

ESS – Extension de la sécurité sociale

**Etendre la sécurité sociale:
politiques pour les pays en développement**

Wouter van Ginneken

Document ESS n° 13

**Campagne mondiale sur la sécurité sociale
et la couverture pour tous**

Bureau international du Travail – Genève

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être adressée au Bureau des publications (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Van Ginneken, Wouter

Etendre la sécurité sociale: politiques pour les pays en développement / Wouter van Ginneken;

Service politiques et développement de la sécurité sociale.

Genève, Bureau international du Travail, 2004

Extension de la sécurité sociale n° 13.

ISBN: 92-2-213487-7

ISSN 1020-9581

ISBN 92-2-215852-0 (version web)

Sécurité sociale, politique sociale, pays en développement. 02.03.1

Disponible en anglais: Extending social security: Policies for developing countries, ISBN 92-2-113487-3.

Disponible en espagnol: Extensión de la seguridad social: Políticas para los países en desarrollo, ISBN-92-2-315852-4

Données de catalogage du BIT

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications du Bureau international du Travail peuvent être obtenues dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. On peut aussi se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par email: pubvente@ilo.org ou par notre site web: www.ilo.org/pblns

**Visitez également le site web de la Campagne mondiale sur la sécurité sociale
et la couverture pour tous: www.ilo.org/coverage4all**

Table des matières

	<i>Page</i>
Résumé	v
Remerciements	vi
Abréviations	vii
Introduction	1
1. La sécurité sociale: contexte, concept et efficacité	2
1.1. Mondialisation, ajustement et couverture de la sécurité sociale	2
1.2. La sécurité sociale: concept et liens	4
1.3. Rendre opérationnel le concept d'efficacité	8
2. L'assurance maladie sociale	9
2.1. Pays à revenus intermédiaires qui ont mis en place une couverture universelle	10
2.2. Pays qui tendent à la couverture universelle	15
2.3. Pays à faibles revenus: le manque de financement et les potentialités des régimes communautaires et locaux	18
2.3.1. Emergence des régimes d'assurance maladie communautaires	20
2.3.2. Evaluer les incidences des régimes communautaires et locaux	21
2.3.3. Etendre la portée des régimes communautaires et locaux	23
2.4. Conclusions et aspects stratégiques	25
3. Pensions financées par cotisation	27
3.1. Réforme et couverture des pensions en Amérique latine	29
3.2. Quelques exemples concrets d'extension des régimes légaux de pension	32
3.3. Microfinance et pensions	35
3.4. Conclusions	36
4. Protection contre le chômage	37
4.1. Prestations de chômage et protection de l'emploi	38
4.1.1. Amérique Latine et Caraïbes	38
4.1.2. Asie du Sud et du Sud-Est	40
4.2. Vers une garantie d'emploi pour les travailleurs sous-employés	41
4.2.1. Caractéristiques des programmes à forte intensité d'emploi	42
4.2.2. La garantie d'emploi comme forme d'assurance chômage	43
4.3. Aspects stratégiques	45
5. Prestations sociales financées par l'impôt	46
5.1. La question du ciblage et des critères d'admissibilité	47
5.2. Couverture, financement et administration	50

5.2.1. Amérique Latine et Caraïbes	50
5.2.2. Certains pays d'Asie et d'Afrique	54
5.3. Questions stratégiques	55
6. La dimension du genre	57
6.1. La conception de l'OIT en matière de sécurité sociale	58
6.2. Régimes légaux de sécurité sociale	58
6.2.1. Réduire l'écart des pensions entre hommes et femmes	59
6.2.2. Prestations pour les enfants et les parents	59
6.2.3. L'incidence des prestations d'aide sociale sur l'égalité entre les sexes	60
6.3. Répondre aux besoins des femmes dans l'économie informelle	61
6.4. Conclusions.....	63
7. Conclusions et voie à suivre.....	64
7.1. Examen et orientations stratégiques.....	65
7.2. Stratégies nationales et internationales	69
Bibliographie.....	71
ESS documents déjà publiés.....	79

Résumé

Le présent document se penche sur les tendances et questions stratégiques principales en matière d'extension de la sécurité sociale dans les pays en développement. Il définit tout d'abord le concept de sécurité sociale et examine ses liens avec le processus de développement et ses incidences sur la réduction de la pauvreté.

Il passe ensuite en revue les quatre principaux programmes de sécurité sociale: l'assurance maladie, les pensions, la protection contre le chômage, et les prestations sociales financées par l'impôt. Il montre que, dans beaucoup de pays à revenu intermédiaire, l'assurance sociale légale peut former la base du processus d'extension. Par contre, ce n'est généralement pas le cas dans les pays à faible revenu, où une faible minorité seulement de la population bénéficie de la protection de la sécurité sociale. Le document plaide, en particulier pour ces pays, pour que soit tentée l'expérience des régimes locaux de protection sociale. Il reconnaît par ailleurs la nécessité d'un financement international complémentaire de certains régimes de sécurité sociale de base si l'on veut que la protection soit étendue à tous dans les quinze à vingt-cinq prochaines années. Il examine également ce processus d'extension par rapport à la dimension du genre.

Le document conclut en décrivant certains éléments clés des stratégies nationales et internationales. La sécurité sociale devrait être reconnue comme un instrument majeur pour s'attaquer à certaines des conséquences sociales négatives de la mondialisation. Les politiques nationales devraient consister à améliorer et à réformer les régimes légaux d'assurance sociale, à promouvoir les mécanismes d'assurance sociale communautaires et locaux, et à renforcer les prestations sociales financées par l'impôt d'un bon rapport coût-efficacité. Au plan international, il est nécessaire de disposer de quelques indicateurs simples relatifs à la couverture par la sécurité sociale, de prendre des mesures de promotion et de défense qui placent la sécurité sociale au premier rang des priorités du développement, de tenter l'expérience de mécanismes nouveaux permettant d'atteindre les travailleurs de l'économie informelle, de développer les connaissances et d'apporter une aide technique. Un grand nombre de ces éléments sont repris dans la «Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous», lancée par l'OIT en juin 2003.

Remerciements

Le présent document a été élaboré en 2001 et 2002. Pendant une grande partie de cette période, Jessica Owens a aidé largement, par ses recherches, à la rédaction de l'ensemble du document, en particulier du chapitre sur les pensions.

Je tiens aussi à remercier vivement un grand nombre de collègues pour leurs remarques précieuses. Clive Bailey, Fabio Bertranou, Lucy apRoberts et Wolfgang Scholz ont formulé par écrit des commentaires exhaustifs sur le document dans son ensemble. Guy Carrin, David Dror, Philippe Marcadent, Rachel Sabates-Wheeler, Silke Steinhilber, Ken Thompson et Petra Ulshoeffter ont fourni des remarques écrites détaillées sur les différents chapitres.

En février 2002, une version précédente du document a été présentée à l'Institut international d'études sociales de l'OIT. J'ai bénéficié largement des remarques de Iftikhar Ahmed, Lucio Baccaro, José Burle de Figueiredo (intervenant), Alvaro Castro, Christiane Kuptsch, Warren McGillivray, Raj Paratian, Tara Pathmarajah, Gerhard Reinecke, Anne Richter, Emmanuel Reynaud et Xenia Scheil-Adlung.

Abréviations

AISS	Association internationale de la sécurité sociale
BIT	Bureau international du Travail
CI-CD	Capitalisation intégrale – cotisation définie
CIT	Conférence internationale du Travail
EPS	Entités de promotion de la santé/entidades promotoras de salud (Colombie)
ESS	Coopératives d'achat privées/empresas solidarias de salud (Colombie)
FR	Financement par répartition
FR-CD	Financement par répartition – cotisation définie
FR-PD	Financement par répartition – prestation définie
IMF	Institutions de microfinance
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du Travail
ONG	Organisation non gouvernementale
PIB	Produit intérieur brut
PSE	Programmes de stimulation d'emploi
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise

Introduction

La sécurité sociale est confrontée aujourd'hui à un problème crucial: plus de la moitié de la population mondiale n'a aucune protection sociale. Bien souvent, il s'agit des travailleurs de l'économie informelle qui ne bénéficient ni d'assurances sociales financées par cotisation, ni de prestations sociales financées par l'impôt. En général, dans les pays à faible revenu, comme ceux d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud, plus de 90 pour cent de la population ne sont pas couverts, tandis que, dans les pays à revenu intermédiaire, ce taux se situe entre 20 et 60 pour cent. On estime que, dans le monde entier, 20 pour cent seulement de la population bénéficie d'une sécurité sociale suffisante.

Dans leur grande majorité, les travailleurs pauvres et dénués de protection relèvent de l'économie informelle, qui comprend des activités à la fois urbaines et rurales. Cette expression a été largement utilisée pour désigner le segment de l'économie et du marché du travail qui a absorbé un nombre important de demandeurs d'emploi et de chômeurs, pour la plupart dans des activités d'indépendant et dans des unités de production de très petite taille. La plupart de ces unités présentent un certain nombre de caractéristiques communes: faiblesse du capital, des compétences et de l'accès aux marchés organisés et aux technologies; revenus faibles et instables et conditions de travail médiocres; absence de prise en compte dans les statistiques officielles et les réglementations publiques; et, presque toujours, non-intégration dans les mécanismes légaux de la protection sociale et du travail (BIT, 2002).

Il existe globalement trois manières principales d'étendre la sécurité sociale. La première – les mesures pour étendre l'assurance sociale légale – a connu des succès très divers. Certains pays en développement à revenu intermédiaire dotés d'institutions d'assurance sociale légale performantes ont réussi à étendre effectivement la sécurité sociale à la majorité, voire à la totalité de la population. Ces conditions favorables sont toutefois absentes dans la plupart des pays à revenu intermédiaire. Dans les pays à revenu faible, 10 à 25 pour cent tout au plus de la population active et des personnes à sa charge bénéficient de la protection de l'assurance sociale légale, principalement pour les pensions et, parfois, pour les frais des soins de santé. Jusqu'ici, de nombreux autres groupes de la population active n'ont pas bénéficié de l'extension et la réforme du système d'assurance sociale légale.

La deuxième manière consiste à étendre la couverture par des systèmes communautaires. Dans la plupart des pays en développement à faible revenu, une frange importante de la population active (40 à 60 pour cent environ, qui se situent au-dessus du seuil de pauvreté mais ne peuvent bénéficier de l'assurance sociale légale ou que celle-ci n'intéresse pas) possède une certaine capacité contributive et est intéressée par une contribution à des mécanismes communautaires adaptés à leurs besoins (van Ginneken, 1999a). Actuellement, l'impact quantitatif de ces mécanismes est peu important et l'on ne voit pas s'ils peuvent étendre leur champ d'application et dans quelle mesure.

La troisième manière d'étendre la sécurité sociale consiste à promouvoir les prestations sociales financées par l'impôt et d'un bon rapport coût-efficacité qui visent les groupes pauvres et vulnérables. L'efficacité de ces prestations dépend dans une large mesure de leur conception et aussi, plus généralement, de la volonté globale de la société de faire preuve de solidarité envers ceux qui, dans la plupart des cas, ne font pas partie du marché du travail, notamment les enfants, les retraités, les veuves, les orphelins et les handicapés. Ces trois manières d'étendre la couverture devraient être intégrées tôt ou tard dans une politique nationale qui apporte une solution à chacun des risques majeurs de la vie.

Le présent document passe en revue et évalue les tentatives faites pour étendre la sécurité sociale aux travailleurs de l'économie informelle et aux autres groupes vulnérables, avec ou sans rattachement à l'emploi. Il constitue une réponse aux conclusions sur la sécurité sociale formulées en juin 2001 par la 89^e session de la Conférence internationale du Travail (BIT, 2001a). Ces conclusions indiquent un accord unanime sur la nécessité d'accorder la plus haute priorité aux politiques et aux initiatives destinées à étendre la sécurité sociale aux personnes qui n'en bénéficient pas. Lors de cette Conférence, les représentants des gouvernements, des employeurs et des travailleurs ont demandé à l'OIT de lancer une vaste campagne de promotion de l'extension de la couverture de sécurité sociale et de rassembler et diffuser des exemples de meilleure pratique.

Le premier chapitre analyse le rôle de la sécurité sociale dans le processus global de développement et définit ses concepts, ses liens et son efficacité. Les chapitres 2 à 5 analysent et évaluent ensuite les efforts déployés pour étendre la sécurité sociale des quatre régimes: l'assurance maladie sociale, les régimes de pension contributifs, les allocations de chômage et les prestations sociales financées par l'impôt. Le chapitre 6 analyse la dimension du genre de ce processus d'extension. Le document formule enfin certaines conclusions générales et indique certaines mesures supplémentaires qui pourraient être prises dans le cadre de la «Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous», lancée en juin 2003.

1. La sécurité sociale: contexte, concept et efficacité

De plus en plus, on se rend compte que la sécurité sociale doit être vue dans le contexte du processus du développement. La théorie classique du développement prévoyait que, grâce à la croissance économique, tous les travailleurs finiraient tôt ou tard par trouver un travail stable dans le secteur formel. Cependant, l'expérience des pays en développement – et plus récemment, aussi celle des pays en transition et des pays développés – montre qu'il en va tout autrement. Même dans les pays où la croissance économique est forte, de plus en plus de travailleurs se trouvent dans une situation professionnelle peu stable, comme c'est le cas des travailleurs indépendants, occasionnels ou à domicile. Le présent chapitre étudie dès lors la couverture de la sécurité sociale dans le contexte de la mondialisation et analyse les divers liens de la sécurité sociale avec les autres politiques du développement. Il explore également les moyens qui permettent de renforcer l'efficacité des efforts déployés pour étendre la couverture de la sécurité sociale.

1.1. Mondialisation, ajustement et couverture de la sécurité sociale

La mondialisation, seule ou combinée avec le changement technologique, expose souvent les sociétés à une plus grande insécurité des moyens d'existence. Une analyse transversale de tous les pays de l'OCDE (Rodrik, 1997) a étudié la relation entre les dépenses de protection sociale (moyennées sur la période 1985-1989) et deux variables explicatives: le degré d'ouverture de l'économie nationale (mesuré par le ratio échanges/produit intérieur brut) et le niveau de risques externes auxquels un pays est confronté (mesuré par la variabilité des termes de l'échange, c'est-à-dire les prix relatifs de ses importations et de ses exportations entre 1971 et 1990). Les résultats semblent indiquer que les transferts de revenus sont généralement les plus importants dans les économies qui sont à la fois très ouvertes et sujettes à un risque de prix important sur les marchés mondiaux.

D'autres observateurs (Shin, 2000) soutiennent que les gouvernements sont obligés d'entrer de plus en plus en concurrence entre eux pour promouvoir la compétitivité et attirer l'investissement direct étranger. Cette concurrence elle-même influe sur la formulation d'une politique sociale dans le sens d'une «politique sociale favorable aux entreprises», débouchant

éventuellement sur une imposition réduite des revenus du capital, une contribution réduite des employeurs aux recettes de la sécurité sociale, des mécanismes plus limités de garantie des moyens d'existence, et une affectation renforcée des ressources aux programmes actifs du marché du travail.

Le monde est aujourd'hui confronté à un grand nombre de crises complexes qui ont souvent des répercussions mondiales. L'un des exemples récents les plus visibles est celui de la crise financière asiatique, qui a entraîné des pertes d'emploi massives dans le secteur formel de l'économie, une augmentation rapide du chômage et une extension de l'emploi dans le secteur informel. Un autre exemple est celui des nombreux conflits armés de ces dernières années, en particulier en Afrique subsaharienne (Angola, Congo, Libéria et Rwanda), mais aussi en Europe (Bosnie, Kosovo). Plusieurs pays dans le monde restent affectés par des catastrophes sanitaires, notamment la crise du VIH/SIDA, faisant de nombreux orphelins. Les catastrophes naturelles, notamment les sécheresses et les inondations récurrentes (en Afrique et en Asie) et les tremblements de terre et les ouragans (en Amérique centrale, en Inde et en Turquie, par exemple), ont non seulement laissé de nombreuses communautés sans abri et sans sources de revenu, mais ont aussi réduit à néant des décennies d'efforts de développement déployés par leurs pays. Enfin, certains pays sont confrontés au processus difficile des transitions économiques et politiques, notamment le passage d'une économie à planification centrale à un système axé sur le marché ou d'un régime politique autoritaire à une société démocratique. La transition dans les pays d'Europe centrale et orientale a entraîné un chômage sans précédent qui subsiste encore dans certains de ces pays.

Parallèlement à la mondialisation et aux crises, les politiques d'ajustement structurel appliquées systématiquement dans de nombreux pays en développement ont contribué à réduire le pourcentage, déjà faible, de la population active qui travaille dans l'économie formelle. Les vagues successives de programmes d'ajustement structurel ont aussi entraîné des baisses de salaire dans les secteurs public et privé, contractant ainsi l'assise financière des régimes légaux de sécurité sociale. Simultanément, certains de ces régimes ont pâti de leur gestion déplorable et de leur mauvaise gouvernance, deux facteurs qui ont sérieusement ébranlé la confiance de leurs adhérents. En outre, l'ajustement structurel a souvent donné lieu à des coupes sombres dans les budgets sociaux. S'il existe, dans certains pays d'Asie, – comme la République de Corée – une assurance maladie universelle, dans la plupart des pays en développement (à faible revenu), les gouvernements ne peuvent plus garantir la gratuité des soins de santé et de l'enseignement. En conséquence, il existe une plus forte demande de financement et d'organisation de ces services sociaux à l'échelon communautaire. Il est souvent plus avantageux de faire partie d'un régime communautaire d'assurance ou de financement que de devoir faire face individuellement à des dépenses de santé, voire d'éducation.

Ajustement structurel, transformations socio-économiques et faibles niveaux de développement économique ont aussi causé l'apparition d'importantes populations vulnérables qui ne peuvent cotiser aux régimes d'assurance sociale. Les groupes les plus vulnérables en dehors de la population active sont les handicapés et les personnes âgées qui ne peuvent compter sur le soutien de leur famille et qui n'ont pas pu constituer de réserves pour leur propre pension.

L'exclusion du régime légal de sécurité sociale découle fondamentalement du fait que beaucoup de travailleurs qui se trouvent en dehors de l'économie formelle ne peuvent ou ne veulent pas sacrifier une part relativement élevée de leur revenu pour financer des prestations de sécurité sociale qui ne correspondent pas à leurs besoins les plus urgents (van Ginneken, 1999a). Ces travailleurs donnent en général la priorité à des besoins plus immédiats, comme la santé et l'éducation, notamment parce que les mesures d'ajustement structurel ont réduit ou supprimé l'accès gratuit aux soins de santé et à l'éducation primaire. Parmi l'éventail des prestations de pension, ils donneront la préférence à l'assurance décès ou invalidité plutôt qu'à l'assurance vieillesse. De plus, il se peut qu'ils connaissent mal la manière dont le système de sécurité sociale légale est géré et/ou qu'ils s'en méfient. Diverses catégories de travailleurs qui

ne relèvent pas du secteur formel ont dès lors mis en place des régimes qui répondent mieux à leurs priorités et à leur capacité contributive. De plus, il existe toute une série de paramètres qui limitent l'accès aux régimes légaux de sécurité sociale: restrictions juridiques, blocages administratifs et autres problèmes de recouvrement.

1.2. La sécurité sociale: concept et liens

Les recherches menées par le BIT sur le secteur informel ont montré qu'il faut élargir le concept de sécurité sociale pour coller aux réalités qu'affrontent les travailleurs de ce secteur, c'est-à-dire la majorité de la population active dans le monde. Le concept traditionnel de la sécurité sociale est contenu dans de nombreuses normes de l'OIT. D'après la recommandation (n° 67) de 1944 sur la garantie des moyens d'existence, tout régime de garantie des moyens d'existence devrait soulager le besoin et prévenir l'indigence, en rétablissant jusqu'à un niveau raisonnable les moyens d'existence perdus en raison de l'incapacité de travailler (y compris la vieillesse) ou d'obtenir un emploi rémunérateur ou en raison du décès du soutien de famille. La garantie des moyens d'existence devrait être établie, autant que possible, sur la base de l'assurance sociale obligatoire, et il devrait être satisfait par l'aide sociale aux besoins non couverts par l'assurance sociale obligatoire. Dans le même ordre d'idées, la recommandation (n° 69) de 1944 sur les soins médicaux énonce que les soins médicaux devraient être fournis soit par un service de soins médicaux relevant de l'assurance sociale, complété par l'aide sociale en ce qui concerne les besoins des personnes nécessiteuses qui ne bénéficient pas encore de l'assurance sociale, soit par un service public de soins médicaux. La convention (n° 102) de 1952 concernant la sécurité sociale (norme minimum) relève neuf domaines de l'assurance sociale, à savoir les soins médicaux et les prestations en cas de maladie, de chômage, de vieillesse, d'accident du travail, de circonstances familiales, de maternité, d'invalidité et de veuvage.

Divers auteurs ont estimé que cette définition était trop réductrice, s'agissant des problèmes auxquels sont confrontés les pays en développement. Guhan (1994) soutient que la sécurité sociale dans les pays pauvres devra être considérée comme faisant partie des politiques de lutte contre la pauvreté et être pleinement intégrée dans celles-ci, et assurer l'accès aux biens de production, aux garanties d'emploi, au salaire minimum et à la sécurité alimentaire. Drèze et Sen (1991) ainsi que Burgess et Stern (1991) distinguent deux aspects de la sécurité sociale, qu'ils définissent comme l'utilisation des moyens sociaux pour empêcher le dénuement (promouvoir le niveau de vie) et la vulnérabilité au dénuement (protéger contre la baisse du niveau de vie). Eurostat (1996) inclut également le logement et les subventions au loyer dans la définition de la protection sociale. La définition statistique de la protection sociale que donne Eurostat – qui est de plus en plus acceptée au plan international – fait également une distinction entre la protection sociale en espèces et en nature.

Une grande confusion règne au sujet de la signification de la sécurité sociale et au sujet du concept de la protection sociale. Au sens de la définition très large formulée par Sen, elle équivaut à l'ensemble des politiques qui favorisent et protègent le niveau de vie. D'après la définition de l'Union européenne, la protection sociale est constituée par toutes les politiques dans le domaine de la santé, de l'éducation et de ce que l'on définissait comme la sécurité sociale. La Banque mondiale considère que toutes les activités liées à la «gestion des risques sociaux» font partie de la sécurité sociale. Les institutions internationales de financement incluent normalement les politiques de l'emploi et la microfinance dans le concept de la protection sociale, même si l'assurance maladie est normalement considérée comme faisant partie du financement des soins de santé. Le concept de la protection sociale de l'OIT est administratif: il comprend fondamentalement la sécurité sociale et la protection du travail. Le présent document définit la sécurité sociale uniquement comme une politique de protection mais, au-delà des neuf risques classiques de l'OIT, il étend le concept aux droits de la personne en matière de nourriture, de logement et de prestations d'éducation. La protection sociale est

définie comme un concept qui inclut la sécurité sociale et la protection du travail, les politiques du marché de l'emploi et les services sociaux.

Le travail décent, en tant que concept et objectif, correspond à cette vision plus large de la sécurité sociale. Dans son premier rapport à la Conférence internationale du Travail (BIT, 1999a), Juan Somavia, Directeur général du Bureau international du Travail, a proposé comme stratégie le «travail décent pour tous», qui définissait ainsi le but fondamental de l'OIT: «que chaque femme et chaque homme puisse accéder à un travail décent et productif dans des conditions de liberté, d'équité, de sécurité et de dignité». Cette stratégie suppose une conception large du travail qui comprend non seulement l'emploi (rémunéré), mais aussi le travail domestique afin de tenir compte des rôles différents des hommes et des femmes. Une sécurité sociale décente peut dès lors jouer un rôle important dans la réalisation de l'objectif de l'égalité entre les sexes si toutes les personnes – hommes et femmes qui exercent un travail (rémunéré ou non), mais aussi enfants et personnes âgées – peuvent bénéficier d'un accès indépendant à la sécurité sociale.

Une caractéristique essentielle du travail décent est que chacun a droit à une protection sociale de base, droit déjà inscrit dans l'article 9 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Toute stratégie en faveur du travail décent suppose donc une protection sociale universelle, idée que l'on retrouve aujourd'hui dans l'objectif officiel du secteur de la protection sociale de l'OIT: «accroître l'étendue et l'efficacité de la protection sociale pour tous».

On entend ici par sécurité sociale «les prestations que la société sert aux particuliers et aux ménages – par des dispositifs publics ou collectifs – pour leur garantir un niveau de vie minimal et pour empêcher que ce niveau de vie ne soit trop bas au regard de la satisfaction de leurs besoins essentiels et pour les protéger contre les risques qui pourraient entraîner la chute de ce niveau de vie». Selon le premier élément de cette définition, la sécurité sociale est porteuse de droits individuels et à prestation. Le deuxième élément définit son caractère social, c'est-à-dire qu'elle repose sur des dispositifs publics ou collectifs – souvent volontaires – à but non lucratif. Le troisième élément énonce clairement que le but de la sécurité sociale est la protection, et que ce rôle ne doit pas être confondu avec les politiques de promotion de l'emploi et de l'économie. Enfin, elle fait observer que la sécurité sociale ne se limite pas à la protection contre une série limitée de risques au moyen de prestations en espèces et en nature, mais qu'elle propose également des prestations permettant de réduire le poids dans le budget des ménages des dépenses attachées à la satisfaction des besoins et des capacités de base comme les soins médicaux, l'éducation, le logement et l'alimentation.

Les deux principales composantes de la sécurité sociale sont l'assurance sociale et les prestations financées par l'impôt. Ces dernières s'adressent généralement aux plus nécessiteux, et sont souvent accordées sous conditions de ressources et/ou de patrimoine. L'assurance sociale est financée par cotisation et ses prestations sont servies lors de la réalisation d'un risque ou d'une éventualité définis (voir tableau 1). L'assurance sociale légale est obligatoire pour toute la population ou pour certaines catégories, parce que les défections engendreraient des coûts externes (sélection adverse, risque moral) et que l'obligation élargit au maximum l'assise de la mutualisation du risque. Dans la plupart des régimes légaux d'assurance maladie et d'assurance chômage, les cotisations sont fonction du revenu, ce qui élimine tout lien entre cotisations et risque individuel et suppose une certaine péréquation entre pauvres et riches. Dans les régimes légaux d'assurance pension, le lien entre les cotisations et les prestations est généralement plus étroit. La plupart des régimes volontaires d'assurance sociale – microassurance et régimes communautaires – sont relativement de petite taille et se caractérisent par des cotisations forfaitaires. Ils offrent aux travailleurs situés hors du secteur de l'économie formelle des mécanismes d'atténuation du risque et ont une manière qui leur est propre de traiter les coûts externes. L'assurance privée – à but lucratif – fonctionne généralement sur la base de primes calculées en fonction du risque et utilise des techniques de capitalisation intégrale. D'après Barr (1992), la sécurité sociale légale remplit une fonction de

redistribution et couvre des éventualités telles que le chômage, l'inflation ainsi que d'importants risques médicaux que le secteur privé à but lucratif ne serait pas en mesure d'assurer.

Le tableau 1 donne une liste des besoins et capacités essentiels ainsi que des risques de base liés à l'aptitude au travail, à la cohésion familiale et à l'indigence. Il repose sur les concepts développés par Sen (1999) qui définit la pauvreté en termes de privation de capacités et de potentialités. Il ne fait aucun doute que la satisfaction des besoins essentiels et l'acquisition des capacités fondamentales améliorent les possibilités de travailler, favorisent la cohésion familiale et sociale et réduisent l'indigence. Le tableau 1 énumère également les diverses prestations de sécurité sociale (en espèces et en nature) et les autres politiques (de protection sociale) publiques qui peuvent avoir une incidence sur ces besoins et sur le manque de capacités et de potentialités.

Tableau 1. Liens entre la sécurité sociale et les autres politiques publiques (de protection sociale)

Besoins, capacités et privation	Sécurité sociale		Autres politiques publiques (de protection sociale)
	En espèces	En nature	
<i>Risques liés à l'aptitude au travail, à la cohésion familiale et à l'indigence</i>			
Chômage, sous-emploi	Prestations de l'assurance chômage	Garantie de l'emploi	Réglementation et autres politiques du marché du travail; microfinance*
Maladie, accident, invalidité, décès	Prestations de l'assurance sociale	Aide-ménagère; soins et réadaptation	Sécurité et santé au travail; intégration au marché du travail.
Vieillesse	Pensions de l'assurance vieillesse	Maisons de retraite; aide-ménagère	Épargne*
Cohésion familiale	Prestations de maternité et prestations familiales	Crèches; congé parental	Intégration au marché du travail
Indigence	Prestations sociales financées par l'impôt	Action sociale	Politiques de lutte contre la pauvreté
<i>Besoins et capacités essentiels</i>			
Alimentation	Tickets d'alimentation et subventions alimentaires	Aide alimentaire	Production de denrées alimentaires*
Soins de santé	Assurance maladie	Service national de santé	Autres services de prévention, de promotion et de soins
Logement	Allocations de logement et subventions à l'énergie	Refuges pour les sans-abri	Construction*; épargne*
Education	Exonération des droits	Repas et livres scolaires	Ecoles; enseignants, etc.

* Politiques publiques qui ne font pas partie de la protection sociale.

Personne ne peut apporter sa pierre à la société et rechercher le bien-être sans en avoir les moyens et si ses besoins essentiels restent insatisfaits. Cet état de fait justifie l'intervention et le financement publics en matière de santé et d'éducation, mais aussi d'alimentation et de logement. Les mécanismes de sécurité sociale peuvent jouer un rôle important dans le financement et l'accès à ces services. L'assurance sociale finance souvent une part importante des soins de santé et les subventions publiques peuvent améliorer l'accès à l'alimentation, à l'éducation et au logement. Les assurances sociales ont pour principale fonction de protéger contre certaines éventualités qui aliènent les capacités et les potentialités des individus, d'éviter l'endettement et de rendre les dépenses des ménages davantage prévisibles. Les

prestations sociales financées par l'impôt ont pour mission principale de compléter les faibles revenus et de réduire les dépenses des ménages en biens de première nécessité.

On peut se sentir privé sur le plan fonctionnel lorsqu'on ne peut exercer son aptitude au travail et lorsque la cohésion familiale fait défaut. Les risques liés à ces privations de capacité fonctionnelles sont ceux contre lesquels prémunit traditionnellement la sécurité sociale: vieillesse, décès, handicap, accident du travail, maladie, maternité et chômage. Enfin, lorsque tous ne bénéficient pas de l'intervention de l'Etat dans le domaine des capacités fonctionnelles, le dernier recours pour assurer des prestations sociales financées par l'impôt consiste à se concentrer sur les revenus personnels modestes ou l'état d'indigence.

Le concept de la sécurité sociale est lui-même à la fois un but et un instrument. Il vise à apporter la garantie des moyens d'existence et contribue à l'accès aux services qui répondent aux besoins élémentaires. La sécurité sociale et la plupart des «autres politiques publiques (de protection sociale)» citées au tableau 1 forment ensemble ce que l'on qualifierait de politiques «de protection sociale». Le tableau 1 définit les politiques sociales et de protection sociale comme des instruments, liés principalement à des secteurs précis: santé, éducation, emploi et sécurité sociale. C'est également cette approche sectorielle de la définition de la protection sociale qu'adopte la Banque asiatique de développement (BAD) (Ortiz, 2001), même si elle donne de la protection sociale une définition plus restreinte que celle du tableau 1.

Cela étant, il est possible de donner une définition transversale du concept de la sécurité sociale – en la rapportant aux fruits de la politique: réduction de la pauvreté, équité, redistribution et cohésion sociale. C'est dans cet esprit que Norton, Conway et Foster (2001) définissent comme suit la protection sociale: «l'intervention publique en réponse à des degrés de vulnérabilité, de risque et de privation jugés inacceptables dans un système politique ou une société déterminés». La Banque mondiale adopte la même démarche dans deux publications qui exposent l'approche de la gestion des risques sociaux (Holzmann et Jorgenson, 2000; Banque mondiale, 2000), sans toutefois définir ce qui est socialement acceptable.

Si l'on définit la sécurité sociale en tant qu'objectif, on peut qualifier d'éléments de la politique sociale ou de protection sociale plutôt que de la politique économique des politiques comme «la construction de logements sociaux », «le soutien aux prix pour les producteurs de produits agricoles», «l'épargne» et «la microfinance». Le présent document ne préconise pas cette option. En effet, l'objectif principal des politiques en matière d'agriculture, de construction, d'épargne et de finance est économique. Qualifier ces politiques de «politiques de protection sociale» présente en revanche un avantage important: cela contraint les responsables de l'élaboration des politiques économiques à évaluer les incidences de leurs politiques sous l'angle des objectifs sociaux.

La sécurité sociale et les autres politiques publiques s'influencent mutuellement de différentes manières. Par exemple, parmi les politiques de sécurité sociale, les prestations sociales financées par l'impôt peuvent être – pour certaines catégories de personnes ou dans certaines circonstances – un mécanisme plus efficace pour assurer une garantie minimum des moyens d'existence qu'une garantie d'emploi ou un système de subventions à l'alimentation. Par contre, l'assurance chômage et les mécanismes de garantie d'emploi sont généralement complémentaires parce qu'ils visent des catégories différentes de la population active. Il importe dès lors d'évaluer quels sont les principaux liens entre la sécurité sociale et les autres politiques publiques et entre celles-ci, dans la mesure où elles peuvent avoir une incidence non négligeable sur l'efficacité des efforts déployés pour étendre la sécurité sociale.

1.3. Rendre opérationnel le concept d'efficacité

Les éléments constitutifs d'un système de sécurité sociale sont la couverture, les prestations, le financement et l'administration. Il existe, pour chacun de ces éléments, certaines composantes principales pour lesquelles il est possible de définir des indicateurs (voir tableau 2). Toutes ces composantes ont une incidence sur l'efficacité d'un système de sécurité sociale.

Tout d'abord, le concept d'efficacité est lié à celui de couverture, c'est-à-dire de nombre de personnes bénéficiant de la protection et de portée de celle-ci (du point de vue des risques), ainsi qu'au niveau des prestations. Comme l'indique le tableau 2, l'efficacité d'un système de sécurité sociale dépend de la conception et du choix des prestations ainsi que de sa structure de financement et de la qualité de son administration. Il s'ensuit que les mesures indirectes de l'efficacité sont liées à la conception, au financement et à l'administration des systèmes de sécurité sociale, notamment au service des prestations et à la question du recouvrement.

Tableau 2. Principales caractéristiques des régimes de sécurité sociale

Eléments constitutifs	Caractéristiques principales pouvant faire l'objet d'indicateurs
Couverture	Couverture (légal) individuelle: cotisants et assurés, bénéficiaires. Eventualités et risques (traditionnels): vieillesse, maladie, maternité, invalidité, frais de santé, survivants, accidents et maladies professionnels, famille, chômage et subsistance.
Prestations	Conditions d'ouverture des droits: couverture individuelle, historique des cotisations, revenu et patrimoine, définition du risque. Niveau des prestations: prestations uniformes ou liées au revenu (soumis à plafonds).
Financement	Sources de financement: subventions publiques, cotisations des employeurs et des travailleurs, cotisations des bénéficiaires. Niveau des cotisations: uniformes ou liées au revenu (soumis à plafonds).
Administration	Service des prestations: règlement rapide et exact, connaissance des conditions d'attribution. Recouvrement des cotisations: effectivité. Organisation et gestion: combinaison secteur public / secteur privé; efficacité et coûts administratifs.

L'efficacité des tentatives d'étendre la couverture individuelle de la sécurité sociale se prête à diverses méthodes de mesure. Dans le cas de l'assurance sociale, la méthode de mesure la plus courante consiste à déterminer le nombre effectif de cotisants et d'assurés en pourcentage de la population visée par la législation. Pour la plupart des prestations d'assurance sociale, il est aussi possible de mesurer le caractère effectif de l'assurance sociale en termes de bénéficiaires. Le «taux d'utilisation des prestations par la population totale» correspond au pourcentage de la population visée qui perçoit réellement des prestations. Dans le cas des prestations financées par l'impôt, l'effectivité peut se mesurer par le nombre réel de bénéficiaires en pourcentage de ceux qui, en principe, ont droit à la prestation (taux d'utilisation des prestations par la population couverte). Plus généralement, il serait également pertinent de mesurer l'incidence de la pauvreté – pourcentage de la population pauvre ne percevant pas de prestations sociales financées par l'impôt – et d'évaluer l'écart de pauvreté – le coût financier nécessaire pour tirer de leur condition toutes les personnes qui, à l'intérieur d'un groupe donné, vivent dans la pauvreté.

Le niveau des prestations peut se mesurer au moyen d'un des indicateurs suivants (Hagemejer, 2000):

- taux de remplacement légaux (montants légaux des prestations rapportés à la moyenne des revenus ou au dernier revenu);
- montant des prestations (financées par l'impôt) en pourcentage du seuil de pauvreté; incidence de la pauvreté et écart de pauvreté;
- montant réel des prestations rapporté à la moyenne des rémunérations ou des revenus;
- quotes-parts des malades en pourcentage des dépenses privées ou totales;
- part du revenu provenant des différents transferts sociaux en espèces ou en nature rapportée au revenu total des ménages;
- services médicaux existants par rapport à un «panier normatif» de services médicaux.

Le nombre d'études et d'expériences relatives à l'extension de la sécurité sociale a augmenté rapidement, notamment 20 études de cas effectuées en sous-traitance par le Service des politiques et du développement de la sécurité sociale du BIT. Le présent document vise principalement à tirer les enseignements de ces études (voir aussi Reynaud, 2003) à la lumière de la littérature existante et à indiquer quelles pourraient être les étapes suivantes de l'extension effective de la sécurité sociale à tous.

2. L'assurance maladie sociale

Dans les régimes d'assurance maladie sociale, les affiliés versent une prime à un organisme de sécurité sociale ou à un autre organisme à but non lucratif en échange d'un droit convenu à un ensemble défini de prestations. L'assurance maladie permet d'étaler les paiements des services dans le temps et de les répartir entre les assurés. Elle implique le subventionnement réciproque entre les malades et les bien portants. L'assurance maladie sociale fournit une protection sûre et d'un bon rapport coût-efficacité contre les conséquences financières du traitement médical et améliore sensiblement la prévisibilité des dépenses domestiques. Ces avantages ont tous deux une incidence directe et positive sur la capacité de gain du ménage. Cette assurance est centrée sur les services de santé (thérapeutiques) personnels qui – dans le cas du service national de santé – pourraient aussi être financés par les recettes publiques.

Le financement des services de santé «publics», notamment de la prévention et de la promotion, est généralement public et ces services peuvent réduire sensiblement le coût des soins de santé (thérapeutiques). Dans les pays à faible revenu, la promotion et la prévention devraient se concentrer sur les principales causes de décès évitables: VIH/SIDA, malaria, tuberculose (TB), maladies infantiles infectieuses, pathologies maternelles et périnatales, carences en micronutriments et maladies liées au tabac. Pour beaucoup de pays à revenu intermédiaire, la mortalité due aux maladies transmissibles a déjà fortement baissé et l'intervention publique devrait dès lors se concentrer sur les maladies non transmissibles. Il est possible de s'attaquer efficacement à bon nombre de ces maladies (notamment les pathologies cardiovasculaires, le diabète, la maladie mentale et les cancers) au moyen d'interventions peu coûteuses, en particulier en recourant à des mesures préventives dans le domaine du régime alimentaire, du tabac et du mode de vie.

Divers facteurs importants sont entrés en jeu dans le passé dans la mise en place de l'assurance maladie sociale dans les pays en développement. Le mécontentement par rapport à

la qualité et à la quantité des services thérapeutiques fournis par les systèmes publics ainsi que l'incapacité croissante d'une fraction importante de la population à payer des services médicaux privés ont souvent relancé le débat sur la nécessité de faire des soins de santé de base un droit pour chaque citoyen. Un des choix qui s'ouvrent alors aux pays consiste à mettre en place un service national de santé qui fournit les soins de santé en tant que droit de tous les citoyens (ou de certaines catégories de citoyens) et qui est financé et organisé par l'Etat. L'autre possibilité est l'assurance maladie sociale légale, financée principalement par les cotisations (des employeurs et des travailleurs), supervisée (et souvent cofinancée) par l'Etat, et gérée par des institutions semi-publiques ou privées.

Au début, les institutions d'assurance maladie sociale légale ont généralement construit des établissements pour les soins hospitaliers et ambulatoires des assurés. Par la suite est intervenu un processus de diversification des structures de fourniture de soins, lorsque sont apparus d'autres établissements publics et privés et d'autres services de santé. Ce processus comprenait aussi l'achat de services à des hôpitaux, des cliniques et des dispensaires publics et privés ou à différents médecins. Parallèlement à la multiplication de ces achats se sont ouvertes diverses options en matière de mécanismes de paiement du prestataire de soins.

Pour élargir le champ de l'assurance maladie, la plupart des pays en développement ont adopté la stratégie de la «mise en œuvre progressive», c'est-à-dire que le régime d'assurance obligatoire a été limité en fonction de différents critères: zone géographique, taille de l'établissement, catégories d'ayants droit, type de prestations médicales. Cette approche de la «mise en œuvre progressive» était inspirée avant tout par la prise de conscience du fait que l'assurance obligatoire ne pouvait être étendue indéfiniment en raison de contraintes politiques, financières et matérielles majeures. De plus, diverses raisons pratiques faisaient qu'il était logique de commencer par couvrir les grandes entreprises, où l'enregistrement, le prélèvement et le suivi des cotisations sont beaucoup plus faciles. Cette façon de procéder permettrait aux administrateurs de l'assurance maladie obligatoire d'acquérir de l'expérience dans la perception des cotisations et dans le paiement des prestations sans devoir affronter le problème de l'identification et du contrôle d'employeurs de petite taille et souvent instables (Ron, Abel-Smith et Tamburi, 1990).

Certains pays à revenu intermédiaire ont réussi à étendre l'assurance maladie sociale légale à de larges franges de la population – voire à toute la population –, mais ce n'a pas été le cas pour la grande majorité des pays en développement à faible revenu. Les sections 2.1 et 2.2 passent en revue certains exemples de pays à revenu intermédiaire qui ont mis en place une protection universelle et de pays qui entendent l'instaurer. La section 2.3 constate qu'en règle générale les pays à faible revenu ne disposent pas des ressources financières et de l'infrastructure institutionnelle requises pour aboutir à une couverture universelle des soins de santé. C'est la raison pour laquelle cette section tente d'évaluer les potentialités de mécanismes communautaires et locaux de financement des soins de santé qui pourraient servir de base à l'extension de la protection dans ce domaine à tous les travailleurs de l'économie informelle et à leurs familles.

2.1. Pays à revenus intermédiaires qui ont mis en place une couverture universelle

La République de Corée est un exemple remarquable de pays qui a mis en place une protection en matière de soins de santé pour l'ensemble de sa population. Cet objectif a été atteint en 1989, 12 ans environ après l'instauration de l'assurance médicale obligatoire en 1977 (Kwon, 2002). La principale stratégie d'extension de l'assurance maladie en Corée a consisté à rendre d'abord obligatoire l'assurance pour les salariés, puis à l'étendre aux indépendants. Les salariés des grandes sociétés de plus de 500 travailleurs ont été la première catégorie concernée par l'assurance maladie obligatoire en 1977. Cette assurance a ensuite été étendue aux fonctionnaires, aux enseignants et, progressivement, aux travailleurs de l'industrie dans des

entreprises de plus en plus petites. Pour étendre l'assurance maladie aux indépendants, le gouvernement a mis en œuvre des programmes pilotes d'assurance maladie dans trois zones rurales en 1981 et dans une zone urbaine et deux autres zones rurales en 1982. En janvier 1988, les indépendants des zones rurales ont rejoint le programme d'assurance maladie. En 1989, les indépendants des zones urbaines ont été la dernière catégorie incluse dans le programme.

L'introduction et l'extension de l'assurance sociale pour les soins de santé sont fortement liées à la légitimité politique du régime militaire et autoritaire. Lorsque le gouvernement militaire a pris le pouvoir politique au début des années soixante, il a voulu instaurer le système de sécurité sociale pour asseoir sa légitimité politique. Il a décidé en outre de conserver l'approche existante des sociétés pluralistes d'assurance maladie afin de réduire au minimum l'engagement de financement public à long terme des soins de santé et de maximaliser les ressources affectées au développement économique. En outre, au début des années soixante-dix, les rapports qui signalaient que le système des soins de santé de la Corée du Sud était inférieur à celui de la Corée du Nord ont incité le gouvernement de la Corée du Sud à adopter le système national d'assurance maladie.

Des facteurs à la fois économiques et politiques ont contribué à l'extension rapide de l'assurance maladie aux indépendants. Tout d'abord, l'économie florissante de la fin des années quatre-vingt a fortement amélioré les revenus du travail et, partant, la capacité des personnes à payer pour l'assurance sociale. L'Etat disposait par ailleurs de la capacité budgétaire nécessaire pour subventionner l'assurance maladie pour les indépendants. Les élections présidentielles de 1987 ont été un facteur politique qui a incité le parti au pouvoir et le gouvernement à mettre à l'avant-plan du programme de leur campagne l'extension des régimes d'aide sociale. En 1986, le gouvernement a annoncé son intention d'intégrer les indépendants dans l'assurance maladie nationale, d'introduire le système national des pensions et de mettre en œuvre le système du salaire minimum. Contrairement à l'extension relativement facile de l'assurance maladie aux travailleurs et aux employés de l'industrie, son extension aux indépendants s'est heurtée à une forte résistance. Les agriculteurs ont refusé de payer les cotisations et ont demandé que des réformes majeures soient opérées dans le système d'assurance maladie, notamment la réduction ou l'exonération des cotisations, un changement dans la méthode de fixation des cotisations (basée sur les revenus plutôt que sur les revenus et le patrimoine), une augmentation de la participation de l'Etat, et l'extension des établissements de soins de santé dans les zones rurales afin d'améliorer l'accès aux soins médicaux. Les organisations d'agriculteurs ont mené la contestation et se sont coalisées avec des groupes civils progressistes pour forcer une réforme de l'assurance maladie. Le gouvernement a dès lors réagi aux protestations des agriculteurs en augmentant sa participation à l'assurance maladie des indépendants (de 33 à 50 pour cent du financement).

Le public considérait le système d'assurance maladie davantage comme une prestation d'aide sociale (Kwon, 2002), et le gouvernement a donc été contraint de créer un système à contributions modestes assorties d'un ensemble limité de prestations. A la fin des années quatre-vingt-dix, le taux moyen de cotisation s'élevait à 3,75 pour cent pour les travailleurs de l'industrie et à 5,6 pour cent pour les fonctionnaires et le personnel des écoles. Outre la quote-part pour les services médicaux assurés, qui peut aller de 20 pour cent pour les soins hospitaliers à 55 pour cent pour les soins ambulatoires, les patients doivent payer intégralement les services non assurés tels que les repas à l'hôpital, les soins à domicile et les médicaments ordinaires. En 1997, par exemple, le total des paiements directs par le malade représentait environ 40 pour cent des dépenses de soins hospitaliers et plus de 60 pour cent des soins ambulatoires.

En octobre 1998, les caisses d'assurance maladie pour indépendants (92 dans les zones rurales et 135 dans les zones urbaines) ont fusionné avec l'unique caisse d'assurance pour les fonctionnaires et le personnel scolaire. En juillet 2000, les 142 caisses d'assurance maladie pour travailleurs de l'industrie ont fusionné pour former la Caisse nationale d'assurance maladie, qui est devenue l'assureur unique. Tous les assurés ont dès lors eu droit au même

ensemble de prestations légales et les prestataires de soins de santé ont été remboursés selon un barème standard. Les caisses d'assurance pour les travailleurs de l'industrie et celles des fonctionnaires et du personnel scolaire ont été fusionnées en 2001. Simultanément, les barèmes des cotisations ont été modifiés à la fois pour les salariés et les indépendants, avec des baisses pour les revenus modestes et des augmentations substantielles pour les travailleurs à hauts revenus. La fusion avec la caisse des travailleurs indépendants était prévue pour 2002 mais elle est à présent reportée à 2004. Le financement des deux systèmes reste distinct et la fusion a dès lors instauré l'équité horizontale (même cotisation pour un même niveau de revenu) parmi les indépendants et parmi les salariés, mais pas entre eux (Kwon, 2003).

Par conséquent, l'absence d'équité horizontale ainsi que les difficultés financières chroniques des caisses d'assurance maladie pour indépendants dans les zones rurales ont été le moteur de l'instauration d'un système unifié d'assurance maladie. Sous l'angle politique, les représentants des zones rurales, à quelque parti qu'ils appartiennent, ont fortement appuyé la fusion. De plus, l'idéologie du nouveau président Kim Dae-Joong reposait sur la foi dans la sécurité sociale et sur l'idée qu'un système d'assureur unique est plus équitable. D'après Kwon (2003), la réussite du futur système unifié dépendra de deux facteurs: 1) une évaluation équitable pour les indépendants en tant que base pour leurs cotisations; 2) l'instauration du système d'assureur unique agissant comme acheteur prudent de soins médicaux et qui applique des systèmes de paiement efficaces des prestataires, par exemple la capitation, la budgétisation globale et un système de paiement anticipatif basé sur les diagnostics regroupés pour la gestion (DRG).

A Taiwan (Chine), le passage à l'assurance maladie nationale s'est produit entre 1950 et 1995. Il a commencé par l'extension progressive de la couverture des salariés du secteur privé par l'assurance des travailleurs, adoptée en 1950. Il a été suivi par l'adoption de l'assurance des fonctionnaires, en 1958. L'assurance maladie des agriculteurs a été instaurée en 1987, après deux étapes expérimentales en 1985 et 1987. Par la mise en place, en 1987, d'une commission nationale de planification, le gouvernement a donné une impulsion décisive dans le sens de la protection universelle (Son, 2001). Il l'a fait en partie en réponse aux demandes des députés du parti nationaliste au pouvoir, et en partie pour tenter de contrecarrer l'opposition croissante.

Entre 1988 et 1994, la proportion de la population qui bénéficiait de l'assurance maladie est passée de 33,5 à 57,5 pour cent. Cependant, une grande partie de la population n'était toujours pas couverte, principalement les personnes âgées et les enfants des assurés au titre des régimes d'assurance des travailleurs et de l'assurance maladie des agriculteurs. Le comité de planification avait recommandé de lancer le système national en 2000, mais le gouvernement a adopté le système en 1995 dans la perspective des toutes premières élections présidentielles de 1996. Le gouvernement a accepté de financer en partie l'extension, notamment par une contribution de 10 pour cent à l'assurance des travailleurs et de 100 pour cent pour les ménages à revenu modeste. Tous les assurés avaient droit à des prestations de soins de santé uniformes et complètes, similaires à celles des autres pays avancés, même si les taux de cotisation variaient fortement en fonction de la situation professionnelle et de revenu de l'assuré.

Il existe des différences considérables entre les systèmes d'assurance maladie de Taiwan (Chine) et de la République de Corée (Kwon, 2001). Taiwan (Chine) a entamé son système d'assurance maladie national par un ensemble de prestations beaucoup plus large. Son taux de cotisation est égal à 4,25 pour cent au moins du revenu national, alors qu'il n'atteint pas 3 pour cent en République de Corée. A Taiwan (Chine), la subvention publique s'élève à 28 pour cent du financement, contre 14 pour cent seulement en République de Corée, et elle concerne principalement les caisses d'assurance pour indépendants. Taiwan (Chine) adoptera probablement à l'avenir une approche de soins gérés avec des assureurs multiples, alors que la République de Corée est en train d'intégrer ses caisses d'assurance maladie en une société d'assurance unique. La question la plus difficile pour Taiwan (Chine) est la gestion de la

concurrence entre les assureurs, ceux-ci étant incités à choisir le risque qu'ils préfèrent. Si cet «écrémage» l'emporte, l'assurance maladie nationale ne remplira pas sa fonction de mécanisme d'assurance sociale.

En République de Corée, le système d'assurance maladie national accuse un déficit depuis 1996, et à Taiwan (Chine), depuis 1998, principalement en raison de l'inflation des coûts médicaux (coût et/ou intensité de traitement accrus) et de l'augmentation progressive des plus de 65 ans parmi la population. Une autre similitude est que, dans les deux pays, la majorité des hôpitaux sont des institutions à but lucratif. Ils se sont normalement développés au départ d'une clinique ou d'un cabinet de médecin et sont gérés par des médecins qui en détiennent le capital. La profession médicale, en particulier dans les hôpitaux, est bien organisée et a généralement opposé une forte résistance aux réformes du système de rémunération.

Dans quelle mesure les exemples de la République de Corée et de la Chine de Taiwan sont-ils applicables aux autres pays en développement à revenu intermédiaire ou faible? En réalité, ces deux pays ont réussi à atteindre la protection universelle par l'assurance maladie uniquement lorsque leurs niveaux de revenu étaient relativement élevés, qu'ils étaient fortement urbanisés et qu'ils avaient des secteurs de salariés importants par rapport aux secteurs informels. De plus, l'assurance maladie sociale a été introduite au moment où l'économie nationale connaissait des taux de croissance très élevés (de 8 à 10 pour cent). Ceci leur a permis de faire face à l'inflation des coûts médicaux résultant du fait que l'assurance réduit le montant que le malade doit payer de sa poche pour les soins médicaux au moment de l'achat et que les services médicaux sont fournis principalement par des prestataires du secteur privé (Gertler, 1998). La menace d'inflation des coûts médicaux signifie que les gouvernements doivent adopter des mesures de contrôle des coûts, notamment des mécanismes de quotes-parts et de paiement des prestataires, comme élément de tout plan d'assurance sociale. Comme indiqué ci-dessus, ces deux pays devront aussi faire face aux besoins nouveaux des affiliés vieillissants (Ron, 1998).

En Amérique latine et dans les Caraïbes, il existe 15 pays qui ont un système de santé national unique et normalisé, généralement géré par le ministère de la Santé et qui, en principe, concerne tous les habitants. Généralement, ceux qui ont légalement droit à la protection du système public de santé géré par le ministère de la Santé n'ont pas, dans les faits, accès aux soins ou bien les services qu'ils reçoivent sont de qualité extrêmement médiocre (Mesa-Lago, 2001a). Tous les pays des Caraïbes non latins ainsi que le Brésil et Cuba ont un tel système. Dans les 18 autres pays, il existe un système de soins de santé double: un système fourni par le régime d'assurance sociale qui couvre principalement les salariés, et un autre organisé par le ministère de la Santé qui offre des soins de santé publics aux pauvres non assurés et à la population à faible revenu. Dans le dernier groupe de pays, deux (le Chili et le Costa Rica) ont atteint une couverture quasi universelle. On ne sait pas exactement dans quelle mesure la couverture des soins de santé dans le monde a subi l'influence des crises récentes en Argentine en Uruguay. Dans les 14 pays restants, la couverture totale de la population est comprise entre 35 et 75 pour cent et laisse donc sans protection la majorité ou la totalité des couches pauvres ou à faible revenu. Dans certains pays comme le Pérou, la couverture par l'assurance maladie légale a diminué ces dix dernières années (Enríquez, 2002).

La couverture de l'assurance maladie du Chili est fortement dominée par le secteur public (Bertranou, 1999). Les assurés et les personnes à leur charge peuvent choisir de verser leur cotisation obligatoire aux soins de santé (7 pour cent prélevés sur le salaire) soit au Fonds national de la santé (FONASA), à gestion publique, soit à l'un des régimes privés d'assurance payée d'avance appelés ISAPRE. Les personnes qui relèvent du FONASA peuvent obtenir leurs services de santé soit auprès d'établissements publics, soit auprès d'un système privé de leur choix. Les établissements publics sont organisés sous la forme d'un système national de santé publique, ou SNSS, qui est décentralisé au niveau régional et municipal. L'autre possibilité (les ISAPRE) offre aux affiliés des soins ambulatoires et hospitaliers selon le principe du partage des coûts par le biais de ses propres établissements ou sous contrat conclu

avec des prestataires privés et publics. Les soins de santé élémentaires sont prodigués à l'ensemble de la population. Des soins thérapeutiques plus complets sont fournis à 62 pour cent de la population par le biais de FONASA et à 22 pour cent par le biais des ISAPRE. Les 16 pour cent restants font appel à d'autres systèmes, comme ceux qui sont destinés aux forces armées et aux universités, ou ne sont pas couverts. Les personnes qui ne sont pas suffisamment couvertes par les ISAPRE peuvent se rabattre sur les services fournis au titre du SNSS.

Le Costa Rica possède la couverture la plus étendue et la plus égale dans le cadre du régime d'assurance maladie sociale, avec une couverture obligatoire pour le personnel domestique, les travailleurs ruraux, les salariés des micro-entreprises et les chômeurs (pendant une période limitée après leur licenciement). Les indépendants ont une couverture volontaire mais bénéficient de subventions, et la quasi-totalité d'entre eux est assurée. De plus, tous les exclus (indigents) sont couverts par le programme d'aide sociale (non contributif). C'est l'institut d'assurance sociale (et non pas le ministère de la Santé, comme ailleurs en Amérique latine) qui administre ce programme non contributif par l'intermédiaire d'un système intégré qui unifie tous les soins préventifs et thérapeutiques. Le ministère de la Santé définit la politique, supervise le système et fournit certains services mineurs. Ce système à l'avantage que les services de santé sont intégrés et que les pauvres reçoivent généralement des soins similaires à ceux dont bénéficie le reste de la population.

Le processus de l'extension de la couverture de l'assurance maladie s'est déroulé sur plusieurs dizaines d'années. Au milieu des années quatre-vingt-dix, la couverture de l'assurance maladie sociale s'étendait à 85 pour cent de la population et 10 pour cent supplémentaires étaient couverts par des programmes de santé privés et publics (Mesa-Lago, 2001a). En 1960, le taux de couverture de l'assurance maladie sociale s'établissait à environ 15 pour cent. Il atteignait près de 85 pour cent à la fin des années soixante-dix. Suite aux crises financières du début des années quatre-vingt, la couverture est tombée à moins de 70 pour cent en 1982-1983, pour rebondir à 85 pour cent à la fin des années quatre-vingt (Mesa-Lago, 2000).

La bonne performance sociale du Costa Rica s'explique par une combinaison de facteurs: situation géographique favorable, société homogène, développement relativement précoce du secteur des salariés et accession aux marchés mondiaux, conjugués avec la stabilité politique et des dépenses militaires réduites. En 1961, une forte poussée dans le sens d'une couverture universelle a été donnée par une modification de la Constitution, qui a stipulé que la couverture obligatoire devait être étendue progressivement aux travailleurs manuels et intellectuels ainsi qu'aux indépendants et aux pauvres. Le Plan national de santé est venu renforcer encore ce processus au début des années soixante-dix: il visait la création d'un système national de santé intégré géré conjointement par le ministère de la Santé et par le Fonds de la sécurité sociale (Asís Beirute et Piedra, 1994).

Le Costa Rica a réussi, bien mieux que les autres pays de la région, à garantir une couverture d'assurance maladie pour les travailleurs indépendants. Ailleurs, un indépendant doit verser les 15 pour cent de cotisation qui sont normalement payés à la fois par le travailleur et par l'employeur. Au Costa Rica, la cotisation moyenne versée effectivement par les indépendants s'élève à 5,8 pour cent. La majorité d'entre eux ne versent que le minimum de 5 pour cent, ce qui est moins que la cotisation payée par les salariés. Beaucoup d'indépendants versent des cotisations peu élevées, parce qu'ils sous-déclarent généralement leurs revenus. Les travailleurs salariés dans les micro-entreprises s'inscrivent souvent comme indépendants ou comme indigents pour avoir un accès gratuit ou peu coûteux à la protection. Si les revenus du travailleur indépendant (ou du travailleur saisonnier) sont inférieurs au salaire minimum, l'Etat est tenu de compenser le déficit de cotisation. Enfin, le Fonds de la sécurité sociale a encouragé la conclusion d'accords spéciaux avec les associations d'indépendants et d'agriculteurs, les coopératives et les syndicats, qui se chargent de percevoir les cotisations de leurs membres et de les transférer au Fonds. Toutes ces règles et pratiques ont créé des engagements financiers

importants pour le gouvernement central qui, depuis le début des années quatre-vingt, a affecté environ un tiers de ses dépenses à la sécurité sociale (pensions comprises).

2.2. Pays qui tendent à la couverture universelle

Les pays qui souhaitent s'orienter vers la couverture universelle doivent examiner le contexte et les conditions initiales dans lesquels se déroule l'extension de la couverture des soins de santé. La première série de variables contextuelles concerne la situation socio-économique et politique du pays. Les indicateurs importants sont la proportion de travailleurs dans l'économie informelle et dans les zones rurales, ainsi que l'importance relative de la population n'exerçant aucune activité économique: personnes âgées, handicapés et enfants.

Le deuxième ensemble de variables contextuelles concerne l'état des institutions de santé (humaines, sociétales et physiques) dans le pays. L'infrastructure humaine concerne la qualité des fonctionnaires du gouvernement et des institutions de sécurité sociale ainsi que la compétence du personnel des soins de santé et du personnel de gestion. Par infrastructure sociétale, on entend les partenaires sociaux et les autres groupes de la société civile qui peuvent ou veulent contribuer à la couverture universelle. L'infrastructure physique se compose des hôpitaux, des cliniques, de la distribution d'eau et des installations d'assainissement qui ont une incidence vitale sur l'état de santé de la population.

Il existe un large éventail de pays à revenu intermédiaire qui visent à instaurer la couverture universelle: la Colombie et le Mexique en Amérique latine; les Philippines, la Thaïlande et le Viet Nam en Asie du Sud-Est; l'Iran et la Tunisie en Asie de l'Est et en Afrique du Nord. Certains préfèrent une mise en œuvre rapide (Colombie), d'autres ont adopté une démarche plus progressive (Tunisie).

La Colombie est un pays qui, dans un délai relativement court, a franchi des étapes importantes sur la voie de la couverture universelle de l'assurance maladie. La réforme du secteur de la santé a débuté en 1990 par l'adoption de la loi n° 10, qui prévoit le transfert de la gestion et de l'exécution des services de santé et des services médicaux à 32 départements et 1 029 municipalités. Les transferts intergouvernementaux pour le financement des soins de santé – ainsi que d'autres services sociaux proposés par ces entités – sont décrits dans la loi n° 60 d'août 1993. L'élément final de la réforme est fixé par la loi n° 100 de décembre 1993, qui introduit deux éléments nouveaux: elle réoriente la manière dont les soins de santé sont organisés (priorité à la demande) et la manière dont les prestataires sont rémunérés (capitation). Ce modèle se fonde sur l'idée que les subventions axées sur la demande sont préférables au financement de l'offre par des mécanismes directs d'exécution qui finissent par déboucher sur des gaspillages énormes, des services de qualité médiocre et l'absence de progrès de la couverture (Cruz-Saco et Mesa-Lago, 1998).

La loi de réforme de la sécurité sociale introduit trois nouvelles caractéristiques institutionnelles: 1) un fonds d'assurance maladie, le «Fondo de Solidaridad y Garantía» (FSG); 2) des organisations publiques et privées de gestion de la santé, les «Entidades Promotoras de Salud» (EPS); 3) des organisations de prestation de soins, les «Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud» (IPSS). Les EPS sont les institutions et les organisations par lesquelles les bénéficiaires du régime contributif (les travailleurs salariés) choisissent les prestations et les prestataires. Ce régime prévoit que les travailleurs et les employeurs paient ensemble 12 pour cent de prélèvements sur les salaires pour le financement du régime de santé contributif obligatoire (POS-C), et un pour cent à titre de cotisation de solidarité pour le régime subventionné. Ce dernier se compose de deux mécanismes destinés à financer la demande de soins de santé des travailleurs non salariés et des catégories à faible revenu ordinairement exclues de l'assurance sociale. Le premier consiste à acheminer, par l'intermédiaire du FSG, des fonds publics qui subventionneront en partie la «cotisation subventionnée» pour les participants à faible revenu qui – sous réserve d'un examen des ressources – seront également

tenus de verser des cotisations directes. La deuxième caractéristique concerne la formation des «Empresas Solidarias de Salud» (ESS), qui organise l'exécution des services de santé par les prestataires de soins, financés par la «cotisation subventionnée». Une autre partie de la réforme est la conversion prévue des hôpitaux et des réseaux de prestataires détenus et exploités par le ministère de la Santé, les institutions de sécurité sociale et les entités décentralisées en «entreprises sociales de l'Etat» (ESE), c'est-à-dire en entreprises publiques autogérées comparables aux IPSS du secteur privé. Ces ESE peuvent conclure, conjointement avec les prestataires de soins privés, des contrats avec les EPS et les ESS (La Forgia, 1998).

De 1990 à 1997, la couverture est passée de 20,6 à 57,2 pour cent, mais est retombée à 52,4 pour cent en 2000. Le niveau des dépenses de santé a explosé, passant de 4 pour cent du PIB en 1990 à près de 11 pour cent en 1998. Cela s'explique probablement par le fait que l'adoption des subventions au niveau de la demande n'a pas supprimé les subventions du côté de l'offre, le résultat étant que les hôpitaux ont continué de recevoir des fonds budgétaires alors qu'ils pouvaient faire payer simultanément les EPS et les ESS pour les services fournis. D'après Jack (2000), l'utilisation de la demande des consommateurs pour discipliner les fournisseurs d'assurance crée deux problèmes potentiels. Primo, il se peut que la demande ne soit pas élastique par rapport aux changements de qualité, auquel cas les incitations à maîtriser les coûts peuvent l'emporter sur les incitations à améliorer ou à maintenir la qualité. Secundo, la concurrence sur le plan de la qualité peut naturellement induire des efforts actifs de sélection de la part des gestionnaires des EPS/ESS pour attirer les clients peu coûteux et appliquer un surprix pour les services supplémentaires.

En ce qui concerne les conséquences distributives, une étude récente (Moreno Guerrero, 2001) montre que la qualité et la quantité des services de santé dans le «régime subventionné» sont de loin inférieures à celles du «régime contributif». L'étude semble indiquer par ailleurs que l'examen des ressources dans le «régime subventionné» ne fonctionne pas bien dans les zones rurales, pour diverses raisons. Le niveau d'instruction semble être également un facteur important, le revenu est très difficile à mesurer, et la possession d'un certain patrimoine, par exemple des vaches, n'est pas comprise dans la définition de l'examen des ressources.

Le Viet Nam est un des pays de l'Asie du Sud-Est qui vise la couverture universelle. Une des résolutions du 9^e Congrès du parti indique que la couverture universelle devrait être réalisée d'ici 2010. En 2000, 10,5 millions de personnes environ étaient couvertes (Ergo, 2001) sur une population totale de plus de 75 millions d'habitants. Il s'agissait principalement de travailleurs et de retraités du secteur public et du secteur privé formel ainsi que d'écoliers protégés au titre de l'assurance maladie volontaire. Le système vietnamien d'assurance maladie sociale (géré par la Société vietnamienne d'assurance) couvre les travailleurs salariés du secteur privé et ne concerne que les entreprises qui comptent dix travailleurs au moins. Toutefois, la nouvelle loi sur la sécurité sociale prévoit que la couverture obligatoire sera étendue à tous les travailleurs qui ont un contrat de trois mois au moins. Les personnes à charge peuvent être couvertes par l'assurance volontaire. Les enfants de moins de 6 ans ont droit aux soins gratuits. Les écoliers et les étudiants sont couverts en principe par la Société vietnamienne d'assurance. La stratégie future sera axée sur l'adoption de la couverture familiale, de sorte que les mécanismes volontaires pour les enfants et les étudiants pourront être supprimés progressivement.

Les travailleurs du secteur informel, une partie de la population qui n'exerce pas d'activité économique, ainsi que les pauvres paient des droits directs d'utilisateur chaque fois qu'ils font appel à des soins médicaux. Une des idées nouvelles pour étendre la couverture aux travailleurs du secteur informel consiste à mettre en place des «systèmes d'assurance maladie des communes». Les communes et les autres organisations de masse – largement répandues dans les zones rurales – pourraient être utilisées comme supports pour ces systèmes, et des projets pilotes financés par la BAD sont en cours. D'après Ergo (2001), l'ensemble des prestations des systèmes envisagés pour les zones rurales devrait être complet et inclure les

soins ambulatoires et hospitaliers tant thérapeutiques que préventifs. En outre, les primes devraient être forfaitaires et subventionnées par l'Etat. D'après Akal (2001), les primes forfaitaires – mais régressives – constituent la manière la plus économique de mobiliser des ressources financières de l'économie informelle, car elles facilitent grandement l'exécution du recouvrement. La subvention de l'Etat pourrait être fournie sur la base de redevances par personne adaptées au risque.

D'après les estimations les plus récentes, 14 millions de personnes environ vivent dans la pauvreté. Les problèmes de santé, qui entraînent souvent la perte des revenus et des dépenses importantes, sont une des causes premières de la pauvreté. Selon Dahlgren (2001), quelque 3 millions de personnes sont plongées chaque année dans la pauvreté en raison de dépenses médicales importantes – c'est le «piège médical de la pauvreté». Certains pauvres bénéficient déjà de la «carte de soins gratuits pour les pauvres». Ce système pourrait être viable à long terme s'il est financé par le gouvernement central (éventuellement avec l'aide initiale de bailleurs de fonds extérieurs), s'il vise l'ensemble du ménage et si son niveau est basé sur une redevance par personne – ajustée au risque.

D'après Ron (2001), le problème du recouvrement est probablement la difficulté essentielle, en particulier dans le cas de l'assurance maladie sociale légale. Il existe déjà, dans le domaine de l'assurance maladie, des initiatives privées à but lucratif qui tentent de capter le secteur des gros salaires, ce qui limiterait les chances de renforcer l'assiette financière du système d'assurance obligatoire. Ce problème est lié à la question suivante, plus fondamentale: à quels stades faut-il élaborer et appliquer la législation instaurant l'assurance maladie universelle? Le système de santé actuel est régi par un décret, ce qui convient dans une période d'expérimentation et garantit que le système d'assurance maladie est souple dans sa conception et adapté aux facteurs locaux. Cela étant, le problème fondamental est l'absence de sanctions, soit parce que certaines parties du système sont volontaires, soit parce que les sanctions nécessitent de s'appuyer sur des lois plutôt que sur des décrets.

La Thaïlande a pris des mesures importantes dans le sens de l'extension de la couverture de l'assurance maladie à l'ensemble de sa population. En 2001, le parti Thaï Rak Thaï (les Thaïlandais prennent soin des Thaïlandais) a remporté les élections. Ce résultat traduisait un sentiment général: la solidarité nationale est la seule réponse aux incertitudes nées de la mondialisation et, en particulier, de la crise financière asiatique de 1997. Une des promesses électorales concernait l'introduction du régime de couverture universelle (CU), le système «30 baht» (0,75 dollar E.-U.) par lequel toutes les personnes non assurées payeraient ce ticket modérateur modique pour chaque épisode de soins médicaux.

Le CU remplacera les anciens systèmes d'aide sociale et système de carte de santé et couvrira également toutes les autres personnes non assurées. Le système de prestations médicales des fonctionnaires fournit les soins de santé pour les travailleurs du secteur public (tant actifs que retraités) et les personnes à leur charge (conjoint, enfants et parents) sur base non contributive. L'Organisation de la sécurité sociale (OSS) organise l'assurance maladie pour les travailleurs du secteur privé des entreprises qui comptent dix travailleurs ou plus. En 2001, ces deux régimes couvraient plus de 20 pour cent de la population, y compris un petit groupe d'assurés du secteur privé. En 2002, l'OSS a étendu sa couverture obligatoire aux établissements comptant de un à neuf travailleurs. En outre, elle prévoit de couvrir les conjoints et les enfants à charge des travailleurs assurés du secteur privé. Si l'on tient compte de cette extension du régime obligatoire, le système de la CU est appelé à couvrir environ 45 millions de Thaïlandais, soit plus de 70 pour cent de la population.

Les estimations préliminaires montrent qu'un taux de capitation proposé de 1 414 baht (35 dollars E.-U.) par an par personne non assurée serait supportable pour le budget du ministère de la Santé. L'introduction du système de CU nécessiterait un certain nombre d'autres réformes, notamment l'enregistrement préalable de toutes les personnes non assurées auprès de services de soins primaires agréés, le paiement d'honoraires de capitation aux

prestataires de soins (avec des dispositions supplémentaires pour certains soins très coûteux), la définition d'un ensemble de soins médicaux de base, un contrôle rigoureux de la qualité des soins, et la scission entre acheteur et prestataire, avec des organismes de réglementation indépendants et la participation de toutes les parties prenantes (Suwanwela, 2002).

La Tunisie est un pays qui a suivi le cheminement progressif vers l'extension et offre un large éventail de prestations de sécurité sociale à ses travailleurs: assurance maladie, pensions, prestations de maternité et d'accidents du travail. Pour l'instant, il existe des régimes distincts pour les travailleurs du secteur public et du secteur privé non agricole, plus des régimes plus modestes pour les travailleurs et les indépendants du secteur agricole, les étudiants et les travailleurs émigrés. Les travailleurs peuvent être remboursés pour certains services de santé et ils peuvent avoir accès gratuitement aux hôpitaux publics et/ou aux dispensaires de la sécurité sociale. Par ailleurs, une réforme radicale est en cours qui créera un système d'assurance maladie unifié pour tous les assurés de l'assurance sociale. Une assurance maladie volontaire complémentaire peut être organisée par le biais de contrats de groupes d'entreprises ou par des sociétés mutuelles (principalement dans le secteur public).

En 1999, la couverture personnelle pour l'assurance maladie, les retraites, les prestations de maternité et d'accident du travail atteignait plus de 84 pour cent, contre 60 pour cent en 1989. Les principales catégories exclues sont les travailleurs agricoles occasionnels et saisonniers, les travailleurs de la construction (au chômage) occupés sur des travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre, le personnel domestique et les chômeurs. Trois facteurs ont conduit à cette extension rapide de la couverture de sécurité sociale (Chaabane, 2003):

- un changement de mentalité, en ce sens qu'une grande majorité de travailleurs cherchent à se protéger contre l'augmentation rapide du coût des soins de santé;
- l'amélioration des prestations servies par le système de sécurité sociale a entraîné un changement de mentalité, soutenu par les campagnes de sensibilisation et le rôle éducatif des syndicats;
- le service de suivi du recouvrement, tant sur le lieu de travail que par les contrôles comptables des grandes entreprises. Ces mécanismes de contrôle sont d'autant plus efficaces que le non-recouvrement est passible de lourdes sanctions financières.

Pour les pays à revenu intermédiaire qui entendent instaurer une protection universelle, la question fondamentale est de savoir à partir de quelle masse critique il devient envisageable d'étendre les prestations de l'assurance sociale à l'ensemble de la population. Cette interrogation en appelle une deuxième, étroitement liée: le progrès dépend-il inévitablement de la croissance de l'emploi dans le secteur structuré de l'économie et quel rôle les régimes facultatifs pour les travailleurs de l'économie informelle peuvent-ils jouer? Quelles que soient les circonstances, le gouvernement devra financer une partie de l'extension, notamment en faveur des travailleurs indépendants et des autres travailleurs à bas revenu (Mills, 1998).

2.3. Pays à faibles revenus: le manque de financement et les potentialités des régimes communautaires et locaux

Le rapport récent *Macroeconomics and Health* (OMS, 2001) montre que le niveau des dépenses de santé dans les pays à faible revenu est insuffisant pour résoudre les problèmes de santé auxquels ceux-ci sont confrontés. La Commission estime que les besoins annuels minimums de financement sont de l'ordre de 30 à 40 dollars E.-U. par personne pour couvrir les interventions essentielles, notamment celles qui concernent la tuberculose, la malaria, le VIH/SIDA, les maladies infantiles, les maladies maternelles et périnatales, et le tabac. Les pays les moins développés ont en moyenne des dépenses totales de santé d'environ 13 dollars E.-U. par personne et par an, dans lesquelles les dépenses budgétaires interviennent pour

7 dollars E.-U. à peine. Les autres pays à faible revenu présentent une moyenne annuelle d'environ 24 dollars E.-U. par habitant, dont 13 dollars E.-U. de dépenses budgétaires. Même en améliorant l'efficacité de l'attribution et en mobilisant davantage de ressources intérieures, les niveaux de financement nécessaires pour couvrir les besoins essentiels dépassent largement les ressources financières de bien des pays à faible revenu.

Dans les pays à faible revenu, en particulier, une grande partie des dépenses de santé intérieures est constituée par des dépenses personnelles. En Inde, par exemple, les pauvres des zones rurales paient de leur poche quelque 85 pour cent du total des services de santé qu'ils reçoivent. En Inde toujours, Jain (1999) signale que de nombreux travailleurs – même ceux dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté – consacrent de 5 à 10 pour cent de leur revenu aux services de santé. Une grande partie des dépenses personnelles est consentie pour des médicaments inutiles ou contre-indiqués qui leur sont imposés par des cliniques qui se financent par la vente de produits pharmaceutiques, ou par des praticiens non agréés ou non qualifiés (Misra, Chatterjee et Rao, 2001). Les coûts élevés et en augmentation excluent une fraction importante des pauvres de l'accès aux services essentiels et nombre de familles sont plongées chaque année dans la pauvreté par les dépenses de santé. En Afrique, un grand nombre de ménages dépensent des sommes énormes pour des modes de soins informels ou traditionnels, avec des conséquences funestes pour leur santé (OMS, 2001).

Outre les niveaux de dépenses globalement insuffisants, les mécanismes actuels de financement de la santé dans les pays à faible revenu posent en réalité deux autres problèmes. Premièrement, la proportion des dépenses totales de santé qui provient du budget est relativement faible (55 pour cent) et de loin inférieure à celle des pays à revenu élevé (71 pour cent). Deuxièmement, les dépenses privées sont généralement des dépenses personnelles et non des dépenses prépayées, de sorte que l'élément d'assurance (le partage du risque) intégré dans les dépenses privées est extrêmement réduit contrairement, ici aussi, au taux de couverture d'assurance beaucoup plus important dans les pays à revenu élevé.

La Commission (OMS, 2001) recommande d'acheminer de plus en plus les dépenses personnelles dans les communautés pauvres vers des régimes de «financement communautaire», afin de contribuer à couvrir les coûts de l'exécution des soins de santé au niveau de la communauté. Ces mécanismes de financement communautaires ont pour caractéristiques (Dror et Preker, 2002) qu'ils supposent une action collective, que la participation est facultative, et que les personnes qu'ils protègent n'ont généralement pas d'autre protection financière pour couvrir le paiement de leurs soins de santé. L'idée de base de ces mécanismes est d'offrir aux communautés locales un système d'incitation dans lequel chaque dollar mobilisé par la communauté pour couvrir les soins de santé prépayés serait complété par l'Etat (avec l'aide de bailleurs de fonds) à un taux déterminé de cofinancement. Ces prépaiements par la communauté couvriraient principalement les services de soins thérapeutiques de base autres que l'ensemble des interventions essentielles (tuberculose, malaria, VIH/SIDA, etc.), dont le paiement est couvert par le budget de l'Etat avec l'aide de bailleurs de fonds.

Il ne faut pas confondre le prépaiement et la participation aux frais. Selon la définition classique, la participation aux frais est un paiement effectué pour des services de santé au moment de la maladie (c'est-à-dire, des dépenses personnelles), souvent prélevé sur des interventions essentielles. L'expérience a montré à plusieurs reprises que les participations aux frais finissent par exclure les pauvres des services de santé essentiels tout en ne recouvrant qu'une faible partie des coûts (Save the Children UK, 2001). L'approche du financement communautaire diffère donc à deux égards de la participation aux frais: primo, la première approche implique des prépaiements plutôt que des dépenses personnelles et, secundo, il n'est pas nécessaire d'utiliser les cotisations pour couvrir des services essentiels, puisque ceux-ci seraient couverts par un financement public entièrement complémentaire des cotisations communautaires.

Dans les pays à faible revenu, les systèmes d'assurance maladie sociale jouent un rôle limité: ils concernent en général 5 pour cent de la population tout au plus. Les raisons de cette faible couverture ont déjà été notées à la section 1.1. La couverture de ces systèmes est limitée par la taille de la population active, insuffisante pour subventionner (et ce n'est du reste pas l'intention) la grande majorité de la population active. En outre, ces régimes ne sont pas toujours bien gérés, le service est de qualité médiocre et les primes sont trop élevées pour les travailleurs de l'économie non structurée.

Il existe toutefois des exceptions remarquables. Primo, Cuba a réussi à maintenir l'accès gratuit à des soins de santé de qualité. Secundo, plus récemment, il semble que la Mongolie ait réussi à mettre en place un régime d'assurance maladie légale qui couvrait 82 pour cent de la population en 2001 (Bayarsaikhan et Ron, à paraître). Ce succès semble s'expliquer en partie par l'engagement déterminé du gouvernement ainsi que par des subventions importantes et ciblées. Son succès s'explique aussi par le fait que – d'emblée – la décision a été prise de couvrir l'ensemble de la population, ce qui était capital pour l'équité, et d'améliorer l'accès pour la majorité de la population. Il est sans doute significatif par ailleurs que ces deux succès aient été remportés dans des pays à régime (ex-)socialiste, fortement engagés par rapport aux objectifs sociaux et dotés d'une plus grande expérience en matière de gestion du secteur public.

En l'absence de système de soins de santé fonctionnant correctement, et vu les contraintes pour élargir la couverture par des régimes d'assurance maladie légale, la seule issue pour la plupart des pays à faible revenu consiste à se concentrer sur des régimes communautaires et locaux de financement de la santé. La présente section sera dès lors centrée sur les potentialités de ces régimes.

2.3.1. Emergence des régimes d'assurance maladie communautaires

De nombreuses indications existent pour l'Afrique subsaharienne (Atim, 1998; Steinwachs, 2002; Fall, 2003 et Gbessa et Gauthé, 2003) et pour les pays de l'Asie du Sud (van Ginneken, 2001; Messell, 2001; Sabates-Wheeler et Kabeer, 2003) qui montrent que des régimes communautaires nouveaux sont apparus suite à l'inaccessibilité des services de soins de santé. Bon nombre de ces régimes se fondent sur l'assurance et la mise en commun des risques, ce qui a été à l'origine du terme «microassurance», un concept inventé par Dror et Jacquier (1999). Les régimes de microassurance sont des organisations indépendantes à but non lucratif basées sur la réciprocité et la gestion démocratique. Elles ont pour but d'améliorer l'accès, principalement par les cotisations des membres, à des soins de santé de qualité pour les affiliés et leurs familles (BIT-STEP, 1999). Ces organisations de microassurance ont comme avantages la cohésion, la participation directe et des coûts administratifs réduits. Le concept des régimes communautaires est plus vaste puisqu'il englobe toute action collective pour la création, la mise en commun, l'affectation, l'achat et/ou la supervision de la gestion de mécanismes de financement des soins de santé.

Dans les pays à faible revenu, les travailleurs de l'économie non structurée considèrent souvent l'assurance maladie comme la priorité première en matière de sécurité sociale (voir notamment Kamuzora, 1999). Comme l'ont montré Atim (1998), Bennett et al. (1998) et BIT (2000), les régimes d'assurance maladie du secteur informel peuvent couvrir tantôt des événements coûteux et peu fréquents (soins hospitaliers), tantôt des événements peu coûteux et fréquents (soins de santé primaires), tantôt encore, dans certains cas, une combinaison des deux. Ils sont qualifiés respectivement au tableau 3 de régimes de type I et de régimes de type II. La fréquence d'utilisation des services et les possibilités de maîtrise des coûts sont différentes dans les deux types de régime.

Tableau 3. Les deux extrémités du spectre de la mutualisation des risques dans le domaine des coûts de la santé

Type de régime	Type I	Type II
Coûts assurés	Soins hospitaliers	Soins de santé primaires
Coût par intervention	Elevé	Faible
Fréquence d'utilisation	Faible	Elevée
Détention	Hôpital	Communauté ou association
Couverture	District	Communauté ou association
Base pour la fixation des primes	Etude actuarielle	Capacité de payer

Source: adapté de Bennett et al., 1998, p. 10.

Des régimes de microassurance couvrant les soins hospitaliers sont apparus dans certains pays, notamment en Tanzanie (Steinwachs, 2002) et en République démocratique du Congo (Criel, 1998). Ils ont pour avantage que l'administration de l'assurance peut s'appuyer sur une infrastructure fonctionnelle existante. Dans ces deux pays, ces régimes souvent basés sur des communautés religieuses n'excluent pas les personnes d'autres confessions, bénéficient d'une aide extérieure, exercent également des activités complémentaires de développement et sont généralement caractérisés par une forte cohésion sociale entre les personnes qui ont des niveaux de revenus différents. Dans d'autres cas, lorsque les régimes de type hospitalier fournissent des services de soins de santé primaires et secondaires, leurs prix sont généralement plus élevés que ceux qui sont appliqués par des prestataires plus modestes et spécialisés.

Sont apparus dans des pays comme le Sénégal (Fall, 2003) et la Tanzanie (Steinwachs, 2002) d'autres régimes d'assurance davantage axés sur la demande, dont les administrations sont gérées par des communautés qui passent des contrats indépendants avec des prestataires de soins de santé. Dans certains pays d'Asie du Sud, des régimes communautaires sont parfois apparus en tant qu'émanations d'organisations qui exercent des activités de mobilisation de fonds, notamment la Self-Employed Women's Association (SEWA) en Inde (BIT-STEP, 2001) et le régime Kalyan Grameen au Bangladesh.

Les études les plus récentes indiquent que le financement communautaire améliore l'accès des travailleurs ruraux et du secteur informel aux soins de santé nécessaires et leur fournit une certaine protection contre les coûts de la maladie (Preker et al, 2002). Une conclusion nouvelle et importante d'une étude réalisée par Baeza et al. (2002) est que la plupart des organisations de santé communautaires fournissent une couverture complète qui comprend les médicaments et les soins hospitaliers et ambulatoires. Les auteurs ont conclu également que la plupart de ces organisations font office de «point d'accès» à des services de santé principalement du secteur public, subventionnés par le biais de prix modiques.

2.3.2. Evaluer les incidences des régimes communautaires et locaux

Les régimes communautaires ont pour principal avantage d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé ou encore le rapport coût-qualité des services de santé. Il existe essentiellement trois raisons pour lesquelles les participants à ces régimes préfèrent les régimes communautaires aux dépenses et au financement personnels (van Ginneken, 1998):

- les cotisations régulières permettent d'atténuer le problème de l'endettement résultant des honoraires médicaux élevés;

-
- la puissance financière du groupe permet aux administrateurs de négocier avec les prestataires de soins de santé des services de meilleure qualité ou d'un meilleur rapport prix-qualité;
 - le groupe peut être disposé à investir dans des activités préventives et de promotion de la santé en vue de maîtriser le coût des services médicaux.

Le succès ou l'échec des régimes communautaires dépend des caractéristiques des organismes qui ont mis en place le système, de leur définition et du contexte dans lequel ces régimes opèrent. L'association devrait être fondée sur la confiance entre ses membres, renforcée par des facteurs comme une direction forte et stable, sa base économique, l'existence de structures participatives et une structure financière et administrative fiable (Kiwara et Heijnis, 1997). Parmi les caractéristiques de conception favorables, on peut citer les mesures destinées à contrôler la fraude et les abus, à promouvoir une forme quelconque de participation obligatoire, à maîtriser les coûts et à favoriser les services préventifs et de promotion de la santé (Atim, 1998). Les variables contextuelles importantes sont l'existence de services de soins de santé (publics ou privés) de qualité à un prix abordable et un climat favorable au développement des régimes communautaires.

Dans leur étude des stratégies de mutualisation des risques en matière de santé, Bennett, Creese et Monash (1998) notent qu'il existe plusieurs facteurs qui menacent les possibilités de mobiliser des recettes par le biais des régimes d'assurance communautaires, notamment:

- la taille réduite de la majorité des régimes examinés;
- la sélection adverse qui rétrécit progressivement le panier commun de risques et augmente les coûts;
- les structures administratives lourdes et les coûts importants dans certains régimes.

Ces trois menaces sont manifestement liées entre elles, parce que la structure administrative pesante et les coûts élevés résultent souvent de l'échelle réduite du régime. De plus, la taille réduite de la plupart des régimes est renforcée par le problème de la sélection adverse. Un des problèmes essentiels consiste dès lors à définir dans quelles conditions les régimes d'assurance maladie communautaires peuvent être viables et/ou reproductibles.

Il existe diverses caractéristiques sur lesquelles les groupes de travail ou de lieu de domicile peuvent s'appuyer pour la fourniture des soins de santé. Les personnes peuvent s'organiser parce qu'elles ont la même profession, habitent dans la même région ou appartiennent au même sexe ou au même groupe culturel ou religieux, par exemple. Chacune de ces caractéristiques a ses propres avantages et inconvénients, s'agissant de facteurs communautaires comme la confiance, le commandement et la capacité financière et organisationnelle. Ces caractéristiques ont également une incidence majeure sur la mesure dans laquelle, et la rapidité avec laquelle, les régimes d'assurance maladie communautaires autofinancés peuvent être reproduits et/ou reliés à d'autres régimes.

Dans la plupart des pays (développés), les organisations liées au travail ont été à l'origine de programmes d'assurance sociale légaux. Les travailleurs du secteur informel, dans la mesure où ils sont organisés, le sont principalement au sein d'associations et de coopératives professionnelles ou sectorielles. La première priorité consiste à améliorer leur base économique en termes de crédit, de commercialisation et de technique de production. Lorsque cet objectif est atteint, leurs organisations peuvent souvent servir de fondement à la mise en place de régimes contributifs de protection sociale et de protection de la santé. C'est aussi souvent le cas pour les organisations de femmes, dont l'objectif comprend souvent la sensibilisation à la situation des femmes dans la famille, au travail et dans la société. Certaines de ces organisations ont créé des institutions d'épargne et/ou de crédit, ce qui améliore sensiblement

les chances de réussite de l'organisation de régimes de protection sociale et de protection de la santé.

Les organisations basées sur le lieu du domicile sont généralement moins cohésives, puisqu'elles peuvent refuser la participation des pauvres compte tenu de la faiblesse de leur assise financière (Weinberger et Jütting, 1999). La situation peut être différente dans le cas des zones rurales, où les communautés sont souvent très soudées et où les personnes ont des ressources financières similaires. Au plan local (du district), la cohésion sociale risque d'être encore plus lâche, mais la qualité des pouvoirs locaux influe fortement sur la possibilité d'établir une forme quelconque de consensus, d'incitations et de transparence. L'approche locale convient très bien pour le financement des soins de santé sociaux puisqu'elle peut tenir compte de l'exécution d'activités non seulement curatives mais aussi préventives et de promotion. De plus, les régimes d'assurance maladie locaux peuvent contribuer à alléger certaines pressions exercées sur le budget du ministère de la Santé. Hsiao et Sen (1995) ont conçu cette idée pour l'Inde. Ils ont proposé que les communautés locales gèrent et financent certains services de soins de santé primaires et secondaires, en particulier dans les zones rurales. L'expérience récente du BIT au Népal et les projets pilotes de la BAD dans le domaine de «l'assurance maladie communautaire» au Viet Nam montrent que cette approche peut avoir un intérêt pratique durable.

Steinwachs (2002), dans ses observations sur la situation en Tanzanie, analyse les potentialités des régimes d'assurance maladie s'appuyant sur des organisations religieuses (églises et mosquées) et sur des hôpitaux. Les avantages généraux de ces régimes sont que leurs affiliés proviennent de différentes catégories de revenus et qu'ils disposent de structures «translocales» qui leur permettent de relier entre eux les régimes de différentes parties du pays. Son analyse des régimes basés sur les hôpitaux luthériens montre que des membres de toutes confessions ou convictions sont affiliés.

2.3.3. Etendre la portée des régimes communautaires et locaux

La plupart de ces systèmes restent de taille relativement modeste. Il est donc important de déterminer les formes de partenariat qui favoriseront leur extension. Ils peuvent se regrouper ou se fédérer afin d'atteindre plusieurs objectifs: renforcer leur pouvoir de négociation vis-à-vis de l'Etat et des prestataires (publics et privés) de soins de santé, mettre en commun leurs connaissances, et stabiliser leur situation financière par des mécanismes comme la réassurance (Dror, 2001). De telles fédérations pourraient se professionnaliser et croître en se dotant d'une structure «en nid d'abeilles». En d'autres termes, moyennant de faibles honoraires, cette structure professionnelle conseillerait les associations de base sur la manière de créer et d'administrer leurs systèmes (van Ginneken, 2000).

L'expérience a montré qu'il faut au moins dix ans pour construire des régimes d'assurance maladie communautaire au départ de groupes professionnels, géographiques ou par sexe. Dès lors, une des méthodes (Gbossa et Gauthé, 2003) consiste à mettre sur pied des régimes d'assurance maladie mutuels «provisaires» pour ceux dont les associations professionnelles n'ont pas encore de régimes spécifiques d'assurance maladie mutuelle ainsi que pour les chefs de micro-entreprises et toutes les personnes capables de cotiser mais qui n'ont pas été en mesure de choisir un régime de microassurance approprié. Ces régimes provisoires appartiendraient à l'Etat et seraient supervisés par lui, mais celui-ci n'interviendrait pas dans la conduite de leurs activités quotidiennes. La création de ces régimes provisoires pourrait former une première étape sur la voie de la couverture obligatoire des soins de santé des travailleurs dans le pays tout entier.

Le caractère hétérogène des personnes à protéger au moyen des mécanismes d'assurance mutuelle provisoires appelle nécessairement une harmonisation de la périodicité de recouvrement et du taux des cotisations. Par conséquent, pour créer la solidarité, chacun doit

contribuer de la même manière pour obtenir les mêmes types de prestations. En ce qui concerne la périodicité, une certaine souplesse est conseillée afin que les travailleurs qui perçoivent un salaire ou un traitement ainsi que les autres travailleurs dont les activités ne sont pas soumises aux risques climatiques puissent verser leurs cotisations chaque mois, tandis qu'un système de prépaiement en haute saison est recommandé pour les catégories des travailleurs saisonniers (par exemple, les ouvriers maraîchers).

Steinwachs (2002) a proposé une nouvelle approche de l'affiliation obligatoire des travailleurs aux régimes légaux nationaux d'assurance maladie. Dans ses observations sur la situation en Tanzanie, elle se déclare favorable à un Etat qui accepterait que – dans le cadre général de l'affiliation obligatoire – les individus puissent choisir et devenir membres soit de régimes publics (caisse nationale de sécurité sociale ou régime national d'assurance maladie), soit d'un régime agréé d'assurance maladie. Cette approche présenterait plusieurs avantages:

- les salariés du secteur formel de l'économie pourraient apporter une plus grande stabilité aux régimes agréés d'assurance maladie;
- la concurrence sur la qualité et les coûts serait plus intense entre les divers régimes;
- un réseau plus étendu de régimes d'assurance maladie permettrait une meilleure utilisation des différents prestataires de soins de santé dans tout le pays.

Une telle approche nécessiterait évidemment que l'Etat puisse vérifier l'affiliation effective de tous les travailleurs concernés et qu'il instaure un mécanisme rigoureux d'agrément et de contrôle de la qualité.

Outre l'élargissement des régimes communautaires, l'incidence de ces régimes pourrait également être renforcée par la multiplication et l'intégration (Uvin et Jain, 2000). Cela signifie que les régimes de taille modeste peuvent être considérés comme des catalyseurs de l'innovation, les créateurs de savoir stratégique et pragmatique qui peut être transféré et/ou intégré dans les trois grands processus de la société: les pouvoirs publics, la société civile et les marchés. On pourrait alors juger la réussite de ces expériences non seulement sous l'angle de la taille mais aussi des retombées qu'elles engendrent, du nombre de projets qui ont été repris par d'autres acteurs et de leur apport relatif à la diversité sociale et intellectuelle de la société civile.

Cela dit, la croissance des régimes communautaires pourrait aussi nécessiter d'autres formes de partenariat. L'expérience des initiatives de renforcement réussies montre que deux types de changements sont nécessaires qui concernent, d'une part, la culture et l'organisation des régimes communautaires eux-mêmes et, d'autre part, les liens et les formes de collaboration avec d'autres organisations (Gaventa, 1997). Les régimes communautaires peuvent faire équipe avec des organisations plus vastes de la société civile (coopératives et syndicats, par exemple) et/ou recevoir leur soutien. Ils peuvent aussi tenter d'impliquer des entreprises privées et des organismes de sécurité sociale, qui possèdent déjà une administration fonctionnelle.

Les pouvoirs publics ont un rôle capital à jouer dans le renforcement des régimes locaux ou communautaires. Les autorités locales doivent contribuer à la mise en place de dispositifs locaux de protection sociale – en partenariat avec les groupes locaux de la société civile. Au plan national, l'Etat est le mieux placé pour veiller à ce que les expériences isolées soient étendues à d'autres métiers, secteurs et zones. En outre, il peut créer un environnement propice au développement des régimes communautaires. On distinguera ici quatre formes possibles de soutien de l'Etat (Carrin, Desmet et Basaza, 2001):

- promouvoir l'assurance maladie par des recommandations concernant la conception (prestations, affiliation et administration) et la mise en place d'un système d'information pour la gestion;
- contrôler les résultats des régimes locaux ou communautaires, par exemple dans le contexte d'une législation propre à garantir une administration efficace et transparente;
- organiser des formations, notamment sur les activités de promotion et de contrôle mentionnées aux deux points précédents;
- participer au financement de l'assurance maladie des catégories de personnes à faible revenu, éventuellement au moyen de subventions (par exemple sous forme de versement par personne inscrite) ou de complément aux cotisations.

2.4. Conclusions et aspects stratégiques

Pour élargir le champ de l'assurance maladie, la plupart des pays en développement ont adopté la stratégie de la «mise en œuvre progressive» en raison de contraintes politiques, financières et matérielles majeures. Il s'ensuit que le régime d'assurance obligatoire a été limité en fonction de différents critères: zone géographique, taille de l'établissement, catégories d'ayants droit, type de prestations médicales. Les pays comme la République de Corée et Taiwan (Chine) ont atteint une couverture universelle par l'extension de l'assurance maladie sociale, tandis que certains pays d'Amérique latine, tels que le Chili ou encore le Costa Rica, ont pratiquement réalisé cette universalité en associant assurance sociale et accès aux établissements (publics) de soins. L'exemple le plus frappant est probablement celui de la République de Corée, qui a étendu sa couverture maladie à tous en douze ans, de 1977 à 1989.

Certes, la volonté politique a joué un rôle primordial dans le succès rencontré par ces pays. Toutefois, celui-ci n'était possible qu'à certaines conditions: avoir préalablement atteint un niveau relativement élevé de développement économique, s'être largement urbanisé et voir le salariat surpasser en nombre l'emploi informel. On note tout de même une grande diversité dans les choix faits par ces pays. Par comparaison avec Taiwan (Chine), la République de Corée a, par exemple, opté pour une enveloppe de prestations relativement limitée, des taux de cotisations plutôt bas et un ticket modérateur relativement élevé. Les exemples de la République de Corée et du Costa Rica montrent la complexité de l'équilibre entre la participation des salariés et celle des travailleurs indépendants, ces derniers payant souvent des cotisations relativement basses tout en ayant plus de facilité à ne déclarer qu'une partie de leurs revenus. Enfin, il convient de noter qu'au Costa Rica, le mouvement vers une couverture maladie universelle a débuté par une modification de la Constitution, au début des années soixante.

De nombreux pays à revenu intermédiaire s'efforcent aujourd'hui de parvenir à une couverture universelle. Certains d'entre eux ont préféré une mise en œuvre accélérée – c'est le cas de la Colombie – tandis que d'autres, comme la Tunisie, ont choisi la progressivité. En Colombie, l'extension de la couverture de l'assurance maladie semble marquer le pas à cause de l'explosion des dépenses publiques de santé pouvant s'expliquer par le fait que l'introduction du subventionnement de la demande de soins n'a pas supprimé le

subventionnement de l'offre de soins par l'intermédiaire des hôpitaux publics. La réalisation de la couverture universelle en Tunisie dépendra sans doute de l'application permanente de mécanismes assurant un recouvrement effectif. Pour parvenir à la couverture universelle, la Thaïlande et le Viet Nam expérimentent des systèmes de santé dont l'accès aux soins est subventionné par des fonds publics sous forme de rémunération par patient calculée en fonction du risque.

Pour les pays à revenu intermédiaire qui entendent instaurer une protection universelle, la question fondamentale est de savoir à partir de quelle masse critique il devient envisageable d'étendre les prestations de l'assurance sociale à l'ensemble de la population. Cette interrogation en appelle une deuxième, étroitement liée: le progrès dépend-il inévitablement de la croissance de l'emploi dans le secteur structuré de l'économie et quel rôle les régimes facultatifs pour les travailleurs de l'économie informelle peuvent-ils jouer? L'expérience du Viet Nam avec les régimes communaux d'assurance maladie peut constituer un exemple intéressant pour d'autres pays. Quelles que soient les circonstances, le gouvernement devra financer une partie de l'extension, notamment en faveur des travailleurs indépendants et des autres travailleurs à bas revenu.

Généralement, moins de 5 pour cent de la population active des pays à faible revenu sont couverts par un régime légal d'assurance maladie. Cuba et la Mongolie forment à cet égard des exceptions remarquables: ces pays ont atteint la couverture universelle respectivement par un système national de santé et par un régime social légal d'assurance maladie. Dans la plupart des autres pays à faible revenu, l'Etat ne fournit pas d'accès gratuit ou subventionné aux soins de santé de base. Cela a contribué à l'émergence des régimes d'assurance maladie communautaires et locaux. Ces régimes ont pour principal avantage d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé ou encore le rapport coût-qualité des services de santé. Le succès ou l'échec de ces régimes dépend des caractéristiques des organismes (ils peuvent avoir pour base la profession, le sexe, une zone géographique ou l'appartenance religieuse), de leur définition et du contexte dans lequel ces régimes opèrent. La plupart de ces systèmes étant de taille relativement modeste, il est important de déterminer les formes et les partenariats qui favoriseront leur extension. Ils peuvent se regrouper ou se fédérer. Ils peuvent aussi chercher à nouer des partenariats avec des institutions de plus grande taille, si elles sont fiables: pouvoirs locaux, institutions de sécurité sociale, ou compagnies d'assurances du secteur privé.

Une idée relativement nouvelle (Gbossa et Gauthé, 2003) est celle de la mise en place par l'Etat de régimes d'assurance maladie mutuels «provisoires», c'est-à-dire destinés aux chefs de micro-entreprises et à toute personne en mesure de cotiser mais qui n'a pas encore pu choisir un régime de microassurance convenable. Une autre idée nouvelle (Steinwachs, 2002) serait que l'Etat accepte que les personnes puissent – dans le cadre de l'affiliation obligatoire – choisir de s'affilier à des régimes agréés de microassurance maladie. Il faudrait pour cela que les régimes d'assurance maladie sociale légale perdent leur monopole d'affiliation des travailleurs dans le secteur formel. Les avantages pourraient être une plus grande stabilité des recettes pour les régimes communautaires, plus de concurrence et la possibilité de recourir davantage aux différents prestataires de soins de santé dans tout le pays. Cela supposerait toutefois que l'Etat puisse vérifier l'affiliation active et mettre en route un processus rigoureux d'agrément et de contrôle de la qualité. Pour soutenir le développement des régimes de microassurance, l'Etat fournirait par ailleurs une assistance technique en matière de conception et d'administration, surveillerait la performance de ces régimes et cofinancerait éventuellement l'accès des groupes à faible revenu à la microassurance maladie. Il serait intéressant de mettre ces deux idées à l'épreuve.

Au-delà de ces tendances et de ces expériences, il reste à éclaircir un certain nombre de problèmes et de questions de politique générale. Le premier aspect, et le plus important, concerne le rôle de l'Etat. On convient généralement que les pouvoirs publics jouent le rôle de «régisseur» en matière de politique de santé: c'est eux qui doivent concevoir l'ensemble du

système, suivre son évolution et orienter tous les partenaires dans le sens de l'amélioration de la santé. Outre l'offre directe de services, l'Etat peut fournir des incitations, fixer les normes et assurer le recouvrement. On s'accorde aussi pour dire que l'Etat doit financer l'accès aux soins de santé pour les pauvres et participer au financement des soins pour les indépendants. Une aide financière internationale est nécessaire, en particulier pour les pays à faible revenu.

La deuxième question concerne la conception de la couverture universelle des soins de santé. La plupart des pays en développement renoncent à opter pour le modèle du «service national de santé» en raison du manque de ressources financières publiques et de la gestion médiocre du secteur public. Le choix de l'assurance maladie sociale légale libère l'Etat de certains de ses engagements financiers, mais la question des carences de la gouvernance reste sans solution. Il se peut en outre, compte tenu du caractère hétérogène de la population active, que les régimes légaux d'assurance maladie soient intrinsèquement peu enclins à instaurer la couverture universelle. On s'accorde pour dire que l'assurance sociale est une solution de financement des soins de santé plus équitable que le système des tickets modérateurs.

La troisième question concerne l'utilisation la plus efficace possible des prestataires publics et privés de soins de santé. La solution classique consiste à adopter divers systèmes de rémunération des prestataires mais il est aussi nécessaire de définir les partenariats public/privé dans le secteur de la santé. Ces partenariats peuvent accroître la concurrence dans la mesure où l'Etat permet à d'autres acteurs de participer au financement, à la fourniture et à la gestion des services de santé. D'après Jütting (2002), cela a un effet favorable sur l'efficacité, l'équité et la qualité de l'exécution des soins de santé.

Enfin, il conviendrait d'envisager davantage – et d'expérimenter – les régimes communautaires et locaux, en particulier dans les pays à faible revenu. Pour l'heure, ces régimes ont démontré leur bon rapport coût-efficacité, mais ne se sont pas avérés reproductibles à plus grande échelle. Une des voies les plus prometteuses serait l'essai de régimes locaux d'assurance maladie visant une couverture complète à l'intérieur d'une région et principalement gérés par les autorités (locales) en collaboration avec un large éventail de partenaires possibles de la sécurité sociale. Par rapport aux régimes sectoriels ou professionnels, les régimes locaux ont l'avantage que les frais d'administration sont réduits et qu'il est possible d'inclure la participation et le contrôle locaux dans la conception du projet. Qui plus est, la couverture pourrait être étendue assez rapidement à d'autres régions, puisque les pouvoirs publics pourraient reproduire les régimes aux mêmes conditions.

3. Pensions financées par cotisation

Les débats récents sur la sécurité sociale, en particulier dans les pays développés, concernent pour une bonne part les changements importants dans la politique des retraites. Un grand nombre de pays en développement prévoient de réaliser ou réalisent actuellement des changements majeurs dans leurs régimes nationaux de pensions. Certains d'entre eux passent de régimes financés par répartition aux comptes d'épargne individuels à capitalisation intégrale, tandis que d'autres renoncent aux régimes de prévoyance avec versement d'un capital lors du départ à la retraite au profit d'un régime de sécurité sociale servant des pensions périodiques. Le processus mondial de changement est alimenté par de multiples facteurs: vieillissement de la population, déficience reconnue de la gestion administrative et politique de certains régimes publics de pensions, et passage vers une influence accrue de l'économie de marché.

Une des plus grandes difficultés auxquels sont confrontés les régimes de pensions consiste à déterminer dans quelle mesure les pensions financées par cotisation doivent faire appel à la capitalisation ou à la répartition. L'ouvrage de référence du BIT sur les pensions de la sécurité sociale (Gillion et al., 2000) relève que la forme traditionnelle de financement par répartition établit un lien entre les prestations de pension et la performance du marché du

travail et, en particulier, la croissance salariale. La forme du financement par capitalisation relie les prestations de pension au marché des capitaux et, en particulier, au taux de rendement des actions et des obligations. Ces deux formes de financement ont des avantages et des inconvénients, tant théoriques que pratiques. L'ouvrage indique qu'en règle générale le financement par répartition convient mieux pour le financement des systèmes obligatoires qui offrent des prestations de pension minimums. Il admet tant le système par répartition que le système par capitalisation pour les prestations de pension liées aux revenus, et estime que le système par capitalisation est mieux adapté aux régimes de pensions facultatifs.

La difficulté spécifique de la réforme des pensions qui vise l'extension de la couverture individuelle résulte des grandes tendances qui ont influé sur l'économie et le marché du travail ainsi que des exigences et des besoins particuliers de ceux qui, jusqu'ici, ne sont protégés par aucun système de pensions. Ce groupe est extrêmement hétérogène. Dans les pays en développement, il s'agit avant tout des indépendants, principalement dans les entreprises petites et moyennes et dans l'économie informelle se développant dans les zones tant urbaines que rurales. Il y a aussi les groupes importants de personnes qui exercent un travail familial non rémunéré, principalement dans le secteur agricole et dans les zones rurales. Il y a ensuite un groupe important de travailleurs occasionnels ou intermittents qui, dans certains cas, n'ont même pas de contrat de travail écrit. Enfin, il existe un groupe important de travailleurs, principalement de femmes, occupés comme travailleurs à domicile ou comme personnel domestique.

Les pensions, au sens du présent document, recouvrent trois principales éventualités, à savoir la vieillesse, l'invalidité et le décès (prestations versées aux survivants). La mesure dans laquelle ces catégories sont concernées par ces éventualités diffère selon leur type de travail, leur revenu et leur situation de famille. Il existe en outre différentes manières, pour ces personnes et ces sociétés, de se protéger contre ces éventualités. Ce point de vue est conforme à l'approche de la sécurité sociale plus «axée sur le développement», telle qu'elle est adoptée dans le présent document et que l'on retrouve aussi dans l'approche de la «gestion des risques sociaux» définie par la Banque mondiale (Holzmann et Jorgensen, 2000). Par exemple, la décision du départ à la retraite des travailleurs indépendants est beaucoup moins claire que celle des travailleurs salariés, qui dépendent d'un contrat de travail. Les indépendants peuvent avoir plus de choix possibles pour se protéger au moment de la vieillesse parce qu'ils possèdent un patrimoine (des terres et du matériel, par exemple) et qu'ils peuvent continuer à travailler plus longtemps à temps partiel que les salariés. En revanche, les salariés comme les indépendants dans l'économie non structurée sont probablement plus exposés aux risques d'accident et de maladie au travail, ce qui raccourcit considérablement leur espérance de vie par rapport à ceux qui travaillent dans l'économie formelle. Le décès et l'invalidité ainsi que les circonstances liées à l'éclatement de la famille peuvent dès lors représenter des besoins de pension plus impératifs que la vieillesse dans l'économie informelle (van Ginneken, 1999b).

Les valeurs qui sous-tendent les recommandations de l'OIT en matière de réforme des pensions sont contenues dans un ensemble de conventions qui prônent plus particulièrement (Fultz, 1999):

- l'extension de la couverture à tous les membres de la population;
- la prise de mesures de protection contre la pauvreté;
- le remplacement, dans une mesure déterminée, des revenus perdus;
- l'ajustement régulier des prestations à l'inflation ou à l'élévation du niveau de vie;
- la mise en place d'un environnement propice au développement de systèmes complémentaires de revenus de la retraite.

Dans sa poursuite de ces objectifs, l'OIT cherche par ailleurs à promouvoir certains objectifs secondaires importants: l'égalité de traitement sur les marchés du travail entre les travailleurs migrants et les travailleurs du pays et entre les femmes et les hommes (en ce qui concerne la dimension du genre, voir le chapitre 6); la gestion démocratique des régimes de pensions, qui doit donner voix à ceux dont les ressources sont utilisées comme source de financement; la responsabilité de l'Etat, qui doit veiller à ce que les conditions de l'exécution effective de la protection en matière de pension soient remplies.

La plupart des analystes conviennent qu'un système à plusieurs piliers caractérisé par la diversification des mécanismes de financement et de prestations offre la plus grande garantie des moyens d'existence à long terme. En règle générale, il n'existe pas de désaccord sur une garantie minimum pour les pauvres (le premier pilier) et sur l'épargne facultative en prévision de la retraite (le troisième pilier). On s'accorde généralement aussi pour dire qu'un lien plus étroit entre les cotisations et les prestations et des incitations appropriées à cotiser et à assurer la transparence sont souhaitables dans le régime d'assurance obligatoire intermédiaire (le deuxième pilier). D'après Augusztinovics (2002), la discussion tourne autour du cadre institutionnel pour le deuxième pilier: la méthode de financement (répartition ou capitalisation) et le type de gestion (publique ou privée). Ces piliers sont étroitement interconnectés. Par exemple, si un pays possède un pilier de base bien développé et soutenu, la part du pilier obligatoire financé par cotisation peut être relativement plus réduite et l'accent peut être mis davantage sur les mécanismes facultatifs.

Le présent chapitre est centré sur les régimes de pension financés par cotisation et, en particulier, sur les diverses possibilités d'extension des régimes légaux. Il se penche par ailleurs sur les liens possibles avec les institutions de microfinance (IMF) émergentes qui desservent principalement l'économie informelle et commencent à proposer des assurances-vie et d'autres produits connexes d'assurance pension. Le rôle des prestations de pension financées par l'impôt est analysé au chapitre 5.

3.1. Réforme et couverture des pensions en Amérique latine

C'est en Amérique latine surtout (Cruz-Saco, 2002) que les réformes ont changé les principes sur lesquels reposaient le financement et l'administration des systèmes de pension. Les anciens principes – solidarité, redistribution, administration publique, prestation définie et régimes financiers à capitalisation partielle – ont été remplacés par d'autres: cotisation définie, comptes individuels à capitalisation intégrale, fonds de pension privés (avec états financiers distincts), et garantie par l'Etat d'une pension minimale.

Les réformes structurelles ont modifié radicalement le système public, tantôt en remplaçant complètement par un système privé (modèle substitutif), tantôt en introduisant une composante privée en plus de la composante publique (modèle parallèle), tantôt encore en créant un système privé en concurrence avec le système public (modèle mixte) (voir Mesa-Lago, 2001b). A ce jour, cinq pays ont adopté le modèle substitutif: Bolivie, El Salvador, Mexique et Nicaragua. La Colombie et le Pérou ont appliqué le modèle parallèle, tandis que le modèle mixte existe en Argentine, au Costa Rica et en Uruguay. Des réformes structurelles sont envisagées dans deux autres pays d'Amérique latine: le Brésil songe à adopter un modèle mixte, et le Honduras, un modèle substitutif.

Une des hypothèses qui sous-tendent les réformes structurelles des pensions était que, si le système privé est meilleur que le système public, cela créera une incitation à s'affilier au premier et, par conséquent, la couverture de la population active augmentera. Avant les réformes structurelles des pensions, les pays «pionniers» comme l'Argentine, le Chili et l'Uruguay avaient la couverture la plus large (70 à 80 pour cent). Les pays «intermédiaires» comme la Colombie, le Mexique et le Pérou avaient des taux de couverture de 20 à 45 pour

cent. Les pays «à la traîne», notamment la Bolivie et El Salvador, avaient des taux de couverture inférieurs à 20 pour cent. Dans tous les pays qui ont opéré des réformes des pensions, seule la Colombie atteignait un taux plus élevé de cotisants actifs qu'avant les réformes (voir le tableau comparatif 4). Le tableau 4 montre également les chiffres de couverture sous l'angle de l'affiliation, qui sont systématiquement supérieurs à ceux des cotisants actifs. La différence s'explique probablement en grande partie par le fait que les cotisants peuvent être affiliés à plusieurs régimes de pensions.

Dans certains pays, les indépendants peuvent être couverts s'ils le décident, auquel cas un indépendant devra généralement verser l'équivalent de la somme des cotisations du travailleur et de l'employeur. La fixation d'un salaire minimum comme base imposable ne corrige pas ce problème. En effet, la grande majorité des indépendants ont des montants de revenu inférieurs à ce minimum. Il s'ensuit que la lourde charge financière imposée aux indépendants devient un obstacle important à la couverture (Mesa-Lago, 1998).

Tableau 4: Evaluation comparée des pays d'Amérique latine qui avaient opéré vers 2000 une réforme structurelle des pensions

Pays	Pourcentage de la population active couverte par les deux systèmes, 1999-2000		Cotisants actifs par rapport au total des assurés dans le nouveau système (%)	Nombre d'administrateurs	Frais d'administration, commission et prime (% du salaire)
	basé sur l'effectif des affiliés (%)	basé sur les cotisants actifs (%)			
Argentine	66	29	44	13	3,41
Bolivie	13	s.o.	s.o.	2	2,50
Chili	109	60	53	8	2,61
Colombie	44	23	48	6	3,50
El Salvador	32	19	58	2	3,18
Mexique	36	23	87	13	4,13
Pérou	26	13	44	5	3,80
Uruguay	72	66	59	6	2,68

Source: Mesa-Lago (2001b)

Les cas de l'Argentine et de l'Uruguay sont différents: la couverture des indépendants y est obligatoire. Le Chili a un système facultatif pour un nombre relativement restreint d'indépendants. Dix pour cent seulement d'entre eux y sont affiliés. Il s'agit pour la plupart de membres des professions libérales qui ont des revenus élevés, et 4 pour cent seulement sont des cotisants actifs (Mesa-Lago, 2001b). Si le système de pensions chilien n'a pas, après près de vingt ans d'activité, étendu la couverture au-delà de ce groupe relativement limité, il serait très difficile pour d'autres pays qui ont des groupes importants d'indépendants, d'agriculteurs et de travailleurs du secteur informel d'étendre la couverture à ces groupes traditionnellement sous-représentés (Mesa-Lago, 1998).

Les réformes des pensions étaient censées réduire l'évasion et le non-recouvrement. On croyait en effet que les travailleurs seraient fortement intéressés par l'accumulation de leur épargne en vue de la pension. Les indications présentées au tableau 4 donnent toutefois à penser qu'en général, 40 à 60 pour cent au plus de la population assurée (sauf au Mexique) sont des cotisants actifs au nouveau système. Il y a plusieurs explications possibles à cela:

- les affiliés peuvent avoir quitté la population active et/ou que les employeurs tardent à verser les cotisations prélevées sur le salaire de leur personnel;
- le nombre des assurés est souvent gonflé suite au double comptage et à des documents comptables insuffisants;
- les assurés à faible revenu peuvent avoir réduit leurs cotisations au minimum qui permet malgré tout l'ouverture du droit à la pension et qui porte ainsi au maximum la subvention de l'Etat qui leur garantit une pension minimum;
- une autre raison, très sérieuse, explique l'évasion, à savoir les frais administratifs excessifs. Un des postulats fondamentaux du système de pensions privé est que, contrairement au système public, il serait compétitif, améliore l'efficacité et maximalise le rendement de l'investissement.

La concurrence sur le marché des pensions est fortement influencée par le nombre d'administrateurs. Celui-ci est assez élevé en Argentine et au Mexique (13), moyen au Chili (8) et en Colombie (6) et faible ailleurs (Bolivie 2, El Salvador 2 et Pérou 5). La Bolivie ne comptait que 350 000 assurés en 1998, et tous l'étaient auprès de l'un des deux administrateurs seulement (duopole). Dans la plupart des pays, on assiste à une tendance à la concentration entre les mains de deux ou trois administrateurs qui regroupent ensemble 75 pour cent ou plus des assurés. Mesa-Lago (2001b) indique que cette concentration ne s'explique pas par les frais administratifs les plus faibles ou par les taux de rendement les plus élevés mais bien par la commercialisation et le nombre de vendeurs.

Les systèmes de pension privés font payer des commissions dont le niveau est une indication de leur efficacité. La commission se compose généralement de deux éléments: une partie est versée à l'administrateur en contrepartie de la gestion du compte personnel, de l'intérêt du fonds et de la pension de vieillesse, et l'autre est versée à une compagnie d'assurances privée pour couvrir le risque d'invalidité et de décès (sauf en Colombie et au Mexique, où ces risques sont couverts par le système d'assurance sociale légale). Le tableau 4 montre que ces commissions sont élevées: elles varient de 2,5 à 4 points de pourcentage de la masse salariale ou de 15 à 25 pour cent du total des cotisations.

Les coûts administratifs du système de pensions privé sont élevés eux aussi en raison du problème du transfert. Les travailleurs assurés ou les affiliés peuvent choisir le meilleur administrateur. Ils peuvent donc passer à leur gré d'un administrateur à l'autre, moyennant certaines restrictions. Par exemple, ils peuvent changer tous les six mois ou bien deux fois par an. Les administrateurs des pensions ont mis en place toutes sortes d'attraits et de prestations complémentaires pour accroître le nombre de leurs membres (cadeaux ou services électroniques supplémentaires pour accéder aux informations personnelles). Ils font intervenir des vendeurs qui ont pour mission de convaincre l'assuré de changer d'administrateur et qui, en contrepartie, reçoivent une commission pour chaque transfuge. Le vendeur a tout intérêt à inciter autant de membres que possible à changer d'administrateur. Il s'ensuit que les transferts sont très nombreux et très coûteux, ce qui a incité les organismes publics de surveillance à imposer des contraintes supplémentaires au transfert de membres.

Les principaux défauts des réformes des pensions sont donc les suivants: limites importantes à l'élargissement de la couverture, coûts de transaction élevés, évasion et non-recouvrement, et absence de concurrence. Certains de ces défauts ont alors débouché sur diverses formes de surréglementation de la part du gouvernement, notamment l'obligation pour

les administrateurs de verser à l'assuré un rendement annuel minimum sur l'investissement, l'interdiction légale ou les restrictions frappant l'investissement en instruments étrangers et de prescrire des méthodes de fixation des commissions pour l'administration du fonds des pensions.

L'expérience de l'Amérique latine semble se reproduire dans une certaine mesure dans l'expérience plus récente de l'Europe centrale et orientale. Une comparaison récente entre la Hongrie et la Pologne, pays qui ont tous deux introduits des régimes de pensions gérés par le secteur privé, montre que les coûts administratifs sont élevés et que la valeur réelle de l'épargne des travailleurs a reculé pendant les premières années de l'opération (Fultz, 2002). L'étude souligne également les écarts importants des prestations de rentes de pension selon la performance du marché des capitaux au moment du départ à la retraite. Elle estime de plus les coûts de transition à long terme extrêmement élevés que doit payer l'Etat pour le passage du système par répartition à un système par capitalisation. Le Chili connaît encore des coûts de transition vingt ans après celle-ci. En Hongrie et en Pologne, les coûts du financement de la transition sont estimés à plus de 100 pour cent du PIB sur les cinquante prochaines années et, respectivement à un pour cent du PIB jusqu'en 2020 et à deux pour cent pendant de nombreuses années ensuite.

3.2. Quelques exemples concrets d'extension des régimes légaux de pension

Qu'ils fonctionnent par capitalisation ou par répartition, tous les régimes doivent faire face au même problème lorsqu'il s'agit d'étendre leur couverture: une partie importante et souvent croissante de la population active travaille dans l'économie informelle. Cela dit, les régimes de pension légaux peuvent préparer la voie à une extension plus large de diverses manières. Comme relevé ci-dessus, ces tentatives seront moins fructueuses si la structure des cotisations et des prestations du régime ne répond pas aux besoins et à la capacité contributive particulière des travailleurs de l'économie informelle. Enfin, l'Etat peut aussi mettre en place et financer en partie des régimes qui ne concernent que certaines catégories, par exemple les indépendants et le personnel domestique.

Dans la plupart des pays en développement, l'administration des systèmes de sécurité sociale a souvent été incapable de prendre en charge les circonstances particulières des indépendants et des salariés occasionnels (Jenkins, 1993). Lorsque l'assurance sociale légale est étendue à des entreprises de plus petite taille, chaque nouvel employeur doit être identifié, enregistré, éduqué et convaincu de respecter toutes les règles du régime sur le plan de l'enregistrement des travailleurs existants et nouveaux et de la méthode et de la fréquence du versement des contributions. Les travailleurs occasionnels travaillent de manière intermittente et irrégulière pour différents employeurs. La perception des cotisations est dès lors difficile et, du point de vue administratif, la tenue de données à jour et correctes est compliquée. Il existe par ailleurs une sorte de conflit par rapport au concept sous-jacent de l'obtention des prestations, à savoir celui du revenu «de remplacement», dans les cas où il n'est pas toujours facile de déterminer exactement quel est le revenu à remplacer.

Il est donc nécessaire de supprimer ou d'atténuer progressivement les restrictions légales qui excluent certains groupes de travailleurs de la couverture, comme c'est le cas dans les petites entreprises ou dans le secteur agricole. Avant cela, il convient de vérifier si l'administration du régime peut faire face à l'extension. Si la législation prévoit un calendrier, celui-ci garantira la discipline requise pour veiller à ce que des mesures administratives soient prises pour préparer l'extension de la couverture, ce qui a aussi pour avantage d'éviter de nouveaux cycles de négociation et de réflexion politique.

Les réformes administratives constituent une autre étape importante pour améliorer le recouvrement et l'exécution, par exemple en développant la coopération avec d'autres

organismes publics, notamment les organismes fiscaux, afin de déterminer quelles personnes et quelles entreprises doivent être couvertes. De plus, une meilleure gouvernance soutenue par des activités efficaces de relations publiques et d'éducation doit pouvoir s'appuyer sur des procédures et des compétences de recouvrement et d'exécution qui renforcent le caractère obligatoire du régime. Dans certains pays comme les Philippines, le régime du système de sécurité sociale a été mis au point dans le but d'assurer une couverture universelle, mais son application a été entravée par une combinaison de défaillances de gestion du secteur public et une approche laxiste en matière de recouvrement.

L'exemple de la Tunisie montre cependant qu'une mise en application bien contrôlée et une évaluation plus précise des revenus des travailleurs indépendants conduisent à une extension effective de la couverture (Chaabane, 2003). Le système de contrôle de la Caisse nationale de sécurité sociale prend deux formes: le contrôle sur place et le contrôle comptable des grandes entreprises en vue de déceler les sous-déclarations et les fraudes. En outre, la législation prévoit de lourdes sanctions contre les entreprises en infraction. En Tunisie, comme dans beaucoup d'autres pays, la sous-déclaration des revenus est une pratique répandue parmi les travailleurs indépendants. En conséquence, un barème réaliste a été fixé selon les catégories de travailleurs indépendants. Ce barème tient compte du corps de métier de l'assuré et de la taille de l'entreprise ou de l'exploitation agricole. Les travailleurs indépendants doivent cotiser en fonction de ce barème, à moins de pouvoir prouver que leurs revenus sont inférieurs (ou supérieurs). En 1996, on a constaté que ces mesures, accompagnées d'une vaste campagne d'explication et de sensibilisation auprès des organisations d'employeurs et de travailleurs, avaient permis de réaliser près de 70 000 nouvelles affiliations en l'espace de deux ans.

La République de Corée a étendu en 1999 son programme national des pensions à l'ensemble de la population active. Cette mesure découlait de la philosophie du bien-être productif adoptée par le nouveau président Kim. L'idée est que les politiques sociales ne sont pas uniquement un instrument permettant une plus grande compétitivité économique mais qu'elles garantissent aussi l'exercice intégral des droits sociaux fondamentaux pour chaque citoyen. Il n'empêche que de nombreux travailleurs temporaires, qui sont surtout occupés dans des entreprises petites et moyennes, ne paient pas leurs cotisations. De plus, le programme national impose vingt années de cotisation au moins pour l'ouverture du droit à une pension complète et, à ce jour, il a donc principalement accumulé des fonds. Lorsque les pensions seront payées à partir de 2003, on estime que le fonds sera épuisé en trente ans, sauf réforme de la structure de financement (Kwon, 2002).

La Chine (Hu, Cai et Zhai, 1999) est un des pays où une adaptation de la structure des prestations et des cotisations a facilité l'affiliation des indépendants et des travailleurs de l'économie informelle. Tout d'abord, une distinction nette a été faite entre les régimes de pension obligatoires pour les travailleurs urbains et le régime de pension pour les travailleurs ruraux, ce dernier étant financé par l'Etat et prévoyant la participation volontaire des agriculteurs. Il existe toutefois des écarts considérables entre les structures de prestations et de cotisations des régimes de pension des différentes catégories de travailleurs dans les zones urbaines. Il est possible aussi de laisser aux indépendants une certaine latitude quant au choix des revenus assurables qui servent de base au calcul des cotisations qu'ils s'engagent à payer (l'Egypte, par exemple, a adopté cette approche).

Une autre manière d'aligner les pensions sur les priorités et les capacités contributives des différentes catégories de travailleurs consisterait à définir des enveloppes de prestations pour les indépendants et le secteur informel allant d'un ensemble de base de protection sociale obligatoire pour toutes les personnes qui exercent une activité rémunérée à un ensemble plus complet qui resterait obligatoire pour certaines catégories de travailleurs (du secteur formel). Les premières prestations qui entreraient en ligne de compte pour cette enveloppe de prestations de base seraient les prestations aux survivants et les prestations d'invalidité. Les régimes légaux d'assurance sociale seraient mieux placés que les autres pour assumer ces prestations dans la mesure où ces risques requièrent un groupe important de cotisants. Compte

tenu de cela, le gouvernement de la Malaisie examine actuellement une proposition du BIT relative à une loi sur un régime obligatoire pour les indépendants. Celle-ci prévoirait des prestations similaires à celles des salariés et couvrirait les frais de réadaptation ainsi que les prestations en espèces pour les accidents graves du travail et pour l'invalidité. Il est proposé de confier l'administration du régime à l'Organisation de la sécurité sociale, mais qu'il soit financièrement indépendant du régime des salariés.

Il se peut que l'extension ou l'adaptation du régime légal des pensions n'entraîne pas de nombreuses affiliations supplémentaires. Il faut donc se demander à quel point il est réaliste de concevoir des régimes spéciaux pour les indépendants ou d'autres catégories de travailleurs de l'économie informelle. Il existe essentiellement deux manières de le faire (Bailey et van Ginneken, 2000). La première consiste à élaborer un régime public spécial qui réponde aux besoins et aux circonstances du groupe exclu et qui soit distinct du régime légal sur le plan administratif et financier. Il est financé entièrement ou en partie par l'assuré, avec une subvention publique. La seconde consiste à encourager (et soutenir) la création de mécanismes d'aide mutuelle (ou du secteur privé) qui couvrent des catégories professionnelles ou des communautés. Cette seconde possibilité est analysée à la section suivante (3.3).

Pour assurer une certaine comptabilité entre les régimes légaux et spéciaux, il faudrait toutefois résoudre divers problèmes. De nombreuses personnes, à un moment ou à un autre de leur vie active, seraient assurées au titre du régime légal, et il faudrait donc voir comment relier cela à l'affiliation à un régime spécial. De plus, même si le régime spécial était spécifiquement défini pour être attrayant pour les catégories exclues, il échouerait probablement si l'affiliation était libre, puisque les risques moraux auraient pour effet que les affiliés maximaliseraient leur droit par rapport à leur engagement de cotiser. Toutefois, le recouvrement serait également difficile dans un système obligatoire, selon les catégories de personnes à inclure. Si un pourcentage important d'entre elles ne voyaient pas d'avantage à ce système ou s'estimaient incapables de payer la cotisation, cela aurait pour effet de compromettre à la fois sa viabilité financière et la solidarité indispensable. Une possibilité sera dès lors que l'Etat subventionne le régime de manière à garantir un niveau plus élevé de participation, comme le font l'Equateur, la République islamique d'Iran, la République de Corée et la Turquie.

Une autre possibilité consiste à créer des impôts affectés conçus spécialement pour soutenir un régime de groupe, comme les Labour Welfare Funds en Inde. Par exemple, le Beedi Labour Welfare Fund finance la couverture d'environ 400 000 travailleurs beedi, qui sont essentiellement des travailleurs à domicile, dans le cadre de l'application de la loi sur les caisses de prévoyance des salariés. Le Beedi Fund est lui-même financé par un impôt affecté sur la production des beedi. En outre, on a délivré à ces travailleurs des cartes d'identité qui jouent un rôle important en ce qu'elles rendent ces prestations légales accessibles aux catégories de travailleurs du secteur informel (Jain, 1999).

Etant donné la diversité des pays en développement du point de vue du niveau de développement économique et des institutions de sécurité sociale, il est difficile de formuler des conclusions générales quant à la politique à adopter. Une distinction peut être faite entre deux types de pays en développement. Le premier se compose de pays à revenu intermédiaire dont certains possèdent des institutions de sécurité sociale bien développées. Ces pays pourraient envisager de couvrir l'ensemble de la population en étendant le programme légal d'assurance sociale. Il existe ensuite un groupe important de pays à faible revenu où une extension rapide de la couverture de la sécurité sociale n'est possible qu'en créant des régimes d'assurance sociale conçus spécialement pour différentes catégories de travailleurs de l'économie informelle.

3.3. Microfinance et pensions

Les institutions de microcrédit s'emploient traditionnellement à octroyer des prêts servant de fonds de roulement pour les micro-entreprises comme moyen de rompre le cercle vicieux de la pauvreté. Bon nombre d'entre elles sont devenues des institutions de microfinance (IMF), parce qu'une approche intégrée et plus globale est nécessaire pour offrir tout l'éventail des services nécessaires aux ménages à revenu modeste, et pas simplement aux chefs de micro-entreprises. Des polices d'assurance-vie sont souvent rattachées aux prêts commerciaux afin d'en garantir le remboursement si l'emprunteur venait à décéder et, dans certains cas, pour verser une somme forfaitaire aux survivants. Les IMF, dans le cadre de leurs responsabilités étendues, cherchent à présent à desservir des catégories plus larges de clients et à étendre leurs services d'assurance à l'assurance maladie et à l'assurance du patrimoine.

Pour étendre la disponibilité des services financiers aux communautés à faible revenu, la création des produits d'assurance devrait probablement, pour diverses raisons, venir après la création des produits d'épargne. Premièrement, l'épargne est plus efficace que l'assurance pour diminuer la vulnérabilité à une série d'événements sociaux et économiques imprévisibles ou non récurrents: dépenses pour un mariage, perte d'une activité commerciale ou industrielle et maladie, par exemple. L'assurance, en revanche, offre une protection plus adaptée contre les événements prévisibles qui entraînent souvent des pertes importantes: frais d'hôpital, décès, vieillesse et incapacité. Deuxièmement, les comptes d'épargne constituent sans doute un fondement plus efficace que les prêts pour la fourniture de services d'assurance, parce que le lien entre crédit et assurance n'offre de couverture que lorsque le client a un encours de crédit. Enfin, un lien entre épargne et assurance accroît la probabilité de pouvoir accéder à l'assurance pour les clients à faible revenu dont les flux de rentrées financières sont irréguliers. En effet, ils peuvent soit utiliser leurs comptes pour épargner les primes d'assurance, soit payer les primes au moyen des intérêts obtenus sur leur épargne. Il s'ensuit que les produits innovants qui greffent l'assurance sur des produits d'épargne – comme les produits d'épargne vie de diverses mutuelles de crédit et les comptes d'épargne à primes de la SEWA – sont probablement le moyen le plus efficace de fournir une couverture de longue durée tout en réduisant au minimum les coûts de transaction (Brown et Churchill, 2000).

Zeller (2000) indique que les IMF ont un rôle important à jouer, pour répondre aux risques de la vieillesse et du décès de membres de la famille au moyen de services d'épargne prévoyance (dépôts à long terme assortis de taux d'intérêts élevés) et d'assurance-vie. Il existe actuellement plus d'exemples d'IMF qui s'occupent d'assurance-vie que de pensions de vieillesse périodiques. La banque Rakyat Indonesia propose une assurance-vie qui couvre uniquement la dette des emprunteurs. Le Bangladesh Rural Advancement Committee (BRAC) verse une assurance-vie aux survivants désignés. Le versement d'une somme forfaitaire à «l'héritier» fournit une incitation implicite à prendre en charge le membre du BRAC pendant sa vieillesse. Certaines institutions de microfinance offrent des systèmes d'épargne prévoyance, mais le font généralement lorsqu'elles sont enregistrées comme organisme bancaire.

Il existe divers mécanismes pour étendre l'accessibilité des produits d'assurance-vie et, à terme, les pensions aux ménages modestes. Les IMF pourraient jouer un rôle important dans ce processus. En effet, ce sont généralement des institutions de confiance qui ont déjà mis en place des moyens de crédit et d'épargne pour les pauvres, le plus souvent à un coût relativement faible. En revanche, elles n'ont généralement aucune expérience de l'assurance et leur clientèle est relativement réduite. Si leur taille et leurs capacités de supervision et de gestion sont suffisantes, elles peuvent mettre en place une unité commerciale distincte et engager les experts nécessaires. A défaut, elles pourraient servir d'intermédiaire et sous-traiter le volet assurance de leur activité – ou certaines activités à long terme du processus d'assurance – à un assureur ou une entreprise spécialisée. Elles peuvent en outre souhaiter externaliser le risque en faisant appel à un réassureur. Les tâches de l'IMF consisteraient alors à vendre des polices aux clients en échange d'une commission. Compte tenu de sa relation de confiance avec

le client, elle assurerait aussi le service de la police, ce qui implique la vérification des déclarations de sinistre et l'introduction des demandes d'indemnisation. (Churchill et al, 2002).

L'Etat aura un rôle indirect important dans tout ce processus. Parmi les normes réglementaires définies pour les assureurs commerciaux qui desservent le marché des hauts revenus, un grand nombre peut, sans le vouloir, limiter les services d'assurance de montants modestes pour les clients à faible revenu. L'Etat peut aussi souhaiter, par des réglementations et des incitations financières, influencer sur les prestations d'assurance-vie et, à terme, d'assurance pension offertes par le secteur privé. En réalité, d'un point de vue de sécurité sociale, les gouvernements favorisent généralement le paiement de prestations périodiques plutôt que de sommes forfaitaires. L'Etat a un intérêt intrinsèque à ce que les versements soient périodiques. En effet, si la somme forfaitaire n'est pas utilisée à bon escient, la personne pourrait solliciter l'aide sociale financée sur les deniers publics. Pour cette raison et pour d'autres, l'Etat pourrait souhaiter subventionner ces régimes soit en prenant à sa charge une partie des cotisations, soit en apportant une aide technique. Parmi les méthodes d'intervention possibles, certaines sont très similaires à celles qui sont analysées à la section 2.3.3 dans le contexte des régimes d'assurance maladie communautaires.

3.4. Conclusions

Un grand nombre de pays en développement envisagent ou appliquent aujourd'hui des modifications majeures de leur régime national des pensions. Certains passent de régimes par répartition aux comptes d'épargne individuels à capitalisation intégrale, d'autres renoncent aux régimes de prévoyance qui assurent le versement d'une somme forfaitaire au moment du départ à la retraite au profit d'un régime de sécurité sociale servant des prestations périodiques. Les pensions couvrent trois grandes éventualités: la vieillesse, l'incapacité et les prestations aux survivants en cas de décès. La manière dont ces éventualités affectent les diverses catégories de travailleurs des secteurs formel et informel diffère selon leur type de travail, de revenu et de situation familiale. Il sera nécessaire d'étudier davantage les réalités «sur le terrain» des mécanismes formels de pensions (Charlton et McKinnon, 2001) ainsi que les incidences de la vieillesse, de l'incapacité et de la mort sur le revenu, le patrimoine et les relations familiales.

C'est en Amérique latine, en particulier, que les réformes des pensions ont modifié les principes sur lesquels reposent le financement et l'administration des régimes de pensions. Les réformes des pensions n'ont pas modifié les écarts de couverture importants entre les pays et, ces vingt dernières années, la couverture globale a probablement régressé. Les pays pionniers (Argentine, Chili et Uruguay) ont une couverture de 60 à 80 pour cent, tandis que les autres pays, dont l'économie informelle est beaucoup plus importante, protègent moins de 30 pour cent de la population active. Ces réformes des pensions étaient censées améliorer la couverture en diminuant l'évasion et le non-recouvrement et étaient inspirées par la conviction que les travailleurs seraient attirés davantage par l'accumulation de l'épargne en vue de la pension que par les prestations servies par les régimes par répartition. Il se peut que l'évasion et le non-recouvrement aient augmenté, ce qui semble s'expliquer par les coûts administratifs excessifs et par le problème «des transferts». Cela étant, les systèmes de pension par capitalisation comme ceux par répartition sont en grande partie confrontés au même problème en ce qui concerne l'extension de la couverture: le fait que, dans de nombreux pays, une partie importante et souvent croissante de la population active travaille dans l'économie informelle.

Les démarches adoptées par les Etats pour intégrer les travailleurs indépendants dans les programmes légaux d'assurance pension ont connu des succès mitigés. En général, les indépendants ne sont pas disposés à payer «le double», c'est-à-dire à la fois la cotisation du travailleur et celle de l'employeur. Certains pays comme la Tunisie ont toutefois étendu notablement la couverture des indépendants, en particulier en définissant des barèmes de revenus réalistes comme base de calcul de la cotisation pour les différentes catégories de travailleurs indépendants. Certains régimes spéciaux pour ces travailleurs ont également porté

leurs fruits, en particulier lorsque le gouvernement est disposé à les subventionner et lorsqu'il est possible de soutenir ces régimes au moyen d'impôts affectés. L'Inde, par exemple, a réussi à couvrir environ 400 000 travailleurs beedi, qui sont principalement des travailleurs à domicile, au titre de la loi sur le fonds de prévoyance des salariés, ce fonds étant financé au moyen d'un impôt affecté. La Chine a également facilité l'accès des indépendants et des travailleurs de l'économie informelle en adaptant les structures de prestations et de cotisations à la situation particulière des travailleurs urbains et ruraux. L'Égypte a été un des pays à prescrire des niveaux minimums de revenus assurables pour différentes professions afin d'offrir aux indépendants un certain choix pour leurs engagements en matière de cotisation.

Les pays à revenu intermédiaire pourraient envisager de couvrir l'ensemble de la population en étendant le programme légal d'assurance pension. Les pays à faible revenu, quant à eux, peuvent probablement étendre la couverture des pensions de manière significative grâce aux organismes intermédiaires, par exemple les institutions de microfinance (IMF). Les IMF peuvent en effet jouer un rôle prépondérant en rendant l'assurance-vie et, à terme, les pensions accessibles aux ménages à faible revenu. Ce sont généralement des institutions de confiance qui ont déjà mis en place des moyens de crédit et d'épargne pour les pauvres, le plus souvent à un coût relativement faible. Les IMF peuvent gérer elles-mêmes une activité d'assurance ou devenir les intermédiaires de compagnies d'assurance.

Pour ces deux types de pays, on peut avancer les orientations suivantes:

- envisager une révision du régime légal afin de faciliter l'adhésion partielle;
- renforcer la capacité administrative (recouvrement, tenue des dossiers et gestion financière);
- lancer des programmes d'éducation et de sensibilisation du public pour améliorer l'image du système de sécurité sociale;
- étendre, suivant un calendrier fixé la couverture à tous les salariés à l'exception de catégories particulières comme les domestiques, les travailleurs familiaux et les travailleurs occasionnels;
- ouvrir de nouveaux «guichets» en proposant des prestations adaptées aux besoins et à la capacité de cotisation des groupes qui ne bénéficient d'aucune couverture.

4. Protection contre le chômage

Selon le Rapport sur l'emploi dans le monde (BIT, 2001b), un tiers environ de la population active à l'échelle mondiale – soit un milliard de travailleurs – était soit au chômage soit en situation de sous-emploi à la fin de 2000. L'ensemble de la planète comptait environ 160 millions de chômeurs, c'est-à-dire de demandeurs d'emploi ou de personnes disponibles pour travailler mais incapables de trouver du travail. Plus de la moitié d'entre elles vivaient dans des pays en développement. Plus de 800 millions de personnes, essentiellement dans les pays en développement, étaient considérées comme étant en situation de sous-emploi: soit elles travaillaient nettement moins qu'à temps plein tout en souhaitant travailler davantage, soit elles gagnaient moins qu'un salaire de subsistance. En général, elles font partie de l'économie informelle, dans les zones tant rurales qu'urbaines. Cinq cents millions d'entre elles environ sont incapables de gagner suffisamment pour maintenir leur famille au-dessus du seuil de pauvreté d'un dollar E.-U. par jour.

La première protection contre le chômage et le sous-emploi est une politique solide de plein emploi, composée de politiques macroéconomiques aux niveaux national et international; de politiques sectorielles, régionales et locales; et de politiques du marché du travail et de la

formation. Cela étant, le besoin de politiques spécifiques de protection contre le chômage est de plus en plus pressant. En effet, les politiques de plein emploi soit ne sont pas en place, soit sont longues à porter leurs fruits, et diverses crises ont entraîné des niveaux de précarité inacceptables.

Certains pays à revenu intermédiaire ont mis en place des régimes de prestations de chômage pour les travailleurs sous contrat d'emploi dans le secteur formel. Ces régimes ne concernent ordinairement qu'une partie des chômeurs. Il se peut aussi que certains travailleurs du secteur formel soient également couverts par des mesures de protection de l'emploi, notamment par une loi sur la sécurité d'emploi et par des indemnités de licenciement. Le présent chapitre analyse l'efficacité des allocations de chômage et des mesures de protection de l'emploi et étudie de quelle manière elles peuvent le mieux se compléter.

Dans les pays en développement, la majeure partie de la population active se compose de travailleurs en situation de sous-emploi dans les zones rurales et l'économie urbaine informelle, qui ne disposent pratiquement d'aucune protection contre le chômage. Beaucoup de pays à revenu faible et certains pays à revenu intermédiaire ont mis en place des programmes à forte intensité d'emploi qui fournissent un emploi à ces personnes en situation de sous-emploi. Le présent chapitre examine les conditions dans lesquelles ces programmes peuvent fournir une garantie d'emploi limitée pour certaines catégories de travailleurs sous-employés.

4.1. Prestations de chômage et protection de l'emploi

Les allocations de chômage ont pour rôle essentiel de garantir les moyens d'existence pendant les périodes de chômage involontaire. Elles peuvent ainsi contribuer à maintenir les niveaux de consommation aux niveaux personnel et macroéconomique et à promouvoir la recherche efficace d'un emploi en facilitant une meilleure concordance de l'offre et de la demande sur le marché du travail. Comme dans tout autre régime de sécurité sociale, l'assurance chômage transfère l'incertitude du risque de l'individu à la collectivité (BIT, 1976). Elle améliore ainsi l'acceptation de l'ajustement économique par les travailleurs et réduit le coût de l'ajustement de la main-d'œuvre pour les employeurs (BIT, 1999b).

En principe, l'éventualité du chômage de courte durée et frictionnel (intervalle entre deux emplois) peut être considérée comme aléatoire et se prête dès lors à une protection au titre de l'assurance sociale. Par contre, le chômage qui résulte de récessions nationales ou internationales peut faire l'objet d'une protection partielle seulement dans le cadre d'une couverture d'assurance sociale autofinancée. En pratique cependant, les régimes de prestations de chômage ont préservé leur viabilité au moyen d'une série de mécanismes: définir l'éventualité dans des termes précis, être explicites et souvent restrictifs au sujet de la couverture, et rattacher au service de la prestation une série de conditions de contrôle et autres dont la plus importante est probablement la durée des prestations. Il est clair toutefois qu'en périodes de crise, les dépenses des régimes d'assurance chômage seront supérieures à leurs recettes. A ce stade, l'écart pourrait être comblé au moyen des réserves du régime, en augmentant les cotisations, et par des prêts et/ou des subventions de l'Etat. Pendant la forte récession de 1998, par exemple, la République de Corée a accordé une subvention supplémentaire à l'assurance chômage et aux régimes d'aide sociale afin de compenser la perte de revenu des chômeurs.

4.1.1. Amérique Latine et Caraïbes

Dans les pays d'Amérique latine, la réglementation du marché du travail s'est attachée de tout temps à assurer la stabilité de l'emploi en protégeant les travailleurs contre le licenciement arbitraire (Márquez, 1995). La plupart des pays ont recours à des régimes d'indemnisation en cas de licenciement pour aider les travailleurs au chômage pendant leurs périodes d'inactivité. Ces régimes ne versent que des prestations forfaitaires. Les régimes

d'indemnités de licenciement sont très généralement à charge des employeurs, mais certains ont été intégrés aux régimes d'assurance sociale. Ils sont principalement liés à l'ancienneté et aux revenus, de sorte que les coûts du licenciement pour l'employeur sont plus élevés dans le cas des travailleurs ayant effectué une longue période de service. Certains pays comme le Chili et la Colombie ont expérimenté des comptes d'épargne individuels de départ, qui constituent un fonds dont le travailleur peut disposer en cas de cessation d'emploi. Divers pays ont allégé dans les années quatre-vingt-dix les contraintes et les coûts pesant sur les employeurs en matière de licenciement, et certains ont transformé des systèmes d'indemnités de licenciement en caisses obligatoires de départ.

Quelques pays seulement (Argentine, Barbade, Brésil, Chili, Equateur, Mexique, Uruguay et Venezuela) ont mis en œuvre des régimes d'assurance chômage qui sont intégrés dans leurs régimes d'assurance sociale. En réalité, le développement des régimes de prestations de chômage a été retardé par le fait que les indemnités de licenciement fournissent déjà une assurance revenu importante pour les travailleurs licenciés sous contrat d'emploi ouvrant le droit à la totalité des prestations. Les cotisations de l'employeur et du travailleur forment la source principale de financement des régimes d'assurance chômage. Il existe certaines exceptions. Au Brésil, le régime d'assurance chômage est financé au moyen d'un impôt sur les recettes des entreprises et, en Uruguay, au moyen des cotisations de l'assurance sociale et d'une partie de la taxe sur la valeur ajoutée.

Le droit aux régimes d'assurance chômage est très restrictif. Ces régimes excluent généralement de la couverture les salariés qui sont les plus exposés au risque de périodes de chômage, par exemple les travailleurs de la construction, le personnel domestique, les travailleurs agricoles et les jeunes travailleurs. Au Mexique, le régime est limité aux travailleurs âgés de 60 à 64 ans. En outre, le droit aux prestations dépend de l'historique des cotisations versées par le travailleur. La proportion des chômeurs bénéficiant de prestations au titre de l'assurance chômage s'établissait à 10 pour cent en Argentine (décembre 1994) et à 16 pour cent en Uruguay (décembre 1994) (CIEDESS, 1994; AISS, 1997b; Pessino, 1997). Au Brésil, 77 pour cent des travailleurs licenciés dans les entreprises de moins de cinq travailleurs ont bénéficié d'une allocation au titre de l'assurance chômage en 1993, ce qui indique que les taux de couverture sont plus élevés pour les entreprises de plus grande taille (Amadeo et Camargo, 1997). La Barbade a la couverture la plus large: on estime à 60 pour cent la proportion de la population active qui cotisait à l'assurance chômage en 1994, contre 73 pour cent en 1986 (AISS, 1997a).

Le montant et la durée des allocations sont relativement faibles par rapport à ceux des pays plus développés. Les taux de remplacement sont normalement de l'ordre de 50 à 60 pour cent du dernier salaire, avec des plafonds liés au salaire minimum pour les salaires plus élevés. Les allocations sont accordées pour des durées qui ne dépassent ordinairement pas quatre mois (Marquez, 2001).

Le Chili a inauguré en 2002 un nouveau régime de prestations de chômage dont une partie est constituée par une épargne individuelle obligatoire et l'autre, par des prestations complémentaires. Les travailleurs versent 0,6 pour cent du salaire au système de comptes individuels, et les employeurs, 1,6 pour cent. Une cotisation de 0,8 pour cent versée par les employeurs et une subvention de l'Etat financent le «fonds de solidarité». Ce régime couvre tous les travailleurs qui relèvent du Code du travail, c'est-à-dire ceux qui ont un contrat de longue durée ou temporaire. Lorsque les travailleurs ont cotisé plus de douze mois, ils peuvent prélever les prestations sur leur compte individuel pour un large éventail d'éventualités clairement définies: licenciement, démission, retraite et décès. Pour chaque événement, les prestations ont été fixées en fonction de la durée des cotisations et du dernier salaire. En cas de chômage involontaire, certaines des prestations sont financées par le fonds de solidarité, lorsque le montant épargné sur le compte individuel ne suffit pas pour financer ces prestations définies. Une société (privée) prend en charge l'administration du régime et est choisie selon une procédure publique d'appels d'offres (Bertranou, 2001a).

D'après Conte-Grand (1997), l'accent a été mis davantage sur le domaine du développement des services d'emploi pour les chômeurs et sur les politiques actives du marché de l'emploi en général. Mazza (2000) signale toutefois que les systèmes d'assurance chômage n'ont généralement pas de lien avec d'autres intermédiaires du marché de l'emploi et services de placement. Dans un pays comme le Brésil, par exemple, les travailleurs ne sont pas tenus de s'enregistrer auprès du service intermédiaire et le versement de la prestation n'est pas subordonné à la vérification des tentatives de trouver un emploi. En raison de la fraude, voire parfois de la collusion entre les entreprises et les travailleurs, diverses catégories de travailleurs ont un emploi et perçoivent en même temps des prestations au titre de l'assurance chômage.

Pour l'heure, la couverture des régimes d'assurance chômage a peu de chances d'être étendue à des segments de la population non protégés jusqu'ici, parce que cette extension se heurterait probablement à une forte opposition de ses bénéficiaires actuels et des entreprises qui opèrent dans le secteur réglementé. Le seul pays où il y a eu une certaine extension à des nouveaux groupes (aux pêcheurs traditionnels et aux travailleurs frappés par la sécheresse dans le Nord-Est) est le Brésil, mais cette extension a été temporaire et financée en utilisant des fonds excédentaires. La plupart de ces régimes – qui sont financés par les impôts sur les salaires – risquent d'être confrontés à des problèmes importants pour maintenir les allocations alors que le chômage augmente.

4.1.2. Asie du Sud et du Sud-Est

À la fin des années quatre-vingt-dix, trois économies seulement (Chine, République de Corée et Mongolie) avaient une forme quelconque de régime de prestations de chômage. Là où des prestations formelles existent, elles apparaissent généralement comme modestes, comme c'est le cas en République de Corée. La couverture est également assez faible: la moitié seulement des travailleurs en République de Corée; ailleurs, seule une minorité de travailleurs du secteur formel est couverte.

La crise financière asiatique a révélé que les régimes d'assurance chômage pourraient jouer un rôle important, s'agissant de faire face aux niveaux inacceptables de précarité suite à l'augmentation rapide du chômage. Si la couverture de l'assurance chômage avait été suffisamment étendue dans les pays affectés par la crise, par exemple en l'étendant à tous les travailleurs des entreprises comptant plus de cinq travailleurs, la majorité de ceux qui perdaient leur emploi aurait pu bénéficier d'allocations de chômage. Une étude de faisabilité effectuée par le BIT pour la Thaïlande (BIT, 1998) a estimé que le taux de cotisation nécessaire pour un régime qui verse des allocations pendant six mois à un niveau égal à 50 pour cent des revenus antérieurs aurait été de 2,5 pour cent du salaire pendant la première année d'activité, mais aurait diminué régulièrement ensuite pour s'établir à 0,6 pour cent la septième année. Ce taux eut permis la constitution d'une réserve équivalente à une année de dépenses en prestations.

La République de Corée est un des pays qui avait un régime d'assurance chômage – créé en 1995 – en place avant la crise. Début 1998, peu après le déclenchement de la crise en 1997, les partenaires sociaux ont convenu d'une extension exceptionnellement rapide et d'une amélioration du régime. Cette décision faisait partie d'un compromis entre une protection de l'emploi réduite et une amélioration du système. Le gouvernement et les organisations d'employeurs ont obtenu l'accord des organisations syndicales pour adopter par voie législative des changements destinés à faciliter les licenciements dans des circonstances déterminées.

La Thaïlande envisage sérieusement l'adoption d'un régime d'assurance chômage. Le gouvernement et les partenaires sociaux sont aujourd'hui convaincus de la nécessité d'un tel régime, qui serait financé par une cotisation de 3 pour cent prélevée sur les salaires. Il couvrirait environ 7 millions de travailleurs, soit 20 pour cent de la population active thaïlandaise. Diverses mesures, notamment des travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre et d'autres régimes de protection sociale, sont prévues pour aider les chômeurs et les personnes sous-employées qui ne font pas partie de l'économie formelle. Le service de la

sécurité sociale administrera le système, mais les demandeurs devront introduire leur demande d'enregistrement auprès de l'Office des services d'emploi afin de réduire autant que possible leur dépendance par rapport à l'aide sociale et de promouvoir l'autonomie.

Un nombre relativement important de pays asiatiques ont des régimes d'indemnités de licenciement (voir tableau 5). Habituellement, seule une minorité de la population active (ceux qui travaillent dans les grandes entreprises du secteur formel) est couverte par ces régimes. Le lien entre ces prestations et l'ancienneté de service les apparente davantage à un système de retraite pour les travailleurs qui ont une ancienneté importante qu'à un régime de prestations de chômage. Les régimes d'indemnités de licenciement et l'utilisation de l'épargne constituée dans le fonds de prévoyance (Betcherman et Islam, 2001) n'ont joué qu'un rôle limité dans l'indemnisation des conséquences sociales négatives de la crise asiatique de 1997. En ce qui concerne l'indemnité de licenciement, de nombreuses entreprises en faillite n'ont pas rempli leurs obligations. Dans la République de Corée et en Thaïlande, des fonds spéciaux ont été créés pour garantir le versement de l'indemnité de licenciement (Lee, 1998). Certains travailleurs licenciés ont également pu puiser dans leur épargne accumulée dans les caisses de prévoyance d'Etat conçues principalement pour servir les prestations de retraite. Il faut noter que le solde moyen par travailleur dans la caisse de prévoyance nationale de l'Indonésie était relativement réduit en 1997 (l'équivalent de 22 dollars E.-U.).

Tableau 5. Pratiques en matière d'indemnités de licenciement dans certains pays d'Asie

Pays	Indemnité de licenciement légale
Cambodge	Deux semaines de salaire par an à concurrence de six mois de salaire.
Chine*	En général, un mois par an.
Hong Kong (Chine)	Après deux années de service, plafonnée au taux annuel des deux tiers du dernier salaire ou à 22 500 HKD, le montant le moins élevé étant retenu.
Inde	15 jours de salaire par an.
Indonésie	Un mois par an à concurrence de cinq ans.
Corée, République de*	30 jours par an.
Malaisie	Dix jours la première année, 15 jours de la deuxième à la cinquième année et trente jours par an pour les périodes qui dépassent cinq ans.
Philippines	Un mois par an.
Singapour	Aucune, mais fixée dans les conventions collectives.
Sri Lanka	Le commissaire général au travail détermine les droits, mais les instructions aux employeurs concernant les critères stipulent de payer deux à trois mois de salaire par année d'ancienneté ou le salaire complet pendant la période restante avant le départ à la retraite, le montant le moins élevé étant retenu, avec un maximum de 50 mois de salaire.
Viet Nam	En règle générale, la moitié d'un mois de salaire par année d'ancienneté.

*Un régime d'assurance chômage financé par cotisation est en vigueur.
Source: Termination of employment digest: A legislative review (BIT Genève, 2000).

4.2. Vers une garantie d'emploi pour les travailleurs sous-employés

Les programmes d'infrastructure à forte intensité de main-d'œuvre pourraient, en principe, aider la grande majorité des travailleurs en situation de sous-emploi dans les pays en développement à revenu faible et intermédiaire. Les travaux d'infrastructure sont principalement réalisés durant la morte-saison, lorsque les agriculteurs et les travailleurs agricoles (embauchés) qui n'ont pas de terres n'effectuent pas de travaux agricoles et n'ont pas d'autre source d'emploi. Ils pourraient toutefois aussi, dans un environnement urbain, être

exécutés pendant les périodes de récession ou de crises. Ces programmes à forte intensité d'emploi peuvent créer de l'emploi et réduire sensiblement la pauvreté en appliquant des techniques de construction basées sur la main-d'œuvre (mais d'un bon rapport coût-efficacité) pour réaliser les programmes d'investissement et orienter de plus en plus les investissements vers les besoins sociaux et productifs des catégories pauvres et à faible revenu de la population. La mise en place de garanties d'emploi limitées peut être réalisée par une réorientation des investissements existants et prévus et ne doit dès lors pas être financée au découvert par l'Etat.

4.2.1. Caractéristiques des programmes à forte intensité d'emploi

Une grande partie de l'infrastructure publique indispensable au fonctionnement d'une économie moderne est, par définition, à forte intensité de capital. Les méthodes basées sur la main-d'œuvre ne peuvent remplacer les techniques à forte intensité de matériel pour les grands projets d'infrastructure tels que l'énergie, les télécommunications, les aéroports ou la construction de routes asphaltées. Il existe toutefois aussi de nombreux types d'infrastructures publiques pour lesquelles les techniques basées sur la main-d'œuvre et sur les ressources locales offrent une meilleure solution sur le plan de l'emploi, de la durabilité de l'infrastructure et des économies en de besoins de devises. Il s'agit, d'une part, d'infrastructures de production (routes d'approvisionnement, réhabilitation de terres, digues secondaires, puits et réseaux d'irrigation, de drainage et d'assainissement) et, d'autre part, d'infrastructures sociales (écoles et dispensaires).

Diverses études ont montré (Keddemman, 1998) que le rapport «efficacité-coût» des techniques basées sur la main-d'œuvre peut être meilleure que celle des techniques intensives en équipement. Au Lesotho, par exemple, une analyse comparative dans le secteur des routes a montré que la technique qui recourt à la main-d'œuvre était 37 pour cent moins coûteuse que celle basée sur les machines dans les zones montagneuses pour un salaire quotidien de 4,90 dollars E.-U. (le salaire minimum au moment de l'étude). Une étude de simulation nationale dans le secteur de la construction de routes à Madagascar basée sur une expérience de projets a montré que les projets de construction de routes basés sur la main-d'œuvre, exécutés par de petits entrepreneurs locaux, coûtent 30 à 80 pour cent de moins au kilomètre que les projets basés sur les machines, exécutés directement par l'Etat. De plus, ces projets créent deux à trois fois plus d'emploi et permettent une économie de devises qui peut atteindre 30 pour cent. Les programmes à forte intensité d'emploi exigent une supervision importante: leur rapport coût-efficacité est dès lors étroitement lié à la qualité de la gestion et de l'organisation.

Les travaux publics sont financés et planifiés par l'Etat, tandis que les projets communautaires sont exécutés à l'initiative et au bénéfice de groupes locaux. L'expérience des programmes à forte intensité d'emploi montre que, idéalement, les travaux d'intérêt communautaire seraient exécutés selon le principe du partage des coûts: les communautés utilisent généralement leur propre main-d'œuvre (non rémunérée) et des matériaux locaux et ont besoin d'une aide extérieure pour les intrants complémentaires (transport, ciment, par exemple). Certains projets communautaires profitent à l'ensemble de la population (écoles, dispensaires, distribution d'eau dans les villages, voies de desserte) et d'autres profitent à certaines catégories déterminées d'utilisateurs (systèmes d'irrigation, conservation des sols). Dans beaucoup de pays en développement, des organisations non gouvernementales (ONG) et d'autres institutions locales mobilisent l'entraide et les ressources en espèces pour des travaux communautaires lorsque les autorités locales n'ont pas les ressources financières et humaines nécessaires. Dans certains cas, des institutions locales officielles (par exemple, des comités de développement villageois) peuvent assumer la responsabilité principale de ces travaux. Par contre, les travaux communautaires qui répondent aux besoins économiques et sociaux de groupes déterminés font généralement intervenir des institutions locales qui représentent les intérêts des futurs bénéficiaires (associations d'agriculteurs, coopératives, groupes de travailleurs ruraux).

Dans les deux cas, les institutions locales servent de relais pour l'expression des besoins locaux en matière de services communautaires, pour planifier les travaux communautaires, pour mobiliser les ressources et pour négocier l'aide financière et technique extérieure. Elles agissent au nom de leurs mandants, elles peuvent être les partenaires contractuels de services publics et d'organismes de financement et fournir une aide financière et technique pour les travaux communautaires. Ces contrats définiraient normalement le partage des ressources et les responsabilités respectives pour les travaux communautaires au stade de la construction. Ils définiraient aussi les dispositions pour la gestion et l'entretien futurs des biens créés.

Une des caractéristiques marquantes des programmes à forte intensité d'emploi est l'«autosélection» par ceux-ci des pauvres qui participent aux programmes, ce qui évite les systèmes administratifs lourds et coûteux qui caractérisent les mécanismes de ciblage des prestations de l'aide sociale (voir chapitre 5). Les programmes à forte intensité d'emploi versent des salaires modestes (les salaires agricoles en vigueur dans la région pour un travail similaire, ou les salaires minimums lorsque le niveau de ceux-ci est réaliste), et seuls les travailleurs peu qualifiés provenant de familles à faible revenu sont attirés par le travail dans le cadre de ces régimes. Diverses études ont montré que cette forme de ciblage est plus efficace parce que les programmes à forte intensité d'emploi non seulement réduisent la pauvreté: ils contribuent aussi à la création de biens de production. Parikh et Srinivasan (1993), en utilisant un modèle général d'équilibre pour l'économie indienne, ont comparé l'efficacité des trois interventions dans le domaine de la politique de lutte contre la pauvreté. Ils ont conclu qu'une politique ciblée de création de possibilités supplémentaires d'emploi au moyen de programmes ruraux à forte intensité d'emploi, lorsqu'ils sont bien conçus et bien exécutés, avaient un effet beaucoup plus important sur les pauvres que les aides alimentaires non ciblées à l'ensemble de la population et qu'une politique d'augmentation de la production alimentaire par le subventionnement des engrais ou l'augmentation des superficies irriguées. Au Botswana et au Kenya, les programmes à forte intensité d'emploi profitent principalement aux pauvres qui travaillent mais réduisent l'intensité de la pauvreté en ce sens qu'ils réduisent l'écart de pauvreté plutôt que la fréquence de la pauvreté (Teklu et Asefa, 1999). Il semble qu'il s'agisse d'une évolution dans la bonne direction dans les pays où la majorité de la population vit au niveau ou au-dessous du seuil de pauvreté.

4.2.2. La garantie d'emploi comme forme d'assurance chômage

L'emploi offert dans le cadre des programmes à forte intensité d'emploi peut être organisé de manière à ce que les travailleurs puissent obtenir une garantie d'emploi pendant un certain nombre de jours par an. On peut donc considérer qu'une garantie d'emploi personnelle est une forme d'assurance chômage dans laquelle est assurée la sécurité d'emploi et, partant, des moyens d'existence. C'est lorsque les travailleurs demandent de l'emploi et que les pouvoirs publics répondent à cette demande en organisant les programmes à forte intensité d'emploi que la garantie est la plus large. C'est sur ce principe qu'est fondé le régime de garantie d'emploi du Maharashtra, en vigueur depuis 1977 (BIT, 2000). Une garantie moins généreuse est offerte par le régime d'assurance emploi en Inde, qui offre 100 jours d'emploi sur demande (Ranade, 1998). D'après de nombreuses études sur la pauvreté, il y a ordinairement un hiatus d'emploi et de revenu de 60 à 100 jours, en particulier pendant la morte-saison en agriculture, ce qui est le facteur qui pousse la main-d'œuvre à quitter l'agriculture. Il est possible par ailleurs de fournir à une communauté une garantie d'emploi collective, par exemple sous la forme d'une garantie d'investissement dans l'infrastructure, ce qui créerait un nombre annuel minimum de journées d'emploi faiblement qualifié. Les communautés pourraient alors choisir les travailleurs les plus pauvres de la communauté pour participer à l'emploi ou individualiser les droits à l'emploi par la distribution de bons à valoir.

Dans le sillage de la crise asiatique, divers pays de l'Asie du Sud-Est ont lancé des programmes de travaux publics. En République de Corée, ces programmes ont permis de créer

440 000 emplois en 1998 et près de 1,2 million en 1999 – soit environ 70 pour cent des 1,7 million de chômeurs cette année-là. En Thaïlande également, des programmes massifs ont été lancés au moyen des fonds propres de l'Etat et de ressources provenant de bailleurs de fonds. Dans beaucoup de cas, un problème commun se présentait: les salaires étaient fixés à des niveaux trop élevés, et l'auto sélection des travailleurs les plus démunis ne jouait pas. Dans des pays comme l'Indonésie et la Thaïlande, les programmes de travaux publics avaient déjà été supprimés progressivement, de sorte qu'il n'existait pas de capacités pour les planifier et les mettre en œuvre. Il existait en outre des problèmes de suivi et de coordination. Aux Philippines, par exemple, les retards administratifs ont entraîné une perte de temps et les régimes n'ont pu être lancés qu'après la fin de la saison sèche (propice aux travaux de construction). L'expérience de l'Asie du Sud-Est montre donc plusieurs choses: 1) il est possible, moyennant des choix judicieux, d'atteindre simultanément les objectifs de la création d'emplois et de l'infrastructure nécessaire; 2) la réussite dépend pour une bonne part de l'état de préparation et de l'organisation des réponses aux crises; 3) les programmes doivent être soigneusement ciblés, non seulement par les salaires mais aussi sur le plan géographique (Betcherman et Islam, 2001).

Dans son analyse de la situation en Amérique latine, Marquez (2001) conclut qu'il existe trois caractéristiques des travaux publics à forte intensité de main-d'œuvre qui sont essentielles pour la réussite des mécanismes d'aide aux revenus. Premièrement, il faut que ces programmes soient financés par le gouvernement central et exécutés par des organisations locales. Deuxièmement, la hauteur des salaires et les critères de sélection des bénéficiaires doivent être fixés au niveau central, et le processus de sélection proprement dit doit être confié aux organisations locales. Troisièmement, afin d'orienter les ressources vers les groupes qui en ont besoin, les salaires doivent être fixés à un niveau suffisamment bas. L'incidence globale de ces programmes dépend aussi des ressources qui leur sont affectées, mais le point le plus difficile consiste à veiller à synchroniser l'évolution du programme et le cycle économique: expansion dans les périodes de récession et rétractation dans les périodes de redressement. En réalité, l'expérience de la région montre qu'une fois que les programmes sont en place, il est très difficile de réduire leur taille.

Les gouvernements et les communautés ne peuvent offrir de garanties d'emploi significatives et plus permanentes que lorsque les programmes à forte intensité d'emploi peuvent être intégrés et reproduits à grande échelle, comme ce fut le cas au Bangladesh, au Ghana, en Inde, au Kenya et à Madagascar. Ces pays ont montré que la détermination à mener à bien une telle politique est essentielle pour sa réussite. En effet, nombreux sont les obstacles qui peuvent surgir: absence de financement soutenu, manque de cohésion entre les différents programmes, problèmes de personnel et absence de politique claire et rationnelle visant l'atténuation de la pauvreté. Un facteur essentiel de la réussite est la transparence des procédures de sélection des projets, de gestion des contrats et d'évaluation.

Pour réussir, l'intégration requiert une formation plus poussée et le développement des capacités au micro-, méso- et macroniveau: des pouvoirs locaux au gouvernement central, et des institutions ou associations locales à leurs homologues nationaux. La formation devrait être dispensée dans le cadre d'un projet œuvrant en parallèle avec le projet opérationnel du programme à forte intensité d'emploi. Les activités de formation devraient être directement centrées sur la petite industrie locale de la construction qui réussit le mieux à promouvoir les méthodes basées sur la main-d'œuvre. La formation et le développement des capacités doivent aussi atteindre la masse critique des techniciens et des administrateurs publics dans le secteur de la main-d'œuvre.

La fonction de garantie d'emploi des programmes à forte intensité d'emploi est renforcée lorsque:

- l'évaluation permanente garantit une définition précise des objectifs et la disponibilité des ressources nécessaires pour les atteindre;
- les bénéficiaires ont confiance dans les institutions et les mécanismes qui assurent le fonctionnement des programmes à forte intensité d'emploi;
- l'autociblage effectif réduit au minimum la corruption et l'arbitraire;
- des mesures complémentaires sont adoptées pour garantir la survie des biens produits, réglementer leur utilisation et lancer un processus collectif impliquant les utilisateurs directs et les bénéficiaires indirects et soutenant les institutions locales (maires, conseils locaux, services techniques), les ONG etc.;
- une combinaison de diverses mesures est appliquée: systèmes de formation et de crédit, et régimes de prestations de chômage en haute saison pour les travailleurs sans terres (embauchés), garantis en partie par l'Etat et en partie par les pouvoirs locaux.

4.3. Aspects stratégiques

Des quelque 100 millions de chômeurs du monde en développement, un cinquième seulement bénéficie sans doute d'un type quelconque d'assurance chômage. Il y a aussi plus de 750 millions de travailleurs sous-employés (les pauvres qui travaillent) qui n'ont pratiquement aucune protection contre le chômage. Beaucoup de pays en développement prévoient une protection de l'emploi pour les travailleurs du secteur formel, principalement sous la forme de restrictions juridiques du licenciement et d'indemnités de licenciement. Certains pays à revenu intermédiaire prévoient des prestations de chômage et l'intérêt pour ces régimes a augmenté dans le sillage de la crise asiatique. La République de Corée, soutenue par un consensus tripartite, a décidé d'assouplir les restrictions frappant les licenciements en échange d'une meilleure couverture de l'assurance chômage. Divers pays d'Amérique latine possèdent des régimes d'assurance chômage mais n'ont pas augmenté leur couverture. En règle générale, ils ont diminué les restrictions en matière de licenciements et encouragé les régimes à cotisation définie et les indemnités de licenciement financées par capitalisation, à financer au moyen des cotisations des travailleurs.

Le grand avantage de l'assurance chômage est qu'elle fournit une garantie effective des moyens d'existence. Elle contribue à «régulariser» la consommation, encourage la recherche efficace d'un emploi et l'acceptation de l'ajustement économique. L'assurance chômage est supérieure aux mécanismes d'indemnités de licenciement. En effet, ses prestations sont ciblées sur les chômeurs et dépendent de cotisations collectives et non de la capacité ou de la volonté de payer des différents employeurs, dont les entreprises peuvent être en proie à des difficultés financières. En général, ces régimes sont aussi plus avantageux pour les chômeurs à faible revenu. L'exemple récent du Chili est intéressant à cet égard. Il combine un compte d'épargne individuel et des prestations de chômage complémentaires financées par un fonds de solidarité alimenté par les cotisations des employeurs et des subventions de l'Etat.

Les régimes d'assurance chômage peuvent fournir une protection non négligeable dans un nombre croissant de pays à revenu intermédiaire. Quatre aspects stratégiques principaux doivent toutefois être pris en compte lors de l'adoption de ces régimes:

- la présence d'une économie informelle importante peut affecter l'utilité des régimes d'assurance chômage, parce que les personnes peuvent percevoir des

prestations tout en continuant de travailler dans l'économie informelle (Mazza, 2000);

- il est nécessaire d'examiner la complémentarité entre les prestations de chômage et les mesures de protection de l'emploi (indemnité de licenciement et restrictions légales des licenciements). La recherche dans ce domaine a commencé dans les pays de l'OCDE (Auer, 2000), mais elle doit être étendue aux pays en développement;
- il n'est probablement pas possible d'inclure les jeunes chômeurs dans les régimes d'assurance chômage; ils devront être protégés au moyen de mesures spéciales (Mazza, 2000).
- il est nécessaire d'intégrer étroitement les programmes de prestations de chômage dans les politiques du marché du travail (Thuy, Hansen et Price, 2001), y compris les intermédiaires, la formation, les programmes à forte intensité d'emploi et l'aide aux indépendants. Dans certains cas, une partie des politiques du marché du travail pourrait être financée au moyen de cotisations prélevées sur les salaires.

L'offre d'une garantie d'emploi pendant un nombre limité de jours par an serait une forme idéale de garantie des moyens d'existence pour les travailleurs sous-employés dans les pays en développement à revenu faible et intermédiaire. Ces programmes présentent des caractéristiques attrayantes: ils sont par essence orientés vers les personnes autociblées et ils créent des biens de production pour les communautés locales. Pour l'instant, toutefois, les garanties ne sont offertes que dans des circonstances très précises, comme dans le cas du régime de garantie d'emploi du Maharashtra en Inde. L'expérience de certains pays de l'Asie du Sud-Est montre que ces programmes peuvent créer une quantité massive d'emplois contracycliques, en particulier si le pays est prêt, sur le plan de l'organisation, à affronter les situations de crises. En Amérique latine, il a généralement été difficile de synchroniser le financement des programmes avec le cycle économique. Pour la création d'emplois directs – plus permanents – dans les zones rurales et dans le contexte des programmes à forte intensité d'emploi, il serait possible de fournir une forme limitée de garantie d'emploi à trois conditions principales: 1) une volonté politique forte au niveau national; 2) la capacité au niveau local de gérer les programmes à forte intensité d'emploi; 3) des procédures transparentes pour le choix des projets, la gestion des contrats et l'évaluation.

5. Prestations sociales financées par l'impôt

Conformément à l'approche de Sen, le chapitre 1 a développé l'idée selon laquelle la pauvreté doit être considérée comme une privation de capacités. Les individus sont pauvres lorsqu'ils sont en mauvaise santé et illettrés, lorsqu'ils sont sous-alimentés et ont des conditions de logement déplorables, et lorsqu'ils sont vulnérables à divers risques qui réduisent ou annulent leur capacité d'emploi et leurs fonctions sociales. Les politiques de protection sociale et l'assurance sociale développent et préservent ces capacités mais, souvent, elles ne peuvent empêcher les individus d'avoir des revenus faibles et de vivre dans la pauvreté.

Beaucoup de personnes – celles qui travaillent dans l'économie informelle ou celles qui n'ont aucun lien avec le marché du travail – n'ont pas ou peu de capacité contributive. Il s'ensuit que les prestations sociales financées par l'impôt sont leur seule perspective de couverture de sécurité sociale. Un nombre considérable de pays en développement ont mis en place des régimes de prestations sociales financées par l'impôt qui fournissent une garantie des moyens d'existence de base pour les personnes démunies. Dans un petit nombre de pays, ces prestations sont également financées en partie par les cotisations de l'assurance sociale. Par rapport aux pays développés, les possibilités de prestations financées par l'impôt sont beaucoup plus limitées dans les pays en développement, où l'Etat dispose de ressources fiscales plus

limitées. Ces possibilités pourraient toutefois s'élargir à l'avenir si une aide quelconque au revenu de base pouvait être financée au moyen de ressources internationales.

Le présent chapitre examine tout d'abord les conditions de l'ouverture du droit à ces prestations et analyse certains aspects, notamment le ciblage et les critères d'admissibilité. Il analyse ensuite les caractéristiques des régimes de prestations sociales financés par l'impôt comme la couverture, le financement et l'administration et évalue ensuite les incidences de certains de ces régimes sur la réduction de la pauvreté. Le chapitre conclut en abordant certaines questions stratégiques essentielles.

5.1. La question du ciblage et des critères d'admissibilité

Partout où il est question de dépenses financées par l'impôt, il faut se souvenir que «la politique publique, comme la politique en général, est l'art du possible ... elle combine les connaissances théoriques avec l'interprétation réaliste de la faisabilité pratique». Sen (1999) souligne également qu'il ne suffit pas de considérer le droit aux dispositions sociales élémentaires (soins médicaux, éducation, garantie des moyens d'existence) comme un droit inaliénable des citoyens mais que – compte tenu du caractère limité des ressources économiques – des choix sérieux doivent être faits.

Sen (1999) affirme que, lorsque l'aide sociale est accordée sur la base d'un diagnostic direct d'un besoin précis (avoir une maladie particulière ou être analphabète), il y aura peu d'abus dans la fourniture gratuite de services d'éducation et de soins de santé. Dans le même ordre d'idées, van de Walle (1998) fait une distinction entre ciblage large et ciblage étroit. Le ciblage large s'applique aux postes des dépenses publiques tels que la santé de base et l'éducation, dont bénéficient principalement les pauvres, mais aussi les riches. Le ciblage large est justifié ici en raison des nombreux effets bénéfiques qu'il a sur l'ensemble de la société. Le ciblage étroit convient mieux dans le cas des prestations sociales financées par l'impôt, où l'objectif est d'aider les pauvres et les personnes vulnérables.

Cela étant, lorsque la mesure publique est basée sur le revenu de l'individu (pauvre), reste le problème de la vérification des circonstances économiques de l'individu en question. Puisque, dans le dernier cas, les bénéficiaires potentiels sont également des acteurs économiques, l'art du «ciblage» implique une évaluation des divers types de comportement que les bénéficiaires pourraient avoir. Les distorsions éventuelles qui peuvent résulter du ciblage sont notamment les suivantes (Sen, 1999).

- Distorsion de l'information. Le système de contrôle peut réussir à réduire au minimum l'inclusion de bénéficiaires non pauvres (erreur de «type 1») mais, ce faisant, il peut exclure certaines personnes dont le besoin est réel (erreur de «type 2»).
- Distorsion des incitations. L'aide ciblée peut affecter le comportement économique des individus (par exemple, en les dissuadant d'exercer des activités économiques) et peut même entraîner la perte de croissance économique en général.
- Caractère infamant. Lorsqu'un système nécessite qu'un individu soit reconnu comme pauvre, cela a un effet direct sur son amour-propre et sur le respect d'autrui.
- Coûts administratifs, invasion de la vie privée et corruption. Le mécanisme de ciblage nécessite une vaste administration qui s'ingère dans la vie privée des personnes et est exposée à la corruption.

-
- Durabilité politique et qualité. Les bénéficiaires de l'aide sociale ciblée sont souvent faibles sur le plan politique et peuvent n'avoir pas assez de pouvoir pour exiger des services de qualité. Cet aspect a été souvent à la base du choix de programme «universels» qui bénéficieraient d'un soutien plus large.

Ces distorsions affectent – dans une mesure plus ou moins grande – tous les mécanismes de ciblage, ce qui a amené certains analystes (Standing, 1999a) à plaider en faveur du passage à un revenu de base non soumis à conditions. Cette approche a diverses propriétés attrayantes, en particulier le fait que le taux de demandes de prestations et son efficacité sur le plan de la réduction de la pauvreté sont, en principe, très élevés par rapport aux prestations de l'aide sociale soumise à des conditions de revenu. La majeure partie de la recherche sur cette idée s'est concentrée sur les pays développés, et les deux principaux problèmes en ce qui concerne sa faisabilité concernent ses coûts de financement et ses incidences possibles sur l'emploi. Parmi les pays en développement, l'Afrique du Sud est probablement le premier qui envisage l'adoption d'une aide au revenu de base (basic income grant), qui fournirait une aide générale au revenu en plus des prestations financées par l'impôt et des prestations de l'aide sociale (Samson et al., 2002). La manière de cibler les mesures qui posent probablement le moins de problèmes consiste à fournir un revenu de base sans conditions ou presque aux catégories de la population sans rattachements au marché du travail, notamment les enfants et les personnes âgées.

Les mécanismes de ciblage peuvent être conçus de manière à réduire au minimum les diverses distorsions ci-dessus. Il est donc utile d'examiner les diverses manières d'appliquer le ciblage avec le plus d'efficacité. Certains mécanismes de ciblage peuvent produire de meilleurs résultats que d'autres dans certaines circonstances. Il existe fondamentalement deux fonctions distinctes des mécanismes de ciblage: la détermination des personnes entrant en ligne de compte (critères d'admissibilité) et les (quatre) voies pour atteindre les bénéficiaires (administrative, du marché, communautaire et personnelle). Devereux (2000 et 2002) tente de concilier les deux fonctions et examine l'efficacité des quatre mécanismes de ciblage.

L'évaluation personnelle est, en théorie, le mécanisme le plus objectif et précis, mais il est le plus difficile et le plus coûteux à mettre en œuvre en pratique. La vérification des ressources implique de mesurer le revenu de chaque demandeur, de le comparer à une norme minimum (par exemple, le seuil de pauvreté local) et de compenser les déficits de revenu constatés au moyen de prestations en espèces ou en nature. Dans les pays en développement, il est souvent impossible d'évaluer le revenu et d'estimer la situation de patrimoine des individus ou des ménages, et l'on applique donc le ciblage par indicateurs, qui est une forme de vérification des ressources par catégories.

Les indicateurs indirects de la pauvreté et de la vulnérabilité sont plus simples et moins coûteux sur le plan administratif que l'évaluation personnelle et sont moins susceptibles d'être manipulés par les demandeurs, les caractéristiques physiques étant plus difficiles à dissimuler ou à modifier que le revenu ou la consommation de nourriture. Les indicateurs indirects classiques sont démographiques (caractéristiques personnelles: âge, sexe et incapacité), géographiques («zones sinistrées») ou autres caractéristiques de groupe (situation familiale, agriculteurs sans terres, etc.).

Dans un modèle moins traditionnel, le processus d'admissibilité et de vérification des ressources peut être informatisé sur base de divers indicateurs indirects. C'est le cas, par exemple, en Arménie pour la «vérification indirecte des ressources en vue de la répartition de l'aide humanitaire», qui a été appliquée pour la première fois en 1994. Le système est basé aujourd'hui sur l'enregistrement volontaire qui impose aux personnes de fournir un certain nombre de documents concernant la composition de la famille, le salaire, les pensions et le patrimoine (possession de terres, d'une voiture, de bétail, de matériel). Une formule est ensuite utilisée pour calculer un indice pour le ménage qui indique sa situation. L'exercice d'un emploi et la possession d'une voiture excluent les ménages de l'aide. Une méthode similaire est

utilisée dans le programme d'éducation, de santé et de nutrition (Programa de Educación, Salud y Alimentación – PROGRESA) au Mexique, qui vise les villages et les familles pauvres en utilisant un modèle économétrique qui regroupe plusieurs variables socio-économiques. En l'espèce, le modèle économique est structuré de manière à donner un poids important aux familles avec enfants et de fournir une incitation, pour ces derniers, à fréquenter l'école. Une évaluation récente de cette procédure a conclu que le ciblage des localités pauvres est suffisant et que l'on ne gagne pas beaucoup d'efficacité par un ciblage supplémentaire, plus complexe, sur les ménages pauvres (Skoufias, Davis et De La Vega, 2001).

Le ciblage communautaire exploite la connaissance personnelle que les membres de la communauté ont des autres membres, de sorte que c'est la communauté elle-même qui assume la tâche qui consiste à déterminer les individus et les ménages vulnérables. Les administrateurs du programme pourraient imposer des critères d'admissibilité que la communauté est mieux à même d'observer et de vérifier (par exemple, la possession de bétail), ou la communauté peut sélectionner les bénéficiaires sans appliquer de critères explicites (par exemple, par la discussion). Conning et Kevane (2002), dans une analyse approfondie des mécanismes de ciblage communautaires, aboutissent à trois conclusions. Primo, les avantages qui découlent de l'utilisation d'informations locales et du capital social peuvent être hypothéqués par des acteurs politiques qui peuvent souhaiter créer des organisations communautaires pour répartir les ressources publiques. Secundo, l'amélioration potentielle de la performance du ciblage au moyen des connaissances locales sur l'état de dénuement doit être tempérée par la possibilité que les élites locales s'emparent du programme et la possibilité que les préférences locales ne soient pas favorables aux pauvres. Tertio, les résultats souhaités peuvent être affaiblis par un ciblage stratégique imprévu par les communautés locales en réponse à des critères nationaux de financement et d'évaluation, ou par des diminutions du soutien politique. Les auteurs estiment que certains de ces écueils peuvent être évités par une approche plus hybride comprenant un ciblage par catégories et l'imposition de règles de ciblage et de transparence.

L'autosélection est très prisée par les concepteurs de programmes de transfert parce qu'elle est presque aussi précise que l'évaluation individuelle – et nettement plus précise que les indicateurs indirects bruts – mais beaucoup moins coûteuse à mettre en œuvre. Les mécanismes d'autosélection visent le comportement visible des bénéficiaires plutôt que leurs revenus, qu'ils peuvent vouloir dissimuler. Les concepteurs des programmes persuadent les bénéficiaires de se désigner eux-mêmes en manipulant de deux manières le rapport coût-avantages afin d'écarter les personnes non nécessiteuses. Soit la valeur du transfert est à ce point faible qu'elle dissuade tout le monde sauf les pauvres de solliciter l'aide (par exemple, le subventionnement des prix pour les denrées alimentaires moins prisées), soit les coûts de l'évaluation du transfert sont rendus prohibitifs pour les non pauvres. Comme relevé au chapitre précédent, les programmes de travaux publics exploitent l'autociblage en ajustant les deux éléments: les participants sont tenus de payer de leur personne pour le transfert – un «coût d'accès» non négligeable en termes de temps et de dépense d'énergie ainsi que des coûts en termes de réprobation sociale et de coûts d'opportunité – et sa valeur (en salaires en espèces ou en rations alimentaires) est généralement fixée à un niveau inférieur aux barèmes locaux. La Mongolie présente un autre exemple d'offre d'avantages en nature que seuls les personnes à faible revenu accepteraient. Dans ces pays, les conseils d'aide locaux fournissent des vêtements et des chaussures pour les enfants qui, sans cela, ne seraient pas en mesure de fréquenter l'école. Ils offrent également des déjeuners gratuits ainsi que des réductions sur les coûts de loyer et de combustible pour les personnes handicapées et les personnes âgées qui n'ont pas de soutien familial ou n'ont pas été en mesure de s'assurer pendant leur vie active (van Ginneken, 1995).

Les prestations sociales financées par l'impôt peuvent également être soumises à des critères d'admissibilité autres que les conditions de ressources et les variables indirectes, ce qui incite les personnes à adopter certains comportements. Ces critères mettent l'accent sur la complémentarité entre les diverses politiques de lutte contre la pauvreté et peuvent aussi promouvoir certains concepts sociaux. En Inde, par exemple, les prestations d'aide à la

maternité sont accordées uniquement pour les deux premières naissances vivantes. En outre, au Gujarat (Inde), les pensions de veuve ne sont versées que pendant une année, période pendant laquelle la veuve reçoit une formation destinée à acquérir une compétence qu'elle pourra utiliser pour gagner sa vie (Sankaran, 1998). En Equateur (Velásquez Pinto, 2003), «Bono Solidario» est une prestation financée par l'impôt qui est servie uniquement si les bénéficiaires sont disposés à participer à des activités de formation qui les préparent à l'emploi. Dans ces cas, des prestations financées par l'impôt contribuent également à la réalisation d'objectifs d'emploi et de planification familiale.

5.2. Couverture, financement et administration

Dans la plupart des pays en développement, les prestations sociales financées par l'impôt n'ont qu'un faible degré de priorité par rapport aux autres politiques sociales. Il s'ensuit que la couverture personnelle assurée par ces prestations est généralement limitée et que le taux des prestations est souvent largement inférieur au seuil de pauvreté. Comme noté plus haut, les régimes de prestations sociales financées par l'impôt dans les pays en développement sont généralement axés sur des événements particuliers et des groupes défavorisés précis: veuves, orphelins, handicapés et personnes âgées. Par rapport à d'autres pays en développement, ceux d'Amérique latine et des Caraïbes possèdent les programmes d'aide sociale les plus développés, peut-être parce que (voir section 3.1) la couverture personnelle des régimes de pensions de l'assurance sociale n'a guère évolué ces 10 à 20 dernières années (Bertranou, Solorio et van Ginneken, 2002). Ces pays ont mis en place des régimes de pension non contributifs et, plus récemment, certains pays ont adopté des prestations pour les enfants soumises à des conditions de fréquentation scolaire. Dans d'autres pays en développement, il existe quelques régimes de prestations sociales financées par l'impôt, notamment en Chine, en Inde et en Afrique du Sud.

5.2.1. Amérique Latine et Caraïbes

Onze pays, dont six pays d'Amérique latine et cinq des Caraïbes (Mesa-Lago, 2001), ont adopté des lois instituant des pensions au titre de l'aide sociale pour les pauvres, et la plupart appliquent une vérification des ressources basée sur le revenu familial par habitant observé. Ces pensions sont accordées systématiquement pour les risques de vieillesse et d'invalidité, mais moins souvent pour les survivants. Dans certains pays, comme l'Argentine, la couverture est étendue à d'autres catégories vulnérables, notamment aux mères de familles nombreuses. Tant le nombre de bénéficiaires que les dépenses des pensions de l'aide sociale sont généralement inférieures à celles des pensions de l'assurance sociale. De plus, la pension moyenne au titre de l'aide sociale est inférieure, à juste titre, à la pension au titre de l'assurance sociale, afin d'encourager la participation aux pensions contributives et de décourager des comportements opportunistes (voir tableau 6).

Tableau 6. Avantages des pensions au titre de l'aide sociale dans certains pays de l'Amérique latine et des Caraïbes , 1997-1998

Pays	Pourcentage de l'aide sociale par rapport au total de la sécurité sociale		Ratio assurance sociale/aide sociale (pension moyenne)	Pension mensuelle moyenne au titre de l'aide sociale (dollars E.-U.)
	Nombre de pensionnés ^a	Dépenses au titre des pensions		
Argentine	8,2	4,0	2,5	150,00 ^b
Bahamas ^c	76,5	45,5	1,5	-
Barbade ^c	58,5	39,9	1,4	-
Brésil	10,2	5,7	1,9	108,72
Chili	34,7	7,4	2,9	52,37
Costa Rica	49,7	15,9	5,2	31,18
Cuba ^d	-	-	2,4	1,90
Uruguay	9,1	5,6	1,8	134,13

- = non disponible.

a. Dans certains pays, correspond au nombre des pensions (une personne peut recevoir plus d'une pension).

b. Ce chiffre peut être gonflé, étant la moyenne de plusieurs programmes qui ne relèvent pas tous de l'aide.

c. Les chiffres sont ceux de 1986.

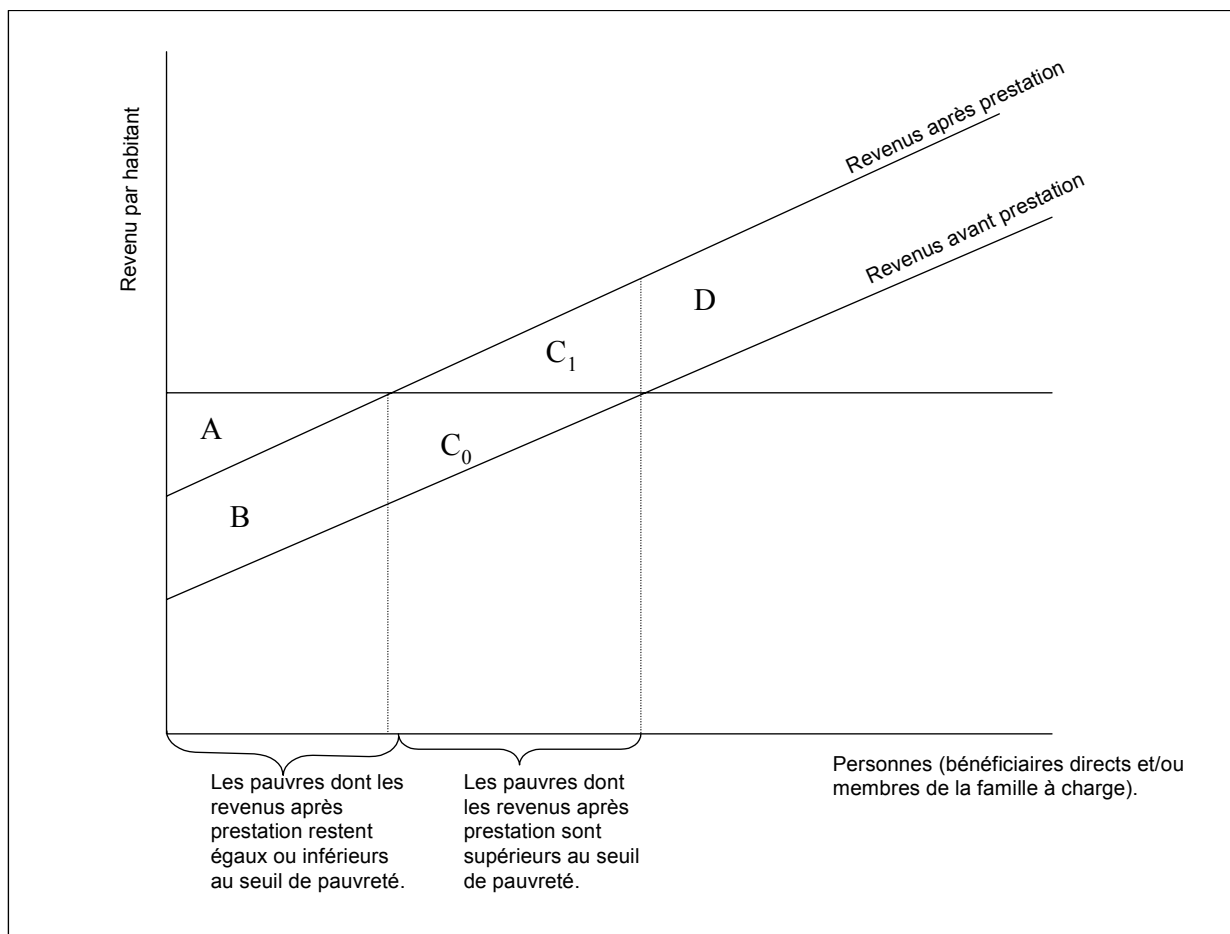
d. Les chiffres sont ceux de 1995.

Source: Mesa-Lago (2001a).

En Amérique latine et aux Caraïbes, l'aide sociale est financée principalement par trois sources: 1) les recettes fiscales; 2) les cotisations spéciales prélevées sur les salaires; 3) les transferts des caisses d'assurance sociale. Les chiffres disponibles indiquent que seule une faible part de la sécurité sociale est affectée à l'aide sociale et que les dépenses au titre de l'aide sont généralement inférieures à 0,5 pour cent du PIB. Les indications pour le Brésil, le Chili et le Costa Rica montrent que la majeure partie des subventions fiscales est affectée aux pensions au titre de l'assurance sociale pour les catégories privilégiées (membres du congrès, du pouvoir judiciaire, autres fonctionnaires, membres des forces armées) et très peu est affecté à l'aide sociale pour les pensions. L'administration des pensions au titre de l'aide sociale est fortement centralisée, et l'apport des niveaux locaux et des bénéficiaires est réduit. En réalité, il vaudrait mieux que les instituts d'assurance sociale ne soient pas responsables des pensions au titre de l'aide sociale. Dans certains pays, en effet, notamment au Costa Rica (Durán, 2002), l'institut paye les pensions au titre de l'aide alors que les impôts et les cotisations ne suffisent pas à couvrir les coûts. Il n'est pas rare de rencontrer des abus dans l'attribution des prestations. Des rapports récents sur les pensions de l'aide sociale au Brésil et au Costa Rica soutiennent qu'il existe des irrégularités, notamment la simulation de la pauvreté (indigence), le clientélisme et l'ingérence du monde politique dans la sélection des bénéficiaires (Mesa-Lago, 2001a).

Quelques études récentes réalisées pour le BIT ont tenté de mesurer l'incidence des pensions non contributives sur la réduction de la pauvreté dans trois pays d'Amérique latine: Argentine (Bertranou et Grushka, 2002), Brésil (Schwarzer et Querino, 2002) et Costa Rica (Durán, 2002). La méthode utilisée à cette fin est expliquée à la figure 1, qui compare l'état de pauvreté des personnes avant et après le transfert de certaines prestations.

Figure 1: Evolution de l'état de pauvreté de la population cible suite aux prestations (de pension)



- A: Ecart de pauvreté après prestation.
- B: Réduction effective de l'écart de pauvreté pour les pauvres (après prestation) dont les revenus après prestation restent égaux ou inférieurs au seuil de pauvreté.
- C₀: Réduction effective de l'écart de pauvreté pour les pauvres (avant prestation) dont les revenus après prestation sont supérieurs au seuil de pauvreté. Cette section correspond uniquement au pourcentage de la pension qui leur permet d'atteindre le seuil de pauvreté.
- C₁: Montant de la prestation qui élève les revenus après prestation du pauvre (avant prestation) au-dessus du seuil de pauvreté. Ces prestations ne sont pas justifiées tant qu'il demeure un écart de pauvreté non couvert.
- D: Montant du transfert qui va aux non-pauvres (avant prestation). Son existence est manifestement injustifiée puisque sa réaffectation aux démunis réduirait l'écart de pauvreté résiduel.

Par conséquent, la part de la prestation qui réduit l'écart de pauvreté correspond à la somme des plages B et C₀. Pour déterminer cette somme, il importe de se souvenir que (en postulant une répartition uniforme du revenu des ménages) le montant total de la pension accordée à un bénéficiaire direct (sauf les isolés) contribue également à réduire l'écart de pauvreté des autres membres du ménage.

En Argentine, en 1997 (voir tableau 7), les ménages qui comptent des bénéficiaires de pensions non contributives ont vu diminuer de 31 pour cent l'incidence de la pauvreté et de 67 pour cent l'incidence de la pauvreté extrême. L'effet le plus important de réduction de la pauvreté a été ressenti dans les familles nombreuses. L'efficacité de la réduction de la pauvreté est relativement faible chez les personnes âgées en raison des «pensiones graciabiles» (pensions complémentaires). Ces pensions – qui représentent près de la moitié de toutes les pensions non contributives – sont généralement plus élevées que les autres pensions et sont accordées à des personnes particulières, notamment des ex-présidents, qui ne sont généralement pas pauvres.

Au Chili, la diminution de l'incidence de la pauvreté (extrême) s'est fortement améliorée dans les années quatre-vingt-dix, principalement à cause d'un meilleur ciblage. En réalité, les critères qui régissent l'octroi des pensions non contributives ont été affinés.

Tableau 7: Efficacité des pensions non contributives par rapport à la diminution de l'incidence de la pauvreté et de la pauvreté extrême dans les ménages en Argentine, au Brésil, au Chili et au Costa Rica, années 1990 et 2000 (en pourcentage)

	Pauvreté extrême			Pauvreté		
	Avec pension	Sans pension	Diminution de l'incidence	Avec pension	Sans pension	Diminution de l'incidence
	(1)	(2)	(3) =*	(4)	(5)	(6) =**
Argentine (1997)	10,0	30,4	67,1	39,1	56,5	30,8
Brésil ^{1, 2}	1,2	26,6	95,5	4,6	6,5	29,2
Costa Rica ¹ (2000)	32,0	40,7	21,4	18,7	24,7	24,3
Chili (1990)	12,8	20,3	37,1	25,0	27,5	9,2
Chili (2000)	3,7	12,0	69,0	13,0	16,1	18,7

¹ L'incidence est mesurée en termes de personnes et non de ménages.

² Les pourcentages des colonnes «avec pension» comprennent aussi l'effet des pensions contributives.

* $((2) - (1)) * 100 / (2)$.

** $((5) - (4)) * 100 / (5)$.

Source: Bertranou, Solorio et van Ginneken (2002).

Les chiffres du Brésil et du Costa Rica ne sont pas entièrement comparables. En effet, les «revenus après prestation» comprennent les prestations de pension non contributives mais aussi contributives. Les chiffres montrent une très forte diminution de la pauvreté extrême au Brésil, où la population rurale bénéficie le plus des pensions non contributives. Au Brésil, il existe deux programmes de pension forfaitaires: le régime rural couvre environ 7 millions de bénéficiaires et le régime rural, environ 2,1 millions. Au total, quelque 14 millions de personnes sont extraites de la pauvreté sur un total «avant transfert» d'environ 94 millions de personnes pauvres. Le programme brésilien a la meilleure efficacité, probablement parce qu'il couvre mieux qu'au Costa Rica la population relativement pauvre dans les zones rurales.

La figure 1 montre qu'il existe encore un autre indicateur qui mesure l'efficacité sur le plan de la réduction de l'écart de pauvreté. Cet indicateur est défini comme le pourcentage des dépenses totales de prestations qui est affecté à la réduction de la pauvreté $((B+C0)/(B+C0+C1+D))$. Bien que cet aspect n'ait fait l'objet d'aucun calcul formel, il apparaît que les résultats de l'Argentine ont été légèrement moins bons que ceux des trois autres pays, principalement parce qu'une fraction importante des pensions non contributives est accordée à des non pauvres.

Divers pays d'Amérique latine (Lavinias, 2001) ont commencé à mettre en place des prestations pour les enfants qui fournissent des incitations à l'inscription et à la fréquentation scolaire. Le Brésil a créé son programme Bolsa Escola et le Mexique, son programme PROGRESA, qui applique une approche intégrée comprenant des services de santé, de nutrition et d'éducation. PROGRESA concerne environ deux millions de ménages pauvres avec un à trois enfants dans 41 000 localités réparties dans 30 Etats. La prestation dans le

domaine de l'éducation augmente parallèlement au niveau d'enseignement et – pour un enfant en troisième année de l'enseignement secondaire – elle peut atteindre un montant égal à 46 pour cent des revenus moyens d'un travailleur agricole masculin (Banque de développement interaméricaine, 2000). Les comparaisons des taux d'inscription scolaire entre catégories ont montré que les pauvres des communautés bénéficiaires inscrivaient plus souvent leurs enfants à l'école que ceux des communautés de contrôle. Le taux d'inscriptions pour les enfants admissibles au bénéfice des prestations qui avaient achevé la sixième année s'élevait à 55 pour cent, contre 43 pour cent dans les communautés non couvertes par le programme. Toutefois, les indications préliminaires sur l'offre de main-d'œuvre ne montrent pas de diminution des taux de participation des enfants.

5.2.2. Certains pays d'Asie et d'Afrique

Dans plusieurs pays d'Afrique australe, notamment la Namibie, l'Afrique du Sud et le Zimbabwe, il existe des dispositions légales en matière de prestations au titre de l'aide sociale. Au Zimbabwe, ces prestations ne couvrent qu'une petite fraction de la population (urbaine) et sont soumises à deux conditions: la personne ne peut trouver d'emploi et elle ne peut recevoir d'aide de sa famille. Les programmes en Namibie et en Afrique du Sud sont beaucoup plus larges. Ils ont commencé sous la forme des prestations universelles pour la population blanche, mais ont à présent été étendus à toute la population. Comme noté précédemment, l'Afrique du Sud envisage actuellement l'instauration d'une allocation d'aide au revenu de base qui fournirait une aide générale aux revenus venant s'ajouter aux prestations existantes financées par l'impôt et de l'assurance sociale. En Namibie (Schleberger, 2002), il est prévu de transformer le programme universel en programme d'aide sociale soumis à des conditions de ressources.

Une des innovations dans le service des prestations en Namibie – ainsi qu'en Afrique du Sud – est que le ministère de la Santé et des Services sociaux a désormais confié la plupart des paiements à «United Africa Pay Masters (UPM)», une société qui a remporté l'appel d'offres ouvert. UPM a instauré un système entièrement nouveau, que l'on peut qualifier de «banque mobile»: des guichets automatiques sont utilisés pour les paiements. Chaque pensionné reçoit une carte d'identité électronique assortie d'un numéro d'identification personnel et d'une identification dactyloscopique, dont la lecture permet au guichet automatique de l'identifier. Des équipes mobiles de six personnes sont affectées aux zones où des points de paiement en espèces ont été installés par le ministère. Le recours à cette technique peut contribuer à diminuer les irrégularités de paiement caractéristiques des programmes d'aide sociale dans beaucoup d'autres pays en développement.

Il existe, dans les pays en développement d'Asie, une série de mesures d'aide destinées aux pauvres, mais la plupart sont ponctuelles et adaptées à la situation et ne s'inscrivent pas dans un système cohérent d'aide sociale. En Chine et en Inde, les deux plus grands pays de la région, on a toutefois tenté d'instaurer un système plus cohérent. Au milieu de 1995, le gouvernement indien a adopté le Programme national d'aide sociale qui se compose de trois prestations en espèces (Jain, 1999). La première est une pension de 75 roupies (moins de 2 dollars E.-U. par mois) pour les personnes de plus de 65 ans à revenus modestes et généralement sans famille. En 1999-2000, plus de 6 millions de pensionnés âgés ont reçu cette prestation, souvent complétée au niveau des Etats par des montants variant de 25 à 75 roupies. Les autres prestations au titre de l'aide sociale sont un paiement forfaitaire de 5 000 roupies pour les familles dont le principal soutien économique décède avant l'âge de 60 ans, et un paiement de 300 roupies par grossesse à concurrence de deux naissances vivantes.

En mars 1999, le gouvernement indien a annoncé «Annapurna», un autre régime d'aide sociale, au titre duquel une personne âgée démunie recevra gratuitement 10 kilos de riz ou de blé par mois par le biais du système public de distribution existant. Le régime entend couvrir les personnes démunies qui sont admissibles au bénéfice du régime national des pensions de vieillesse. On estime (Irudaya Rajan, 2001) qu'un quart des personnes âgées en Inde reçoit déjà

une forme quelconque d'aide sociale au titre du régime financé par le gouvernement central ou au titre des régimes Annapurna ainsi que des régimes complémentaires des Etats. Les prestations servies permettent aux citoyens âgés d'acheter leur alimentation de base ainsi que certaines ressources non alimentaires. Si le pensionné vit avec sa famille, la pension le rend moins dépendant de celle-ci et plus susceptible d'être pris en charge par des proches, des parents, des voisins et des amis.

Lors de son passage à l'économie de marché, la Chine a également modernisé son système d'aide sociale (Hu, Cai et Zhai, 1999). Le régime de protection du minimum de subsistance pour les habitants des villes fournit des subventions publiques complémentaires aux ménages urbains pauvres dont le revenu moyen par habitant est inférieur au seuil de protection du minimum de substance. En 1994, ce régime a fourni une aide à 3 des 13 millions de pauvres des zones urbaines. Dans les zones rurales, le gouvernement a lancé à titre expérimental un système de protection d'un minimum de subsistance qui sert des prestations à la fois en espèces et en nature. Au milieu des années quatre-vingt-dix, plus de 3 millions de personnes dans les zones rurales ont reçu régulièrement une aide sous forme d'allocations et de subventions.

Parmi les pays asiatiques qui ont une politique systématique d'aide sociale, l'Inde a été le premier pays à adopter de nombreux régimes d'aide sociale au niveau des Etats, qui ont été par la suite développés et financés par le gouvernement central. Le programme national d'aide sociale est désormais financé entièrement par le gouvernement central dans les limites de certaines lignes directrices, mais il est administré par les gouvernements des Etats. Une évaluation des programmes de certains Etats (Gujarat, Orissa et Uttar Pradesh, Inde) (Sankaran, 1998) a révélé divers cas de favoritisme au stade de la sélection et d'abus en ce qui concerne les paiements en espèces. Elle a aussi mis en lumière les divers problèmes que pose l'adoption d'une vérification appropriée des ressources. En Chine, les autorités des villes ou des districts financent l'aide sociale – avec un financement complémentaire par les entreprises. Dans les zones urbaines, les prestations de l'aide sociale sont fixées et réparties par les sections locales du ministère des Affaires civiles, globalement compétentes pour l'aide sociale. Dans les zones rurales, le taux de protection du minimum de subsistance est déterminé par le gouvernement du comté ou de la cité, qui gère également les fonds de l'aide sociale.

5.3. Questions stratégiques

Ce bref aperçu a montré que les programmes de prestations sociales financées par l'impôt doivent être coordonnés avec d'autres politiques de lutte contre la pauvreté et d'autres prestations de sécurité sociale, notamment la garantie d'emploi (voir chapitre 4). Plus généralement, ils doivent aussi compléter les politiques de l'emploi (chapitre 4), de la santé (chapitre 2), de l'enseignement et de la famille. Cette coordination peut être assurée en fixant les priorités de financement et en ajoutant certains critères d'admissibilité au bénéfice des prestations. Enfin, il existe une complémentarité étroite entre l'assurance sociale et les prestations sociales financées par l'impôt. En effet, c'est souvent l'absence de régimes d'assurance sociale qui crée la demande de prestations financées par l'impôt.

Dans beaucoup de pays en développement, les prestations sociales financées par l'impôt visent certaines catégories de personnes (personnes âgées, veuves et enfants) qui ont peu ou pas de lien potentiel avec le marché du travail. Le présent aperçu montre que le montant des prestations est souvent inférieur au seuil de pauvreté, principalement à cause du manque de fonds publics, mais que ces prestations servent souvent à maintenir les incitations à cotiser à l'assurance sociale (en Amérique latine). Même si les niveaux des prestations sociales sont bas dans la plupart des pays en développement, il apparaît qu'elles constituent un complément bienvenu au revenu familial et qu'elles encouragent l'intégration des enfants et des personnes âgées dans le ménage.

Le présent chapitre a établi une distinction entre quatre mécanismes de ciblage: sur base du revenu, sur base d'indicateurs autres que le revenu, sur base de l'évaluation par la communauté, et sur base de l'autosélection. Il est souvent difficile, dans les pays en développement, de se faire une idée précise des revenus, de sorte que le ciblage sur base des indicateurs et sur base de l'autosélection est généralement plus approprié. L'évaluation par la communauté peut être faussée par la dynamique des pouvoirs locaux. Ce qui importe, c'est de s'assurer que la vérification est simple et sans équivoque, de sorte que les fonctionnaires des pouvoirs locaux et les bénéficiaires puissent s'y conformer et que les possibilités d'abus soient réduites au minimum. Le recours aux «banques mobiles» – comme le montre l'exemple de la Namibie – peut contribuer à rendre le service des prestations sociales plus fiable, en particulier dans les zones rurales.

Il existe une grande diversité dans le partage des responsabilités entre l'administration centrale et les collectivités locales pour financer et administrer les prestations sociales financées par l'impôt. Ce qui sera adapté dans un pays ne conviendra pas nécessairement dans un autre, du fait des différences de développement économique, de valeurs ainsi que de capacité et de structure (fédérale ou centralisée, par exemple) de l'administration. De plus, le dosage des responsabilités dépendra de la place de ces prestations dans l'ensemble des mesures de lutte contre la pauvreté. En règle générale, il est toutefois préférable que ces prestations soient principalement financées par l'administration centrale. Ce système garantit que les habitants de toutes les régions d'un pays auront droit aux mêmes prestations de base qui, si besoin est, pourront être modulées en fonction des différences de coût de la vie. Les autorités locales et régionales peuvent y ajouter d'autres prestations (souvent en nature) en matière, par exemple, de logement, de nourriture ou de travail.

Les régimes de prestations financées par l'impôt, en particulier l'aide sociale, font souvent l'objet de pressions politiques. Les principaux bénéficiaires des dépenses sociales publiques sont généralement les classes moyennes – les plus pauvres étant exclus et les plus riches pouvant choisir le secteur privé, national ou étranger. Il se peut que cette classe moyenne – qui constitue bien souvent l'électorat qui se fait le mieux entendre et a la plus grande importance politique pour le gouvernement – ne soit pas favorable à des dépenses destinées aux seuls pauvres. Par ailleurs, la rigueur fiscale peut conduire à remplacer des prestations «universelles» par des prestations soumises à condition de ressources. Enfin, le choix des bénéficiaires et la mise en œuvre du programme peuvent être directement orientés par le parlement, comme en Argentine par exemple. D'où l'importance de chercher à mettre sur pied des régimes à large assise qui ont l'appui de la majorité de la population. De tels régimes devraient comporter un important volet «assurance sociale» complété par des prestations financées par l'impôt d'un bon rapport coût/efficacité.

Enfin, le présent chapitre s'est borné à analyser les régimes légaux financés par des ressources nationales qui assurent une aide au revenu de base. La communauté internationale reconnaît de plus en plus la nécessité d'une aide sociale temporaire, financée par des ressources internationales, à destination de pays affectés par des guerres, des catastrophes ou des crises. Il faut aussi commencer à réfléchir plus systématiquement au financement international d'un système de sécurité sociale de base. Des études récentes montrent qu'il faudrait consacrer environ 2 pour cent du PIB mondial pour tirer de leur condition l'ensemble des 1,3 milliard de personnes vivant actuellement dans la pauvreté.

L'OIT examine actuellement la faisabilité d'un «fonds fiduciaire mondial» ou d'un «filet de protection sociale mondial» qui aurait pour objectif de tirer plus rapidement de leur condition les personnes qui vivent dans le dénuement dans les pays les plus pauvres de la planète, en offrant une protection sociale de base. Il viserait à fournir dans les dix à vingt prochaines années une forme de sécurité sociale à près de 100 millions de personnes actuellement privées de toute protection. Les principales prestations soutenues par le fonds seraient celles qui découlent d'initiatives associant les échelons nationaux ou communautaires, dans le domaine des soins de santé de base et du soutien au revenu pour lutter contre la

pauvreté. Le fonds devrait être financé au moyen de cotisations volontaires de sécurité sociale des pays riches et les programmes devraient être administrés par les institutions sociales concernées des pays bénéficiaires.

6. La dimension du genre

Dans les pays en développement, les femmes prédominent dans le groupe des personnes susceptibles de ne pas être protégées par la sécurité sociale: les travailleurs familiaux non rémunérés et les travailleurs à domicile rémunérés à la pièce. Il y a toutefois eu, ces vingt dernières années, une augmentation globale de la participation des femmes à la main-d'œuvre, y compris dans le secteur formel. Cette augmentation du nombre de femmes dans la main-d'œuvre du secteur formel s'est toutefois produite alors que la déréglementation des marchés du travail est en cours, de sorte que les conditions de travail et d'emploi ont commencé à ressembler de plus en plus à celles des segments les plus informels du marché du travail, là où l'on trouvait précédemment les travailleuses. Autrement dit, il y a eu une double «féminisation» du travail (Standing, 1999b): une féminisation de la composition de la population active et une féminisation des conditions de travail et d'emploi.

Les femmes se trouvent souvent en position défavorisée sur le marché du travail. Elles peuvent être en butte à une discrimination directe et elles font partie, à domicile, d'une division du travail selon le sexe où elles assument souvent une part très importante du travail de prise en charge non rémunéré. Cette division s'explique par certains facteurs biologiques (grossesse, naissances, allaitement et sexualité), les rôles et responsabilités socialement définis (soins prodigués aux enfants et à la famille, statut de «salarié secondaire») et situation matrimoniale. Il s'ensuit que les femmes sont moins en mesure que les hommes d'exercer ou de conserver un emploi à temps plein. Cette division affecte le type de travail que les femmes peuvent entreprendre et le nombre d'années qu'elles peuvent rester dans un emploi couvert par la sécurité sociale. Elle a souvent un effet défavorable sur les revenus réels et les potentialités de revenus (en raison de la perception biaisée des genres qu'ont les employeurs), sur leur capacité d'accéder à une formation et de la poursuivre, et sur leurs perspectives d'avancement professionnel.

Enfin, la nature de la sécurité sociale légale telle qu'elle existe dans de nombreux pays en développement, principalement ceux à faible revenu, ne correspond pas – ou très insuffisamment – aux besoins des travailleuses. Il y a tout d'abord les facteurs généraux (principalement neutres par rapport au genre) qui excluent de nombreux travailleurs de la protection, notamment les travailleurs du secteur agricole, le personnel domestique et ceux qui ne font pas partie des marchés formels du travail, majoritairement des femmes. Ces facteurs ont trait à la législation et à la gouvernance ainsi qu'aux structures des prestations et des cotisations, qui ne répondent pas aux besoins et à la capacité contributive de la majorité de la main-d'œuvre (voir chapitres 1 et 3). Il y a toutefois aussi l'influence spécifique du modèle de «l'homme soutien de famille» qui sous-tend une partie des réglementations légales de la sécurité sociale.

Le présent chapitre donne tout d'abord un bref aperçu de la conception qu'a l'OIT de la sécurité sociale sous l'angle du genre, telle qu'elle ressort de diverses conventions ainsi que de l'approche des questions de genre dans la stratégie du travail décent. Il analyse ensuite les diverses manières dont les systèmes légaux de sécurité sociale peuvent contribuer à l'égalité entre les sexes. La troisième section tire certains enseignements concernant les besoins et les mécanismes de sécurité sociale pour les femmes dans l'économie informelle à partir des expériences, des projets et des organisations. Le chapitre formule enfin un certain nombre de conclusions.

6.1. La conception de l'OIT en matière de sécurité sociale sous l'angle du genre

Les types de normes de l'OIT qui concernent les femmes ont évolué au fil du temps. Des conventions protectrices, on est passé à des conventions qui visent à garantir l'égalité des chances pour les femmes et les hommes. L'adoption des conventions n^{os} 110, 111 et 156 marque un changement dans les attitudes traditionnelles concernant le rôle des femmes. Elles ont reconnu que les responsabilités familiales affectent non seulement les travailleuses mais aussi les travailleurs, la famille et la société. Les conventions plus récentes dans le domaine de la sécurité sociale interdisent la discrimination. L'une d'elles est la convention (n^o 103) (révisée) de 1952 sur la protection de la maternité, qui stipule que toute contribution doit être payée d'après le nombre total d'hommes et de femmes employés dans les entreprises intéressées, sans distinction de sexe. L'autre est la convention (n^o 168) de 1998 concernant la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, qui impose l'égalité de traitement pour toutes les personnes protégées, sans distinction fondée notamment sur l'appartenance sexuelle, tout en autorisant les Etats Membres à adopter des mesures spécifiques pour répondre aux besoins particuliers de catégories de personnes qui ont des problèmes sur le marché du travail.

Il va de soi que d'autres conventions de l'OIT qui ne concernent pas de manière spécifique la sécurité sociale proscrivent la discrimination fondée sur le sexe, notamment la convention (n^o 100) de 1951 sur l'égalité de rémunération, la convention (n^o 111) de 1958 concernant la discrimination (emploi et profession) et la convention (n^o 156) de 1981 sur les travailleurs ayant des responsabilités familiales. En vue d'instaurer l'égalité des chances et de traitement effectif pour les travailleurs et les travailleuses, la dernière de ces conventions prescrit que toutes les mesures compatibles avec les conditions et les possibilités nationales devront être prises pour répondre à leurs besoins en matière de sécurité sociale. La convention (n^o 111) de 1958 sur la discrimination (emploi et profession) recommande que toute personne, sans distinction, doit bénéficier de l'égalité de chances et de traitement en ce qui concerne les mesures de sécurité sociale.

La protection de la fonction de maternité des femmes est intimement liée à la promotion de l'égalité entre les sexes. Les prestations d'assurance maternité sont essentielles pour permettre aux femmes et à leurs familles de préserver leur niveau de vie lorsque la mère n'est pas en mesure de travailler. Tout au long de son histoire, l'approche de l'OIT a consisté à veiller à ce que les travailleuses puissent avoir ce droit, depuis l'adoption, en 1919, de la convention (n^o 3) sur la protection de la maternité jusqu'à l'adoption, en 2000, de la convention (n^o 183) (révisée) sur la protection de la maternité et de la recommandation (n^o 191).

Comme indiqué au chapitre 1, la philosophie la plus récente de l'OIT est incorporée dans la stratégie du «travail décent pour tous», introduite dans le premier rapport du Directeur général (BIT, 1999a) à la CIT. La stratégie du travail décent adopte une perspective large du travail, qui comprend non seulement l'emploi (rémunéré) mais aussi toutes les formes de travail non rémunéré, notamment le travail à domicile, afin de prendre en considération les rôles des genres. La sécurité sociale décente peut donc jouer un rôle important dans la réalisation de l'égalité hommes/femmes si toutes les personnes – femmes et hommes qui travaillent (rémunérés ou non) ainsi que les enfants et les personnes âgées – peuvent avoir accès de manière indépendante à la sécurité sociale.

6.2. Régimes légaux de sécurité sociale

L'incidence des régimes de sécurité sociale se ressent le plus au niveau du ménage et, en particulier, de la répartition des prestations entre les hommes et les femmes. Cela dit, si les prestations de sécurité sociale répondaient mieux aux besoins des femmes, elles pourraient aussi déboucher sur une plus grande participation à la population active ce qui, à terme,

accroîtrait la couverture personnelle des régimes de sécurité sociale et contribuerait à réduire la pauvreté. En ce qui concerne l'assurance sociale, la pension (de vieillesse) et la prestation de maternité ont l'incidence la plus manifeste sur les questions de genre. Le fait que les hommes ou les femmes dans la famille reçoivent des prestations sociales financées par l'impôt peut avoir une incidence sur l'équilibre des négociations entre hommes et femmes au sein du ménage et sur la structure des dépenses de celui-ci.

6.2.1. Réduire l'écart des pensions entre hommes et femmes

Certaines femmes qui travaillent dans le domaine de la prise en charge de personnes et/ou dans l'économie informelle peuvent être couvertes par l'intermédiaire des cotisations versées par leur mari au titre des régimes légaux de pension. Ces cotisations ouvrent aux femmes des droits dérivés à la pension qui sont généralement inférieurs à ceux des hommes. De plus, ces droits dépendent souvent de la poursuite de la cohabitation du couple, ce qui place les femmes dans une situation potentiellement vulnérable. En Amérique latine, en particulier, l'incidence des régimes légaux de pension sous l'angle de l'égalité hommes-femmes a été analysée dans le contexte de l'introduction des régimes de pension financés par capitalisation (voir chapitre 3).

Bertranou (2001) conclut qu'en pratique, les régimes classiques à prestation définie financés par répartition sont plus favorables aux femmes que les régimes à cotisation définie entièrement financés par capitalisation. Les premiers ont une formule de calcul des prestations qui se fonde implicitement sur les mêmes tables de mortalité homme-femme et servent encore aux femmes des prestations à un âge d'ouverture du droit à la retraite inférieur à celui des hommes. Par contre, les premiers basent généralement les prestations de pension sur les revenus acquis pendant les quelques dernières années de la vie active. Les hommes ayant des profils de revenus qui augmentent plus rapidement que les femmes, ils versent des cotisations sur des salaires relativement plus bas au cours des années antérieures. En principe, toutefois, les deux types de régimes peuvent être conçus de telle sorte qu'ils contribuent à l'égalité entre les sexes.

Bertranou (2001) analyse également un certain nombre de politiques possibles pour réduire l'écart entre les pensions des femmes et des hommes. L'alignement de l'âge du départ à la retraite des femmes sur celui des hommes favoriserait les femmes dans le cas des régimes à cotisation définie financés entièrement par capitalisation. En effet, il les aiderait à accumuler une épargne plus importante en vue de la retraite. En revanche, les formules de calcul des rentes basées sur le sexe dans un régime à cotisation définie financé par capitalisation accordent aux femmes retraitées des pensions relativement moins élevées, puisqu'elles vivent généralement plus longtemps que les hommes. Scinder les avoirs constitués et les droits serait une manière de protéger les femmes qui travaillent dans l'économie des soins du ménage contre les risques de dépendance financière par rapport au mari et (en partie) contre celui de la perte de leurs compétences par rapport au marché du travail.

6.2.2. Prestations pour les enfants et les parents

Ces prestations ont généralement été adoptées en vue d'aider les familles à faire face au coût de l'éducation des enfants. Ils ont également un rôle important à jouer dans la promotion de l'égalité entre les sexes. Certains pays ont modifié leur système au fil des années en subordonnant certaines prestations familiales à des conditions de ressources, généralement pour des raisons d'économies de dépenses publiques.

Dans beaucoup de cas, les pays en développement ont hésité à adopter des prestations familiales, estimant que celles-ci aggraveraient le problème des taux de fécondité élevés. Il n'empêche que certaines indications montrent que les prestations pour les enfants peuvent

contribuer fortement à garantir les moyens d'existence et à améliorer la fréquentation scolaire (voir aussi le chapitre 5). Elles sont normalement versées à la mère, qui est le parent le plus directement concerné par la prise en charge des enfants, ce qui améliore la répartition des revenus au sein de la famille et contribue à promouvoir l'égalité entre les sexes. L'offre élargie de services de garde des enfants a également contribué à cet objectif en donnant plus d'autonomie aux mères et plus de chances d'accéder au marché du travail.

La protection de la maternité est un aspect important de la garantie des moyens d'existence pour les femmes qui travaillent, et un aspect que l'OIT a renforcé en revoyant les conventions internationales du travail concernées. Le versement de prestations de maternité par le biais de la sécurité sociale garantit le partage des coûts entre les femmes et les hommes et leur employeur respectif. Charger l'employeur du paiement des prestations de maternité, comme c'est le cas dans certains pays en développement, ne garantit pas cette solidarité et peut entraîner une discrimination à l'embauche à l'encontre des femmes en âge de procréation. Un certain nombre de pays (développés) ont adopté le congé parental – plutôt que des prestations – pour permettre à l'un des parents de quitter momentanément le travail pour s'occuper d'un enfant au cours des premiers mois de sa vie. Le principe directeur est que les parents devraient avoir le droit de choisir qui reçoit la prestation. Pour ceux qui souhaitent partager, il existe généralement une possibilité qui permet à chaque parent de recevoir une partie de la prestation. L'introduction de cette option a contribué à faciliter une plus grande égalité entre les sexes.

6.2.3. L'incidence des prestations d'aide sociale sur l'égalité entre les sexes

Dans la plupart des pays en développement, la famille est l'institution sociale qui prend traditionnellement en charge les personnes âgées et l'on attend d'elle qu'elle continue à exercer ce rôle de dispensatrice de soins comme source principale de soutien et de sécurité au moment de la vieillesse. L'aspect le plus vital du mode de vie des personnes âgées est la cohabitation avec des enfants adultes dans les familles élargies ou les ménages multigénérationnels où les membres fournissent aux personnes âgées le revenu, les soins personnels et le soutien émotionnel. Ce système de valeurs traditionnel semble régresser progressivement pour toute une série de facteurs: diminution de la taille de la famille, participation accrue des femmes à la population active, migration des jeunes membres de la famille et effondrement progressif des systèmes de propriété commune des terres et des moyens de production. Ces modifications sociales, économiques et démographiques d'aujourd'hui ont de profondes répercussions sur les conditions dans lesquelles vivront demain les personnes âgées. Dans les pays développés et dans divers pays à revenu intermédiaire, ces changements ont débouché sur une situation dans laquelle les personnes âgées ne vivent plus avec leurs enfants.

Dans les zones rurales traditionnelles, notamment à Orissa (Inde), la majorité des personnes âgées vivent avec leurs fils mariés. Une étude récente dans ce domaine a toutefois conclu que les modes de vie des personnes âgées ne sont pas homogènes mais diffèrent sensiblement du point de vue de l'âge, du sexe, de la situation matrimoniale et économique. Par exemple, les femmes âgées pauvres vivent beaucoup plus souvent seules que les hommes âgés pauvres. Cet état de fait est dû en partie à l'espérance de vie supérieure des femmes mais aussi au fait que, dans une société patrilinéaire comme celle d'Orissa, les femmes n'héritent pas des terres (Panda, 1998). En outre, l'épreuve la plus critique par rapport aux modes de vie survient lorsque l'un des parents décède et que l'autre est frappé d'une maladie grave nécessitant des soins constants (Shah, 1999). Dans ces conditions, la prise en charge d'un parent peut devenir difficile.

Par conséquent, le premier rôle des pensions financées par l'impôt est de procurer la garantie des moyens d'existence aux personnes âgées, en particulier aux plus vulnérables d'entre eux (voir aussi le chapitre 5). De plus, les pensions de base pour les personnes âgées soulageront en partie la pression que subissent les enfants pour qu'ils entretiennent leurs parents financièrement. Par ricochet, les personnes sont plus libres de réduire la taille de la

famille, ce qui est particulièrement bénéfique pour les femmes mais aussi essentiel par rapport aux objectifs de développement. Il est manifeste que les pensions ne suffisent pas à résoudre entièrement la situation des personnes âgées. En effet, outre à la garantie des moyens d'existence et aux soins de la famille, les personnes âgées ont également besoin d'avoir accès à la sécurité de la santé, à un abri, voire à des soins en institution (Subrahmanya, 1999).

Beaucoup de programmes de prestations sociales financées par l'impôt partent de postulats similaires à ceux qui sous-tendent le modèle économique du ménage unitaire, à savoir que les ressources sont mises en commun de manière égale au sein du ménage. Un grand nombre d'études relevant de diverses disciplines (Sabates-Wheeler et Kabeer, 2003) indiquent que le revenu n'est pas toujours mis en commun au sein du ménage et, lorsqu'il l'est, il existe une dynamique intrafamiliale complexe qui détermine la répartition du revenu entre les membres. Il s'ensuit notamment que les différences de contrôle sur le revenu se traduisent par des profils de dépenses différents. Par exemple, une étude de cas indique que, par rapport aux femmes, les hommes dépensent une plus grande partie du revenu qu'ils contrôlent à des produits de consommation comme l'alcool, les cigarettes et les biens de prestige. Les femmes, en revanche, achètent plus souvent des produits pour les enfants et pour la consommation générale du ménage. On trouve des modifications similaires de la consommation des ménages dans le cas des pensions financées par l'impôt. Lorsque les personnes âgées vivent dans des ménages multigénérationnels, elles contribuent souvent aux dépenses d'éducation pour les enfants (Lund et Srinivas, 2000).

6.3. Répondre aux besoins des femmes dans l'économie informelle

Les activités organisées par et pour les travailleurs et les travailleuses dans l'économie informelle sont généralement basées sur un concept global du développement et de la sécurité sociale. Des organisations comme les ONG et les coopératives ont une bonne connaissance des besoins et des priorités particuliers de leurs groupes de clients et ont mis en place conjointement avec ceux-ci des institutions et des politiques qui correspondent à leur situation particulière. Comme exposé au chapitre 1, leur concept de la sécurité sociale comprend non seulement les neuf éventualités traditionnellement définies par l'OIT mais aussi les mesures préventives dans les domaines social et économique. Dans le domaine social, l'action des ONG intègre des mesures classiques de sécurité sociale avec des mesures complémentaires dans le domaine des soins de santé (primaires), de prise en charge des enfants, de logement et d'action sociale ciblée. Dans le domaine économique, une sécurité plus grande peut être obtenue par l'entraide et l'emploi indépendant, ce qui produit une amélioration du revenu et la création de biens de production. Ces initiatives s'inscrivent généralement dans le contexte d'un système de crédit ou de microfinance qui a déjà l'expérience de la perception de cotisations et de l'administration de prestations.

Dans une analyse des organisations – principalement en Asie du Sud – qui ont mis en place avec succès des régimes de sécurité sociale pour les femmes dans l'économie informelle, Sabates-Wheeler et Kabeer (2003) distinguent quatre facteurs clés qui ont contribué à ce succès.

Implication et participation durables. La Self-Employed Women's Association (Association des femmes exerçant un travail indépendant – SEWA) est souvent mise en exergue comme exemple performant de régime d'assurance sociale autofinancé qui s'occupe tout particulièrement des femmes dans l'économie non structurée/informelle. Depuis 1972, la SEWA – un syndicat enregistré – s'efforce de garantir la sécurité d'emploi et de revenu pour les femmes. Elle compte actuellement quelque 250 000 affiliées. Il s'agit souvent de travailleuses (colporteuses, marchandes et travailleuses à domicile) mal rémunérées et qui n'ont guère de possibilités de passer à des emplois plus rémunérateurs. Les composantes du régime de la SEWA ont été créées uniquement en réponse à la demande résultant de près de trente ans

de collaboration étroite avec ses affiliées. La SEWA a constaté l'existence d'une forte demande d'assurance sociale chez les femmes des zones rurales et répond actuellement à ce besoin.

La banque Grameen est destinée aux travailleurs de l'économie informelle. Bien que les femmes ne soient pas les seuls clients, la majorité des emprunteurs sont des femmes. La banque reconnaît explicitement la situation vulnérable des femmes au sein de la famille et cherche à les attirer comme clientes – les opérations de crédit pour les femmes étant entièrement indépendantes des transactions avec les emprunteurs masculins et ne nécessitant pas de passer par l'intermédiaire des maris ou de parents de sexe masculins. Grameen Kalyan, une branche de la banque, vise les groupes ruraux de travailleurs informels au moyen d'une assurance maladie qui cherche à diminuer leur risque. Bien que les femmes ne soient pas les seules visées, le programme de santé met l'accent sur la planification des naissances, la santé maternelle et des enfants et la santé génésique et est donc susceptible d'avoir un effet favorable plus important sur les femmes que sur les hommes.

Financement et structures administratives adaptées. Lund et Srinivas (2000) formulent une conclusion intéressante: bien que l'on puisse théoriquement classer les programmes de sécurité sociale selon la nature de leur structure de gestion (en réseaux informels de protection sociale, en régimes coopératifs, en régimes fondés sur le marché et en régimes légaux de sécurité sociale), un examen attentif d'une série de programmes de sécurité sociale montre qu'il n'existe pas de délimitation claire entre ces catégories. Par exemple dans sa structure de gestion, la SEWA relie la sécurité sociale coopérative aux compagnies d'assurance nationales et aux subventions publiques acheminées par l'entremise de la compagnie. La SEWA a par ailleurs conçu le paiement des primes afin de l'adapter aux différentes catégories de revenus parmi les personnes très pauvres. La SEWA autorise les paiements tant annuels que mensuels, bien que ces derniers nécessitent des coûts de transaction plus élevés et un suivi plus poussé.

Le financement du programme de la SEWA est lui aussi non conventionnel et adapté aux diverses possibilités existantes. Un tiers provient des cotisations des travailleuses, un tiers de la prime est obtenu par les intérêts payés sur un don accordé par l'Agence allemande pour le développement technique, et le reste provient d'un ensemble de mesures subventionnées (provenant du ministère du Travail et fourni par les deux mêmes compagnies indiennes d'assurances). Les cotisations sont donc apportées à la fois par la voie publique et par la voie privée. La SEWA considère la contribution des affiliées correspondant à un tiers de la prime comme un début sur la voie d'une augmentation des cotisations, qui permettra aux femmes d'avoir leur mot à dire dans la définition et l'administration du régime.

Crèches (jardins d'enfants): une priorité de premier rang pour les salariées. Beaucoup d'organisations et d'initiatives dans les pays en développement réussissent à surmonter les vulnérabilités spécifiques du cycle de la vie et du travail pour la simple raison qu'elles répondent aux besoins qu'ont révélés divers groupes de femmes. Le programme «Madres comunitarias» en Colombie et la création de crèches sont de bons exemples de ces initiatives.

Un exemple particulièrement intéressant est l'initiative de «Mobile Crèches» en Inde, qui gère en moyenne 16 centres sur des chantiers de construction à Mumbai et deux dans les bidonvilles. A Pune, il y a environ 11 centres sur des chantiers de construction. Les enfants des travailleurs de la construction sont pris en charge et encadrés à la crèche dans le cadre de divers programmes. Mobile Crèches prend contact avec le promoteur de tous les chantiers de construction potentiels en vue d'y ouvrir un centre. Si le promoteur ou l'entrepreneur est d'accord, il met à disposition des locaux adéquats, l'électricité et l'eau. Le centre comprend une section pour les tout-petits et une section pour les jeunes enfants (balwadis). La section des tout-petits s'occupe des nouveau-nés et des enfants en bas âge. Les mères sont encouragées à allaiter régulièrement mais, si cela n'est pas possible, l'enfant reçoit du lait en poudre. Pour les enfants en âge préscolaire, le programme prévoit un enseignement non formel et les prépare à l'entrée dans les écoles ordinaires lorsqu'ils atteignent l'âge voulu.

Une initiative originale lancée par Mobile Crèches est le programme de formation Bal Palika (agrée par l'université SNDT de Mumbai) – destiné à dispenser une formation appropriée aux personnes qui deviennent membres de l'organisation. Par ailleurs, le programme contribue à la formation des jeunes gens et des jeunes filles de la petite classe moyenne en vue de les aider à faire carrière dans le secteur de la puériculture. Une des caractéristiques particulières de l'initiative Mobile Crèches est que le système offre des emplois à des femmes qui n'ont reçu qu'une éducation élémentaire. Elle les forme aux méthodes de soins et d'enseignement adoptées par l'organisation. Ces femmes sont attachées à leur travail, à tel point que certaines participent au programme depuis plus de vingt-cinq ans. On peut constater leur dévouement lorsqu'on visite les centres et constate que les enfants sont heureux et bien soignés. Mobile Crèches s'est, ces vingt-cinq dernières années, occupé de plus de 200 000 enfants dans 369 centres. Mobile Crèches est actuellement financé par la fondation «Concern India», par le Conseil central de l'aide sociale et par d'autres organisations, par des centres d'entreprises et par des bailleurs de fonds individuels.

La philosophie de l'autonomisation. Une des fonctions de la SEWA a consisté à organiser les travailleurs afin d'exiger des grands employeurs dans les secteurs des beedi et du tabac qu'ils respectent les règles élémentaires de la protection sociale et les salaires minimums pour les travailleuses. Afin de réduire le volume du chômage saisonnier parmi les travailleuses du secteur agricole et d'accroître leur pouvoir de négociation, la SEWA encourage les stratégies de diversification des revenus en relançant les artisanats traditionnels comme le tissage et la poterie par l'intermédiaire de coopératives d'artisans et de coopératives laitières. Agarwal (1991) signale que, «comme la banque Grameen, la SEWA semble avoir réussi à augmenter les revenus, à renforcer la position des femmes dans la famille, à sensibiliser aux avantages de la solidarité de groupe et, pour les travailleuses agricoles des zones rurales, à augmenter les salaires agricoles en renforçant leur pouvoir de négociation face aux employeurs».

6.4. Conclusions

La législation qui régit les programmes de sécurité sociale (y compris certaines normes de l'OIT) reste basée en grande partie sur la notion de «l'homme soutien de famille», en vertu de laquelle les femmes ont généralement droit à des prestations «dérivées» par l'entremise de leur mari. Cette situation rend les femmes vulnérables, parce que ces prestations sont ordinairement d'un niveau inférieur et que l'admissibilité dépend souvent de la pérennité du couple marié ou cohabitant. Les droits des femmes aux prestations («dérivées») peuvent être améliorés de diverses manières, notamment en scindant les prestations et l'épargne constituée dans le domaine des pensions. Les crédits destinés à élever les enfants et à assumer les responsabilités familiales ont pour avantage que les droits à la pension pour les personnes qui assument ces tâches continuent de s'accumuler. Le revers de la médaille est qu'ils sont coûteux, parce qu'ils sont liés au revenu antérieur, et qu'ils renforcent le modèle traditionnel de la division du travail entre les hommes et les femmes. Il semble dès lors qu'en général, une meilleure solution consiste à soutenir les activités économiques parentales par des prestations de maternité, des congés parentaux, des prestations pour les enfants et un accès abordable aux structures d'accueil des enfants.

Les femmes sont aussi en train d'améliorer leur droit direct aux prestations de la sécurité sociale légale en renforçant leur participation au marché du travail formel. Elles développent ainsi leurs propres droits autonomes à la pension ainsi que leur droit aux prestations de chômage et de maternité. En outre, les pays en développement s'orientent de plus en plus vers des prestations (familiales et d'aide sociale) financées par l'impôt. Ces prestations – dont le montant est souvent modeste – sont généralement favorables aux femmes dans la mesure où leurs droits aux programmes légaux d'assurance sociale sont inférieurs.

Toutefois, ni l'assurance sociale légale ni les prestations sociales financées par l'impôt ne semblent actuellement en mesure de relever le vaste défi de l'extension de la sécurité sociale, et moins encore dans les pays à faible revenu. Comme relevé aux chapitres 2 et 3, il existe un élément nouveau à cet égard: l'émergence des régimes communautaires qui sont souvent centrés sur la santé et organisés par les travailleuses de l'économie informelle ou avec leur collaboration. Une analyse de ces régimes montre qu'il existe quatre facteurs clés qui ont contribué à la réussite de la mise en place de régimes de sécurité sociale pour les femmes dans l'économie informelle. L'organisation qui sert les prestations doit tout d'abord avoir une longue expérience dans ce domaine afin de pouvoir répondre aux besoins réels de leurs groupes de clients. Un deuxième facteur est une structure administrative et de financement souple. Certaines organisations comme la SEWA se sont montrées inventives, s'agissant de mobiliser un éventail de ressources financières, et ont conçu des calendriers souples de paiement des prestations qui correspondent aux structures de revenus irrégulières des femmes. L'accès aux crèches et aux structures d'accueil des enfants en général est un autre facteur très important qui permet de concilier le travail avec les responsabilités familiales. Enfin, diverses organisations qui ont fait leurs preuves sont inspirées par une philosophie d'autonomisation. Elles ont renforcé la confiance en soi des femmes et ont servi de représentants de leurs clientes dans les négociations avec les employeurs et le gouvernement au niveau tant local que national.

Dans le processus d'extension, la participation et l'implication des femmes – en tant que travailleuses et bénéficiaires – est indispensable. En ce qui concerne l'extension des régimes légaux d'assurance sociale, il convient de consulter les femmes afin que les prestations et les cotisations répondent à leurs besoins et à leur capacité contributive. Des mesures devraient être prises pour qu'elles aient une forme quelconque de droits autonomes, même si elles n'ont droit qu'à des prestations «dérivées». Il est essentiel par ailleurs d'aboutir à une répartition plus égale des fonctions de prise en charge au sein de la famille – un processus qui peut être favorisé en instaurant le congé parental pour les hommes et les femmes qui travaillent. Enfin, les prestations sociales financées par l'impôt devraient être conçues de manière à soutenir les femmes dans leur recherche d'un emploi sur le marché du travail. Les services d'accueil des enfants – fournis par l'Etat et/ou par l'employeur – peuvent favoriser davantage la possibilité pour les parents d'effectuer un travail productif en sachant que leurs enfants seront bien soignés.

7. Conclusions et voie à suivre

Plus de la moitié de la population mondiale est exclue de la protection par la sécurité sociale légale. Bien souvent il s'agit de travailleurs de l'économie informelle qui ne bénéficient d'aucune protection de sécurité sociale lors de la vieillesse ni contre les coûts des soins de santé. En général, dans les pays à faible revenu, comme ceux d'Afrique subsaharienne et d'Asie du Sud, plus de 90 pour cent de la population ne sont pas couverts tandis que, dans les pays à revenu intermédiaire, ce taux se situe entre 20 et 60 pour cent. On estime qu'à l'échelle mondiale, 20 pour cent seulement de la population bénéficient d'une couverture adéquate.

La tendance à une couverture de sécurité sociale réduite voire, parfois, en régression a amené l'OIT, en 2001, à estimer qu'il convenait de donner la priorité absolue à la conception «de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur». La Conférence internationale du Travail a jugé que la sécurité sociale était devenue plus nécessaire que jamais, compte tenu de la mondialisation et des politiques d'ajustement structurel, et elle a dès lors demandé au Bureau de lancer une vaste campagne de promotion de l'extension de la couverture de la sécurité sociale. Cette même Conférence a convenu que la sécurité sociale jouait un rôle important dans le processus de développement et dans l'intégration sociale et politique et que, si elle était correctement gérée, elle renforçait la productivité en garantissant les soins de santé, les moyens d'existence et les services sociaux.

Le présent document a dès lors interprété la sécurité sociale comme faisant partie du processus de développement. Il a utilisé – moyennant certaines modifications – l’approche de Sen, qui considère la pauvreté comme la privation de capacités. La première tâche de la sécurité sociale consiste donc – en particulier dans les pays à faible revenu – à contribuer à la santé et à l’éducation pour tous et en particulier pour les pauvres. Le chapitre 2 a examiné l’expérience de certains pays qui ont réalisé la couverture universelle des soins de santé et analysé les divers choix de politiques pour les pays à revenu faible et intermédiaire. Le chapitre 5 a passé en revue les indications disponibles concernant les incidences sur la fréquentation scolaire des prestations pour les enfants. Le document n’a pas étudié les subventions à la consommation pour la nourriture et le logement – deux nécessités essentielles dont la satisfaction contribue au développement des capacités élémentaires.

Le fait que les individus puissent être performants dans la famille et dans la société fait aussi partie du processus de développement. Le présent document a considéré la cohésion familiale et l’aptitude à l’emploi comme deux concepts élémentaires du fonctionnement social. Les programmes de sécurité sociale essentiels, en particulier dans les pays à revenu faible, sont les prestations pour les parents et les enfants (chapitres 5 et 6), et le développement de la garantie d’emploi (chapitre 4). D’autres programmes de sécurité sociale importants – également liés à la cohésion sociale et à l’aptitude à l’emploi – sont les pensions (de vieillesse, d’invalidité et de survivants) (chapitre 3) et les prestations de chômage (chapitre 4). Enfin, lorsque tous les autres programmes de sécurité sociale sont défailants, certaines prestations sociales financées par l’impôt peuvent empêcher les individus de tomber sous le seuil de pauvreté.

Le présent document a démontré que la faible couverture de sécurité sociale est due avant tout aux ressources financières réduites dont dispose le secteur social, en particulier dans les pays à faible revenu. C’est en grande partie suite aux dizaines d’années de politiques d’ajustement structurel que la grande majorité de ces pays n’assurent pas la gratuité des soins de santé à leur population. Telle est la principale explication sous-jacente de l’émergence des régimes communautaires. En outre, ces pays, de même que les pays à revenu intermédiaire, ont généralement des régimes très modestes de prestations financés par l’impôt pour les personnes qui n’ont pas pu se protéger elles-mêmes au moyen de régimes d’assurance sociale. Il est dès lors nécessaire de réorienter d’urgence certaines dépenses publiques nationales vers le secteur social et de trouver des ressources internationales nouvelles pour financer la sécurité sociale de base pour les pauvres dans le monde.

Une autre tendance préoccupante est le fait qu’une part croissante des régimes de sécurité sociale soit financée au moyen des recettes fiscales plutôt que par des cotisations personnelles ou collectives. L’avantage de l’assurance sociale est que les individus sont prêts à cotiser pour obtenir des prestations qui répondent à leurs besoins élémentaires et à leur situation. Le présent document formule diverses suggestions quant à la manière d’améliorer la gestion et la conception des régimes nationaux d’assurance sociale. En outre, le fait que soient apparus de nombreux régimes contributifs communautaires est très prometteur. Pour les gouvernements, les partenaires sociaux et les sociétés civiles, l’enjeu consiste à créer des conditions telles que la vaste majorité de la population contribue aux régimes d’assurance sociale.

7.1. Examen et orientations stratégiques

Le présent document a montré que certains pays à revenu intermédiaire en Asie du Sud-Est et en Amérique latine ont réalisé l’universalité de l’assurance maladie pour leur population. L’exemple le plus frappant est sans doute celui de la République de Corée du Sud, qui a atteint cet objectif en douze ans, de 1977 à 1989. Le Costa Rica est un exemple de réussite en Amérique latine: il consacre un tiers environ des dépenses publiques à la sécurité sociale. Certes, la volonté politique a joué un rôle primordial dans le succès rencontré par ces

pays, mais celui-ci n'était possible qu'à certaines conditions: avoir préalablement atteint un niveau relativement élevé de développement économique, s'être largement urbanisé et voir le salariat surpasser en nombre l'emploi informel. On note tout de même une grande diversité dans les choix faits par ces pays. La République de Corée a par exemple opté pour une enveloppe de prestations relativement limitée, des taux de cotisations plutôt bas et un ticket modérateur relativement élevé. Les exemples du Costa Rica et de la République de Corée montrent aussi la complexité de l'équilibre entre la participation des salariés et celle des travailleurs indépendants, ces derniers payant souvent des cotisations relativement basses tout en ayant plus de facilité à ne déclarer qu'une partie de leurs revenus.

Dans les pays à faible revenu, 5 à 10 pour cent seulement de la population sont couverts par des régimes légaux d'assurance maladie et, en général, les gouvernements ne fournissent pas d'accès gratuit ou subventionné aux soins de santé de base. Cela a entraîné l'émergence des régimes d'assurance maladie communautaires, qui ont pour principal avantage d'améliorer l'efficacité des dépenses de santé ou encore le rapport coût-qualité des services de santé. Le succès ou l'échec de ces régimes dépend des caractéristiques des organismes (ils peuvent avoir pour base la profession, le sexe, une zone géographique ou l'appartenance religieuse), de leur conception et du contexte dans lequel ces régimes opèrent.

La plupart de ces systèmes sont de taille relativement modeste. Il est donc important de déterminer les formes de partenariat qui favoriseront leur extension. Ils peuvent, par exemple, se regrouper ou se fédérer. Ils peuvent aussi chercher à nouer des partenariats avec des institutions de plus grande taille, si elles sont fiables: pouvoirs locaux, institutions de sécurité sociale, ou compagnies d'assurances du secteur privé. Une idée relativement nouvelle (Gbossa et Gauthé, 2002) est celle de la mise en place par l'Etat de régimes d'assurance maladie mutuels «provisaires», c'est-à-dire destinés aux chefs de micro-entreprises et à toutes personnes en mesure de cotiser, mais qui n'ont pas encore pu choisir un régime de microassurance convenable. Une autre idée nouvelle (Steinwachs, 2002) serait que l'Etat accepte que les personnes puissent – dans le cadre de l'affiliation obligatoire – choisir de s'affilier à des régimes communautaires agréés d'assurance maladie. Il faudrait pour cela que les régimes d'assurance maladie sociale légale perdent leur monopole d'affiliation des travailleurs dans le secteur formel. Les avantages pourraient être une plus grande stabilité des recettes pour les régimes de microassurance, plus de concurrence, et la possibilité de recourir davantage aux différents prestataires de soins de santé dans tout le pays. Il est nécessaire de mettre ces deux idées à l'épreuve.

Une autre idée qu'il est nécessaire de mettre à l'épreuve est la faisabilité des régimes locaux d'assurance maladie. Ces régimes visent la couverture universelle dans une région déterminée et sont principalement gérés par les pouvoirs publics (locaux) en collaboration avec une série de partenaires. Par rapport aux régimes sectoriels ou professionnels, les régimes locaux ont l'avantage que les frais d'administration sont réduits et qu'il est possible d'inclure la participation et le contrôle locaux dans la conception du projet. Qui plus est, la couverture pourrait être étendue assez rapidement à d'autres régions, puisque les pouvoirs publics pourraient reproduire les régimes aux mêmes conditions.

Une des constatations remarquables dans le domaine des pensions au titre de l'assurance sociale concerne l'Amérique latine, où le passage des régimes par répartition à prestation définie aux régimes par capitalisation intégrale à cotisation définie n'a pas augmenté la couverture personnelle. Ces réformes des pensions étaient censées améliorer la couverture en diminuant l'évasion et le non-recouvrement et étaient inspirées par la conviction que les travailleurs seraient attirés par l'accumulation de l'épargne en vue de la pension. Cela est certainement dû à l'«informalisation» du marché du travail, mais aussi à l'accroissement de l'évasion et du non-recouvrement, qui semblent s'expliquer par les coûts administratifs excessifs et par le problème «des transferts». Enfin, lorsque les régimes par capitalisation intégrale sont basés sur l'épargne personnelle, ils ne sont pas adaptés aux travailleurs à faible revenu en raison des coûts fixes relativement élevés.

Les méthodes adoptées par les gouvernements pour intégrer les travailleurs indépendants aux régimes légaux de pension ont eu un succès mitigé. Les indépendants ne sont en général pas disposés à payer «deux» cotisations (celle des travailleurs et celle des employeurs). Certains pays comme la Tunisie ont toutefois augmenté sensiblement la couverture des indépendants, en particulier en fixant des barèmes de revenus réalistes comme base de la cotisation pour les différentes catégories d'indépendants. La Chine a également facilité l'accès des indépendants et des travailleurs de l'économie informelle en adaptant les structures de prestations et de cotisations à la situation particulière des travailleurs urbains et ruraux. Les pays à revenu intermédiaire pourraient envisager de couvrir l'ensemble de la population en étendant le programme légal d'assurance pension. Les pays à faible revenu quant à eux peuvent probablement étendre la couverture des pensions de manière significative grâce aux organismes intermédiaires, par exemple les institutions de microfinance (IMF). Les IMF peuvent en effet jouer un rôle prépondérant en rendant l'assurance-vie et, à terme, les pensions accessibles aux ménages à faible revenu. Ce sont généralement des institutions de confiance qui ont déjà mis en place des moyens de crédit et d'épargne pour les pauvres, le plus souvent à un coût relativement faible. Les IMF peuvent gérer elles-mêmes une activité d'assurance ou devenir les intermédiaires de compagnies d'assurances.

Beaucoup de pays en développement prévoient une protection de l'emploi pour les travailleurs du secteur formel, principalement sous la forme de restrictions juridiques du licenciement et d'indemnités de licenciement. Divers pays d'Amérique latine ont diminué les restrictions en matière de licenciements et encouragé les régimes à cotisation définie et les indemnités de licenciement financées par capitalisation, à financer au moyen des cotisations des travailleurs. Pendant la crise asiatique, les restrictions aux licenciements ont été partiellement levées en République de Corée, en échange d'une meilleure couverture au titre de l'assurance chômage. Celle-ci fournit une garantie effective des moyens d'existence, contribue à régulariser la consommation et encourage la recherche efficace d'un emploi. Elle est supérieure aux mécanismes d'indemnités de licenciement. En effet, ses prestations sont ciblées sur les chômeurs et dépendent de cotisations collectives et non de la capacité ou de la volonté de payer des différents employeurs, dont les entreprises peuvent être en proie à des difficultés financières. Les régimes d'assurance chômage devraient être adaptés au niveau de développement économique et aux caractéristiques du marché du travail d'un pays. Les régimes devraient aussi être coordonnés étroitement avec les politiques du marché du travail et soutenues par celles-ci. Pour l'instant, aucun pays d'Amérique latine n'a étendu la couverture de ces régimes mais, dans divers pays asiatiques et africains, la couverture personnelle a été étendue.

Une garantie d'emploi pendant un nombre limité de jours par an serait une forme idéale de garantie des moyens d'existence pour les travailleurs sous-employés dans les pays en développement à revenu faible et intermédiaire. Ces programmes présentent des caractéristiques attrayantes: ils sont par essence orientés vers les personnes auto-ciblées et ils créent des biens de production pour les communautés locales. L'expérience de certains pays de l'Asie du Sud-Est montre que ces programmes peuvent créer une quantité massive d'emplois contra cycliques (dans les zones urbaines), en particulier si le pays est prêt, sur le plan de l'organisation, à affronter les situations de crise. Pour la création d'emplois directs – plus permanents – dans les zones rurales, il serait possible de fournir une forme limitée de garantie d'emploi dans le contexte des programmes à forte intensité d'emploi.

Dans beaucoup de pays en développement, les prestations sociales financées par l'impôt visent certaines catégories de personnes (personnes âgées, veuves et enfants) qui ont peu ou pas de lien potentiel avec le marché du travail. Le présent document a montré que les conditions de ressources basées sur le revenu observé sont très difficiles à administrer et qu'il est préférable d'orienter les prestations en s'aidant de variables plus faciles à mesurer telles que des avoirs (terres, logement et voiture) et des facteurs démographiques (âge, composition de la famille, etc.). L'accès à ces prestations peut aussi être régi par des critères d'admissibilité qui encouragent les personnes à adopter certains comportements (accepter un emploi ou le

rechercher, fréquentation scolaire, etc.). Les montants des prestations sociales sont faibles dans la plupart des pays en développement, mais elles sont considérées comme un complément bienvenu au revenu familial.

Les régimes de prestations financées par l'impôt, en particulier l'aide sociale, sont souvent l'objet de pressions politiques. Les principaux bénéficiaires des dépenses sociales publiques sont généralement les classes moyennes – les plus pauvres étant exclus et les plus riches pouvant choisir le secteur privé, national ou étranger. Il se peut que cette classe moyenne – qui constitue bien souvent l'électorat qui se fait le mieux entendre et a la plus grande importance politique pour le gouvernement – ne soit pas favorable à des dépenses destinées aux seuls pauvres. Par ailleurs, la rigueur fiscale peut conduire à remplacer des prestations «universelles» par des prestations soumises à condition de ressources. En général, il est important de chercher à mettre sur pied des régimes à large assise qui ont l'appui de la majorité de la population. De tels régimes devraient comporter un important volet d'assurance sociale, complété par des prestations financées par l'impôt d'un bon rapport coût-efficacité.

Les femmes se trouvent souvent en position défavorisée sur le marché du travail. Elles peuvent être en butte à une discrimination directe et elles font partie, à domicile, d'une division du travail selon le sexe où elles assument souvent une part très importante du travail de prise en charge non rémunéré. Il s'ensuit que les femmes sont moins en mesure que les hommes d'exercer ou de conserver un emploi à temps plein. Cette division affecte le type de travail que les femmes peuvent entreprendre et le nombre d'années qu'elles peuvent rester dans un emploi couvert par la sécurité sociale. En outre, la nature de la sécurité sociale légale telle qu'elle existe dans de nombreux pays en développement, principalement ceux à faible revenu, ne correspond pas – ou très insuffisamment – aux besoins des travailleuses. Il y a tout d'abord les facteurs généraux (principalement neutres par rapport au genre) qui excluent de nombreux travailleurs de la protection, notamment les travailleurs du secteur agricole, le personnel domestique et ceux qui ne font pas partie des marchés formels du travail. Il y a toutefois aussi l'influence spécifique du modèle de «l'homme soutien de famille» qui sous-tend une partie des réglementations légales de la sécurité sociale.

Les femmes sont aussi en train d'améliorer leur droit direct aux prestations de la sécurité sociale légale en renforçant leur participation au marché du travail formel. Elles développent ainsi leurs propres droits autonomes à la pension ainsi que leur droit aux prestations de chômage et de maternité. En outre, les pays en développement s'orientent de plus en plus vers des prestations (familiales et d'aide sociale) financées par l'impôt. Ces prestations – dont le montant est souvent modeste – sont généralement favorables aux femmes dans la mesure où leurs droits aux programmes légaux d'assurance sociale sont inférieurs.

Quatre facteurs clés ont contribué à la réussite de la mise en place de régimes de sécurité sociale pour les femmes dans l'économie informelle. L'organisation qui sert les prestations doit tout d'abord avoir une longue expérience dans ce domaine afin de pouvoir répondre aux besoins réels de leurs groupes de clients. Un deuxième facteur est une structure administrative et de financement souple. Certaines organisations, comme la SEWA en Inde, se sont montrées inventives, s'agissant de s'assurer un éventail de ressources financières, et ont conçu des calendriers souples de paiement des prestations qui correspondent aux structures irrégulières de revenus des femmes. L'accès aux crèches et à la prise en charge des enfants en général est un autre facteur très important qui permet de concilier le travail avec les responsabilités familiales. Enfin, diverses organisations qui ont fait leurs preuves sont inspirées par une philosophie d'autonomisation. Elles ont renforcé la confiance en soi des femmes et ont servi de représentants de leurs clientes dans les négociations avec les employeurs et le gouvernement au niveau tant local que national.

7.2. Stratégies nationales et internationales

Après avoir examiné les éléments de preuve et déterminé quelles étaient les orientations stratégiques essentielles, quelle est à présent la voie à suivre pour l'avenir?

Au niveau national, il existe essentiellement trois démarches stratégiques pour étendre la sécurité sociale. La première consiste à étendre et à adapter les régimes d'assurance sociale. Certains pays en développement à revenu intermédiaire ont réussi à mettre en place une couverture fortement étendue, voire universelle, des programmes de sécurité sociale, notamment de l'assurance maladie. La volonté politique, les ressources publiques et la mobilisation de la population active sont des facteurs qui y ont fortement contribué. D'autres pays ont tenté d'adapter la structure des prestations et des cotisations de la sécurité sociale aux besoins prioritaires et à la capacité contributive des travailleurs de l'économie non structurée. Dans certains de ces pays, cet objectif a été atteint dans le contexte de régimes légaux d'assurance sociale, dans d'autres, par des régimes publics spéciaux pour certains travailleurs, notamment les indépendants, le personnel domestique et les travailleurs de l'agriculture et de la construction.

La deuxième démarche consiste à favoriser les régimes contributifs pour les travailleurs de l'économie informelle, en particulier dans les pays en développement à faible revenu. Pour diverses raisons, ces pays ont des régimes légaux d'assurance sociale peu développés qui, souvent, n'offrent pas une assiette suffisante pour étendre la couverture de manière significative à moyen ou à long terme. C'est dans ces pays à faible revenu que sont apparus des régimes communautaires et de microassurance nouveaux. Pour l'heure, la couverture de ces régimes reste limitée, mais un soutien technique et institutionnel approprié permettrait de l'améliorer sensiblement à l'avenir, en particulier dans le contexte de stratégies locales et régionales de diminution de l'exclusion sociale.

La troisième démarche consiste à promouvoir les prestations sociales financées par l'impôt pour les groupes vulnérables qui peuvent ne pas être en mesure de profiter des régimes contributifs. Souvent, les ressources publiques mobilisables pour ces prestations sont réduites, en particulier dans les pays en développement à faible revenu, mais il faudra trouver des moyens d'offrir ces prestations à l'aide de ressources internationales supplémentaires. Ces prestations pourraient être réservées principalement aux personnes âgées, aux victimes du VIH/SIDA ou aux enfants (à condition qu'ils fréquentent l'école).

Il est nécessaire de développer une stratégie internationale pour soutenir les stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale.

La première étape du développement de cette stratégie consiste à s'accorder sur les objectifs. Le présent document a montré que de nombreux pays en développement visent une couverture de sécurité sociale universelle dans des domaines essentiels comme la santé et les pensions. Certains pays l'ont réalisée et d'autres sont en bonne voie. Pour centrer l'attention des individus – et des responsables de l'élaboration des politiques –, il est nécessaire de mettre au point des indicateurs internationaux de couverture de la sécurité sociale qui puissent ensuite servir de base pour formuler un Objectif du Millénaire pour le développement, tel que défini par l'Organisation des Nations Unies.

La deuxième étape est de créer la volonté. Cette volonté existe dans le chef de l'OIT, comme le montre le consensus obtenu à la CIT en 2001 (BIT, 2001a). La sécurité sociale est un élément vital dans la lutte contre la pauvreté et il devrait dès lors être possible de nouer des partenariats avec tous ceux qui soutiennent l'objectif de réduction de la pauvreté, qui est un des Objectifs du Millénaire de l'ONU. Afin de cultiver et d'élargir cette volonté, l'OIT a lancé en juin 2003 la «Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous».

La troisième étape est le développement des connaissances. Il y a beaucoup de choses que nous ignorons, en particulier en ce qui concerne l'extension de la sécurité sociale dans les

pays à faible revenu. Le processus de l'extension de la sécurité sociale est nouveau et complexe. Il sera nécessaire de développer les connaissances concernant ce processus dans le cadre d'un exercice d'expérimentation et de dialogue. Il y a beaucoup à faire dans le domaine de la création de stratégies novatrices du développement et de la mise à l'épreuve de mécanismes utiles pour étendre la sécurité sociale. Dans le contexte de la Campagne mondiale, l'accent est mis sur les activités suivantes:

- mettre au point et à l'épreuve des méthodes pour évaluer et suivre les besoins non satisfaits en matière de sécurité sociale et les diverses possibilités pour y répondre;
- déterminer, documenter, analyser et échanger les informations relatives aux pratiques (bonnes et mauvaises) dans le monde;
- mettre au point et à l'épreuve des mécanismes nouveaux pour atteindre les travailleurs de l'économie informelle pour différents types de besoins prioritaires;
- effectuer et soutenir la recherche relative aux liens entre le message de l'extension et d'autres valeurs et objectifs reconnus sur le plan international, notamment le développement humain, la réduction de la pauvreté, le travail décent et les biens publics internationaux;
- mettre au point des lignes directrices et des outils pour la mise en œuvre des mécanismes d'extension ainsi que pour l'évaluation de leurs incidences et de leurs résultats;
- établir et renforcer les partenariats avec les institutions scolaires et universitaires concernées.

La quatrième étape consiste à fournir des services techniques aux pays, aux partenaires sociaux et aux autres acteurs du développement. Les services d'assistance technique se concentrent sur:

- le diagnostic complet des besoins des personnes en matière de sécurité sociale, des capacités, des potentialités et des coûts;
- la formulation et la mise en œuvre de stratégies nationales;
- la formation des acteurs et des partenaires;
- le renforcement des institutions et du dialogue social;
- la mise en place de réseaux de personnes et d'institutions motivées;
- le suivi et l'évaluation du processus et des résultats.

Les stratégies nationales et internationales visant à étendre la sécurité sociale sont fondées sur le fait que la sécurité sociale est un droit fondamental de la personne humaine. Son accomplissement contribuera à la réalisation de divers Objectifs de développement du Millénaire existants, à savoir la diminution de la mortalité infantile et maternelle et la réduction de moitié, à l'horizon 2015, de la proportion des personnes dont le revenu est inférieur à un dollar par jour. La sécurité sociale contribue à assurer un niveau de vie décent et aide de nombreuses personnes à sortir de l'état de pauvreté. Elle est étroitement liée à l'emploi et fournit un soutien à ceux qui sont incapables de travailler. Avec le développement du travail décent, la sécurité sociale peut être étendue progressivement à tous.

Bibliographie

- Agarwal, B. 1991. «Social security and the family: coping with seasonality and calamity in rural India» in E. Ahmad, J. Dreze, J. Hills and A. Sen (ed.) *Social Security in Developing Countries*, Clarendon Press, Oxford.
- AISS (Association internationale de la sécurité sociale). 1997a. «Barbados. Unemployment benefit scheme», *Revue internationale de sécurité sociale* (Genève), vol. 50, n° 4, pp. 113-121.
- 1997b. «Uruguay. Unemployment insurance and employment services», *Revue internationale de sécurité sociale* (Genève), vol.50, n° 4, pp. 121-128.
- Akal, A. 2001. Health insurance and financing reform, rapport de mission de l’OMS, MR/2001/0040.
- Amadeo, E.J.; Camargo, J.M. 1997. «Brazil: Regulation and flexibility in the labor market», in S. Edwards and N.C. Lustig (ed.): *Labor Markets in Latin America. Combining social protection with market flexibility* (Washington DC, Brookings Institution).
- Asís Beirute, L.; Piedra, M. 1994: «El reto de la cobertura», in Jiménez Fonseca, E. *La seguridad social en Costa Rica: Problemas and perspectivas* (San José, Caja Costarricense de Seguro Social), pp. 35-53.
- Atim, C. 1998. *The contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care: Synthesis of research in nine West and Central African countries*, (Bethesda, Abt Associates Inc.).
- Auer, P. 2000. *Employment revival in Europe: Labour market success in Austria, Denmark, Ireland and The Netherlands* (Genève, BIT).
- Augusztinovics, M. 2002. «Issues in pension design», *Revue internationale de sécurité sociale* 55(1), pp. 21-35.
- Baeza, C.; Montenegro, F.; et Nuñez, M. 2002. *Extending social protection in health through community based health organizations: Evidence and challenges* (Genève, BIT-STEP).
- Bailey, C.; van Ginneken, W. 2000. «Coverage and its shortfalls» (chapitre 8) et «Extending coverage» (chapitre 16), Gillion, C.; Turner, J.; Bailey, C.; et Latulippe, D. (ed.) *Social security pensions: Development and reform* (Genève, BIT).
- Banque asiatique de développement. 1999. *Fighting poverty in Asia and the Pacific: The poverty reduction strategy of the Asian Development Bank* (Manille).
- Banque interaméricaine de développement. 2000. *Social protection for equity and growth* (Washington DC, John Hopkins University Press).
- Banque mondiale, 2000. *World Development Report 2000-1. Attacking poverty*. (Oxford University Press).
- Barr, N. 1992. «Economic theory and the welfare state: A survey and interpretation», in *Journal of Economic Literature*, (30 juin 1992), pp. 741-803.
- Bayarsaikhan, D.; et Ron, A. A paraître. «Is health insurance feasible in low-income countries: Successes and challenges of social health insurance development in Mongolia», *Bulletin de l’Organisation mondiale de la santé*.

-
- Bennett, S.; Creese, A.; Monash, R. 1998. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment* (Genève; OMS Division de l'analyse, de la recherche et de l'évaluation; ARA document n° 16).
- Bertranou, F. 1999. «Are market-oriented health insurance reforms possible in Latin America? The cases of Argentina, Chile and Colombia.», in *Health Policy* 47 (1999), pp.19-36.
- . 2001. «Pension reform and gender gaps in Latin America: What are the policy options?», in *World Development*, vol. 5, pp. 911-923.
- . 2001a. «Protección a los desempleados: los seguros de desempleo in América Latina», in *Panorama laboral 2001* (BIT, Lima).
- ; Grushka, C.O. 2002: *The Non-Contributory Pension Programme: Assessing the Impact on Poverty Reduction* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 5).
- ; Solorio, C.; van Ginneken, W. (ed.) 2002. *Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay* (BIT, Lima).
- Betcherman, G.; Islam, R. 2001: «East Asian labor markets and economic crisis: An overview», in Betcherman, G.; Islam; R. (ed.) *East Asian labor markets and the economic crisis. Impacts, responses and lessons* (Washington DC, Banque mondiale et Bureau international du Travail, Genève).
- BIT 1998: *Assessment of the feasibility of introducing an unemployment insurance scheme in Thailand* (Genève) (document polycopié).
- . 1976. *Social security for the unemployed* (Genève).
- . 1999a. *Decent work*. Rapport du Directeur général à la 89^e Conférence internationale du Travail. (Genève).
- . 1999b: *Unemployment, social protection and crises: Trends and issues*. Document présenté au Conseil d'administration du BIT. Comité de l'emploi et de la politique sociale (Genève, document GB.276/ESP/4/1).
- . 2000: *Rapport sur le travail dans le monde 2000. Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en mutation* (Genève).
- . 2002a: *Sécurité sociale: un nouveau consensus* (Genève, 2002).
- . 2001: *Rapport sur l'emploi dans le monde 2001. Vie au travail et économie de l'information* (Genève).
- . 2002b. *Decent work and the informal economy* (Genève).
- STEP. 1999: *Plate-forme d'Abidjan. Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique* (Genève).
- STEP. 2001. *Women organizing for social protection. The Self-Employed Women's Association's integrated insurance scheme, India* (Genève).
- Brown, W.; Churchill, C. 2000: *Insurance provision in low-income countries. Part II: Initial lessons from micro-insurance experiments for the poor*.
- Burgess, R.S.L.; Stern N. 1991: «Social security in developing countries: What, why, who, and how?» in Ahmad E.; Dreze J.; Hills J.; Sen A.K. (ed.). *Social security in developing countries* (Oxford, Clarendon Press).

-
- Carrin, G.; Desmet, M.; Basaza, R. 2001. «Social health insurance development in low-income developing countries: new roles for government and non-profit health insurance organizations», in Scheil-Adlung, X. (ed.) *Building social security: The challenge of privatization* (Londres, Transaction Publishers).
- Chaabane, M. 2003: *Vers l'universalisation de la sécurité sociale: l'expérience de la Tunisie*. (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 4).
- Charlton, R.; McKinnon, R. 2001. *Pensions in development* (Aldershot, Ashgate).
- Chu, K.; Gupta, S. 1998: *Social safety nets. Issues and recent experiences*. (Washington DC, FMI).
- Churchill, C.; Liber, D.; McCord, M.; Roth, J. 2002. *Making micro-insurance work for MFIs* (Genève, BIT; publié par SFU et SEED).
- CIEDESS (Corporación de Investigación, Estudio y Desarrollo de la Seguridad Social). 1994: *Modernización de la seguridad social en Chile* (Santiago, Chili).
- Conning, J.; Kevane, M. 2002: «Community-based targeting mechanisms for social safety nets: A critical review», in *World Development* 30(3), pp. 375-394.
- Conte-Grand, A. M. 1997: *Seguros de desempleo, formación profesional y servicios de empleo. Sus relaciones y posibilidades en el proceso de reconversión económica* (Santiago, Chili, BIT).
- Criel, B. 1998. *District-based health insurance in sub-Saharan Africa* (Studies in health services organisation and policy n° 9, Anvers).
- Cruz-Saco, M. 2002: *Labour markets and social security coverage: The Latin American experience* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 2).
- ; Mesa-Lago, C. 1998. «Conclusion: Conditioning factors, cross-country comparisons, and recommendations», in Cruz-Saco, M.; Mesa-Lago, C. (ed.) *Do options exist? The reform of pension and health care systems in Latin America* (Pittsburg, University of Pittsburg Press), pp. 377-428.
- Dahlgren, G. 2001. «The medical poverty trap», in Rainhorn, J-D.; Burnier, M-J: *La santé de marché, Incertitudes à l'aube du XXI^e siècle* (Presses Universitaires de France (Paris) et Nouveaux Cahiers de l'IUED (Genève)).
- Devereux, S. 2000. *Targeting social protection programmes: Case study examples of issues* (Easthampstead Park Conference Centre, Inter-Agency Workshop on Social Protection, 22-23 mars).
- . 2002. *Social protection for the poor: Lessons from recent international experience* (Brighton, Institute of Development Studies: Working Paper 142).
- Drèze, J.; Sen, A. 1991. «Public action for social security: Foundation and strategy», in Ahmed, E. et al. (ed.) *Social security in developing countries* (Oxford; Oxford University Press).
- Dror, D. 2001. «Re-insurance of health insurance for the informal sector», in *Bulletin of the World Health Organization* 79(7), pp. 672-678.
- ; Preker, A. (ed.) 2002. *Social Re Insurance. A new approach to sustainable community health financing* (BIT, Genève et BIRD, Washington DC).
- ; Jacquier, C. 1999. «Microassurance: élargissement de l'assurance maladie aux exclus», *Revue internationale de sécurité sociale* (Genève, AISS), vol. 52, n° 1, pp. 87-119.

-
- Durán, F. 2002. *Anti-poverty programmes in Costa Rica: The non-contributory pension scheme* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 8).
- Enríquez, A. 2002. *Extensión de la cobertura de la protección de la seguridad social en salud para el sector informal del Peru* (BIT, Lima; document polycopié).
- Ergo, A. 2001. *Social health insurance in Vietnam: Towards universal coverage* (OMS, Hanoi; document de travail).
- Eurostat. 1996. *ESSPROS Manual 1996* (Luxembourg).
- Fall, C. 2003. *Etendre l'assurance santé au Sénégal: possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 9).
- Fultz, E. 1999. *Social security pension reform: Perspectives from the International Labour Organization* (Budapest, BIT Central and Eastern European Team; document polycopié).
- . 2002. *Pension reform in Central and Eastern Europe, Volume I. Restructuring with privatisation: Case studies of Hungary and Poland* (BIT, Budapest).
- Gaventa, J. 1997. Participation, poverty and social exclusion Presentation for «Overcoming social exclusion: The ILO contribution» (Genève, BIT, 20-21 mai).
- Gbossa, F.L.; Gauthé, B. 2003. *La protection sociale et les crises au Congo: de l'aide humanitaire vers une protection sociale durable* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 12).
- Gertler, P.J. 1998. «On the road to social health insurance: The Asian experience», in *World Development* (26)4, pp. 717-732 (Elsevier Science Ltd).
- Gillion, C. et al. (ed.). 2000. *Social security pensions: Development and reform* (Genève, BIT).
- Ginneken, W. van (ed.) 1998. *Social security for all Indians* (New Delhi, Oxford University Press).
- (ed.). 2000. *Sécurité sociale pour la majorité exclue. Etudes de cas dans les pays en développement* (Genève, BIT) (2000).
- . 1995. «Employment promotion and the social safety net», in Griffin, K. (ed.) *Poverty and the transition to a market economy in Mongolia* (New York, St. Martin's Press).
- . 1999a: «Sécurité sociale pour le secteur informel: un nouveau défi pour les pays en développement», *Revue internationale de sécurité sociale* (Genève, AISS), vol. 52, n°1, pp. 61-85.
- . 2001. «Social protection for workers in the informal economy: New challenges for Asia and the Pacific», in *Towards more effective social security in Asia and the Pacific* (Manille, Asia and Pacific Series, documentation de sécurité sociale de l'AISS n° 26), pp. 65-95.
- . 2000. «The extension of social protection: ILO's aim for the years to come», in Conway, T., de Haan, A.; Norton, A. *Social protection: New directions of donor agencies* (Londres, DFID Social Development Department), pp. 33-48.
- Guhan, S. 1994. «Social security options for developing countries», *Revue internationale du travail* (Genève, BIT), vol. 133, n° 1, pp. 35-53.
- Hagemejer, K. 2000. *Social protection expenditure and performance reviews. Methodological note on definitions, classifications and performance indicators* (Genève, BIT, document polycopié).

-
- Holzmann, R.; Jørgensen, S., 2000. *Social Risk Management: A new conceptual framework for social protection, and beyond* (Washington DC, document de travail de la Banque mondiale sur la sécurité sociale n° 6).
- Hsiao, W.; Sen, P.D. 1995. *Cooperative financing for health care in rural India*. Document présenté à l'atelier international «Health Insurance in India». (Bangalore, IIM, 20-22 septembre).
- Hu, X.; Cai, R.; Zhai, X. 2000. «Extension de la couverture offerte par la sécurité sociale en Chine», van Ginneken, W. (ed.) *Sécurité sociale pour la majorité exclue. Etudes de cas dans les pays en développement* (Genève, BIT).
- Irudaya Rajan, S. 2001. «Social assistance for the poor elderly: How effective?», in *Economic and Political Weekly* (Mumbai, 24 février).
- Jack, W. 2000. *Health insurance reform in four Latin American countries. Theory and practice* (Washington DC, Banque mondiale; Policy Research Working Paper n° 2492).
- Jain, S. 2000. «La sécurité sociale de base en Inde», chapitre 2; van Ginneken, W. (ed.) *Sécurité sociale pour la majorité exclue. Etudes de cas dans les pays en développement* (Genève, BIT).
- Jenkins, M. 1993. «Extending social protection to the entire population: Problems and issues», *Revue internationale de sécurité sociale* (Genève, AISS) vol. 46, n° 2, pp. 3-20.
- Jütting, J. 2002. *Public-private partnerships in the health sector: Experiences of developing countries* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale ESS – document n° 10).
- Kamuzora, P. 1999. «Extension of formal security schemes in the United Republic of Tanzania», van Ginneken, W. (ed.) *Sécurité sociale pour la majorité exclue. Etudes de cas dans les pays en développement* (Genève, BIT).
- Keddeman, W. 1998. «Of nets and assets. Effects and impacts of employment-intensive programmes – A review of ILO experience». Socio-economic Technical Papers n° 1, Genève, BIT.
- Kiwara, A.; Heijnis, F. 1997. «Health insurance for informal sector workers: Feasibility study on Arusha and Mbeya», van Ginneken, W. (ed.) *Social security for the informal sector: Investigating the feasibility of pilot projects in Benin, India, El Salvador and Tanzania*, Issues in Social Protection Discussion Paper n° 5 (Genève, BIT).
- Kwon, H. 2002. «Welfare reform and future challenges in the Republic of Korea: Beyond the developmental welfare state?», *Revue internationale de sécurité sociale* 55(4), pp. 23-38.
- Kwon, S. 2001. «National health insurance of Taiwan and Korea: A comparative analysis», (Séoul, School of Public Health, Seoul National University; document de travail).
- . 2002. *Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 1).
- . 2003. «Health care financing reform and the new single payer system in the Republic of Korea: Social solidarity or efficiency?», *Revue internationale de sécurité sociale* 56(1), pp. 75-94.
- La Forgia, G. 1998. «Health sector reform. A financial-service flow model and the Colombian case», in Cruz-Saco, M.; Mesa-Lago, C. (ed.) *Do options exist? The reform of pension and health care systems in Latin America* (Pittsburg, University of Pittsburg Press), pp. 225-266.
- Lavinas, L. 2001. *The appeal of minimum income programmes in Latin America* (Genève, BIT, SES document n° 7).

-
- Lee, E. 1998. *The Asian financial crisis: The challenge for social policy* (Genève).
- Lund, F.; Srinivas, S. 2000. *Learning from experience: A gendered approach to social protection for workers in the informal economy* (Genève, BIT-STEP & WIEGO).
- Márquez, G. (ed.). 1995. *Reforming the labor market in a liberalized economy* (Washington DC, Banque interaméricaine de développement).
- . 2001. «Social protection for the unemployed: Programs in Latin America», in Lustig, N. (ed.) *Shielding the poor. Social protection in the developing world* (Brookings Institution Press, Banque interaméricaine de développement, Washington DC).
- Mazza, J. 2000. *Unemployment insurance: Case studies and lessons for the Latin American and Caribbean region* (Washington D.C., Banque interaméricaine de développement, Research Department Working Paper n° 411).
- Mesa-Lago, C. 1998. «Comparative Features and Performance of Structural Pension Reforms in Latin America», in *Brooklyn Law Review*, vol. 64, n° 3.
- . 2000. «Achieving and sustaining social development with limited resources: The experience of Costa Rica», in Ghai, D. (ed.) *Social development and public policy. A study of some successful experiences* (Londres, MacMillan), pp. 277-322.
- . 2001a. «Social assistance on pensions and health care for the poor in Latin America and the Caribbean», in Lustig, N. *Shielding the poor. Social protection in the developing world* (Washington DC, Banque interaméricaine de développement, Brookings Institution Press), pp. 175-215.
- . 2001b. «Structural reform of social security pensions in Latin America: Models, characteristics, results and conclusions», *Revue internationale de sécurité sociale* 54(4), pp. 67-92.
- Messel, E. 2001. *Social protection strategy* (Genève, ILO; document présenté à un séminaire de la BAD à Tokyo).
- Mills, A. 1998. «The route to universal coverage», in Nitayarumphong, S.; Mills, A. (ed.) *Achieving universal coverage of health care* (Bangkok, ministère de la Santé publique).
- Misra, R.; Chatterjee, R.; Rao, S. 2001. *Changing the Indian health system: Current issues, future directions* (non publié, cité dans OMS, 2001).
- Moreno Guerrero, H. 2001. *La afiliación a la salud y los efectos redistributivos de los subsidios a la demanda* (Bogotá, Departamento Nacional de Planeación, Dirección Estudios Económicos, Archivos de Economía, documento 145).
- Norton, A.; Conway, T.; Foster, M. 2001. *Social protection concepts and approaches: Implications for policy and practice in international development* (Londres, Overseas Development Institute; Working Paper 143).
- OMS. 2001. *Macroeconomics and health: Investing in health for economic development* (Genève).
- Ortiz, I. (ed.). 2001. *Social protection in Asia and the Pacific* (Manille, Banque asiatique de développement).
- Panda, P. 1998. «The elderly in rural Orissa. Alone in distress», in *Economic and Political Weekly* (Mumbai, 20 juin), pp. 1545-1550.

-
- Parikh, K.; Srinivasan, T.N. 1993. «Poverty alleviation policies in India», in M. Lipton; J. van der Gaag (ed.) *Including the poor*, actes d'un symposium organisé par la Banque mondiale et l'International Food Policy Research Institute (Washington DC, Banque mondiale).
- Pessino, C. 1997. «Argentina: The labor market during the economic transition», in S. Edwards et N.C. Lustig (ed.) *Labor Markets in Latin America. Combining social protection with market flexibility* (Washington DC, Brookings Institution).
- Preker, A.; Carrin, G.; Dror, D.; Jakab, M.; Hsiao, W.; Arhin-Tenkorang, D. 2002. «Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness», *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 80(2), pp. 143-150.
- Ranade, A. 1998. «Maharashtra's employment guarantee scheme: Regional patterns, scope for reforms and replication», in *Indian Journal of Labour Economics* (Lucknow), vol. 41, n° 2, pp. 247-269.
- Reynaud, E. 2003. *L'extension de la couverture de la sécurité sociale: la démarche du Bureau international du Travail* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 3).
- Rodrik, D. 1997. *Has globalization gone too far?* (Washington DC, Institute for International Economics).
- Ron, A. 1998. «Health care in Asia and the Pacific: increasing the focus on social health insurance», *Revue internationale de sécurité sociale* (Genève, AISS) vol. 51, n° 2, pp.17-37.
- . 2001. «New strategies for the formal sector: Focus on Vietnam and Zimbabwe», in Ron, A.; Scheil-Adlung, X. *Recent health policy innovations in social security* (New Brunswick et Londres, Transaction Publishers).
- ; Abel-Smith, B.; Tamburi, G. 1990. *Health insurance in developing countries. The social security approach* (Genève, ILO).
- Sabates-Wheeler, R. et Kabeer, N. 2003. *Gender equality and the extension of social protection* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n°16).
- Samson, M.; Babson, O.; Haarmann, C.; Haarmann, D.; Khathi, G.; MacQuene, K.; van Niekerk, I. 2002. *Research review on social security reform and the Basic Income Grant for South Africa* (Cape Town, Economic Policy Research Institute; Policy Report n° 31).
- Sankaran, T.S. 1998. «Social assistance: Evidence and policy issues», van Ginneken, W. (ed.) *Social security for all Indians* (New Delhi, Oxford University Press).
- Save the Children UK. 2001. *The bitterest pill of all: The collapse of Africa's health care system*.
- Schleberger, E. 2002. *The universal pension scheme in Namibia* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 6).
- Schwarzer, H; Querino, A. 2002. *Non-contributory pensions in Brazil: Assessing the impact on poverty* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 11).
- Sen, A. 1999. *Development as freedom* (Oxford, Oxford University Press).
- Shah, A. 1999. «Change in the family and the elderly», in *Economic and Political Weekly* (Mumbai, 15 mai), pp. 1179-1182.
- Shin, D-M. 2000. «Economic policy and social policy: Policy-linkages in an era of globalization», in *International Journal of Social Welfare*, vol. 9, n° 1, pp. 17-30 (Oxford, Blackwell Publishers).

-
- Skoufias, E.; Davis, B.; De La Vega, S. 2001. «Targeting the poor in Mexico: An evaluation of the selection of households into PROGRESA», in *World Development* (29)10, pp. 1769-1784.
- Son, A.H.K. 2001. «Taiwan's path to national health insurance», in *International Journal of Social Welfare*, vol. 10, n° 1, pp. 45-53 (Oxford, Blackwell Publishers).
- Standing, G. 1999a. *Global labour flexibility. Seeking distributive justice* (Londres, MacMillan Press).
- . 1999b. «Global feminisation through flexible labour: A theme revisited», in *World Development*, (27)3, pp. 583-602.
- Steinwachs, L. 2002: *Extending health protection in Tanzania: Networking between health financing mechanisms* (Genève, BIT, Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 7).
- Subrahmanya, R. 1999. *Social security for the elderly*. Document présenté à la conférence internationale «Social Security: Challenges before India and South Asia» (New Delhi, 1^{er}-3 novembre).
- Suwanwela, C. 2002. *Universal coverage in Thailand: The policy*. Document présenté au séminaire BIT/OMS «Universal coverage: Technical challenges and public perceptions» (Bangkok, 1^{er} août).
- Teklu, T.; Asefa, S. 1999. «Who participates in labor-intensive public works in sub-Saharan Africa? Evidence from rural Botswana and Kenya», in *World Development* (New York, NY), vol. 27, n° 2.
- Thuy, P.; Hansen, E.; Price, D. 2001. *The public employment service in a changing labour market* (BIT, Genève).
- Uvin, P.; Jain, P. 2000. «Think large and act small: Towards a new paradigm for NGO scaling up», in *World Development* vol. 28, n° 8, pp. 1409-1419.
- Velásquez Pinto, M. (2003). «The "Bono Solidario" in Ecuador: An exercise in targeting» (Genève, série de documents Extension de la sécurité sociale, ESS – document n° 17).
- Walle, D. van de. 1998. «Targeting revisited», in the World Bank Research Observer (Washington DC), vol. 13, n° 2 (août).
- Weinberger, K.; Jütting, J. 1999. *Determinants of participation in community based organizations: Experiences from group based projects in Kashmir and Chad*. (Bonn, Center for Development Research (ZEF); paper presented to the 11th Annual Meeting on Socio-Economics (SASE), Madison, Wisconsin).
- Zeller, M. 2000. «The safety net role of micro-finance for income and consumption smoothing», in Lustig, N. (ed.) *Shielding the poor. Social protection in the developing world* (Washington DC, Brookings Institution Press et Banque interaméricaine de développement).

ESS documents déjà publiés

21. K. P. Kannan Social Security, Poverty Reduction and Development¹ (2004)
20. Clive Bailey Extending Social Security Coverage in Africa¹ (2004)
19. Xenia Scheil-Adlung Sharpening the Focus on the Poor: Policy Options for Advancing Social Health Protection in Indonesia¹ (2004)
18. Krishnamurthy, V.; Nair, R.P. The Welfare Fund for Construction Workers in Tamil Nadu¹ (2003).
17. Velásquez Pinto, M.D. The *Bono Solidario* in Ecuador: An exercise in targeting¹ (2003). *Versión en español*: El Bono Solidario en Ecuador: un ejercicio de focalización¹
16. Sabates-Wheeler, R.; Kabeer, N. Gender equality and the extension of social protection¹ (2003).
15. Ferreira, O. Extending social security: Challenges for Cape Verde¹. (2003). *Version Portuguesa*: A extensão da protecção social: o caso de Cabo Verde¹.
14. Falconi Palomino, J. Social programmes, food security and poverty in Peru¹ (2003). *Versión en español*: La seguridad alimentaria en el Perú como forma de seguridad de los ingresos¹.
13. van Ginneken, W. Extending social security: Policies for developing countries¹ (2003). *Versión française*: Etendre la sécurité sociale: politiques pour les pays en développement¹. *Versión en español*: Extensión de la seguridad social: políticas para los países en desarrollo¹.
12. Gbossa, F.L.; Gauthé, B. Social protection and crises in the Congo: From humanitarian aid to sustainable development¹ (2002). *Versión française*: La protection sociale et les crises au Congo: de l'aide humanitaire vers une protection sociale durable¹.
11. Schwarzer, H.; Querino, A.C. Non-contributory pensions in Brazil: The impact on poverty reduction¹ (2002). *Versión en español*: Beneficios sociales y los pobres en Brasil: Programas de pensiones no convencionales². *Version Portuguesa*: Benefícios Sociais e Pobreza: programas não contributivos da seguridade social brasileira³.
10. Jütting, J. Public-private partnerships in the health sector: Experiences from developing countries¹ (2002).
9. Fall, C. Extending health insurance in Senegal: Options for statutory schemes and mutual organisations¹ (2002). *Versión française*: Etendre l'assurance santé au Sénégal: possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes¹.
8. Durán-Valverde, F. Anti-poverty programmes in Costa Rica: The Non-Contributory Pension Scheme¹ (2002). *Versión en español*: Los programas de asistencia social en Costa Rica: El régimen no contributivo de pensiones².
7. Steinwachs, L. Extending health protection in Tanzania: Networking between health financing mechanisms¹ (2002).
6. Schleberger, E. Namibia's Universal Pension Scheme: Trends and challenges¹ (2002).
5. Bertranou, F.; Grushka, The non-contributory pension programme in Argentina: Assessing the

-
- | | | |
|----|-----------------|---|
| | C.O. | impact on poverty reduction ¹ (2002). <i>Versión en español</i> : Beneficios sociales y pobreza en Argentina: Estudio del programa de pensiones no contributivas ² . |
| 4. | Chaabane, M. | Towards the universalization of social security: The experience of Tunisia ¹ (2002). <i>Version française</i> : Vers l'universalisation de la sécurité sociale: l'expérience de la Tunisie ¹ . |
| 3. | Reynaud, E. | The extension of social security coverage: The approach of the International Labour Office ¹ (2002). <i>Version française</i> : Extension de la sécurité sociale: la démarche du Bureau international du Travail ¹ .
<i>Versión en español</i> : Extensión de la cobertura de la seguridad social: La actuación de la Oficina Internacional del Trabajo ¹ . |
| 2. | Cruz-Saco, M-A. | Labour markets and social security coverage: The Latin American experience ¹ (2002). |
| 1. | Kwon, S. | Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea ¹ (2002). |

¹<http://www.ilo.org/public/french/protection/socsec/pol/publ/index.htm>
<http://www.ilo.org/public/english/protection/socsec/pol/publ/index.htm>

²*Pensiones no contributivas y asistenciales: Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*. F.M. Bertranou, C. Solorio, W. van Ginneken (eds.). Santiago, Oficina Internacional del Trabajo, 2002.

³*Discussion Text 929* de Instituto de Pesquisa Economica Aplicada; December 2002, sur: <http://www.ipea.gov.br>.