



GLOBAL SOCIAL TRUST,

Fonds de solidarité internationale entre le Luxembourg et le Ghana

Document d'information

(1) Le projet pilote du Global Social Trust (GST) : Investir dans la santé au Ghana

Solidarité Syndicale, l'ONG de la Confédération syndicale indépendante du Luxembourg (OGB-L), le Bureau international du Travail (BIT) et le Gouvernement du Ghana représenté par son Ministère de la santé, ont conclu un accord pour exécuter le projet pilote du GST au Ghana. Ce projet pilote consiste à fournir une prestation en espèces aux femmes enceintes ainsi qu'aux mères d'enfants de moins de cinq ans les plus démunies; il apporte ainsi son soutien à l'extension de l'assurance santé au Ghana. A cette fin, des contributions volontaires seront collectées parmi les membres de l'OGB-L au Luxembourg.

Situation de l'assurance santé au Ghana

Au cours de l'été 2003, le Gouvernement du Ghana a adopté une « loi sur l'assurance santé » (Act 650), qui a permis de mettre en place un nouveau régime national d'assurance santé. Ce système sera constitué à terme d'environ 140 mutuelles locales d'assurance santé, agissant au niveau des districts et des arrondissements et financées par une combinaison de cotisations personnelles des travailleurs de l'économie informelle (approximativement 8 dollars par an pour les adultes), d'un transfert de la cotisation d'assurance sociale de 2,5% pour tous les membres du régime de sécurité sociale national (SSNIT) et d'un prélèvement d'une taxe de santé de 2,5% (une taxe indirecte de type TVA). Le système est coordonné et supervisé par un Conseil national d'assurance santé (NHIC) qui dirige notamment le Fonds national d'assurance santé (NHIF). Ce Fonds reçoit les recettes de cotisations et de taxes et les répartit ensuite entre les mutuelles locales. Dans le cadre de cette loi, le Gouvernement du Ghana s'est engagé à « concevoir un mécanisme destiné à assurer que les besoins de santé de base de la population démunie soient satisfaits »¹. Un mécanisme initial a été mis en place, mais le nombre de bénéficiaires potentiels de ces dispositions et la nécessité d'atteindre les plus démunis

¹ National Health Insurance Act 2003 (Act 650)

représentent un défi considérable pour le financement global du secteur, ainsi que pour le succès de la mise en place du nouveau système.

La “Stratégie de réduction de la pauvreté au Ghana” montre l’engagement du gouvernement à garantir l’accès à la santé en améliorant la prise en charge médicale des plus pauvres. Elle vise à combler les inégalités d’accès à la santé, à la nutrition, au planning familial et prévoit de mettre en place des mécanismes qui soient financièrement viables, protègent les pauvres et améliorent l’efficacité des services².

Ghana: Indicateurs de santé

Indicateur	Valeur (année)
Espérance de vie à la naissance (ans) hommes	56,0 (2004)
Espérance de vie à la naissance (ans) femmes	58,0 (2004)
Espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance (ans) hommes	49,2 (2002)
Espérance de vie en bonne santé (HALE) à la naissance (ans) femmes	50,3 (2002)

Source: OMS, Données sanitaires nationales, 2006

En dépit des améliorations de plusieurs indicateurs de santé, y compris les taux de mortalité et de morbidité, il reste beaucoup de progrès à accomplir. L’espérance de vie à la naissance en 2004 pour les hommes était de 56 ans et de 58 ans pour les femmes. L’espérance de vie en bonne santé à la naissance en 2002 était de 49,2 ans pour les hommes et 50,3 ans pour les femmes³.

Les statistiques concernant le Ghana montrent une corrélation entre pauvreté, mortalité infantile et développement des enfants. En 2003, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans était de 95 décès pour 1000 naissances en moyenne, mais il s’élevait à 138,8 pour les quintiles les plus pauvres de la population. Le taux d’immunisation était de 79,3% dans le quintile de la population la plus aisée et seulement de 49,6% dans le quintile de la population la plus pauvre. De même, 9,1% des enfants des ménages les plus aisés étaient en dessous de la taille moyenne contre 20,3% chez les ménages les plus pauvres⁴.

Ghana: Indicateurs de financement des coûts de la santé, 2003

Indicateur	Valeur (année)
Total des dépenses de santé en % du Produit Intérieur Brut (PIB)	4,5 (2003)
Dépenses publiques en % du total des dépenses de santé	31,8 (2003)
Dépenses privées en % du total des dépenses de santé	68,2 (2003)
Total des dépenses de santé par habitant (en dollars internationaux)	98 (2003)
Dépenses publiques de santé par habitant (en dollars internationaux)	31 (2003)

Source: OMS, Données sanitaires nationales, 2006

En 2003, le montant des dépenses de santé s’élevait à 98 dollars par habitant et représentait 4,5% du PIB. Quelques 68% des dépenses étaient de nature privée.

² Ghana Poverty Reduction Strategy 2003-2005, *An agenda for growth and prosperity, Volume I: Analysis and policy statement* (Accra, 2003).

³ ILO. *Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care. Draft for consultation* (Genève, 2007), p. 47.

⁴ PNUD, données se rapportant à 2003.

Au Ghana, 18,7% de la population sont couverts par un régime de protection de santé formel. Selon le taux de déficit d'accès qui est lié au personnel, on estime qu'environ 66% de la population n'ont pas accès aux services de santé⁵.

L'engagement du BIT au Ghana dans le domaine de la santé

Depuis 2002, le BIT apporte au Gouvernement du Ghana une assistance technique dans le cadre du développement du budget de santé national; il lui prodigue des conseils relatifs aux structures institutionnelles, au financement à moyen terme et à la mise en œuvre du système national d'assurance santé.

Le BIT a travaillé en particulier sur un pré-projet pilote de taille limitée dans le district de Dangme West afin de mettre au point des méthodologies permettant d'identifier les pauvres et d'accroître leur accès aux soins de santé en subventionnant leurs primes d'assurance santé. A l'origine, ce projet avait été financé par le Gouvernement des Pays Bas et soutenu par le Gouvernement du Royaume Uni. Sur une période de trois ans, il a permis à 3000 à 4000 personnes (à peu près 3-4% de la population du district) d'accéder aux soins de santé dont elles ne bénéficiaient pas auparavant⁶.

Le BIT apporte actuellement sa coopération sur un projet de budget de santé national et régional pour fournir au gouvernement des outils pour assurer la viabilité financière du système national d'assurance santé et tester les options de politique proposées. Une enquête est actuellement conduite dans le district de Dangme West pour évaluer le type de soins de santé et l'accès à ceux-ci, pour recueillir les opinions des assurés et mesurer le taux d'utilisation des différentes installations sanitaires. Les premiers résultats de cette enquête montrent que l'intervention du BIT et les exemptions de cotisations consenties par le Gouvernement ont permis à 58% des sondés, qui n'auraient pas pu bénéficier de soins de santé en d'autres circonstances, d'y avoir accès⁷. De plus, un ensemble d'indicateurs de performance et de qualité est en cours d'élaboration pour permettre de surveiller le fonctionnement des mutuelles locales d'assurance santé.

Le district du Dangme West se situe dans la région d'Accra et partage sa frontière avec les régions de l'Est et du Volta, situées respectivement au nord et à l'ouest. La population s'élevait en juin 2006 à environ 110 000 personnes. C'est un district rural dont la population vit principalement dans des communautés dispersées. Dans le district, les activités économiques majeures sont l'agriculture de subsistance et la pêche, mais la pauvreté y est très répandue⁸.

Le projet pilote du GST au Ghana: prestations et obligations des bénéficiaires

La prestation en espèces destinée aux femmes enceintes les plus démunies ainsi qu'aux mères d'enfants de moins de cinq ans sera versée sous certaines conditions :

⁵ ILO. *Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care. Draft for consultation* (Genève, 2007), pp. 24. Le taux de déficit d'accès lié au personnel est estimé par rapport à la Thaïlande comme point de référence.

⁶ ILO: *Improving Social Protection for the Poor: Health Insurance in Ghana, The Ghana Social Trust pre-Pilot project – Final report* (Geneva, 2005).

⁷ Voir Oppong, R. et al: *Survey report on Dangme West district mutual health organization*, (à paraître en 2007).

⁸ Ibid.

- 1- Recevoir les soins prénatals prescrits pour la mère et l'enfant,
- 2- Recevoir un certain niveau de soins postnatals pour la mère et l'enfant⁹
- 3- Réaliser les examens médicaux¹⁰ prescrits pour chaque enfant jusqu'à l'âge de cinq ans.

Les conditions détaillées d'éligibilité à cette prestation seront préparées en fonction des facteurs clés de prévention des mortalités maternelle et infantile, en concertation avec le Conseil national d'assurance santé (NHIC), le Ministère de la santé et les autres acteurs nationaux et internationaux concernés. Le but est aussi d'encourager les femmes enceintes à adhérer au régime national d'assurance santé, ce qui permettrait une extension rapide de la couverture de l'assurance santé au Ghana, et d'assurer un revenu pour les familles les plus démunies à un moment où les enfants et les femmes sont les plus vulnérables. Cela aura donc un impact positif direct sur la pauvreté et en particulier sur la mortalité maternelle et infantile et les problèmes de santé liés à la pauvreté.

Le montant de la prestation en espèces a été provisoirement établi à un niveau de 10 dollars par mois¹¹. Ce montant sera évalué et pourra être révisé en cours d'exécution du projet.

L'idée proposée est que la prestation soit fournie par les mutuelles locales d'assurance santé. Celles-ci contribueront à l'identification des bénéficiaires en fonction d'une batterie de critères établis en collaboration avec les responsables locaux et nationaux. Cependant, une analyse de la situation pourra inciter l'équipe du projet à proposer que ces prestations soient fournies par une autre organisation locale ou nationale.

La loi sur le régime national d'assurance santé est en vigueur depuis environ quatre ans, le projet peut donc s'appuyer sur des pratiques et initiatives d'ores et déjà existantes au Ghana. De plus, les prestations seront financées par les contributions de travailleurs au Luxembourg pour une période allant jusqu'à cinq ans dans sa phase initiale. Le projet doit d'abord faire la preuve que les régimes peuvent devenir autonomes, puis établir les conditions sous lesquelles un élargissement national peut être entamé. Le projet n'entrera pas en compétition avec les obligations légales du gouvernement prévues par la loi sur le régime national d'assurance santé; il n'y a donc pas de danger que les ressources du projet soient utilisées comme simple substitut aux ressources nationales. Le concept repose également sur la participation des communautés locales qui doivent compléter les transferts sociaux en participant aux procédures d'identification des démunis et à l'enregistrement des bénéficiaires. L'expérience du pré-projet pilote actuel a démontré que l'implication de la communauté locale dans le processus d'identification peut être un succès.

Il est prévu de mener le projet dans le district de Dangme West dans un premier temps. Cependant, en fonction des résultats d'analyse de la situation, l'équipe du projet pourra proposer d'expérimenter le projet dans un autre district.

A Dangme West, il s'agit d'un projet de dimension modeste, mais qui a démontré un véritable potentiel pour soutenir les plus démunis de la société. La proportion de pauvres identifiés à Dangme West n'est pas représentative des autres régions. Cependant, le projet affinera davantage les critères de sélection des bénéficiaires pour établir des indicateurs des besoins

⁹ Selon le rapport sur la santé dans le monde 2005 : Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant (OMS, Genève, 2005), trois quarts des décès néonataux pourraient être supprimés si les mères bénéficiaient d'une alimentation correcte et recevaient les soins nécessaires pendant la grossesse, l'accouchement et dans la période postnatale.

¹⁰ Selon la liste des vaccinations essentielles mais au moins une fois par année.

¹¹ En principe la prestation suit l'exemple de l'allocation pour soutien d'enfant en Afrique du Sud – "South African Child Support Grant" qui était de 110 Rand par mois en 2001 (approximativement 12,78 dollars).

réels qui vont au-delà de revenus en espèces. Le projet offrira la possibilité de tester différents niveaux de prestations en espèces afin d'assurer un niveau optimum qui encourage l'adhésion à la mutuelle locale d'assurance santé et favorise également les progrès en matière de santé maternelle et infantile parmi les plus démunis.

Financement du projet

Le partenaire OGBL ONG Solidarité Syndicale au Luxembourg financera (à travers les cotisations volontaires des employés du Luxembourg) les activités du projet pilote au Ghana pour une période allant jusqu'à cinq années. Avec l'accord des partenaires du projet, la période pourrait être prolongée au-delà des cinq ans si nécessaire. Le partenaire luxembourgeois (en collaboration avec le Système d'assurance sociale) va organiser une campagne pour collecter des fonds parmi les personnes couvertes par l'assurance sociale au Luxembourg. L'objectif est d'attirer le maximum de donateurs réguliers sur le long terme. Il est demandé aux employés au Luxembourg de verser 5 euros par mois sur une base volontaire. Les contributions des membres alimenteront constamment les fonds disponibles du projet pour en permettre l'extension. L'étendue finale du projet sera déterminée par le nombre de cotisants au Luxembourg, le projet pilote devra donc être mis en place progressivement; il commencera par un district et au fur et à mesure que l'argent sera disponible pour financer les prestations en espèces pour une durée de cinq ans, un nouveau district sera intégré et ainsi de suite.

Organisation structurelle, supervision et contrôle

Le partenaire luxembourgeois, OGBL ONG Solidarité Syndicale, a conclu un mémorandum d'accord avec le BIT et le gouvernement du Ghana par lequel il accepte de collecter des cotisations volontaires de la part des individus au Luxembourg, de gérer les fonds ainsi collectés, de transférer les fonds au Ghana selon les besoins et d'auditer leur utilisation.

Le projet sera supervisé par un conseil consultatif tripartite approuvé par le bureau du Conseil d'administration du BIT. Ce conseil sera constitué de représentants de OGBL ONG Solidarité Syndicale, du gouvernement du Luxembourg, des partenaires sociaux et du gouvernement du Ghana. Le conseil consultatif sera composé de deux comités :

- le comité directeur, composé des membres ghanéens du conseil consultatif et d'un représentant de ses membres luxembourgeois, fournit les conseils pour l'exécution du projet. Il guide et supervise la mise en œuvre du projet;
- le comité des finances, composé des membres luxembourgeois du conseil consultatif et d'un représentant de ses membres ghanéens, administre les fonds collectés au Luxembourg, approuve leur transfert directement vers la mutuelle locale d'assurance santé ou autre organisation locale ou nationale sélectionnée au Ghana, et contrôle l'utilisation des fonds. Il désigne aussi les membres de l'équipe de suivi du projet (c'est-à-dire les auditeurs financiers et les experts). Cette équipe entreprend des missions d'audit (financier et de performance). Tout détournement de fonds entraînera la fin immédiate de toutes les activités du projet.

Un bureau du projet sera mis en place à Accra, capitale du Ghana, par OGBL ONG Solidarité syndicale et le BIT y affectera une équipe de travail nationale. Le bureau du projet sera responsable de la fourniture des prestations et établira les contrats entre le partenaire luxembourgeois et la mutuelle locale d'assurance santé, ou toute autre organisation locale ou nationale bénéficiaire. Le bureau du projet demandera au partenaire luxembourgeois de

transférer directement les fonds aux organisations locales afin de financer les prestations versées dans le cadre du projet.

Les activités du projet

L'équipe nationale pour le projet entreprendra les activités suivantes :

- (1) identification des communautés pilotes et des bénéficiaires potentiels dès que des cotisations suffisantes auront été collectées pour assurer le financement des prestations d'une communauté;
- (2) formation du personnel d'assurance santé local;
- (3) fixation du niveau de la prestation en fonction de réglementations qui devront être développées;
- (4) comptabilité et vérification des paiements;
- (5) soumission des rapports de progrès semestriels au conseil consultatif;
- (6) soutien logistique aux missions d'audit;
- (7) préparation et soumission du rapport final du projet au conseil consultatif et au BIT;
- (8) soutien au gouvernement du Ghana pour la préparation des lignes directrices administratives et des instruments juridiques qui permettront l'extension de cette prestation financière à l'échelle nationale;
- (9) soumission des rapports annuels de situation du projet au Conseil d'administration du BIT.

Budget du projet pilote et nombre de bénéficiaires estimé

Le nombre réel de bénéficiaires s'accroîtra en fonction des contributions volontaires qui pourront être recueillies au Luxembourg et du nombre de candidats identifiés et enregistrés comme ayant droits au Ghana.

(2) Le concept de "Réseau du Global Social Trust mondial"¹²

Le premier des objectifs de développement pour le millénaire (ODM) vise à « éradiquer l'extrême pauvreté et la faim ». Il se concrétise par le fait de « réduire de moitié la proportion de la population disposant de moins d'un dollar par jour ». Les systèmes de protection sociale nationaux sont l'un des outils les plus efficaces pour atténuer la pauvreté et empêcher son apparition en ce qu'ils garantissent la sécurité sociale grâce à des régimes d'allègement de la pauvreté pour certains, au versement des retraites ou à la fourniture des soins de santé pour d'autres. Cependant, selon les chiffres de l'Organisation internationale du Travail (OIT), seuls 20 pour cent environ de la population mondiale bénéficient d'une protection sociale formelle.

Concept de base, but à long terme et objectif du GST

Le concept de base est le suivant : demander aux citoyens des pays riches, c'est-à-dire des pays de l'OCDE, de verser à titre volontaire une cotisation mensuelle d'un montant relativement modeste (5 euros par mois par exemple) à un Global Social Trust (GST) qui se présentera sous la forme d'un réseau mondial de GST nationaux.

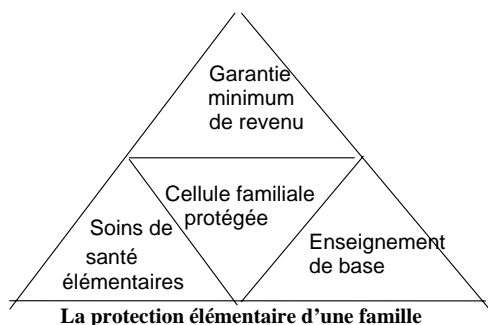
¹² La traduction officielle du Global Social Trust en français est « Fiducie sociale mondiale ».

Le GST bénéficierait de l'appui de l'OIT, et :

- 1 Investirait les ressources accumulées pour mettre en place des systèmes de protection sociales de base dans des pays en développement;
- 2 Financerait certaines prestations données pendant une première phase limitée dans le temps, jusqu'à ce que les systèmes de protection sociale de base puissent assumer eux-mêmes ces dépenses.

A long terme, le Réseau du Global Social Trust a pour but de lutter de façon systématique contre la pauvreté sévissant dans des pays en développement. Pour ce faire, un partenariat vise à investir et apporter un soutien initial en vue de la mise en place de régimes de protection sociale nationaux viables, destinés à des individus et des catégories de personnes n'ayant pas reçu leur part des fruits du développement économique. Le GST repose sur les principes de solidarité sociale et de partenariat social au niveau mondial.

La nature et la mise en place des prestations, les obligations des bénéficiaires



Le GST peut apporter son appui à toutes les initiatives lancées au plan national en vue d'élargir la couverture de la sécurité sociale de base. Les prestations subventionnées seront déterminées conformément aux priorités locales, régionales ou nationales au cas par cas. Il est prévu cependant que les principaux régimes de prestations appelés à bénéficier de l'appui du GST seront des initiatives locales et nationales conjuguées, visant à financer des soins de santé élémentaires, des prestations

de base en vue du maintien du revenu et d'un enseignement de base. Les bénéficiaires seront des familles, comme il apparaît dans le schéma ci-dessus, qui représente dans un triangle les éléments nécessaires à la protection de base d'une famille.

Des contrats seront conclus entre des projets locaux et les systèmes de protection sociale nationaux existants en vue de la mise en place à l'échelle du pays de réseaux de protection sociale modestes mais durables, pragmatiques et diversifiés. Le GST réalisera ses objectifs en mettant en œuvre des programmes d'assistance nationaux de grande envergure dans certains pays donnés, et ce sur des périodes comprises entre cinq et dix ans. Ces programmes seront fondés sur des contrats formels conclus par le GST d'un côté et les gouvernements ou des organismes publics de l'autre, contrats qui préciseront les obligations de chacune des parties. Ces contrats seront régis par une obligation de transparence, sur le plan des finances et du fonctionnement, et soumis à des mécanismes de surveillance et de contrôle rigoureux.

Principes opérationnels de base

Le GST fonctionne selon les dix principes suivants :

- 1 La philosophie de base est un engagement social mondial de donateurs individuels et éventuellement d'entreprises et institutions;
- 2 Le GST utilise des initiatives prises dans les pays bénéficiaires et témoignant d'un engagement en faveur de l'entraide;

- 3 Le GST prend appui sur des partenariats sociaux dans les pays donateurs et les pays bénéficiaires ainsi que sur des partenariats entre organisations des pays donateurs et des pays bénéficiaires;
- 4 Le GST parraine et appuie des programmes adaptés et répondant aux besoins de sécurité sociale les plus urgents aux niveaux local, régional ou national;
- 5 Il fonctionne avec un système de financement décentralisé, associé à un système centralisé d'examen, d'évaluation et d'appui des projets;
- 6 Le GST est politiquement indépendante et répond exclusivement aux besoins prioritaires;
- 7 Chaque fois que possible, il utilise les structures de protection sociales existant dans les pays bénéficiaires et favorise les réseaux de protection sociale multiformes et durables;
- 8 Le GST appuie des stratégies de développement de la sécurité sociale par une combinaison d'investissements dans l'administration et de subventions à durée déterminée en s'appuyant sur des engagements pris aux niveaux local, régional et national;
- 9 Les activités sont transparentes, conformes à l'éthique et font l'objet de contrôles réguliers au plan des résultats et au plan financier;
- 10 L'appui s'ajoute aux ressources existantes de sécurité sociale; le GST a pour vocation de fournir des ressources qui complètent ce que les gouvernements sont en mesure d'assurer.

Caractéristiques et impact du GST

Le GST n'entrera pas en concurrence avec d'autres fonds internationaux ou mondiaux ni avec des associations philanthropiques travaillant dans le domaine du développement international. Il s'adresse à d'autres donateurs, suit une philosophie différente et a un objectif distinct, à savoir investir dans une bonne gouvernance sociale à long terme comme condition indispensable au développement. Il a une incidence directe sur la population et vise une présence à long terme dans le système de gouvernance sociale mondiale en train de se mettre en place.

Il pourrait se transformer en une vaste activité de transferts financiers internationaux Nord-Sud. Si entre 5 et 10 pour cent des travailleurs des pays de l'OCDE donnaient environ cinq euros par mois, le GST pourrait réunir, lorsqu'il sera arrivé à maturité (après une phase de mise en place d'environ une dizaine d'années), entre *un et deux milliards d'euros par an*. On estime qu'au bout de quinze à vingt ans le GST pourrait toucher environ 100 millions de personnes en les aidant à s'extraire de leur condition de pauvreté extrême par la mise en place des systèmes de sécurité sociale de base.

Organisation, gouvernance et rôle de l'OIT

Il est donc proposé de concevoir le GST comme un réseau décentralisé plutôt que comme un organisme centralisé d'encaissement et de débours. Ce système suppose un fort engagement des bailleurs individuels en matière de participation. L'approche « réseau » s'accompagne de la mise en place progressive d'organisations nationales (Global Social Trust nationaux), confédérées en une organisation mondiale mais pleinement indépendantes au plan budgétaire. Les organisations nationales lancent des campagnes nationales d'adhésion, réunissent des contributions, gèrent les fonds, décident de leur utilisation et examinent les projets ainsi financés. Les organisations nationales bénéficient de l'appui d'un secrétariat technique au

niveau mondial qui identifie, prépare et exécute des programmes nationaux sous le contrôle d'un Conseil mondial. L'OIT met à disposition et accueille le secrétariat technique qui est administré par une Assemblée mondiale.

L'OIT est donc appelée à jouer un rôle clé dans la conception, la promotion et le lancement du GST mais il ne s'agit en aucun cas d'une « Fiducie OIT ». Il faut plutôt concevoir le GST comme un partenariat témoignant de la solidarité entre travailleurs, employeurs et gouvernements des pays développés et des pays en développement.