre leurs droits. Au sein des quartiers se développent des associations d'entraide aux personnes âgées. Elles proposent des accueils de jour aux personnes âgées, ces organisations de retraités travaillent à l'élaboration des nouveaux rôles sociaux (Eyinga Dimi 2011 ; Briaud 2015, Kahou Nzouyem 2021).

Quelques éclairages pays

Un panel de pays est présenté ci-après selon trois critères permettant de rendre compte du caractère contrasté des politiques publiques liées au vieillissement sur le continent africain : d'une part, les différents degrés dans la transition démographique et le niveau de développement, d'autre part, une répartition entre pays anglophones et francophones et enfin, l'émergence, entre prise de conscience et mise en œuvre de réponses de politiques publiques prenant en compte les enjeux liés à la croissance du nombre des personnes de 60 ans et plus et au vieillissement des populations.

Afrique du Sud

L'indice de développement humain qui tient compte du niveau économique, de l'espérance de vie et du niveau d'instruction, était estimé à 0,713 en Afrique du Sud en 2021 par les nations unies (UNDP), soit un niveau de développement humain relativement élevé (109e sur les 191 pays classes), un des rares pays d'Afrique subsaharienne dans cette catégorie⁹. Du point de vue démographique, et malgré l'impact dramatique de l'épidémie de VIH sida dans ce pays, c'est un des pays où la population est la plus âgée de la région. C'est aussi un des premiers pays au monde à avoir mis en place une pension dite « universelle » en 1928, même si celle-ci n'avait rien d'universelle dans un système où les natives en étaient exclus puisque l'apartheid a perduré jusqu'en 1991. L'Afrique du Sud est un des pays du monde les plus fortement touchés par l'épidémie de VIH – la prévalence y est très élevée : 23,5% des femmes et 12,5% des hommes âgés de 15 à 49 ans en 2022 selon ONU sida – et cette situation a fortement impacté la population et les politiques publiques.

Les personnes âgées dans la population d'Afrique du Sud

L'espérance de vie a perdu près de 10 ans entre le milieu des années 1990 et le milieu des années 2000 où elle est inférieure à 55 ans. Autour des années 2000, la mortalité liée au VIH/Sida a surtout touché la population active adulte et en particulier les hommes bien qu'ils soient en proportion moins nombreux à vivre avec le VIH (Masquelier et Renier 2018). A la fin des années 2000, la meilleure prise en charge par les traitements antirétroviraux a permis de considérablement réduire la mortalité associée au VIH. Les trois quarts de la population (enfants compris) vivant avec le VIH seraient sous traitements antirétroviraux en 2022. L'espérance de vie a donc ré-augmenté durant toute la décennie 2010 mais l'épidémie de covid-19 a sévèrement touché le pays en 2021 et 2022. L'espérance de vie à la naissance est

⁹ Les autres étant l'île Maurice (IDH = 0,802 en 2021), les Seychelles (0,785), et le Gabon (0,706).

estimée à 61,5 ans en 2022 (tableau 1), un niveau relativement faible mais qui devrait rapidement retrouver son niveau d'avant crise (66,2 ans en 2019).

La fécondité a beaucoup baissé au cours du 20^e siècle pour se stabiliser après 2000. En 2022, elle est estimée à 2,3 enfants par femme en moyenne.

En 2022, la population sud-africaine est estimée à 60 millions et près de 5 millions de personnes ont 60 ans et plus, ce qui représente 8,7 % de la population, une population majoritairement féminine (65%) (tableau 4, figure 4). Avec l'épidémie de VIH/sida, de nombreuses personnes âgées, en particulier les femmes, se sont retrouvées à devoir s'occuper de leurs petits-enfants devenus orphelins (Zimmer et Dayton 2005). Selon les provinces, la part de personnes âgées varie de 8% dans la province de Mpumalanga à 11,5% dans la province de l'Eastern Cape. La proportion de femmes varie de 55% dans la province de Gauteng qui est la plus dynamique économiquement à 69% dans la province de Limpopo (tableau 5). Ces différences s'expliquent par les effets conjugués de la migration et de la mortalité dont les caractéristiques par sexe sont spécifiques à chacune des neuf régions du pays.

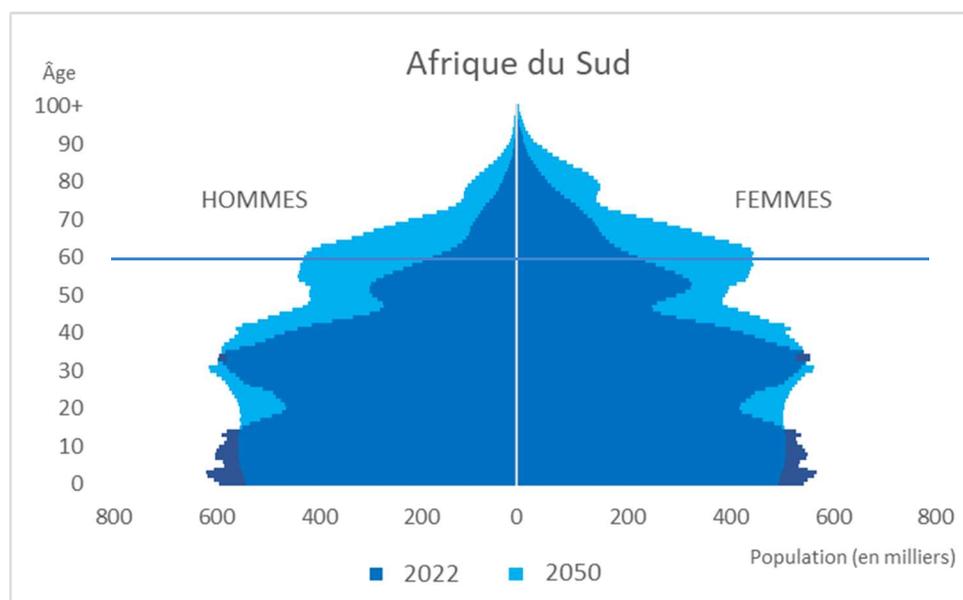
La population âgée va continuer à progresser dans les deux décennies à venir, en effectifs comme en proportion, puisque la fécondité devrait continuer de baisser jusqu'à 2 enfants par femme en 2050, date à laquelle l'espérance de vie devrait atteindre 70 ans. En 2050, le pays devrait dénombrer 73,5 millions d'habitants dont 17% de plus de 60 ans (tableau 4, figure 4).

Tableau 4. Indicateurs démographiques pour l'Afrique du sud en 2000, 2022 et 2050

	2000	2022	2050
Population (en millions)	46,8	59,9	73,5
Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme)	2,4	2,3	1,9
Espérance de vie à la naissance (en années)	58,5	61,5	70,0
Effectifs de personnes âgées de 60 ans et plus (en millions)	2,9	5,2	12,3
Part des personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	6,1	8,7	16,7
Part des femmes parmi les personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	63,7	64,7	57,3

Source : Nations Unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

Figure 4. Structure par âge et sexe de la population de l’Afrique du Sud (estimations 2022 et projections 2050)



Source : Nations Unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

Tableau 5. Part de personnes de 60 ans et plus dans la population totale et part de femmes parmi les 60 ans et plus, par province, en Afrique du Sud en 2022

Province	% de 60 ans et plus dans la population totale	% de femmes parmi les 60 ans et plus
Western Cape	10,4	57,9
Eastern Cape	11,5	65,6
Northern Cape	9,9	61,2
Free State	9,7	60,7
KwaZulu-Natal	8,1	64,8
North West	8,8	57,1
Gauteng	8,4	55,1
Mpumalanga	8,0	61,0
Limpopo	8,9	69,3

Source : Stats SA, 2022.

La protection sociale des personnes âgées en Afrique du Sud

Un système de pension de retraite universelle

La Constitution sud-africaine a reconnu le droit à la sécurité sociale en 1996, ce qui a amené le gouvernement à mettre en place un système de protection permettant de couvrir l'ensemble de la population selon deux canaux (Reysz, 2018).

Le premier est l'assurance sociale, contributive, qui ne concerne donc que les personnes exerçant un emploi formel et salariées, d'une part, elle n'est pas obligatoire et d'autre part, en 2020, près de 16% des personnes actives étaient à leur compte et 35% travaillaient dans le secteur informel (données OIT, voir webographie).

Le second est l'assistance sociale – financée par l'impôt – qui regroupe toutes les formes d'aides que l'état accorde aux personnes en situation économique défavorable. Cette politique a été mise en place en 1998 à destination des enfants (« *Child Grant* ») pour promouvoir leur santé et leur éducation mais aussi aux personnes âgées (« *Old Age Grant* »).

L'Afrique du Sud est en effet l'un des premiers pays au monde à avoir mis en place une pension dite « universelle » avec un minimum garanti. Un système de retraite non contributif a été institué en Afrique du Sud dès 1928 pour les plus de 65 ans, dont les « *natives* » étaient exclus. Cette exclusion a perduré durant l'apartheid. À son abolition, une loi de « déracialisation des pensions » promeut l'égalité entre les populations : le système est élargi à l'ensemble de la population sans distinction de couleur de peau. Il reste soumis à conditions de ressources mais ces conditions permettent de couvrir une grande partie de la population afin d'atteindre l'universalité de la couverture. Cette pension a été d'autant plus importante que le contexte des années 1990-2000 était très défavorable : d'une part, la population noire n'était dans sa grande majorité pas couverte par l'assurance sociale et en situation de grande pauvreté ; d'autre part, de plus en plus de personnes âgées dont les enfants sont morts du sida se sont retrouvées sans soutien familial de leurs petits-enfants.

En 2021, 3 millions de bénéficiaires âgés de 60 ans et plus reçoivent cet *Old Age Grant*. La couverture globale est de 78% (77% pour les femmes et 79% pour les hommes) et serait même de 100% dans certaines régions du pays (OIT 2021). Le montant de cet *Old Age Grant* était en 2021 de 1500 rands (112 USD) pour les 60-75 ans et de 1520 rands (114 USD) pour les plus de 75 ans (OIT 2021). Ce niveau correspond au double de la valeur du seuil de pauvreté national, ce qui permet de préserver les personnes âgées de la grande pauvreté.

Le gouvernement a en particulier développé une politique de transferts d'argent (Cash Transfers) pour assurer ce socle de protection sociale. Il a innové en développant des systèmes

de paiement électronique via les cartes à puce ou les téléphones mobiles, ce qui a permis de réduire les coûts et d'éviter les possibles déperditions d'une partie de l'argent, tout en favorisant l'intégration de l'économie locale (Banque Mondiale, 2012).

Une santé publique encore très centrée sur la gestion de l'épidémie du VIH

Du point de vue de la santé publique, les traitements antirétroviraux sont accessibles gratuitement depuis 2004 et en 2022, 75 % des personnes vivant avec le VIH seraient prises en charge d'après ONUSIDA. Parallèlement, d'importants efforts ont été menés pour assurer la gratuité des soins de santé primaires aux personnes sous un certain seuil de revenu. L'Afrique du Sud fait partie des rares pays africains à disposer de centres de gériatrie ou de gérontologie, mais la pension universelle n'est pas associée à une couverture maladie et les besoins en matière de santé des plus âgés, qui ne relèvent pas des soins primaires, ne sont pas couverts.

L'Afrique du Sud est souvent mise en avant comme un pays particulièrement avancé du point de vue de la protection sociale de ses habitants, qui a permis d'améliorer la santé et de faire reculer la pauvreté. D'après l'OIT, 66% des sud-africains seraient affiliés à un système de sécurité sociale ou couverts en 2021. Cependant une offre de santé privée s'est développée pour les plus aisés (Reisz, 2018) tandis que le système de soins public souffre de nombreux dysfonctionnements. En 2014, l'Afrique du sud est le pays qui a l'indice de Gini le plus élevé au monde (Données les plus récentes mises à disposition par la Banque mondiale). Malgré une réduction des inégalités au fil du temps (Goldman et al., 2020), comme dans de nombreuses sphères de la société sud-africaine, des écarts persistent entre les populations blanches et noires notamment en matière de besoins non satisfaits des problèmes de santé des plus âgés, et qui restent difficiles à combler (Lloyd-Sherlock, 2019).

Par ailleurs, avec une prévalence du VIH toujours très élevée, la prise en charge de la santé des personnes âgées sud-africaines va probablement devenir très spécifique puisqu'en plus des besoins de prise en charge des maladies non transmissibles en lien avec le vieillissement (maladies cardiovasculaires, cancers, diabète, et maladies de dégénérescence), une part non négligeable de ces personnes seront aussi atteintes de maladies infectieuses (VIH et tuberculose).

Cameroun

L'indice de développement humain (IDH) du Cameroun était de 0,576 point en 2021 selon les Nations Unies. Il se situe dans la catégorie des pays d'indices de développement « moyens », juste devant le Kenya, au 151^{ème} rang mondial sur 191 pays, en légère baisse par rapport au score précédent lui aussi.

La Politique Nationale de Protection Sociale du Cameroun (PNPS) établie en 2017 a pour but de fédérer les actions des différents programmes socio-économiques en cours dans le pays afin d'assurer la protection sociale des groupes vulnérables parmi lesquels les enfants de moins de 5 ans, les personnes âgées, les femmes enceintes, les personnes en situation de handicap. La PNPS n'a pas à ce jour établi un programme de protection sociale spécifique aux personnes âgées, la priorité restant une réduction significative de la pauvreté et du sous-emploi. Cette politique s'est appuyée sur la période 2010-2020 sur le Document de Stratégie de Croissance et d'Emploi (DSCE), puis sur la Stratégie nationale de développement (SND) 2020-2030 de 2020 (MINEPAT, 2020). Cette fiche de synthèse présente la situation démographique du pays, le système de protection sociale et les politiques publiques autour du vieillissement au Cameroun.

Les personnes âgées dans la population du Cameroun

La population camerounaise a connu une forte croissance : de 17 millions au dernier recensement, en 2005, elle aurait atteint 28 millions d'habitants en 2022 (Tableau 6). La fécondité est en baisse mais demeure relativement élevée (4,5 enfants par femme en 2022). La mortalité baisse également, et l'espérance de vie à la naissance est estimée supérieure à 60 ans en 2022. Elle devrait passer à 66 ans en 2050 (64 ans et 68 ans respectivement pour les hommes et les femmes). Les personnes âgées qui représentent 4% de la population en 2022, devraient en représenter 7% en 2050.

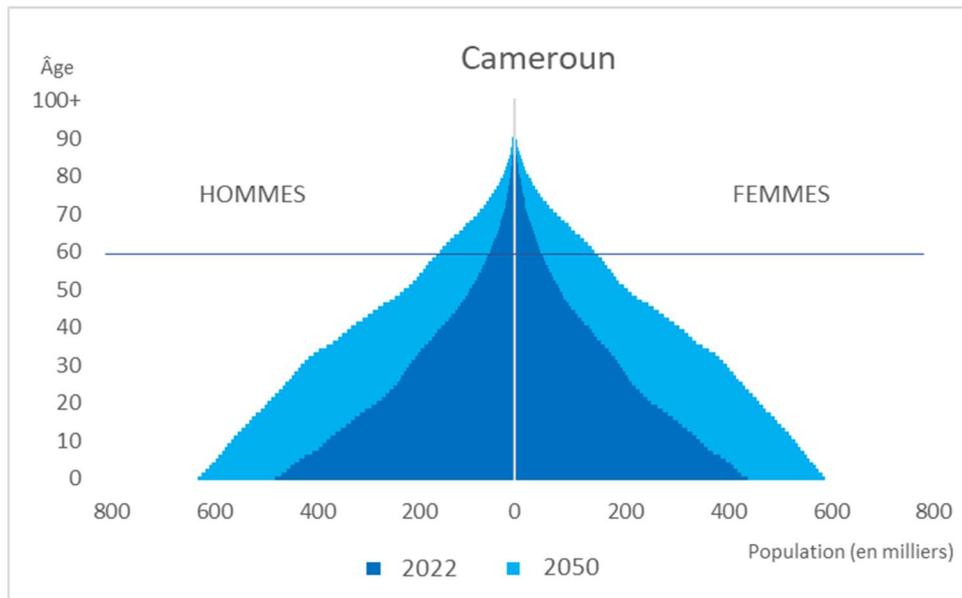
Tableau 6. Indicateurs démographiques pour le Cameroun en 2000, 2022 et 2050

	2000	2022	2050
Population (en millions)	15,1	27,9	51,3
Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme)	5,5	4,5	3
Espérance de vie à la naissance (en années)	52,9	60,8	66,4
Effectifs de personnes âgées de 60 ans et plus (en millions)	0,8	1,2	3,7
Part des personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	5,1	4,2	7,2
Part des femmes parmi les personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	55%	54%	53%

Source : Nations Unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen.

La pyramide des âges confirme la jeunesse de la population du Cameroun (les enfants de moins de 15 ans représentent 42 % de la population en 2022) et son léger changement d'allure en 2050, avec moins d'enfants et plus de personnes âgées, relativement aux âges intermédiaires (Figure 5).

Figure 5. Pyramide des âges du Cameroun en 2022 et 2050 (en millions d'habitants)



Source : Nations Unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

Les personnes âgées sont inégalement réparties sur le territoire. D'après le recensement de la population de 2005, qui est le dernier en date, elles représentaient 6,5 % de la population rurale et 3,4 % de la population urbaine. Le poids démographique des personnes âgées est variable d'une région à l'autre, de 4% à près de 9% dans la région Sud (Tableau 7).

Tableau 7. Structure de la population par région et grand groupe d'âges

Région	Groupe d'âges (%)			Ensemble
	Moins de 15 ans	15-59 ans	60 ans et plus	
Adamaoua	47,8	47,7	4,5	100,0
Centre	39,1	56,6	4,3	100,0
Est	46,3	49,3	4,3	100,0
Extrême-Nord	50,8	43,8	5,5	100,0
Littoral	34,8	61,2	3,9	100,0
Nord	49,1	46,9	4,0	100,0
Nord-Ouest	44,7	49,9	5,4	100,0
Ouest	46,1	46,5	7,4	100,0
Sud	38,8	52,5	8,8	100,0
Sud-Ouest	40,4	55,6	4,0	100,0
Ensemble	46,0	48,5	5,5	100,0

Source : BUCREP, 2010.

Une protection sociale qui reste très liée au secteur formel

Le système de retraite au Cameroun est organisé principalement autour de trois régimes distincts. Le régime du secteur public (les fonctionnaires et assimilés) géré par le ministère en charge des finances et le régime du secteur privé (les travailleurs relevant du code du travail) géré par la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Ces deux régimes sont les plus anciens et connus. Issus du décret de 1952 qui étend les droits des colons aux Africains dans les colonies françaises, ils ne sont réellement mis en place qu'à la veille de l'indépendance. Pour la CNPS, le financement des caisses de pensions s'effectue au travers des cotisations salariales et des subventions de l'État. Cependant, le marché de l'emploi est dominé par l'emploi informel, où la plupart des employeurs ne déclarent pas leurs employés, ni ne reversent les cotisations sociales, tant dans le milieu urbain que rural. En 2021, 36 595 employeurs ont été répertoriés actifs par la CNPS, pour 1 073 463 assurés actifs enregistrés.

Il existe depuis 2014, un troisième régime dit « assurance volontaire » pour les travailleurs du secteur informel, géré également par la CNPS. Ce régime couvre uniquement les risques vieillesse, invalidité et décès, toute personne d'âge adulte peut souscrire à cette offre, les prestations familiales, les accidents du travail, et chômage ne sont pas pris en compte.

Le financement du système de retraite est fonction de la situation d'activité : les travailleurs régis par le code du travail cotisent au même titre que leur employeur 4,2 % du salaire brut mensuel, soit un total de 8,4% des salaires. Les assurés volontaires cotisent 8,4% du salaire mensuel moyen. Le salaire mensuel moyen du travailleur indépendant est fixé par accord entre l'assuré volontaire et l'Institut national de prévoyance sociale. Le salaire mensuel minimum servant de base au calcul des cotisations est égal au salaire minimum légal mensuel. Il est de 41 875 francs CFA (61 euros). Le plafond du salaire mensuel servant de base au calcul des cotisations est de 750 000 francs CFA (1099 euros). Ce système de protection sociale permet d'avoir un taux de couverture variable selon les prestations. L'âge de la retraite des fonctionnaires au Cameroun est fonction du corps de métiers et de la catégorie, et varie entre 50 et 65 ans. Pour les travailleurs relevant du code du travail, l'âge de départ à la retraite est de 60 ans.

Pour avoir droit à une pension de vieillesse, en plus de l'âge requis, le candidat doit avoir au moins 180 mois de cotisation sur au moins 20 ans de couverture et avoir cessé toute activité rémunérée. Le montant mensuel de la pension est égal à 30 % de la rémunération mensuelle moyenne des travailleurs assurés au cours des trois ou cinq dernières années selon le montant le plus élevé et majoré de 1% de la rémunération mensuelle pour chaque période d'assurance de 12 mois au-delà de 180 mois. La pension minimale correspond à 80 % de la rémunération mensuelle moyenne de l'assuré. Ce système permet de couvrir 18,3% de la population des personnes âgées. Les hommes âgés sont plus couverts que les femmes, probablement du fait des disparités genrées de l'emploi formel : 10,6 % des hommes et 7,7% des femmes âgées touchent une pension. Les disparités hommes-femmes sont plus grandes en milieu rural (Okolouma, 2018).

De nouvelles politiques qui touchent les personnes âgées

Des réformes sont mises sur pied dans le pays pour améliorer les conditions de vie des personnes âgées qui dans la très grande majorité des cas se reposaient sur les solidarités privées intrafamiliales ou sur des systèmes de micro-assurances locaux (Okolouma, 2018b).

En 2013, la banque mondiale a commencé à soutenir un programme de soutien aux ménages pauvres, le Programme de Filets Sociaux (PFS) dans lequel les ménages bénéficiaires reçoivent 26\$ par mois pendant 2 ans (Levine et al., 2022). Ce dispositif fonctionnant par quotas

régionaux, et n'étant pas pérenne, le rapport de Levine et al. conclut sur le fait qu'il ne remplit pas le cahier des charges d'un filet de sécurité, malgré son nom.

La Caisse nationale de prévoyance sociale a mis en place en 2014 un système d'assurance volontaire pour les personnes exerçant dans le secteur informel et désirant recevoir une pension vieillesse. Ce système représente la forme d'assurance sociale actuelle qui répond aux besoins dans la vieillesse des travailleurs du secteur informel en général et des agriculteurs en particulier. Cependant, la CNPS a peu communiqué sur la mise en place de cette assurance volontaire. De fait, en milieu rural où les personnes âgées sont plus nombreuses, cette assurance est encore peu connue du grand public (Okolouma, 2018a ; Kahou, 2021). L'effectif des adhérents au niveau national, bien que faible, croît progressivement (Tableau 8).

Tableau 8. Nombre annuel d'assurés volontaires à la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

Année	Effectifs
2015	85 126
2016	126 323
2017	118 667
2018	134 883
2019	135 160
2020	153 506
2021	185 520

Source : CNPS, 2022

En 2019, les technologies de l'information et de la communication sont mises à contribution pour l'amélioration de la qualité des services de la CNPS grâce au paiement mobile. Des partenariats ont été noués entre la CNPS, les micro-assurances, et les opérateurs de téléphones mobiles dans le but de faciliter l'accès des pensions aux personnes âgées. Les personnes âgées résidant dans les zones rurales n'ont plus besoin de se déplacer vers les zones urbaines pour recevoir leur pension. En 2020, l'État a procédé à une revalorisation de 20% de certaines pensions vieillesse, d'invalidité et de décès payées par la CNPS. Cependant, cette revalorisation ne concerne qu'une partie des retraités. Au cours de la même année, l'État a augmenté l'âge de départ à la retraite de 5 ans pour tous les fonctionnaires. Il est ainsi passé de 55 à 60 ans pour les fonctionnaires de catégorie A et B, et de 50 à 55 ans pour ceux de la catégorie C et D.

L'assistance sociale « aux indigents et nécessiteux » consiste à l'attribution d'une aide financière à toute personne âgée qui ne parvient pas à subvenir à ses besoins nutritionnels ou de santé. L'intéressé doit faire une demande à sa municipalité de résidence. L'attribution des aides aux personnes âgées est faite dans la limite des ressources financières disponibles au sein de la municipalité. Le montant versé aux personnes âgées est variable et se situe entre 30 et 76 euros. Lorsque les municipalités n'ont pas assez de moyens pour répondre aux besoins de l'ensemble des personnes âgées de leur circonscription, le Ministère des Affaires Sociales (MINAS) prend la relève. Le paiement des frais de prise en charge médicale se fait directement au sein de la formation hospitalière.

Les personnes âgées peuvent recourir aux services sociaux du ministère des affaires sociales pour bénéficier d'une aide en cas de besoin. Par ailleurs, les procédures d'obtention des aides d'assistance sociale, économique et médicale sont généralement longues. Au niveau des délégations régionales et départementales, les personnes âgées s'organisent en associations/GIC (groupes d'initiatives communes) pour pouvoir bénéficier du financement de leur projet économique par le gouvernement. Cependant, ces projets trouvent rarement de financement venant du ministère de tutelle (Kahou, 2021).

De multiples associations dont la plus répandue sur le territoire est la Mutuelle des personnes âgées du Cameroun (MUPAC) et les ONG nationales et internationales (Help Age International) apportent des aides financières, matérielles (alimentations, vêtements) et sanitaires aux personnes âgées (Eyinga, 2012) dans le pays. L'effectif de ces structures reste méconnu, elles sont en principe coordonnées par le MINAS même si celui-ci ne mène pas de suivi sur le terrain de ces différentes structures. Elles offrent selon les cas un toit, un couvert, une assistance matérielle ou morale et un encadrement éducatif aux personnes âgées.

Le secteur du *care* reste largement dominé par les réseaux sociaux des personnes âgées et s'organise autour des liens familiaux et communautaires. Des structures d'accueil des personnes âgées voient de plus en plus le jour au Cameroun, dans un premier temps pour répondre aux besoins des personnes âgées ne bénéficiant d'aucune aide. Ces structures accueillent aujourd'hui des personnes âgées dont les enfants sont à l'étranger et qui pour une raison ou pour autre ne peuvent être prises en charge par les membres de la famille, via des remises et un soutien de la famille élargie. On en dénombre cinq sur l'ensemble du territoire, trois à Yaoundé, une à Douala et une à Bafoussam (Kahou, 2021). Il s'agit de structures gérées principalement par les confessions religieuses et associations locales comme l'association Amour pour les personnes âgées, à Douala.

Le système de soins et l'accès aux soins des personnes âgées

Après avoir été principalement assuré par l'État durant des décennies, le financement des soins est actuellement diversifié, y participent : le budget de l'État (ministère de la Santé et autres départements ministériels), l'aide internationale, les ONG, les entreprises et sociétés privées qui proposent leurs propres assurances santé, les ménages par le paiement direct. La gratuité des soins n'existe pas. Le patient choisit son médecin et paie directement les soins qu'il reçoit. Mais ces frais ne sont pas remboursés, car il n'existe pas de système d'assurance-maladie à l'exception de certaines sociétés privées qui prennent en charge les frais de santé de leurs employés. Ces sociétés privées signent généralement des accords avec des établissements privés de soins pour la prise en charge des patients qui, dans certains cas, ne sont pas tenus d'avancer les frais des soins. La tarification est variable selon les établissements (public ou privé, à but lucratif ou non-lucratif). Une fois à la retraite, l'employé perd ses droits aux soins gratuits.

Les difficultés d'accès aux soins des personnes âgées au Cameroun se posent en termes d'accès géographique comme économique. L'essentiel des structures de santé et de professionnels de santé sont concentrées dans trois villes, Douala, Yaoundé et Bafoussam (Elat, 2020). Le poids démographique des deux premières (22% de la population) justifie cette concentration des ressources humaines. Le milieu rural qui regroupe l'essentiel des personnes âgées dispose de très peu de structures de santé adéquates. Le plateau technique est peu fourni, les personnes âgées doivent effectuer des déplacements vers les zones urbaines pour pouvoir bénéficier de soins de santé appropriés. Après avoir résolu la question de l'accessibilité géographique, la personne âgée fait face au coût des soins de santé. Si le prix des consultations dans les hôpitaux publics semble à la portée du citoyen moyen (600 F CFA) dans un pays où environ 40 % des citoyens vivent encore sous le seuil de pauvreté qui est de 738 FCFA (1,13 Euros) par jour (INS, 2014), le prix de consultation d'un spécialiste dépend de la politique de l'établissement allant de 1 000F à 15 000F. Dans le secteur privé de santé, le coût des soins est encore plus élevé, en moyenne 2 000F la consultation pour un médecin généraliste, et 5 000F pour un spécialiste. Les hôpitaux publics se vident de médecins spécialistes au profit des cliniques privées qui sont plus attrayantes en termes de revenu. Le financement des soins par la personne âgée et/ou sa famille contribue à accroître les inégalités sociales. Les personnes âgées s'appauvrissent davantage pour pouvoir avoir accès aux soins.

En raison de son caractère essentiellement contributif, les personnes âgées ayant exercé dans le secteur informel n'ont pas droit à une sécurité sociale. La croissance du secteur informel, le développement du sous-emploi, la précarité et l'instabilité de l'emploi, la faible diffusion de

l'information sont les principaux obstacles socio-économiques à l'extension de la couverture sociale au Cameroun. À cela il faut ajouter des problèmes de trésorerie qui ne permettent pas toujours à la CNPS d'assurer de façon régulière le règlement des pensions. Malgré des efforts visant à accélérer le processus et la qualité des prestations, les politiques d'extension de la couverture sociale peinent à prendre corps. Les filets sociaux en place ne sont pas suffisants, ni dans leur couverture ni dans leur durabilité. Ainsi malgré la multiplicité des textes sur le papier, le point d'achoppement semble être un véritable investissement de l'Etat dans sa politique de protection sociale.

Cap-Vert

L'indice de développement humain qui tient compte du niveau économique, de l'espérance de vie et du niveau d'instruction, était estimé à 0,662 au Cap Vert en 2021 par les Nations Unies (UNPD), ce qui positionne le pays 128^e sur 191. Le pays se positionne 13^eme d'après l'indice de développement humain en Afrique et 1^{er} en Afrique de l'Ouest. Selon la Banque Mondiale, le Cap-Vert est considéré comme un pays à Revenu intermédiaire de la tranche inférieure (*lower middle-income economies*), après avoir été jusqu'en 2006 classé parmi les Pays les moins avancés. Le PIB par habitant y est désormais deux fois plus élevé que la moyenne d'Afrique subsaharienne (3 456 USD en 2021), environ un quart du PIB provenant des recettes du tourisme. Dès son indépendance en 1975, le Cap Vert a continuellement développé des politiques sociales notamment en matière d'éducation et de centres de santé.

Selon la Banque Mondiale, cet investissement important dans la protection sociale explique comment le Cap-Vert a pu réduire le pourcentage de la population vivant dans l'extrême pauvreté (moins de 1,9 dollars par jour) de 22,6% en 2015 à 11,1% en 2022, même si la pandémie de Covid a interrompu cette tendance. Plus précisément, dans plusieurs rapports de l'Organisation internationale du travail, le Cap-Vert est présenté comme modèle en matière de protection sociale des personnes âgées (OIT, 2015, Lefèvre, 2018). Après une présentation de la population âgée du Cap-Vert, nous évoquerons le système de retraite et les facteurs qui ont favorisé le développement de la protection sociale dans le pays.

Les personnes âgées dans la population du Cap-Vert

La population du Cap-Vert est estimée à 593 mille habitants en 2022 (Nations Unies, 2022). Du fait de ses niveaux de fécondité (1,88 enfant par femme) et de mortalité, la structure par âge de la population cap-verdienne est assez différente par rapport au reste du continent (Golaz, Sajoux, Lefèvre, 2015). La population active (15-59 ans) représente 65% de la population. Les moins de 15 ans représentent un quart (26%) de la population et près d'une personne sur dix a plus de 60 ans en 2022. L'effectif de ces derniers devrait tripler entre 2022 et 2050 elle

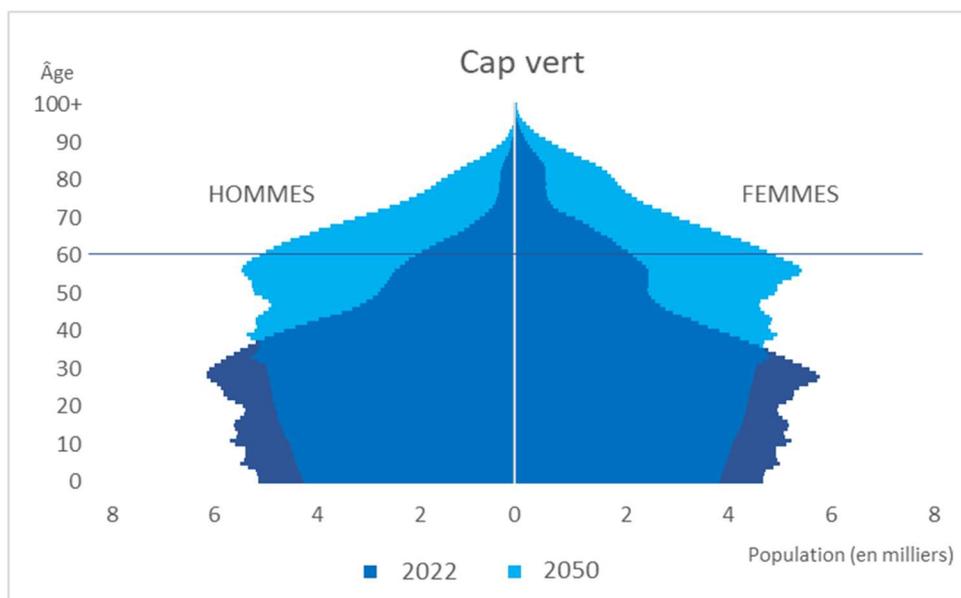
représentera alors 27% de la population (Tableau 9). La part des plus âgés parmi les plus de 60 ans va fortement augmenter (Figure 6) avec la hausse de l'espérance de vie à la naissance qui est parmi les plus élevées du continent (75 ans) et devrait atteindre 82 ans en 2050. Les femmes âgées vivent en moyenne 9 ans de plus que les hommes en 2022, ce qui explique qu'elles sont largement majoritaires (62% en 2022), mais l'écart est amené à se réduire dans les prochaines décennies (Nations Unies 2022).

Tableau 9. Indicateurs démographiques pour le Cap Vert en 2000, 2022 et 2050

	2000	2022	2050
Population (en milliers)	458	593	600
Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme)	3,54	1,88	1,72
Espérance de vie à la naissance (en années)	68,6	74,8	82,1
Effectifs de personnes âgées de 60 ans et plus (en milliers)	29,6	51,7	159,8
Part des personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	6,5	8,7	26,6
Part des femmes parmi les personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	60,4	62,0	53,7

Source : Nations Unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

Figure 6. Structure par âge et par sexe de la population âgée de 60 ans et plus au Cap-Vert, estimations 2022 et projections 2050 (en milliers)



Source : Nations unies, 2022.

Note : Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

La protection sociale des personnes âgées au Cap-Vert

Au Cap-Vert, sous la tutelle du ministère de la Santé et de la Sécurité sociale, l'Institut national de prévoyance sociale (ou INPS) est l'organisme qui délivre les différentes prestations de sécurité sociale : les prestations familiales, les pensions de retraite contributive, les pensions d'invalidité et de survivant, la couverture maladie-maternité et les indemnités journalières de maladie, de maternité et de chômage. La protection sociale obligatoire et contributive couvre aussi bien les travailleurs salariés que les travailleurs non-salariés et indépendants qui cotisent (cela depuis 2009). L'objectif gouvernemental reste en effet d'étendre le système de protection sociale contributif progressivement à la plus grande partie possible de la population.

Système de retraite, pensions de vieillesse et pensions sociales

L'INPS a donc mis en place un cadre juridique prévoyant l'affiliation obligatoire des travailleurs, selon un régime contributif : le financement du système de retraite contributif repose sur des cotisations réparties entre l'employeur (7%) et le salarié (3%). Concernant les travailleurs indépendants affiliés à la CNPS, la charge des 10% de cotisation sur leur revenu déclaré leur revient.

L'ouverture des droits à la pension de retraite (ou pension de vieillesse : *Pensão de Velhice*) est un peu différente suivant les salariés et les non-salariés. En 2023, le travailleur salarié peut prétendre à une pension de vieillesse, à partir de 60 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes, en ayant cotisé durant au moins 15 ans (CLEISS). Pour les non-salariés, la durée minimum de cotisation est la même mais l'âge de départ est différent : 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes. Dans les deux cas, le montant de la pension est égal à 2 % du revenu moyen (RR : *Remuneração Referência*) des 8 meilleures années d'assurance, multiplié par le nombre total d'années d'assurance. Et le montant de la pension ainsi calculée est plafonné à 80 % de ce revenu moyen (RR), tandis qu'existe aussi un montant minimum.

Il existe un second régime non contributif, de pensions sociales, qui couvre les citoyens non couverts par le régime contributif décrit précédemment, y compris les étrangers ayant au moins résidé 10 ans dans le pays. Ce volet assistanciel est géré par le CNPS (Centre National des Pensions Sociales, sous tutelle du Ministère du travail, de la famille, et de la solidarité), créé en 2006 (décret n°8/2006). Le versement des pensions sociales est soumis à une condition de revenu : le revenu du bénéficiaire doit être inférieur au seuil de pauvreté extrême défini par l'institut de statistiques et à la condition également que la personne ne bénéficie d'aucune autre pension de vieillesse au cap vert ou d'un système à l'étranger. Il est possible d'en bénéficier à partir de 60 ans. Le financement de cette politique est supporté par le budget de l'Etat.

Selon le CNPS, le pourcentage de la population de plus de 60 ans couverte par une pension non-contributive avait atteint 46 % en 2010, soit l'un des niveaux les plus élevés d'Afrique subsaharienne alors (Lefèvre, 2018b). En 2017, 21 198 personnes étaient couvertes, ce qui correspondait à 43 % de la population âgée de 60 ans ou plus. Ce pourcentage a vocation à baisser car le gouvernement compte sur le fait que de plus en plus de personnes auront été affiliées, et suffisamment longtemps, à la CNPS pour bénéficier d'une retraite contributive.

La pension sociale concerne en premier lieu les zones rurales et les femmes. En milieu rural, près de 74 % des personnes de plus de 60 ans étaient protégées par une pension sociale ou non contributive. Et les femmes représentaient 70,2 % des bénéficiaires (les hommes 29,8 %). En effet, les femmes constituent la majorité de la population âgée, et elles sont plus susceptibles de n'avoir pas exercé d'activité économique, ou lorsqu'elles faisaient partie de la population active, plus susceptibles d'avoir travaillé dans le secteur informel, et donc d'avoir moins accès à la sécurité sociale contributive.

Si l'on combine la couverture des régimes contributifs et non contributifs, le Cap-Vert vise une couverture universelle vieillesse. En effet, plus de 85 % des personnes âgées du Cap-Vert perçoivent une pension liée à leur âge, en 2020 (OIT, 2021c).

La couverture maladie des personnes âgées

De manière générale, la protection sociale couvre les frais de soins et de consultations dans les centres municipaux de santé. Mais souvent les médicaments restent en partie à la charge de la population. Aussi, l'association des pensions sociales des personnes âgées à une aide à l'achat de médicaments est un point important de la politique sociale du Cap-Vert (Lefèvre, 2018a). Une particularité de ce système de pensions sociales est de plus instiller du contributif dans le système non contributif. Afin de sensibiliser et d'inciter à participer à un système contributif de protection sociale, les bénéficiaires versent 2% de leur pension sociale à un Fonds mutualiste, et, sous réserve de 6 mois d'affiliation à ce Fonds, peuvent bénéficier d'un forfait pour acheter un certain nombre de médicaments dans les pharmacies privées et d'une aide pour le financement de funérailles (OIT, 2015).

La protection sociale, un choix politique

Environ 10 % du PIB du pays était consacré en 2020 à la protection sociale, ce qui est élevé relativement aux autres pays africains. Et l'ensemble des dépenses sociales pour des prestations vieillesse est de 3,6%. Pour l'ensemble des pays africains, ces deux indicateurs sont respectivement de 3,8 % et de 2,2% (OIT, 2022a). Les revenus du tourisme ont permis au Cap Vert d'affirmer et de financer le démarrage de cette politique au cours des années 2000, qui est aussi rendu possible par la formalisation croissante du marché de l'emploi.

La mise en place des pensions sociales à partir de 2006 a été l'occasion d'une importante activité d'enregistrement des potentiels bénéficiaires de manière informatisée et centralisée (le *Cadastro Social Unico*). Plusieurs centres sur les différentes îles sont équipés d'un système informatique centralisé au niveau du CNPS (Duran-Valverde, 2013, 2015 et site du CNPS et de l'INPS). De même à l'INPS où ce passage des services papier à des services informatisés du système de gestion de retraite contributive a permis de réduire les fraudes et d'assurer un contrôle des finances dédié.

L'État a œuvré au cours des années 2010 à la mise en place de l'affiliation volontaire des travailleurs indépendants à une affiliation obligatoire. Cette politique a conduit à l'extension de la couverture sociale. Ce système est un des plus innovants en Afrique subsaharienne concernant la couverture obligatoire des travailleurs indépendants. Pour les personnes ayant un emploi informel, il est aussi possible de s'affilier, sur la base du volontariat. La communication a joué un rôle important dans l'adhésion de la population à cette politique. En effet, le Cap-Vert s'est investi dans la sensibilisation de sa population sur le bien-fondé de la sécurité sociale. L'Institut national de protection sociale a joué un rôle primordial dans cette campagne de communication notamment à travers des échanges avec les travailleurs indépendants des zones urbaines et rurales (Duran-Valverde, 2013). L'institut a développé une campagne

continue d'information par différents canaux : brochures, spots de télévision, émissions de radio et articles dans les principaux journaux du pays. Les collectivités territoriales et les syndicats ont été impliqués dans le processus de vulgarisation et de sensibilisation de la population, avec l'idée selon laquelle une population bien informée sur les biens faits d'une protection sociale est plus disposée à s'affilier. Ces ateliers ont notamment permis de permettre aux travailleurs indépendants de comprendre le bien-fondé de la protection sociale. Les adolescents ont également été sensibilisés pour inciter leur parent à adhérer (Duran-Valverde, 2013). Cette approche proactive de l'Etat concernant la promotion du système de protection sociale a permis à l'état de familiariser la population aux différentes prestations sociales.

Si l'épidémie de Covid n'a pas touché trop durement le Cap Vert, la chute des revenus du tourisme qu'elle a entraîné (avant le Covid 25% du PIB provenait des recettes du tourisme), la restructuration induite des migrations, la sécheresse, la guerre en Ukraine et l'inflation ont conduit le gouvernement à décréter en juin 2022 l'archipel en situation d'urgence sociale et économique et à en appeler à l'aide internationale et au soutien du FMI pour lutter contre l'insécurité alimentaire et pour maintenir ses soutiens aux familles. En 2022 et 2023, le tourisme a finalement repris et la croissance également. Cette nouvelle dynamique économique ainsi que la stabilité politique du pays participent à la poursuite d'une politique sociale affirmée.

Le Cap-Vert est un pays insulaire d'Afrique qui se démarque de la plupart des autres pays d'Afrique subsaharienne à la fois en termes de transition démographique (le vieillissement y est plus important) et de politiques sociales, notamment en matière de santé et plus récemment depuis les années 2000 en matière de couverture des personnes âgées. Le gouvernement poursuit l'objectif d'apporter une couverture vieillesse à l'ensemble de personnes âgées avec la création en 2006 d'une pension sociale pour les personnes âgées les plus pauvres ne bénéficiant d'aucune autre pension de retraite. Il entend dans le même temps développer le système contributif de pensions de retraite en affiliant progressivement tous les secteurs de la population active, y compris depuis 2016 les professions indépendantes.

Kenya

Le Kenya est classé par la Banque Mondiale dans la tranche inférieure des pays à revenu intermédiaire depuis 2016. L'indice de développement humain y est estimé à 0,576 en 2021 par les Nations Unies. Il se situe dans la catégorie des pays d'indices de développement « moyens »,

au 152^{ème} rang mondial sur 191 pays, en légère baisse par rapport au score précédent. Selon l’AISS, seulement 15 % de la population active bénéficie d’une couverture sociale formelle (AISS, 2021). Mais de nombreuses initiatives dans le domaine de la protection sociale y ont marqué les deux dernières décennies.

Les personnes âgées dans la population du Kenya

La population du Kenya est estimée par les Nations Unies à 54 millions d’habitants en 2022 (Tableau 10). La population est essentiellement jeune, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent seulement 3,4% de la population, les 15-59 ans en représentent 57,6%, les personnes âgées de moins de 15 ans 39%. La population du pays devrait atteindre 85 millions en 2050 selon le scénario moyen des projections des Nations Unies. Les personnes âgées représenteraient alors 9% de la population, la population des 15-59 ans serait plus importante qu’actuellement (63%) tandis que les personnes de moins de 15 ans ne représenteraient plus que 28% de la population à cet horizon 2050.

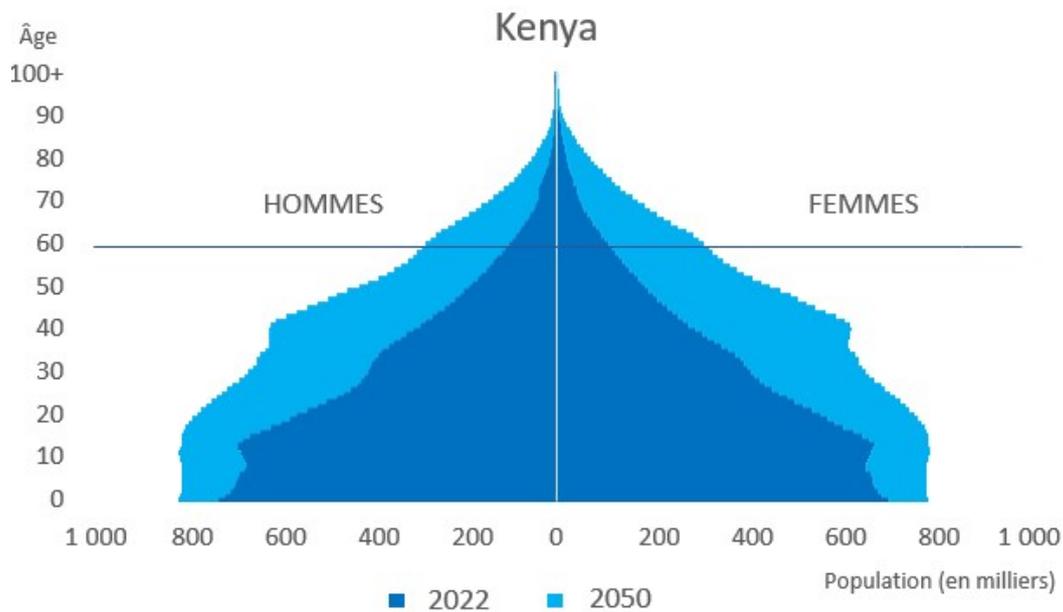
Tableau 10. Indicateurs démographiques pour le Kenya en 2000, 2022 et 2050

	2000	2022	2050
Population (en millions)	30,8	54,0	85,2
Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d’enfants par femme)	5,1	3,3	2,3
Espérance de vie à la naissance (en années)	54,4	62,1	68,8
Effectifs de personnes âgées de 60 ans et plus (en millions)	1,0	2,5	7,8
Part des personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	3,4	4,6	9,2
Part des femmes parmi les personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	59%	55,9%	54,9%

Source : Nations Unies 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

L'espérance de vie à la naissance est actuellement de 62 ans avec un écart de 5 ans entre les hommes (60ans) et les femmes (65ans) et devrait atteindre toujours selon les Nations Unies 68 ans en 2050 (66 ans pour les hommes et 72 ans pour les femmes). La tranche d'âge de 60-64 ans représente 37% de la population des 60 ans et plus en 2022, et celle des 65-69 ans 24%. Cette espérance de vie à la naissance de plus en plus élevée transparaît dans le fait que la population âgée de 60 ans et plus devrait tripler d'ici 2050 (figure 7). Les inégalités hommes-femmes devraient se maintenir avec 56% de femmes au sein de cette population âgée en 2022 et 55% en 2050.

Figure 7. Pyramide des âges du Kenya en 2022 et 2050 (en millions d'habitants)



Source : Nations unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

Les résultats du recensement de la population de 2019 (tableau 10 et 11) montrent que plus de 80% des personnes âgées vivent en milieu rural. La population urbaine ne constitue que 16% de ces groupes d'âge et comprend presque autant d'hommes que de femmes. On peut noter que les hommes de 60 à 69 ans sont plus nombreux que les femmes des mêmes groupes d'âge en milieu urbain, une différence très certainement liée à leurs activités professionnelles.

Tableau 11. Répartition de la population âgée par groupe d'âges selon le sexe et le milieu de résidence

Tranches d'âge	Rural		Urbain		Total 869 994
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	
60-64	325 960	368 279	93 481	82 274	
65-69	253 583	292 813	57 762	54 005	658 163
70-74	198 376	239 290	37 598	39 258	514 522
75-79	102 789	142 827	16 506	20 993	283 115
80-84	73 017	105 886	9 916	15 075	203 894
85-89	39 156	61 700	4 796	7 954	113 606
90-94	17 326	31 788	1 902	4 081	55 097
95-99	8 850	16 044	920	2 192	28 006
100+	3 495	8 896	381	1 268	14 040
Total	1 022 552	1 267 523	223 262	227 100	2 740 437
Total (en %)	37,3%	46,3%	8,1%	8,3%	
Total par milieu (en %)	44,7%	55,3%	49,6%	50,4%	

Source : Recensement national de la population de 2019 (KNBS, 2020).

La protection sociale des personnes âgées au Kenya

Éléments de chronologie

Le système kenyan de protection sociale prend ses racines dans la période coloniale. Le renforcement de la protection sociale pour les plus vulnérables est inscrit sur l'agenda politique kenyan dès l'indépendance, comme en atteste le *Social Protection Act* de 1965. Les autres initiatives des décennies qui suivent sont néanmoins fragmentaires, dépendant fortement des bailleurs (Torm et al., 2022), avec une progressive prise de conscience de la part de l'emploi informel sur la scène nationale (King, 1996).

La compétition politique introduite par le multipartisme en 1992, puis surtout par le changement de pouvoir qui a suivi dix ans plus tard, amène une plus grande priorisation du soutien aux plus pauvres dans les années 2000. Entre 2002 et 2006, période de forte croissance du PIB, le budget dédié à la protection sociale par le gouvernement est multiplié par trois et de nombreux

programmes voient le jour (Ikiara, 2009), posant les bases d'un système de filets de sécurité. Un premier programme de transferts monétaires est mis en place en 2004, concernant les orphelins et enfants vulnérables (OVC). Sur la scène nationale, les violences post-électorales de 2008 mettent néanmoins en lumière la nécessité d'une accélération de la lutte contre la pauvreté. Deux autres programmes de transferts monétaires sont établis à cette période : un filet de sécurité contre la faim, qui débute en 2009 dans la partie semi-aride du pays, la plus touchée par ce problème, ainsi qu'un programme à l'attention des personnes âgées sans ressources qui débute dans trois districts pilotes (Ikiara, 2009).

La nouvelle constitution adoptée en 2010 affirme le droit de tous à une protection sociale adéquate. En parallèle, la pression internationale continue de croître à différents niveaux, depuis l'union africaine, avec l'établissement d'un cadre de politique sociale en 2009, le Bureau International du Travail, avec ses planchers nationaux de protection sociale en 2012 et les Nations Unies, avec le positionnement en pole position de la protection sociale dans les Objectifs de développement durable (Torm et al., 2022). Un quatrième programme de transferts monétaires est mis en place pour les personnes avec des incapacités sévères au tournant des années 2010. Une politique nationale de protection sociale est établie en 2011. La couverture du National Social Security Fund (NSSF), qui gère les contributions et allocations du système formel, est étendue aux travailleurs du secteur informel en 2013 (Torm et al., 2022). Une politique nationale ciblant les personnes âgées est développée en 2014, proposant à la fois des interventions dans les différents domaines considérés comme critiques pour les personnes âgées (pauvreté, santé, famille, nutrition, emploi...) et la coordination des actions de l'Etat, du secteur privé, et des organisations non gouvernementales dans ces actions (Republic of Kenya, 2014). Et en 2017, le gouvernement lance le programme *Inua Jamii 70+*.

Notons qu'à la fin de la dernière décennie, juste avant l'épidémie de Covid, c'est le gouvernement lui-même qui finance les quatre programmes de transferts monétaires mais les budgets alloués à l'assistance sociale demeurent maigres au regard du PIB : 24,4 milliards de KSh en 2018 ce qui représente alors environ 2% du PIB (KIPPRA 2018). En 2017, 1,2 million de ménages bénéficient de ces programmes dans l'ensemble du pays (GoK, 2017). Un nouveau programme et des budgets supplémentaires à son effet sont débloqués pendant la période de Covid-19.

Les politiques en place actuellement

Aujourd'hui le système de protection sociale comporte trois piliers complémentaires : la sécurité sociale, qui inclut les pensions, l'assistance sociale et l'assurance santé.

C'est le NSSF (National Social Security Fund) qui est en charge des pensions et des retraites dans le pays. Il prélève des cotisations mensuelles au taux de 6% aux travailleurs du secteur formel et à leur employeur pour financer la retraite. Ce système ne couvre à l'heure actuelle que 13% de la population (OIT, 2022b). Le BIT estime à 83% la part de l'emploi informel dans le pays (OIT, 2022a). Seuls 3% des travailleurs du secteur informel étaient couverts par un programme de sécurité sociale en 2019 selon l'Institut de Statistiques du pays (cité par Strupat, 2022). La simplification des procédures pour s'inscrire et cotiser, via téléphone mobile, pour les travailleurs du secteur informel, avec le programme *Haba Haba* mis en place en 2019, semble accroître progressivement le nombre de bénéficiaires (AISS, 2021a), avec selon eux plus de 500 nouveaux bénéficiaires chaque mois (ce qui demeure relativement faible par rapport à la taille de la population du pays).

L'assistance sociale est fondée sur un ensemble unifié de filets de sécurité, ciblant les personnes âgées, les personnes accueillant des orphelins ou des enfants vulnérables, et les personnes en situation de handicap. Ce programme à vocation universel, nommé *Inua Jamii*, est désormais développé dans les 47 *counties* du pays, de la capitale jusqu'à ses confins. Il consiste en des transferts monétaires de 4.000KSh pour deux mois (2000KSh par mois) entièrement financés par le gouvernement. Parmi les trois branches de ce programme, on peut noter la meilleure couverture de celui ciblant les personnes âgées de plus de 70 ans. En effet 833 000 bénéficiaires étaient officiellement enregistrés en 2020 (GoK, 2020), année pour laquelle les Nations Unies estiment la population âgée de 70 ans ou plus à 912 000.

A ce programme s'ajoute un autre programme de transferts monétaires destiné aux personnes en situation d'extrême pauvreté dans les zones arides et semi-arides. Là, le montant bimestriel est de 5400KSh.

En ce qui concerne l'assurance santé, la situation est peut-être en train de changer avec la passation récente de nouvelles lois en novembre 2023 (Makoni, 2023). A la fin de la dernière décennie, l'assurance santé comme le NSSF touchait principalement le secteur formel où les cotisations étaient obligatoires (Strupat, 2022). Désormais, le NHIF (National Health Insurance Fund) a vocation à couvrir les besoins de l'ensemble des résidents (Makoni, 2023). Il impose des cotisations à 2,5% des salaires dans le secteur formel et un plancher de cotisation de 300KSh/mois pour les autres.

Bilan spécifique des transferts monétaires au Kenya

Les lacunes de la couverture, l'irrégularité de paiements – notée en particulier dans les années marquées par la Covid (HRW, 2021) et le montant toujours faible des transferts monétaires effectués sous l'égide du programme *Inua Jamii*, dont le programme *Inua Jamii 70+* destiné aux personnes âgées, restent en question. Néanmoins différents travaux de recherche académique menés depuis la naissance de ces programmes de transferts monétaires au Kenya soulignent leurs effets positifs, et ce en particulier pour celui à destination des personnes âgées. Trois sont notables :

- Les transferts monétaires au Kenya, contrairement au Malawi et à ce que la littérature sur l'Afrique du Sud dit, permettraient aux jeunes adultes du ménage de partir, migrer, décohabiter (Soares, 2011). Ce travail porte au Kenya sur le programme de *cash transfers* à destination des ménages hébergeant des orphelins et des enfants vulnérables, au Malawi sur le test d'un programme de filet de sécurité pour les ménages les plus pauvres, dans les deux cas une partie sont des ménages dirigés par des personnes âgées.
- Les transferts monétaires ne permettent pas de vivre, les réseaux informels non plus, mais la régularité des transferts monétaires permet de développer l'insertion dans les cercles de crédit / d'épargne informels et ainsi, de mieux faire face aux chocs (Muiruri, 2013). Ainsi malgré le faible montant des transferts monétaires, ces sommes accumulées sur une année permettraient de faire face à des difficultés temporaires ou même d'investir et donc elles seraient à la base d'une trajectoire ascendante.
- Les transferts monétaires à destination des personnes âgées « ruissèlent » dans le sens où au-delà des bénéficiaires primaires ils permettent une meilleure prise en charge de la pauvreté dans son ensemble, car ils permettent à leurs bénéficiaires d'apporter du soutien à d'autres (Chepngeno-Langat et al., 2019).

Récemment entré dans les pays intermédiaires, avec une transition démographique débutant il y a une quarantaine d'années, le Kenya est engagé dans le processus de vieillissement de la population avec près de 5% de la population ayant plus de 60 ans en 2022. Le système de protection social contributif s'étend lentement au-delà des secteurs public et privé formel. Le pays a conforté depuis 2000 un système de filets de sécurité non contributifs pour lutter contre la pauvreté, qui est particulièrement développé en ce qui concerne les personnes âgées, avec plus de 90% des personnes de plus de 70 ans officiellement bénéficiaires. Les points positifs de ce système sont nombreux, en ce qui concerne les bénéficiaires eux-mêmes, comme leurs proches. Néanmoins, les irrégularités des versements, leurs très faibles montants et l'absence

de couverture avant 70 ans demeurent des points d'achoppement notés de ce système entièrement financé par l'Etat.

Maroc

L'indice de développement humain qui tient compte du niveau économique, de l'espérance de vie et du niveau d'instruction, était estimé à 0,683 au Maroc en 2021 par les Nations Unies (UNPD), ce qui positionne le pays 10^{ème} d'après l'indice de développement humain en Afrique.

Selon la Banque Mondiale, le Maroc est considéré comme un pays à Revenu intermédiaire de la tranche inférieure (*lower middle-income economies*). Le PIB par habitant y est deux fois plus élevé que la moyenne d'Afrique subsaharienne (3 456 USD en 2021), environ un quart du PIB provenant des recettes du tourisme. Selon la Banque Mondiale, le pourcentage de la population vivant dans l'extrême pauvreté (moins de 1,9 dollars par jour) est passé de 22,6% en 2015 à 11,1% en 2022, même si la pandémie de Covid a interrompu la tendance à la baisse. Le Maroc connaît un vieillissement de la population certes moins marqué qu'en Algérie ou en Tunisie, mais plus avancé que dans les pays d'Afrique subsaharienne. L'enjeu de la couverture sociale des plus âgés est donc important. La protection sociale au Maroc se distingue par un dispositif récent de couverture maladie pour les plus démunis, le RAMED, et par la diversité des organismes de retraite.

Les personnes âgées dans la population au Maroc

Le Maroc connaît une transition démographique marquée par le vieillissement accéléré de sa population. La baisse de la fécondité a joué un rôle important dans cette transition. En effet, au cours des trente dernières années, le nombre d'enfants par femmes est passée de 4,2 en 1990 à 2,3 en 2022. Selon le dernier Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH) de 2014, le nombre des personnes âgées de 60 ans et plus a connu une progression rapide passant de 2,4 millions en 2004 à 3,2 millions en 2014. En 2022, les Nations Unies estiment qu'elles sont 4,4 millions, soit une augmentation de 54 % en dix-huit ans et qu'elles seront près de 10 millions en 2050 et représenteront alors 22 % de la population contre 6% en 1982 et 12% en 2022 (Tableau 12).

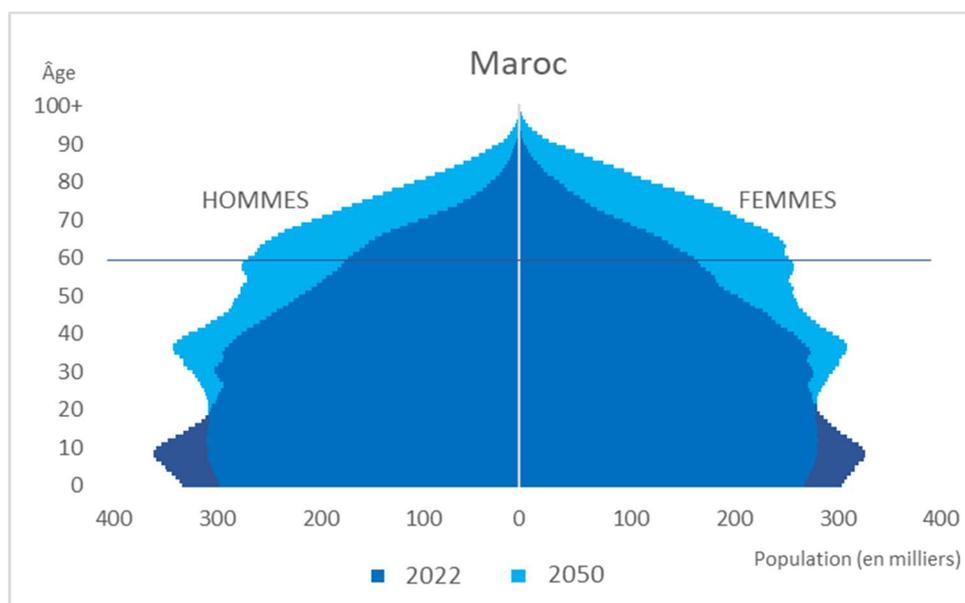
Tableau 12. Indicateurs démographiques pour le Maroc en 2000, 2022 et 2050

	2000	2022	2050
Population (en milliers)	28554	37458	45044
Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme)	2,8	2,3	1,9
Espérance de vie à la naissance (en années)	66,8	74,9	80,6
Effectifs de personnes âgées de 60 ans et plus (en milliers)	1879	4446	9950
Part des personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	6,6	11,9	22,1
Part des femmes parmi les personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	51,1	51,9	53,5

Source : Nations Unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

Au sein de la population des plus de 60 ans, les femmes sont actuellement légèrement majoritaires (52% en 2022). Les 60-64 ans représentent plus du tiers des plus de 60 ans (35%) tandis que les plus de 80 ans ne représentent que 8% du groupe. L'espérance de vie à la naissance, estimée à 75 ans en 2022, devrait atteindre 81 ans en 2050, ce qui aura un impact sur la structure par âge de la population avec une hausse de la part des plus âgés (Figure 8).

Figure 8. Structure par groupe d'âges et par sexe de la population âgée de plus de 60 ans au Maroc, Estimations 2022 et projections 2050



Source : Nations unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

La population âgée est inégalement répartie dans le pays (Sajoux et Macia, 2017). En 2014, d'après le recensement, dans la région de Beni Mellal-Khenifra, la région orientale, la région de Casablanca et celle de Fès-Meknès, plus de 10% de la population avait plus de 60 ans (proportion passée en 2021 à plus de 13% selon le site du Haut-Commissariat au Plan, HCP) tandis que celle de Dakhla-Oued Edahab ne comptabilisait que 3,5% de personnes âgées. Au recensement de 2014, six personnes âgées sur 10 (59,2%) résidaient en zone urbaine. Une part importante de ces personnes âgées étaient encore en activité : 18,8% étaient actifs occupés avec un écart important selon le sexe car cela concernait 34,8 % des hommes âgés contre 3,4 % des femmes âgées. Cette proportion différait aussi selon le milieu de résidence (15,1% en milieu urbain contre 24,0% en milieu rural, HCP, 2014). L'évolution de ces indicateurs sera à étudier à l'issue du prochain recensement de la population au Maroc de 2024. Celui-ci sera mené suivant une méthodologie profondément révisée et abordera davantage de sujets que les précédents. Le recensement comportera deux formulaires : l'un exhaustif afin de recenser les indicateurs démographiques classiques, l'autre, exhaustif dans les localités comportant moins de 2000 ménages et auprès de 20% de la population dans les autres, permettra d'intégrer de nouveaux sujets tels que les transports, l'utilisation des technologies de l'information et de la communication, ainsi que l'environnement, et la protection sociale.

La protection sociale des personnes âgées au Maroc

Le système de retraite au Maroc : pluralité des organismes de gestion et faible taux de couverture

Le pays se caractérise par l'existence de plusieurs organismes de gestion des prestations sociales. La couverture retraite est assurée par les caisses suivantes :

- La Caisse Marocaine des Retraites (CMR) qui couvre la population des salariés des administrations publiques ;
- La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) dont relève le personnel des entreprises privées et les non-salariés.

Ces deux caisses, la CNSS et la CMR regroupent la quasi-totalité des cotisants marocains. Mais il existe aussi :

- Le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR) qui assure la protection du personnel contractuel des administrations publiques ;
- La Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR) qui assure la couverture complémentaire du personnel du secteur privé, sur la base du volontariat.

Ces régimes sont contributifs.

Les conditions pour partir à la retraite concernant les salariés sont les suivantes : être âgé d'au moins 60 ans, cesser toute activité salariée, justifier d'au moins 3 240 jours de cotisation (soit environ 9 ans). Pour l'assuré comptant au moins 3 240 jours d'assurance, le montant mensuel de la pension est égal à 50 % du salaire moyen mensuel de l'assuré. Il peut être majoré de 1 % pour chaque période d'assurance de 216 jours accomplie en sus des 3 240 jours, sans toutefois dépasser 70 % du salaire mensuel de référence soit 4 200 dirhams (soit 390 euros en 2024) et ne peut être inférieur à 1 000 dirhams par mois (CLEISS, 2024). Particularité du régime concernant les salariés : un assuré, ou ses ayants-droits en cas de décès, peut bénéficier du remboursement de ses cotisations salariales à la branche des pensions, actualisées, s'il a atteint l'âge de la retraite, a cessé toute activité salariée, mais n'a pas cumulé 3 240 jours de cotisations, et ne s'est pas ouvert de droits à pension de vieillesse ou d'invalidité. Pour les non-salariés, l'âge de départ à la retraite est fixé à 65 ans, il s'agit d'un régime à cotisations définies. Les droits sont exprimés en points et le niveau de la pension dépend de l'effort de contribution et de la durée de cotisations de chaque assuré (CLEISS, 2024).

Mais finalement, du fait du travail informel, de la faible participation des femmes au marché du travail, notamment par le passé, et des durées de cotisation insuffisantes, le taux de couverture global de la population âgée est encore limité puisque seulement 15,8% des femmes âgées et

41,1% des hommes âgés perçoivent une pension en 2021 (Haut-Commissariat au Plan). Plusieurs facteurs expliquent cette situation et cet écart : les personnes travaillant dans le secteur agricole ou en tant qu'indépendant ne sont encore éligibles à aucun régime de retraite. De plus même le régime de base pour les travailleurs salariés ne fonctionne pas non plus de manière satisfaisante puisque la moitié des salariés ne cotiseraient pas (Rhomari, 2018) ou seulement pendant de courtes durées et non tout au long de leur carrière. Les femmes sont particulièrement touchées, d'emblée par leur beaucoup plus faible taux de participation officiel au marché du travail, et par le fait qu'elles connaissent encore plus d'alternances entre travail salarié, informel, emploi indépendant et inactivité.

La saisonnalité du travail dans le secteur agricole ne permet pas par exemple au travailleur d'être déclaré sur une longue période pour pouvoir avoir une bonne retraite. Selon le rapport du conseil économique, social et environnemental de 2018, « *un salarié sur deux est déclaré pour une durée inférieure à six mois sur douze à la CNSS ; il lui faudra donc deux fois plus de temps qu'un salarié régulier pour obtenir le droit à une pension de retraite. Seules 15% de femmes dans ce secteur et 37% d'hommes sont déclarés 12 mois sur 12. Un quart des assurés est déclaré pour une période moyenne inférieure à six mois* » p.73. La proportion des actifs cotisants reste faible pour assurer la soutenabilité et le développement du système, la part importante de l'emploi informel constitue un frein au financement du système de retraite. Plusieurs recherches avaient montré au tournant des années 2010 (Dupuis et al., 2009, 2010 ; Lagoutte et al., 2011) que l'augmentation du nombre de retraités et le ralentissement de la croissance du nombre des cotisants aux régimes de retraite impactaient la soutenabilité financière du régime de retraite et limitaient les perspectives d'un déploiement plus important et d'augmentation du niveau des pensions.

Par ailleurs, il existe des inégalités de pension de retraites entre personnes âgées. En effet, les « taux de rendement » des cotisations diffèrent largement selon l'âge de l'affilié et son historique salarial (Rhomari, 2018). Les inégalités sont également visibles d'un organisme de gestion de retraite à l'autre ; les mêmes conditions dans les différents organismes ne donnant pas accès aux mêmes droits (Rhomari 2015). Si dans le secteur privé 26% des pensions sont inférieures à 1000 dirhams (entre 90 et 100 euros), dans le secteur public la pension minimum se situe autour de 1500 dirhams soit 135 euros (Conseil économique, social et environnemental du Maroc, 2018).

La couverture médicale des personnes âgées : Le RAMED, une couverture médicale pour les plus démunis, dont les personnes âgées

Le système de santé marocain repose sur deux assurances qui ont vocation à couvrir l'ensemble de la population. Le plus ancien, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), est un système contributif et obligatoire pour personnes exerçant une activité tant dans le secteur privé que public.

Une couverture médicale de base appelée le régime d'assistance médicale (RAMED), non-contributive, est destinée aux personnes pauvres et vulnérables. Il a d'abord été expérimenté localement de 1998 à 2011 (Samuel, 2022), et il est généralisé à tout le Maroc depuis 2011-2012 (Amar et Sajoux, 2018). L'offre est soumise à conditions de ressources, les personnes composant le ménage doivent disposer d'un revenu annuel égal ou inférieur à un certain seuil, différent en milieu rural et en milieu urbain.

Selon le rapport annuel de 2016 de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie, les personnes âgées représentaient 12% des bénéficiaires du régime RAMED. Selon les données de l'Enquête nationale sur les sources de revenu (ENSR) de 2019, près des deux tiers des personnes âgées de 60 ans et plus (64,8%) bénéficient d'une couverture médico-sanitaire par un système d'assurance-maladie y compris le RAMED. Une différence d'accès aux soins est visible selon le lieu de résidence : 70,1% des hommes âgés ont une couverture médicale contre 60,1 % des femmes âgées, et 70,4 % des citadins contre 55,4% des ruraux. Ces données montrent que le RAMED a permis d'apporter une couverture à certaines personnes âgées mais il reste tout de même un tiers des personnes âgées sans couverture maladie, malgré le RAMED. Parmi les facteurs de cette situation, complexité ou dysfonctionnements du dispositif –plusieurs recherches ont montré que des difficultés financières entachent le bon fonctionnement du programme (Moustatraf, 2018 ; Ferrie, et al. 2019)–, non-recours, situations de non droits ni au Ramed ni à l'AMO, lorsque le ménage dispose d'un revenu supérieur au seuil mais que la personne n'a pas contribué à l'AMO.

Le Régime d'Assistance Médicale (RAMED) a permis d'alléger la contribution des ménages aux dépenses de santé, mais la part de paiements directs des ménages et de la non prise en charge reste élevée. Or la croissance de la proportion des personnes âgées, aux besoins importants et spécifiques de prestations de santé, va constituer un véritable défi de financement des dépenses de santé (Ferrie, et al., 2018, 2019 ; Yacine, 2022), et également d'offres de soins adaptées aux personnes âgées et d'institutions dédiées (Amar & Sajoux 2018). Selon le rapport statistique de 2020 de la Caisse nationale de sécurité sociale, la consommation de soins de la tranche d'âge 55-74 ans représente en effet près de 65% des dépenses de l'assurance maladie obligatoire.

La couverture sociale des personnes âgées, et notamment des femmes, par une pension de vieillesse (moins de la moitié des personnes âgées en perçoivent une), comme par une couverture maladie (deux tiers en sont bénéficiaires), reste encore incomplète, malgré des dispositifs institutionnels qui existent, mais sans réussir à atteindre toute la population. Selon Maria Rhomari (2028), le système actuel est mal calibré car « la part de l'emploi public dans l'emploi formel total est en baisse et laisse progressivement place à un emploi privé, largement informel, avec des mécanismes de protection peu efficaces. En l'absence de filet de sécurité, cette évolution risque de voir basculer de plus en plus de personnes âgées dans la pauvreté. Pour éviter cela, l'extension de la couverture retraite doit passer à la fois par la création de régimes adaptés aux caractéristiques et aux activités des travailleurs indépendants, en luttant contre la sous-déclaration et la fraude sociale qui limitent la couverture des travailleurs salariés et par la mise en place d'une pension minimum non contributive couvrant les personnes âgées les plus pauvres. Un développement de la protection sociale des personnes âgées représente donc un enjeu important, souligné régulièrement par les travaux du Haut-Commissariat au Plan et du Conseil Economique, Social et Environnemental, ainsi que par la Cour des Comptes qui préconise un élargissement du régime obligatoire aux travailleurs non-salariés et la création d'un régime complémentaire pour eux, mais sans que des changements majeurs ne soient décidés, dans un pays où le vieillissement est assez rapide et où le nombre des 10 millions de personnes âgées est attendu à horizon 2050.

Sénégal

L'indice de développement humain qui tient compte du niveau économique, de l'espérance de vie et du niveau d'instruction, était estimé à 0,511 au Sénégal en 2021 par les Nations Unies (UNPD), soit un niveau de développement humain relativement faible (170^e sur les 191 pays classés). Au Sénégal, comme dans de nombreux pays de cette catégorie, les programmes de développement ont surtout mis l'accent sur les besoins en termes de santé reproductive de manière à réduire la mortalité des enfants et la fécondité. Toutefois, les programmes se sont diversifiés au 21^e siècle avec notamment un programme de gratuité des soins à destination des plus de 60 ans qui a été mis en place en 2006, ce qui en fait un des rares pays africains à afficher une attention particulière aux personnes âgées.

Les personnes âgées dans la population du Sénégal

La population sénégalaise est estimée à 17 millions en 2022. La fécondité est élevée mais en baisse puisque le nombre d'enfants par femme est passé de 5,5 en 2000 à 4,3 en 2022. De ce fait, la population est jeune, même si l'espérance de vie a beaucoup augmenté au début du 21^e siècle puisqu'elle est passée de 57 ans en 2000 à 68 ans en 2022. À cette date, 41% ont moins de 15 ans, 54 % ont entre 15 et 60 ans et les personnes âgées de plus de 60 ans ne représentent donc que 5 % de la population, une population majoritairement féminine (59%) (Tableau 13, Figure 9).

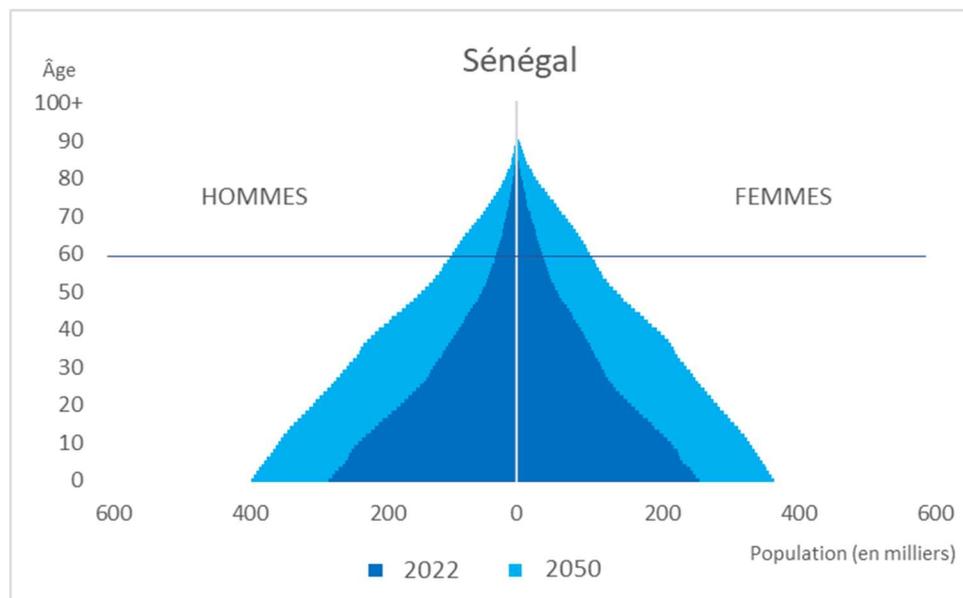
Toutefois, la population âgée va augmenter dans les deux décennies à venir, en effectifs comme en proportion, puisque la fécondité devrait continuer de baisser jusqu'à 3 enfants par femme en 2050 date à laquelle l'espérance de vie devrait atteindre 76 ans. Ainsi, en 2050, le pays devrait dénombrer 33 millions d'habitants dont 8% de plus de 60 ans.

Tableau 13. Indicateurs démographiques pour le Sénégal en 2000, 2022 et 2050

	2000	2022	2050
Population (en millions)	9,7	17,3	32,6
Indice synthétique de fécondité (nombre moyen d'enfants par femme)	5,5	4,3	3,1
Espérance de vie à la naissance (en années)	56,9	67,9	76,4
Effectifs de personnes âgées de 60 ans et plus (en millions)	0,5	0,8	2,8
Part des personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	5,5	4,6	8,6
Part des femmes parmi les personnes âgées de 60 ans et plus (en %)	53,8	58,3	57,3

Source : Nations Unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

Figure 9. Structure par âge et sexe de la population du Sénégal, estimations 2022 et projections 2050



Source : Nations Unies, 2022. Pour 2050, projections selon le scénario moyen des Nations Unies.

La protection sociale des personnes âgées au Sénégal

Les systèmes de retraite

Deux institutions s'occupent des régimes de retraite dans le pays : les anciens salariés du secteur privé sont couverts par l'institution de Prévoyance Retraite du Sénégal (IPRES), les retraités de la fonction publique par le Fonds National Retraite (FNR).

S'agissant du secteur privé qui est majoritaire, en 2021, pour pouvoir bénéficier d'une pension de retraite de l'IPRES, il faut avoir 60 ans (ou 55 ans en cas de travail pénible), cessé toute activité salariée, et cotisé pendant au moins 120 mois ou comptabilisé un nombre de points de retraite équivalent, soit 1000 points. Le montant de l'allocation de retraite est calculé sur la base des points inscrits au compte de l'assuré. Un montant de pension de vieillesse minimum est fixé (35 000 francs CFA, soit 53 euros par mois) qui devrait correspondre au salaire minimum légal, mais sans revalorisation. Or, il correspond en 2023 à environ la moitié de ce salaire minimum. En cas d'anticipation, à partir de 55 ans, la pension de retraite est réduite proportionnellement au nombre de trimestres non travaillés. Si l'assuré ne comptabilise pas l'ensemble des points de retraite requis au moment de son départ en retraite, il peut demander à bénéficier d'un versement unique d'un montant fixé.

Les veufs et veuves peuvent aussi prétendre à une pension de survivant qui s'élève à 50% de la pension, les premiers sous condition de ressources et les dernières sans conditions. Dans les familles polygames, les coépouses qui se retrouvent veuves doivent se diviser la pension du survivant (Niyonsaba, 2018).

D'après l'OIT, 30 % des personnes âgées après l'âge de la retraite touchaient une pension en 2019. L'importance du secteur informel et l'absence de cotisations sociales pour bénéficier d'une pension retraite explique cette situation, toutefois, cette couverture, bien que partielle et faible (Niyonsaba, 2018), reste plus élevée que dans la plupart des pays d'Afrique de l'Ouest et centrale.

Une protection sociale globalement très axée sur la santé

Des programmes de protection sociale existent à destination des populations les plus vulnérables : un programme national de bourse de sécurité familiale (PNBSF) qui met à disposition des ménages identifiés comme étant en situation d'extrême pauvreté, des *cash transfers* ou encore la carte d'égalité des chances (CEC) qui est un système de protection sociale initié en 2012 à destination des personnes porteuses d'un handicap en incapacité de travailler. Cependant, la plupart des programmes sont destinés à garantir un accès à la santé : avec notamment la gratuité des soins pour les enfants de 0-5 ans, la prise en charge de certaines pathologies ou traitements (VIH, tuberculose, insuffisance rénale, césariennes), et enfin le programme de gratuité des soins de plus de 60 ans (plan Sésame) lancé en 2006.

En 2012, le gouvernement sénégalais a lancé le programme de couverture maladie universelle (CMU) dont l'objectif est d'étendre la couverture à l'ensemble de la population, via les systèmes de protection sociale déjà mentionnés mais aussi la mise en place de systèmes de mutuelle communautaire basées sur le volontariat des cotisants et le bénévolat des gestionnaires. En 2016, il existait plus de 650 mutuelles à l'échelle des communes réparties dans les différents départements du pays mais le taux d'inscription reste très faible et les difficultés organisationnelles nombreuses (Daff et al., 2020 ; Alenda et Boidin, 2021). Face à ce constat, le gouvernement a mis en place des unions départementales d'assurances maladies (UDAM) pour que les mutuelles soient gérées au niveau départemental et non plus communal (Ridde et al., 2022).

Le plan Sésame : une politique de soins gratuit pour les personnes âgées

Le Sénégal est un des rares pays africains à avoir mis en place un programme de protection destiné à l'ensemble de personnes âgées : lancé en 2006 le plan Sésame doit fournir un accès gratuit aux soins de santé pour les personnes âgées dans les structures de santé publiques.

Le plan Sésame est une initiative innovante. Il concerne 100% des charges médicales (considérées comme essentielles et hors prévention) pour les personnes qui ne sont pas couvertes par une sécurité sociale et doivent payer la totalité de leurs dépenses de santé et couvre la part dévolue au patient pour ceux bénéficiant d'une autre prise en charge par ailleurs. Pour en bénéficier, il faut remplir deux conditions : disposer d'une carte nationale d'identité sénégalaise numérisée ; et respecter la « pyramide sanitaire » (i.e. consulter en premier lieu dans les structures de soins primaires (poste ou centre de santé), ne se présenter à l'hôpital que si on y est référé ou en urgence, et ne réaliser d'examen paracliniques que sur prescription par les praticiens des structures de santé publiques). Les prestations de soins prises en charge sont les consultations, médicaments et traitements considérés comme essentiels. La prise en charge gratuite des personnes âgées reste toutefois problématique et le programme est régulièrement mis en question. Aucune concertation entre les différentes parties prenantes (des praticiens médicaux, des directeurs des hôpitaux et des gestionnaires de la santé) du plan n'a été menée pour sa mise en place (Mbaye et al., 2012, 2013 ; Kâ et al., 2016b). Les structures de santé se sont par exemple vues imposer la décision de fournir gratuitement un ensemble de prestations alors que les sommes allouées ne parvenaient pas à couvrir l'ensemble des dépenses engagées par les hôpitaux. En effet, dès la première année de mise en œuvre, l'ensemble des contributeurs n'ont pas répondu à l'appel de financement et le programme était déficitaire (Kâ et al., 2016b). Les délais de compensation des dépenses engagées par les hôpitaux par l'État ont privé ces structures d'une part de leurs ressources et créé des déséquilibres budgétaires dans leur gestion. Les structures de santé sont remboursées des prestations avec de nombreux mois de retard (Mbaye, 2013) et sa mise en œuvre est variable selon les structures sanitaires, en fonction des moyens dont elles disposent pour fonctionner (Ferrié et al., 2019). Certaines structures n'appliquent plus le plan Sésame, et celles qui l'appliquent sont submergées de patients (Mbaye et al., 2012, 2013 ; Kâ et al., 2016b). Dans les structures de santé, le système de préfinancement par la patientèle prévaut : aucune structure de santé ne fournit gratuitement les médicaments. On estime que 73 % du coût médical est encore à la charge des patients eux-mêmes (Ferrié et al., 2019). Et pourtant, le plan Sésame dans son application permettrait de réduire les montants des dépenses de santé de 50 % pour les personnes âgées souffrant d'hypertension artérielle et/ou diabète, par exemple (Mbaye et al, 2012).

Environ 4 % du PIB du pays était consacré en 2020 à la protection sociale pour la population dans son ensemble, ce qui est à peine plus élevé que la moyenne de la région subsaharienne. Toutefois, l'ensemble des dépenses sociales (santé et retraite) à destination des personnes âgées est de 2,1% contre 0,9% pour la région (OIT, 2022a). Malgré le positionnement du Sénégal du point de vue de son IDH et le fait que l'emploi informel reste très important (90% des personnes d'âge actif) avec une faible part de personnes d'âge actif cotisant pour la retraite (14,7 %), un tiers des personnes âgées toucheraient une pension en 2019, ce qui n'est pas négligeable. Le gouvernement affiche depuis le début des années 2000 une attention particulière aux personnes âgées avec de nombreux dispositifs mis en œuvre, en particulier le Plan Sésame et la CMU. Malgré les limites et défaillances de l'ensemble de ces programmes, le Sénégal se démarque des pays de la région par une forte volonté de mettre en place des politiques de protection sociale envers les personnes âgées, au-delà d'un affichage purement politique.

Conclusion

Bien que tous les décideurs africains n'en perçoivent pas encore les enjeux, l'Afrique est appelée à faire face au vieillissement annoncé de sa population. L'effectif croissant des personnes âgées devra nécessairement entraîner la mise en place des politiques publiques permettant de répondre à leurs besoins. Le premier défi est assurément l'extension de la couverture sociale avec actuellement le plus faible taux de couverture sociale au monde soit 17% de la population (OIT, 2021a). Ce faible taux s'explique en partie par l'importance de l'économie informelle ne permettant pas le développement plus large d'un système contributif de protection sociale, plus particulièrement, en zone rurale où les habitants exercent très souvent dans l'agriculture et ne paient donc aucune cotisation sociale. Il est désormais question de consolider les politiques publiques permettant de favoriser l'extension de la protection sociale à une plus grande part de la population aussi bien dans les zones rurales qu'urbaines.

Cependant, l'évolution des systèmes de protection sociale des personnes âgées (santé et retraite) repose sur deux piliers actuellement encore très incertains et qui ont été autant de préalables à leur expansion.

D'une part, le bon recouvrement et utilisation des recettes fiscales pour le financement de la protection sociale est un enjeu majeur pour la soutenabilité et l'extension des systèmes de protections existants des États africains. Un plus grand couplage entre couverture retraite et couverture maladie semble important à promouvoir, d'autant plus qu'avec l'âge, les besoins de dépenses de santé vont croissants et pèsent encore très souvent sur les familles. Ceci rejoint les programmes de couverture maladie universelle, dont les personnes âgées pourraient figurer parmi les premiers bénéficiaires, avec les enfants, même si l'accent doit être mis sur l'accès aux soins de santé pour tous les âges sur le continent. Une meilleure couverture santé pour tous et toutes permettra en effet davantage de prévention et une meilleure qualité de vie au grand âge sur le continent.

D'autre part, à considérer deux précédents historiques de mise en œuvre de politiques publiques en la matière, que ce soit l'Europe ou la Chine, c'est la croissance soutenue d'un mode de développement industriel et manufacturier qui a permis la mise en place de ces politiques publiques, évolution progressive en Europe (entre la mise en place du modèle bismarckien à la fin du 19^e siècle et celle du Welfare state et de l'Etat Providence au 20^e siècle), plus ramassée et dynamique depuis les années 2000 en Chine. Or, sur le continent africain, ce modèle économique générant du salariat formel ne s'est pas développé et qui plus est, les conséquences du changement climatique font émerger des questionnements sur le modèle

de développement futur du continent, rendant encore plus aigüe la difficulté à penser et développer les politiques publiques du vieillissement, au moment où elles s'avéreront de plus en plus nécessaires.

Bibliographie

AISS (2021a).

Priorité pour la sécurité sociale, tendance défis et solutions. Genève, Association Internationale de la sécurité sociale.

AISS (2021b).

Étendre et préserver la couverture de la sécurité sociale - Afrique. Genève, Association Internationale de la sécurité sociale.

Albert, C. & Nortier Ribordy, F. (2020).

Modalités de pilotage d'un système de retraite et réponses à des chocs démographiques et économiques: Illustrations sur une maquette simplifiée d'un système de retraite en répartition. *Revue de l'OFCE*, 170, 345-376.

Alenda, J., Boidin, B. (2021).

Les mutuelles de santé communautaires au Sénégal : une forme d'économie sociale et solidaire? In : Ridde V. (eds) *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ? Réformes en Afrique subsaharienne.* Éditions science et bien commun.

Alenda-Demoutiez, J. (2017).

Les mutuelles de santé au Sénégal face aux difficultés de coordination de leurs acteurs. *Revue internationale de l'économie sociale* 345 : 69-83.

Amar, M. & Sajoux, M. (2018).

Politiques sociales, vieillesse et vulnérabilité au Maroc. Dispositifs actuels et transformations en cours. In : Golaz V., Sajoux M. (eds.) (2018). *Politiques publiques et vieillesse dans les Suds.* Les Impromptus du LPED n°4. Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU-IRD), Marseille, 347 p.

Antoine, P. (Ed.). (2007).

Les relations inter-générationnelles en Afrique : approche plurielle (p. 255). Ceped.

Antoine, P. & Golaz, V. (2010).

Vieillir au Sud: une grande variété de situations. *Autrepart*, (1), 3-15.

Attanasio, O. P., & Weber, G. (2010).

Consumption and saving: models of intertemporal allocation and their implications for public policy. *Journal of Economic literature*, 48(3), 693-751.

Banque Mondiale (2012).

Safety Nets: Cash Transfers. Africa Social Protection Policy Briefs.

Barrientos, A. (2008).

Nouvelles stratégies pour la sécurité du revenu des personnes âgées dans les pays à bas revenus. Rapport technique, Association internationale de sécurité sociale, 15 p.

Barrientos, A. & Hulme, D. (2009).

Social Protection for the Poor and Poorest in Developing Countries: Reflections on a Quiet Revolution, *Oxford Development Studies*, 37, 439-456. 10.2139/ssrn.1265576.

Berthe, A., Berthé-Sanou, L., Konaté, B. et al. (2013).

Les personnes âgées en Afrique subsaharienne : une population vulnérable, trop souvent négligée dans les politiques publiques. *Santé Publique*, 25, 367-371.

Briaud, T. (2015).

Les associations de personnes âgées au Burkina Faso : négociation d'un « droit à jouer » ou constitution d'un groupe de défense des intérêts de la vieillesse ? *Mondes en développement*, 171, 65-82.

Briaud, T. (2018).

Les régimes de prévoyance sociale au Burkina Faso, Sénégal et Togo : consolidation budgétaire, extension de la couverture et intégration régionale. In Golaz V., Sajoux M. (eds.) *Politiques publiques et vieillesse dans les Suds.* Les Impromptus du LPED n° 4. Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU-IRD), Marseille, 347 p.

Briaud T. (2019).

« La lutte des places. Exemples de fratries burkinabè en milieu rural », *Gérontologie et société*, 41(158), 71-84.

BUCREP (2010).

État et structure de la population, Volume 3, Tome 1, 3^{ème} RGPH, République du Cameroun.

Chemouni, B. (2021).

Les dynamiques politiques et couverture de santé universelle: pouvoir, idées et mutuelles de santé communautaires au Rwanda. In Ridde V. *Vers une couverture sanitaire universelle en 2030 ?* Éditions science et bien commun.

Chepngeno-Langat, G., van der Wielen, N., Evandrou, M., Falkingham, J. (2019).

“Unravelling the wider benefits of social pensions: Secondary beneficiaries of the older persons cash transfer program in the slums of Nairobi”, *Journal of Aging Studies* 51, <https://doi.org/10.1016/j.jaging.2019.100818>

Conseil Économique, Social et Environnemental (2018).

Rapport sur la protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales, 144 p.

Coumé, M., Touré, K., Thiam, M.H. et al. (2012).

Estimation de la prévalence du déficit cognitif dans une population de personnes âgées sénégalaises du Centre médico-social et universitaire de l'Institution de prévoyance retraite du Sénégal. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*, 10(1), 39-46. [doi:10.1684/pnv.2012.0334](https://doi.org/10.1684/pnv.2012.0334)

Daff, B.M., Diouf, S., Diop, E.S.M., et al. (2020).

Reforms for financial protection schemes towards universal health coverage, Senegal. *Bull World Health Organ* 98:100-8.

Delpy, L. (2022).

Analyse comparative des régimes de protection sociale en Afrique subsaharienne, *Canadian Journal of Development Studies / Revue canadienne d'études du développement*, 43(2), 176-199.

Diop, M. A. (2019).

« Encore un luxe! » L'assurance volontaire chez les travailleurs précaires à l'ère de la couverture maladie universelle au Sénégal. *Émulations: Revue des jeunes chercheuses et chercheurs en sciences sociales*.

Djouda Feudjio Y. & Leumaleu-Noumbissie U. (2019).

Accessibilité sanitaire chez les personnes âgées en milieu rural au Cameroun. *Gérontologie et société* 41(158) : 41-55.

Dupuis, J. M., El Moudden, C. & Pétron, A. (2009).

Régimes de retraite, inégalités de revenu et redistribution au Maghreb. *Région et développement* 30 : 177-194.

Dupuis, J. M., El Moudden, C. & Pétron, A. (2009).

Régimes de retraite, inégalités de revenu et redistribution au Maghreb. *Région et développement* 30 : 177-194.

Dupuis, J.-M., El Moudden, C. & Pétron, A. (2010).

Les systèmes de retraite du Maghreb face au vieillissement démographique. *Revue française d'économie*, 25, 79-116. <https://doi.org/10.3917/rfe.101.0079>

Dupuis, J.-M., El Moudden, C., Hammouda, N. et al. (2011).

L'impact des systèmes de retraite sur le niveau de vie des personnes âgées au Maghreb *Économie et statistique*, 441-442, 205-224.

Durán-Valverde F., Borges J. (2015).

Cabo Verde : Universal Pensions or Older Persons, *Policy Brief*, Social Protection Department, International Labour Office.

Durán-Valverde F. (2013).

Innovations en matière d'extension de la couverture de sécurité sociale aux travailleurs indépendants : les expériences du Brésil, du Cap-Vert, de la Colombie, du Costa Rica, de l'Équateur, des Philippines, de la France et de l'Uruguay, Genève, OIT.

ELAT (2021).

« Essai de modélisation de l'accessibilité physique aux services de santé dans la région de l'ouest-Cameroun », *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, Vol. 4, No. 8, Déc. 2021, pp. 53-70.

El Khoudri, N., Macia, E., Sajoux, M. & Baali, A. (2020).

Vieillesse en Afrique : santé et qualité de vie. *Pensée plurielle* 52 : 9-23.

El Moudden C. & Hammouda N. (2018).

Le système de retraite algérien à la croisée des chemins. In Golaz V., Sajoux M. (eds.) *Politiques publiques et vieillesse dans les Suds*. Les Impromptus du LPED n°4. Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU – IRD), Marseille, 347 p.

Eyinga Dimi, E.C. (2011).

Situation socio-économique des personnes âgées au Cameroun: État des lieux et facteurs explicatifs. In Acte du Colloque international de Meknès " Vieillesse de la population dans les pays du sud". Maroc.

Eyinga Dimi, E.C. (2014).

Les personnes âgées dans les politiques sociales en Afrique : état des lieux, enjeux et défis, Actes du XVIIe colloque international de l'AIDELF sur Démographie et politiques sociales, Ouagadougou, novembre 2012, 16 p.

Fall, A. S. (2017).

Évolution des besoins et de la demande en sécurité sociale en Afrique (conference paper, Regional Social Security Forum for Africa, Addis Ababa, Ethiopia, 23–25 October).

Ferrié, J.N. & Omary, Z. (2019).

La trappe des décisions irréflechies : le Régime d'assistance médicale au Maroc (RAMed) et le Plan Sésame au Sénégal. *Mondes en développement*, 187, 15–28. <https://doi.org/10.3917/med.187.0015>

Ferrié, J.N., Omary, Z. & Serhan, O. (2018).

Le Régime d'assistance médicale (RAMed) au Maroc : les mécomptes du volontarisme et de l'opportunisme. *Revue française des affaires sociales* 1 : 125–143.

Fonds Monétaire International (2022).

« Entreprises publiques et distorsions sectorielles au Cameroun : effets sur la croissance et les finances publiques du pays », *Questions générales*, Mai 2022.

Gaimard M. (2018).

Profil socio-économique des personnes âgées en République Démocratique du Congo. In Golaz V., Sajoux M. (eds.) *Politiques publiques et vieillesse dans les Suds*. Les Impromptus du LPED n°4. Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU-IRD), Marseille, 347 p.

Gbongue, K. F. (2017).

Outils actuariels adaptés au pilotage technique des risques en Afrique subsaharienne francophone: application aux régimes de retraite (Doctoral dissertation, Université de Lyon).

Gentilini, U. et al. (2020).

Social protection and jobs responses to COVID-19: A real-time review of country measures. Washington, DC, World Bank.

Golaz, V. (2013).

La dépendance en Afrique : Prise en charge familiale et accès aux soins de santé. *Gérontologie et société*, 36(145–2), 77–89.

Golaz, V., Nowik, L., Sajoux, M. (2012).

L'Afrique, un continent jeune face au vieillissement, *Population & Sociétés*, 491, 4 p.

Golaz V. & Sajoux M. (eds.) (2018).

Politiques publiques et vieillesse dans les Suds. Les Impromptus du LPED n° 4. Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU-IRD), Marseille, 347 p.

Goldman, M., Woolard I., et Jellema J. (2020).

The Impact of Taxes and Transfers on Poverty and Income Distribution in South Africa 2014/2015, Research Paper No. 198. Paris: Agence française de développement.

Government of Kenya, (2020).

Baseline Survey Report of Kenya's Inua Jamii 70 Years and Above Cash Transfer Programme, Ministry of Labour and Social Protection, 61p.

Government of Kenya, (2017).

Kenya Social Protection Sector Review 2017, <https://nsps.socialprotection.go.ke/about-sps/206-kenya-social-protection-sector-review>

Government of Kenya, (2014).

National Policy on Older Persons And Ageing, 27p. https://partners-popdev.org/ageing/docs/National_Policy_on_Older_Persons_and_Ageing_Kenya.pdf

Hane, F., Ka, A. (2014).

Vieillesse et handicap, la prise en charge des personnes âgées dépendantes à Dakar : in Boetsch, G. et al. (eds.) *Santé et société en Afrique de l'Ouest*. Paris, Centre national de la recherche scientifique.

Human Rights Watch, (2021).

"We Are All Vulnerable Here". *Kenya's Pandemic Cash Transfer Program Riddled With Irregularities*, Human Rights Watch.

Hussein, S. (2016).

Ageing in the Middle East and North Africa: Towards a new model of care (Conference paper, Fourth International Conference on Evidence-based Policy in Long-term Care, London, 4–7 September). London.

Ikiara G.K., (2009).

Political Economy of Cash Transfers in Kenya, A Report prepared for the Overseas Development Institute, 34 p.

Institut National de la Statistique du Cameroun (INS), (2014).

« Quatrième enquête camerounaise auprès des ménages (ECAM-4) : Tendances, profil et déterminants de la pauvreté au Cameroun entre 2001-2014.

Kâ, O., Gaye, A., Mbacké Leye, M.M. et al. (2016 a).

Personnes âgées et prise en charge préventive des pathologies gériatriques en milieu africain. *Gériatrie Psychologie Neuropsychiatrie Vieillesse*, 14(4), 363-70. doi:10.1684/pnv.2016.061

Kâ, O., Mbaye, E.H., Mbacké Leye M.M. et al. (2016 b). Plan Sésame au Sénégal : limites de ce modèle de gratuité, *Santé Publique*, 28(1), 91-101.

Kahou Nzouyem, J.L. (2021). Géographie du vieillissement : approche de la vulnérabilité des personnes âgées et stratégies de prise en charge en milieu rural à l'ouest-Cameroun, thèse de doctorat, université de Dschang, 475 p.

Kenya National Bureau of Statistics (2020). *Kenya national Population and housing census 2019*, vol. III.

King K. (1996). *Jua Kali Kenya: change & development in an informal economy, 1970-95*, Athens: Ohio University Press.

KIPPRA (2018). *Social Protection Budget Brief*, Kenya Institute for Public Policy

Research and Analysis Policy brief no.67, 16 p.

Kouamé, A. (1990). Vieillesse de la population en Afrique. Rapport CRDI, 229 p.

Kpessa, M. (2011). Analyse comparative des reformes des pensions au Ghana et au Nigeria des difficultés rencontrés, *Revue internationale de sécurité sociale*, 64(2), 101-120

Lagoutte, C. & Legsayer, L. (2011). L'impact du vieillissement de la population sur le système de retraite au Maroc. In : Vieillesse de la Population dans les pays du Sud, Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées... État des lieux et perspectives, Actes du Colloque International de Meknès (pp.17-19).

Lautier, B. (2012). La diversité des systèmes de protection sociale en Amérique latine, *Revue de la Régulation*, 11, 0-33.

Lautier, B. (2013). Universalisation de la protection sociale et protection des plus vulnérables, *Revue Tiers Monde* 214(2), 187-217.

Lefèvre, C. (2018a). Vers l'universalité des pensions de vieillesse au Cap-Vert ?, *Revue Française des Affaires Sociales*, 1, 179-195.

Lefèvre, C. (2018b). « Cap Vert : vers une pension de vieillesse universelle », In Golaz V., Sajoux M. (eds.) *Politiques publiques et vieillesse dans les Suds*. Les Impromptus du LPED n°4. Laboratoire Population-Environnement-Développement, UMR 151 (AMU-IRD), Marseille, 347 p.

Levine S., Socpa A., Both N., Salomon H., Fomekong F. (2022). Intégrer l'aide aux personnes déplacées dans un système de protection sociale au Cameroun. Un idéal, mais qui profite à qui ? Rapport pour l'Overseas Development Institute, ODI, mai 2023.

Lèye, M.M.M., Diongue, M., Faye A. et al. (2013). Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « Plan Sésame » au Sénégal. *Santé Publique* 25 : 101-106.

Lloyd-Sherlock, P. (2019). Long-term care for older people in South Africa: The enduring legacies of apartheid and HIV/AIDS, *Journal of Social Policy*, 48(1), 147-167. doi:10.1017/S0047279418000326

Lloyd-Sherlock, P., Barrientos, A., Moller, V. & Saboia, J. (2012). Pensions, poverty and well-being in later life: comparative research from South Africa and Brazil, *Journal of Aging Studies* 26(3), 243-252.

Lloyd-Sherlock, P., Minicuci, N., Beard, J. (2014). Hypertension among older adults in low- and middle-income countries: prevalence, awareness and control, *International Journal of Epidemiology* 14(1), 116-128.

Makoni M. (2023). "New laws bring major reform to

Kenyan health care”, *The Lancet*, Vol 402 November 4, 2023
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02451-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02451-0)

Masquelier, B. et Reniers, G. (2018).

Sida et écarts d'espérance de vie entre hommes et femmes en Afrique. *Population & Sociétés*, 554, 1-4.
<https://doi.org/10.3917/popsoc.55.4.0001>

Mbacké Leye, M.M., (2013).

Analyse du fonctionnement du plan de prise en charge gratuite des soins chez les personnes âgées « plan SESAME », *Santé publique* 25, 101-106.

Mbaye, E., Kâ, O. et Bâ, C.T. (2012).

Le plan Sésame : une initiative d'exemption des paiements pour les personnes âgées affectée par sa mise en œuvre. in : V. Ridde, L. Queuille et Y. Kafando (eds.) *Capitalisations de politiques d'exemption du paiement des soins en Afrique de l'Ouest (183-210)*. Ouagadougou.

Mbaye, E.M., Ridde, V., & Kâ, O. (2013).

« Les bonnes intentions ne suffisent pas » : analyse d'une politique de santé pour les personnes âgées au Sénégal. *Santé Publique* 25 : 107-112.

Menashe-Oren A., Stecklov G. (2018).

Urban-rural disparities in adult mortality in sub-Saharan Africa. *Demographic Research*, 39(5), 136-176.

MINEPAT, 2020.

Stratégie Nationale de Développement 2020-2030. Pour la transformation structurelle et le développement inclusif, République du Cameroun.

Ministère de la santé et de l'action sociale (MSAS) (2019).

Annuaire statistique des ressources humaines, République du Sénégal.

Moustatraf, A., & Taoufik, J. (2018).

Pour un financement pérenne du Régime d'assistance médicale au Maroc. *Santé publique* 30(6) : 859-868.

Muiruri P. (2013).

“Linking informal social arrangements, social protection and poverty reduction in the urban slums of Nairobi, Kenya”, in Devereux S. et Getu M., *Informal and formal social protection systems in Sub-Saharan Africa*, OSSREA, Fountain, p.43-68.

Nations Unies (2015).

Profiles of ageing 2015, New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Nations Unies (2022).

World Population Prospects: The 2022 Revision. New York, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Ndiaye, P. B., Diabaté, B. (2012).

Rapport d'évaluation actuarielle du régime de retraite des fonctionnaires du Sénégal pour la période 2010-2050. Dakar, Centre d'études de politiques pour le développement.

Niyonsaba, E. (2018).

Être retraité au Sénégal : le temps des incertitudes. *Retraite et société*, 80 : 57-74.

Niyonsaba, E. (2021).

Viellir chez soi au Sénégal : enjeux du logement. *Gérontologie et société*, 43(165), 69-84.

Nkoma M. (2012).

« L'urgence de repenser le système formel de soutien aux personnes âgées au Cameroun », Actes du Colloque international de Meknès, *Viellissement de la population dans les pays du sud*, pp. 630-642

Ohnsorge, F. & Yu S. (eds.) (2022).

The Long Shadow of Informality. Challenges and Policies. Washington DC, the World Bank Group.

OIT (2015).

Cap-Vert : En route vers la couverture universelle des régimes de retraite, https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/mission-and-objectives/features/WCMS_359743/lang--fr/index.htm

OIT (2021a).

Stratégies régionales de protection sociale en Afrique, 2021-2025. Vers 40 % - un cadre pour l'accélération de la couverture en protection sociale afin d'atteindre les ODD, Genève, Bureau international du travail.

OIT (2021b).

Rapport mondial sur les salaires 2020-21 : salaires et salaire minimum au temps du COVID-19 Genève, Bureau international du Travail, 2021, 218p

OIT (2021c).

La protection sociale à la croisée des chemins - Bâtir un avenir meilleur, *Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022*.

OIT (2022a).

“Bringing recognition to the skills of informal “Jua Kali” sector workers in Kenya”, ILO News, Jan. 2022.

https://www.ilo.org/global/programes-and-projects/prospects/countries/kenya/WCMS_833562/lang-en/index.htm

OIT (2022b).

Rapport mondial sur la protection sociale 2020–2022 – Rapport complémentaire sur l’Afrique. Bureau international du Travail – Genève, 2022

Okolouma A. (2018a).

« Protection sociale et développement économique au Cameroun : une approche historique », *Revue française des affaires sociales* 1 : 33–61.

Okolouma A. (2018b).

« La réforme de la protection sociale au Cameroun : vers un changement de logique d’extension de la couverture sociale ». *Revue française des affaires sociales* 4 : 189–209.

Olivier de Sardan, J.-P. et Piccoli, E. (eds.) (2018).

Cash Transfers in Context. An anthropological perspective, Berghahn.

Olivier de Sardan, J.-P. (2021).

La revanche des contextes. Des mésaventures de l’ingénierie sociale en Afrique et au-delà. Paris, Karthala, 496 p.

Olivier de Sardan, J.-P. & Ridde, V. (2012).

L’exemption de paiement des soins au Burkina Faso, Mali et Niger. Les contradictions des politiques publiques, *Afrique contemporaine*, 243(3), 11–32.

OMS (2015).

Rapport mondial sur le vieillissement et la santé. Genève, Organisation mondiale de la santé, 43 p.

OMS (2018).

Action multisectorielle pour une approche du vieillissement en bonne santé prenant en compte toutes les étapes de la vie : projet de stratégie et de plan d’action mondiaux sur le vieillissement et la santé – cadre de mise en œuvre dans la région africaine. Genève, Organisation mondiale de la santé, 38 p.

Ouattara, K. sous la coordination de Duthé, G., Lankoande, B. et Rabier, S. (2023).

Statistiques sanitaires des personnes âgées en Afrique subsaharienne : Revue de littérature. Papier de recherche AFD (A paraître Juillet).

PNUD. (2019).

L’état de l’assistance sociale en Afrique. New York, NY, Programme des Nations Unies pour le développement

Reysz, J. (2018).

Le développement de la sécurité sociale sud-africaine : origines, avancées et insuffisances. *Revue française des affaires sociales*, 1, 13–32.

Rhomari, M. (2015).

La réforme des systèmes de retraite dans les pays en développement et l’extension de la couverture à l’emploi informel : Application au Maroc (Doctoral dissertation, Université Paris Dauphine–Paris IX).

Rhomari, M. (2018).

Évaluation de la couverture retraite des actifs et des personnes âgées au Maroc. *Revue française des affaires sociales* (1) : 145–178.

Ridde, V., Ba, M.F., Guyot, M., Kane, B., Mbow, N.B., Senghor, I., et al. (2022).

Factors that foster and challenge the sustainability of departmental health insurance units in Senegal. *Int Soc Secur Rev.*, 75(2) : 97–117.

Roth, C. (2007).

« Tu ne peux pas rejeter ton enfant! ». Contrat entre les générations, sécurité sociale et vieillesse en milieu urbain burkinabè. *Cahiers d’Études africaines*, 185(1), 93–116.

Roth, C. (2010).

Les relations intergénérationnelles sous pression au Burkina Faso. *Autrepart*, (1), 95–110.

Sabates–Wheeler, R., Wylde, E., Aboderin, I. & Ulrichs, M. (2020).

The implications of demographic change and ageing for social protection in sub-Saharan Africa: Insights from Rwanda, *Journal of Development Effectiveness*, 12(4), 341–360.

Sajoux, M., Ammar, M., Ka, A. (2015a).

Vieillir au Maroc, vieillir au Sénégal : ressemblances et dissemblances, *Mondes en développement*, 43(171), 99–116.

Sajoux, M., Golaz, V. & Lefèvre, C. (2015b).

L'Afrique, un continent jeune et hétérogène appelé à vieillir : Enjeux en matière de protection sociale des personnes âgées, *Mondes en développement*, 171(3), 11-30.

Sajoux, M. & Macia, E. (2017).

Hétérogénéité territoriale des vieillissements en Afrique : approche globale et études de cas au Sénégal. *Retraite et société*, 76, 89-114.
<https://doi.org/10.3917/rs1.076.0089>

Sajoux, M., Macia, E., Kâ O., Reguer D. (2019).

Étudier les vieillissements en Afrique : entre nécessité et complexité. *Gérontologie et Société*, 41(158-1), 13-22.
[doi : 10.3917/gsl.158.0013](https://doi.org/10.3917/gsl.158.0013)

Samuel, B. (2022).

Les enquêtes sociales et l'identification des bénéficiaires dans la mise en place d'une protection sociale au Maroc, in Les chiffres au cœur de la crise du coronavirus, *Statistique et Société*, Vol 10 n°1.

Scodellaro, C. (2010).

Les articulations entre solidarités publiques et solidarités privées en Afrique du Sud : Les pensions vieillesse et leurs effets, *Autrepart*, 53.

Soares F.A., (2011).

Do cash transfers alter household composition? Evidence from Sub-Saharan Africa, MA thesis in International Development, American University Washington DC.

Strupat C., (2022).

"Social Protection and Social Cohesion in Times of the COVID-19 Pandemic: Evidence from Kenya", *The European Journal of Development Research* 34:1320-1357;
<https://doi.org/10.1057/s41287-022-00541-1>

Tabutin, D., Masquelier, B. (2017).

Tendances et inégalités de mortalité de 1990 à 2015 dans les pays à revenu faible et intermédiaire, *Population*, 72(2), 227-306.

Tabutin, D., Schoumaker B. (2020).

La démographie de l'Afrique subsaharienne au XXI^e siècle. Bilan des changements de 2000 à 2020, perspectives et défis d'ici 2050, *Population*, 75(2-3), p. 169-295.
[doi : 10.3917/popu.2002.0169.](https://doi.org/10.3917/popu.2002.0169)

Torm N., Inyondo G.K., Mitullah W., Riisgaard L. (2022).

"Formal social protection and informal workers in Kenya and Tanzania: from residual towards universal models?" In Riisgaard L., Mitullah W., Torm N. *Social Protection and Informal Workers in Sub-Saharan Africa. Lived Realities and Associational Experiences from Kenya and Tanzania*, 31-47.

Union africaine (2016).

Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des personnes âgées, 14 p.

Yassine, A. (2022).

Perceptions des personnes âgées en matière de services de santé et de couverture médicale au Maroc, *Les Brefs du Plan*, HCP, n° 18.

Zimmer, Z., Dayton, J. (2005).

Older adults in sub-Saharan Africa living with children and grandchildren, *Populations Studies*, 59, 3, 295-312.

RÉFÉRENCES NON CITÉES DANS LE TEXTE MAIS ÉGALEMENT CONSULTÉES

AISS (2018).

Nouvelles stratégies pour la sécurité du revenu des personnes âgées dans les pays à bas revenus. Genève, Association internationale de la sécurité sociale.

AISS (2019a).

Lignes directrices de l'AISS en matière de prévention des risques professionnels. Genève, Association internationale de la sécurité sociale.

AISS (2019b).

Profil des pays. Genève, Association Internationale de la sécurité sociale.

OIT (2017a).

Protection sociale universelle pour atteindre les objectifs de développement durable (Rapport mondial sur la protection sociale 2017-19). Genève, Bureau international du Travail.

OIT (2017b).

Global Programme: Employment Injury Insurance Protection (GPEIP). Contributing to decent work and the social protection floor guarantee in the workplace. Geneva, International Labour Office.

Webographie

Estimations et projections de la population mondiale :

<https://population.un.org/wpp/>

Bases de données sur la protection sociale dans le monde :

<https://www.cleiss.fr/>

<https://www.issa.int/>

<https://wspdb.social-protection.org>

<https://ilostat.ilo.org/data/>

Ressources bibliographiques de l'OIT :

<https://www.ilo.org/inform/online-information-resources/databases/social-security/lang-en/index.htm>

Caisse nationale de prévoyance sociale du Cameroun

<https://www.cnps.cm/index.php/fr/>

Centre National des pensions sociales du Cap-Vert :

<https://cnps.cv/>

Institut National de protection sociale du Cap-Vert :

<https://inps.cv/>

Organisation et fonctionnement de la sécurité sociale au Kenya :

<https://www.socialprotection.or.ke/social-protection-components/social-assistance/national-safety-net-program/older-persons-cash-transfer-opct>

<https://www.nssf.or.ke/>

Haut-Commissariat au Plan du Maroc (HCP) :

<https://www.hcp.ma/>

Agence de la couverture maladie universelle du Sénégal :

<https://www.agencecmu.sn/>

Institut de Prévoyance Retraite du Sénégal :

<https://online.secusociale.sn/cssipreslanding/#/allocataire-details>

Annexe

Répartition des pays africains par région

Afrique de l'Est	Burundi Comores Djibouti Érythrée Éthiopie Kenya Madagascar Malawi Iles Maurice Mayotte	Mozambique Réunion Rwanda Seychelles Somalie Soudan du Sud Uganda République unie de Tanzanie Zambie Zimbabwe
Afrique de l'Ouest	Bénin Burkina Faso Cap-Vert Côte d'Ivoire Gambie Ghana Guinée Guinée-Bissau Liberia	Mali Mauritanie Niger Nigéria Saint Helena Sénégal Sierra Leone Togo
Afrique du Nord	Algérie Égypte Libye Maroc	Soudan Tunisie Sahara occidental
Afrique Centrale	Angola Cameroun République centrafricaine Tchad Congo	République démocratique du Congo Guinée équatoriale Gabon Sao Tomé-et-Principe
Afrique Australe	Botswana Eswatini Lesotho	Namibie Afrique du Sud

Glossaire

Sécurité sociale : Service public de l'État qui assure l'ensemble des risques sociaux des travailleurs, salariés et des professions libérales, des travailleurs indépendants et des travailleurs non-salariés, des salariés agricoles.

Protection sociale : Ensemble des mécanismes de prévoyance collective qui permettent aux individus de faire face aux conséquences financières des risques sociaux. La protection sociale permet de se protéger contre toutes les situations qui peuvent provoquer une baisse de ressources ou une hausse des dépenses d'un individu.

L'action sociale : Ensemble des programmes et des moyens mis en œuvre par l'État et par les collectivités territoriales visant à maintenir la cohésion sociale et à aider les individus les plus fragiles à retrouver ou à conserver leur autonomie.

Les régimes d'assurance sociale : Régimes gérés par l'État ou par les partenaires sociaux dans lesquels les cotisations sociales sont payées par les travailleurs et/ou par les employeurs, afin de garantir le droit aux prestations d'assurance sociale (telles que l'assurance maladie, les prestations parentales et les pensions).

Systèmes universels : Systèmes de protection sociale qui sont accordés à chaque citoyen, citoyenne et résident· et résidente de longue durée, travaillant ou non, et quel que soit son niveau de revenu.

Les filets de sécurité sociale ou filets sociaux : Programmes de transfert non-contributif qui visent à empêcher les personnes les plus démunies et les personnes vulnérables de tomber en dessous d'un certain seuil de pauvreté.

Les Éditions Agence française de développement (AFD) publient des travaux d'évaluation et de recherche sur le développement durable. Réalisées avec de nombreux partenaires du Nord et du Sud, ces études contribuent à l'analyse des défis auxquels la planète est confrontée, afin de mieux comprendre, prévoir et agir, en faveur des Objectifs de développement durable (ODD).

Avec un catalogue de plus de 1 000 titres, et 80 nouvelles œuvres publiées en moyenne chaque année, les Éditions Agence française de développement favorisent la diffusion des savoirs et des expertises, à travers leurs collections propres et des partenariats phares. Retrouvez-les toutes en libre accès sur editions.afd.fr

Pour un monde en commun.

Directeur de publication Rémy Rioux

Directeur de la rédaction Thomas Mélonio

Dépôt légal 2^e trimestre 2024

ISSN 2492 - 2846

Crédits et autorisations

License Creative Commons

Attribution - Pas de commercialisation - Pas de modification

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



Création graphique MeMo, Juliegilles, D. Cazeils

Conception et réalisation AFD

Imprimé par le service reprographie de l'AFD

Pour consulter les autres publications :

<https://www.afd.fr/fr/ressources-accueil>