

8^{ème} Conférence Africaine sur la Population

Entebbe-Ouganda,

18-22 Novembre 2019

Thème 14 : Le vieillissement en Afrique

Séance 1504 : Vieillesse et Soins en Afrique : Politiques, intentions et réalités

Capabilités des retraités en Afrique subsaharienne au secours de l'assurance maladie. Cas du Tchad.

Auteurs

MADJITHA Jonathan TELBAYE, Chercheur, CREIDS International,
jonathan.telbaye@creids-international.com

NGUEZOUKKA KEBMAKI Vincent, Chercheur Associé à CARE-IFA/IFORD,
nguezoumka@gmail.com

NDOUTORLENGAR MEDARD, Maître de Conférences à l'Université de Sarh (Tchad),
ndourock@gmail.com

Résumé

Au Tchad, les structures chargées de gérer la retraite n'introduisent pas dans leur mise en œuvre l'assurance maladie. Or, la retraite est associée à la diminution de la mobilité, de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne ainsi qu'à l'augmentation des maladies. Face à cela, les retraités sont amenés à construire leurs propres repères, c'est-à-dire s'insérer dans la vie associative religieuse, créer des petites unités de production, bref faire partie des réseaux d'entraide, ce qui renvoie à leurs propres systèmes assurantiels. L'objet de cette communication est de chercher à comprendre la manière selon laquelle les retraités utilisent leurs « capabilités » (Sen, 1985) pour parvenir à supporter les coûts de soins médicaux. L'approche par les capabilités a été prise pour modèle d'analyse et les entretiens semi-directifs constituent le cadre pratique de l'étude.

Mots-clés : Capabilités-retraités-Assurance maladie-Tchad

I. Introduction

1. Contexte

Au Tchad, les régimes de retraite sont non provisionnés ou encore par répartition. Dès lors, il apparaît clairement que les problèmes liés à l'assurance maladie incomberaient d'un côté la responsabilité sociale. De l'autre, les retraités ne cotisent pas auprès d'assurances et de mutuelles complémentaires pour la maladie ; ce qui limiterait le champ de couverture sociale. Partant, l'on constate que les prestations de services pour les retraités sont insuffisantes. De plus, les pensions sont non seulement relativement maigres, mais aussi et surtout confrontées à la pauvreté et à la cherté de vie.

Cette communication a pour objet d'évaluer les capacités des retraités tchadiens, en lien avec les questions d'assurance maladie. En effet, deux structures sont chargées de gérer la retraite au Tchad. Il s'agit en l'occurrence de la CNPS¹ (structure privée) et de la CNRT² (structure étatique). La gestion des pensions de vieillesse, d'invalidité, de décès, de rentes scolaires est jusqu'alors la principale action posée en faveur des retraités. Les politiques de retraite n'introduisent pas dans leur mise en œuvre l'assurance maladie ainsi que les prestations de services pour le logement. Or, la retraite est associée à la diminution de la mobilité, de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne ainsi qu'à l'augmentation des maladies. Telle est la situation qui a motivé cette recherche qualitative.

2. Objectif

L'objectif de cette communication est de fournir une base informationnelle (Sen, 1979) susceptible d'aider à l'élargissement de couverture assurantielle. Ainsi, il s'agit de réfléchir en amont sur la construction de manière la meilleure possible des prestations de services pour les retraités en matière de santé.

3. Méthodologie

La démarche méthodologique de cette étude est axée autour de deux grandes parties. La première est un cadre théorique qui a été pris pour modèle d'analyse de notre sujet : l'évaluation du bien-être choisie par Sen. La seconde est un cadre pratique qui s'est attardée sur les techniques de collecte de données.

¹ Caisse Nationale de Prévoyance Sociale

² Caisse Nationale des Retraités du Tchad

▪ L'évaluation du bien-être selon Sen :

L'évaluation du bien-être selon Sen a pour clef de voûte l'approche par les capacités. Sen définit « capacités de base » comme le fait qu'un individu soit capable d'accomplir certains actes fondamentaux allant dans le sens de la satisfaction de ses besoins vitaux. L'approche par les capacités s'articule autour de deux grands concepts, en l'occurrence, les « fonctionnements » et la « capacité ». Pour Sen, « un fonctionnement est l'accomplissement d'une personne : ce qu'il ou elle parvient à faire ou à être. Il reflète, en effet, une partie de l'« état » de la personne » (Sen, 1985). La « capacité » quant à elle renvoie à la capacité de l'individu de poser telle ou telle action qui soit conforme à ses positions morales. En clair, « la capacité d'une personne reflète les combinaisons alternatives de fonctionnements qu'une personne peut accomplir » (Sen, 1993). La corrélation de ces deux concepts permet à l'approche par les capacités de devenir un moyen d'évaluer les situations individuelles à partir d'une base informationnelle large, qui intègre aussi bien les différences entre individus que les divers motifs qui les poussent à agir. Autrement dit, la distinction entre fonctionnements et capacité enrichit à son tour la base informationnelle, puisqu'elle inclut à la fois les choix individuels et les ensembles de choix qui leur étaient accessibles. Ainsi, la liberté de choix représentée par la notion de capacité devient l'outil privilégié des évaluations du « bien-être » des individus (Sen, 1992).

En empruntant et surtout en ramenant dans le contexte de cette communication l'approche des capacités, notre étude s'est plus précisément inscrite en droite ligne de la nouvelle approche de l'action sociale, mise en évidence par la politique de la troisième voie (Bonvin et Rosenstein, 2014). La base informationnelle choisie légitimera les actions de l'Etat en faveur des retraités. Pour ce faire, pour que toute action soit en adéquation avec les attentes de ces personnes âgées, il paraît nécessaire d'évaluer au préalable « l'agency » (Bonvin et Rosenstein, Ibid.) des retraités. L'agency dont il est question ici désigne la capacité des retraités à créer leurs propres réseaux de soutien ou bien encore, à subvenir à leurs besoins en termes de santé. Donc, à partir du moment où on comprendrait mieux l'agency, on montrerait la nécessité pour l'Etat d'impulser les politiques de retraite qui puissent inclure ce à quoi les retraités aspirent, notamment les services d'assurance maladie.

▪ **Les techniques de collecte des données :**

Cette phase de notre recherche est scindée en trois grands axes :

- Axe 1 : L'observation directe qui a permis d'appréhender la résilience des retraités face à l'absence de l'assurance maladie dans le système assurantiel des institutions qui gèrent les retraites.

L'observation a été faite dans les institutions qui gèrent les retraites, notamment la Caisse Nationale des Retraités du Tchad (CNRT) et la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS). Ce qui nous a permis d'observer de manière spécifique le fonctionnement de ces deux grandes institutions afin de les confronter aux dispositifs textuels relatifs aux retraités.

- Axe 2 : La collecte des données sur les trajectoires de santé ainsi que les activités des retraités.

Dans le but d'évaluer dans une perspective sociologique le bien-être des retraités, nous avons enquêté auprès de ceux-ci afin d'avoir une idée sur leurs « fonctionnements » et leur « capacité », grâce à des questionnements sur l'assurance maladie ainsi que les activités menées. Il s'est agi alors de questionnaires (Combessie, 1996, p.33) adressés à un échantillon représentatif (idéalement formé des retraités ayant 60 ans et plus, tous sexes confondus) des structures d'assurances et de prestations sociales ; en l'occurrence la CNPS et la CNRT.

II. Résultats et discussions

Le présent article cherche à montrer la manière selon laquelle les retraités forment eux-mêmes leurs propres systèmes assantiels pour se soigner, en l'absence justement de l'assurance maladie.

1. Politiques de retraite au Tchad et questions liées à l'assurance maladie

L'assurance maladie est de vue dans les politiques de retraite au Tchad. Pourtant, la politique sociale devrait porter sur l'offre de services éducatifs, de santé, de l'habitat et de sécurité alimentaire (Adesina, 2007). Les problèmes liés au financement de retraite est un frein à la mise en œuvre de l'assurance maladie. De toutes les manières, les politiques de retraite ne

peuvent épargner la question de viabilité financière et des coûts administratifs (Palacios, 2014). La CNPS par exemple, fonctionne sur la base de 80% des cotisations de fonctionnaires et de salariés, 10% de la charge salariale ainsi que 10% de la charge patronale. Au regard de ce qui précède, la grande partie de la source de financement provient des cotisations de fonctionnaires et de salariés. En cotisant, les assurés préviennent les dangers de la vie comme le chômage ou la maladie, de manière à prendre soin de leur parcours. C'est dire qu'il faille prendre des mesures pour contrecarrer les difficultés susceptibles de constituer des obstacles à l'autonomie individuelle (Vrancken, 2010). Il convient de rappeler à partir de ce fait, que la responsabilité des retraités est bien située à partir du moment où, l'Etat compte sur les individus volontaires et responsables (Vrancken, Ibid.).

Le système assurantiel repose sur une solidarité entre les actifs et les retraités. Les dispositifs d'actions de la CNRT et de la CNPS s'articulent autour de recouvrement des cotisations au titre de la prévoyance sociale. Aussi, faudra-t-il noter, ces deux structures assurent le paiement des pensions de retraite et de veuves, ainsi que des rentes d'orphelins, en cas de décès du titulaire, le versement de capitaux de décès en cas de décès d'un agent de l'Etat en activité, les versements pour charge de famille et les majorations pour les ménages de taille grande (INSEED, 2006).

Deux éléments ne favorisent pas une large couverture d'assurances : le chômage et la précarité de l'emploi. Le taux de chômage est à 22,6% (ECOSIT, 2003). En outre, l'Etat a suspendu l'intégration à la fonction publique depuis 2015, à cause de la crise financière qui sévit le pays. L'exemple illustratif nous vient du secteur pétrolier qui a licencié progressivement de 2014 à 2015 de nombreux employés, à cause de la baisse du prix du baril. Au regard de tout cela, si les actifs censés financer la retraite se retrouvent massivement au chômage, ou bien n'exercent pas dans le secteur formel, le budget de fonctionnement serait revu en baisse et par conséquent, la maladie n'aurait davantage plus de chance d'être intégrée dans le système assurantiel.

2. Le manque d'accompagnement personnalisé du retraité et l'appréhension de ses besoins en matière de santé

Le service d'évaluation à domicile permet de se rendre compte des maladies chroniques et invalidantes auxquelles les personnes âgées font le plus souvent face (Henrard, 1992). L'« accompagnement-maintien » a pour but de porter assistance aux individus dans l'exercice de leurs activités afin qu'ils trouvent des ressources nécessaires leur permettant d'améliorer

leurs conditions de vie (Boutinet et al., 2007). Des entretiens que nous avons eus avec les retraités dans le cadre de cette étude, nous ont montré en fin de compte ceux-ci n'ont jamais été accompagné. Les sources de financement des soins ne proviennent que de la sphère strictement familiale. C'est la raison pour laquelle, *« L'accompagnement, le conseil, la « guidance », l'orientation, l'aide au développement personnel procèdent de cette nouvelle magistrature de soi se voulant à l'écoute du sujet et de sa souffrance. Toutes ces formules d'intervention viennent progressivement remplir l'espace exclusivement occupé autrefois par des politiques de « prise en charge », d'« assistance », de « protection », de pure « indemnisation » des risques »* (Vrancken, Ibid.). Aussi, les accompagnements ouvrent-ils les voies à la valorisation des « technologies de soi » (Biarnès, 2006). Ce faisant, un accompagnement personnalisé du retraité tchadien peut permettre d'appréhender la situation de celui-ci, de manière générale et plus particulièrement de prendre pleinement conscience de son état de santé.

3. Capabilités des retraités tchadiens

Certaines retraites sont prises pour des raisons de santé (Dhaval et al., 2006). De plus, il se trouve que les retraités connaissent plus de problèmes de santé physique (Bossé et al., 1987). Dans le même sillage, les études sur des examens médicaux ont montré que chez les individus âgés de 55 à 70 ans, la santé décline (Ekerdt et al., 1983). De plus, une autre étude montre que leur santé se détériore de 59 à 62 ans (Delbès et Gaymu, 2003). De nombreux retraités ne vivent pas dans une maison décente et sont épiés par des maladies de vieillesse telles que le rhumatisme, les maladies cardio-vasculaires, la tuberculose, la cataracte, etc. En effet, *« Ces maladies ajoutent leur retentissement fonctionnel aux effets du vieillissement ; ceci accentue le risque et la difficulté où même l'incapacité à effectuer un certain nombre de gestes et d'activités de la vie courante. Ces incapacités, lorsqu'elles se conjuguent à un environnement défaillant, sont à l'origine de handicaps ou désavantages sociaux... »* (Henrard, Ibid.). Il semble donc à bien des égards que la santé de la population en général et plus singulièrement la population âgée, est une composante essentielle du développement humain. Nous avons constaté que les pensions de retraite semblent insignifiantes en raison du coût de vie élevé qui fragilise les pensionnaires au point de ne pouvoir pas satisfaire leurs besoins de première

nécessité (Eyinga, 2011). D'aucuns perçoivent des maigres sommes, lesquelles sont malheureusement inférieures au SMIG³ (fixé à 60.000 FCFA au Tchad).

Eu égard à toutes ces difficultés, cette étude nous a conduit à étudier sociologiquement « les capacités » (Sen, op.cit.) des retraités développées en vue de réunir les moyens nécessaires pour supporter les coûts des soins médicaux. De telle situation crée non seulement de l'insécurité sociale (Castel, 2003), mais également détache les retraités du système de protection sociale pour les confier à la « sollicitude publique » (Vrancken, Ibid.). Plus la protection sociale présente des insuffisances, plus les retraités sont amenés à construire leurs propres repères, c'est-à-dire s'insérer dans la vie associative, religieuse, créer des petites unités de production, bref faire partie des réseaux d'entraide, ce qui renvoie à leurs propres systèmes assurantiels.

▪ **Capacités en termes d'investissement humain**

Sur deux cents (200) retraités tchadiens avec qui nous nous sommes entretenus, quinze (15) déclarent avoir envoyé leurs enfants en études, pendant qu'ils étaient en fonction. Ceci pour garantir, pour ainsi dire, leurs vieux jours. Car, conformément à leurs positions morales, ils avaient conscience que, lorsqu'ils seraient admis à la retraite, ils ne pourraient compter que sur leurs progénitures pour satisfaire les besoins vitaux. Les progénitures, quant à elles, ont l'obligation morale de venir en aide aux parents. Elles sont, en quelque sorte, redevables aux parents. C'est donc, ce que nous appelons : redevabilité sociale. De ce fait, Dix (10) retraités de la CNPS déclarent vivre pleinement de l'aide de leurs enfants devenus fonctionnaire ou travailleurs du secteur privé.

▪ **Capacités au sens entrepreneurial**

L'entrepreneuriat est un secteur en pleine croissance au Tchad. Toutes les tranches d'âges s'y sont impliquées. Les retraités que nous avons interviewés, ont converti leur indemnité de départ à la retraite en capital des Petites et Moyennes Entreprises (PME) qu'ils ont créées. Vingt-cinq retraités sont détenteurs de débits de boissons (Buvettes, Bar-Dancing, Caves, « Vente à Dom »). Les bénéfices générés permettent d'améliorer leurs cadres de vie. Aussi, utilisent-ils ces bénéfices pour payer les frais de scolarité des enfants et petits-enfants. En dépit de toutes ces dépenses sociales, les retraités que nous avons rencontrés se débrouillent tant bien que mal pour se soigner soit au Cameroun, soit en Tunisie.

³ Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti

Parmi vingt-cinq retraités gérants d'entreprises, Cinq sont des entrepreneurs agricoles. C'est dire qu'ils recrutent une forte main d'œuvre pour les cultures pluviales et maraichères, sur de vastes étendues situées dans les endroits reculés de la ville de N'Djamena. En devenant entrepreneurs, les retraités tchadiens intervertissent l'ordre. Au lieu que ce soit les actifs qui financent la retraite, ce sont les « inactifs » qui embauchent les « actifs ».

III- Conclusion

Nous disons donc pour clore cet article que le système assurantiel repose essentiellement sur une solidarité entre les actifs et les retraités. Les activités de la CNRT et de la CNPS sont axées principalement sur le recouvrement des cotisations au titre de la prévoyance sociale. Il n'existe pas, au sein de ces deux structures un service d'assurance maladie. Ce faisant, les résultats de nos recherches ont montré que les retraités tchadiens usent de leurs « capacités » pour pouvoir assurer leurs frais médicaux. En clair, d'un côté, ils ont la « capacité » en termes d'investissement humain. D'autre part, ils ont la « capacité » au sens entrepreneurial. Toutes ces capacités montrent que les retraités tchadiens sont au secours de l'assurance maladie, qui brille par son absence dans les structures qui gèrent la retraite. Ils constituent à cet effet, un système assurantiel qui leur est propre.

Références bibliographiques

Adesina, (2007). Social policy and the Quest for Inclusive Development: research finding from sub-Saharan Africa. Social Policy and Development paper n°33 Geneva : Institut de Recherche des Nations Unies pour le Développement social.

Banque Mondiale, (2002). Reducing vulnerability and increasing opportunity: social protection in Middle East and North Africa. June, Orientations in Development Series.

Biarnès, J., al. (éd). Le sujet et l'évaluation des politiques sociales. Nantes : Pleins Feux, 126p.

Bonvin, J.M., et Rosenstein, E. (2014). Par delà les évidences : le rôle de la sociologie dans l'analyse des politiques. Acte du colloque : « Les usages de la sociologie des politiques sociales ».

Bossé, R., Aldwin, C. M., Levenson, M.R., and Ekerdt, D.J. (1987). "Mental Health Differences among Retires and Workers: findings from the Normative Aging Study", Psychology and Aging. Vol 2, n°4, p.383-389

Boutinet, J-P., Denoyel, N., Pineau, G., Robin., et J-Y. (eds) (2007). Penser l'accompagnement adulte, ruptures, transitions, rebonds. Paris : PUF, 2007, 369p.

Castel, R. (2003).L'insécurité sociale. Qu'est-ce qu'être protégé ? Paris : Seuil, 95p.

Combessie, J-C., (1996). La méthode en sociologie, Paris, La Découverte, 123p.

Crozier, M., et Erhard, F. (1977). L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective. Paris : Seuil, 500p.

Delbès, C., et Gaymu, J. (2003). La retraite quinze ans après. Paris : Institut National d'Etudes Démographiques.

Dhaval, D., Rashad, I., and Spasojevic, J., 2006. The effects of Retirement on Physical and Mental Health Outcomes, Cambridge: National Bureau of Economic Research. NBER Working Paper (w12123).

Ekerdt, D. J., Baden, L., Bossé, R., and Dibbs, E. (1983). "The effect of Retirement on Physical Health". American Journal of Public Health, vol. 73, n°7, p.779-783

Eyinga Dimi, E.C. (2011). Situation socio-économique des personnes âgées au Cameroun: Etat des lieux et facteurs explicatifs. In William MOLMY, Muriel SAJOUX, Laurent NOWIK (Coord.) – Actes du colloque international de Meknès : « Vieillesse de la population dans les pays du sud. Famille, conditions de vie, solidarités publiques et privées...Etats des lieux et perspectives ».Paris, coll. Les numériques du CEPED. <http://www.ceped.org/cdrom/meknes/spipb873.html?article5>

Henrard, J.C. (1990). Le système de soins et d'aide aux personnes âgées. In Plan urbain et MIRE. Vieillir dans la ville. Paris : L'Harmattan, Coll. « Villes et Entreprise ». Ministère de la santé publique, Carte sanitaire du Cameroun, pp. 21-35.

INSEED (2014). Deuxième recensement général de la population et de l'habitat de 2009. Analyse thématique des résultats définitifs. Situation des personnes âgées. Ministère du Plan et de la Coopération Internationale, INSEED, 125p.

INSEED (2006). Profil de pauvreté. Deuxième Enquête sur la Consommation et le Secteur Informel au Tchad. INSEED, 125p.

Loubet Del Bayle, J-L. (1978). Introduction aux méthodes sociales, Paris, Privat, 235p.

Ogg, J., et Renaut, S. (2014). Eviter le mal-logement lors du vieillissement : le choix de la cohabitation intergénérationnelle. Informations sociales, 184, juillet-août, 38-40.

Palacios, (2014). Options pour la réforme des pensions en Afrique francophone. Banque Mondiale.

www.worldbank.org/pensions

Renaut, S., 2014, « Vieillir à domicile : l'adaptation du logement », in Conseil d'Orientation des retraites, Les retraites et leur logement, La Documentation française, p. 37-43

Sen Amartya, K. (1985). "Well-being, Agency and Freedom: The Dewey Lectures 1984". The Journal of Philosophy, vol.82, P.169-221.

Sen Amartya, K. (1992). Inequality Re-examined, Oxford. Clarendon Press, trad. De P. Chemla, Repenser l'inégalité, 2000, Paris, Seuil.

Sen Amartya, K. (1993). "Well-being and capability". In Nussbaum, M. C., et Sen Amartya, K. (eds), 1993, P.30-53.

Vranken, D. (2010). Le Nouvel Ordre protectionnel. De la protection sociale à la sollicitude publique. Lyon : Paragon/vs, 182p.