



## **PROMOUVOIR LE DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE EN AFRIQUE**

ÉTAT DE LA MISE EN ŒUVRE ET DIRECTIVES DESTINÉES AUX INSTITUTIONS  
NATIONALES DES DROITS DE L'HOMME

## **PROMOUVOIR LE DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE EN AFRIQUE**

ÉTAT DE LA MISE EN ŒUVRE ET DIRECTIVES DESTINÉES AUX INSTITUTIONS  
NATIONALES DES DROITS DE L'HOMME

Le présent document est une publication conjointe du Réseau des institutions nationales africaines des droits de l'homme (RINADH) et de l'Institut danois des droits de l'homme (DIHR).

**Auteurs :** Maria Ploug Petersen avec la contribution de Sigrid Alexandra Koob, Hans-Otto Sano, Ilias Papadopoulos et Carol Rask.

Nous remercions tout particulièrement Basiru Bah de la Commission nationale des droits de l'homme de Gambie (NHRC), Patrick Bonyonte et Maureen Mghambi Mwadime de la Commission nationale des droits de l'homme du Kenya (KNCHR), Lucius Pendame et Jim Kaunda de la Commission des droits de l'homme du Malawi (MHRC), et Sarah Birungi de la Commission des droits de l'homme de l'Ouganda (UHRC), et Deborah Nyokabi (RINADH) pour leurs contributions.

**ISBN :** 978-87-7570-184-1

**e-ISBN :** 978-87-7570-183-4

**Traduction :** Francisco Luis Vico Sánchez

**Photo de couverture :** Abo Ngalonkulu, unsplash.com

**Mise-en-page :** Michael Länger

© 2023 The Danish Institute for Human Rights  
Denmark's National Human Rights Institution  
Wilders Plads 8K, DK-1403 Copenhagen K  
Phone +45 3269 8888  
[www.humanrights.dk](http://www.humanrights.dk)

Network of African National Human Rights Institutions (NANHRI)  
2nd Floor, CVS Plaza, Lenana Road, P.O. Box 74359-00200, Nairobi, Kenya.  
Phone +254 718201821  
[www.nanhri.org](http://www.nanhri.org)

Toute reproduction, totale ou partielle, de ce document doit être dans un but non lucratif et en indiquer la source et l'auteur.

# CONTENTS

<b>AVANT-PROPOS DE LA COMMISSION AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES (CADHP)</b>	<b>4</b>
<b>AVANT-PROPOS DU RÉSEAU DES INSTITUTIONS NATIONALES AFRICAINES DES DROITS DE L'HOMME (RINADH)</b>	<b>5</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>6</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
OBJECTIF	9
QUE CONTIENT LE RAPPORT ?	9
QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR LE RAPPORT ?	10
<b>1 PARTIE 1 : ANALYSE DU DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE</b>	<b>11</b>
1.1 DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES CADRES RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME ET AU DÉVELOPPEMENT	11
1.2 CONTENU NORMATIF DU DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE	13
1.3 APPROCHE DE LA PROTECTION SOCIALE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME	19
<b>2 PARTIE 2 : ÉTAT DE LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE</b>	<b>23</b>
2.1 DISPONIBILITÉ DES PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE	23
2.2 ACCESSIBILITÉ DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE	27
2.3 ADÉQUATION DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE	30
2.4 RÉPONSE À LA PANDÉMIE DE COVID-19	31
2.5 CONCLUSION BASÉE SUR L'ANALYSE DES DONNÉES	33
2.6 DÉFIS À RELEVER AFIN DE PROMOUVOIR LE DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE	34
2.6.1 Disponibilité	36
2.6.2 Adéquation	38
2.6.3 Accessibilité	38
<b>3 PARTIE 3 : DIRECTIVES DESTINÉES AUX INDH</b>	<b>45</b>
3.1 RÔLE DES INDH DANS LA PROMOTION ET LA PROTECTION DU DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE	45
3.2 RECHERCHE, SUIVI ET ENQUÊTES	47
3.3 RÔLE CONSULTATIF	58
3.4 ÉTABLISSEMENT DE RAPPORTS	60
3.5 TRAITEMENT DES PLAINTES	64
3.6 PROMOTION	66
3.7 COOPÉRATION	66
<b>RÉFÉRENCES</b>	<b>67</b>

## AVANT-PROPOS DE LA COMMISSION AFRICAINE DES DROITS DE L'HOMME ET DES PEUPLES (CADHP)

La sécurité sociale est un droit humain essentiel pour garantir la dignité humaine. Elle est consacrée dans une série d'instruments internationaux et africains des droits de l'homme. Malgré cela, de nombreuses personnes en Afrique n'ont pas accès aux mesures de protection sociale. La situation est particulièrement critique pour les groupes en situation de vulnérabilité, notamment les enfants, les femmes, les personnes handicapées et les travailleurs informels. Lorsque des soutiens sont disponibles, ils sont généralement insuffisants pour assurer une vie digne.

En période de crise, que ce soit en raison d'une urgence publique ou de circonstances individuelles, l'importance de la protection sociale est particulièrement évidente. Nous avons récemment constaté comment les effets de la pandémie de Covid-19 sur des groupes spécifiques en Afrique ont été exacerbés par des décennies de sous-investissement dans la protection sociale. Dans le même temps, nous avons constaté la manière dont la sécurité sociale et la protection étaient au cœur des efforts de relèvement et faisaient partie intégrante des stratégies visant à renforcer la résilience face aux crises futures.

La sécurité sociale et la protection sont également des éléments essentiels pour atteindre les objectifs et les ambitions de l'Agenda 2063 de l'UA : l'Afrique que nous voulons, ainsi que l'Agenda 2030 du développement durable. Les normes internationales et régionales des droits de l'homme fournissent des orientations essentielles aux États sur la manière de concevoir les lois, les politiques et les programmes de protection sociale nécessaires pour atteindre ces objectifs tout en respectant leurs obligations en matière de droits de l'homme. Les États doivent intensifier les mesures pour assurer la protection nécessaire de ce droit sur le continent par le biais de mesures législatives et autres. La sécurité sociale et la protection sociale doivent être disponibles, accessibles, adéquates, abordables et transparentes.

Une étape importante pour renforcer cet élan est que les États africains ratifient le nouveau Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif à la protection sociale et à la sécurité sociale. Ce nouvel instrument africain des droits de l'homme offre des orientations globales et oblige les États parties à élaborer des politiques, des législations et des programmes visant à améliorer les conditions de vie des individus et à répondre aux besoins des groupes en situation de vulnérabilité. La Commission africaine se félicite de l'accent mis sur la fourniture d'orientations aux institutions nationales des droits de l'homme dans ce domaine. Elles jouent un rôle important dans la promotion du droit à la protection sociale et à la sécurité sociale dans leurs contextes nationaux et dans la responsabilisation des États à l'égard de leurs obligations en matière de droits de l'homme et de leurs engagements en matière de développement durable à cet égard.

**Honorable Commissaire Mudford Mwandenga, Commission africaine des droits de l'homme et des peuples.**

# AVANT-PROPOS DU RÉSEAU DES INSTITUTIONS NATIONALES AFRICAINES DES DROITS DE L'HOMME (RINADH)

La pandémie de Covid-19 a causé beaucoup de dévastation et de désolation sur notre continent. Les chocs qu'elle a provoqués ont été exacerbés par les sécheresses et les inondations induites par le changement climatique, ainsi que par les déplacements liés aux conflits, entre autres facteurs. Les lacunes en matière de protection sociale sont énormes, c'est pourquoi je souhaite rappeler l'engagement que nous avons pris en tant qu'INDH africaines lorsque nous avons adopté la Déclaration de Harare et le Plan d'action sur "Le rôle des institutions nationales des droits de l'homme dans l'offre d'une approche fondée sur les droits de l'homme pour une reprise meilleure et durable" (la Déclaration de Harare) en 2021. Nous avons résolu de renforcer les initiatives de protection sociale en faveur des personnes extrêmement vulnérables dans la société, grâce à la mobilisation des ressources, à la recherche sur les initiatives en matière de santé et à l'éducation en vue d'assurer une reprise durable. C'est pourquoi cette étude, qui s'appuie sur des études sur la réceptivité aux droits de l'homme des stratégies de protection sociale mises en œuvre par les gouvernements dirigés par les INDH en Gambie, au Malawi, au Kenya et en Ouganda, revêt une importance particulière.

Il est en effet préoccupant de constater que seulement 17 % de la population totale en Afrique bénéficie d'au moins une prestation de protection sociale, contre une moyenne mondiale de 47 %, et que 1,2 milliard d'Africains continuent de vivre sans aucune forme de protection sociale. Comme le montre l'étude, certains programmes de protection sociale ont été mis en œuvre sans tenir compte des vulnérabilités croisées des groupes marginalisés. Pour remédier à cela, il est encourageant de constater que l'Union africaine a adopté en 2022 le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale. J'appelle les INDH à plaider en faveur de la ratification de ce Protocole afin qu'il puisse entrer en vigueur dès que possible.

Comme le recommande le rapport, les INDH africaines ont un rôle important à jouer dans la promotion et la protection du droit à la sécurité sociale. Elles peuvent le faire en exploitant leur mandat étendu en matière de recherche, de suivi et d'enquêtes ; de conseil ; de rapport ; de traitement des plaintes ; et de coopération avec les mécanismes régionaux et internationaux des droits de l'homme. J'invite les INDH africaines à accorder la priorité à la promotion du droit à la sécurité sociale dans leurs plans de travail afin de renforcer le statut de la protection sociale en Afrique et de mieux atteindre les engagements de la Déclaration de Harare, de l'Agenda 2063 de l'UA, de l'Agenda 2030 des Nations Unies, de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, ainsi que tous les instruments des droits de l'homme qui la composent.

**M. Gilbert Sebihogo, Directeur exécutif, RINADH**

# RECOMMANDATIONS

La sécurité sociale est un droit inhérent à la personne humaine et est essentielle pour renforcer la résilience et atténuer l'impact des crises. Il est prouvé que les investissements dans la protection sociale sont très rentables, favorisent l'égalité et créent des possibilités pour les personnes pauvres, marginalisées et en situation de vulnérabilité.

Vous trouverez ci-dessous d'importantes recommandations à l'intention des gouvernements, des instituts nationaux de statistique nationaux et des institutions nationales des droits de l'homme.

## Les gouvernements :

améliorent la **disponibilité** de la sécurité sociale. À cette fin, ils peuvent :

- augmenter les investissements dans la protection sociale en utilisant un maximum de ressources disponibles pour étendre la couverture de la sécurité sociale, notamment par le biais de régimes universels non contributifs, à tous les groupes de population, y compris les travailleurs de l'économie rurale et informelle, et en fournissant en priorité un appui aux groupes marginalisés.
- mettre en place des systèmes de sécurité sociale universels fondés sur les droits, intégrant des socles, qui offrent une protection adéquate tout au long du cycle de vie.
- mobiliser les ressources nationales et éliminer les flux financiers illicites.
- utiliser mieux les ressources existantes en renforçant l'ossature institutionnelle des filets de sécurité sociale et en améliorant les outils administratifs.
- inscrire le droit à la sécurité sociale dans les constitutions.
- établir des systèmes de sécurité sociale en définissant des cadres politiques et législatifs et en appliquant ceux-ci au moyen de stratégies à long terme.
- mettre les politiques et les cadres législatifs liés à la sécurité sociale en conformité avec les obligations et les normes en matière de droits de l'homme, notamment en application de la Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR), de la Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), de la Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD), de la Convention relative aux droits de l'enfant (CRC), de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP) et du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale.
- s'appuyer sur les directives en matière de droits de l'homme, notamment l'Observation générale n° 19 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR) et la recommandation n° 202 de l'Organisation internationale du travail (OIT), pour conceptualiser, concevoir et appliquer des cadres de sécurité sociale, ainsi que les engagements liés aux ODD et les aspirations de l'Agenda 2063 concernés.

- utiliser les recommandations propres à chaque pays reçues de la part des organes de suivi des droits de l'homme régionaux et des Nations Unies et des institutions nationales des droits de l'homme (INDH) pour conceptualiser, concevoir, appliquer et suivre des cadres de sécurité sociale.
- ratifier le protocole de la CADHP relatif à la protection sociale et à la sécurité sociale et les conventions pertinentes de l'OIT.
- veiller à ce que les politiques et les cadres législatifs liés à la sécurité sociale soient complets, cohérents et coordonnés.

Renforcent l'**accessibilité** de la sécurité sociale. À cette fin, ils peuvent :

- lutter efficacement contre la corruption dans les programmes de sécurité sociale et renforcer la responsabilité.
- garantir l'inclusion et la non-discrimination dans les programmes de sécurité sociale afin d'apporter en priorité un appui aux groupes défavorisés et marginalisés, assurer une participation significative des détenteurs de droits à la conceptualisation, à la conception, à l'application, au suivi et à l'établissement des rapports des programmes et veiller à ce que les critères d'éligibilité soient objectifs, raisonnables et transparents.
- veiller à ce que les coûts directs et indirects soient abordables pour tous.
- intégrer une perspective de genre qui prenne en compte les risques liés au cycle de vie, la charge des soins, les différences d'accès aux services, au travail et aux activités productives.
- garantir la transparence et l'accès à l'information sur les programmes de sécurité sociale par une approche proactive visant à informer les détenteurs de droits de leurs droits et de leurs prestations sociales.
- éviter d'imposer des coresponsabilités ou de conditions pour bénéficier de la sécurité sociale. Lorsque des conditions sont imposées, elles doivent être assorties de mesures de protection contre les abus commis par les responsables du contrôle de la conformité avec les conditions, ainsi que de mesures visant à garantir la capacité des services de santé et d'éducation à répondre à une demande accrue. Le non-respect des conditions imposées ne doit en aucun cas mener à l'exclusion automatique d'un individu ou d'un ménage des programmes de sécurité sociale.

garantissent l'**adéquation** de la sécurité sociale. À cette fin ils peuvent :

- fixer légalement et réviser périodiquement le montant minimum des prestations, en espèces et en nature, afin de garantir un niveau de vie adéquat aux bénéficiaires et à leurs familles.
- concevoir et utiliser des indices du coût de la vie afin de pouvoir contrôler concrètement l'adéquation des prestations.

#### **Les instituts nationaux de statistique :**

- conçoivent et adoptent des outils de collecte de données complets prenant en compte les différentes catégories de population, y compris les groupes marginalisés et défavorisés, et accordent une attention particulière aux formes de marginalisation croisées.

- collectent et diffusent des données ventilées sur la jouissance du droit à la sécurité sociale au moyen d'une approche de la collecte de données fondée sur les droits de l'homme, en collaboration avec les institutions nationales des droits de l'homme.
- utilisent ces données afin de suivre les progrès réalisés par rapport aux cibles des objectifs de développement durable (ODD) (cibles 1.a, 1.3, 3.8, 5.4 et 10.4 des ODD), aux indicateurs correspondants et à l'Agenda 2063 (aspiration 1, objectif 1).
- collaborent avec les institutions nationales des droits de l'homme et la société civile pour intégrer les données générées par les experts et les citoyens.

### **Les institutions nationales des droits de l'homme :**

- fournissent des conseils et assurent le renforcement des capacités des débiteurs d'obligations et des détenteurs de droits en ce qui concerne la mise en œuvre d'une approche pratique de la sécurité sociale fondée sur les droits de l'homme.
- examinent les politiques et les cadres législatifs et fournissent des conseils sur la manière de les mettre en conformité avec les normes en matière de droits de l'homme relatives au droit à la sécurité sociale.
- suivent et établissent des rapports sur le droit à la sécurité sociale, en mettant l'accent sur les groupes marginalisés et défavorisés et en accordant une attention particulière aux formes de marginalisation croisées.
- travaillent en étroite collaboration avec les débiteurs d'obligations, la société civile et les détenteurs de droits sur la sensibilisation, la collecte de données et l'établissement de rapports régionaux et internationaux relatifs aux droits de l'homme.
- travaillent en étroite collaboration avec les instituts nationaux de statistique, les organismes nationaux de protection sociale, les instituts de recherche et les organismes des Nations Unies pour garantir une approche de la collecte de données fondée sur les droits de l'homme, comprenant notamment la collecte de données relatives aux ODD.
- font pression sur les gouvernements pour qu'ils ratifient le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale, et plaident en faveur de la mise en œuvre de tous les instruments régionaux et internationaux pertinents qui contiennent des dispositions sur les droits à la sécurité sociale.
- enquêtent sur les violations avérées des droits de l'homme dans le domaine de la sécurité sociale et accordent réparation.



# INTRODUCTION

## OBJECTIF

Le rapport a pour double objectif de fournir une vue d'ensemble de l'état de la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale en Afrique sur la base des données disponibles, et de guider les institutions nationales des droits de l'homme (INDH) dans leur mission de promotion du droit à la sécurité sociale.

Il répond à un appel visant à renforcer la capacité des INDH africaines à entreprendre des recherches, des collectes de données et des analyses, y compris sur les objectifs de développement durable (ODD), et à renforcer le rôle des INDH dans les initiatives de protection sociale pour les personnes en situation de vulnérabilité<sup>1</sup>.

## QUE CONTIENT LE RAPPORT ?

Le rapport se compose de trois parties :

La **première partie** présente le droit à la sécurité sociale. Elle passe en revue les obligations de l'État en matière de respect, de protection et de mise en œuvre de ce droit sur la base des directives et des recommandations des organes conventionnels des Nations Unies, des titulaires de mandats des Nations Unies et des organes régionaux africains de défense des droits de l'homme qui font autorité en la matière. Elle aborde également la question de l'intégration de ce droit dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et l'Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons.

La **deuxième partie** examine la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale en Afrique avant et après l'apparition de la pandémie de COVID-19. Elle présente des données relatives aux récentes évolutions et tendances sur le continent, en s'appuyant sur une série de données disponibles relatives à la sécurité sociale, provenant de l'Organisation internationale du travail (OIT), de la Banque mondiale, d'autres organismes des Nations Unies et de rapports établis par des chercheurs indépendants.

La deuxième partie s'achève par une analyse des principaux défis à relever pour garantir la disponibilité, l'adéquation et l'accessibilité des prestations de protection sociale, sur la base d'une analyse des recommandations des organes internationaux et régionaux de suivi des droits de l'homme pour la période 2015-2022. En outre, elle s'appuie sur les conclusions des principales recherches menées par les INDH en Gambie, en Ouganda, au Malawi et au Kenya en 2022-2023.

La **troisième partie** fournit des conseils destinés aux INDH sur la manière de promouvoir le droit à la sécurité sociale et de contrôler la mise en œuvre des obligations de l'État en s'appuyant sur les différentes fonctions et les différents domaines de responsabilité des INDH. Des exemples spécifiques tirés des travaux de la Commission des droits de l'homme du Malawi (MHRC), de la Commission nationale des droits de l'homme du Kenya (KNCHR), de la Commission nationale des

droits de l'homme de Gambie (NHRC) et de la Commission des droits de l'homme de l'Ouganda (UHRC) illustrent les points soulevés.

### **QU'EST-CE QUI N'EST PAS COUVERT PAR LE RAPPORT ?**

Le droit à la sécurité sociale a un large champ d'application et est intimement lié à plusieurs autres droits de l'homme, y compris, par exemple, le droit de jouir du meilleur état de santé possible, le droit à l'éducation et le droit au travail. Ces droits ne sont pas examinés en profondeur dans le présent rapport.

# 1 PARTIE 1 : ANALYSE DU DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cette partie du rapport présente le droit à la sécurité sociale et analyse les obligations de l'État liées à la mise en œuvre de ce droit sur la base des normes en matière de droits de l'homme et des directives des organes internationaux et régionaux de défense des droits de l'homme. Pour conclure, elle présente les éléments clés d'une approche fondée sur les droits de l'homme de la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale basée sur ces normes.

## 1.1 DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES CADRES RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME ET AU DÉVELOPPEMENT

Le droit à la sécurité sociale est fermement établi dans le droit international et régional des droits de l'homme et figure dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et l'Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons.

### **Protection sociale ou sécurité sociale ?**

Ces termes sont souvent utilisés indistinctement pour désigner le même concept. La CADHP considère que la sécurité sociale est incluse dans le concept de « protection sociale », qui fait référence à un large éventail de mesures destinées à protéger les individus contre les risques. L'article 9 de l'ICESCR et l'Observation générale n° 19 font référence au « droit à la sécurité sociale », et c'est donc ce terme qui est utilisé pour désigner ce droit dans le présent rapport.

Ce droit est inscrit dans plusieurs instruments internationaux en matière de droits de l'homme, notamment le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR). Il figure également dans des instruments portant spécifiquement sur les droits des enfants, des femmes, des personnes handicapées, des migrants, des peuples autochtones et dans des conventions internationales relatives au travail.

Le droit à la sécurité sociale peut également être dérivé des dispositions de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP) et s'articule autour de la Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (ACRWC) et du Protocole à la CADHP relatif aux droits de la femme en Afrique. Le nouveau protocole à la CADHP sur la protection sociale et la sécurité sociale fournit des précisions supplémentaires sur ce droit, mais en 2023, ce protocole n'est toujours pas entré en vigueur.

Plusieurs de ces instruments imposent aux États des obligations contraignantes en matière de mise en œuvre du droit à la sécurité sociale, et la quasi-totalité des pays africains ont ratifié ces instruments : 50 États africains ont ratifié l'ICESCR<sup>2</sup> et 51 États ont ratifié la CADHP, l'ACRWC et le Protocole à la CADHP relatif aux droits de la femme en Afrique.

Dans le Programme 2030, plusieurs cibles des objectifs de développement durable (ODD) portent sur la sécurité et la protection sociales. La sécurité et la protection sociales constituent également un domaine prioritaire en vertu de l'aspiration 1, objectif 1 de l'Agenda 2063 : « Les populations africaines ont un niveau et une qualité de vie élevés, (...) et le bien-être ».

## **TABLEAU 1 : APERÇU DU DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE DANS LES CADRES RELATIFS AUX DROITS DE L'HOMME ET AU DÉVELOPPEMENT**

### **Instruments en matière de droits de l'homme**

#### **Dispositions relatives à la sécurité sociale dans :**

- La Déclaration universelle des droits de l'homme (DUDH), article 25.1
- Le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (ICESCR), article 9 (précisé dans l'Observation générale n° 19 du CESCR)
- La Convention relative aux droits de l'enfant (CRC), articles 19, 26 et 27
- La Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes (CEDAW), articles 11, 13 et 14
- La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CRPD), article 28
- La Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et des membres de leur famille (ICRMW), articles 27, 43 et 45
- La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (UNDRIP), article 21
- Les conventions n° 102, 118 et 157 de l'OIT et sa recommandation n°202
- La Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP), (certains aspects du droit peuvent être dérivés des articles 16 et 18 (4))
- La Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant (ACRWC), article 20
- Le Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits de la femme en Afrique, articles 13 et 24 (a)
- Le nouveau Protocole à la CADHP relatif aux droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale

### **Programme 2030**

#### **Cibles des ODD :**

- **1.3 :** Mettre en place des systèmes (...) de protection sociale (...), adaptés au contexte national [...]
- **3.8 :** Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle [...]
- **5.4 :** Faire une place aux soins et travaux domestiques non rémunérés et les valoriser, par l'apport [...] de politiques de protection sociale [...]
- **10.4 :** Adopter des politiques, notamment sur les plans budgétaire, salarial et dans le domaine de la protection sociale, et parvenir progressivement à une plus grande égalité

### **Agenda 2063**

**Domaine prioritaire 3 :** « Sécurité sociale et protection, y compris les personnes handicapées » dans le cadre de l'aspiration 1.

**Objectif 1 :** « Les populations africaines ont un niveau et une qualité de vie élevés, (...) et le bien-être ».

## 1.2 CONTENU NORMATIF DU DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les instruments internationaux et régionaux africains en matière de droits de l'homme et leurs organes de contrôle fournissent de plus en plus de directives sur la manière dont les États doivent interpréter et mettre en œuvre leurs obligations légales de respecter, de protéger et d'assurer la pleine jouissance du droit à la sécurité sociale.

Le développement ci-dessous s'appuie principalement sur l'article 9 de l'ICESCR et sur l'Observation générale 19 de l'organe des Nations unies chargé de surveiller sa mise en œuvre : le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR). L'Observation générale n° 19 est considérée comme une interprétation faisant autorité du contenu normatif du droit à la sécurité sociale, tel qu'il est inscrit dans l'ICESCR. En outre, ces points seront également formulés sur la base des normes de l'OIT. Il sera d'abord question des directives fournies dans la R202 - Recommandation sur les socles de protection sociale, 2012 (n° 202) en raison de ses importantes directives politiques à l'appui de la mise en œuvre des obligations fondamentales des États, aux termes de l'article 9. Compte tenu de l'expertise largement reconnue de l'OIT dans ce domaine, le CESCR invoque fréquemment les normes de l'OIT pour interpréter l'article 9 et évaluer le respect par les États de leurs obligations au titre de l'article 9. En outre, il sera fait référence, le cas échéant, à l'important nouveau Protocole à la CADHP sur les droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale, bien que cet instrument ne soit pas encore entré en vigueur.

Le droit à la sécurité sociale est intimement lié à d'autres droits de l'homme. Cela inclut, entre autres, le droit au travail et à des conditions de travail justes et favorables (articles 6 et 7 de l'ICESCR), le droit à un niveau de vie suffisant (article 11 de l'ICESCR), le droit à la santé (article 12 de l'ICESCR) et le droit à l'éducation (article 13). Il existe d'autres instruments internationaux et régionaux, comme indiqué ci-dessus, couvrant le droit à la sécurité sociale, ainsi que d'autres observations générales, par exemple sur la santé et l'éducation, qui pourraient également être utilisés dans des cas spécifiques de mise en œuvre. Toutefois, les dispositifs susmentionnés ont été sélectionnés de sorte à donner un aperçu général du contenu normatif du droit à la sécurité sociale.

### **Protéger contre quoi ?**

Le droit à la sécurité sociale englobe le droit d'avoir accès à des prestations, en espèces ou en nature, et de continuer à en bénéficier, sans discrimination, afin de garantir une protection, entre autres, contre la perte du revenu lié à l'emploi, pour cause de maladie, de maternité, d'accident du travail, de chômage, de vieillesse ou de décès d'un membre de la famille ; le coût démesuré de l'accès aux soins de santé en raison de prix prohibitifs ; et l'insuffisance des prestations familiales, en particulier au titre des enfants et des adultes à charge.

(Observation générale n° 19 (GC 19) du CESCR, paragraphe 2).

## Champ d'application général

L'Observation générale n° 19 définit le champ d'application général du droit à la sécurité sociale et souligne son rôle important dans la réduction de la pauvreté du fait de sa fonction redistributrice. Par conséquent, les mesures visant à fournir des prestations de sécurité sociale ne peuvent être définies de manière trop restrictive et doivent garantir à tous les peuples une jouissance minimale de ce droit de l'homme.

## Égalité de jouissance

Le droit à la sécurité sociale comprend le droit de jouir, sur un pied d'égalité, d'une protection adéquate contre les risques et les aléas sociaux. Les États doivent garantir que le droit à la sécurité sociale est exercé sans discrimination d'aucune sorte (article 2 (2) de l'ICESCR).

L'inclusion et la flexibilité des systèmes de sécurité sociale sont essentielles afin de s'assurer qu'ils répondent aux besoins des groupes risquant d'être exclus de ces systèmes. Il s'agit souvent de travailleurs de l'économie informelle, notamment les travailleurs ruraux, et de travailleurs sociaux non rémunérés, parmi lesquels beaucoup sont des femmes. Les systèmes de sécurité sociale doivent être adaptés à la diversité des situations personnelles, des besoins et des obstacles auxquels les personnes, y compris les personnes handicapées, sont confrontées.

## Trois types d'obligations

Les États ont trois types d'obligations liées au droit à la sécurité sociale :

Obligation de respecter : les États ne doivent pas s'immiscer directement ou indirectement dans la jouissance du droit à la sécurité sociale. À titre d'exemple, ils ne doivent pas refuser ou limiter l'égalité d'accès à un système de sécurité sociale adéquat.

Obligation de protéger : les États doivent également empêcher les tiers de s'immiscer dans la jouissance du droit à la sécurité sociale. Les tiers peuvent par exemple être des acteurs du secteur privé fournissant des services d'assurance, de santé ou d'éducation. Les États doivent adopter les mesures législatives et autres nécessaires afin d'empêcher les tiers de refuser l'égalité d'accès à la sécurité sociale. Cette obligation implique de mettre en place un système réglementaire efficace, comprenant, par exemple, une législation-cadre, un contrôle indépendant, une véritable participation du public et l'imposition de sanctions en cas de non-respect.

Obligation de mettre en œuvre : cette obligation peut être sous-divisée en trois obligations, l'obligation de facilitation, l'obligation de promotion et l'obligation de fourniture.

L'**obligation de facilitation** impose aux États parties de prendre des mesures concrètes visant à aider les individus et les communautés à jouir du droit à la sécurité sociale, notamment en reconnaissant ce droit dans leur système politique et juridique national et en adoptant une stratégie et un plan nationaux relatifs à la sécurité sociale.

L'**obligation de promotion** oblige les États à prendre des mesures assurant la mise en place d'interventions éducatives et de sensibilisation du public à l'accès aux régimes de sécurité sociale, en particulier parmi les groupes en situation de vulnérabilité.

L'**obligation de fourniture** oblige les États à garantir le droit à la sécurité sociale lorsque des individus ou un groupe ne sont pas en mesure, pour des motifs jugés raisonnablement indépendants de leur volonté, d'exercer eux-mêmes ce droit, dans le cadre du système de sécurité sociale existant et avec les moyens dont ils disposent. Dans la pratique, cela signifie que les gouvernements devront mettre en place des régimes non contributifs ou d'autres mesures d'aide sociale afin d'aider les individus et les groupes qui ne sont pas en mesure de verser des cotisations suffisantes pour assurer leur propre protection.

### **Obligation de prendre des mesures et d'investir un maximum de ressources disponibles**

L'article 2 (1) de l'ICESCR impose à chacun des États parties d'agir « au maximum de ses ressources disponibles, en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le présent Pacte par tous les moyens appropriés, y compris en particulier l'adoption de mesures législatives ».

Cela implique également que les États ne doivent pas prendre de dispositions « délibérément rétrogrades » entraînant une détérioration de la protection existante des droits de l'homme. Par conséquent, les mesures d'austérité et les réductions significatives des prestations de protection sociale ne sont pas conformes à l'obligation, en matière de droits de l'homme, d'éviter l'adoption de mesures rétrogrades<sup>3</sup>.

Les États sont tenus de prendre immédiatement des dispositions pour s'acquitter des obligations qui leur incombent en vertu du Pacte. Ces dispositions doivent « avoir un caractère délibéré et concret et viser au plein exercice du droit à la sécurité sociale » (GC 19, paragraphe 40). Cela comporte l'obligation d'adopter une stratégie et un plan d'action nationaux pour assurer le plein exercice du droit à la sécurité sociale.

### **Obligations avec effet immédiat et obligations fondamentales**

Bien que l'ICESCR prévoie la réalisation progressive de ce droit, les États ont des obligations fondamentales minimales avec effet immédiat consistant à « assurer l'accès à un régime de sécurité sociale qui garantisse, au minimum, à l'ensemble des personnes et des familles un niveau essentiel de prestations, qui leur permette de bénéficier au moins des soins de santé essentiels, d'un hébergement et d'un logement de base, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, de denrées alimentaires et des formes les plus élémentaires d'enseignement » (GC 19, paragraphe 59 a<sup>4</sup>). Ces obligations fondamentales avec effet immédiat sont également inscrites dans le nouveau Protocole à la CADHP sur les droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale qui impose aux États de « fournir un ensemble minimal de protection sociale essentielle, qui devrait au moins couvrir les besoins fondamentaux de tous » (article 3). Par conséquent, les États doivent au moins garantir des niveaux minimums essentiels de sécurité sociale non contributive, non pas comme une option politique, mais plutôt comme une obligation juridique en vertu du

droit international des droits de l'homme. Une attention particulière doit être accordée à la capacité du système de sécurité sociale à répondre aux situations d'urgence (GC 19 paragraphe 50).

### **Cadre « Triple A »**

L'Observation générale n° 19 décrit les éléments essentiels du droit à la sécurité sociale qui s'appliquent en toutes circonstances, formant un cadre appelé dans ce rapport « Triple A » pour Availability, Adequacy et Accessibility (disponibilité, adéquation et accessibilité).

Il convient de noter que des éléments supplémentaires tels que l'« acceptabilité » et la « qualité » doivent être ajoutés si les prestations de protection sociale sont fournies en nature, par exemple sous la forme de biens et de services, et non en espèces<sup>5</sup>.

### **Disponibilité**

Le droit à la sécurité sociale exige, pour être mis en œuvre, qu'un système soit disponible, en place et établi en vertu du droit interne. Les autorités publiques sont tenues d'assurer la bonne administration ou supervision du système. Les dispositifs devraient aussi être durables afin de garantir que le droit puisse être exercé par les générations actuelles et futures. Ils doivent également couvrir neuf volets de la sécurité sociale : les soins de santé, la maladie, la vieillesse, le chômage, les accidents du travail, l'aide à la famille et aux enfants, la maternité, l'invalidité, et les survivants et orphelins.

### **Adéquation**

Les prestations, en espèces ou en nature, doivent être d'un montant et d'une durée adéquats pour que chacun puisse exercer ses droits à la protection de la famille et à l'aide à la famille, à un niveau de vie suffisant et à un accès adéquat aux soins de santé. Les États parties doivent également respecter pleinement le principe de la dignité humaine énoncé dans le préambule du Pacte, et le principe de non-discrimination.

### **Accessibilité**

Ce troisième élément comprend plusieurs critères :

Couverture : chacun devrait être couvert par le système de sécurité sociale, en particulier des personnes appartenant aux groupes les plus défavorisés et marginalisés.

Admissibilité : les conditions d'admissibilité aux prestations doivent être raisonnables, proportionnées et transparentes. Le retrait, la réduction ou la suspension des prestations devraient être limités, reposer sur des motifs raisonnables, et faire l'objet d'une procédure régulière et de dispositions législatives nationales.

Accessibilité économique : si un régime de sécurité sociale repose sur des cotisations, leur montant devrait être défini à l'avance. Les coûts et frais directs et indirects doivent être abordables pour tous.



Participation et information : les bénéficiaires des régimes de sécurité sociale doivent être en mesure de participer à l'administration du système de sécurité sociale. Le système devrait garantir le droit des particuliers et des organisations de rechercher, recevoir et diffuser des informations sur tous les droits à prestation de sécurité sociale existants, dans la clarté et la transparence.

Accès physique : les prestations devraient être servies en temps utile et les bénéficiaires devraient avoir physiquement accès aux services de sécurité sociale. Une attention particulière devrait être accordée aux personnes handicapées, aux migrants et aux personnes vivant dans les régions reculées ou sujettes à des catastrophes, ainsi que dans des zones touchées par un conflit armé.

**La Recommandation sur les socles de protection sociale (Recommandation n° 202 de l'OIT)**, qui a été adoptée à l'unanimité lors de la Conférence générale de l'Organisation internationale du travail en 2012, fournit d'importantes directives politiques à l'appui de la mise en œuvre des normes en matière de droits de l'homme. Elle définit 18 principes que les gouvernements doivent appliquer dans la mise en œuvre des socles de protection sociale. Les principes comprennent l'universalité de la protection ; le caractère adéquat et prévisible des prestations ; la non-discrimination ; l'égalité entre hommes et femmes ; la prise en compte des besoins spécifiques ; une gestion financière et une administration saines, responsables et transparentes ; la cohérence entre les institutions chargées d'assurer les services de protection sociale ; et la réalisation progressive, y compris moyennant la fixation d'objectifs et de délais.

La recommandation définit les « socles de protection sociale » comme étant des garanties élémentaires de sécurité sociale, qui vont au-delà des prestations en espèces et en nature et incluent également l'accès aux soins de santé essentiels. Des socles de protection sociale fondés sur les droits ont été proposés comme moyen de satisfaire à l'obligation fondamentale minimale du droit à la sécurité sociale<sup>6</sup>. L'Agenda 2063 fait référence à l'Initiative pour un socle de protection sociale des Nations Unies, aux normes de protection sociale de l'OIT et à la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées en tant que stratégies de mise en œuvre de l'aspiration 1, objectif 1, domaine prioritaire 3 sur la sécurité et la protection sociales.

### **Que sont les « socles de protection sociale » ?**

La recommandation précise que les socles de protection sociale devraient comporter au moins les garanties élémentaires de sécurité sociale suivantes :

1. accès à un ensemble de biens et services définis à l'échelle nationale comme étant des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité, qui répondent aux critères de disponibilité, d'accessibilité, d'acceptabilité et de qualité<sup>7</sup> ;
2. sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires ;

3. sécurité élémentaire de revenu, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité ; et
4. sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées, se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale.

Selon la recommandation, les stratégies nationales devraient :

- a. accorder la priorité à la mise en œuvre des socles de protection sociale en tant que point de départ pour les pays qui n'ont pas un niveau minimal de garanties de sécurité sociale et qu'élément fondamental de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale ; et
- b. chercher à assurer des niveaux plus élevés de protection au plus grand nombre possible de personnes et aussi rapidement que possible, reflétant les capacités économiques et budgétaires des Membres.

**Le nouveau Protocole à la CADHP sur les droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale<sup>8</sup>** précise le contenu du droit à la sécurité sociale dans un

contexte africain et impose aux États parties de veiller à ce que la protection sociale soit fondée sur les droits de l'homme, participative, transformatrice, intégrative et intersectionnelle par nature, suit une approche axée sur le cycle de vie, s'attaque à la vulnérabilité et aux inégalités et soit inclusive (en ne laissant personne de côté).

Le Protocole est détaillé et explique comment réglementer et fournir une protection sociale suffisante aux groupes suivants :

- les travailleurs ruraux et leurs familles, en particulier les femmes, dans les secteurs informel et rural
- les migrants, réfugiés, personnes déplacées et apatrides
- les femmes et filles
- les personnes âgées
- les enfants, adolescents et jeunes
- les personnes vivant avec un handicap
- les parents (congé de maternité et de paternité)

Des articles spécifiques traitent des mesures et des prestations relatives au chômage et au sous-emploi, des soins de santé et prestations de maladie, de la santé et la sécurité au travail et des accidents du travail, des prestations en cas de décès et de survie, de l'éducation, de l'alimentation et la nutrition, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, du logement, de l'abri et de la propriété, et de l'atténuation des effets du changement climatique et de la dégradation de l'environnement par le biais de régimes de protection sociale. D'autres articles concernent la gouvernance et l'administration des régimes nationaux de protection sociale, la nécessité d'un financement par des sources nationales, la collecte de données ventilées, la mise en place de mécanismes de plainte et d'appel, la mise en œuvre et le suivi.

Même s'il n'a pas été ratifié ou n'est pas entré en vigueur, le Protocole constitue un bon cadre pour l'élaboration et l'examen de politiques en raison de son degré de précision.

**L'Observation générale n° 7 de la CADHP : Les obligations des États en vertu de la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples dans le contexte de la prestation privée de services sociaux** propose une interprétation progressiste de la législation existante en matière de droits de l'homme relative à la prestation de services sociaux et souligne l'obligation des États de fournir et de financer directement les services publics et de réglementer, de contrôler et d'appliquer les normes aux prestataires privés. Les services sociaux comprennent par exemple les services de santé et d'éducation, qui font partie des garanties/socles de protection de la sécurité sociale de base. La Commission africaine a constaté avec inquiétude<sup>9</sup> la commercialisation croissante des services sociaux, qui entraîne une augmentation des inégalités et des discriminations, notamment en matière de revenus. Des services de base inabornables érodent les autres mesures de protection sociale. Par exemple, les transferts monétaires ne peuvent être utilisés pour couvrir des besoins nutritionnels ou médicaux de base s'ils sont nécessaires pour couvrir des frais d'éducation élevés.

### **1.3 APPROCHE DE LA PROTECTION SOCIALE FONDÉE SUR LES DROITS DE L'HOMME**

Dans une publication de 2012, l'ancienne Rapporteuse spéciale des Nations Unies sur l'extrême pauvreté a précisé le contenu des observations générales et des recommandations pertinentes sur la protection sociale et a présenté un « cadre de protection sociale fondé sur les droits de l'homme »<sup>10</sup>. Cette publication fournit d'importantes directives pour la mise en œuvre pratique d'une approche de la protection sociale fondée sur les droits de l'homme.

On trouvera ci-dessous un récapitulatif des éléments clés d'une approche de la protection sociale fondée sur les droits de l'homme, tels qu'ils sont présentés dans la publication. Pour de plus amples informations, veuillez consulter la publication.

#### **1. Garantir un cadre juridique et institutionnel adéquat et adopter des stratégies à long terme**

Les droits à la sécurité sociale doivent être intégrés au droit national et, si possible, inscrits dans la Constitution, avec une définition qui corresponde au champ d'application général du droit décrit dans l'Observation générale.

Les systèmes de sécurité sociale doivent être établis et définis par la loi et être soutenus par une stratégie à long terme et un financement durable, y compris par la mobilisation de ressources nationales.

En outre, le cadre institutionnel juridique doit poser des conditions d'éligibilité précises, définir des mécanismes garantissant la transparence et l'accès à l'information sur les programmes disponibles, définir les rôles et les responsabilités de toutes les personnes impliquées dans la mise en œuvre des programmes, établir des mécanismes de plainte et d'appel accessibles, et jeter les bases de canaux de participation pour les bénéficiaires.

## 2. Adopter des politiques globales, cohérentes et coordonnées

Pour que les systèmes de sécurité sociale respectent les obligations internationales en matière de droits de l'homme, la stratégie de protection sociale doit être cohérente et intégrée. Cela signifie qu'il faut remédier au morcellement et au manque de coordination entre les programmes, les acteurs et les niveaux.

## 3. Respecter les principes d'égalité et de non-discrimination

Les principes et les droits en matière d'égalité et de non-discrimination exigent que les États éliminent la discrimination en droit, en politique et en pratique, et qu'ils prennent des mesures spéciales visant à protéger en priorité les groupes les plus vulnérables de la société.

- Ces obligations imposent aux systèmes de protection sociale d'intégrer l'inclusion dans leur conception, leur mise en œuvre et leur évaluation, en veillant à ce qu'ils soient accessibles à tous ceux qui souffrent de discrimination structurelle, tels que les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, les minorités ethniques, les peuples autochtones et les personnes vivant avec le VIH/sida. Les systèmes de protection sociale ne devraient pas stigmatiser les bénéficiaires.
- Lors de la mise en œuvre de ces droits et principes transversaux, l'État est tenu :
  - **d'intégrer une perspective de genre**, ce qui implique non seulement d'acheminer les bénéfices directement vers les femmes, mais aussi d'aborder de manière plus globale les différents risques du cycle de vie, la charge des soins, les différences d'accès aux services, au travail et aux activités productives, sur la base d'une analyse de genre.
  - **de garantir l'égalité et la non-discrimination** dans la sélection des bénéficiaires. La couverture universelle doit être l'objectif ultime et être réalisée progressivement. Lors de la fourniture d'une protection ciblée, par exemple à des groupes marginalisés, il est essentiel que les critères d'éligibilité soient objectifs, raisonnables et transparents et que soit prévue une obligation de donner la priorité aux plus pauvres des pauvres et d'éviter de stigmatiser les bénéficiaires. Les processus de ciblage doivent être soutenus par des programmes de sensibilisation appropriés et des mécanismes de réparation accessibles en cas d'erreurs d'exclusion.
  - **de respecter les normes d'accessibilité, d'adaptabilité, d'acceptabilité et d'adéquation**. À des fins de respect des droits de l'homme, il est primordial que les programmes de protection sociale soient accessibles, c'est-à-dire qu'ils surmontent les obstacles administratifs et physiques qui empêchent les personnes les plus pauvres et les plus marginalisées d'en bénéficier. Les exigences doivent être simples et faciles à comprendre et à respecter pour les plus pauvres des pauvres et les plus marginalisés. Les prestations doivent être physiquement accessibles, y compris pour les personnes handicapées, dans un endroit proche et pratique n'imposant pas un temps ou un coût de déplacement considérable et n'exposant pas les personnes à des risques. Lorsque des solutions numériques sont appliquées, elles ne doivent pas exclure les personnes qui rencontrent plus de difficultés à s'adapter à ces technologies ou à les utiliser.

- Les principes supplémentaires d'« adaptabilité » et d'« acceptabilité » impliquent que les programmes de protection sociale doivent être adaptés aux besoins de la population dans le contexte local et être culturellement acceptables, deux éléments clés qui sont plus facilement garantis par le biais d'une consultation des communautés respectives lors de la phase de conception. Un point important concernant l'adéquation est que les prestations doivent être complétées par des services publics de qualité gratuits ou abordables, de sorte que, par exemple, les prestations sous forme de transferts monétaires ne soient pas réduites à néant par les coûts élevés des soins de santé ou de l'éducation.

#### **4. Veiller à ce que le respect des conditions (« coresponsabilités ») ne porte pas atteinte aux droits de l'homme des bénéficiaires**

Le droit à la sécurité sociale est un droit inhérent et non quelque chose qui doit être « obtenu » ou « mérité ». Le non-respect des conditions imposées ne doit en aucun cas entraîner l'exclusion automatique d'un individu ou d'un ménage des programmes de protection sociale. Lorsque des conditions sont imposées, elles doivent être assorties de mesures de protection contre les abus commis par les responsables du contrôle de la conformité avec les conditions, ainsi que de mesures visant à garantir la capacité des services de santé et d'éducation à répondre à une demande accrue. Des protections doivent être mises en place pour garantir que les conditions ne créent pas un fardeau inutile pour les femmes, ne les exposent pas à des abus ou ne perpétuent pas les stéréotypes traditionnels liés au genre au sein des ménages bénéficiaires.

#### **5. Garantir la transparence et l'accès à l'information (y compris le partage proactif d'informations sur les services et les prestations de manière à ce que les détenteurs de droits puissent les comprendre)**

Les programmes de protection sociale doivent être transparents et offrir un accès complet et culturellement approprié à l'information et à la communication. Les responsables de la mise en œuvre des programmes de protection sociale doivent partager de manière proactive des informations sur toutes les composantes essentielles du programme (y compris les mécanismes de ciblage, les critères d'éligibilité, les niveaux de prestations, les mécanismes de plainte et de réparation) de manière à ce que les personnes les plus marginalisées puissent facilement les recevoir et les comprendre. Cette démarche s'appuie sur le droit à l'information et sur les principes des droits de l'homme que sont la transparence et la responsabilité.

#### **6. Garantir une participation significative et efficace**

Conformément à leurs obligations en matière de droit à la participation et à l'Observation générale n° 19 sur le droit à la sécurité sociale, les États doivent mettre en place des canaux de participation efficaces afin que les détenteurs de droits et leurs organisations puissent participer de manière significative à la conception, à la mise en œuvre et à l'évaluation des programmes de protection sociale en tenant compte des disparités de pouvoir existantes.

## **7. Garantir l'accès à des mécanismes de plainte et à des voies de recours efficaces**

Conformément à leurs obligations en matière de droit de recours, les États doivent mettre en place des mécanismes efficaces de reddition de comptes et de plainte dans le cadre des programmes de protection sociale. Il est essentiel que les procédures de plainte soient indépendantes, accessibles, simples, équitables et efficaces. Il est important de prévoir plusieurs canaux de dépôt de plaintes, des dispositions pour les plaintes anonymes, des mesures de protection de la confidentialité et des dispositions pour les faibles niveaux d'alphabétisation ou les langues alternatives.

## 2 PARTIE 2 : ÉTAT DE LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE

Cette partie du rapport donne un aperçu de la disponibilité, de l'accessibilité et de l'adéquation des systèmes de sécurité sociale en Afrique, conformément au cadre « Triple A » (voir partie 1, section 1.2), sur la base des données et des recherches disponibles. Elle examine ensuite les réponses de la protection sociale à la pandémie de COVID-19 et conclut par une analyse des défis à relever pour la promotion du droit à la sécurité sociale en Afrique, en s'appuyant sur les observations des organes internationaux et régionaux de défense des droits de l'homme, des titulaires de mandats et des organismes des Nations Unies (y compris l'OIT) et sur le suivi effectué par les institutions nationales des droits de l'homme en Ouganda, en Gambie, au Kenya et au Malawi.

Il convient de noter que si la protection/sécurité sociale est un terme large couvrant à la fois l'aide sociale (non contributive) et l'assurance sociale (contributive), l'analyse des données est principalement axée sur l'aide sociale qui représente environ 75 % des programmes de sécurité sociale en Afrique (CEA 2021). En règle générale, les systèmes d'assurance sociale en Afrique couvrent les travailleurs du secteur public et des grandes entreprises privées, mais ne couvrent pas les travailleurs de l'économie informelle, secteur grâce auquel la plupart des individus gagnent leur vie. Cela signifie que la plupart des Africains n'ont pas accès à ce type d'assurance (OIT 2021b ; Devereux 2022).

### 2.1 DISPONIBILITÉ DES PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE

#### Faibles taux de couverture globale

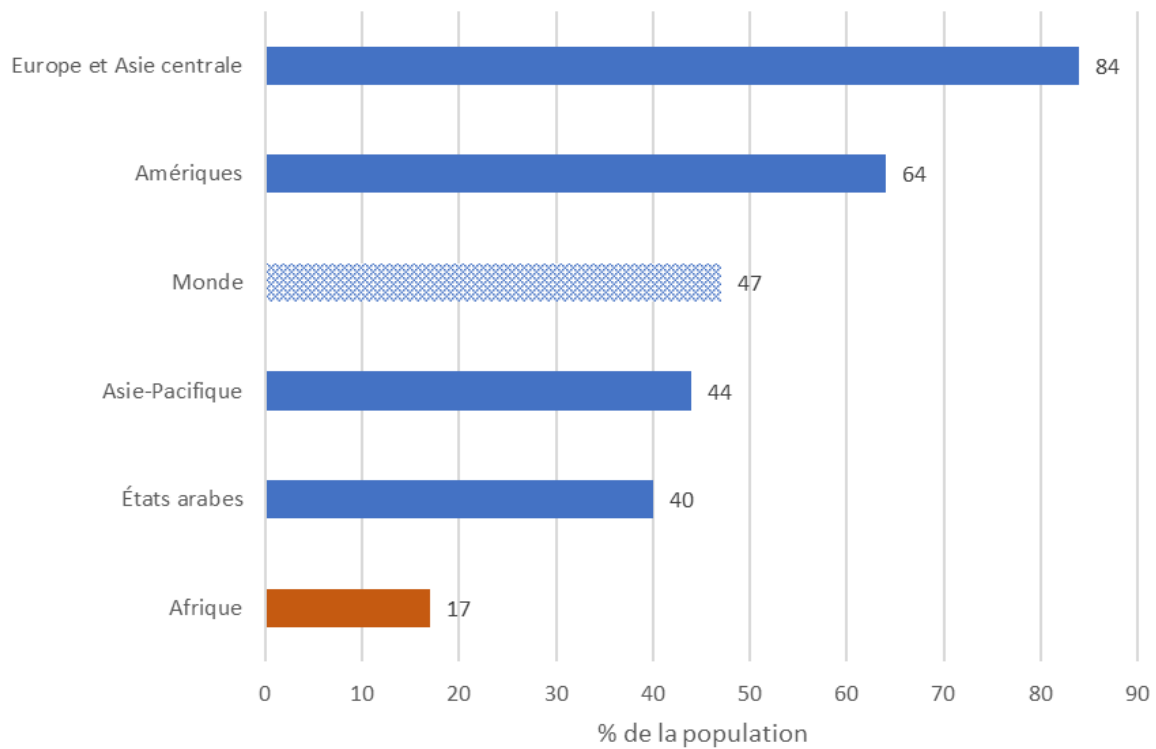
La région africaine accuse un gros retard par rapport au reste du monde en ce qui concerne la couverture de la protection sociale. La couverture effective en Afrique concerne en moyenne 17,4 % de la population totale, ce qui est bien inférieur à l'objectif de 40 % fixé par l'OIT (OIT 2021b) et à la moyenne mondiale de 47 %. L'Afrique est la région du monde où le taux de couverture effective est le plus faible (voir figure 1), et environ 83 % de la population africaine ne bénéficie actuellement d'aucune prestation de sécurité sociale.

Cette section s'appuie sur les données officielles relatives à **l'indicateur 1.3.1 des ODD**. « Proportion de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale ». L'OIT est le dépositaire des données sur la couverture effective de la protection sociale<sup>11</sup>. La plupart des données sont issues de son questionnaire relatif aux dossiers administratifs (Enquête sur la sécurité sociale), qu'elle soumet régulièrement aux gouvernements nationaux. Ces données sont également complétées par d'autres sources de données internationales et régionales, telles que l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), ainsi que par d'autres données administratives nationales et des données tirées d'enquêtes menées auprès

des ménages. Les données ont toutefois leurs limites, car peu de pays disposent de l'ensemble des données statistiques disponibles. Cela rend également difficile la comparaison des données dans le temps, car un nombre encore plus restreint de pays disposent d'ensembles complets de données sur plusieurs années. Néanmoins, des informations partielles sont disponibles pour de nombreux pays.

Les faibles taux de couverture sont la conséquence de décennies de sous-investissement dans la protection sociale. Les pays africains consacrent en moyenne 3,8 % de leur PIB à la protection sociale (hors santé), la moyenne mondiale s'élevant à 12,9 % (OIT 2021).

**FIGURE 1 : COUVERTURE EFFECTIVE DE LA PROTECTION SOCIALE, ESTIMATIONS MONDIALES ET RÉGIONALES, 2020 OU ANNÉE LA PLUS RÉCENTE DISPONIBLE**



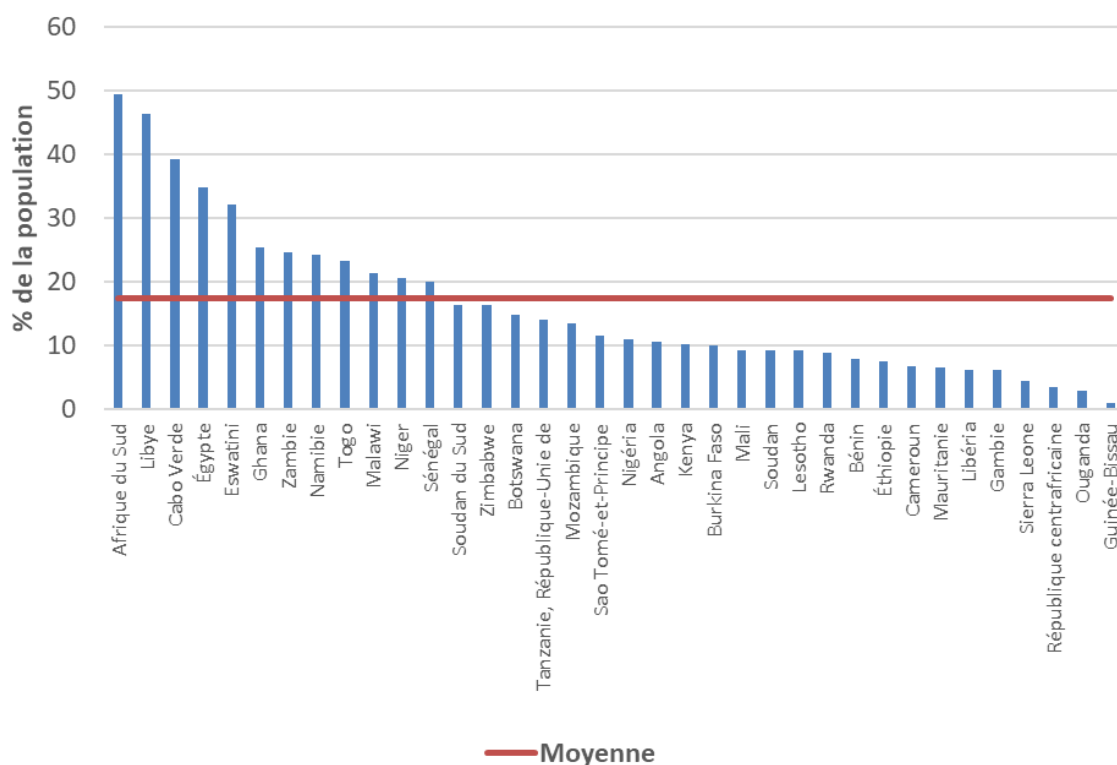
Source : Organisation internationale du travail (OIT), statistiques sur la protection sociale

### **De grandes disparités régionales**

En Afrique, les taux de couverture effective varient considérablement d'un pays à l'autre (voir figure 2). La plupart des pays ont des taux de couverture inférieurs à la moyenne générale et seuls deux pays ont des taux supérieurs à la cible de 40 % fixée par l'OIT. L'Afrique du Sud a la couverture moyenne la plus élevée avec 49 % de la population, et la Guinée-Bissau a la couverture la plus faible avec 0,9 % de la population. Il est important de noter que des données manquent pour plusieurs pays africains.



**FIGURE 2 : COUVERTURE EFFECTIVE DE LA PROTECTION SOCIALE PAR PAYS D'AFRIQUE, 2020 OU ANNÉE LA PLUS RÉCENTE DISPONIBLE**



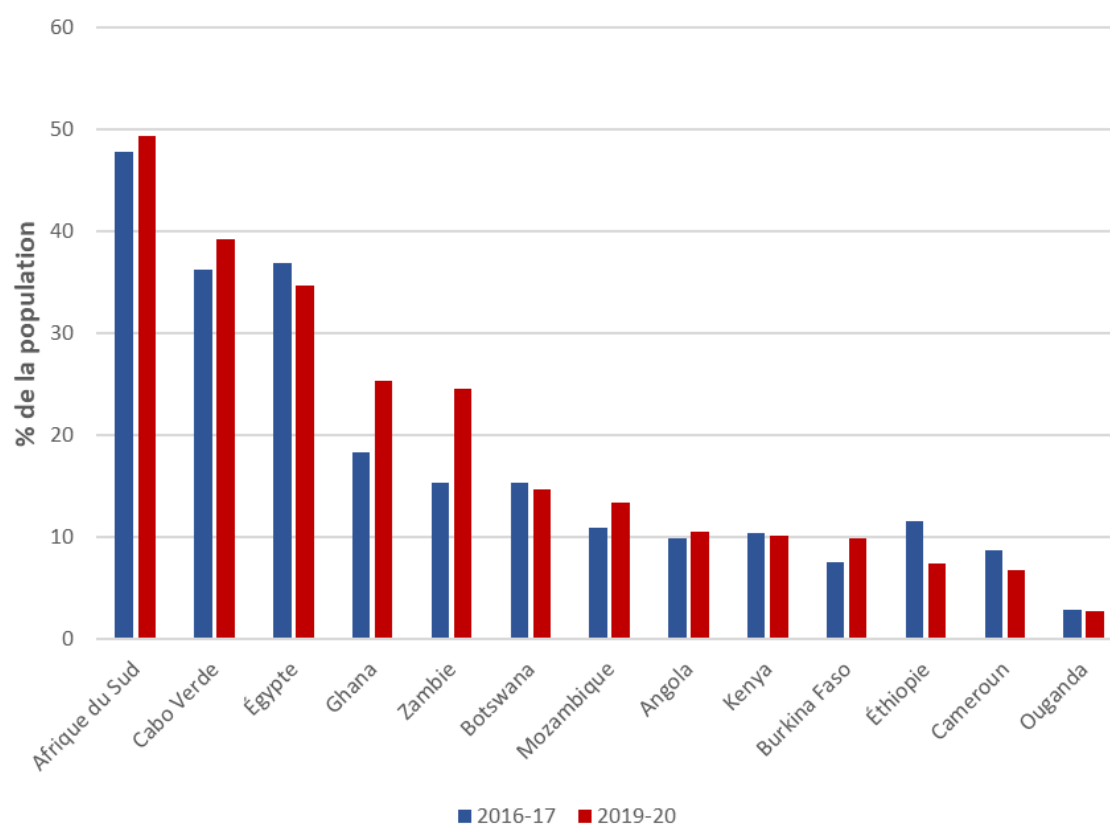
Source : Organisation internationale du travail (OIT), statistiques sur la protection sociale

### Évolution dans le temps

Du point de vue des droits de l'homme, il est important de savoir si les pays réalisent progressivement le droit à la sécurité sociale en élargissant la couverture au fil du temps. La figure 3 compare les taux de couverture en 2016 et 2020 pour les 13 pays africains qui disposent de données.

Dans l'ensemble, aucun changement significatif n'est à signaler au cours de la période concernée, hormis pour le Ghana et la Zambie qui ont augmenté leur couverture grâce aux programmes phares LEAP (Livelihood Empowerment Against Poverty [Revenu de subsistance contre la pauvreté]) et « Social Cash Transfer » (Transferts monétaires sociaux). Les changements de moindre importance observés dans d'autres pays peuvent s'expliquer par des différences méthodologiques et doivent être interprétés avec prudence.

**FIGURE 3 : COUVERTURE EFFECTIVE DE LA PROTECTION SOCIALE DANS CERTAINS PAYS D'AFRIQUE, 2016 ET 2020**



Remarque : Seuls les pays pour lesquels plusieurs points de données sont disponibles sont inclus.

Source : Organisation internationale du travail (OIT), statistiques sur la protection sociale

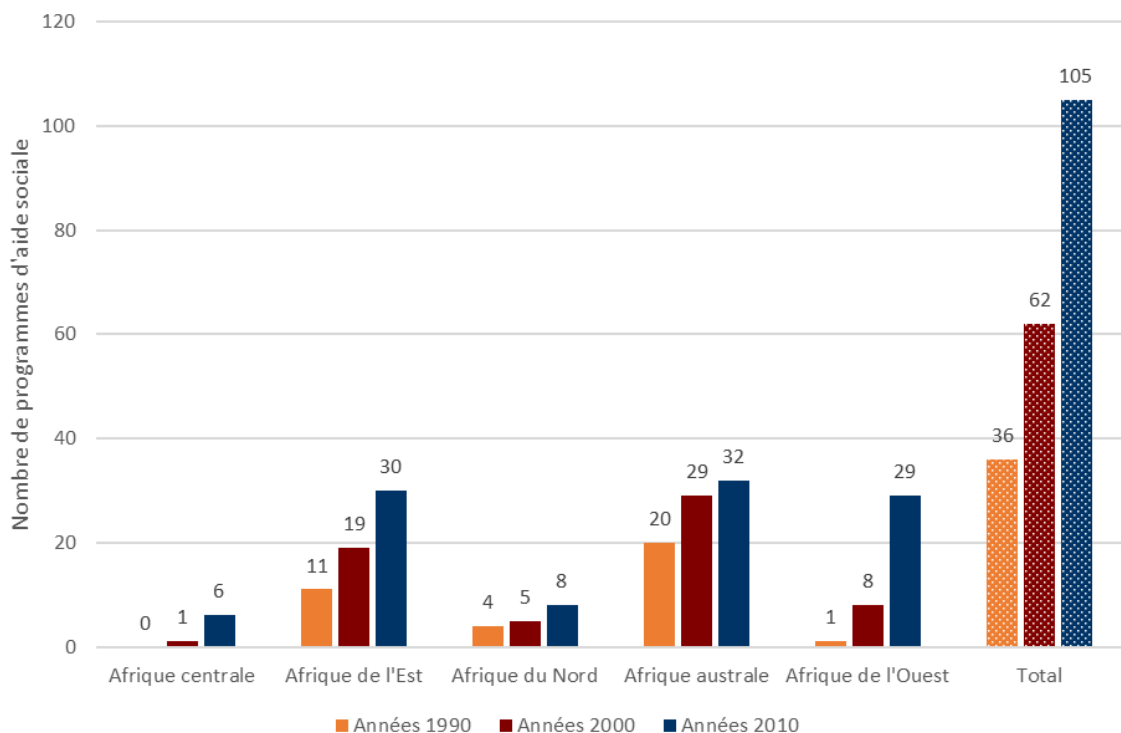
Les programmes de transferts monétaires ont connu une croissance rapide depuis le début des années 2000 (Niño-Zarazúa et al. 2012 ; Beegle et al. 2018 ; PNUD 2019 ; Devereux 2022). Le nombre total de programmes menés dans le continent est passé de 62 dans les années 2000 à 105 dans les années 2010, cf. figure 4. Jusque dans les années 1990, la quasi-totalité des programmes d'aide sociale (encore en place aujourd'hui) se trouvaient en Afrique australe et en Afrique de l'Est<sup>12</sup>. Le premier programme en Afrique du Nord a été lancé dans les années 1980, le premier en Afrique de l'Ouest dans les années 1990, et aucun programme n'a été lancé en Afrique centrale avant les années 2000 (PNUD 2019). Depuis les années 1990, l'augmentation du nombre de programmes a majoritairement été notée en Afrique de l'Est et de l'Ouest, le nombre de programmes en Afrique australe restant relativement élevé au cours de cette période. Les progrès sont encore lents en Afrique centrale (voir figure 4).

Les transferts monétaires constituent le principal type de programme d'aide sociale et sont en grande partie responsables de l'augmentation du nombre de programmes des dernières décennies, avec des variations dans la composition des programmes d'un pays à l'autre (Beegle et al. 2018). Les pensions sociales et les transferts monétaires sont plus répandus dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure d'Afrique australe, tandis que les programmes d'urgence et les programmes

alimentaires sont plus courants dans les pays à faible revenu et les pays fragiles d'Afrique centrale et de l'Est (Niño-Zarazúa et al. 2012 ; Beegle et al. 2018).

Cette croissance est attribuée à l'évolution du contrat social entre les gouvernements et les citoyens, à l'influence internationale, à diverses crises et réformes, ainsi qu'à un recentrage sur la réduction de la pauvreté (Beegle et al. 2018 ; PNUD 2019 ; Banque mondiale 2021).

**FIGURE 4 : PROGRAMMES D'AIDE SOCIALE DISPONIBLES EN AFRIQUE ENTRE 2010 ET 2015, CUMULÉS PAR DATE DE DÉBUT ET PAR RÉGION**



Remarque : Ces chiffres reflètent les programmes d'aide sociale qui étaient opérationnels en 2015, regroupés en fonction de la décennie de leur lancement. Les programmes d'aide sociale comprennent les transferts monétaires (inconditionnels et conditionnels), les transferts alimentaires (mais pas les programmes de distribution de repas scolaires ni l'aide alimentaire d'urgence) et les projets de travaux publics. Source : PNUD (2019).

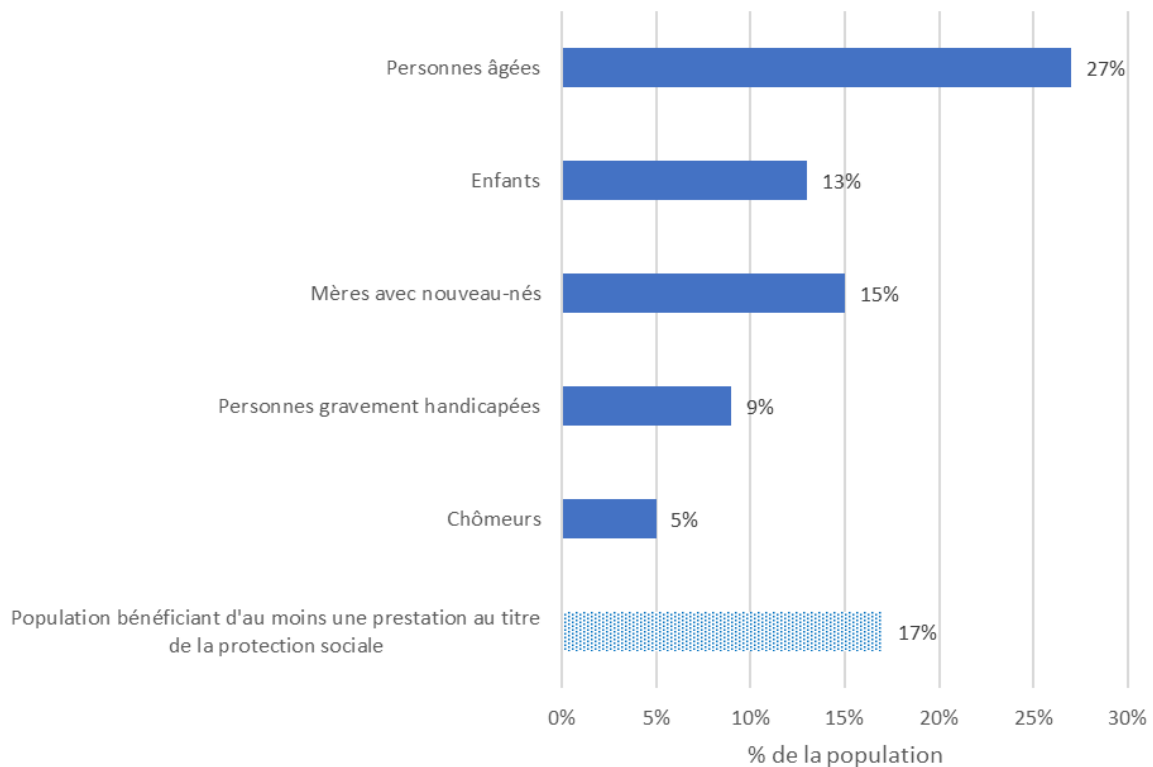
## 2.2 ACCESSIBILITÉ DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

### Groupes laissés pour compte

Du point de vue des droits de l'homme, il est essentiel d'examiner les lacunes dans la couverture, non seulement en termes de chiffres globaux, mais aussi afin de savoir qui est laissé pour compte, pourquoi et si les groupes marginalisés font l'objet d'un ciblage prioritaire, conformément aux obligations des États en matière de droits de l'homme et aux engagements pris dans le cadre des ODD.

Les données de l'indicateur 1.3.1 des ODD montrent que les lacunes de la couverture sont particulièrement considérables pour les chômeurs, les personnes handicapées, les enfants et les mères de nouveau-nés. Pour ces groupes, les taux de protection sont bien inférieurs à la moyenne de 17 % (voir figure 5).

**FIGURE 5 : COUVERTURE EFFECTIVE DE LA PROTECTION SOCIALE DE CERTAINS GROUPES PAR PAYS D'AFRIQUE, 2020 OU ANNÉE LA PLUS RÉCENTE DISPONIBLE**

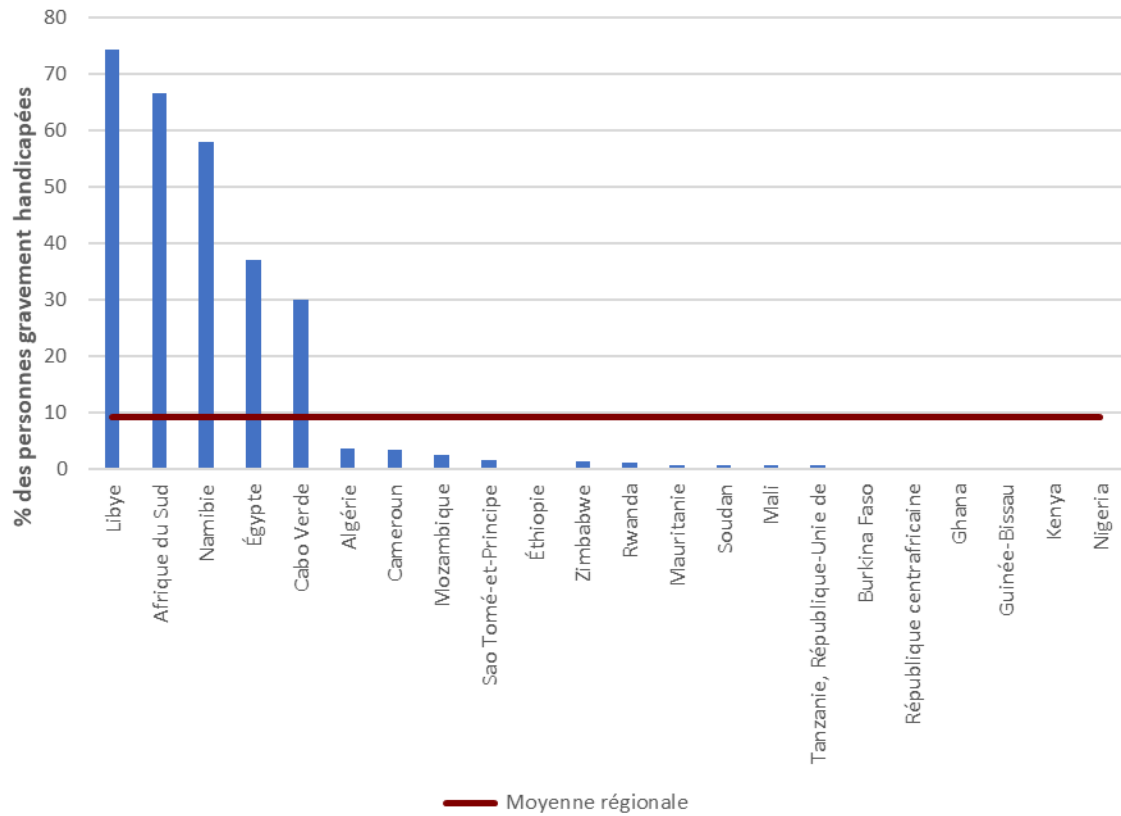


Source : Organisation internationale du travail (OIT), statistiques sur la protection sociale.

En Afrique, 27 % des personnes ayant dépassé l'âge de la retraite perçoivent une forme de pension. Ce chiffre moyen est tiré vers le haut par les performances élevées de quelques pays, notamment en Afrique australe<sup>13</sup> et en Afrique du Nord, qui se rapprochent de la couverture universelle. Par exemple, en Afrique du Sud, le taux de couverture des personnes âgées est de 84 %<sup>14</sup>.

Plus de 90 % des personnes gravement handicapées sur le continent n'ont pas accès aux prestations de protection sociale. Le chiffre de 9 % de couverture moyenne pour les personnes gravement handicapées recouvre d'importantes disparités au sein des pays, de 74 % en Libye et 67 % en Afrique du Sud à 0,1 % au Nigéria (voir figure 6)<sup>15</sup>. Pour la plupart des pays africains, aucune donnée sur la couverture des personnes gravement handicapées n'est disponible.

**FIGURE 6 : COUVERTURE EFFECTIVE DE LA PROTECTION SOCIALE DES PERSONNES GRAVEMENT HANDICAPÉES PAR PAYS D'AFRIQUE, 2020 OU ANNÉE LA PLUS RÉCENTE DISPONIBLE**



Remarque : Cette figure montre les pays où des données sur le handicap sont disponibles. Pour la majorité des pays africains, aucune donnée n'est disponible.  
 Source : Organisation internationale du travail (OIT), statistiques sur la protection sociale.

### 2.3 ADÉQUATION DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Même si elles sont couvertes par la sécurité sociale, les aides disponibles, par exemple sous forme de transferts monétaires, ne sont généralement pas suffisantes pour garantir le droit à un niveau de vie adéquat. La plupart des programmes fournissent des prestations bien inférieures aux seuils de pauvreté nationaux et l'inflation élevée réduit encore davantage le pouvoir d'achat, car peu de programmes indexent les prestations sur les indices des prix (Beegle et al. 2018). Cette situation est devenue de plus en plus problématique ces dernières années en raison de la hausse des taux d'inflation dans la région (FMI 2022).

**En Gambie**, les transferts sociaux ont généralement une portée très limitée et leur montant est insuffisant pour répondre aux besoins fondamentaux. Plusieurs familles interrogées par la Commission nationale des droits de l'homme de Gambie ont souligné que l'aide monétaire n'était pas alignée sur le prix des produits de base tels que le riz.

Les prestations moyennes des programmes de transferts monétaires varient considérablement d'un programme à l'autre et d'un pays à l'autre. Dans les pays africains à faible revenu, où les taux de pauvreté sont élevés, les programmes de transferts monétaires ciblant les pauvres fournissent en moyenne environ 30 dollars américains PPA<sup>16</sup> de 2011 par mois, soit 10 % du seuil de pauvreté national dans ces pays (Beegle et al. 2018).

Les pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, principalement en Afrique australe, fournissent en moyenne 196 dollars PPA de 2011 par mois, soit 29 % des seuils de pauvreté nationaux (Beegle et al. 2018). Le programme sud-africain d'allocation de soutien à l'enfant est l'un des plus généreux des grands programmes de transferts monétaires ; il fournit en moyenne 84 dollars américains PPA de 2011 par mois, cf. tableau 2.

Les prestations offertes par le biais de pensions sociales et de travaux publics sont généralement plus élevées. Les travaux publics imposent aux bénéficiaires de travailler avant de pouvoir recevoir un transfert, comme c'est le cas pour le Programme de filet de sécurité productif (sigle en anglais : PSNP) à grande échelle en Éthiopie. En Éthiopie, le PSNP a fourni en moyenne 342 dollars PPA de 2011 par mois, et la composante urbaine a quant à elle fourni 155 dollars PPA de 2011, soit respectivement 110 % et 50 % du seuil de pauvreté national.

Le tableau ci-dessous présente une sélection de programmes phares en Afrique subsaharienne, y compris la couverture estimée par la Banque mondiale et le niveau des prestations par rapport au seuil de pauvreté national. Il convient de noter que les pays d'Afrique du Nord ne sont pas inclus, car ils ne sont pas repris dans le rapport de la Banque mondiale.

**TABLEAU 2 : PROGRAMMES PHARES SÉLECTIONNÉS, AFRIQUE SUBSAHARIENNE, PAR TYPE DE PROGRAMME, COUVERTURE ET NIVEAU DE PRESTATIONS**

	Pays	Programme	Année	Couverture (% du groupe de population concerné)	Prestation mensuelle, en \$ PPA	% du seuil de pauvreté national
Transfert monétaire	Afrique du Sud	Allocation de soutien à l'enfant	2008	50,6	84	-
	Namibie	Fourniture d'une aide sociale	2014	31,8	98	28
	Sénégal	Programme national de bourses de sécurité familiale (PNBSF)	2015	16	36	4
	Seychelles	Aide sociale	2015	11,6	211	
	Tanzanie	Filet de sécurité sociale productif (PSSN) - Transfert monétaire conditionnel	2012	9,6	21	8
Travaux publics	Malawi	Programme de travaux publics du MASAF	2016	17,7	73	38
	Botswana	Ipelegeng (autonomie)	2015	10,9	151	62
	Éthiopie	Programme de filet de sécurité productif (PSNP) - travaux publics	2011	8	342	110
Pension sociale	Lesotho	Pension de vieillesse	2015	100	101	73
	Botswana	La pension de vieillesse (OAP)	2016	100	53	22
	Namibie	Prestations d'aide sociale - Allocation de vieillesse	2014	100	98	28

Source : Banque mondiale ASPIRE, Beegle et al. (2018)

## 2.4 RÉPONSE À LA PANDÉMIE DE COVID-19

### Besoin accru en protection sociale

La pandémie de COVID-19 a accru davantage la demande déjà élevée de développement de la sécurité sociale en Afrique. La pandémie a fait basculer 55 millions de personnes supplémentaires dans l'extrême pauvreté en Afrique en 2021, réduisant à néant plus de deux décennies de progrès (CNUCED 2021 ; CEA 2021, Banque mondiale 2021 ; OIT 2021). La pandémie a encore amplifié les inégalités économiques et sociales et a été qualifiée de « virus de l'inégalité » (Berkhout et al. 2021).

Comme dans le reste du monde, la plupart des pays africains ont imposé des restrictions pour contenir la propagation de la COVID-19, telles qu'une limitation des activités commerciales et des déplacements, des fermetures d'écoles et des confinements, ce qui a eu d'importantes conséquences pour des millions de personnes (Devereux 2021 ; Gerard et al. 2020). En particulier, les travailleurs informels à faible

revenu dans les zones urbaines (par exemple, les marchands ambulants), qui ne pouvaient pas travailler à domicile, ont été durement touchés par les restrictions (De Schutter 2020 ; Devereux 2021 ; OIT 2021 ; Berkhout et al. 2021 ; Devereux et Cuesta 2021). Dans la mesure où les travailleurs informels sont généralement exclus de la sécurité sociale, ils sont beaucoup plus exposés à la faim et aux maladies graves (Berkhout et al. 2021). La pandémie a mis en évidence les lacunes généralisées des systèmes de protection sociale en Afrique et a accru les souffrances humaines.

### **Élargissement des prestations pendant la période de la COVID-19**

La pandémie de COVID-19 a donné lieu à un renforcement sans précédent, mais inégal, de la couverture sociale dans le monde entier. Pour faire face à la crise, les gouvernements ont eu recours à des politiques de protection sociale afin de protéger la santé publique, les emplois et les revenus (OIT 2021). Les programmes d'aide sociale, en particulier les programmes de transferts monétaires, ont constitué la mesure la plus utilisée. La plupart des programmes de transferts monétaires ont été étendus horizontalement (hausse des bénéficiaires, 727 programmes au total), tandis que les niveaux de prestations ont été augmentés dans 146 programmes (expansion verticale) dans le monde entier. La plupart des extensions étaient de nature temporaire et, globalement, la durée moyenne initiale était de quatre mois et demi<sup>17</sup>.

Plusieurs pays africains ont élargi leurs programmes de transferts monétaires en augmentant le niveau des prestations pendant la pandémie, notamment au Zimbabwe, au Niger, en Ouganda, en Afrique du Sud et en Sierra Leone, où les montants des prestations existantes ont augmenté de plus de 100 % par rapport aux niveaux antérieurs à la pandémie. Par exemple, en Afrique du Sud, les prestations de l'allocation de soutien à l'enfant ont temporairement augmenté de 111 % par rapport aux niveaux antérieurs à la pandémie. En Égypte, en Algérie, en Angola, au Cameroun, en Tunisie, au Ghana, en Éthiopie et en Tanzanie, l'augmentation a atteint de 20 % à 75 % par rapport aux niveaux antérieurs à la pandémie<sup>18</sup>.

De même, plusieurs pays africains ont étendu les programmes de transferts monétaires en augmentant la couverture. En 2018, la Banque mondiale a estimé que les transferts monétaires en Afrique subsaharienne concernaient 6 % de la population totale (Beegle et al. 2018). Pendant la pandémie, cette proportion est passée à 10 % de la population de 27 pays d'Afrique subsaharienne pour lesquels des données sont disponibles. La couverture a donc augmenté, mais la couverture globale reste faible. Il convient de noter que les chiffres ne sont pas directement comparables car ils sont basés sur des ensembles différents de pays d'Afrique subsaharienne ; ces interprétations doivent donc être prises avec prudence. Les taux de couverture varient également d'un pays à l'autre, allant de 78 % au Maroc à 9 % au Kenya et au Nigeria (voir tableau 3)<sup>19</sup>. En réponse à la pandémie, le gouvernement marocain a mis en œuvre le programme de transferts monétaires « Tadamon » qui vise à apporter une couverture aux travailleurs informels non couverts par les programmes d'assurance sociale.



**TABLEAU 3. COUVERTURE DES TRANSFERTS MONÉTAIRES PENDANT LA PANDÉMIE DANS CERTAINS PAYS AFRICAINS, 2020-21**

Pays et programme	Bénéficiaires en % de la population totale
Maroc : Tadamon	78%
Mauritanie : Soutien au filet de sécurité COVID-19	31%
Soudan : Projet de soutien aux familles	30%
Gambie : Programme Nafa Quick	27%
République du Congo : Transfert monétaire d'urgence	17%
Tunisie : Aide exceptionnelle de 200 dinars	13%
Afrique du Sud : Aides sociales d'urgence liées à la COVID-19	10%
Nigeria : Programme national de filet de sécurité sociale	9%
Kenya : Programme national de filet de sécurité	9%
Ouganda : Protection sociale adaptée aux enfants	0,12%

Source : Banque mondiale, Social Protection and Job Response to COVID-19: A Real Time Review of Country Measures. (Uniquement en anglais.) Fév. 2022.

## 2.5 CONCLUSION BASÉE SUR L'ANALYSE DES DONNÉES

L'analyse des données sur la **disponibilité** des systèmes de protection sociale montre qu'en dépit d'une augmentation du nombre de programmes, les taux de couverture restent faibles en Afrique, environ 83 % de la population ne bénéficiant d'aucune prestation de protection sociale. Les manques importants de données permettent difficilement de tirer des conclusions. Cependant, les données disponibles concernant les progrès effectués au fil du temps en ce qui concerne la couverture n'indiquent pas que les pays africains sont en passe de concrétiser rapidement le droit à la sécurité sociale, ni d'atteindre les cibles de développement relative à ce droit définies dans le Programme 2030 et l'Agenda 2063. Les données montrent d'importantes disparités entre les pays. Aucun pays ne s'approche de la protection universelle.

En termes d'**accessibilité**, les données montrent que certains groupes sont extrêmement laissés pour compte. C'est notamment le cas des personnes handicapées. À l'exception de l'Afrique du Sud, les personnes gravement handicapées ne disposent généralement pas de couverture (les taux de couverture vont de 0,1 à 0,6 % dans les pays disposant de données). La disponibilité de données ventilées demeure très problématique.

En termes d'**adéquation**, il en ressort que même lorsque des prestations de protection sociale sont disponibles, elles ne sont pas suffisantes pour garantir le droit à un niveau de vie adéquat.

La pandémie de COVID-19 a entraîné une augmentation des prestations de protection sociale, les programmes touchant davantage de personnes et les montants des

prestations étant plus élevés. Toutefois, la couverture reste faible et la plupart des programmes revêtaient un caractère temporaire. Il reste donc à voir si la pandémie est devenue un vecteur de progrès plus systémiques et durables assurant la promotion du droit à la protection sociale en Afrique.

L'analyse montre aussi clairement que les taux de couverture globaux et le nombre de programmes disponibles ne permettent pas à eux seuls de déterminer si les prestations sont accessibles à ceux qui en ont le plus besoin ou si elles sont suffisantes pour leur permettre d'avoir un niveau de vie adéquat. Ils ne révèlent rien non plus, en termes plus généraux, quant à la nature de ces programmes fondée sur les droits de l'homme. Il est donc essentiel d'adopter une perspective fondée sur les droits de l'homme qui prenne en compte les aspects liés à l'accessibilité, à l'adéquation du point de vue des différents groupes de détenteurs de droits et à la durabilité des programmes.

**L'Afrique du Sud** dispose du système de protection sociale le plus étendu du continent, combinant aide sociale, prix subventionnés pour les produits de base et services gratuits. Les prestations d'aide sociale, principalement sous la forme de transferts monétaires, constituent la majeure partie de la protection sociale, plus de 17 millions de personnes ayant reçu un transfert monétaire de l'État en 2019, soit près d'une personne sur trois. Les transferts monétaires sont financés par le régime fiscal général du pays et sont distribués par des organismes gouvernementaux, tandis que le Trésor public établit le budget de la protection sociale et détermine la valeur des augmentations<sup>20</sup>.

Malgré des taux de couverture élevés, les mécanismes de protection des droits de l'homme des Nations Unies ont mis en évidence des problèmes d'accessibilité. Il a été indiqué que le secteur informel dispose d'une couverture insuffisante et que les régimes non contributifs sont encore trop rares. Des défis persistants en matière d'accessibilité sont également recensés pour les personnes confrontées à des types de discrimination croisés, telles que les travailleuses migrantes ou les femmes handicapées. En outre, les mécanismes internationaux constatent l'absence d'un indice du coût de la vie servant de référence afin de mieux cibler les prestations sociales. Cet exemple montre pourquoi il est essentiel d'analyser la couverture de la protection sociale dans tous les contextes en s'appuyant sur les droits de l'homme.

## **2.6 DÉFIS À RELEVER AFIN DE PROMOUVOIR LE DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE**

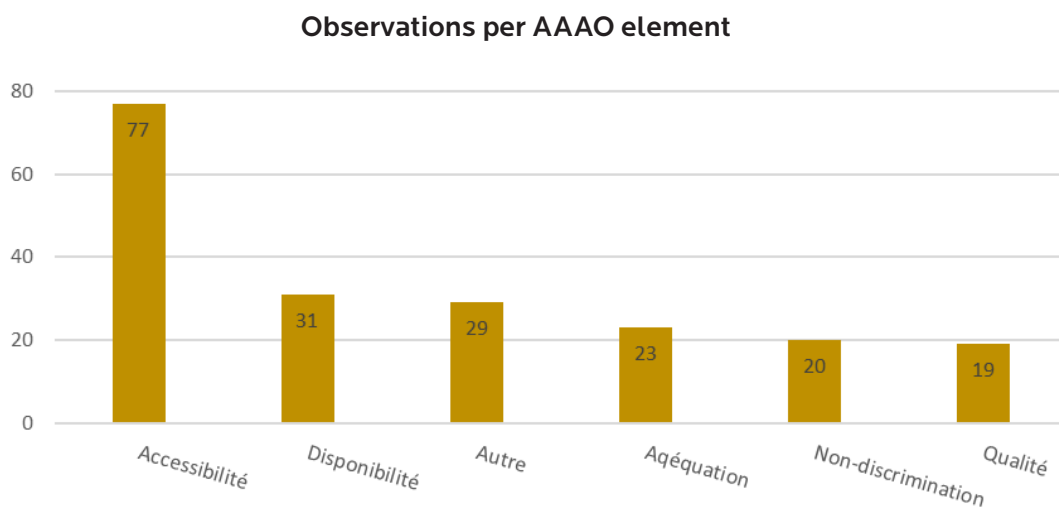
En Afrique, la promotion du droit à la sécurité sociale se heurte à de nombreux obstacles. On trouvera ci-dessous un résumé de quelques-uns des principaux défis semblable à la présentation du cadre Triple A, fondé sur les observations des organes internationaux et régionaux de défense des droits de l'homme chargés de superviser la mise en œuvre par les États de leurs obligations en matière de droits de l'homme, sur l'analyse des organismes des Nations Unies (y compris l'OIT) et sur des exemples de suivi assuré par les institutions nationales de défense des droits de l'homme en Ouganda, en Gambie, au Kenya et au Malawi.

## Qu'ont remarqué les mécanismes de suivi des droits de l'homme ?

Les organes internationaux et régionaux de défense des droits de l'homme chargés de veiller au respect par les États de leurs obligations en matière de droits de l'homme ont émis, entre 2015 et 2022, un total de 513 recommandations et observations relatives à la protection sociale à l'intention des États africains.

L'Institut danois des droits de l'homme a analysé les recommandations et observations des organes conventionnels des Nations Unies, des procédures spéciales des Nations Unies, de l'Examen périodique universel (EPU), de la Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP), des organes de contrôle de l'OIT sur les Conventions de l'OIT n° 102 (concernant la sécurité sociale (norme minimum)), n° 118 (sur l'égalité de traitement (sécurité sociale)) et 157 (sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale). Les observations ont été catégorisées en fonction du cadre AAAQ et de la question transversale de la non-discrimination. Les résultats de cette catégorisation sont les suivants :

**FIGURE 6 : REGROUPEMENT DES OBSERVATIONS SUR LES DROITS DE L'HOMME PAR ÉLÉMENT DU CADRE AAAQ**



Les questions liées à l'accessibilité des programmes de protection sociale représentent 77 des 203 observations formulées par les mécanismes internationaux. Les questions concernaient principalement la couverture limitée des régimes de protection sociale pour certains groupes spécifiques. Les difficultés à garantir l'accessibilité étaient également parmi les plus fréquemment identifiées par le mécanisme régional, la CADHP. Cela montre comment les mécanismes de suivi des droits de l'homme peuvent fournir d'importantes informations qualitatives et compléter les efforts de collecte de données menés au niveau mondial, tels que ceux relatifs à l'indicateur 1.3.1 des ODD sur la couverture qui se concentre sur un aspect limité de la disponibilité de la protection sociale.

Les organes de contrôle de l'OIT ont souligné l'absence de bonne gouvernance des systèmes de sécurité sociale en raison de la corruption, de la fraude, de l'évasion

fiscale, du manque de données, de l'impossibilité de transférer des prestations sociales à l'étranger, ce qui entraîne une discrimination entre les ressortissants et les non-ressortissants, et de la prise en compte de la résidence dans l'État comme condition préalable à l'octroi de prestations de sécurité sociale, entre autres. La CADHP aborde également la question de la privatisation des services sociaux dans trois pays (Lesotho, Niger et Ouganda) en ce qui concerne les soins de santé et l'éducation.

### 2.6.1 Disponibilité

#### Financement

Les contraintes budgétaires sont souvent citées comme un facteur déterminant de la faible disponibilité et de l'inadéquation des systèmes de protection sociale dans les pays africains (Devereux 2022 ; OIT 2021). Le niveau des dépenses publiques allouées à la sécurité sociale en Afrique subsaharienne est parmi les plus faibles au monde. Avant la COVID-19, les pays africains consacraient en moyenne 3,8 % de leur PIB à la protection sociale (hors santé), la moyenne mondiale s'élevant à 12,9 % (OIT 2021). Ce chiffre varie d'une région à l'autre : l'Afrique du Nord dépense 7,7 % du PIB, tandis que l'Afrique subsaharienne en dépense 2,1 %. L'Afrique australe dépense en moyenne trois fois plus que l'Afrique centrale (Beegle et al. 2018 ; PNUD 2019).

L'OIT (2021b) estime qu'il manque à l'Afrique un financement annuel à hauteur de 8,5 % du PIB afin d'atteindre les cibles de protection sociale pour tous et de couverture sanitaire universelle des ODD (cibles 1.3 et 3.8 des ODD). La génération de recettes intérieures et les performances de l'Afrique restent à la traîne par rapport à d'autres régions. En outre, l'Afrique a perdu environ 89 milliards de dollars des États-Unis (6 % du PIB) par an du fait de flux financiers illicites, ce qui a compromis la mobilisation de ressources intérieures des pays (CNUCED).

**En Gambie**, en 2017, le ministère des Finances et des Affaires économiques a mené une enquête auprès de l'ensemble des ministères, services spécialisés et organismes qui mettent en œuvre la protection sociale en Gambie et a constaté que le gouvernement gambien avait dépensé 96 millions de GMD (0,18 % du PIB) directement destinés aux programmes de protection sociale. Ce chiffre est inférieur à la tendance moyenne des pays à faible revenu de la Banque mondiale ainsi qu'à la moyenne de l'Afrique subsaharienne. Les bailleurs de fonds contribuent à hauteur de 136 millions de GMD à la protection sociale en Gambie, ce qui montre que la protection sociale dans le pays repose essentiellement sur ces bailleurs de fonds.

#### Appropriation et financement nationaux à des fins de durabilité

La viabilité financière et la prévisibilité des prestations de protection sociale constituent un défi de taille lié à la question du financement. Selon la Banque mondiale, près de la moitié des programmes d'aide sociale sont encore gérés par des partenaires de développement, tels que des ONG. L'aide au développement joue un rôle crucial dans environ la moitié des programmes (Beegle et al. 2018). Il convient de noter que les

données sur l'organisation de la sécurité sociale ne sont pas disponibles dans plusieurs pays africains.

La part des programmes financés et gérés par les partenaires de développement est plus élevée dans les pays africains à faible revenu et dits « fragiles ». Bien que l'Afrique de l'Ouest ait connu une augmentation significative du nombre de programmes au cours des dernières décennies, ces programmes ne sont toujours pas profondément ancrés dans la politique nationale ; de nombreux programmes sont des projets pilotes conçus et financés par des tiers (PNUD 2019). Lorsque de tels programmes sont en place, ils ne sont généralement pas suffisamment fondés sur les droits et offrent une couverture sporadique à certaines personnes, mais pas à toutes celles qui en ont besoin.

La Commission nationale des droits de l'homme de **Gambie** souligne que les programmes d'aide sociale sont généralement à court terme et axés sur l'urgence, et qu'il n'existe pas de transferts monétaires prévisibles et à long terme ciblant les personnes extrêmement pauvres.

En revanche, les programmes menés en Afrique australe et de l'Est existent depuis de nombreuses années et sont de bien plus grande envergure. Nombre de ces programmes sont nationaux et souvent financés par des ressources fiscales nationales (PNUD 2019). Les programmes sont, dans une large mesure, fondés sur les droits, s'inscrivent dans le contrat social entre l'État et les citoyens, et ne pourraient être supprimés sans protestation populaire (PNUD 2019).

Il est important de noter que le droit à la sécurité sociale a trouvé sa place dans de nombreuses constitutions des pays africains et se traduit de plus en plus par des lois et des politiques garantissant des droits légitimes. Le droit à la sécurité sociale est prévu dans au moins 19 constitutions africaines<sup>21</sup>, tandis que la sécurité sociale et les termes connexes<sup>22</sup> sont mentionnés dans environ 35 constitutions (PNUD 2019). Ces évolutions sont essentielles à la formation du contrat social entre les responsables de l'État et les détenteurs de droits.

La part toujours importante de l'aide des bailleurs de fonds et de la gestion des régimes de protection sociale par des ONG révèle les défis à relever en matière de durabilité et la nécessité d'une plus grande appropriation nationale et d'une mobilisation de ressources nationales pour financer les régimes à l'avenir.

L'élargissement des prestations de sécurité sociale dépend de l'**engagement politique** en faveur des politiques sociales, qui est souvent lié aux préférences en matière de redistribution ainsi qu'aux incitations et priorités politiques (Niño-Zarazúa et al. 2012 ; Devereux 2022). Le changement des préférences et incitations politiques est généralement un processus lent, mais les crises et les chocs ont souvent donné l'impulsion nécessaire à un changement rapide de la mobilisation politique en faveur du développement de la protection sociale (Beegle et al 2018 ; Banque mondiale 2021 ; OIT 2021). Les périodes de changements économiques et sociaux rapides ont incité les gouvernements en place à renforcer la protection sociale, parce qu'ils souhaitent aider les ménages vulnérables touchés, mais aussi parce qu'ils veulent

s'assurer un large soutien et réduire le risque de troubles politiques (Beegle et al. 2018). En outre, des crises sanitaires majeures, telles que la propagation du VIH/sida et l'épidémie d'Ebola, ont déjà joué un rôle important dans l'amélioration de l'aide sociale dans plusieurs pays africains (Beegle et al. 2018). De même, la pandémie de COVID-19 a conduit à des efforts de renforcement de l'aide sociale dans la région africaine (OIT 2021). Il reste à voir si les effets positifs en termes d'élargissement des prestations seront durables.

Un argument important en faveur d'un financement accru, au-delà de la référence aux obligations des États en matière de droits de l'homme, est le fait que l'**investissement dans la protection sociale est très rentable**. Les prestations doivent donc être considérées comme un investissement et non comme une dépense. Une méta-analyse des programmes en place dans les pays africains menée en 2018 montre que l'aide sociale augmente la consommation de 0,74 \$ en moyenne pour chaque 1,00 \$ transféré. Le reste, 0,26 \$, stimule les investissements productifs et l'épargne (Beegle et al. 2018). En outre, l'effet sur la consommation peut avoir un effet multiplicateur sur l'économie locale allant jusqu'à 1,84. En d'autres termes, on estime que chaque dollar transféré ajoute plus d'un dollar à l'économie locale (Taylor et al. 2014 ; Taylor et al. 2013, 2014 ; Thome et al. 2014a, 2014b ; Beegle et al. 2018). L'aide sociale renforce également la résistance des ménages aux chocs, car ils sont plus susceptibles d'économiser de l'argent et d'assurer leurs moyens de subsistance en période de crise (Beegle et al. 2018).

### 2.6.2 Adéquation

La question de l'adéquation est étroitement liée à celle du financement, car elle nécessite un investissement nettement plus important pour garantir que les régimes de sécurité sociale fournissent au moins un niveau minimum essentiel de prestations permettant d'atteindre un niveau de vie adéquat.

### 2.6.3 Accessibilité

L'accessibilité des services de protection sociale se heurte à de nombreux obstacles, comme l'a également analysé le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté<sup>23</sup>.

### Manque de capacité administrative et de registres sociaux

La capacité des gouvernements à gérer les régimes de protection sociale et à tenir des registres sociaux complets et actualisés afin de cibler efficacement l'aide aux personnes dans le besoin constitue un défi de taille dans la plupart des pays africains. Les registres sociaux sont un outil commun de recensement et d'enregistrement des ménages éligibles à la protection sociale. La demande de prestations de protection sociale est souvent subordonnée à l'inscription dans ces registres (De Schutter, Olivier 2022). Les ménages et les individus difficilement joignables car ils vivent dans des zones reculées ou dans des logements précaires ou temporaires peuvent être oubliés. Les recenseurs ne parviendront ainsi jamais à établir un contact avec tous les ménages lorsqu'ils collectent des données pour alimenter les registres sociaux. En outre, les registres sociaux fournissent une liste statique des bénéficiaires potentiels et

sont rarement mis à jour en raison des coûts élevés de ces mises à jour. Il en résulte un risque élevé d'erreurs d'inclusion et d'exclusion (ibid.).

### **Absence de données ventilées sur les bénéficiaires des services**

Le manque de données, y compris de données ventilées, et de suivi des régimes et programmes de protection sociale complique l'évaluation de l'accessibilité. Cela a également été observé dans l'analyse des données globales où, par exemple, les données spécifiques au handicap n'étaient disponibles que pour une poignée de pays africains.

Les INDH africaines qui ont recherché de manière proactive à obtenir des données ventilées afin d'éclairer leur analyse de la couverture de la protection sociale ont également constaté que ces données n'étaient pas disponibles. Par exemple, les données sur les bénéficiaires du programme gouvernemental à grande échelle d'accès à des facteurs de production abordables (Affordable Inputs Programme) au Malawi n'étaient pas ventilées par handicap, de sorte qu'il était difficile d'évaluer l'accessibilité pour les personnes handicapées. De même, en Gambie, l'absence de statistiques nationales complètes et fiables sur le champ d'application et la disponibilité de la protection sociale dans le pays complexifie la coordination et l'évaluation des régimes d'aide sociale.

### **Absence de documents d'identification officiels**

L'absence de citoyenneté et les problèmes liés à l'enregistrement des naissances empêchent de nombreuses personnes de bénéficier des prestations de protection sociale. Seuls 45 % des enfants sont enregistrés à la naissance en Afrique subsaharienne (De Schutter, Olivier 2022). Lorsqu'une pièce d'identité officielle est une condition préalable à l'obtention de services sociaux, une grande partie de la population est automatiquement exclue. Les sans-abri, les minorités ethniques, les apatrides, les réfugiés et les migrants constituent d'autres groupes de bénéficiaires potentiels qui peuvent ne pas disposer des documents d'identification requis et risquent d'être exclus.

La numérisation des pièces d'identité, bien qu'elle constitue un moyen d'atténuer certains problèmes, peut entraîner d'autres difficultés et risques d'exclusion. En Ouganda, par exemple, malgré les efforts déployés pour mettre en place une carte d'identité numérique, entre 23 et 33 % de la population adulte du pays n'ont pas reçu de carte d'identité nationale (ibid.).

Il est donc essentiel d'atteindre la cible 16.9 des objectifs de développement durable, qui invite les États à garantir à tous une identité juridique, notamment grâce à l'enregistrement des naissances, d'ici à 2030, afin d'éviter l'exclusion des systèmes de protection sociale. Lorsque les systèmes d'identité numérique sont en cours de déploiement, l'obtention d'une carte d'identité numérique ne doit pas être une condition préalable à l'accès aux régimes de protection sociale. D'autres formes d'identification, comme les passeports, les permis de conduire, les cartes d'électeur ou les certificats de naissance, doivent être acceptées jusqu'à ce que tous les individus reçoivent des cartes d'identité numériques (ibid.).

**En Gambie**, l'étude menée par la Commission nationale des droits de l'homme (NHRC) a révélé que l'un des principaux obstacles rencontrés par les bénéficiaires est la délivrance des documents nationaux requis pour le versement des fonds aux bénéficiaires. De nombreuses personnes interrogées ont indiqué que même si elles remplissaient toutes les conditions d'éligibilité à l'aide, elles rencontraient des difficultés en raison de l'absence de documents nationaux.

### **Exclusion juridique**

Dans les pays africains, d'importants groupes de population sont exclus des politiques et des programmes de protection sociale. C'est notamment le cas des travailleurs de l'économie informelle, soit la majorité de la population en Afrique, dont les travailleurs ruraux, les employés de maison, les aidants et autres personnes effectuant un travail non rémunéré, qui ne sont généralement pas inclus dans les régimes d'assurance sociale.

**En Gambie**, la NHRC a constaté que le cadre législatif présentait d'importantes lacunes, notamment en ce qui concerne les dispositions constitutionnelles relevant de la compétence des tribunaux. La couverture de la sécurité sociale est basée sur les cotisations et les employés du secteur formel peuvent bénéficier du régime en fonction de leur contribution au fonds de prévoyance. Pourtant, la majorité de la population travaille dans le secteur informel, et seule une petite partie travaille dans le secteur formel. La sécurité sociale n'est donc accessible qu'à une infime minorité de salariés du secteur formel.

L'aide est insuffisante dans les zones périurbaines où résident les familles extrêmement pauvres et les familles de migrants. Les migrants, les familles de réfugiés, les parents isolés, les veuves et les ménages dirigés par un enfant figurent rarement dans les programmes de protection sociale. La couverture et le niveau d'aide apportés aux groupes particulièrement vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes vivant avec le VIH) sont inadéquats et sporadiques. Les projets prennent rarement en compte les risques sociaux et les vulnérabilités sociales, les vulnérabilités liées au cycle de vie et/ou les besoins des groupes exclus spécifiques.

### **Manque de clarté des critères d'inclusion**

Lorsque des programmes sont mis en place, ciblant par exemple les personnes handicapées ou les personnes pauvres, les critères d'identification des bénéficiaires, y compris les critères d'évaluation de la pauvreté ou du handicap, manquent souvent de clarté. Ce manque de clarté peut conduire à l'exclusion par les personnes chargées de la gestion des programmes et au non-recours aux droits par les détenteurs de droits qui n'ont pas été informés et ne sont pas conscients de leurs droits. Un ciblage excessif peut accroître la complexité des procédures et transformer les travailleurs sociaux et les gestionnaires en gardiens du système, chargés de prévenir les cas de fraude (De Schutter, Olivier 2022).



**Au Malawi**, il n'existait pas de directives claires sur l'inclusion des personnes handicapées dans le Programme d'accès à des facteurs de production abordables (AIP) soumis à l'examen de la Commission des droits de l'homme du Malawi. À Mzimba Sud, un défenseur des droits des personnes handicapées a déclaré avoir résolu une affaire dans laquelle le nom d'une personne handicapée avait été retiré de la liste des bénéficiaires sans motif apparent. Il a fallu l'intervention du Forum du handicap du district pour que son nom soit rétabli. À Zomba, certaines personnes handicapées ont indiqué que le critère utilisé pour identifier les bénéficiaires du programme était la pratique de l'agriculture. Ils ont observé qu'étant donné que certaines personnes handicapées ne peuvent s'adonner à la pratique agricole en raison de la nature de leur handicap, elles ne figurent pas sur la liste des bénéficiaires de l'AIP. Ce manque de clarté est source de confusion et crée un risque élevé d'exclusion des personnes ayant le plus besoin d'aide.

### **Obstacles physiques à l'accès aux services**

Dans certains contextes, des obstacles physiques, tels que la distance à parcourir jusqu'aux points de collecte des prestations ou l'inaccessibilité de ces derniers, posent des problèmes aux détenteurs de droits, y compris aux personnes handicapées. Les obstacles technologiques tels que l'enregistrement à l'aide des empreintes digitales constituent un défi pour ceux qui n'ont pas d'empreintes digitales après une vie de dur labeur manuel. La lourdeur des procédures de demande ainsi que les obstacles liés à l'alphabétisation et à la langue peuvent également contribuer à l'exclusion.

**Au Malawi**, le Programme d'accès à des facteurs de production abordables (AIP) soumis à l'examen de la Commission des droits de l'homme du Malawi ne dispose pas de directives ou de mesures spécifiques visant à garantir que les personnes handicapées puissent accéder facilement aux produits de base au niveau des points de distribution. La pandémie de COVID-19 a encore davantage entravé l'accessibilité en raison de certaines des mesures de prévention et de confinement liées à la COVID-19 qui étaient difficiles à respecter pour certaines personnes handicapées.

**En Ouganda**, la plupart des établissements d'enseignement primaire universel ne sont pas entièrement accessibles conformément aux normes d'accessibilité. Très peu d'écoles ont pu procéder à des aménagements raisonnables en raison du manque de fonds.

**En Gambie**, l'étude menée par la NHRC a montré que, malgré les efforts déployés par les responsables du projet pour faciliter l'accès aux interventions grâce à la mise en place de points de collecte d'argent et à l'acheminement des versements par l'intermédiaire de centres d'aide, certains bénéficiaires ont rencontré des difficultés à accéder à l'assistance, en raison de l'absence de documents appropriés et de l'éloignement des points de collecte d'argent. Ces mêmes bénéficiaires ont

également indiqué que les procédures étaient bureaucratiques et lentes et qu'ils ont été confrontés à de longues files d'attente dans les centres de paiement après avoir parcouru de longues distances. Dans certaines situations, il n'y avait aucune possibilité de paiement autorisé par des tiers pour le compte des bénéficiaires directs.

### **Mauvaise gestion des ressources ou ciblage arbitraire**

L'utilisation inefficace des ressources ou la corruption et la fraude pures et simples conduisent également à l'exclusion, soit par l'indisponibilité des ressources, soit par l'exclusion directe de ceux qui ne peuvent ou ne veulent pas payer de pots-de-vin et qui ne disposent pas de relations personnelles leur permettant d'obtenir des services plus rapidement. Des études montrent que les personnes vivant dans la pauvreté sont beaucoup plus susceptibles que les personnes aisées de se voir réclamer un pot-de-vin en échange de la fourniture d'un service (De Schutter, Olivier 2022).

Le recours à des dirigeants communautaires pour le ciblage peut renforcer les structures de pouvoir, les relations patron-client et les normes locales en matière de genre, créant ainsi des tensions et accentuant la stigmatisation et l'aliénation de certains groupes au sein de la communauté. Le ciblage géographique des régimes de protection sociale crée des possibilités de manipulation politique stratégique par les décideurs et les responsables politiques et peut donc également être problématique (Sepúlveda, Magdalena, Carly Nyst 2012).

### **Manque de sensibilisation entraînant le non-recours aux droits**

D'après les résultats de l'enquête mondiale présentée dans le rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur l'extrême pauvreté (De Schutter, Olivier 2022), la méconnaissance de l'existence des régimes de protection sociale est la raison la plus fréquente du non-recours aux droits. Le fait que les autorités gouvernementales ou les responsables de la mise en œuvre des programmes ne communiquent pas sur les prestations disponibles et sur la manière de les réclamer par le biais de canaux appropriés et dans des langues et des formats compréhensibles par les personnes concernées peut entraîner le non-recours aux droits.

**Au Kenya**, l'INDH a reconnu le manque d'information et la faible sensibilisation du public aux mécanismes de protection sociale existants comme un défi majeur. De même, l'INDH de la Gambie a indiqué que le manque de sensibilisation était la raison pour laquelle la Commission n'avait pas reçu de plaintes relatives à des violations du droit à la sécurité sociale.

### **Discrimination et conditions constituant des facteurs d'exclusion**

La discrimination peut être intentionnelle ou non, selon le contexte. La discrimination est parfois un effet involontaire de programmes qui ne sont pas suffisamment fondés sur les droits de l'homme.

L'utilisation de conditions définies dans l'intention d'encourager certains changements de comportement peut avoir en contrepartie un effet discriminatoire ou stigmatisant. Par exemple, les conditions imposées pour favoriser la propension à se faire soigner (par exemple, les visites dans un centre de santé) peuvent stigmatiser davantage les personnes qui ne peuvent accéder à ces services en raison d'obstacles physiques, financiers ou linguistiques. Certaines conditions peuvent créer un fardeau inutile pour les femmes et les personnes handicapées, les exposer à des abus ou perpétuer les stéréotypes traditionnels liés au genre au sein des ménages bénéficiaires. Le non-respect des conditions imposées peut parfois entraîner l'exclusion d'un individu ou d'un ménage des programmes de protection sociale.

**En Gambie**, les critères d'inscription au régime de sécurité sociale étudiés par la Commission nationale des droits de l'homme de Gambie (NHRC) s'appuyaient sur les femmes qui avaient accouché dans un centre de santé ou qui s'étaient inscrites dans un délai de cinq semaines auprès du centre de santé recensé par le projet. Cette stratégie d'inscription visait à encourager les femmes à fréquenter les établissements de santé pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, et à accroître le recours aux services de santé. Cette approche comportait toutefois le risque d'exclure les femmes qui ne disposaient pas d'informations ou de moyens d'accès aux centres de santé désignés dans le cadre du projet. Les entretiens menés auprès des femmes cheffes de file au sein des communautés locales ont montré que très peu de femmes parmi les plus pauvres ont bénéficié des transferts de revenus du fait de cette stratégie d'inscription. L'accès aux établissements de santé constitue un défi majeur pour les femmes en situation de pauvreté pluridimensionnelle et résidant dans des communautés très isolées. Le programme a donc involontairement exclu les femmes les plus marginalisées qui avaient le plus besoin de ce soutien.

### **Accessibilité économique**

Les régimes exigeant des cotisations posent un problème à ceux qui n'ont pas les moyens de les verser. Si les services publics de santé et d'éducation essentiels ne sont pas gratuits ou abordables pour tous, les paiements en espèces reçus dans le cadre des régimes de sécurité sociale peuvent facilement être absorbés par ces coûts, ce qui compromet d'autres aspects essentiels nécessaires à un niveau de vie adéquat, y compris l'alimentation.

La Commission africaine des droits de l'homme et des peuples (CADHP) a noté que les acteurs du secteur privé, qui jouent un rôle croissant dans les services de santé et d'éducation, interviennent souvent « sans tenir compte des droits de l'homme, ce qui entraîne une discrimination croissante dans l'accès à ces services, une diminution de la transparence et de la responsabilité, qui ont des effets négatifs sur la jouissance des droits à la santé et à l'éducation » (Résolution 420 CADHP).

Dans son Observation générale n° 7, la CADHP note que « la pandémie a mis en évidence le fait qu'au lieu d'élargir l'accès aux services sociaux, de nombreux acteurs commerciaux ont poursuivi des stratégies de recherche de profits qui rendent ces services plus inaccessibles à une grande partie de la population » et que « les intérêts

commerciaux en Afrique transforment de plus en plus ces services en marchandises privées », ce qui porte atteinte à l'objet et au but de la Charte africaine.

**La Commission des droits de l'homme de l'Ouganda** note que la politique actuelle délègue la responsabilité de l'enseignement préprimaire au secteur privé, qui cherche à faire des profits, et qu'il n'existe pas de cadre réglementaire pour les frais. Les membres des communautés urbaines et riches sont plus à même d'accéder aux services préscolaires que les pauvres des zones rurales. Le coût élevé de la scolarité est l'une des principales raisons pour lesquelles les enfants sont exclus, en particulier au niveau de l'enseignement secondaire.

## 3 PARTIE 3 : DIRECTIVES DESTINÉES AUX INDH

Cette partie du rapport fournit des directives aux institutions nationales des droits de l'homme (INDH) sur la manière dont elles peuvent utiliser leurs compétences afin de promouvoir le droit à la sécurité sociale. Elle s'appuie sur des exemples de cas tirés des travaux des INDH de Gambie, du Kenya, du Malawi et de l'Ouganda.

La première section présente les différentes fonctions des INDH et leur application possible dans le cadre de la promotion du droit à la sécurité sociale. Les sections suivantes approfondissent chacune de ces fonctions pour donner des directives sur la recherche, le suivi et les enquêtes, les rapports, le traitement des plaintes, la promotion, la coopération et le rôle consultatif des INDH.

Une plus grande importance est accordée aux aspects liés à la collecte et à l'analyse des données dans la section « Suivi, recherche et enquêtes », en réponse au besoin identifié de renforcement des capacités dans ce domaine, tel que formulé dans la Déclaration et le Plan d'action de Harare (2021) du RINADH.

### 3.1 RÔLE DES INDH DANS LA PROMOTION ET LA PROTECTION DU DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les INDH jouent un rôle important dans la promotion et la protection des droits de l'homme, y compris le droit à la sécurité sociale. Il s'agit d'organismes publics indépendants investis d'un large mandat pour enquêter, suivre et rendre compte de la mise en œuvre des droits de l'homme et pour conseiller les gouvernements et autres parties sur la mise en conformité de la législation et des initiatives aux normes en matière de droits de l'homme. De nombreuses INDH ont également pour mission de recevoir et de traiter les plaintes émanant de particuliers ou d'organisations.

Compte tenu de leur vaste mandat et du lien étroit unissant le respect des droits de l'homme et la réalisation des objectifs de développement durable, les INDH ont également un rôle à jouer dans la mise en œuvre et le suivi des objectifs de développement énoncés dans les principaux cadres mondiaux et régionaux, notamment le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et l'Agenda 2063 : L'Afrique que nous voulons, et, plus généralement, dans l'adoption d'une approche du développement fondée sur les droits de l'homme.

En s'inspirant des déclarations des INDH, notamment la Déclaration de Mérida<sup>24</sup> et la Déclaration de Kigali<sup>25</sup> sur le rôle des INDH dans le suivi et la mise en œuvre de l'Agenda 2030, ainsi que des Principes de Paris précisant le mandat des institutions nationales des droits de l'homme, le tableau ci-dessous résume les rôles que les INDH peuvent jouer dans la promotion et la protection des droits à la sécurité sociale, conformément à leurs mandats. Ces rôles sont décrits plus en détail ci-dessous à l'aide d'exemples concrets et de conseils.

<b>Fonction des INDH</b>	<b>Application possible dans le cadre de la promotion du droit à la sécurité sociale</b>
<b>Suivi et recherche</b>	Mener des recherches et assurer un suivi de la situation de certains groupes de détenteurs de droits ou de la mise en œuvre de régimes de protection sociale spécifiques. Développer et utiliser des indicateurs des droits de l'homme pour assurer un suivi des engagements, des efforts et des résultats de la mise en œuvre des droits de protection sociale par les gouvernements. Assurer un suivi de la mise en œuvre des observations finales et des recommandations sur la protection sociale.
<b>Conseil</b>	Conseiller le gouvernement, le parlement ou tout autre organe compétent sur l'adoption d'une approche fondée sur les droits de l'homme afin de mettre en œuvre le droit à la sécurité sociale pour tous et sur le suivi des recommandations en matière de droits de l'homme sur cette question. Examiner la législation, les dispositions administratives, les projets et les propositions de loi et formuler des recommandations ou proposer de nouvelles lois ou des amendements pour s'assurer que les politiques sont conformes aux normes en matière de droits de l'homme (y compris celles élaborées dans les observations générales des organes conventionnels), qu'elles sont cohérentes et que les régimes et programmes de protection sociale sont fondés sur les droits. Conseiller les instituts nationaux de statistique, les organismes gouvernementaux, les bailleurs de fonds ou les organismes de recherche sur l'adoption d'une approche de la collecte de données fondée sur les droits de l'homme, y compris la nécessité de disposer de données ventilées issues de recensements et d'enquêtes.
<b>Établissement de rapports</b>	Préparer des rapports sur la situation nationale en ce qui concerne le droit à la sécurité sociale et attirer l'attention sur tout cas de violation des droits dans l'ensemble du pays. Soumettre des rapports aux organes internationaux et régionaux de défense des droits de l'homme, y compris les organes conventionnels, chargés de superviser la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale. Intégrer les analyses menées dans les rapports sur les cadres de développement nationaux ou internationaux, y compris l'examen national volontaire des progrès réalisés en vue du Programme 2030 (en particulier les ODD 1, 3, 5 et 10).
<b>Traitement des plaintes</b>	Recevoir et examiner les plaintes relatives aux violations des droits à la sécurité sociale, par exemple les cas de discrimination au sein des programmes de protection sociale et d'exclusion de ceux-ci. Agir comme médiateur, renvoyer l'affaire devant les tribunaux, aider le plaignant à porter l'affaire devant les tribunaux, ou communiquer les plaintes non résolues au gouvernement avec des recommandations d'action.
<b>Promotion</b>	Promouvoir le droit à la sécurité sociale, notamment par le biais de l'éducation et de la formation aux droits de l'homme, de manifestations publiques et de concours de plaidoirie. Encourager la ratification des instruments pertinents en matière de droits de l'homme, y compris le nouveau Protocole à la Charte africaine sur le droit à la protection sociale et à la sécurité sociale.
<b>Coopération</b>	Rapprocher les acteurs du développement durable et des droits de l'homme afin de forger des alliances et de promouvoir et protéger les droits de l'homme, notamment dans le cadre du suivi et de l'établissement de rapports sur les droits de l'homme et les objectifs de développement durable, ainsi que dans le cadre des efforts de promotion et de sensibilisation. Engager un dialogue avec les titulaires de mandats des Nations Unies, notamment le Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, la Commission africaine et les mécanismes nationaux de coordination des ODD.

Dans l'exercice de leur mandat, les INDH peuvent utiliser le contenu normatif du droit à la sécurité sociale comme cadre (voir partie 1) et les recommandations propres à chaque pays des mécanismes de défense des droits de l'homme comme directives détaillées pour l'élaboration, l'examen et la modification des politiques ainsi que la conception, la mise en œuvre et le suivi des programmes (voir partie 1).

### **3.2 RECHERCHE, SUIVI ET ENQUÊTES**

Les INDH peuvent produire d'importantes données et observations en appliquant une approche systématique du suivi du droit à la sécurité sociale et en adoptant une approche de la collecte de données fondée sur les droits de l'homme lorsqu'elles enquêtent sur des plaintes individuelles, effectuent des recherches qualitatives ou mènent des enquêtes de plus grande envergure qui permettent de quantifier et d'analyser les tendances. Les sous-sections ci-dessous décrivent l'impact de l'adoption d'une approche systématique et fondée sur les droits de l'homme à des fins de recherche, de suivi et d'enquête sur le droit à la sécurité sociale par les INDH.

#### **Aligner le plan de recherche sur une approche fondée sur les droits de l'homme en matière de protection sociale : liste de questions**

Une première étape importante consiste à aligner le plan de recherche sur le contenu normatif du droit à la sécurité sociale, y compris le cadre Triple A et ses dimensions liées à la disponibilité, l'accessibilité et l'adéquation (voir partie 1). Il est également utile de s'inspirer des questions des directives de l'État en matière d'établissement de rapports sur la protection sociale (voir ci-dessous et la section 3.4). L'analyse sera ainsi axée sur les droits de l'homme et il sera plus facile d'utiliser les données collectées pour l'établissement de rapports sur les droits de l'homme et d'identifier les tendances, par exemple en ce qui concerne les obstacles à l'accessibilité, dans le cadre d'enquêtes et de recherches multiples.

Vous trouverez ci-dessous une liste de questions qui attirent l'attention sur différents aspects du droit à la sécurité sociale, y compris les dimensions du cadre Triple A<sup>26</sup>, et qui incluent des questions tirées des directives officielles destinées à l'État en matière d'établissement de rapports sur ce droit. Cette liste peut servir d'inspiration pour l'élaboration de questionnaires et être adaptée au contexte lors de la planification de la recherche et du suivi en matière de protection sociale.

#### **Liste de vérification : exemples de questions pour l'élaboration des questionnaires**

Examen juridique :

- Le droit à la sécurité sociale est-il intégré dans le droit national (y compris la Constitution) ? (disponibilité)
- La définition légale correspond-elle au champ d'application général du droit et les branches suivantes de la sécurité sociale sont-elles couvertes : soins de santé, maladie, vieillesse, chômage, accidents du travail, aide aux familles et aux enfants, maternité, invalidité, et survivants et orphelins ? (accessibilité)
- Les hommes et les femmes jouissent-ils sur un pied d'égalité des droits à pension en ce qui concerne l'âge d'accès, les périodes de référence et les montants

accordés ? Existe-t-il des dispositions permettant aux non-ressortissants de bénéficier de régimes non contributifs d'aide au revenu, d'accès aux soins de santé et d'aide aux familles ? (accessibilité)

- Les politiques et les cadres juridiques prévoient-ils l'obligation de mettre en place des socles de protection sociale et de réaliser progressivement la couverture universelle ? (disponibilité)
- Le système de sécurité sociale garantit-il également des prestations d'aide sociale non contributives pour les personnes et les familles défavorisées et marginalisées qui ne sont pas prises en charge par les régimes contributifs ? (accessibilité)
- Les systèmes de sécurité sociale sont-ils établis et définis par la loi ? (disponibilité)
- Existe-t-il une stratégie et une politique de protection sociale cohérentes et intégrées ? (disponibilité)
- Existe-t-il des canaux établis pour la participation des bénéficiaires à tous les stades de la conception, de la mise en œuvre et du suivi ? (accessibilité)
- Les rôles et responsabilités de toutes les personnes impliquées dans la mise en œuvre des régimes/programmes ont-ils été définis ? (disponibilité)
- Existe-t-il des montants minimaux de prestations, y compris de pensions, fixés par la loi et révisés périodiquement, et sont-ils suffisants pour garantir un niveau de vie adéquat aux bénéficiaires et à leurs familles ? (adéquation)
- Des conditions d'éligibilité sont-elles définies ? Sont-elles objectives, raisonnables et transparentes et reflètent-elles l'obligation de donner la priorité aux plus pauvres des pauvres et d'éviter de stigmatiser les bénéficiaires ? (accessibilité)
- Existe-t-il des mécanismes garantissant la transparence et l'accès à l'information sur les régimes/programmes disponibles ? (accessibilité)
- Existe-t-il des mécanismes de plainte et de recours accessibles ? (accessibilité)
- Examen du budget
- Les systèmes de sécurité sociale sont-ils soutenus par une stratégie à long terme et un financement durable ? (disponibilité)
- L'évolution de l'affectation des budgets gouvernementaux à la protection sociale au fil du temps reflète-t-elle l'obligation de dépenser le maximum de ressources disponibles et de mettre en œuvre progressivement ce droit ? (disponibilité)
- Y a-t-il des signes de régression (coupes budgétaires, austérité) ? (disponibilité)
- La part du financement des bailleurs de fonds par rapport aux ressources nationales allouées à la protection sociale est-elle en hausse ou en baisse (ce qui indique un investissement plus ou moins important de la part du gouvernement) ? (disponibilité)

Examen des données :

- Des données sont-elles disponibles sur la couverture de la protection sociale ? (disponibilité)
- Parmi les sources, on peut citer l'OIT pour l'indicateur 1.3.1 des ODD sur la proportion de la population bénéficiant d'au moins une prestation (pour lequel des données ventilées sont disponibles pour un assez grand nombre de pays africains), l'OMS pour l'ODD 3.8.1. sur la couverture des services de santé essentiels, et des données provenant des ministères et des programmes de protection sociale concernés, ainsi que des instituts nationaux de statistique.
- Les données sont-elles ventilées ? (disponibilité/accessibilité)
- L'indicateur 1.3.1. des ODD nécessite une ventilation par sexe et par groupe



de population, distinguant enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes et nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, pauvres et personnes vulnérables. Des caractéristiques supplémentaires basées sur des motifs de discrimination interdits peuvent être utiles dans un contexte donné et peuvent être proposées au gouvernement, aux organismes des Nations Unies, aux bailleurs de fonds et aux instituts nationaux de statistique par les INDH.

- Qu'est-ce que les données nous apprennent globalement et sur les groupes « laissés pour compte » ? (disponibilité/accessibilité)

Entretiens avec les principaux informateurs des organismes responsables des programmes de protection sociale :

- Une analyse des questions de genre a-t-elle été réalisée pour éclairer la conception de la stratégie/du programme ? (accessibilité)
- Comment la politique/le programme tient-il compte des différents risques du cycle de vie, de la charge des soins, des différences d'accès aux services, au travail et aux activités productives ? (accessibilité)
- Comment la politique/le programme donne-t-il la priorité aux plus pauvres des pauvres tout en évitant de stigmatiser les bénéficiaires ? (accessibilité)
- Les critères d'éligibilité sont-ils objectifs, raisonnables et transparents ? (accessibilité)
- Quelles sont les mesures prises pour partager de manière proactive les informations sur toutes les composantes essentielles du programme, y compris les mécanismes de ciblage, les critères d'éligibilité, les niveaux de prestations, les mécanismes de plainte et de recours, de manière à ce qu'elles puissent être facilement comprises et reçues par les personnes les plus marginalisées ? (accessibilité)
- Les communications sont-elles diffusées dans les langues locales et sur des supports autres qu'écrits ? (accessibilité)
- Comment l'accessibilité des prestations accordées aux personnes les plus marginalisées est-elle assurée ? (Quelles sont les stratégies permettant de surmonter les obstacles administratifs et physiques qui pourraient empêcher les personnes les plus pauvres et les plus marginalisées de bénéficier des prestations ?) (accessibilité)
- Si des conditions/coresponsabilités s'appliquent, le non-respect de celles-ci conduit-il à l'exclusion ? (accessibilité)
- Les conditions s'accompagnent-elles de mesures de protection contre les abus commis par les personnes chargées de contrôler le respect des conditions, et de mesures visant à garantir la capacité des services de santé et d'éducation à répondre à une demande accrue ? (accessibilité)
- Des protections sont-elles mises en place pour garantir que les conditions ne créent pas un fardeau inutile pour les femmes, ne les exposent pas à des abus ou ne perpétuent pas les stéréotypes traditionnels liés au genre au sein des ménages bénéficiaires ? (accessibilité)
- Comment les détenteurs de droits ont-ils été consultés lors de la conception, de la mise en œuvre et du suivi du programme de protection sociale ? Quelles mesures ont été mises en place pour garantir une participation significative, notamment des femmes et des groupes marginalisés, compte tenu des déséquilibres de pouvoir ? (accessibilité)

- Existe-t-il des moyens de déposer des plaintes ? Les détenteurs de droits peuvent-ils déposer des plaintes par le biais de plusieurs canaux, de manière anonyme et dans le respect de la confidentialité ? Des dispositions ont-elles été prises pour tenir compte des faibles niveaux d’alphabétisation ou des langues alternatives ? (accessibilité)

Entretiens avec les détenteurs de droits (ventilés) :

- Avez-vous été informé(e) de vos droits aux prestations, y compris des critères et des niveaux de prestations, du mode de présentation d’une demande et de l’entité auprès de laquelle vous pouvez déposer une telle demande ? Les informations ont-elles été communiquées dans une langue et sous un format facilement compréhensible ? (accessibilité)
- Avez-vous accès aux prestations ? Avez-vous rencontré des difficultés pour obtenir des prestations (liées par exemple à la procédure de demande, aux documents requis, à la distance à parcourir, au coût, aux langues, à l’attitude du personnel, à l’accessibilité des bâtiments, à la sécurité et à d’autres questions) ? (accessibilité)
- Les prestations fournies sont-elles suffisantes pour bénéficier au moins des soins de santé essentiels, d’un abri et d’un logement de base, de l’approvisionnement en eau et de l’assainissement, de denrées alimentaires et des formes les plus élémentaires d’enseignement ? Les services d’éducation primaire et de soins de santé sont-ils gratuits ou abordables ? (adéquation)
- Si les prestations sont fournies en nature, par exemple sous forme de biens, la qualité des articles fournis est-elle satisfaisante ? Sont-ils culturellement acceptables ? (acceptabilité, qualité<sup>27</sup>)
- L’accès aux prestations de protection sociale est-il subordonné au respect de certaines exigences et conditions (par exemple, utilisation des services publics, denrées alimentaires en échange de travail ou autres) ? Savez-vous si le non-respect de ces conditions entraînera votre exclusion de l’accès aux prestations ? (accessibilité)
- Vous a-t-on expliqué comment déposer une plainte si vous êtes exclu(e) des services fournis ou si vous avez d’autres plaintes à formuler concernant le programme ? Existe-t-il plusieurs façons de déposer une plainte ? Ces options sont-elles réalisables/faciles à utiliser ? (accessibilité)
- Avez-vous eu l’occasion de contribuer à la conception du programme ou à son déploiement dans la pratique, ou de discuter de ses résultats ? Si oui, avez-vous été consulté(e) d’une manière qui vous a permis de faire part de vos idées et de vos préoccupations, et vos préoccupations et vos points de vue ont-ils été pris en compte/retenus ? (accessibilité)

### Exemples de recherches menées par les INDH

**La Commission nationale des droits de l’homme de Gambie** a entrepris des recherches sur deux programmes de protection sociale, Nafa Quick et BReST, qui ciblent les groupes pauvres et marginalisés de Gambie. Les recherches ont consisté en un examen juridique, 15 entretiens avec les principaux informateurs (points focaux du gouvernement) et des entretiens menés auprès de 184 détenteurs de droits (107 femmes, 77 hommes) dans trois régions : la Division de North Bank, la Division de

Central River et la Division de Upper River de la Gambie. Les questionnaires destinés aux détenteurs de droits et aux principaux informateurs couvraient les aspects liés à la disponibilité, à l'accessibilité, à l'acceptabilité, à la non-discrimination, à l'inclusion des groupes vulnérables, à l'adéquation des prestations et à la durabilité.

L'analyse basée sur les conclusions a été structurée en tenant compte de ces aspects et donne un aperçu des lacunes du point de vue des droits de l'homme. En termes de disponibilité, 30 % des détenteurs de droits interrogés ont déclaré que les services n'étaient pas mis à disposition des ménages défavorisés et que les citoyens pauvres étaient dans une large mesure exclus des programmes. Il a été constaté que l'absence de documents d'identification et l'éloignement des points de collecte d'argent constituaient des obstacles à l'accessibilité, obstacles qui n'ont pas été surmontés dans le cadre des programmes. En outre, les procédures d'obtention des prestations étaient bureaucratiques et lentes, et les détenteurs de droits ont dû faire face à de longues files d'attente au niveau des centres de paiement après avoir parcouru de longues distances. En termes d'adéquation, les détenteurs de droits ont généralement indiqué que l'argent transféré leur permettait de couvrir les besoins alimentaires de base, mais plusieurs familles ont souligné que l'aide monétaire n'était pas alignée sur le prix des produits de base et que, dans certains cas, l'argent versé n'avait couvert que quelques jours.

Un point important lié à l'inclusion des groupes marginalisés a été que la stratégie de ciblage et les critères d'éligibilité excluaient les femmes qui ne s'inscrivaient pas ou n'accouchaient pas dans les centres de santé recensés par le projet. Cette stratégie visait à favoriser la propension à se faire soigner, mais elle a conduit à l'exclusion des femmes les plus pauvres et les plus marginalisées n'ont pas disposé d'informations ou n'ont pas eu accès aux centres de santé.

**La Commission des droits de l'homme du Malawi** a mené des recherches sur le Programme d'accès à des facteurs de production abordables (AIP) lancé par le gouvernement et sur un groupe spécifique de détenteurs de droits, à savoir les personnes handicapées. Au niveau national, des entretiens des principaux informateurs ont été menés avec les autorités compétentes. La Commission a également consulté l'Institut national de statistique (NSO) sur d'éventuels rapports récemment élaborés dans le cadre de la recherche. En outre, la Commission a interrogé un total de 77 personnes qui étaient des petits exploitants agricoles et des bénéficiaires de l'AIP (44 personnes handicapées), des agents de vulgarisation agricole du gouvernement intervenant au niveau local, des responsables d'organisations de personnes handicapées et d'ONG du secteur agricole travaillant à l'échelle locale dans trois districts : Zomba, Salima et Mzimba.

La Commission a notamment constaté qu'il existait des problèmes liés à l'accessibilité des services pour les personnes handicapées, problèmes qui se sont aggravés pendant la pandémie de COVID-19. La Commission a également observé que la stratégie de ciblage et les critères d'éligibilité n'étaient pas clairs. Cela a parfois entraîné l'exclusion ou l'inclusion insuffisante des personnes handicapées. Davantage de femmes handicapées ont fait état d'une sous-inclusion, ce qui met en évidence la dimension sexiste de la discrimination en matière d'accès.

**La Commission nationale des droits de l'homme du Kenya (KNCHR)** a mené des recherches dans toutes les (anciennes) provinces du Kenya, en accordant une attention particulière aux personnes âgées, afin d'élaborer le rapport intitulé « Growing Old in Kenya : Making it a Positive Experience » (Vieillir au Kenya : en faire une expérience positive). Le rapport de 2009 soulignait la nécessité de protéger les droits des personnes âgées et proposait des solutions viables permettant à tous les Kényans de mieux vivre leur vieillesse. La protection sociale est apparue comme un élément critique et central de la qualité de vie des personnes âgées. Les efforts soutenus de plaidoyer de la KNCHR ont conduit à plusieurs actions positives de la part des acteurs étatiques et non étatiques, notamment la reconnaissance des droits des personnes âgées dans la Constitution, la promulgation d'une politique expansionniste pour la vieillesse, une nouvelle législation, la création et le financement d'institutions, et la mise en place d'activités de programme ciblées.

La KNCHR a également mené des recherches (en 2023) sur la cible 3.8 des ODD relative à la couverture sanitaire universelle, en mettant l'accent sur les groupes marginalisés. La Commission a mis en place une équipe multisectorielle composée de représentants des différents services spécialisés de la Commission et de la société civile, et a défini de manière participative les lieux de recherche et les parties prenantes. Des outils de collecte de données et un modèle de plan d'amélioration des installations du comté ont été conçus et validés avec différentes parties prenantes. Les outils s'inspirent notamment de la politique de couverture sanitaire universelle du Kenya, de la politique nationale de protection sociale du Kenya et des principes de l'approche fondée sur les droits de l'homme (AAAQ). Ils s'articulent autour de six thèmes :

1. Cadres législatif et politique
2. Accès à des services de santé de qualité et situations d'urgence : adoption d'une approche de la prestation de services fondée sur les droits de l'homme et axée sur les principes d'accessibilité, de disponibilité, d'accessibilité économique et de qualité.
3. Participation du public et accès à l'information sur la protection sociale en matière de santé
4. Financement des mécanismes de protection sociale en matière de santé pour les groupes marginalisés et vulnérables
5. Durabilité et adaptabilité
6. Questions systémiques

Les outils de collecte de données ont été utilisés dans quatre comtés et ont abouti à des dialogues politiques de haut niveau avec les parties prenantes, y compris les représentants locaux du gouvernement national, les établissements de santé et les équipes de gestion de la santé des comtés, à des discussions de groupe et des entretiens des principaux informateurs avec des travailleurs de la santé, des débiteurs d'obligations et des détenteurs de droits.

Les plans d'amélioration des établissements de santé ont été rédigés et présentés aux équipes de gestion de santé des établissements de santé et des comtés et transmis aux équipes des comtés à des fins de contribution et de validation. Dans les quatre comtés, les équipes de gestion de santé des établissements de santé et des comtés,

ainsi que les représentants des autorités locales se sont engagés à inclure des actions dans le plan annuel des comtés sur la base des résultats des recherches.

Les principales conclusions sont les suivantes : méconnaissance des politiques et des directives en matière de protection sociale et de soins de santé par les débiteurs d'obligations, notamment les professionnels de santé, les volontaires de santé communautaire et les détenteurs de droits ; lacunes dans la couverture des groupes vulnérables et marginalisés par les programmes existants, notamment le Fonds national d'assurance maladie ; capacité insuffisante à fournir des services de soins de santé en raison du taux élevé d'attrition du personnel, des ruptures d'approvisionnement en équipements médicaux ; participation insuffisante des groupes marginalisés à la conceptualisation, à la conception et à la mise en œuvre des interventions de protection sociale ; mobilisation insuffisante de ressources consacrées aux politiques de protection sociale en matière de santé.

**La Commission des droits de l'homme de l'Ouganda (UHRC)** a entrepris des recherches sur les enfants vivant avec des troubles de l'apprentissage et du développement. Les recherches ont pris la forme d'un examen des cadres juridique et politique et d'une recherche primaire dans trois districts axée sur les débiteurs d'obligations et les détenteurs de droits (parents d'enfants handicapés). Les questions faisant l'objet des recherches et l'analyse se concentrent sur la disponibilité, l'accessibilité et l'adaptabilité des établissements d'enseignement et des programmes éducatifs conformément au cadre AAAQ pour le droit à l'éducation. Les recherches rassemblent également les meilleures pratiques en matière d'interventions auprès des enfants vivant avec des troubles de l'apprentissage et du développement.

Les recherches ont révélé de nombreuses lacunes dans la mise en œuvre des obligations de l'État, notamment en ce qui concerne l'accessibilité économique, la sensibilisation et le partage d'informations sur les mesures de soutien, les programmes d'études et la formation des enseignants qui s'occupent d'enfants souffrant de différents handicaps, ainsi que d'importantes lacunes en matière de financement. Ces lacunes ont empêché la réalisation du droit à l'éducation des enfants handicapés. D'importantes lacunes ont également été mises en évidence en ce qui concerne les données ventilées permettant de mener une analyse globale.

### **Indicateurs des droits de l'homme**

Les indicateurs peuvent être utiles pour établir des bases de référence et suivre les progrès accomplis dans la réalisation des droits au fil du temps. Il est plus facile de présenter et de visualiser les données collectées par rapport aux indicateurs afin de mettre en lumière les progrès ou les lacunes et de renforcer la responsabilité. Les indicateurs présentent un inconvénient : ils peuvent être réducteurs et se concentrer parfois sur « ce qui peut être compté » au lieu de « ce qui compte ».

L'Observation générale n° 19 du CESCR et la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples appellent les États à mettre en place des mécanismes de suivi des

progrès, notamment par l'identification d'indicateurs et de critères nationaux relatifs à chaque droit (voir l'Observation générale n° 19 du CESCR, paragraphes 74 à 76 et les Lignes directrices relatives aux rapports des États parties sur les droits économiques, sociaux et culturels dans la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples, également connues sous le nom de Lignes directrices de Tunis, paragraphe 2b).

Les INDH peuvent contribuer à l'**élaboration** d'indicateurs qui mesurent la protection sociale du point de vue des droits de l'homme afin de les utiliser dans leur propre suivi ou de contribuer aux cadres de suivi utilisés par les instituts nationaux de statistique et les organismes gouvernementaux qui conçoivent, mettent en œuvre et suivent les programmes de protection sociale.

Les **indicateurs des droits de l'homme** sont des indicateurs élaborés sur la base des normes relatives aux droits de l'homme et incluent :

- **Les indicateurs structurels** : ils mesurent l'acceptation et l'engagement des États à réaliser les droits de l'homme par l'adoption de lois, de politiques et de cadres réglementaires.
- **Les indicateurs de processus** : ils mesurent les efforts déployés par les États pour transformer les engagements juridiques et politiques en résultats par le biais de programmes de conception, de mise en œuvre et de suivi.
- **Les indicateurs de résultats** : ils mesurent le niveau réel de réalisation des droits de l'homme du point de vue des détenteurs de ces droits.

Voir le manuel du HCDH [sur l'élaboration d'indicateurs des droits de l'homme](#)<sup>28</sup>.

Il existe déjà des indicateurs mondiaux sur la protection sociale dans le cadre de suivi du Programme 2030 (voir la sous-section ci-dessous) et il pourrait y avoir des indicateurs nationaux pertinents dans, par exemple, le cadre de suivi du plan de développement national ou des politiques de protection sociale. Généralement, les indicateurs officiels sont des indicateurs de **résultats** (par exemple, le pourcentage de la population couverte), de sorte qu'il sera souvent utile d'identifier des indicateurs de **processus** supplémentaires afin de suivre les efforts déployés par le gouvernement pour mettre en œuvre les lois, les politiques, les programmes, etc. Cela permet également un suivi plus dynamique, étant donné que les efforts (tels qu'ils sont suivis par le biais, par exemple, d'allocations budgétaires, d'initiatives, etc.) peuvent faire l'objet d'un suivi plus régulier alors que les indicateurs de résultats peuvent évoluer plus lentement et s'avérer plus difficiles à suivre.

Les INDH peuvent aider à proposer des indicateurs supplémentaires/nouveaux à intégrer dans les cadres de suivi de la politique nationale de protection sociale, des programmes de protection sociale pertinents, du plan de développement national, d'un plan d'action pour les droits de l'homme, du Programme 2030 ou des plans d'action de l'Agenda 2063. Les indicateurs qui nécessitent des enquêtes représentatives à plus grande échelle devraient être repris par les instituts nationaux de statistique. Les INDH peuvent souhaiter concevoir certains indicateurs pour lesquels elles peuvent collecter des données et les utiliser dans leurs rapports sur les droits de

l'homme, leurs conseils et leur engagement auprès des débiteurs d'obligation au sein du gouvernement, des prestataires de services privés et des bailleurs de fonds.


Un cadre de suivi du droit à la sécurité sociale dans un pays pourrait être élaboré sur la base d'indicateurs existants et être complété par de nouveaux indicateurs si nécessaire.

**TABLEAU : EXEMPLES D'INDICATEURS DES DROITS DE L'HOMME RELATIFS À LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Norme internationale en matière de droit de l'homme	Indicateur structurel	Indicateur de processus	Indicateur de résultats
Couverture (Aspect relevant de l'« Accessibilité »)	Exemple de nouvel indicateur : Le système de sécurité sociale garantit des prestations d'aide sociale non contributives aux personnes et familles défavorisées et marginalisées qui ne sont pas couvertes par les régimes contributifs	Exemple de nouvel indicateur : Pourcentage du budget national alloué aux prestations d'aide sociale non contributives	Indicateur existant : Indicateur 1.3.1 des ODD. Proportion de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, par sexe et par groupe de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes et nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, pauvres et personnes vulnérables)
Participation/ Information (Aspect relevant de l'« Accessibilité »)	Exemple de nouvel indicateur : Les politiques de protection sociale prévoient le partage/la diffusion d'informations sur les niveaux de prestations, les critères et les mécanismes de plainte.	Exemple de nouvel indicateur : Les informations sur les niveaux de prestations, les critères et les mécanismes de plainte sont diffusées par différents canaux (y compris des sites web) et dans différents formats et langues	Exemple de nouvel indicateur : Pourcentage de groupes cibles ayant reçu des informations intelligibles sur les droits et les prestations (données ventilées)

## Programme 2030 : Cibles et indicateurs des ODD relatifs à la protection sociale

Plusieurs cibles relatives à la protection sociale figurent dans le Programme 2030, bien que les indicateurs correspondants ne soient pas toujours utiles au suivi d'une approche de la protection sociale fondée sur les droits de l'homme. Néanmoins, les données officielles relatives à certains indicateurs peuvent être utilisées comme source de suivi de la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale.

	<p><b>Cible 1.3 des ODD :</b> Mettre en place des systèmes et mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des personnes vulnérables en bénéficient.</p> <p><b>Indicateur 1.3.1 :</b> Proportion de la population bénéficiant de socles ou systèmes de protection sociale, par sexe et par groupe de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, femmes enceintes et nouveau-nés, victimes d'un accident du travail, pauvres et personnes vulnérables).</p> <p><b>Dépositaire :</b> OIT (consultez l'outil ILOSTAT Explorer pour obtenir des données sur les pays).</p>
	<p><b>Cible 3.8 des ODD :</b> Faire en sorte que chacun bénéficie d'une couverture sanitaire universelle, comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.</p> <p><b>Indicateur 3.8.1 :</b> Couverture des services de santé essentiels.</p> <p><b>Dépositaire :</b> Organisation mondiale de la Santé (OMS) (consultez l'indice de couverture des services en vue de la couverture sanitaire universelle de l'OMS pour obtenir des données sur les pays).</p>
	<p><b>Cible 5.4 des ODD :</b> Faire une place aux soins et travaux domestiques non rémunérés et les valoriser, par l'apport de services publics, d'infrastructures et de politiques de protection sociale et la promotion du partage des responsabilités dans le ménage et la famille, en fonction du contexte national.</p> <p>(L'indicateur de cet objectif ne concerne pas directement la protection sociale, car il ne mesure que le temps consacré aux travaux domestiques et aux soins non rémunérés).</p>
	<p><b>Cible 10.4 des ODD :</b> Adopter des politiques, notamment sur les plans budgétaire, salarial et dans le domaine de la protection sociale, et parvenir progressivement à une plus grande égalité.</p> <p>(L'indicateur de cet objectif ne concerne pas directement la protection sociale, car il ne mesure que la part du travail dans le PIB).</p>



Les cibles des ODD 5 et 10 ne disposent pas d'indicateurs spécifiques mesurant la protection sociale, mais peuvent tout de même être mentionnées lorsqu'on rappelle les engagements du Programme 2030 en matière de protection sociale.

### Approche de la collecte de données fondée sur les droits de l'homme

Les INDH peuvent plaider en faveur d'une approche de la collecte et de la ventilation des données fondée sur les droits de l'homme et mettre ces principes en pratique dans leurs propres activités lorsqu'elles suivent et étudient le droit à la sécurité sociale. Le tableau ci-dessous présente les principes clés de la note d'orientation du HCDH sur une approche de la collecte et de la ventilation des données fondée sur les droits de l'homme<sup>29</sup> et donne des exemples de mise en pratique de ces principes dans les recherches menées sur la protection sociale.

Principe	Mise en pratique dans le cadre du suivi et des recherches en matière de protection sociale
<b>Ventilation des données</b>	<p>Lors de la réalisation d'entretiens ou d'enquêtes, il est important de recueillir les différents points de vue des détenteurs de droits dans différentes situations afin d'analyser la manière dont les formes de marginalisation croisées affectent l'accès aux prestations de protection sociale. Une femme vivant dans la pauvreté, appartenant à une minorité marginalisée et souffrant d'un handicap est susceptible de vivre l'accessibilité des services différemment d'une femme relativement aisée, parlant la langue nationale et ne souffrant d'aucun handicap.</p> <p>Pour ce faire, il est nécessaire de suivre les différentes réponses des personnes interrogées ayant différentes identités. Dans les enquêtes, on peut s'en assurer en offrant aux personnes interrogées plusieurs options permettant de sélectionner/cocher des identités et en conservant ces options dans l'analyse ventilée menée par la suite. Par exemple, « 8 femmes handicapées sur 10 ont fait part de difficultés liées à ... ». Lors des entretiens, on peut s'en assurer en interrogeant les personnes individuellement ou au moins les femmes séparément des hommes et en ne combinant pas les expériences dans la rédaction/l'analyse ultérieure. Par exemple, « une femme âgée souffrant d'un handicap physique a indiqué des problèmes liés à... » est préférable à « les personnes interrogées ont indiqué... ».</p>
<b>Auto-identification</b>	<p>Les identités personnelles doivent être attribuées par auto-identification, en particulier les plus sensibles (par exemple, les croyances religieuses, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'appartenance ethnique). Les catégories peuvent s'inspirer des motifs de discrimination interdits reconnus dans la législation internationale sur les droits de l'homme, en les adaptant au contexte (notamment le sexe, l'âge, l'appartenance ethnique, le statut de migrant ou de déplacé, le handicap, la religion, l'état civil, le revenu, l'orientation sexuelle).</p> <p>Les responsables de la collecte de données ne doivent inclure de caractéristiques liées à l'identité personnelle dans les exercices de collecte de données que lorsque cela s'avère nécessaire et opportun.</p> <p>Les questions sur les caractéristiques de l'identité personnelle doivent être volontaires et une option de non-réponse doit être prévue. Ce point est particulièrement important lorsque les caractéristiques personnelles peuvent être sensibles. Le principe des droits de l'homme consistant à « ne pas nuire » doit toujours être respecté. Par exemple, il est important que les enquêteurs soient sensibilisés à la facilitation de l'auto-identification dans la pratique.</p>

<b>Principe</b>		<b>Mise en pratique dans le cadre du suivi et des recherches en matière de protection sociale</b>
<b>Participation</b>	<p>L'exercice de collecte de données doit permettre une participation informée et significative des groupes de population cibles, y compris les plus marginalisés. Il s'agit par exemple de convoquer les entretiens dans des lieux facilement accessibles et sûrs, à des heures qui conviennent aux femmes, dans des langues comprises et parlées aisément par les groupes cibles, et en assurant comme il se doit le respect de la vie privée si des questions sensibles doivent être abordées.</p> <p>Les INDH doivent examiner comment l'identité de l'enquêteur peut affecter les réponses données. Par exemple, il peut être préférable qu'une femme du personnel de l'INDH interroge des femmes plutôt que des hommes, en particulier dans les contextes où les femmes hésitent à s'exprimer en présence d'hommes.</p>	
<b>Transparence</b>	<p>Les responsables de la collecte de données doivent fournir des informations claires sur l'exercice, notamment sur le plan de recherche, la méthodologie de collecte des données et l'utilisation des données.</p>	
<b>Vie privée</b>	<p>Des informations sur la manière dont les données seront utilisées doivent être communiquées et le consentement de la personne concernée doit être obtenu pour l'utilisation des données à ces fins. Les données relatives aux caractéristiques personnelles, et en particulier aux caractéristiques personnelles sensibles (telles que les croyances religieuses, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et l'appartenance ethnique) ou aux problèmes (par exemple, les allégations de corruption), doivent être traitées avec précaution, uniquement avec une autorisation et en veillant à la sécurité et au bien-être des personnes qui fournissent les données. Il convient de concilier la nécessité de disposer de données précises ventilées pour révéler les inégalités d'accès et les préoccupations relatives à la confidentialité et à la sécurité des données.</p>	
<b>Responsabilité</b>	<p>Les données peuvent, et doivent, être utilisées pour demander des comptes aux débiteurs d'obligations, par exemple par le biais d'actions de plaidoyer et de rapports aux mécanismes de suivi des droits de l'homme des Nations Unies. Aussi, les INDH peuvent, directement ou en collaboration avec des ONG, veiller à ce que les données collectées soient remises entre les mains des groupes de population défavorisés et renforcer leur capacité à utiliser les données pour leurs propres actions de plaidoyer.</p>	

### **3.3 RÔLE CONSULTATIF**

Les INDH peuvent conseiller le gouvernement et d'autres acteurs sur une approche de la protection sociale fondée sur les droits de l'homme de multiples façons. Souvent, les conseils seront fondés sur une analyse juridique, un suivi, des enquêtes et des recherches (voir les sections ci-dessus).

Les INDH peuvent prendre l'initiative d'adapter leurs conseils en fonction des différents acteurs. Par exemple, les INDH peuvent fournir des conseils et développer des partenariats avec les instituts nationaux de statistique afin d'améliorer la collecte de données officielles et ainsi évaluer les progrès dans la réalisation des droits de l'homme et afin également d'améliorer la disponibilité de données ventilées et le respect des principes des droits de l'homme lors de la collecte de données.

Dans le Programme 2030, la ventilation des données est essentielle pour suivre les progrès inégaux réalisés par les différents groupes de population. Pourtant, la disponibilité de données ventilées sur la protection sociale reste très insuffisante. Par exemple, moins de la moitié des pays africains disposaient d'informations sur l'accès des personnes handicapées à la protection sociale (voir partie 2).

Dans leurs rapports sur les droits énoncés dans la Charte africaine, par exemple, les États sont censés fournir des statistiques comparatives annuelles (sur les cinq dernières années) sur la jouissance des droits, ventilés par âge, sexe, origine ethnique, population urbaine/rurale et autre statut pertinent, en particulier en ce qui concerne les groupes identifiés comme vulnérables ou marginalisés. Les instituts nationaux de statistique sont donc confrontés à un défi de taille : générer et compiler des données sur la jouissance des droits sociaux et économiques pour les rapports réguliers des États transmis aux organes conventionnels, et sur les nombreux indicateurs du cadre de suivi du Programme 2030, y compris ceux relatifs à la protection sociale.

Les INDH peuvent aider à identifier les « groupes laissés pour compte » ou les « groupes en situation de vulnérabilité » afin de donner plein effet aux dispositions utilisées autrement assez vagues. Elles peuvent prodiguer des conseils sur les approches respectueuses des droits de l'homme en matière de collecte de données afin d'évaluer la situation de ces groupes. Il est important de noter que les INDH peuvent contribuer à mettre en lumière les défis spécifiques auxquels sont confrontés ces groupes et proposer des solutions pratiques permettant de relever ces défis dans le respect des obligations des États en matière de droits de l'homme.

**La Commission nationale des droits de l'homme du Kenya (KNCHR)**, en partenariat avec le HCDH et le Bureau national de statistique du Kenya (KNBS), a organisé un atelier au cours duquel près de 26 groupes ont été recensés comme « à risque d'être laissés pour compte » dans la mise en œuvre du Programme 2030. Par la suite, la KNCHR et le KNBS ont travaillé en étroite collaboration à la production de données ventilées afin d'évaluer la situation de groupes spécifiques à risque d'être laissés pour compte dans la mise en œuvre des ODD. Le pays étant en cours de réalisation du recensement national, le partenariat a donné l'opportunité de recueillir des données, en particulier pour les enfants intersexes, les enfants des communautés autochtones et les enfants apatrides. Ce partenariat a permis au KNBS d'inclure un troisième indicateur de sexe dans l'outil de recensement. La KNCHR a également œuvré avec le KNBS pour s'assurer que le Petit ensemble de questions sur le handicap du Groupe de Washington et les personnes atteintes d'albinisme étaient pris en compte dans le recensement. Afin de s'assurer que les données relatives à ces catégories soient effectivement saisies dans le recensement, la KNCHR a participé à la formation des personnes chargées de la collecte des données. Les efforts constants d'engagement ont permis à la KNCHR d'être nommée membre du Comité national sur le recensement.

Les INDH peuvent conseiller les ministères et les services spécialisés chargés de la programmation de la protection sociale pour les aider à traduire les engagements pris en matière de droits de l'homme en politiques, procédures et cadres de suivi.

Dans certains pays, les structures mises en place pour superviser la mise en œuvre du Programme 2030 constituent de nouveaux objectifs pour la mission consultative des INDH. Compte tenu de la convergence étroite entre le Programme 2030 et les droits de l'homme, les INDH ont beaucoup à offrir dans la détermination des moyens permettant d'atteindre un objectif de développement particulier, y compris les objectifs mettant l'accent sur la protection sociale (ODD 1, 3, 5, 10). Les observations générales des organes conventionnels, les recommandations propres à chaque pays des mécanismes de suivi des droits de l'homme ainsi que les données et informations collectées par l'INDH constituent un bon point de départ opérationnel à des fins d'analyse et de conception d'une voie qui permettra d'atteindre un ODD donné. On croit souvent à tort que les INDH devraient se concentrer uniquement sur l'ODD 16 (paix, justice et institutions efficaces), mais compte tenu de l'étendue de leur mandat, les ODD qui promeuvent des droits sociaux et économiques sont tout aussi pertinents.

Les INDH ont également un rôle important à jouer dans le contrôle du suivi des recommandations en matière de droits de l'homme reçues par les États et dans la fourniture de conseils sur la mise en œuvre des recommandations dans le respect des obligations en matière de droits de l'homme.

### **3.4 ÉTABLISSEMENT DE RAPPORTS**

Les rapports réguliers, y compris ceux destinés aux mécanismes de suivi des droits de l'homme régionaux et des Nations Unies, constituent une possibilité unique pour les INDH de mettre en évidence les lacunes de la mise en œuvre des obligations de l'État en matière de droits de l'homme en ce qui concerne le droit à la sécurité sociale. Les traités internationaux et régionaux qui prévoient le droit à la sécurité sociale imposent tous aux États de rendre compte de l'application de ce droit. En termes de structure, les contributions des INDH doivent suivre les directives de l'État en matière d'établissement de rapports afin de fournir une évaluation alternative de la situation dans le pays. Les rapports soumis par les États parties suivent rarement les directives avec le niveau de précision requis. Cela laisse aux INDH la possibilité de compléter les informations par leur propre analyse basée sur les données disponibles, leurs propres données et les données provenant d'autres fournisseurs légitimes de données.

#### **ÉTABLISSEMENT DE RAPPORTS SUR LES DROITS DE L'HOMME ET LE DROIT À LA SÉCURITÉ SOCIALE**

L'établissement de rapports sur la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale est particulièrement utile lorsqu'il s'agit de rendre compte aux organes conventionnels internationaux relatifs aux droits de l'homme, notamment concernant l'article 9 de l'ICESCR ; les articles 11, 13 et 14 de la CEDAW ; les articles 19, 26 et 27 de la CRC ; et l'article 28 de la CRPD. Tous ces traités sont ratifiés par la plupart des pays d'Afrique<sup>30</sup>. En outre, les articles 27, 43 et 45 de l'ICRMW peuvent s'avérer utiles aux pays<sup>31</sup> qui ont ratifié cet instrument. L'Examen périodique universel constitue un autre moyen important de rendre compte de la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale.

Pour les pays<sup>32</sup> qui ont ratifié les conventions pertinentes de l'OIT sur la sécurité sociale, l'obligation d'établissement de rapports est annuelle (les

conventions pertinentes sont les conventions 102, 118, 157 de l'OIT, ainsi que sa recommandation 202).

En ce qui concerne les rapports transmis aux mécanismes régionaux de défense des droits de l'homme, il convient de rendre compte à la Commission africaine de l'application du droit à la sécurité sociale en ce qui concerne la CADHP (tous les deux ans), le Protocole à la CADHP sur les droits des femmes en Afrique (article 13) et le Protocole à la CADHP relatif aux droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale, lorsqu'il entrera en vigueur. De même, il est important de rendre compte au Comité africain d'experts sur les droits et le bien-être de l'enfant (tous les trois ans après le rapport initial) de l'application du droit à la sécurité sociale en vertu de l'ACRWC (article 20). La CADHP et l'ACRWC sont sur le point d'être ratifiées par tous les pays du continent<sup>33</sup>.

Si les INDH s'appuient sur les directives de l'État en matière d'établissement de rapports lorsqu'elles entreprennent un examen juridique et des données, ainsi qu'une recherche qualitative ou quantitative, cela leur permet d'établir des rapports plus complets à l'intention des organes internationaux et régionaux de suivi des droits de l'homme. Cela permet alors d'améliorer la spécificité et d'augmenter le nombre de recommandations de ces organes sur la question de la protection sociale. Les recommandations peuvent ensuite être utilisées dans le cadre d'actions de plaidoyer en faveur de leur mise en œuvre par l'INDH et la société civile dans le pays. En résumé, plus les INDH formulent des observations et des recommandations spécifiques, plus les mécanismes de suivi sont susceptibles de fournir des recommandations spécifiques et pertinentes.

Il existe différentes directives pour l'établissement de rapports sur les différents instruments relatifs aux droits de l'homme. Les exigences spécifiques en matière d'établissement de rapports sur la protection sociale de deux des directives les plus largement appliquées sont résumées ci-dessous.

### **Obligations des États en matière d'établissement de rapports prévues par l'article 9 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels**

Les États doivent :

- indiquer s'il existe une **couverture sociale universelle** dans l'État partie. indiquer également les branches de la sécurité sociale qui sont couvertes : soins de santé, maladie, vieillesse, chômage, accidents du travail, aide aux familles et aux enfants, maternité, invalidité, survivants et orphelins.
- ✓ indiquer s'il existe des **montants minimaux de prestations**, y compris de pensions, **prévus par la loi et périodiquement révisés**, et s'ils sont **suffisants** pour garantir un niveau de vie adéquat aux bénéficiaires et à leurs familles.
- ✓ indiquer si le système de sécurité sociale garantit également des **prestations d'aide sociale non contributives** pour les personnes et les familles défavorisées et marginalisées qui ne sont pas couvertes par les régimes contributifs.
- ✓ indiquer si les régimes publics de sécurité sociale décrits ci-dessus sont complétés par des régimes privés ou des ententes informelles. Dans l'affirmative, décrire ces régimes et ententes et leurs relations avec les régimes publics.

- ✓ indiquer si **les hommes et les femmes jouissent sur un pied d'égalité** des droits à pension en ce qui concerne l'âge d'accès, les périodes de référence et les montants.
- ✓ fournir des informations sur les programmes de sécurité sociale, y compris les **régimes informels, destinés à protéger les travailleurs de l'économie informelle**, notamment en ce qui concerne les soins de santé, la maternité et la vieillesse.
- ✓ indiquer dans quelle mesure les **non-ressortissants bénéficient** de régimes non contributifs d'aide au revenu, d'accès aux soins de santé et d'aide aux familles.

### **Obligations des États en matière d'établissement de rapports prévues par la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples**

Tous les deux ans, les États s'engagent à :



Fournir des informations sur les mesures d'ordre législatif et autres, prises en vue de garantir l'accès à un système de sécurité sociale qui assure une couverture minimale des prestations de santé et de retraite aux individus et à leurs familles.

Comme pour tous les droits sociaux et économiques, les États parties doivent :

- ✓ fournir des **statistiques** comparatives annuelles (sur les cinq dernières années) sur la jouissance du droit, **ventilées** par âge, sexe, origine ethnique, population urbaine/rurale et autre statut pertinent, en particulier en ce qui concerne **les groupes identifiés comme vulnérables ou marginalisés**.
- ✓ indiquer si l'État partie a adopté une **loi-cadre, des politiques et des stratégies nationales pour la mise en œuvre du droit**, en recensant les **ressources** disponibles à cette fin et les moyens les plus rentables d'utiliser ces ressources.
- ✓ prévoir des **recours** judiciaires et autres appropriés permettant aux victimes d'obtenir **réparation** en cas de violation de leurs droits.
- ✓ prévoir des **mécanismes de suivi** des progrès accomplis dans une optique de pleine réalisation des droits, y compris l'identification d'indicateurs et de critères nationaux connexes pour chaque droit.
- ✓ fournir des informations sur les **mesures d'ordre législatif et pratique** prises pour garantir la jouissance, **sans discrimination, des droits des membres des groupes vulnérables ou marginalisés** tels que définis dans les principes et directives. Les rapports doivent notamment indiquer les mesures prises pour garantir l'égalité des genres.

Pour en savoir plus, consulter les Lignes directrices relatives aux rapports des États parties sur les droits économiques, sociaux et culturels dans la Charte africaine des droits de l'Homme et des peuples, également connues sous le nom de Lignes directrices de Tunis (partie G). Les directives sur le droit à la santé et à l'éducation sont également utiles pour l'établissement de rapports sur la protection sociale (sections C et D).

**La Commission des droits de l'homme du Malawi (MHRC)** a rendu compte de l'application du droit à la sécurité sociale dans sa contribution à la liste des questions à transmettre au Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies (CESCR) préalablement à l'examen du Malawi prévu pour mars 2023. Le

rapport souligne l'absence de législation spécifique en matière de sécurité sociale et le caractère non viable des régimes de sécurité sociale existants. Il invite le gouvernement du Malawi à adopter des lois sur la sécurité sociale répondant aux besoins des personnes marginalisées.

Le rapport fait référence aux conclusions des recherches qualitatives menées par la MHRC auprès des personnes handicapées et met l'accent sur le programme d'accès à des facteurs de production abordables, qui est l'un des principaux programmes de protection sociale au Malawi. Le rapport du CDESCR souligne notamment que le Programme d'accès à des facteurs de production abordables ne suit pas une approche fondée sur les droits de l'homme dans sa conception, sa mise en œuvre et son évaluation afin de garantir que les groupes vulnérables, y compris les personnes handicapées, sont ciblés et intégrés dans le programme.

### **Introduire des données sur les droits de l'homme dans l'examen national volontaire des progrès réalisés en vue des ODD**

La convergence étroite entre le Programme 2030 et les objectifs de développement durable, l'Agenda 2063 et les droits de l'homme implique que les INDH jouent également un rôle important dans le suivi de la réalisation des objectifs et cibles de développement pertinents du point de vue des droits de l'homme. Par conséquent, lorsque les INDH prodiguent des conseils sur le droit à la sécurité sociale ou en assurent le suivi, elles contribuent également à la mise en œuvre et au suivi des objectifs de développement durable (ODD 1, 3, 5 et 10) (voir section 3.2 pour une vue d'ensemble des cibles).

Ainsi, l'analyse, les recommandations et les informations recueillies par les INDH seraient très utiles à l'examen national volontaire (ENV) des progrès réalisés en vue du Programme 2030 dans les chapitres respectifs sur les ODD 1, 3, 5 et 10 en particulier, et dans les sections transversales visant à « ne laisser personne pour compte ».

Il n'y a pas de calendrier arrêté pour la présentation des rapports tirés de ces examens volontaires, mais les INDH peuvent faire une demande de calendrier aux points focaux gouvernementaux responsables, faire pression pour être invitées au groupe de planification, contribuer aux consultations et prodiguer des conseils sur l'organisation des consultations, fournir des données pertinentes à inclure dans les rapports ou publier un rapport officiel fournissant une évaluation alternative.

Si les ENV sont pilotés par les pays et engagés par les gouvernements, ils se veulent « ouverts, inclusifs, participatifs et transparents pour tous et favoriseront l'établissement de rapports par toutes les parties prenantes concernées » (Programme 2030 paragraphe 74 d). Les INDH sont expressément reconnues comme faisant partie des parties prenantes participant aux examens nationaux volontaires. Le Manuel de préparation des examens nationaux volontaires du DAES et les Directives communes d'application volontaire du Secrétaire général des Nations Unies suggèrent que les pays effectuant des examens nationaux volontaires indiquent si les institutions nationales des droits de l'homme ont contribué à et sont continuellement impliquées dans la mise en œuvre et l'examen du Programme 2030, y compris ses objectifs et ses cibles.

Voir dans ce guide destiné aux INDH les détails sur la façon de participer au processus d'ENV : <https://www.humanrights.dk/publications/guide-nhris-engaging-voluntary-national-review-2030-agenda>

### 3.5 TRAITEMENT DES PLAINTES

De nombreuses INDH ont pour mission de recevoir et d'examiner les plaintes. Le nombre de plaintes reçues par les INDH sur des questions liées aux droits économiques, sociaux et culturels en général et à la protection sociale en particulier varie considérablement. Parmi les facteurs qui influencent le nombre de plaintes, on peut citer le niveau de sensibilisation aux droits de la population et la perception et la connaissance du rôle de l'INDH dans le pays. Par conséquent, le nombre de plaintes liées à la protection sociale ne peut être utilisé pour faire des comparaisons entre les pays ou pour arriver à la conclusion qu'il existe des lacunes dans la réalisation des droits.

Toutefois, la nature et l'objet des plaintes fournissent d'importantes indications sur les lacunes dans la réalisation des droits et constituent une précieuse source de données pour les INDH, qui peuvent s'en inspirer dans leurs analyses et leurs rapports sur les droits de l'homme. L'analyse continue et systématique des plaintes (**quelles lacunes dans la réalisation des droits de l'homme révèle-t-elle et pour quels groupes ?**) peut contribuer à transformer les plaintes en données précieuses pour l'analyse et l'établissement de rapports sur les droits de l'homme. Lorsque le volume de plaintes est suffisamment important, les INDH peuvent commencer à analyser et à visualiser les tendances en ce qui concerne les lacunes en matière de droits de l'homme pour des groupes spécifiques dans les rapports et les avis afin d'ainsi étayer leur analyse. Les questions de la liste de vérification (section 3.2.) peuvent également être utiles dans les enquêtes et être adaptées à la situation donnée.

**La Commission nationale des droits de l'homme du Kenya (KNCHR)** a reçu et traité un total de quatre cent soixante-trois (463) plaintes concernant les programmes de protection sociale proposés par le gouvernement du Kenya entre 2007 et début 2023. La KNCHR attribue ce nombre relativement élevé de plaintes aux interventions de proximité et de sensibilisation des institutions de l'**État, en particulier des représentants locaux du gouvernement national**. Plus de la moitié des plaintes concernent la disponibilité et l'accessibilité des fonds de retraite de la Caisse nationale de sécurité sociale. Près de la moitié des plaintes concernent le Fonds national d'assurance maladie et portent sur la disponibilité et l'accès limités aux services et équipements de santé, l'accessibilité économique et la discrimination dans l'accès aux services et leur couverture.

**La Commission nationale des droits de l'homme de Gambie** a reçu très peu de plaintes relatives aux droits économiques, sociaux et culturels en général et aucune relative à la protection sociale. La plupart des plaintes concernent les droits civils et politiques. La Commission attribue cette situation au fait que le droit à la sécurité sociale n'est pas garanti par la Constitution et n'a pas fait l'objet de litiges devant les tribunaux au même titre que les droits civils et politiques. En outre, le droit à la sécurité sociale en Gambie et le rôle que peut jouer la Commission sont généralement méconnus. Pour les mêmes raisons, la Commission a commencé à mobiliser les parties prenantes sur cette question en prônant une meilleure protection et une plus grande sensibilisation.



Dans certaines situations, les INDH peuvent renvoyer une affaire devant les tribunaux ou aider le plaignant à porter l'affaire devant un tribunal (national, régional ou international). Dans certains pays, les affaires liées aux violations des droits économiques, sociaux et culturels sont encore relativement rares et les cadres et protections nationaux peuvent être de piètre qualité.

Une jurisprudence de plus en plus abondante montre qu'il est possible d'invoquer devant les tribunaux les droits sociaux et économiques, y compris le droit à la sécurité sociale. Le site web [socialprotection-humanrights.org](https://socialprotection-humanrights.org), géré par un certain nombre d'organismes des Nations Unies, propose un dépôt légal contenant des affaires liées au droit à la sécurité sociale et fondées sur le droit national, régional et international. Si les procès peuvent être longs et risqués, ils peuvent aussi contribuer à établir d'importants précédents sur lesquels les cours et autres tribunaux pourront s'appuyer dans des affaires similaires.

### **Fourniture d'une protection sociale aux résidents permanents en Afrique du Sud**

**Pays :** Afrique du Sud

**Organe :** Cours constitutionnelles

**Affaire :** Louis Khosa et autres contre le ministre du Développement social et autres

**Numéro de l'affaire :** CCT 12/03

**Année du jugement :** 2004

**Résumé :** L'affaire a été portée devant la Cour constitutionnelle d'Afrique du Sud par des citoyens mozambicains vivant en Afrique du Sud en qualité de résidents permanents. Les requérants contestaient la validité de certaines dispositions de la loi 59 de 1992 relative à l'aide sociale qui refusaient l'aide sociale aux ressortissants étrangers. Ils ont invoqué la violation du droit à l'égalité et à la sécurité sociale ainsi que des droits de l'enfant, et ont demandé la suppression de l'exigence de citoyenneté pour les droits à la sécurité sociale. L'affaire a été entendue par la Haute Cour de Pretoria, qui a annulé les dispositions discriminatoires et a ordonné au Directeur général du développement social et au ministre de la Santé et de la Protection sociale de la province du Nord de verser aux requérants les montants exigés, arriérés compris. La Cour constitutionnelle a confirmé la décision et rappelé que la Constitution garantissait le droit à la sécurité sociale pour tous, y compris pour tous les résidents permanents. La Cour a observé que l'exclusion des résidents permanents équivalait à une violation du droit à l'égalité et violait donc les garanties constitutionnelles.

Source : <https://socialprotection-humanrights.org/legaldep/provision-of-social-security-for-permanent-residents-in-south-africa/> (uniquement en anglais)

### 3.6 PROMOTION

Les INDH peuvent promouvoir le droit à la protection sociale de différentes manières, notamment par le biais de manifestation de sensibilisation du public, de l'engagement médiatique et de campagnes d'information et d'éducation avec les partenaires concernés. Les INDH peuvent également souhaiter collaborer avec la Commission africaine à la promotion du Protocole à la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples relatif aux droits des citoyens à la protection sociale et à la sécurité sociale et faire pression pour sa ratification ou promouvoir les observations générales y afférentes, dont l'Observation générale n° 7 sur la réglementation des prestataires privés de services sociaux.

Un exemple innovant de promotion des droits de l'homme est le rôle de la **Commission nationale des droits de l'homme (NHRC) de Gambie** dans l'organisation, en 2023, du concours international de plaidoirie Sir Dawda Jawara, axé sur la protection des droits économiques, sociaux et culturels, y compris le droit à la sécurité sociale. Ce concours constitue un programme phare de la NHRC et s'adresse aux étudiants en droit de premier cycle qui sont invités à débattre de questions relatives aux droits de l'homme devant une cour régionale des droits de l'homme, en ayant recours aux mécanismes et aux normes africains en matière de droits de l'homme. Ce type de concours peut aider les futurs avocats à acquérir les connaissances et les arguments dont ils auront besoin lorsqu'ils s'occuperont d'affaires réelles. La NHRC espère ainsi engager, avec les parties prenantes, un dialogue plus vaste concernant la question de la protection sociale dans le pays et renforcer la mobilisation de celles-ci en la matière.

### 3.7 COOPÉRATION

En tant qu'acteurs indépendants chargés de promouvoir et de protéger les droits de l'homme, les INDH peuvent jouer un rôle important en rassemblant les acteurs d'un pays, à savoir ONG, défenseurs des droits de l'homme, instituts nationaux de statistique, instituts de recherche/universités, acteurs du secteur privé et institutions gouvernementales à tous les échelons, afin d'intégrer les droits de l'homme et les approches fondées sur les droits de l'homme. Les INDH peuvent également servir d'« ascenseurs » en transmettant des questions du niveau très local au niveau national, régional et international, et inversement.

Par exemple, les INDH sont bien placées pour faciliter les partenariats de données, en s'appuyant sur des données officielles, des données d'ONG, des données issues de la recherche et leurs propres données dans le cadre, par exemple, de l'élaboration de rapports officiels destinés aux mécanismes régionaux et internationaux de suivi des droits de l'homme.

Un bon exemple de ce type de partenariat est la collaboration entre la **Commission nationale des droits de l'homme du Kenya**, le Bureau national de statistique du Kenya, l'Institut danois des droits de l'homme et le Bureau du Haut-Commissaire aux droits de l'homme du Kenya, qui tend à l'amélioration de la collecte et de la ventilation des données, de façon à tenir compte de la situation de groupes marginalisés spécifiques.

## RÉFÉRENCES

**Andrews, Colin et al. (2021).** *The State of Economic Inclusion Report 2021: The Potential to Scale*. Washington, D.C. : Banque mondiale. Disponible à l'adresse suivante : <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/34917/9781464815980.pdf?sequence=24&isAllowed=y> (uniquement en anglais)

**Association internationale de la sécurité sociale (AISS) (2021).** *Priorités pour la sécurité sociale : tendances, défis et solutions – Afrique*. Disponible à l'adresse suivante : <https://ww1.issa.int/sites/default/files/documents/2021-09/1-Four%20Priorities%20Africa%20WEB.pdf>

**Banque mondiale (2018).** *La protection sociale dans le monde 2018*. Washington, D.C. : Banque mondiale. Disponible à l'adresse suivante : <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/8fef01f3-fb9f-5e6d-b3f3-a9d5d846f5aa>

**Beegle, Kathleen, Aline Coudouel et Emma Monsalve, éd. (2018).** *Realizing the Full Potential of Social Safety Nets in Africa*. Washington, D.C. : Banque mondiale. Disponible à l'adresse suivante : <http://documents.worldbank.org/curated/en/657581531930611436/pdf/128594-PUB-PUBLIC.pdf> (uniquement en anglais)

**Berkhout, Esmé, et al. (2021).** *Le virus des inégalités : Réunifier un monde déchiré par le coronavirus grâce à une économie équitable, durable et juste*. Oxford : Oxfam International. Disponible à l'adresse suivante : <https://oxfamilibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621149/bp-the-inequality-virus-summ-250121-fr.pdf?sequence=24>

**Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique (CEA) (2021).** *Rapport économique sur l'Afrique 2021 : Lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité en Afrique pendant la pandémie de COVID-19*. New York : Commission économique des Nations Unies pour l'Afrique. Disponible à l'adresse suivante : <https://repository.uneca.org/handle/10855/47593>

**Conférence des Nations unies sur le commerce et le développement (CNUCED) (2021).** *Le développement économique en Afrique Rapport 2021 - La contribution potentielle de la Zone de libre-échange continentale africaine à une croissance inclusive*. New York, NY. Disponible à l'adresse suivante : <https://unctad.org/fr/publication/le-developpement-economique-en-afrique-rapport-2021> [https://unctad.org/system/files/official-document/aldcafrica2021\\_en.pdf](https://unctad.org/system/files/official-document/aldcafrica2021_en.pdf)

**De Schutter, Olivier (2022).** *Le non-recours aux droits dans le cadre de la protection sociale. Rapporteur spécial sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté*. Publication des Nations Unies A/HRC/50/38. Disponible à l'adresse suivante : <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G22/322/18/pdf/G2232218.pdf?OpenElement>

**Devereux, Stephen. (2021).** Social protection responses to COVID-19 in Africa. *Global Social Policy*, vol. 21, n° 3, 421-447. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1177/14680181211021260> (uniquement en anglais)

**Devereux, Stephen et Jose Cuesta (2021).** Urban-Sensitive Social Protection: How Universalized Social Protection Can Reduce Urban Vulnerabilities Post COVID-19. *Progress in Development Studies*, vol. 21, n° 4, 340-360. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1177/14649934211020858> (uniquement en anglais)

**Devereux, Stephen (2022).** Policy Pollination as a Causal Mechanism Explaining Social Protection Adoption in Africa. In *Causal Mechanisms in the Global Development of Social Policies. Global Dynamics of Social Policy*, éd. Joanna Kuhlmann et Frank Nullmeier. Cham : Palgrave Macmillan. Disponible à l'adresse suivante : [https://doi.org/10.1007/978-3-030-91088-4\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-030-91088-4_7) (uniquement en anglais)

**Fonds monétaire international (FMI) (2022).** Tackling Rising Inflation in Sub-Saharan Africa. In *Regional Economic Outlook: Sub-Saharan Africa—Living on the Edge*. Washington D.C., octobre. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.imf.org/-/media/Files/Publications/REO/AFR/2022/October/English/RisingInflationNote.ashx> (uniquement en anglais)

**Gérard, François, Clément Imbert, Kate Orkin (2020).** Social protection response to the COVID-19 crisis: options for developing countries. *Oxford Review of Economic Policy*, vol. 36, n° S1, S281-S296. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1093/oxrep/graa026> (uniquement en anglais)

**Nations Unies, Procédures spéciales en matière de droits de l'homme (2020).** Special Rapporteur on extreme poverty and human rights – Looking back to look ahead: A rights-based approach to social protection in the post-COVID-19 economic recovery. 11 September. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Poverty/covid19.pdf> (uniquement en anglais)

**Niño-Zarazúa, Miguel et al. (2012).** Social Protection in Sub-Saharan Africa: Getting the Politics Right. *World Development*, vol. 40, n° 1, 163-176, ISSN 0305-750X. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2011.04.004> (uniquement en anglais)

**Organisation internationale du travail (OIT) (2021a).** *Rapport mondial sur la protection sociale 2020-22 : La protection sociale à la croisée des chemins - bâtir un avenir meilleur*. Genève : OIT. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2020-22/lang--fr/index.htm>

**Organisation internationale du travail (OIT) (2021b).** *Stratégie régionale 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 : OIT. Disponible à l'adresse suivante : [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---africa/---ro-abidjan/documents/publication/wcms\\_828410.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---africa/---ro-abidjan/documents/publication/wcms_828410.pdf)

**Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (2019).** *The State of Social Assistance in Africa*. New York : Programme des Nations Unies pour le développement. Disponible à l'adresse suivante :  
<https://www.undp.org/africa/publications/state-social-assistance-africa-report>  
(uniquement en anglais)

**Sepúlveda, Magdalena et Carly Nyst (2012).** *The human rights-based framework for social protection*. Ministère des Affaires étrangères de Finlande. Finlande : Erweko Oy. Disponible à l'adresse suivante :  
<https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/EPoverty/HumanRightsApproachToSocialProtection.pdf> (uniquement en anglais)

**Taylor, J. Edward, et al. (2013).** Evaluating General Equilibrium Impacts of Kenya's Cash Transfer Programme for Orphans and Vulnerable Children (CT-OVC). From Protection to Production Series. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Disponible à l'adresse suivante :  
[https://www.fao.org/fileadmin/user\\_upload/p2p/Publications/Kenya\\_LEWIE\\_2013.pdf](https://www.fao.org/fileadmin/user_upload/p2p/Publications/Kenya_LEWIE_2013.pdf)  
(uniquement en anglais)

**Taylor, J. Edward, et al. (2014).** Evaluating Local General Equilibrium Impacts of Zimbabwe's Harmonized Social Cash Transfer Programme (HSCT). From Protection to Production Series. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Disponible à l'adresse suivante :  
<https://www.fao.org/3/i4187e/i4187e.pdf> (uniquement en anglais)

**Taylor, J. Edward, Karen Thome et Mateusz Filipinski (2014).** Evaluating Local General Equilibrium Impacts of Lesotho's Child Grants Programme. From Protection to Production Series. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Disponible à l'adresse suivante :  
<https://www.fao.org/3/i3691e/i3691e.pdf> (uniquement en anglais)

**Thome, Karen et al. (2014a).** Local Economy-Wide Impact Evaluation (LEWIE) of Zambia's Child Grant Programme. From Protection to Production Series. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Disponible à l'adresse suivante :  
<https://www.fao.org/3/i4115e/i4115e.pdf> (uniquement en anglais)

**Thome, Karen et al. (2014b).** Local Economy-Wide Impact Evaluation (LEWIE) of Ghana's Livelihood Empowerment against Poverty (LEAP) Programme. From Protection to Production Series. Rome : Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Disponible à l'adresse suivante :  
<https://www.fao.org/3/i3814e/i3814e.pdf> (uniquement en anglais)

## ENDNOTES

- 1 Conformément à la Déclaration et au Plan d'action de Harare (2021) adoptés lors de la Conférence biennale du Réseau des institutions nationales africaines des droits de l'homme (RINADH).
- 2 Sur l'ensemble des pays africains, seuls le Soudan du Sud, le Mozambique et le Botswana n'ont pas ratifié l'ICESCR. Les Comores l'ont signé mais ne l'ont pas ratifié.
- 3 Cette page Web du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme (HCDH) renvoie à des rapports sur les effets des mesures d'austérité sur la protection sociale et fournit de nombreuses précisions sur la question des mesures rétrogrades : <https://www.ohchr.org/fr/social-security>
- 4 Toutefois, la GC précise également que si les États ne sont pas en mesure de respecter ces normes minimales, au maximum de leurs ressources disponibles, ils peuvent sélectionner un groupe fondamental de risques et d'aléas sociaux. Pour un aperçu plus détaillé des obligations fondamentales des États, voir la GC 19 paragraphe 59 (a)-(f).
- 5 Veuillez consulter d'autres observations générales en fonction de la nature des biens. Si, par exemple, de la nourriture est distribuée, il convient d'examiner l'Observation générale sur le droit à une nourriture suffisante (n° 12).
- 6 Voir Nations Unies, Assemblée générale, Conseil des droits de l'homme. 2014. Rapport du Secrétaire général sur la question de la réalisation, dans tous les pays, des droits économiques, sociaux et culturels. A/HRC/28/35, 22 décembre 2014.
- 7 Notons ici l'ajout des notions d'« acceptabilité » et de « qualité » lors de l'évaluation des soins de santé.
- 8 Il entrera en vigueur lorsqu'il aura été ratifié par 15 États membres.
- 9 Voir également la Résolution 420 de la Commission africaine sur l'obligation des États de réglementer l'implication des acteurs privés dans la fourniture de services de santé et d'éducation, et la Résolution 434 sur la nécessité d'élaborer des normes relatives aux obligations des États de réglementer les acteurs privés intervenant dans la fourniture de services sociaux.
- 10 The Human Rights Approach to Social Protection (uniquement en anglais), de Dr Magdalena Sepúlveda et Mme Carly Nyst, publié par le ministère des Affaires étrangères de Finlande, 2012.
- 11 La couverture effective correspond à la proportion de la population totale qui bénéficie d'au moins une prestation en espèces au titre de la protection sociale (y compris les allocations familiales et de maternité, l'aide aux personnes sans emploi, aux personnes handicapées, aux victimes d'accidents du travail et aux personnes âgées, mais à l'exclusion de l'accès aux soins de santé). Contrairement à la couverture juridique, la couverture effective reflète la manière dont les dispositions légales sont réellement mises en œuvre. Les chiffres à l'échelle mondiale et régionale sont pondérés par les groupes de population concernés (OIT 2021).
- 12 Les premiers programmes ont été lancés respectivement dans les années 1920 et 1940.
- 13 En Afrique australe, l'Afrique du Sud, le Botswana, la Namibie et l'Eswatini tirent la moyenne vers le haut.

- 14 <https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13> (uniquement en anglais)
- 15 <https://www.social-protection.org/gimi/WSPDB.action?id=13> (uniquement en anglais)
- 16 La PPA désigne la parité de pouvoir d'achat et a pour but de mesurer les prix relatifs dans différents pays. La PPA est utilisée pour des comparaisons internationales en valeurs réelles, qui tiennent compte du pouvoir d'achat dans les différents pays du monde.
- 17 Banque mondiale, Social Protection and Job Response to COVID-19: A Real Time Review of Country Measures. (Uniquement en anglais.) Fév. 2022.
- 18 Ibid.
- 19 Ibid.
- 20 Source : Bertelmann's Transformation Index South Africa 2022, p. 25. [BTI 2022 \(bti-project.org\)](https://bti-project.org) (uniquement en anglais).
- 21 À titre d'exemple, on peut citer l'Afrique du Sud (1996) (« Toute personne a le droit d'avoir accès à une couverture sociale, y compris, si elle n'est pas en mesure de subvenir à ses besoins et à ceux des personnes à sa charge, à une aide sociale appropriée »), le Kenya (2010) (« L'État fournit une couverture sociale appropriée aux personnes qui ne sont pas en mesure de subvenir à leurs besoins et à ceux des personnes à leur charge »), la Tunisie (2014) (« L'État (...) garantit le droit à une couverture sociale, conformément à la loi ») et les Comores (2009) (la Constitution révisée contient une garantie générale du « droit à la sécurité sociale et à la protection sociale »).
- 22 Sécurité sociale, protection sociale, bien-être social et/ou aide sociale.
- 23 Nombre de ces défis ont été analysés dans le rapport du Rapporteur spécial des Nations Unies sur les droits de l'homme et l'extrême pauvreté, Olivier De Schutter, transmis au Conseil des droits de l'homme, sur le « non-recours aux droits dans le cadre de la protection sociale » (2022, A/HRC/50/38), qui s'appuie sur une étude comparative de 36 pays (Afrique : Afrique du Sud, Cameroun, Éthiopie, Ghana, Kenya, Nigeria, RDC, Togo, Tunisie).
- 24 L'Alliance mondiale des institutions nationales des droits de l'homme (GANHRI) a adopté en 2015 la Déclaration de Mérida sur le rôle des INDH dans la mise en œuvre de l'Agenda 2030.
- 25 En 2017, le Réseau des institutions nationales africaines des droits de l'homme (RINADH) a adopté la Déclaration et le Plan d'action de Kigali qui définit les rôles que les INDH africaines peuvent jouer pour garantir une approche du développement fondée sur les droits de l'homme, pour atteindre les ODD, et pour veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte.
- 26 Il convient de noter qu'il n'y a pas nécessairement de distinction nette entre ce qui relève de l'aspect « disponibilité » et « accessibilité » du Triple A pour ce qui est de la question de la couverture. Des suggestions ont été formulées en italique et entre parenthèses pour déterminer l'aspect dont relève la question. En outre, certaines questions concernent l'intégration des principes des droits de l'homme (participation, responsabilité, non-discrimination) et vont donc au-delà du « Triple A ».
- 27 Les dimensions « Acceptabilité » et « Qualité » doivent être ajoutées si les prestations de protection sociale sont fournies en nature, par exemple sous forme de biens et de services, et non sous forme monétaire. Voir par exemple les observations générales du CESCR sur le droit à l'alimentation et à la santé.
- 28 Sur la base de ces directives, l'Institut danois des droits de l'homme a mis au point plusieurs cadres et outils de surveillance des droits de l'homme fondés sur des

indicateurs des droits de l'homme. [The AAAQ Framework and the Right to Water](#) (uniquement en anglais), le [Navigateur autochtone](#), l'outil [SDG 4.7. human rights education](#) (uniquement en anglais), les outils [Human Rights 4 Land](#) (uniquement en anglais) et l'outil [Right to Defend Rights](#) (uniquement en anglais).

- 29 [https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/GuidanceNoteonApproachtoData\\_FR.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/HRIndicators/GuidanceNoteonApproachtoData_FR.pdf)
- 30 ICESCR : 50 ratifications, CEDAW : 52 ratifications, CRC : 54 ratifications, CPRD : 51 ratifications en 2022.
- 31 26 ratifications en 2022.
- 32 En 2022, seuls 12 États africains avaient ratifié les recommandations 102 et 202 de l'OIT.
- 33 Seul le Maroc n'a pris aucune mesure concernant l'ACRWC et la CADHP. Le Soudan du Sud n'a pas ratifié l'ACRWC et la Côte d'Ivoire n'a pas ratifié la CADHP.





L'INSTITUT DANOIS  
DES DROITS  
DE L'HOMME

