

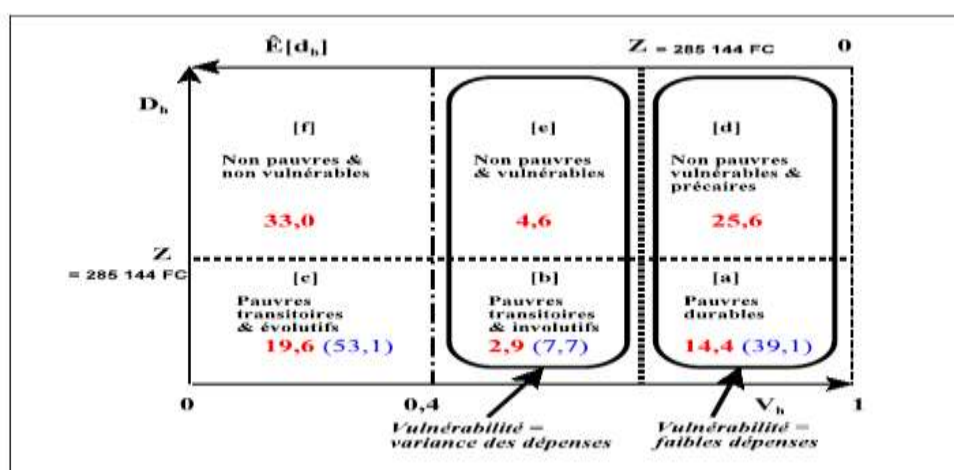
# Note politique sur la protection sociale aux Comores

3 septembre 2013

## 1 – Contexte

1. L'Union des Comores est un pays à forte croissance démographique (près de [\(2,6\)](#) 2,7% par an) avec une population estimée à 745 000 ([743 797](#)) habitants<sup>1</sup> en 2013. La structure démographique est marquée par la forte représentation de jeunes dans la population avec les individus âgés de moins de 20 ans représentant [\(52%\)](#) 53% de la population totale. La population est essentiellement rurale (environ [\(64,8%\)](#) 72,1%). L'Indice de développement humain du pays est de 0,433<sup>2</sup> ce qui le situe au 163ème rang sur le plan mondial parmi les 177 pays classés. L'économie est peu diversifiée. Le PIB n'a pas réellement progressé depuis les deux dernières décennies. Le taux de croissance du PIB réel est de 2,2% en 2011 et 3% en 2012, un taux faible par rapport à la croissance démographique. Enfin, l'Union des Comores est fortement tributaire de l'aide extérieure qui représente près du tiers du total de revenus publics.

Figure 1 : Stratification des ménages selon la pauvreté et la vulnérabilité, 2004



Source : Ministère du Plan et de l'Aménagement du Territoire. Pauvreté, inégalité et marché du travail dans l'Union des Comores. Eléments d'analyse fondés sur l'Enquête intégrale auprès des ménages de 2004, page 24.

Mode de lecture : Z : seuil de pauvreté monétaire ; 36,9% (=19,6%+2,9%+14,4%) des ménages sont pauvres.

0,4 : seuil de vulnérabilité ; 47,5% (=4,6%+25,6%+2,9%+14,4%) des ménages sont vulnérables.

2. Selon l'Enquête Intégrale auprès des Ménages de 2004 (EIM 2004), la vulnérabilité est une situation plus répandue que la pauvreté. Ce résultat confirme l'importance de la protection sociale aux Comores. En effet, si 36,9% (EIM 2004)<sup>3</sup> des ménages sont pauvres, [soit 44,8% de la population sont en dessous de la pauvreté](#) en revanche, la vulnérabilité touche 47,5% des ménages comoriens (voir figure 1). Ce résultat donne une première estimation des besoins en protection sociale aux Comores. La forte vulnérabilité touche notamment les ménages qui vivent dans la pauvreté durable ou chronique (39,1% des ménages pauvres) et les non pauvres mais vulnérables et précaires qui sont exposés au risque de pauvreté (40,5% des ménages non pauvres). Ces ménages très vulnérables étant caractérisés par des faibles niveaux de dépenses de consommation (Lachaud, 2005), on les retrouve plus particulièrement chez les ménages dirigés par un chef micro-entrepreneur ou pêcheur, ou un chef dont l'éducation est fondée sur l'école coranique ou les ménages ayant de nombreux enfants en bas âge.

<sup>1</sup> Source : RGPH 2003 projection 2013.

<sup>2</sup> PNUD, Rapport Mondial sur le Développement Humain 2011.

<sup>3</sup> L'EIM 2004 est la dernière enquête nationale sur les ménages (représentative) aux Comores.

3. **En plus de la vulnérabilité économique, la population comorienne est également vulnérable aux catastrophes naturelles** (éruptions volcaniques, inondations, [cyclones](#), etc.) qui ont connu une forte recrudescence ces dernières années aux Comores<sup>4</sup>. Après leurs passages, beaucoup de ménages subissent des pertes de revenus en perdant tout ou une partie de leurs récoltes, ou voient leurs actifs réduits (perte de bétail ou autres biens).

## **2 – La sécurité sociale et les programmes de filets de sécurité**

4. Le terme protection sociale peut couvrir différents programmes. Dans les pays développés, la protection sociale concerne les assurances et sécurités sociales aussi bien que l'assistance sociale. En revanche, dans les pays en développement, elle s'identifie plutôt aux filets sociaux de sécurité qui sont des programmes de transfert non contributifs ciblant, d'une manière ou d'une autre, les pauvres ou les personnes vulnérables (Grosch et al, Banque Mondiale, 2008). Dans cette note, on examinera à la fois les programmes d'assurance ou de sécurité sociale, les «filets sociaux de sécurité» ou «assistance sociale» ainsi que les programmes sociaux pour les groupes vulnérables spécifiques.

### **[Est-ce que nous ne pouvons pas intégrer les programmes de mutuelle de santé, les associations des handicapés, etc](#)**

5. **L'Union des Comores dispose de quatre institutions travaillant dans le cadre de la sécurité sociale. Leurs domaines d'intervention demeurent limités et ne couvrent qu'une infime partie de la population, les personnes pauvres étant exclus de ce système. Les quatre institutions sont les suivantes :** (a) La **Caisse de retraite** assure les risques vieillesse, l'invalidité et le décès des fonctionnaires et des employés du secteur privé. En 2012, elle ne couvrait que près de 10% de la population de plus de 65 ans<sup>5</sup>. Cette institution est présentement en cours de réforme<sup>6</sup> étant données les difficultés financières en raison de l'irrégularité des versements des cotisations des agents de l'État. (b) La **Caisse de prévoyance sociale** ne protège les employés que contre les maladies professionnelles et les accidents de travail. Par exemple, en 2012, elle assurait moins de 6% des actifs de la Grande Comore<sup>7</sup>. La réforme de la Caisse de Prévoyance et notamment, l'élargissement de ses prestations aux autres branches de la sécurité sociale et l'adaptation au contexte actuel<sup>8</sup>, est en cours de réflexion. (c) La **Caisse militaire de retraite et la mutuelle nationale militaire** sont en charge des prestations de vieillesse et d'invalidité des militaires, et de leur couverture médicale et de leur famille. (d) Enfin, **les mutuelles de santé ne touchent qu'une infime partie de la population comorienne** (2,1% en 2010, 2,8% en 2011 et 3,3% en 2012). Leur dynamisme cache une certaine fragilité puisque parallèlement à la création de nouvelles mutuelles, d'autres disparaissent. Comme les caisses sont exclusivement financées par les cotisations des membres et ne reçoivent pas de subventions de l'État, elles ne sont pas accessibles aux travailleurs du secteur informel, et par conséquent des pauvres et des plus vulnérables. Leurs frais sont trop élevés pour ces derniers et les empêchent d'y participer.

6. **En s'attribuant 38% du budget total du secteur (2011-2012), les travaux publics à haute intensité de main d'œuvre constituent le premier domaine d'intervention de la protection sociale aux Comores.** Le seul programme de travaux publics à haute intensité de main-d'œuvre en cours est la Composante protection sociale du projet Fonds d'Appui au Développement Communautaire

<sup>4</sup> Outre l'inondation de 2012, quatre éruptions volcaniques ont été enregistrées entre 2005 et 2007, suivi de nombreux événements hydrométéorologiques tels que des inondations (2006 et 2007), des perturbations tropicales (2005, 2006 et 2008) et des phénomènes inédits de remontées des eaux océaniques sur l'ensemble de l'archipel (avril et septembre 2007) (voir, PNUD, Étude de vulnérabilité aux aléas climatiques et géologiques en Union des Comores, 2010).

<sup>5</sup> Selon l'EIM 2004, les personnes de 65 ans et plus représentent 4,4% de la population totale, soit près de 31 700 individus en 2012.

<sup>6</sup> Voir par exemple le rapport d'activité 2012 de la Caisse de retraites des Comores, 2013.

<sup>7</sup> Les chiffres sur les deux autres îles ne sont pas disponibles.

<sup>8</sup> La Caisse de prévoyance sociale doit faire face à l'accroissement du coût des soins et à l'obligation de revaloriser les prestations au profit des victimes d'accident du travail. Les taux de cotisations, fixés depuis les années 60, sont inadaptés aux dépenses techniques.

(FADC). L'objectif de ce programme est d'accroître l'emploi à court terme dans les zones affectées par la crise alimentaire mondiale, la crise économique internationale et les diverses crises socio-politiques du pays. Ce programme a débuté en 2010, avec un financement de l'Association internationale de développement puis a été appuyé par la suite par les Japonais et l'Agence Française de Développement (AFD) à travers son appui budgétaire. Les sous-projets sont réalisés sous forme argent-contre-travail. Le programme intervient prioritairement dans les zones rurales les plus pauvres des Comores, soit 137 villages ou communautés où le taux de pauvreté varie de 52% à 100%. Le ciblage des individus bénéficiaires est effectué au niveau des communautés en fonction de critères de précarité. Plus de 1,1 milliard de Franc comorien, ont été dépensés entre 2010 et 2012 et 16 116 personnes ont bénéficié de ce programme (près de 394.046 hommes jours créés) dont au moins 50% sont des femmes. Ces bénéficiaires représentent 9,3% de la population rurale adulte. Si le programme réalise l'ensemble de ses objectifs (25 860 individus), l'intervention va atteindre près de 15 % de la population adulte totale. Un salaire journalier de 2000 FC (équivalent à 4,1€) est versé aux bénéficiaires de ce programme pour 5 heures de travail par jour. Puisque la durée moyenne de chaque intervention est de 25 jours, chaque bénéficiaire devrait recevoir 102€ (le seuil de pauvreté est de 738€<sup>9</sup>), ces transferts constituent un revenu supplémentaire important pour les populations les plus pauvres<sup>10</sup>. Les enquêtes rapides auprès des bénéficiaires<sup>11</sup> ont montré que les rémunérations sont utilisées prioritairement pour l'alimentation (près de 75%), l'éducation des enfants (près de 10%) et la santé (près de 10%). Certains bénéficiaires déclarent même avoir pu démarrer des petites activités grâce à ces travaux temporaires.

**7. Les programmes d'éducation représentent 16% des dépenses de protection sociale. Outre l'exemption de frais de scolarité dans les écoles primaires publiques<sup>12</sup>, on n'identifie que quatre programmes de filets de sécurité pour aider les élèves d'écoles primaires :** (i) la dotation par l'UNICEF et l'ONG Maeecha de fournitures ; (ii) la dotation de manuels pédagogiques et outils APC par l'UNICEF ; (iii) la dotation de kits enseignants par l'UNICEF et Maeecha ; et (iv) les programmes de nutrition scolaires de Maeecha. Ces programmes sont concentrés dans des zones à faible performance scolaire au départ qui représentent également des localités à fort niveau de pauvreté. Les programmes contribuent alors à réduire la disparité entre les localités.

**8. Les dépenses destinées à la santé et à la nutrition constitue le troisième domaine programmatique de la protection sociale en 2011-2012 (14% du budget total).** L'Union des Comores a très peu de programmes de santé et de nutrition en lien avec la protection sociale. Le seul programme de santé dans le secteur est le service de soins et de santé de CARITAS pour les individus en situation de précarité n'ayant pas la possibilité de payer les frais de consultation ou d'hospitalisation des formations publiques. Concernant la nutrition, alors que la malnutrition et l'insécurité alimentaire figure parmi les préoccupations du pays<sup>13</sup>, les seuls programmes de nutrition pour aider les vulnérables sont ceux de l'UNICEF et de CARITAS, visant les enfants de moins de 5 ans : (a) le centre de récupération nutritionnelle de CARITAS<sup>14</sup> sur la Grande Comore (prise en charge hospitalière et ambulatoire, distribution hebdomadaire de rations, information-éducation sur la nutrition) ; (b) la surveillance nutritionnelle de l'UNICEF<sup>15</sup> dans les trois îles (prise en charge des cas de malnutrition aiguë ou grave, suivi de la croissance, distribution de vitamine A avec déparasitage). Ces programmes essaient de couvrir les zones de haut niveau de malnutrition mais leur taux de couverture ne dépasse pas 3% des enfants de 6 mois à 5 ans. Or, la prévalence de la malnutrition sévère varie de 1,8% à 10,3% selon le type de malnutrition (UNICEF, 2008).

<sup>9</sup> Cette valeur est obtenue en considérant le seuil de pauvreté national évalué à 285 144 FC par tête par an en 2004 (Direction des statistiques, 2005) et le taux d'inflation annuel moyen de 27,3% ??? this is not credible/correct entre 2004 et 2012.

<sup>10</sup> Ravelosoa, Ouledi, 2013.

<sup>11</sup> FADC, 2012.

<sup>12</sup> Instituée depuis 2003.

<sup>13</sup> Ce qui explique l'élaboration de la politique nationale de nutrition et d'alimentation.

<sup>14</sup> C'est le seul centre de soins nutritionnels sur la Grande Comore.

<sup>15</sup> Le programme travaille dans près de 120 sites communautaires répartis dans les trois îles.

9. **Les opérations de secours et d'urgence sont coordonnées par le Centre des opérations de secours et de la protection civile, organe rattaché au Ministère de l'intérieur.** En sus des réponses urgentes, des programmes de filet de sécurité spécifiques sont activés. Ces activités atteignent un grand nombre de bénéficiaires dans les régions touchées, bien qu'elles n'aient pas nécessairement un ciblage très précis, étant donné les contraintes de rapidité d'intervention. Cependant, ces opérations de secours dépendent largement de l'assistance de partenaires externes.<sup>16</sup>

10. **Enfin, des programmes pour les groupes vulnérables spécifiques existent mais sont à petite échelle. Quelques exemples incluent:** les « services d'écoute », pour les enfants victimes de maltraitance et d'abus de tous genres ; le Programme de prévention de l'insertion et le retrait des enfants sur le marché du travail (surtout dans les pires formes) ; les aides spécifiques aux enfants de 11 à 14 ans en vue de leur réinsertion dans le système scolaire ; l'école communautaire pour les enfants orphelins ou abandonnés ; et les subventions financières pour les handicapés.

### **3 - Les défis du secteur : l'élaboration d'un document de référence sur la protection sociale, la coordination et la couverture des besoins**

11. **L'élaboration d'une stratégie de protection sociale et l'intégration de la protection sociale dans les documents de référence sont les premiers défis de la protection sociale aux Comores.** Il n'existe pas de politique ni de stratégie pour guider le développement des programmes de protection sociale aux Comores. Un document-cadre de Politique de protection sociale a été élaboré en 2007 mais n'a jamais été adopté techniquement ni officiellement à cause d'un manque d'appropriation par l'ensemble des acteurs. Le document de référence du pays : le document de stratégie de croissance et de réduction de la pauvreté contient quelques éléments relatifs à la protection sociale dans l'axe 3 sur la gouvernance et la cohésion sociale, l'axe 4 sur la santé et l'axe 5 sur l'éducation mais ils ne concernent pas spécifiquement la protection sociale. Pourtant, la protection sociale est un élément essentiel de la lutte contre la pauvreté.

12. **L'Union des Comores pourrait s'engager dans la mise en place d'un cadre politique et institutionnel en charge de la protection sociale.** En effet, le cadre politique et institutionnel de la protection sociale n'est pas clair. Le président de la République a confié dans sa lettre de mission<sup>17</sup> au Ministre de l'Emploi les grandes lignes et les nouvelles orientations de la protection sociale. Cependant, la même mission a été confiée au Ministre de la Santé, de la Solidarité, de la Cohésion Sociale et de la Promotion du Genre à travers la lettre de mission destinée à celle-ci<sup>18</sup>. Ainsi, les questions relatives à la protection sociale sont gérées à la fois par les deux départements. Cette situation a entraîné un conflit de compétence entre les deux ministères. En l'absence de stratégie, de leadership et de coordination, les apports des partenaires ne respectent aucun plan d'intervention collectif sur le pays : chaque intervenant concentre ses actions auprès des cibles qu'il juge les plus vulnérables ; de son côté, le gouvernement initie les programmes selon son propre ciblage.

13. **Couvrir les besoins en protection sociale est un autre défi.** Un bilan sommaire par catégorie d'âge de la population met en exergue certaines insuffisances du secteur : (a) Les enfants de 0 à 5 ans : les programmes contre la malnutrition sont limités géographiquement ; l'accès aux soins contre

<sup>16</sup> Pour les efforts de réponse et de récupération immédiate aux catastrophes naturelles, le coût de l'inondation en 2012 était de l'ordre de 1 060 millions FC. Voir Direction de la protection civile, 2012.

<sup>17</sup> Voir la lettre de mission adressée par le Chef de l'État au Ministre de l'Emploi, du Travail, de la Formation Professionnelle et de l'Entrepreneuriat Féminin. Le Chef de l'État fait mention de l'importance de «...définir une politique de protection sociale durable et inclusive, ciblant, au-delà des agents de l'État et des salariés du secteur privé formel, les nombreux travailleurs de l'économie non formelle, les handicapés, les orphelins et les veuves. ... ».

<sup>18</sup> Voir Lettre de mission adressée par le Chef de l'État au Ministre de la Santé, de la Solidarité, de la Cohésion Sociale et de la Promotion du Genre. Le Chef de l'État indique que « ... Une politique de protection sociale durable et inclusive est à définir, en concertation avec les départements ministériels concernés, au bénéfice des travailleurs de notre pays, y compris ceux de l'économie non formelle. ... ».

les maladies infectieuses et diarrhéiques, principales maladies affectant les enfants, est freiné par le système tarifaire dans le secteur ; (b) Les enfants de 6 à 14 ans : il y a très peu de soutien contre la malnutrition ; les programmes contre les redoublements, abandons scolaires et la lutte contre le travail des enfants ont des couvertures très limitées et il n'y a pas d'appuis spécifiques aux enfants les plus pauvres. (c) Les jeunes de 15 à 24 ans : ces jeunes sont souvent confrontés au chômage et au sous-emploi. Pourtant il n'y a pas de programme de soutien économique pour les jeunes en difficulté. (d) Les adultes : les femmes en âge de procréer bénéficient d'un certain appui dans le secteur de la santé mais les appuis pour les soins de santé pour les populations pauvres sont inexistantes. Tous les services sont payants et ne sont pas forcément à la portée des plus pauvres et de la population vulnérable. Les soutiens économiques contre le chômage et le sous-emploi existent à travers les travaux à haute intensité de main d'œuvre, mais demeurent limités aux zones rurales les plus pauvres. Le milieu pauvre urbain est exclu de ce soutien. (e) Les personnes âgées : Elles ne bénéficient d'aucun soutien pour les soins de santé et seulement 10% des personnes âgées bénéficient de pension de retraite.

#### **4 - Les principales contraintes : la dépendance au financement extérieur et la faiblesse du système d'information**

14. **Le budget de la protection sociale (hors caisse de retraite, caisse de prévoyance, mutuelles de santé) est estimé à près de 3 milliards FC (équivalent à 6.1 million d'Euros) en 2011 et 5,2 milliards FC (10.6 million d'Euros) en 2012.** Il représente en moyenne 5,3% des dépenses totales des Comores et 1,9%<sup>19</sup> du PIB pour la période 2011-2012 (voir [Tableau 1](#) ~~Tableau 1~~). Prenant en compte les principaux ONG<sup>20</sup> qui travaillent avec des financements propres, les dépenses totales en protection sociale représentent 3,5 milliards FC en 2011 et 5,7 milliards en 2012. Le poids des ONG n'est pas négligeable puisqu'il est estimé à près de 11% des dépenses totales du secteur, ce qui représente une contribution supérieure à celle de l'État.

15. **Avec près de 95% des dépenses, les partenaires techniques et financiers sont les premiers intervenants dans le secteur de la protection sociale.** Les principaux partenaires de ce secteur sont l'Association Internationale pour le Développement, la France et le Japon, ensemble avec les travaux HIMO et l'UNICEF qui travaille dans l'éducation, la nutrition, la protection de l'enfant et dans les risques et catastrophes naturelles. La contribution de l'État Comorien se limite à 5% du total des interventions. En tout, le gouvernement a dépensé près de 222 millions FC en 2012. Les interventions de l'État inscrits dans la loi de finances concernent les « aides et secours médicaux » dans le budget du Ministère des Finances et du Budget, la sécurité sociale des militaires, et enfin les dépenses liées à la direction de la solidarité, service en charge de la protection sociale, et la gestion des risques et catastrophes. A ceux-là s'ajoute la contribution de l'État dans un projet de gestion de risques et catastrophes.

<sup>19</sup> Ces dépenses paraissent élevées par rapport aux dépenses de protection sociale des autres pays en développement. A titre illustratif, pour Madagascar, cette proportion est de l'ordre de 1% (Banque Mondiale, 2012).

<sup>20</sup> Nous avons pris les principaux ONG : Caritas Comores et Association Maëcha. Leurs financements ne sont pas inscrits dans les PIP.

**Tableau 1 : Les dépenses de protection sociale (en millions de Franc Comorien)**  
(sont exclus la caisse de retraite, la caisse de prévoyance et les mutuelles)

	2011	2012	Total
<b>Dépenses publiques de protection sociale</b> (en millions de Franc Comorien)	3 020,9	5 181,9	8 202,8
<i>Dont inscrit dans le Budget de l'État</i>	217,7	221,6	439,3
<i>Dont inscrit dans les PIP</i>	2 803,2	4 960,3	7 763,5
<b>Dépenses totales de l'État</b>	55 315,2	100 686,5	156 001,7
Protection sociale en % des dépenses totales	5,5%	5,1%	5,3%
PIB (prix courants)	216 106	230 330	446 436
% du PIB	<b>1,4%</b>	<b>2,3%</b>	<b>1,9%</b>
Dépenses publiques de protection sociale	3 020,9	5 181,9	8 202,8
ONG	445,2	524,5	969,7
<b>Dépenses totales de protection sociale y compris ONG</b>	3 466,1	5 706,4	9 172,5
% des ONG	<b>12,8%</b>	<b>9,2%</b>	<b>10,6%</b>
<b>Dépenses totales de protection sociale y compris ONG</b>	3 466,1	5 706,4	9 172,5
<i>Dont part de l'Etat</i>	6,3%	3,9%	4,8%
<i>Dont financement des partenaires techniques et financiers</i>	93,7%	96,1%	95,2%

Source : Ministère des Finances et du Budget, Commissariat de l'île d'Anjouan, Commissariat de l'île de Ngazidja, Commissariat général au Plan. Loi de Finances 2012, Caritas Comores, Maëcha et calculs de la Banque Mondiale.

16. **Le manque de données sur les programmes sur lesquelles les politiques pourraient être fondées est une des principales lacunes du secteur.** Les informations concernant les programmes (coûts, nombre de bénéficiaires, transferts effectués, etc.) font défaut. Elles ne sont disponibles que pour une petite partie des programmes. L'absence des informations financières sur les coûts des programmes rend plus difficile la réflexion sur la mise à l'échelle. Le programme de protection sociale du projet Fonds d'Appui au Développement Communautaire (FADC) se démarque des programmes par l'existence d'un système quasi-complet de suivi évaluation (coûts, nombre de bénéficiaires, transferts effectués, zone d'intervention, etc.). Par ailleurs, aucune évaluation d'impact n'a encore été effectuée.

17. **La faiblesse du système d'information sur les finances et budget de l'État ne permet pas d'évaluer avec précision le budget et les tendances des programmes de protection sociale.** Les données sur les budgets sont éparpillées et sont issues de plusieurs institutions : Ministère du Budget pour le budget de l'Union, Directions du Budget du Commissariat des îles et Commissariat Général au Plan pour les données sur les Programmes des Investissements Publics<sup>21</sup>.

18. **L'absence de données récentes sur les ménages est un handicap pour l'identification objective des besoins, le ciblage des bénéficiaires et la hiérarchisation des besoins.** En effet, pour évaluer l'adéquation des dépenses actuelles en protection sociale, les programmes doivent être analysés en relation avec le profil général des risques et de la vulnérabilité. Ceci inclut une évaluation des régions exposées à des risques et vulnérabilités auxquels n'ont encore répondu ni les moyens du secteur public ni les moyens efficaces du secteur privé, et une appréciation de la portée des programmes existants sur la diminution de la vulnérabilité. De telles analyses doivent être basées entre autres sur des données d'enquêtes ménages. La dernière enquête ménage aux Comores date pourtant de 2004<sup>22</sup>. L'actualisation des informations sur les ménages fait partie des efforts pour développer le système de protection sociale. Une nouvelle enquête des ménages devrait être disponible en 2013.

<sup>21</sup> Ils ne sont pas intégrés dans le budget national. Confirmé par Kra (2012) : Rapport d'évaluation de la gestion financière.

<sup>22</sup> La prochaine enquête aura lieu probablement en 2014.



## 5 - Les recommandations

### **5-1 Les priorités à court terme : renforcement du système d'information, coordination, et investissement dans les programmes les plus efficaces.**

19. **Améliorer et élargir les travaux HIMO en milieu rural et chercher des synergies avec les autres programmes. Le programme est parmi les plus efficaces (en termes de couverture).** Les impacts des travaux HIMO pourraient être augmentés en améliorant le timing de la création d'emplois temporaires en conformité avec la saisonnalité de la demande de travail. Ces programmes peuvent être complétés par des programmes de micro\_finance qui sont reconnus comme étant efficaces également dans la génération de revenus surtout pour les femmes. Étant donné le besoin d'améliorer les infrastructures et la proportion importante de sous-emploi parmi les pauvres<sup>23</sup>, le programme peut s'étendre au-delà des infrastructures traditionnelles de routes et de voie de desserte pour toucher<sup>24</sup> aux infrastructures sociales quand bien même celles-ci ne seraient pas comprises dans une définition stricte de l'HIMO. Enfin, le programme peut être élargi dans les quartiers peri-urbains et urbains les plus pauvres, étant donné la vulnérabilité des zones urbaines aux chocs économiques.

20. **Mettre en place un programme de filets de sécurité national de nutrition en particulier pour les enfants de moins de 5 ans.** La malnutrition peut laisser des séquelles durables ou mêmes irréversibles. Aussi, il est nécessaire d'étendre sur les trois îles la prise en charge des cas de malnutrition grave ou sévère. Par ailleurs, on pourrait renforcer les interventions par un programme de transferts d'argent permettant de sécuriser les moyens d'existence des ménages les plus pauvres pour qu'ils puissent couvrir les besoins alimentaires de leurs enfants et maintenir leurs accès aux services sociaux de base (santé, éducation).

21. **Renforcer le système d'information. Cette action peut être menée sans attendre l'élaboration d'une stratégie de protection sociale.** Le système pourrait être renforcé à trois niveaux :

a. Les données d'enquête sur les ménages pourraient être actualisées pour une bonne identification des besoins et des groupes cibles, la base d'efficacité des interventions en protection sociale. La disponibilité d'un système d'information fiable et cohérent sur les ménages serait également indispensable pour l'analyse de la situation actuelle, la hiérarchisation des besoins, l'élaboration des critères de ciblage, la coordination des actions, etc.

b. Information sur les programmes de filets de sécurité et de sécurité sociale : chaque intervenant pourrait mettre en place un système d'information qui comprendrait au minimal, pour chaque zone d'intervention, pour chaque activité, le nombre des bénéficiaires, les natures et les coûts transferts effectués, et les coûts totaux des interventions. En effet, l'analyse des coûts et de l'efficacité nécessite la mise en relation des dépenses effectuées (ou programmées) avec leurs destinataires et les objectifs des programmes. Le système de suivi évaluation de la composante protection sociale du projet Fonds d'Appui au Développement Communautaire pourrait être considéré comme un exemple à développer.

c. Le système d'information financière au niveau national pourrait être consolidé pour permettre une meilleure analyse des dépenses publiques en protection sociale.

22. **Coordonner le secteur. La nature multisectorielle de la protection sociale requiert un mécanisme de coordination efficace qui favorise les synergies et complémentarités entre les différents acteurs (gouvernement, partenaires techniques et financiers, ONG, etc.).** La seule

<sup>23</sup> Le sous-emploi visible (rémunération inférieure au salaire minimum) est estimé à 40,6% en 2004 (EIM, 2004).

<sup>24</sup> Selon nos estimations, plus de 80% des travaux réalisés concernent les voies de desserte et petits ouvrages de franchissement.

structure qui existe est celle en charge de la coordination des réponses aux catastrophes naturelles. Cet exemple doit être développé dans les autres secteurs. Une forte coordination entre les interventions des différents programmes est nécessaire afin de minimiser les redondances de dépenses et de ciblage, et d'assurer des liens avec les stratégies et les programmes sectoriels. En effet, la protection sociale doit s'assurer que les programmes sectoriels répondent efficacement aux besoins des groupes les plus vulnérables.

23. **Clarifier les rôles et le leadership.** En attendant un document de référence qui définira le cadre institutionnel et les orientations stratégiques du secteur, le ministère en charge de la protection sociale doit être clarifié et nommé officiellement. Ce ministère devra présider le comité d'élaboration de la stratégie de protection sociale.

24. **Élaborer une stratégie de protection sociale qui priorise les interventions.** Il faudrait concentrer les efforts sur les interventions qui enregistrent une efficacité prouvée comme les travaux à haute intensité de main d'œuvre (HIMO). On pourrait même penser à associer un volet santé aux programmes HIMO<sup>25</sup> : la faisabilité d'un tel programme pourrait être mise à l'étude. Des efforts doivent être déployés pour aider les zones où les taux de pauvreté sont les plus élevés. Les allocations de dépenses de programmes devraient, dans la mesure du possible, être directement liées à la répartition des populations ciblées par les interventions.

## **5-2 Les recommandations à moyen terme : renforcement du rôle de l'État et élargissement des interventions pour la couverture des besoins en protection sociale**

25. **Renforcer progressivement le rôle de l'État.** La gestion du système de protection sociale revient naturellement à l'État. Dans cette optique, l'État doit élargir graduellement ses responsabilités. L'État doit jouer son rôle en commençant par la coordination. Il doit renforcer le système formel de protection sociale à travers la réforme de la Caisse de retraite ; la réforme de la Caisse de prévoyance ; la mise en place d'une assurance maladie pour les fonctionnaires ; etc. L'État doit également considérer les programmes de filets de sécurité jugés prioritaires par l'accroissement de son intervention et par une augmentation progressive de sa participation financière.

26. **Améliorer les dépenses de protection sociale pour couvrir les besoins.** Le financement des donateurs représente un pourcentage très élevé des programmes de protection sociale. L'Union des Comores doit mobiliser davantage de ressources internes pour renforcer son système de protection sociale (à travers, par exemple, la création d'un espace budgétaire en augmentant les recettes intérieures). L'aide extérieure peut accompagner l'expansion du financement de la protection sociale à court terme, mais il sera crucial d'accroître le financement national afin d'assurer la viabilité à long terme et à grande échelle. Le gouvernement peut chercher également du financement pour la protection sociale indépendamment d'un projet, par exemple, sous la forme d'un soutien budgétaire dans le contexte de la lutte contre la pauvreté. Ceci nécessitera une amélioration de la gestion du système de protection sociale ainsi que du suivi-évaluation des résultats. La charge totale pour la protection sociale peut être réduite progressivement à long terme à travers la promotion des mécanismes de gestion des risques privés parmi la population qui peut se les offrir.

27. **Élaborer des programmes pour les enfants de moins de 14 ans. Outre son rôle de protection sociale, cibler spécifiquement les enfants est également un investissement rentable à long terme.** Le renforcement du capital humain des enfants pourrait réduire leurs risques de tomber ou de rester dans la pauvreté. Les programmes pour les enfants permettent de rompre la transmission intergénérationnelle de la pauvreté et de la vulnérabilité grâce à l'amélioration de leur

---

<sup>25</sup> Un transfert monétaire aux individus pourrait inciter les ménages à envoyer les enfants et les femmes enceintes aux établissements sanitaires pour vaccination, pour le contrôle prénatale, pour l'accès à l'information sur l'éducation, etc.



capital humain. Ainsi, il faut améliorer le ciblage des zones d'intervention des programmes de soutien économique aux enfants des écoles primaires afin de couvrir les enfants des quartiles les plus pauvres, renforcer les programmes de nutrition, élargir les programmes de santé de l'approche par la performance aux soins infantiles afin de faciliter l'accès des enfants aux services de santé et renforcer les programmes pour les enfants non scolarisés ou déscolarisés de 6 à 14 ans.

28. **Commencer à créer un système intégré de protection sociale.** Adopter une approche systémique de la protection sociale permettra aux Comores d'optimiser les dépenses et d'assurer une prestation équitable et élargie des avantages provenant de la protection sociale (filets sociaux de sécurité, régimes de retraite, assurances, etc.). L'objectif est d'harmoniser les programmes de manière à réduire la fragmentation et le chevauchement et de favoriser la synergie entre les différents types de programmes. Ceci requiert au préalable la définition d'un cadre stratégique articulant la vision du pays en matière de protection sociale, guidant un choix judicieux des instruments, ainsi que des mécanismes de financement et les dispositifs institutionnels nécessaires.

## **6- Conclusions**

29. La protection sociale représentait 8,4% des dépenses totales des Comores en 2011-2012 et près de 3% du PIB. La majorité du financement des programmes viennent des PTF. La couverture des régimes de sécurité sociale de l'État est très faible, les principales interventions sont les programmes de filets de sécurité. La santé et les travaux HIMO sont les deux premiers secteurs d'intervention. Ce sont aussi les programmes qui ont les plus fortes couvertures et qui sont les plus efficaces. En plus des programmes de soutien pour les enfants, l'extension et le renforcement de ces programmes de travaux HIMO et de programme de santé, figurent parmi les priorités à court terme aux Comores.

30. Il convient également de procéder dès à présent au renforcement du système d'information pour améliorer l'efficacité des interventions en cours et futures. L'élaboration d'une stratégie de protection sociale est indispensable pour cadrer et coordonner les interventions dans le secteur. Enfin, à moyen terme, le gouvernement est appelé à renforcer progressivement son rôle en augmentant ses dépenses en protection sociale et en élargissant ses domaines d'intervention.

## Annexe 1

### Références

1. Banque Mondiale, 2012. Gérer les risques, promouvoir la croissance : Développer les systèmes de protection sociale en Afrique Une stratégie de protection sociale de la Banque mondiale en Afrique 2012–2022. Juin 2012.
2. Banque Mondiale, 2012. Madagascar. Après trois ans de crise : évaluation de la vulnérabilité et des politiques sociales et perspectives d’avenir.
3. Caisse de Retraites des Comores. Rapport du Directeur sur les activités de la caisse en 2011 2012 et perspectives 2013.
4. Commissariat général au Plan. 2012. Stratégie de Croissance et de réduction de la pauvreté. Revue de la deuxième année de mise en œuvre. Union des Comores. 2012.
5. Direction de la protection civile. 2012. Etat d’évaluation des besoins d’appui a l’Union des Comores suite aux pluies torrentielles du 20 au 26 avril 2012.
6. Fond d’Appui au Développement Communautaire (FADC), 2012. Analyse de l’enquête de suivi d’impact de la composante protection sociale : du 01 janvier au 31 octobre 2012. Novembre 2012.
7. J. C. Kra, 2012. Rapport d’Evaluation de la Gestion Financière, GAVI Alliance Secrétariat, Genève, Suisse. Juillet 2012
8. J. R. Ravelosoa, A. Ouledi, 2013. Revue des programmes de protection sociale aux Comores. Banque Mondiale. Avril 2013.
9. J.-P. Lachaud, 2005. Pauvreté, inégalité et marché du travail dans l’Union des Comores Eléments d’analyse fondés sur l’Enquête intégrale auprès des ménages de 2004. Ministère du Plan et de l’Aménagement du Territoire. Février 2005.
10. M. Grosh, C. Ninno, E. Tesliuc, A. Ouerghii, Conception et mise en œuvre des filets sociaux de sécurité efficaces. Pour la protection et la promotion (Résumé). Banque Mondiale, 2008.
11. PNUD, 2010. Etude de vulnérabilité aux aléas climatiques et géologiques en Union des Comores, 2010.
12. Samya Abdoul Madjid, 2013. Rapport sur la protection sociale aux Comores. 2013.
13. T. Razafimanantena, 2011. Pauvreté, vulnérabilité et sources de risques. Institut National de la Statistique de Madagascar (INSTAT) Mai 2011.
14. Unicef, 2008. Rapport d’évaluation de l’état nutritionnel des enfants de moins de 5 ans et de la mortalité dans l’Union des Comores.