

---

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

Document préliminaire  
pour discussion

**Réunion tripartite d'experts  
sur les stratégies d'extension  
de la couverture de sécurité sociale**

**Etendre la sécurité sociale à tous  
Tour d'horizon des difficultés, des pratiques actuelles  
et des options stratégiques**

Genève, 2-4 septembre 2009





ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

Document préliminaire  
pour discussion

**Réunion tripartite d'experts  
sur les stratégies d'extension  
de la couverture de sécurité sociale**

**Etendre la sécurité sociale à tous  
Tour d'horizon des difficultés, des pratiques actuelles  
et des options stratégiques**

Genève, 2-4 septembre 2009

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 envoyée à l'adresse suivante: Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: [pubdroit@ilo.org](mailto:pubdroit@ilo.org). Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leur ont été octroyés. Visitez le site [www.ifro.org](http://www.ifro.org) afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

---

*Etendre la sécurité sociale à tous: Tour d'horizon des difficultés, des pratiques actuelles et des options stratégiques. Document préliminaire pour discussion.* Réunion tripartite d'experts sur les stratégies d'extension de la couverture de sécurité sociale/Bureau international du Travail, Département de la sécurité sociale, Genève, BIT, 2009.  
iii, 151 pages

ISBN: 9789222226498; 9789222226504 (pdf)

Organisation internationale du Travail; Réunion tripartite d'experts sur les stratégies d'extension de la couverture de sécurité sociale (2009, Genève, Suisse).

sécurité sociale/champ d'application/politique de la sécurité sociale/rôle de l'OIT

02.03.1

---

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 et les produits électroniques du Bureau international du Travail peuvent être obtenus 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 courriel: [pubvente@ilo.org](mailto:pubvente@ilo.org).

Visitez notre site Web: [www.ilo.org/publns](http://www.ilo.org/publns).

---

## Table des matières

	<i>Page</i>
Introduction et objectifs.....	1
Partie A. Le cadre des politiques.....	5
1. La situation actuelle: les besoins, les droits et une promesse non tenue.....	5
1.1. Les besoins.....	5
1.2. Le droit à la sécurité sociale.....	12
1.3. Combler les lacunes de la couverture: les dernières initiatives mondiales en matière de politiques.....	17
2. Le but à atteindre – Un cadre d’action publique nouveau en vue d’une sécurité sociale adéquate pour tous. ....	20
2.1. Principes d’extension de la sécurité sociale.....	20
2.2. Le paradigme de la sécurité sociale comme escalier.....	24
2.3. Un ensemble minimum de garanties de sécurité sociale, en tant que partie du socle de protection sociale.....	27
2.4. Le caractère abordable de la sécurité sociale.....	30
2.5. Défis stratégiques.....	39
3. Quelles politiques adopter: options concrètes et questions de conception de politiques.....	46
3.1. Problèmes d’accès aux soins de santé.....	48
3.2. Questions concernant des régimes de sécurité du revenu.....	52
4. Synthèse, conclusions et questions.....	61
4.1. Synthèse et conclusions.....	61
4.2. Sujets de débat.....	64
Annexe.....	65
Bibliographie.....	71
Partie B. Les faits et les nouveaux instruments juridiques possibles.....	81
Supplément A. Analyse statistique des lacunes de la couverture.....	81
A.1. Couverture – régimes obligatoires.....	82
A.2. Couverture – pensions de vieillesse.....	89
A.3. Couverture – protection sociale de la santé.....	102

---

	<i>Page</i>
Supplément B. Examen des politiques possibles en pratique – l’expérience de quelques pays.....	114
B.1. Accès aux soins de santé essentiels .....	114
B.2. Sécurité du revenu – vieillesse.....	122
B.3. Sécurité du revenu – prestations pour enfants .....	126
B.4. Sécurité du revenu – autres transferts en espèces .....	130
B.5. Sécurité du revenu – la population en âge de travailler .....	134
B.6. Sécurité du revenu – les travailleurs indépendants .....	139
Supplément C. Options possibles pour un nouveau mécanisme d’orientation des politiques.....	143

---

## Introduction et objectifs

Les travaux sur la sécurité sociale effectués par le BIT ces dernières années ont été menés dans le cadre de la *Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous*, conformément au mandat confié par la Conférence internationale du Travail à sa session de 2001. Cette campagne est avant tout motivée par le fait que la couverture sociale reste limitée dans beaucoup de pays, notamment en ce qui concerne les personnes aux revenus modestes ou moyens. Le BIT estime que la meilleure stratégie pour réaliser des progrès consisterait à mettre en place un ensemble de prestations de sécurité sociale permettant d'assurer le plus tôt possible à tous ceux qui en ont besoin une protection de base, tout en prévoyant – à mesure que les économies se développent – des niveaux de prestations supérieurs, conformément à la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et à d'autres normes <sup>1</sup>.

Lors de sa session de novembre 2008, faisant le point sur les progrès réalisés, la Commission de l'emploi et de la sécurité sociale (ESP) du Conseil d'administration a notamment conclu qu'il faudrait davantage de temps pour «mener des consultations tripartites sur les éléments et la forme possible d'un mécanisme supplémentaire donnant des orientations pour améliorer la couverture sociale dans les Etats Membres» (document GB.303/ESP/3). En réponse à la demande des membres de la commission, le Directeur général a proposé la tenue d'une «Réunion tripartite d'experts sur les stratégies d'extension de la couverture de sécurité sociale» à Genève du 2 au 4 septembre 2009. Le Conseil d'administration du BIT a approuvé cette demande lors de sa session de juin 2009. L'ordre du jour de la réunion a été établi comme suit:

- examen des tendances récentes et des faits nouveaux en ce qui concerne les diverses politiques visant à étendre la couverture de sécurité sociale et à mettre sur pied des systèmes de sécurité sociale universels, de large portée et budgétairement viables;
- analyse des solutions envisageables pour l'extension de la couverture de la sécurité sociale à tous, comme le prescrivent la Constitution de l'OIT et les conventions relatives à la sécurité sociale pertinentes pour des pays dont les situations socio-économiques diffèrent, ces analyses pouvant servir de base à l'élaboration de politiques appropriées dans le cadre de la campagne mondiale; et
- définition des stratégies visant à promouvoir un ensemble de prestations de sécurité sociale de base à partir desquelles il sera possible de mettre en place progressivement des niveaux de protection plus élevés; cela constituera une contribution majeure à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, permettra à l'Organisation de respecter son engagement concernant «l'extension de la sécurité sociale à tous», engagement renouvelé dans la Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, et de renforcer la campagne mondiale.

<sup>1</sup> Notamment la recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, ainsi que les conventions prévoyant des niveaux de sécurité sociale plus élevés que la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, parmi lesquelles la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 [tableau I modifié en 1980], la convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967, la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, la convention (n° 168) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988, et la convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000.

---

Le présent rapport sert de document de travail visant à faciliter le débat durant la réunion et poursuit les mêmes objectifs.

La crise financière mondiale ajoute à l'urgence de l'ordre du jour ci-dessus. Rapidement étendre ou mettre en œuvre des transferts sociaux constitue l'un des moyens les plus efficaces de limiter les retombées sociales de la crise et de stabiliser la demande intérieure globale. De l'avis général, il est probable que les effets de la crise sur le marché du travail et, par conséquent, beaucoup des problèmes sociaux y afférents, continueront de se faire sentir des années après la fin de la récession actuelle. Le système des Nations Unies dans son ensemble et bon nombre de ses institutions travaillent à concevoir des mécanismes permettant d'y faire face.

Le Comité de haut niveau sur les programmes (ONU) élabore un concept de socle de protection sociale commun à l'ensemble du système. Le BIT et l'OMS, avec le soutien du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU (UNDESA) et celui de l'UNICEF, jouent un rôle de chef de file en s'attachant à constituer une alliance d'organismes et de donateurs internationaux, de façon à permettre aux pays de planifier et de mettre en œuvre des régimes viables de transferts sociaux fondés sur le concept de socle social.

Ce concept a été entériné par le Pacte mondial pour l'emploi que la Conférence internationale du Travail a adopté en juin 2009. Les pays qui n'ont pas encore un système étendu de sécurité sociale sont invités à *«mettre en place une protection sociale adéquate universelle fondée sur un socle de protection sociale prévoyant notamment un accès aux soins de santé, une garantie de revenu pour les personnes âgées et les handicapés, l'octroi de prestations pour enfants à charge et une garantie de revenu pour les chômeurs et les travailleurs pauvres combinée à des programmes publics de garantie de l'emploi»* et la communauté internationale est exhortée à *«fournir une aide au développement, notamment un soutien budgétaire, pour instaurer un socle de protection sociale à l'échelon national»*. La réunion tripartite d'experts et les résultats de ses travaux peuvent contribuer à cette entreprise en aidant à définir le contenu du socle de protection sociale et les modalités de sa mise en œuvre dans les pays. Un tel concept pourrait également servir de base pour l'aide aux pays qui cherchent à établir une procédure d'élaboration et d'application de la politique nationale. Cette réunion constitue donc, notamment, la première action engagée pour donner effet au Pacte mondial pour l'emploi.

Le présent rapport comprend deux grandes parties.

Dans la partie A, on élabore un paradigme d'extension de la protection sociale en se fondant sur l'analyse des besoins existants, les systèmes anciens et récents de protection ainsi que sur le droit, internationalement reconnu, à la sécurité sociale. Le chapitre 1 fait le point sur la situation de la protection sociale dans le monde. On y examine le besoin de sécurité sociale, sous différents angles et dans divers contextes sociodémographiques, puis on y présente synthétiquement tout un éventail d'instruments internationaux portant directement sur la sécurité sociale ou renvoyant à certains de ses aspects. Le chapitre 2 propose des principes et un paradigme pour la conception de stratégies nationales d'extension de la couverture. Le chapitre 3 décrit les stratégies existantes comme les nouvelles stratégies et le chapitre 4 résume brièvement les problèmes d'actualité en soulevant un certain nombre de questions pertinentes qui devraient structurer les débats de la réunion. Une note figurant en annexe vise à préciser le sens des termes techniques utilisés dans le présent document.



---

La partie B fournit des éléments probants et des informations à l'appui des considérations de politique générale présentées dans la partie A. Elle comprend une analyse statistique des lacunes de la couverture actuelle dans le monde (Supplément A), décrit tout un éventail d'expériences récentes et de méthodes originales utilisées dans différents pays pour combler ces lacunes (Supplément B) et enfin examine diverses options possibles pour le nouveau mécanisme d'orientation pour l'élaboration des politiques (Supplément C).



---

## Partie A. Le cadre des politiques

### 1. La situation actuelle: les besoins, les droits et une promesse non tenue

#### 1.1. Les besoins

Chaque personne et chaque famille a besoin de protection contre les risques et l'insécurité qui en résulte. Lorsque ce besoin n'est pas satisfait, pour l'individu comme pour les familles, les effets négatifs sont nombreux et variés. On dispose de plus en plus de preuves que cela se traduit par une diminution du bien-être, un risque de pauvreté accru, une restriction de l'accès à la santé et à l'instruction, un manque d'accès aux activités productrices, une généralisation du travail infantile, etc. Ces questions ont notamment été étudiées par les auteurs suivants: Baeza et Packard (2006); Beegle et coll. (2006); Dercon (2002 et 2007); Fafchamps et Minten (2009). Le besoin de protection dépend dans une grande mesure de multiples facteurs, qui obéissent pour certains à des macro-tendances ou tendances nationales, mais qui relèvent davantage pour d'autres de la micro-dimension ou dimension de l'individu ou du ménage. Parmi les premiers, on peut mentionner la stabilité politique, les tendances économiques et l'évolution des prix; parmi les seconds, signalons par exemple le revenu, le sexe, l'âge, l'état de santé, la profession, la situation d'emploi, le lieu de résidence et le lieu de travail.

Quand on considère ces divers facteurs, il est relativement facile d'identifier des situations qui augmentent la vulnérabilité et le besoin de protection. Par exemple, au niveau de l'individu, il peut s'agir d'une maladie chronique ou de l'exercice d'un métier dangereux. Au niveau de l'ensemble d'un pays, on peut penser aux crises financières ou à l'augmentation du prix des aliments<sup>1</sup>. Les pauvres, dont le revenu est faible, ont une capacité d'épargne et d'accumulation de biens très restreinte, ce qui limite directement leur capacité à faire face à une crise. Ils travaillent habituellement dans l'économie informelle, souvent en dehors de toute réglementation, dans des conditions de travail peu sûres. Il leur arrive de souffrir d'un manque d'instruction élémentaire ou d'analphabétisme et ils vivent fréquemment hors d'atteinte des programmes de prévention ou de sensibilisation sanitaire, parfois dans des régions éloignées; si jamais ils ont des droits sociaux, ils n'en sont habituellement pas conscients. Ceux qui vivent dans de telles conditions ont tendance, en plus, à être confrontés à une combinaison de plusieurs situations chargées de risques, ce qui renforce encore l'insécurité dans laquelle ils vivent.

Dans le cas des pauvres, réussir à déjouer les risques auxquels ils sont exposés est souvent une question de vie ou de mort. Cela dit, les risques n'affectent pas seulement ceux qui sont déjà pauvres. Ils peuvent au contraire plonger dans la pauvreté des gens qui ne s'y trouvaient pas. Pour être précis, l'OMS estime que, chaque année, 100 millions de personnes tombent dans la pauvreté sous l'effet du fardeau financier de risques relatifs à la santé ou de la nécessité de payer pour des services de soins de santé (Carrin et coll., 2005).

<sup>1</sup> La récente crise alimentaire a menacé la stabilité macroéconomique et la croissance globale, entraînant des privations supplémentaires pour 800 millions de personnes qui connaissaient déjà la faim chronique (FAO, 2008) et dont les rangs risquent fort de se gonfler de 100 millions de personnes supplémentaires en raison de la crise, selon la Banque mondiale (2008).

---

On trouvera ci-dessous des exemples illustrant la diversité des besoins de protection ainsi qu'un examen du rôle de la sécurité du revenu et de l'accès aux soins de santé en tant qu'outils permettant de répondre à ces besoins.

### **Diversité des situations**

Même si tous les gens ont besoin de protection contre les risques et l'insécurité auxquels ils sont confrontés, il importe de prêter attention à la diversité de tels besoins. L'expression «les plus vulnérables» comme synonyme de «plus exposés» constitue un concept utile pour faire prendre conscience qu'il faut protéger davantage les membres de ce groupe. Il importe toutefois de reconnaître que ces termes sont un peu réducteurs et qu'ils dissimulent l'hétérogénéité des individus et des ménages qu'ils servent à désigner. A l'intérieur de ces groupes sociaux désignés comme les «plus vulnérables», l'éventail des caractéristiques sociodémographiques est large. Il en résulte une grande diversité des besoins en matière de protection, qu'il est impossible de traiter uniformément de façon adéquate. Il est, bien sûr, impossible d'aborder ici tous les besoins de tous les groupes, mais on peut en illustrer la diversité par quelques exemples concrets. On a retenu à cet effet trois groupes: i) les pauvres chroniques (en tant que groupe d'un certain niveau de revenu); ii) les travailleurs agricoles (en tant que catégorie socioprofessionnelle); et iii) les enfants et les personnes âgées (en tant que classes d'âge). Nombre de personnes appartiennent aux trois groupes simultanément: elles sont âgées, travaillent encore dans l'agriculture et sont extrêmement pauvres.

#### **i) Les pauvres chroniques**

Le niveau de revenu a une forte incidence sur l'exposition aux risques et sur les stratégies qui s'offrent aux individus et aux ménages pour faire face à ces risques. Les risques auxquels les riches et les pauvres sont exposés ont tendance à différer; il ressort d'observations à l'échelle mondiale que, par exemple, les riches ont tendance à être moins exposés aux chocs naturels et à l'être davantage aux chocs d'origine humaine. Les stratégies dont disposent les pauvres pour atténuer les risques sont moins nombreuses et moins efficaces que celles qui sont à la disposition des riches. Par exemple, les pauvres ont moins accès aux assurances, qu'elles soient publiques ou privées. Les stratégies auxquelles les pauvres ont recours face à l'adversité, comme la vente de matériel de production ou l'envoi des enfants au travail, ont un coût d'opportunité élevé. Subir de tels coûts en l'absence de solution de rechange revient à faire face aux risques a posteriori; les pauvres ont une tolérance particulièrement faible au risque et sont donc incapables ou peu disposés à s'engager dans des activités à haut risque, qui sont aussi celles à fort rendement. En conséquence, les pauvres ont une moindre aptitude à rebondir que les riches. En un mot, la probabilité que le revenu du ménage retrouve le niveau qu'il avait avant qu'une éventualité particulière ne se produise est corrélé positivement au revenu du ménage.

La situation des pauvres en matière de risques sanitaires constitue un problème particulièrement préoccupant. Les groupes à faible revenu sont généralement davantage exposés aux risques sanitaires, à cause principalement de l'insalubrité du logement et d'une mauvaise hygiène, d'une mauvaise alimentation, d'un manque d'accès à l'eau potable et de l'exercice de métiers dangereux. Ils courent généralement un risque bien plus élevé de souffrir de problèmes psychosociaux parce qu'ils sont soumis dans leur vie et dans leur travail à un environnement hautement stressant, du fait par exemple de la promiscuité ou de l'insécurité économique. Ils ont aussi à faire face au stress qui découle de taux de morbidité, d'accident et de mortalité infantile élevés dans leur ménage. Ils sont le moins en mesure d'assumer les coûts, directs et indirects, y compris les coûts

d'opportunité, des traitements et des médicaments. C'est pour ces raisons, entre autres <sup>2</sup>, que leur accès aux soins de santé est, dans les faits, très limité. Selon l'OMS, la lacune de la couverture <sup>3</sup>, mesurée dans 58 pays en développement, est de 33,9 pour cent supérieure dans le quintile le plus pauvre par rapport au quintile le plus riche en ce qui concerne les soins maternels et néonataux (ce qui comprend les soins prénatals et la présence d'une aide compétente à l'accouchement); en Inde et aux Philippines, les groupes les plus aisés ont trois fois plus de chances de recevoir des soins que les plus pauvres (OMS, 2008).

Appartenant habituellement aux catégories de revenus les plus faibles, les *pauvres chroniques* (voir ci-dessous) sont particulièrement vulnérables aux risques. On estime que leur nombre est situé entre 320 et 443 millions de personnes, selon le Chronic Poverty Research Centre (CPRC 2008, p. 9). Plusieurs groupes tendent à représenter une portion disproportionnée des pauvres chroniques: les autochtones, les nomades et les membres de certaines castes, les travailleurs non rémunérés soumis à un usurier, les travailleurs occasionnels, les travailleurs agricoles, les femmes, les enfants, les personnes âgées, les veuves et les ménages où le chef de famille est une personne âgée ou handicapée.

La notion de «pauvreté chronique» sert à désigner les personnes qui passent une période prolongée dans la pauvreté. Il ne s'agit pas de la majorité des pauvres, comme le montre le tableau 1.1 ci-dessous, qui s'appuie sur plusieurs études menées dans plusieurs pays. On y voit la nature dynamique et fluctuante de la pauvreté. On y voit notamment que le nombre de personnes qui sont «pauvres par intervalles» est très important comparé à celui des personnes qui sont «toujours pauvres» sur une période donnée. Cela signifie qu'on peut être pauvre, sortir de la pauvreté et devenir non-pauvre; inversement, nombre de non-pauvres peuvent tomber dans la pauvreté pour une foule de raisons.

**Tableau 1.1. Pourcentage de ménages qui sont: toujours pauvres, pauvres par intervalles, jamais pauvres** <sup>4</sup>

		Toujours pauvres	Pauvres par intervalles	Jamais pauvres
Chine	1985-1990	6,2	47,8	46,0
Côte d'Ivoire	1987-1988	25,0	22,0	53,0
Ethiopie	1994-1997	24,8	30,1	45,1
Inde	1976/76-83/84	21,9	65,9	12,4
Indonésie	1997-98	8,6	19,8	71,6
Pakistan	1986-1991	3,0	55,3	41,7
Fédération de Russie	1992-1993	12,6	30,2	57,2
Afrique du Sud	1993-1998	22,7	31,5	45,8
Viet Nam	1992/93-97/98	28,7	32,1	39,2
Zimbabwe	1992/93-1995/96	10,6	59,6	29,8

Source: Cité par Kalanidhi Subbarao, *Risk and Vulnerability Assessments: Concepts and Methods; Workshop on Social Protection for the Poor*, ADB, oct. 2002.

<sup>2</sup> Les facteurs qui font obstacle à l'accès aux soins de santé, comme le fait de vivre en zone rurale, d'avoir un faible niveau d'instruction ou d'appartenir à un groupe victime de discriminations, sont plus fréquents parmi les pauvres.

<sup>3</sup> La couverture est définie par l'OMS comme le pourcentage de personnes bénéficiant d'une intervention spécifique parmi celles qui en ont besoin. La lacune de la couverture constitue un indicateur agrégé de l'écart entre la couverture observée et la couverture «idéale» ou universelle (dans quatre domaines d'intervention: planification familiale, soins maternels et néonataux, immunisation et traitement des enfants malades).

<sup>4</sup> Même si les données de cette étude ont été collectées il y a quelque temps, l'enseignement essentiel de ce tableau reste inchangé: une forte proportion de la population tombe dans la pauvreté et en sort tour à tour.

---

L'état de pauvreté permanente ou chronique tend à s'accompagner d'une série de caractéristiques répandues parmi les pauvres chroniques: ces groupes connaissent une grande *insécurité* (environnement peu sûr, aucun patrimoine ni droits); ils ont souvent une *citoyenneté limitée* qui ne leur donne pas vraiment une voix ni une représentation en politique; ils sont *spatialement désavantagés* dans la mesure où ils vivent dans des zones victimes d'exclusion politique, d'une faible intégration économique ou de l'absence de ressources importantes, autant de facteurs qui limitent leur mobilité sociale; et ils sont confrontés à des formes de *domination sociale*: les pauvres chroniques sont souvent soumis à des relations de pouvoir, de clientélisme et de rivalité susceptibles de les piéger dans des relations d'exploitation ou de leur barrer l'accès à certains biens ou aux services publics (d'après CPRC, 2008, p. 1).

L'accès aux possibilités d'emploi est gravement limité pour les pauvres chroniques en raison de la non-coïncidence du type de possibilités offertes et de l'ensemble de contraintes complexes auxquelles ils sont soumis. Il est désormais généralement reconnu que les méthodes de développement généralisées, notamment la microfinance, le développement des compétences, la promotion des coopératives, les régimes de microassurance ou l'accès à des services sociaux élémentaires, passent largement à côté des pauvres chroniques. La raison la plus immédiate en est que, comme ces derniers sont absorbés par des activités de survie quotidienne, indispensables pour répondre à leurs besoins immédiats, ils n'ont pas la marge de manœuvre nécessaire pour s'engager dans des activités dénuées de rendement immédiat ou dont les fruits sont perçus comme incertains. Leur garantir un revenu de base leur assurant un niveau de vie décent, au moins pour une période minimale, apparaît, en maintes circonstances, une condition indispensable pour leur permettre de réaliser l'investissement requis pour pouvoir développer leurs aptitudes, accéder à des possibilités productrices et échapper de façon durable à la pauvreté.

## ii) Les travailleurs agricoles

Les travailleurs engagés dans un contexte sectoriel ou professionnel spécifique ont naturellement en commun un certain nombre de problèmes et de risques propres à leur secteur. Selon toute probabilité, ceci s'étend non seulement aux défis et risques confrontés, mais aussi aux parties prenantes et aux opportunités qui pourraient jouer un rôle pour favoriser l'accès à de meilleurs emplois et à la protection sociale. Il est donc naturel de se concentrer sur une catégorie socioprofessionnelle ou sectorielle pour en évaluer la vulnérabilité et chercher des remèdes à celle-ci.

Forte de plus d'un milliard de personnes, l'agriculture constitue la deuxième source d'emplois dans le monde après les services et représente la majeure partie de la main-d'œuvre rurale. Elle est le premier secteur d'emploi féminin dans nombre de pays, notamment en Afrique et en Asie (BIT, 2008a). Nombre de pays, d'agences et d'organismes internationaux (*ibid.*, p. 6), y compris l'OIT, considèrent qu'il est essentiel de soutenir le secteur agricole si l'on veut atténuer la pauvreté et œuvrer au développement (BIT, 2008b).

Les fermes dans le monde présentent des schémas très différents du point de vue, entre autres, de leur participation aux marchés national et mondial, de l'intensité de leur utilisation du capital à des fins de production, de leur contrôle des facteurs de production tels que l'eau (irrigation) ou du mode de propriété de la terre. Ces caractéristiques déterminent le degré d'exposition des activités des agriculteurs à des risques importants. Par exemple, l'agriculture de subsistance est bien moins exposée aux fluctuations des cycles commerciaux, à la volatilité boursière, à l'obsolescence technologique et aux cycles des produits que ne l'est l'agriculture à gros investissement dont les produits sont destinés à l'exportation.

---

Il est toutefois possible d'identifier certains traits communs qui ont pour effet de rendre très vulnérables les petits fermiers et les ouvriers agricoles. Le premier est la pauvreté. Les trois quarts des pauvres du monde vivent en zone rurale. Dans l'Est et le Sud de l'Afrique, on estime que la pauvreté rurale représente jusqu'à 90 pour cent de la pauvreté totale et qu'environ 80 pour cent des pauvres dépendent encore de l'agriculture pour leur subsistance (FAO/FIDA, 2008).

Les petits fermiers et les ouvriers agricoles ayant l'habitude de partager leurs ressources humaines et financières entre les tâches domestiques et productrices, des problèmes sur l'un ou l'autre de ces plans risquent de les affecter négativement. C'est pourquoi les ménages agricoles sont directement affectés par les risques liés à la production agricole, tels que la sécheresse ou d'autres chocs climatiques, l'épuisement durable des sols, de la forêt ou de l'eau ou encore des variations saisonnières imprévisibles dans la disponibilité de la nourriture ou de l'emploi (FIDA, 2001, p. 26). Les insectes, les rats et autres animaux, ainsi que le feu, entraînent des dommages considérables pour les récoltes, qu'elles soient sur pied ou stockées. Autre source critique de vulnérabilité: la forte dépendance de l'agriculture vis-à-vis des actifs physiques, en particulier les terrains. Les personnes dépourvues de terre représentent une proportion significative des pauvres chroniques en zone rurale, notamment en Asie du Sud. En outre, la plupart des fermes qui se trouvent dans une zone rurale pauvre sont petites, sous-financées, sous-équipées et n'ont guère ou nullement accès à des mécanismes de crédit ou d'épargne sûrs. Elles sont donc très exposées aux chocs de toutes sortes.

L'emploi salarié dans les petites fermes des pays développés est habituellement occasionnel et saisonnier, voire inexistant. Les risques de chômage et d'irrégularité ou d'instabilité du revenu sont importants. La survie du soutien de famille et des siens dépendant souvent de quelques mois de travail par an, la sécurité de leur revenu est intermittente, les laissant exposés à de multiples titres (Savy, 1970). Le travail occasionnel offre aux ménages peu de possibilités d'investir dans l'acquisition de compétences ou la constitution d'un patrimoine, et les rapports de pouvoir inégaux avec les employeurs limitent la capacité des ménages à améliorer leur salaire, leur sécurité ou leurs conditions de travail. Parmi les catégories socio-économiques, ceux qui sont dépendants d'un travail salarié quotidien occasionnel dans un contexte d'emploi incertain et fluctuant connaissent les pires niveaux de pauvreté en Inde rurale (Sundaram et Tendulkar, 2003).

L'agriculture est l'un des trois secteurs d'activité les plus dangereux. L'OIT estime que jusqu'à 170 000 travailleurs agricoles sont tués chaque année (BIT, 2008a). Le travail est pénible, les heures sont longues et les gens sont exposés à toute une série de risques, y compris des conditions climatiques difficiles. Des millions de travailleurs agricoles sont gravement blessés dans des accidents du travail par les machines agricoles ou empoisonnés par les pesticides ou d'autres produits agrochimiques. Selon toute probabilité, le travailleur agricole pauvre typique aura reçu, au mieux, une formation professionnelle très rudimentaire et cela augmente les risques d'invalidité ou de blessure physique, ce qui peut être particulièrement grave pour de tels travailleurs; par ailleurs, le manque de formation constitue un obstacle sérieux à toute tentative de quitter le secteur agricole pour un secteur moins exigeant physiquement.

Les zones rurales pauvres, où vit l'immense majorité des fermiers et des travailleurs agricoles, sont en général caractérisées par un taux de morbidité et de risques environnementaux plus élevé que ne le sont les zones urbaines. Les maladies infectieuses très répandues en zone rurale comprennent le tétanos et la tuberculose, ainsi que des infections parasitaires ayant pour vecteurs l'eau ou les insectes, telles que la malaria. En même temps, les zones rurales manquent souvent de services de santé. Les hôpitaux et les dispensaires sont rares et clairsemés, et ils connaissent souvent des pénuries de personnel ou de médicaments. L'OMS relève ainsi que «quel que soit le niveau de revenus d'un pays, la proportion de professionnels de la santé qui vivent en milieu urbain est supérieure à la

---

proportion de la population urbanisée» (OMS, 2006). Et, lorsque les lieux de soins sont clairsemés, la difficulté d'accès est exacerbée par les coûts de transport (tant en termes pécuniaires que de temps) à engager pour aller se faire soigner. L'inégalité entre hommes et femmes est particulièrement manifeste dans le secteur de la santé en zone rurale, ce qui se traduit par une santé des mères particulièrement mauvaise.

Comme on peut le voir, les facteurs de vulnérabilité affectant les petits fermiers et les travailleurs agricoles sont multiples. Assurer la sécurité du revenu et l'accès aux soins de santé par la sécurité sociale pourrait aider énormément, comme l'indiquent les données disponibles (voir le Supplément B de la partie B du présent rapport pour quelques exemples notables). Les résultats d'une telle offre de sécurité sociale seront d'autant meilleurs et d'autant plus durables que le dispositif sera intégré et complété par des interventions visant au développement. Etant donné la diversité des contextes et des groupes, il n'existe pas de prescription unique mais, dans la plupart des cas, en plus d'offrir la sécurité sociale, le but devrait être d'améliorer la production et d'élargir les possibilités (par exemple, en donnant accès à des facteurs de production comme la terre, l'eau, le crédit ou l'introduction de variétés de récoltes plus productives), de faciliter l'accès aux services sociaux de base, d'améliorer les conditions de travail ainsi que de renforcer les droits et la voix et la représentation politiques.

iii) **Besoins et risques au cours de la vie: enfants et personnes âgées**

Les risques et les vulnérabilités diffèrent au cours de la vie et il vaut la peine d'examiner les risques qu'on peut identifier comme étant propres aux diverses étapes de la vie. Ainsi que Bonilla García et Gruat l'ont proposé, il est utile à cet effet de diviser la vie humaine de la façon suivante: «la période foetale (périodes prénatale, natale et périnatale); la petite enfance; l'enfance; l'adolescence et la jeunesse; la vie adulte (vie active); et la vieillesse» (2003, p. 6). Dans la présente sous-section, on s'intéressera spécifiquement à deux groupes particulièrement vulnérables: les enfants et les personnes âgées.

Bonilla García et Gruat font remarquer que le degré d'exposition aux risques et la capacité à y faire face varient grandement d'une étape de la vie à une autre. Pour formuler une lapalissade, le risque le plus fondamental, celui de mourir, devient tôt ou tard une réalité. Le vieillissement s'accompagne encore d'un autre risque: celui de perdre la santé en raison d'une maladie temporaire ou d'un handicap permanent, risque qui, avec le temps, devient de fait une réalité quasi certaine. De même, il importe de reconnaître que certains individus naissent avec un handicap permanent, tandis que d'autres deviennent handicapés à un certain moment de leur vie, éventuellement en raison d'un accident du travail. Tout en reflétant à la fois les difficultés et les possibilités par lesquelles chaque homme et chaque femme définit leur propre vie, chaque étape de la vie représente également un certain nombre de risques. Le point essentiel est que le degré d'exposition aux risques et la capacité d'y faire face ne demeurent pas constants tout au long de la vie, mais qu'ils varient d'une étape à l'autre. Il faut voir en conséquence dans la vulnérabilité un concept dynamique et relatif, dont l'impact sur l'ensemble des hommes et des femmes varie d'une façon fortement inégale dans le temps et l'espace (*ibid.*). Comme on pourrait s'y attendre, la manière dont le cycle de la vie se déroule varie considérablement d'un pays à l'autre. Il est toutefois possible de repérer quelques thèmes communs à l'ensemble des pays en développement et de relever quelques risques et vulnérabilités propres à un âge de la vie.

Les enfants sont confrontés à un certain nombre de risques propres à leur âge. Dans les pays en développement, nombre d'entre eux courent des risques nutritionnels susceptibles d'entraîner des carences de développement qui auront un impact toute leur vie. Ils peuvent être extrêmement vulnérables à la maladie et aux infections. C'est pourquoi l'UNICEF soutient que, peut-être plus que tout autre groupe, les jeunes enfants sont vulnérables aux risques posés par l'eau contaminée, de mauvaises installations



---

sanitaires et une hygiène insuffisante. Par exemple, «ensemble, l'eau de boisson impropre à la consommation, le manque d'eau pour se laver et faire la cuisine, et l'accès insuffisant à l'assainissement contribuent à près de 88 pour cent, ou plus de 1,5 million, des décès causés chaque année par les maladies diarrhéiques» (2007, p. 74).

Certains enfants ne fréquenteront guère l'école en raison de tâches domestiques ou de l'obligation de gagner un revenu qu'on leur impose. De telles responsabilités s'accompagnent souvent de chocs économiques et autres traumatismes sociaux. Les enfants contraints à travailler doivent jongler avec un triple fardeau: emploi, soins ménagers non rémunérés et scolarité. Le fait d'être soumis à de telles exigences peut avoir un impact à long terme sur leurs possibilités dans la vie et leur productivité future. C'est là la réalité de quelque 218 millions d'enfants qui travaillent présentement (BIT, 2006, p. xi). Nombre de ces enfants qui travaillent sont employés à des métiers dangereux porteurs en soi de risques importants (horaires interminables, travail dangereux car en hauteur ou souterrain). Encore plus déplorable est la situation de 4 pour cent de ces enfants économiquement actifs, qui sont employés dans ce qu'on appelle les pires formes de travail infantile. Ils sont exposés à des activités à haut risque, notamment le travail dans des secteurs dangereux, la prostitution et la pornographie. Les filles sont particulièrement susceptibles de se trouver piégées dans ce genre d'activités à risque, ce qui reflète le fait qu'elles n'ont aucune maîtrise de leur propre destin.

Dans les pays lourdement frappés par le VIH/sida, les enfants sont particulièrement vulnérables. Nombre d'entre eux perdent leurs parents à cause de la maladie et, selon les projections, en 2010 il y aura environ 15,7 millions d'enfants rendus orphelins par le sida en Afrique subsaharienne seule (UNICEF, 2007, p. 42). Une telle situation a de nombreux effets négatifs sur les enfants, et ce longtemps avant le décès de leurs parents. C'est souvent le cas pour les filles, qui peuvent se voir retirées de l'école pour prendre soin de leurs parents malades et rater ainsi des possibilités de formation qui auraient pu leur permettre d'améliorer leur sort et de réaliser leur plein potentiel, ou ce que Sen (1999) appelle leurs «fonctionnalités» humaines. Par ailleurs, les enfants qui se trouvent confiés à d'autres membres de la famille peuvent se voir arrachés à leur réseau social existant et à leur environnement familial, ce qui risque de les perturber ou de les déstabiliser psychologiquement (*ibid.*)

Les filles d'un jeune âge sont soumises à certains risques spécifiques. Dans les sociétés où les mariages infantiles sont courants, par exemple, leur santé court un risque accru, associé à la maternité précoce. Selon l'UNICEF, «les filles qui ont un enfant avant l'âge de 15 ans courent cinq fois plus de risques de mourir pendant l'accouchement que les femmes qui ont plus de 20 ans» (2008, p. 32). Nombre de filles, comme c'est le cas des femmes en général, sont victimes de davantage de violences, tant physiques que sexuelles. Il en résulte qu'elles doivent faire face à toutes les retombées psychologiques afférentes et à toutes les souffrances qui accompagnent de telles expériences traumatiques (*ibid.*, p. 35).

Tout comme les jeunes enfants, les personnes âgées sont soumises à des risques propres à leur âge. Leur groupe est particulièrement vulnérable à l'insécurité du revenu. Habituellement, cela se produit lorsque l'individu n'est plus en mesure de travailler, en l'absence de dispositif de retraite lié au travail et/ou de soutien public. Selon un rapport du Département des affaires économiques et sociales de l'ONU (UN-DESA), «près de 80 pour cent des personnes âgées vivant dans les pays en développement (environ 342 millions de personnes) n'ont pas une sécurité de revenu adéquate» (2007, p. 1). Ce chiffre pourrait, selon le *World Economic and Social Survey* (2007), passer à 1,2 milliard d'ici à 2050 si des mesures appropriées (c'est-à-dire l'introduction de régimes sociaux de retraite) ne sont pas prises. En conséquence, nombre de personnes âgées, malgré une santé et des aptitudes physiques déficientes, continuent à travailler pour faire face à l'insécurité de leur revenu ou subvenir aux besoins des personnes à leur charge.

---

Aujourd'hui, nombre de grands-parents des pays en développement, notamment dans l'Est et le Sud de l'Afrique, ont la double responsabilité de devoir prendre soin d'eux-mêmes et de leurs petits-enfants, avec toutes les dépenses que cela implique. C'est le cas dans les pays où le sida ou les conflits armés ont entraîné la mort de nombreux adultes d'âge moyen, faisant du même coup de nombreux orphelins vulnérables. La vulnérabilité des personnes âgées peut se trouver exacerbée par une mauvaise santé combinée à l'inadéquation des soins et à l'inaccessibilité des établissements. Les personnes âgées peuvent également être victimes de négligence ou de violences ou encore être exposées à la guerre ou aux catastrophes naturelles. Nombre de personnes âgées, dans les pays en développement, se trouvent ainsi incapables d'échapper à la pauvreté, une pauvreté souvent chronique.

Il est clair que garantir la sécurité du revenu et donner accès à des soins de santé constituent deux mesures de sécurité sociale clés. Ces deux mesures peuvent permettre aux gens de faire face aux éventualités majeures qu'ils sont susceptibles de rencontrer au cours de leur vie, notamment quand ils sont dans les tranches d'âges particulièrement vulnérables que sont celle des «tout jeunes» et celle des «vieux».

## 1.2. Le droit à la sécurité sociale

Depuis que la communauté internationale a commencé à parler de «droits de l'homme universels», avec la création des Nations Unies et la Déclaration des droits et libertés fondamentales à laquelle tous les êtres humains ont droit<sup>5</sup>, la sécurité sociale a toujours été reconnue expressément comme un droit de l'homme fondamental et incorporée à ce titre dans les textes juridiques internationaux. On peut voir dans cette reconnaissance une conséquence naturelle de l'identification de la sécurité sociale comme un des piliers centraux du mandat constitutionnel de l'OIT. Ce mandat avait déjà été défini et accepté par un ensemble d'Etats en 1919, avant d'être étendu en 1944. Tandis que la Constitution de l'OIT de 1919 fait référence aux droits des «travailleurs» et semble avoir ainsi un champ d'application restreint, le droit à la sécurité sociale a été étendu à «tous ceux qui ont besoin d'une (...) protection» par la Déclaration de Philadelphie, adoptée en 1944, ce qui en fait un *droit universel*. En exécution de son mandat à cet égard, et en qualité d'agence de l'ONU qui en est responsable, l'OIT a, au fil des ans, adopté un certain nombre de textes, conventions ou recommandations, établissant les obligations concrètes des Etats et leur fixant des directives pour la mise en œuvre de ce droit. Vu la place centrale qu'occupe la sécurité sociale au sein du cadre constitutionnel de l'OIT et de la démarche axée sur les droits qu'ont adoptée l'ONU et l'OIT pour la réalisation de celle-ci, on a souhaité consacrer la présente section à une présentation d'ensemble des textes pertinents de l'ONU et de l'OIT et à une mise en lumière des obligations essentielles des Etats Membres en ce qui concerne la mise en œuvre et la réalisation progressive de la sécurité sociale.

Du point de vue du droit international, la reconnaissance du droit à la sécurité sociale s'est développée par voie de textes négociés et acceptés universellement qui font de la sécurité sociale un droit social fondamental auquel chaque être humain a droit. Ainsi, le droit à la sécurité sociale a été incorporé dans plusieurs textes sur les droits de l'homme adoptés par les Nations Unies<sup>6</sup> et se trouve formulé en toutes lettres en tant que tel dans les

<sup>5</sup> Article 1, *Déclaration universelle des droits de l'homme*, 1948.

<sup>6</sup> La *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes*, la *Convention internationale des droits de l'enfant*, la *Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale*, la *Convention sur la protection des droits des travailleurs migrants et des membres de leur famille* et la *Convention relative aux droits des personnes handicapées*.

---

textes fondamentaux énonçant les droits de l'homme, à savoir la *Déclaration des droits de l'homme* et le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)*.

Plus précisément, l'article 22 de la *Déclaration universelle des droits de l'homme* stipule:

Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays.

et l'article 25 précise:

1. Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.
2. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciales. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.

L'article 9 du *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)* indique quant à lui que «[l]es Etats parties au présent pacte reconnaissent le droit de toute personne à la sécurité sociale, y compris les assurances sociales».

Tandis que la Déclaration universelle des droits de l'homme constitue une affirmation incontestée des droits fondamentaux de l'homme, le PIDESC a la qualité d'un traité, soumis à signature et ratification<sup>7</sup> et il constitue par là même un moyen de faire respecter ces mêmes droits. En ce qui concerne la mise en œuvre de ces droits, les Etats ont une obligation de *réalisation progressive*, dans la mesure où chacun d'eux est tenu, une fois qu'il a ratifié le traité, de prendre des mesures ayant pour but ultime la réalisation complète des droits pertinents, et ce «*au maximum de ses ressources disponibles*»<sup>8</sup>.

En tant qu'organisme international spécifiquement chargée d'établir les normes internationales du travail, l'OIT assume une responsabilité de premier plan, depuis sa création en 1919, au chapitre de la réalisation du droit à la sécurité sociale. Cet objectif représente une partie fondamentale de son mandat, inscrite en toutes lettres dans sa Constitution d'origine (1919), dont le Préambule exprimait la détermination d'améliorer les conditions du travail par, entre autres, «*la lutte contre le chômage, ... la protection des travailleurs contre les maladies générales ou professionnelles et les accidents résultant du travail, la protection des enfants, des adolescents et des femmes, les pensions de vieillesse et d'invalidité*». Plus récemment, la résolution et les conclusions sur la sécurité sociale adoptées à la Conférence internationale du Travail de 2001<sup>9</sup> et la Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable adoptée en 2008 ont toutes les deux réaffirmé le fait que la réalisation de la sécurité sociale en tant que droit de l'homme représente une partie fondamentale du mandat de l'OIT.

<sup>7</sup> En 2008, 157 Etats étaient au PIDESC.

<sup>8</sup> Article 2, paragr. 1, PIDESC.

<sup>9</sup> BIT (2001a).

---

En 1944, le mandat de l'OIT a été élargi par la Déclaration de Philadelphie, qui a été le premier texte juridique international à énoncer le droit à la sécurité sociale en tant que droit appartenant à **tous** et qu'on peut considérer, en outre, comme le premier moment dans l'Histoire où la communauté internationale a déclaré son attachement à l'extension de la sécurité sociale à tous. Simultanément, l'OIT s'est vu attribuer l'autorité première en la matière. La Déclaration de Philadelphie a été intégrée dans la Constitution de l'OIT, énonçant «*l'obligation solennelle pour l'Organisation internationale du Travail de secondar la mise en œuvre, parmi les différentes nations du monde, de programmes propres à réaliser*», entre autres, «*l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets*» (art. III f)) ainsi que «*la protection de l'enfance et de la maternité*» (art. III h)), élargissant ainsi, par-delà les seuls travailleurs, la protection à tous les personnes ayant des besoins.

Plus de cinquante ans plus tard, en 2001, la Conférence internationale du Travail (CIT) a réaffirmé que la sécurité sociale constituait un des droits fondamentaux de l'homme et répété qu'elle était une partie fondamentale du mandat de l'OIT ainsi qu'un défi auquel l'ensemble des Etats Membres devaient s'attaquer sérieusement et de toute urgence. La CIT a enjoint en conséquence à l'OIT de lancer une grande campagne pour faire progresser l'extension de la couverture de sécurité sociale. La Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous a été officiellement lancée lors de la CIT de juin 2003. De nouveau, la CIT a confirmé un tel mandat dans la Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable<sup>10</sup> de l'OIT en déclarant que:

sur la base du mandat défini dans la Constitution de l'OIT, y compris la Déclaration de Philadelphie (1944), qui reste pleinement pertinente au XXI<sup>e</sup> siècle et devrait inspirer la politique de ses Membres, et qui, entre autres buts, objectifs et principes ... reconnaît que l'OIT a l'obligation solennelle d'accompagner, parmi les nations du monde, la mise en œuvre de programmes propres à réaliser les objectifs que constituent ... l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui en ont besoin, ainsi que l'ensemble des autres objectifs énoncés dans la Déclaration de Philadelphie.

Dans le cadre de l'exécution de son mandat depuis sa création en 1919, l'OIT a adopté un certain nombre de conventions et de recommandations qui ont grandement contribué au développement de la sécurité sociale en tant que droit de l'homme universel ainsi qu'à la définition de ce droit. Certaines des contributions les plus importantes de l'OIT à cet égard sont la recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, qui ont formulé une nouvelle doctrine d'universalité en tant que base du développement de la sécurité sociale. Ces deux recommandations reflètent un changement fondamental de paradigme pour les politiques de sécurité sociale, dans la mesure où elles ont déplacé le centre de l'attention de la protection sociale des *travailleurs* vers celle de *toute la population*. L'adoption de ces deux recommandations a ouvert la voie à l'élévation de la sécurité sociale au rang de droit de l'homme dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et, quelques années plus tard, dans le PIDESC. A cet égard, toutes les normes de sécurité sociale adoptées ultérieurement reflètent le droit à la sécurité sociale. Le principe d'universalité établi par les recommandations n<sup>os</sup> 67 et 69 n'a toutefois jamais été affirmé en tant qu'obligation.

Parmi les textes de l'OIT relatifs à la sécurité sociale actuellement en vigueur, le plus important est la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. C'est la seule convention internationale qui définit les neuf branches classiques de la sécurité sociale, établit des normes minimales pour chacune d'elles ainsi que des normes de viabilité et de bonne gouvernance pour leurs régimes. Au cours des ans et

<sup>10</sup> BIT (2008e).

---

encore aujourd'hui, elle aura exercé une influence considérable sur le développement de la sécurité sociale dans diverses régions du monde. On considère à ce titre qu'elle renferme une définition internationalement acceptée du principe même de sécurité sociale<sup>11</sup>. Qui plus est, elle a servi de modèle au Code européen de sécurité sociale et fait office de référence, directe ou indirecte, dans d'autres textes régionaux, comme la Charte sociale européenne, le Traité d'Amsterdam de l'Union européenne ou encore des textes actuellement en cours d'élaboration en Afrique et en Amérique latine. A l'échelon national, le droit à la sécurité sociale a également été reconnu dans la Constitution de nombreux pays, par exemple l'Allemagne, le Brésil ou l'Inde.

Comme les textes internationaux généraux des Nations Unies et de leurs organes de surveillance relatifs aux droits de l'homme sont demeurés essentiellement muets quant à la définition réelle du droit à la sécurité sociale et à son contenu précis, c'est à l'OIT, en tant qu'organisme des Nations Unies chargé du mandat d'étendre la sécurité sociale à toutes les personnes ayant des besoins, qu'est revenu le soin d'établir les paramètres et les conséquences concrètes de ce droit ainsi que d'aider les Etats Membres à le mettre en œuvre. Il est largement reconnu que les travaux de l'OIT dans le champ de la sécurité sociale et les normes qu'elle a élaborées «demeurent la source la plus importante d'interprétation et de définition du droit à la sécurité sociale» (Lamarche, 2002). Par ses activités de normalisation, les travaux de ses organes de surveillance et la fourniture d'une assistance technique aux Etats Membres, l'OIT a joué un rôle essentiel pour ce qui est de donner de la substance au droit à la sécurité sociale formulé dans le PIDESC et elle a contribué, dans une large mesure, à l'interprétation de ce droit, à son application en pratique ainsi qu'à l'avancement de sa mise en œuvre dans le monde. Ainsi, depuis sa création, l'OIT a joué un rôle de premier plan dans la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale en énonçant des normes y afférentes dans ses textes.

On peut voir une illustration de ce rôle crucial de l'OIT dans les observations générales formulées par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CESCR)<sup>12</sup> sur l'article 9 du PIDESC (*General Comment* n° 19<sup>13</sup>): le CESCR y fournit aux Etats Membres des explications détaillées sur la façon de mettre en œuvre le droit à la sécurité sociale et des lignes directrices pour évaluer si les Etats Membres sont en conformité avec cet article 9. Dans ces observations générales, le CESCR fait référence à plusieurs reprises à des documents et aux normes de sécurité sociale de l'OIT et autres, établissant ainsi un lien entre la démarche de l'OIT et celle du PIDESC relativement à ce qui constitue essentiellement un même droit.

Dans ces observations générales, le CESCR souligne par ailleurs l'importance cruciale de garantir la dignité humaine de quiconque se trouve confronté à des circonstances qui le privent de sa capacité à réaliser pleinement ses droits. Il définit le droit à la sécurité sociale comme englobant le droit d'obtenir et de continuer de recevoir des prestations, que ce soit en espèces ou en nature, sans discrimination, afin d'assurer une protection, entre autres, contre: a) l'absence de revenu de travail attribuable à la maladie, à l'invalidité, à la maternité, à un accident du travail ou à une lésion professionnelle, à la vieillesse ou au décès d'un membre de la famille; b) le manque de moyens financiers pour

<sup>11</sup> BIT. 2003. *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (Partie 1A), Conférence internationale du Travail, 91<sup>e</sup> session, paragr. 53.

<sup>12</sup> Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels est l'organe de l'ONU responsable du suivi de l'application du PIDESC dans les droits nationaux et en pratique.

<sup>13</sup> Nations Unies, document. E/C.12/GC/19, 4 fév. 2008.

---

accéder à des soins de santé; et c) un soutien familial insuffisant, notamment dans le cas d'enfants ou d'adultes à charge. Le CESCR insiste par ailleurs sur l'importance de la sécurité sociale (redistributive) pour réduire et atténuer la pauvreté, prévenir l'exclusion sociale et favoriser l'inclusion sociale. L'atteinte de tels objectifs exige la mise en place de régimes non contributifs (par exemple, financés sur les recettes fiscales) ou d'autres mesures d'aide sociale destinées à appuyer les individus ou les groupes qui sont incapables de cotiser suffisamment pour leur propre protection et se trouvent ainsi exclus des régimes de sécurité sociale plus structurés: essentiellement les personnes (et leurs familles) situées dans l'économie informelle. L'adoption de telles mesures devrait avoir pour but de favoriser l'inclusion progressive de ces personnes.

Compte tenu des différences considérables entre Etats quant au niveau de développement économique et des problèmes auxquels certains d'entre eux sont confrontés, notamment la faiblesse du PIB par habitant et un taux de pauvreté élevé, combinés avec les contraintes financières qu'entraîne un fort endettement extérieur, l'obligation qui s'impose aux Etats parties au PIDESC est seulement une obligation de réalisation progressive des droits concernés (Coomans, 1995). Toutefois, les Etats ne sauraient prendre prétexte de cette clause de «réalisation progressive» pour ne pas se conformer à ce pacte. Tandis que tout Etat qui choisit de devenir membre des Nations Unies, et donc de l'OIT, a une obligation juridique générale et fondamentale d'offrir un niveau minimal de protection sociale à sa population, le CESCR fait remarquer que l'obligation qui découle du PIDESC a deux aspects. D'un côté, ce pacte laisse aux Etats une certaine flexibilité quant au mode de mise en œuvre de ses dispositions; mais, d'un autre côté, il leur impose une obligation stricte de réalisation, toute graduelle soit-elle, des droits qu'il formule. A ce titre, cette convention impose aux Etats de réaliser les droits importants le plus rapidement et le plus efficacement possible. Elle leur impose par ailleurs l'obligation fondamentale d'assurer à un niveau minimal la jouissance de chaque droit. C'est-à-dire que chaque droit possède un contenu essentiel minimal sans lequel il perd toute signification (*ibid.*). Selon le CESCR, le contenu essentiel minimal de chaque droit constitue un socle ou un plancher en dessous duquel il ne devrait être permis à aucun Etat partie au pacte de descendre <sup>14</sup>. Le CESCR propose en conséquence que le fait, pour un Etat, de ne pas satisfaire à une obligation essentielle minimale d'assurer la satisfaction de chacun des droits, à tout le moins à un niveau minimum <sup>15</sup> soit considéré comme une violation du pacte. A ce titre, la rareté de leurs ressources ne dégage pas les Etats de certaines obligations minimales en ce qui concerne la mise en œuvre du droit à la sécurité sociale <sup>16</sup>.

<sup>14</sup> Nations Unies, document E/C.12/1993/11, paragr. 5. Notons en outre que, dans ses observations générales sur l'article 9, le CESCR inclut dans ce contenu essentiel minimal, à titre indicatif, l'obligation pour les Etats parties «d'assurer l'accès à un régime de sécurité sociale qui fournisse un niveau essentiel minimal de prestations à tous les individus et à toutes les familles de façon à leur permettre d'avoir au moins accès aux soins médicaux essentiels, à un logement de base, à l'eau et aux sanitaires, à des denrées alimentaires et à l'instruction la plus élémentaire. Si un Etat partie au pacte n'est pas en mesure de fournir ce niveau minimal relativement à l'ensemble des risques et des éventualités dans la limite de ses ressources disponibles, le comité (des droits économiques, sociaux et culturels) lui recommande de sélectionner, après un vaste processus de consultation, un noyau essentiel de risques et d'éventualités» [traduction] (Nations Unies, document E/C.12/GC/19, 4 fév. 2008, paragr. 59(a)).

<sup>15</sup> Paragraphe 9, Maastricht Guidelines on violations of economic, social and cultural rights (1997).

<sup>16</sup> *Ibid.*

---

### 1.3. Comblent les lacunes de la couverture: les dernières initiatives mondiales en matière de politiques

La grande majorité de la population mondiale vit en situation d'insécurité sociale, c'est-à-dire qu'elle n'a aucun accès ou qu'elle a un accès seulement partiel à la sécurité sociale structurée, par-delà les possibilités limitées qu'offrent les solidarités familiales, claniques ou locales, pour s'assurer un niveau de vie. Sur cette majorité, 20 pour cent vivent dans une pauvreté abjecte, la forme la plus cruelle d'insécurité.

Le premier des objectifs du Millénaire pour le développement des Nations Unies consiste à diviser par deux la proportion des ménages pauvres dans le monde entre 2000 et 2015. Plus de la moitié du délai imparti pour atteindre cet objectif s'est déjà écoulée et il semble que, à l'échelle mondiale, on ne soit pas en voie d'y parvenir. Pire, les évolutions récentes, d'abord la hausse du prix des aliments, puis à présent la crise financière et économique la plus profonde depuis des décennies, ont eu des répercussions spectaculaires dont les pauvres ont été les victimes les plus durement touchées. Même les statistiques les plus récentes sur le nombre de pauvres sont devenues obsolètes au vu de ces faits nouveaux.

Du fait de la crise financière actuelle, nombre de personnes ont perdu leur maison et leurs économies (y compris une part importante de leur future pension de retraite), tandis que la récession économique, qui pourrait s'avérer durable, entraînera la perte d'emploi de millions de gens. Un article récemment paru dans *The Economist* formulait le problème en ces termes<sup>17</sup>:

Le mot «famine» signifiait traditionnellement que tout le monde meurt de faim. Les mesures de la crise actuelle sont la misère et la malnutrition. Les classes moyennes des pays pauvres renoncent aux soins de santé et à la viande pour pouvoir continuer à manger trois fois par jour. Les moyennement pauvres, ceux qui vivent avec 2 dollars par jour, retirent leurs enfants de l'école et renoncent aux légumes pour pouvoir encore se permettre du riz. Quant à ceux qui vivent avec 1 dollar par jour, ils renoncent à la viande, aux légumes et à un ou deux repas pour pouvoir encore se payer un bol de riz. Quant aux désespérés, ceux qui disposent de 50 sous par jour, ils font face à une catastrophe. [traduction]

Actuellement, l'attention se concentre généralement sur l'atténuation des problèmes les plus urgents. C'est compréhensible. Toutefois, une démarche structurée s'impose, qui fournisse des solutions durables et non pas ponctuelles. Dans le contexte de la crise aux multiples facettes à laquelle une telle proportion du globe est confrontée, la nécessité de la sécurité sociale s'impose avec plus d'évidence que jamais tandis que le manque d'accès de la majorité de la population mondiale à une protection sociale efficace devient encore plus dramatique et désastreux qu'auparavant. Il faut de toute urgence introduire des mécanismes élémentaires de protection sociale là où il n'en existe pas, tout en fournissant les ressources nécessaires pour renforcer les régimes de sécurité sociale existants puisque eux aussi sont indispensables, tout cela afin de protéger les hommes et les femmes contre les pires effets de la crise et en même temps soutenir efficacement la demande et contribuer au rétablissement économique.

<sup>17</sup> *The Economist*, 17 avril 2008.

---

La valeur des dépenses et des transferts sociaux pour faire reculer la pauvreté et permettre l'accès aux services nécessaires ainsi que la nécessité de procéder à des investissements sociaux et de disposer de politiques sociales destinées à protéger les plus vulnérables ont été reconnues dans les forums internationaux récents et par les Constitutions, les textes juridiques et les instances dirigeantes de nombreux organismes de l'ONU ainsi que dans la Convention sur les droits de l'enfant<sup>18</sup>. Ils peuvent apporter une contribution précieuse à l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement.

Le Comité de haut niveau sur les programmes de l'ONU élabore actuellement un concept commun à toute l'ONU de socle de protection sociale. L'OIT et l'OMS, avec l'appui de l'UNDESA et de l'UNICEF, sont à la tête de l'entreprise. Le principe consiste à édifier une coalition d'organismes et de donateurs internationaux qui permette aux pays de planifier et de mettre en œuvre des régimes durables de transferts sociaux fondés sur le concept de socle social.

L'origine de ce concept remonte à un certain nombre d'années. L'idée d'un «socle socio-économique» et sa relation avec la protection sociale ont été soulignées par la Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation dont le rapport définitif disait: «Un niveau minimal de protection sociale doit être accepté sans discussion en tant qu'élément du socle socio-économique de l'économie mondiale<sup>19</sup>.» Depuis, le terme de «socle social» ou de «socle de protection sociale» sert à désigner un ensemble de droits, de services et d'établissements sociaux fondamentaux dont le citoyen du monde devrait pouvoir jouir. Le terme de «socle social» reflète la notion déjà existante d'obligations essentielles, consistant à assurer la réalisation des droits incorporés dans les traités sur les droits de l'homme, à tout le moins à des niveaux essentiels minimaux. Le Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination de l'ONU propose que le socle de protection sociale comprenne deux éléments principaux qui contribuent respectivement à la réalisation de certains droits de l'homme<sup>20</sup>.

- *Services*: accès géographique et financier aux services essentiels (comme l'eau, les installations sanitaires, la santé ou l'instruction).
- *Transferts*: ensemble élémentaire de transferts sociaux essentiels, en espèces et en nature, versés aux pauvres et aux personnes vulnérables afin de leur assurer un revenu minimal sûr et de leur donner accès aux services essentiels, notamment les soins de santé.

<sup>18</sup> Voir les documents suivants: Réunion des ministres du Travail du G8: *La forme de la dimension sociale de la mondialisation*, Dresde, 6-8 mai 2007, *Conclusions du président*; Nations Unies, Conseil économique et social (E/2006/L.8, paragr. 19; OIT, *Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable*, juin 2008; Résolution de l'Assemblée mondiale de la santé WHA 58.33 sur le Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale; et Résolution EB 124.R8 du Conseil exécutif de l'OMS sur les soins de santé primaires dans le cadre du renforcement des systèmes de santé entérinant la couverture universelle comme un de ses éléments essentiels.

<sup>19</sup> Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation: *Une mondialisation juste: Créer des opportunités pour tous*. (BIT, 2004, p. 123.)

<sup>20</sup> Voir *Déclaration universelle des droits de l'homme*, art. 22, 25 et 26.



---

**Dans le cadre de sa campagne d'extension de la sécurité sociale à tous, l'OIT** promeut déjà la composante «transfert social» du socle de protection sociale <sup>21</sup>, c'est-à-dire un ensemble élémentaire et modeste de garanties sociales essentielles réalisées par des transferts en espèces et en nature susceptibles d'assurer à tous un niveau minimal de sécurité du revenu et l'accès aux soins de santé. Cette démarche a été confirmée par le *Pacte mondial pour l'emploi* adopté à la Conférence internationale du Travail en juin 2009. Selon ce pacte, il est demandé aux pays qui ne sont pas encore dotés d'une sécurité sociale étendue de mettre en place une «*protection sociale adéquate pour tous, fondée sur un socle de protection sociale*» et exhorte «*la communauté internationale à fournir une aide au développement, notamment un soutien budgétaire, pour instaurer un socle de protection sociale à l'échelon national*».

<sup>21</sup> Voir BIT (2008e), section IA, ii.

---

## 2. Le but à atteindre – Un cadre d'action publique nouveau en vue d'une sécurité sociale adéquate pour tous.

### 2.1. Principes d'extension de la sécurité sociale

La CIT, à sa 89<sup>e</sup> session en 2001, a entrepris une discussion générale sur la sécurité sociale. Les conclusions et recommandations (21 articles) contenaient une liste détaillée des aspects techniques, sociaux et politiques à prendre en considération pour formuler une démarche d'élaboration de politiques et de pratiques de la sécurité sociale, ce qui est approprié pour l'OIT.

La liste de conclusions peut se décomposer en quatre grandes parties:

- Une liste de principes fondamentaux, découlant de la formule de la Déclaration de Philadelphie énonçant *«l'obligation solennelle pour l'Organisation internationale du Travail de seconder la mise en œuvre, parmi les différentes nations du monde, de programmes propres à réaliser ... l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets»* (conclusions 1 à 3).
- Une série d'observations relatives aux principes et aux choix qui devraient guider le développement de régimes nationaux de sécurité sociale, à partir du principe selon lequel *«il n'y a pas, en matière de sécurité sociale, de modèle unique exemplaire»* (conclusions 4 à 6).
- Un ensemble assez détaillé d'observations concernant la transposition de ces concepts fondamentaux dans des systèmes concrets de protection sociale, dans le cadre de l'Agenda du travail décent. Partant du principe que «pour les personnes en âge de travailler, le meilleur moyen de se procurer un revenu sûr est d'accéder à un travail décent», la CIT aboutit à la conclusion 16, selon laquelle «dans le cadre des principes de base ... chaque pays devrait déterminer une stratégie nationale pour atteindre à l'objectif de la sécurité sociale pour tous». Les sujets, qui sont énumérés, vont de la démographie (y compris le vieillissement) aux finances (y compris la nécessité de la viabilité financière), mais englobent également des aspects transversaux tels que le besoin de réponses différenciées selon le sexe ou l'omniprésence du principe de solidarité comme sous-tendant les systèmes de protection sociale (conclusions 7 à 16).
- Une esquisse des étapes à venir, axée sur un projet de campagne majeure visant à promouvoir l'extension de la couverture de sécurité sociale, de pair avec quelques indications sur la façon dont l'OIT devrait s'y prendre pour entretenir les liens qui s'imposent avec ses propres mandats, la communauté internationale des experts du domaine et d'autres organismes internationaux.

On s'intéressera en conséquence, dans le reste du présent chapitre, à la façon dont l'OIT cherche à remplir son rôle à travers cette campagne, à la lumière des tendances actuelles en matière de sécurité sociale. Rappelons toutefois que la campagne d'extension de la couverture s'inscrit dans une perspective à relativement long terme et l'OIT ne souhaite pas se laisser détourner plus que nécessaire de l'objectif ultime que constitue le bien-être social par des considérations conjoncturelles, tenant par exemple à la crise financière mondiale et ou à la récession économique qui perduraient début 2009.

---

Des débats de 2001, de la Déclaration universelle des droits de l'homme, du mandat et de la Constitution de l'OIT ainsi que des autres textes juridiques décrits au chapitre précédent, on peut tirer un petit nombre d'éléments ou de principes essentiels, qui constituent une base sur laquelle on peut élaborer les orientations et les stratégies actuelles et futures. On peut résumer ces principes comme suit:

- universalité;
- développement graduel;
- pluralité;
- logique de résultat.

On trouvera dans les pages qui suivent une explication assez approfondie des notions théoriques qui permettent de considérer ces quatre caractéristiques comme des éléments «essentiels».

## **Universalité**

L'accent est mis ici sur l'universalité d'accès (accès de tous à une protection sociale efficace par le truchement de la sécurité sociale), qui constitue le principe le plus fondamental de tous pour atteindre les objectifs visés. Il est clairement au cœur du mandat qui sous-tend la campagne.

L'idée n'est pas nécessairement qu'il faille mettre en place dans chaque pays des régimes d'application universelle. Certes, il est d'une importance cruciale qu'on travaille à l'universalité d'accès des individus aux systèmes structurés de protection sociale lorsque ceux-ci sont conçus pour avoir la couverture la plus large possible. La notion de prestation universelle, payable sans distinction à tous les ayants droit d'un régime, s'accommode toutefois bien du concept d'un régime fondé sur les droits, éventuellement tempéré en pratique, lorsque les ressources sont limitées, par quelque forme de distribution ciblée de ces ressources.

De plus en plus, on est conscient que la fourniture de prestations au titre de la sécurité sociale a les caractéristiques d'un investissement, tant dans le capital social en général que dans le capital humain économiquement productif. On peut se concentrer en conséquence sur le renforcement des prestations qui, dans les systèmes de protection sociale, revêtent le plus les caractéristiques d'un investissement. Il peut s'agir notamment des éléments suivants: allocations familiales favorisant l'accès des enfants à l'instruction, ce qui contribue à briser le cycle de la pauvreté; accès aux soins de santé en tant que moyen d'aider les familles à demeurer au-dessus de la ligne de pauvreté en les soulageant du fardeau financier des soins médicaux; et soutien du revenu de façon à éviter la pauvreté et à procurer aux gens la sécurité dont ils ont besoin pour prendre des risques et investir dans leurs propres capacités productrices.

Ce principe d'universalité amène à préconiser fortement une démarche spécifique, en tout cas pour les pays qui n'ont pas encore été en mesure d'élaborer des systèmes étendus de sécurité sociale structurée: l'élaboration d'un «lot élémentaire» de prestations, décrit plus loin à la section 2.3.

---

## Développement graduel

La métaphore qui assimile le système national de sécurité sociale à un bâtiment à plusieurs étages est utile et il est clair que son édification ne devrait pas s'arrêter au rez-de-chaussée. Même si un pays peut juger utile (en fonction du stade de développement qu'il a atteint jusque-là) d'accorder la priorité à la mise en œuvre d'un lot élémentaire de prestations, ainsi qu'on l'explique plus loin, cela ne représente que la première marche d'un *escalier* qui monte, l'objectif étant d'offrir un niveau de sécurité supérieur au plus grand nombre possible, pour autant et à mesure que la poursuite du développement de l'économie nationale le permet.

Ici, il est utile de répéter qu'universalité ne veut pas dire uniformité. Soyons réalistes: on ne peut pas s'attendre à ce que des sociétés dont le développement économique est relativement faible atteignent (sans aide) les mêmes niveaux de protection sociale que des pays plus développés. Des possibilités de développement, pour les systèmes nationaux de sécurité sociale, devraient se faire jour à mesure que la croissance économique crée davantage de marge de manœuvre budgétaire. Il est absolument crucial que les systèmes soient conçus d'une façon qui, tout en étant (financièrement) progressive, soit également rationnelle, c'est-à-dire capable de répondre aux besoins prioritaires dans un ordre logique et qu'ils s'édifient d'une manière qui permette au niveau de sécurité d'augmenter à mesure que le développement économique progresse. A l'intérieur de l'enveloppe des ressources nationales, à n'importe quel stade de développement, le volume de cotisations et d'impôts affecté aux priorités de sécurité sociale doit être déterminé sur la base du consensus national.

## Pluralité

Il existe de nombreuses façons de mettre en œuvre un ensemble de garanties de sécurité sociale élémentaires, conformément aux indications ci-dessus, à titre de première étape d'une stratégie nationale de sécurité sociale. Certains pays chercheront à étendre la sécurité sociale et à la combiner avec l'aide sociale, tandis que d'autres favoriseront l'accès des pauvres à une couverture d'assurance sociale (éventuellement locale) par voie de subventions et que d'autres encore pourront mettre en place un régime universel financé sur les recettes fiscales. Il existe un éventail quasi infini de choix en ce qui concerne la gamme des instruments de financement, les modalités d'ouverture et d'accumulation des droits aux prestations ou encore les dispositifs administratifs, y compris de lutte contre la fraude aux cotisations ou visant à réduire au minimum les cas d'aléa moral. Chaque démarche a ses avantages et ses inconvénients et chacune est fonction des engagements passés et des valeurs nationales. L'objectif central, au bout du compte, est que toutes les personnes bénéficient des garanties de base.

Il ressort de l'expérience des différents pays et des études menées dans le monde qu'il n'existe pas de modèle unique «exemplaire» pour assurer la sécurité sociale et la protection de la santé ni de voie unique menant à la réalisation de la couverture universelle. Le développement de la protection sociale prend de nombreuses années, souvent des décennies, et son évolution est influencée par le développement démographique et économique ainsi que par les préférences socioculturelles et les traditions. Toutefois, la façon dont un éventail de paramètres du régime, souvent interreliés, sont déterminés peut avoir un impact majeur sur l'efficacité de celui-ci et sur l'efficience de son administration. Quelque bigarré que soit le tableau mondial, il existe un certain nombre de méthodes bien attestées qui permettent d'améliorer l'efficacité et l'efficience des systèmes existants.

Principe général: les différentes parties prenantes d'un système de sécurité sociale devraient toutes participer à sa gouvernance (en siégeant comme administrateurs ou membres du conseil de direction). En ce qui concerne le volet financier, le principe peut-

---

être le plus fondamental (et essentiel pour permettre aux administrateurs ou membres du conseil de direction de s'acquitter de leurs responsabilités de surveillance) veut que la gestion et la comptabilité d'une caisse de sécurité sociale (dès lors qu'elle comprend des actifs réels) soient entièrement distinctes de celles du budget (central) de l'Etat. Dans la mesure où ces caisses peuvent être subventionnées par les recettes du budget général ou inversement servir de sources de fonds «peu coûteux» pour le Trésor public, la transparence des finances est cruciale. L'OIT a élaboré tout un éventail d'outils indispensables de gouvernance financière, en évaluant ces relations financières et leur viabilité au regard des évolutions démographiques et économiques futures. Ces outils comprennent, par exemple, l'évaluation normalisée des dépenses et performances de protection sociale (SPER) et les techniques d'établissement de budgets sociaux.

## **Logique de résultat**

Ce sont les résultats des stratégies nationales de sécurité sociale qui comptent, pas la façon dont les pays s'y prennent pour les atteindre, les modalités de mise en œuvre pouvant et devant être aussi diverses que le sont les situations respectives des différents pays. De par sa nature, la sécurité sociale est un sujet d'une certaine complexité technique et les travaux sur le sujet sont depuis longtemps caractérisés par la recherche, de la part des théoriciens et des praticiens, d'une compréhension approfondie des détails techniques et des «compromis» qu'il faut supposément trouver entre, par exemple, maximiser le bien-être des ayants droit et maximiser l'efficacité économique. Si l'on se place à un point de vue général, toutefois, on risque d'aboutir à la conclusion que cet état de fait s'est finalement traduit par un manque d'attention envers les objectifs réels des politiques de sécurité sociale et de leur mise en œuvre. Une nouvelle démarche aura donc pour principe central de changer de point de mire et de mettre désormais l'accent sur les résultats, c'est-à-dire le service et l'adéquation réels des prestations servies à ceux qui y ont droit ou qui en ont besoin, plutôt que sur le détail de la conception des mécanismes des régimes.

Pour l'exécution des services techniques de conseil et de transfert de compétences en rapport avec la sécurité sociale, la démarche adoptée (dans le cadre naturellement du mandat de l'OIT tel qu'il est énoncé dans sa Constitution et reflété dans les conventions et recommandations) se veut donc essentiellement pragmatique, axée sur la recherche de résultats sociaux optimaux plutôt qu'engagée trop profondément dans des débats académiques sur les processus et les méthodes permettant d'atteindre ces résultats.

Cette démarche comprendra notamment la promotion auprès des mandants de l'OIT d'un certain nombre d'indicateurs de référence, exploitant au mieux les instruments disponibles dans la boîte à outils du BIT et permettant de mesurer les progrès.

Selon la logique de résultat qu'on vient de décrire, voici un résumé des principales caractéristiques que l'OIT chercherait à promouvoir et à évaluer dans la conception et la mise en œuvre du système de sécurité sociale d'un pays:

- **Couverture universelle** des systèmes de sécurité du revenu et de santé: tous les résidents (permanents et temporaires) d'un pays devraient avoir accès, quel que soit leur sexe, à un niveau adéquat de prestations élémentaires qui leur assure la sécurité du revenu et des soins médicaux complets.
- **Prestations et protection contre la pauvreté en tant que droits:** les modalités d'ouverture des droits devraient être précisément définies, de façon à ce que les droits des résidents ou des cotisants soient prévisibles; les prestations devraient protéger efficacement les personnes contre la pauvreté; si celles-ci sont fondées sur des cotisations ou des impôts préaffectés, leurs montants minimaux devraient être conformes à la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum),

---

1952, ou à des conventions plus récentes prévoyant un niveau de protection supérieur, comme le Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe.

- **«Equivalence actuarielle»<sup>1</sup> collective du montant des cotisations et du montant des prestations:** les prestations servies aux membres d'un régime devraient correspondre à la fois à un taux de remplacement minimal et à un taux de rendement minimal dans le cas des régimes d'épargne, reflétant ainsi adéquatement le montant global de cotisations versées; de tels montants minimaux devraient être efficacement garantis, de préférence par l'Etat.
- **Stabilité du financement:** les modalités de financement des régimes devraient en assurer autant que possible la viabilité et la pérennité financières à long terme, et ce, en ménageant une marge de manœuvre budgétaire adéquate, tant à l'ensemble du système de sécurité sociale du pays qu'aux différents régimes pris individuellement.
- **Responsabilité de gouvernance:** l'Etat devrait demeurer le garant ultime des droits à la sécurité sociale, tandis que les financeurs et les cotisants devraient participer à leur gouvernance.

Dans les paragraphes qui suivent, on s'intéressera aux stratégies et aux démarches nationales d'élaboration de systèmes de sécurité sociale appropriés, efficaces et efficients. On pourra en tirer quelques implications quant au rôle de soutien que l'OIT a à jouer auprès de ses Etats Membres et de ses mandants dans cette entreprise, par le biais de sa campagne d'extension de la couverture.

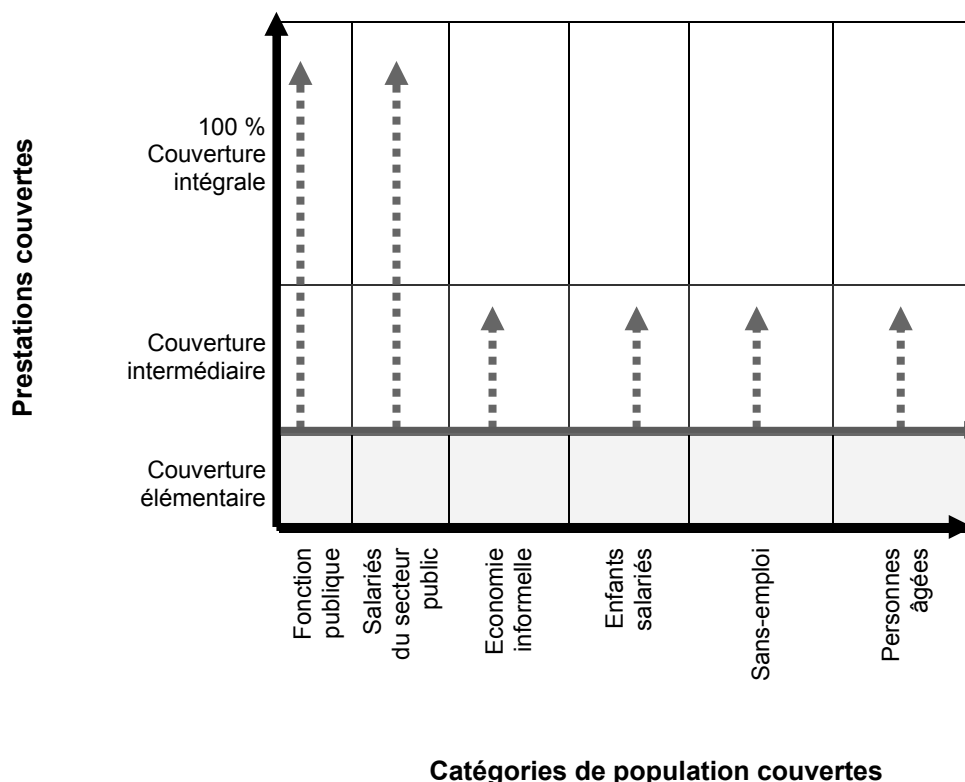
## 2.2. Le paradigme de la sécurité sociale comme escalier

Compte tenu des considérations formelles et juridiques ainsi que des principes fondamentaux sous-tendant la démarche de l'OIT dont il a été question ci-dessus, on peut, d'un point de vue conceptuel, situer une stratégie de campagne d'extension de la couverture de sécurité sociale dans un espace à deux dimensions. Un premier volet consiste à étendre la sécurité du revenu et d'accès aux soins de santé, ne serait-ce que d'un niveau élémentaire, à l'ensemble de la population. On peut appeler ce volet l'extension «horizontale». Le second volet consisterait à tenter de fournir un niveau plus élevé de sécurité du revenu et un accès à des soins de santé de qualité supérieure de façon à préserver le niveau de vie des gens, même lorsqu'ils sont confrontés à des éventualités graves de la vie, comme le chômage, la maladie, l'invalidité, la perte du soutien de famille ou la vieillesse. On peut alors parler de volet «vertical» de l'extension.

Le graphique suivant montre le cadre stratégique sous forme schématique. Sur le volet horizontal, on cherche à étendre un niveau élémentaire de prestations essentielles au plus grand nombre de catégories et le plus vite possible, tandis que, sur le volet vertical, on cherche à augmenter la portée de la couverture, c'est-à-dire à élargir la gamme et à relever le niveau des prestations, jusqu'au niveau décrit dans la convention n° 102 ou, mieux encore, à un niveau encore supérieur défini dans d'autres conventions à jour de l'OIT.

<sup>1</sup> Il n'existe pas de définition universellement reconnue de l'«équivalence actuarielle» (ou «équité actuarielle»), qui est en fait une notion controversée. Il ne faut donc peut-être pas lui attribuer une signification technique trop précise. Cela dit, même s'il est difficile de faire tenir l'idée visée ici en un seul terme, elle est en soi importante: en gros, elle dit que les membres d'un régime de sécurité sociale, en particulier d'un régime de pension, devraient avoir l'impression que le mode de calcul des prestations qui leur seront attribuées reflète *équitablement* le montant de leurs cotisations.

**Graphique 2.1. Possibilité d'accroître la couverture aux groupes de la population**



### **Le volet horizontal**

Quelles que soient la multiplicité et la gravité des sources d'insécurité et quelles que soient les ressources pour y faire face, la sécurité sociale devrait faire en sorte de répondre, pour tous les individus, à deux besoins, à savoir: revenu de base et accès aux soins de santé. En même temps, le fait de mettre l'accent sur la sécurité sociale ne doit pas faire perdre de vue, d'une part, le fait qu'il existe nombre d'autres interventions possibles pour réduire l'insécurité et, d'autre part, la nécessité de renforcer le rapport entre l'offre de sécurité sociale et d'autres aspects de l'action publique.

L'importance, pour chaque ménage et chaque individu dans le monde, de disposer (au moins) d'un revenu de base se passe d'arguments. En fin de compte, obtenir un revenu est manifestement une des préoccupations et des motivations centrales de la vie dans toutes les sociétés contemporaines. La recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, décrit plus en profondeur le but des régimes de sécurité du revenu (ou de garantie des revenus d'existence selon la terminologie de 1944). Par exemple: «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.» (paragr. 1)

La question de savoir en quoi consiste un «niveau raisonnable» reste ouverte. Elle est pertinente autant pour la définition de la sécurité du revenu de base que pour celle des soins de santé essentiels. Sa réponse dépend des besoins, par exemple, en matière de services de santé, mais aussi des choix politiques et de l'issue du débat sur les dépenses que le pays peut se permettre. Malgré le besoin manifeste de sécurité du revenu et d'accès aux soins de santé ainsi que l'établissement du droit universel à la sécurité sociale, l'exclusion de la couverture demeure très élevée dans le monde, notamment dans les pays en développement, ainsi qu'on l'indique ailleurs dans le présent rapport.

---

Désormais, toutefois, le Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination de l'ONU, renforcé par le Pacte mondial pour l'emploi de l'OIT, a indiqué une nouvelle démarche stratégique pour répondre au besoin d'extension horizontale en promouvant un ensemble de garanties de sécurité sociale de base dans le cadre d'un socle de protection sociale plus vaste. C'est sur ce concept, qui constitue la pierre angulaire de ce cadre, qu'on se penche dans la section qui suit.

### ***Le volet vertical***

Le concept de socle de protection sociale représente une démarche stratégique cruciale pour résoudre la question de l'extension «horizontale» de la couverture parmi les populations vulnérables et exclues, notamment celles qui travaillent dans l'économie informelle. Les pays dont le niveau de développement économique est faible ne peuvent pas, à court terme, offrir une protection sociale intégrée assortie des niveaux de prestations et englobant la gamme de risques définis dans les normes de l'OIT concernant la sécurité sociale.

A mesure que les pays atteindront un niveau plus élevé de développement économique – acquérant du même coup une marge de manœuvre budgétaire –, il faut s'attendre à ce qu'ils prennent des mesures, dans le cadre des conventions de l'OIT<sup>2</sup>, pour relever les niveaux de prestations en conséquence. L'objectif sera d'édifier un étage supérieur, offrant des perspectives plus larges, et de ne pas se contenter du rez-de-chaussée.

Il est évident que les groupes de population dont le niveau de revenu est supérieur à la «ligne de pauvreté» essaieront, et ont le droit, d'instituer pour eux-mêmes des mesures de sécurité sociale qui leur assurent un niveau de remplacement, en cas de perte de revenu, supérieur à celui qui peut être jugé adéquat pour une simple protection contre la pauvreté. Les mécanismes permettant d'atteindre de tels niveaux de remplacement du revenu, ou encore donnant accès à des soins de santé de qualité, sont assez bien développés, allant de l'assurance sociale aux assurances privées obligatoires, en passant par les dispositifs de protection locaux et les régimes à prestations définies financés sur les recettes fiscales. Les conventions de l'OIT précisent des niveaux de prestations minimaux, favorisant ainsi un remplacement de revenu efficace dans les pays qui les ont ratifiées. Pour les autres pays, elles fournissent à titre de référence un répertoire unique de niveaux de prestations minimaux internationalement reconnus qui permettent d'évaluer par comparaison la conception de leur système national de sécurité sociale.

### ***La sécurité sociale comme escalier***

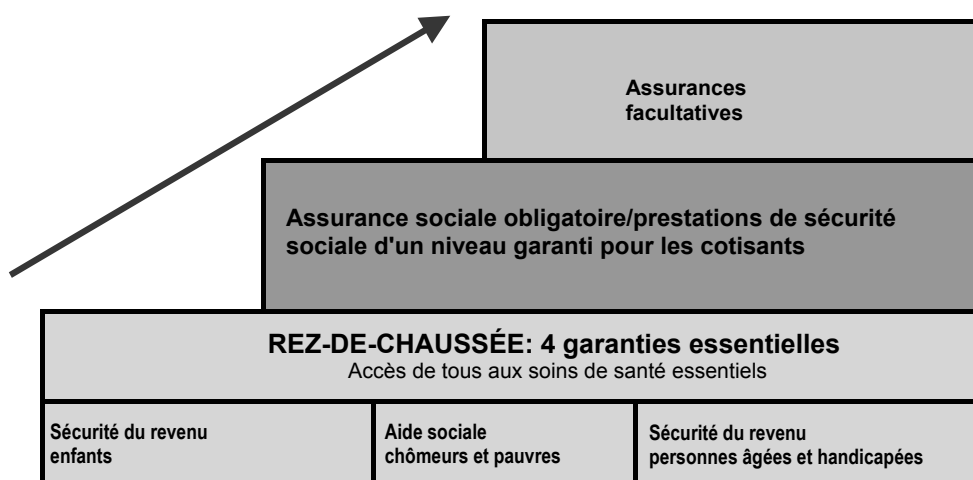
La métaphore qui émerge ainsi pour décrire l'extension de la couverture de sécurité sociale est celle de l'escalier. Le rez-de-chaussée comprend un ensemble de garanties élémentaires pour tous. Pour les personnes qui ont la capacité de payer des impôts ou de verser des cotisations, on peut introduire un deuxième niveau de prestations en tant que droit (juridiquement défini et garanti par rapport à des niveaux minimums) et, enfin, pour celles qui ont besoin ou éprouvent le désir de niveaux de protection plus élevés, on peut aménager un «étage supérieur» consistant en dispositifs d'assurances privées facultatives (mais devant être soumises à la réglementation et à la surveillance publiques comme tous les régimes d'assurance privée). Une telle métaphore convient à tous les pays, quel que soit leur stade de développement, même si la proportion des personnes ayant pour toute

<sup>2</sup> Convention n° 102 et conventions ultérieures prévoyant des niveaux de protection plus élevés relativement à diverses éventualités.



protection les garanties sociales de base est naturellement plus grande dans les pays dont le niveau de développement économique est faible.

**Graphique 2.2. La sécurité sociale comme escalier**



### **2.3. Un ensemble minimum de garanties de sécurité sociale, en tant que partie du socle de protection sociale**

Relevant les niveaux élevés d'exclusion existant actuellement, la CIT, réunie pour sa 89<sup>e</sup> session en 2001, a indiqué dans ses conclusions concernant la sécurité sociale: «*Priorité absolue doit être donnée 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.*» En conséquence, la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous a été lancée à la 91<sup>e</sup> session de la CIT en 2003, dans le but d'appuyer une telle extension de la couverture.

Dans le but de traduire en pratique l'objectif qui consiste à assurer, à tous, la sécurité du revenu, y compris une protection financière contre les dépenses de santé extraordinaires, ainsi que l'accès aux services de santé, l'OIT, tout en reconnaissant que les pays en développement sont soumis à des contraintes financières strictes, leur recommande de commencer par viser à mettre en place un ensemble élémentaire et modeste de garanties de sécurité sociale.

En ce qui concerne la sécurité du revenu, les garanties de sécurité sociale conseillées consistent à fournir une sécurité du revenu à ceux qui ne peuvent pas ou ne devraient pas travailler: en particulier, une protection devrait être accordée aux enfants (en combinaison avec d'autres politiques leur facilitant l'accès à la santé, à la nutrition et à l'instruction); aux femmes enceintes, aux personnes âgées et aux handicapés. En même temps, le soutien du revenu devrait être combiné avec des garanties d'emploi ou d'autres politiques de marché du travail destinées aux personnes capables et désireuses de travailler, mais qui n'ont pas accès à des emplois qui leur fourniraient un revenu suffisant.

---

Offrir des garanties de sécurité du revenu à ces groupes de population particuliers ayant des besoins spécifiques constitue un grand pas en direction de l'objectif global<sup>3</sup>. La nécessité d'assurer le bien-être des enfants à charge motive l'octroi d'un soutien spécifique pour l'entretien des enfants. Les personnes âgées et les handicapés, qui sont généralement incapables de gagner un revenu de travail suffisant, voire le moindre revenu, dépendent directement du soutien du revenu pour pouvoir mener une vie digne et, à ce titre, demandent une attention particulière. Dans le cas de la population en âge de travailler, la sécurité du revenu devrait prévenir le dénuement qui résulte de salaires insuffisants ou du chômage. Elle devrait s'accompagner de politiques favorisant l'accès à des emplois et à des activités rémunérées dans le cadre plus large de l'Agenda du travail décent<sup>4</sup>. Une telle segmentation facilite, par ailleurs, la possibilité d'une mise en œuvre séquentielle de l'ensemble des garanties de base selon les priorités et les capacités de chaque pays.

En ce qui concerne les soins de santé, tandis que les systèmes de sécurité sociale devraient fournir une protection financière contre les dépenses de santé extraordinaires, il faut aussi prêter attention aux besoins spécifiques des différents groupes de population (enfants, femmes, personnes âgées, etc.) pour définir un lot de prestations de soins de santé essentiels à l'échelon national, le but ultime étant de satisfaire aux exigences des conventions n<sup>os</sup> 102 et 130 de l'OIT.

En résumé, l'ensemble élémentaire de garanties que promeut l'OIT vise à atteindre la situation suivante:

- tous les résidents disposent de la protection financière nécessaire pour pouvoir se permettre et recevoir concrètement un ensemble défini à l'échelon national de services de soins de santé essentiels (à noter que, en dernier recours, c'est l'Etat qui est responsable d'assurer l'adéquation des dispositifs de financement et de prestations (généralement) pluriels);
- tous les enfants ont la sécurité du revenu, du moins en deçà d'une ligne de pauvreté définie à l'échelon national, grâce à des allocations familiales ou autres prestations destinées à leur faciliter l'accès aux aliments, à l'instruction et aux soins;
- tous ceux qui appartiennent à des groupes qui, tout en étant d'âge actif, sont incapables de gagner un revenu suffisant sur le marché du travail devraient jouir d'une sécurité de revenu minimale grâce à des régimes d'aide sociale ou de transferts sociaux (tels que des régimes de transfert de revenus pour les femmes au cours des dernières semaines de grossesse ou des semaines suivant l'accouchement) ou encore à des régimes de garantie d'emploi;
- tous les résidents âgés ou handicapés<sup>5</sup> ont la sécurité du revenu, du moins en deçà d'une ligne de pauvreté définie à l'échelon national, grâce à des pensions de vieillesse ou d'invalidité.

<sup>3</sup> Objectif énoncé dans la déclaration de la CIT de 2001 selon laquelle «tous» devraient être couverts.

<sup>4</sup> Ainsi, pour ce groupe, la sécurité du revenu vise à renforcer la capacité des ayants droit, en leur ouvrant la possibilité d'acquérir une forme d'autonomie pour faire face aux risques et répondre à leurs besoins.

<sup>5</sup> C'est-à-dire affectés d'un degré de handicap qui les empêche de participer au marché du travail.

---

Le niveau des prestations et l'étendue de la population couverte (par exemple, l'âge d'ouverture des droits à une pension sociale) pour chaque garantie devraient être définis compte tenu de la situation nationale (marge de manœuvre budgétaire, structure et tendances démographiques, distribution des revenus, fourchette de pauvreté et écart par rapport au reste de la population, etc.), des impératifs politiques, des caractéristiques des groupes à couvrir et des résultats attendus. En aucunes circonstances, toutefois, le niveau des prestations ne devrait descendre en dessous d'un minimum qui assure l'accès à un panier d'aliments et à d'autres biens et services essentiels. La modélisation peut aider à évaluer les coûts et les implications budgétaires de différents scénarios de prestations. Les leçons de l'expérience d'autres pays et les résultats qu'ils ont obtenus d'initiatives similaires, combinés à des techniques de microsimulation, peuvent faciliter la prise de décisions à l'échelon national.

Même si le contenu des lots de prestations de soins de santé est à définir au niveau de chaque pays, il importe que certains minima soient fournis afin d'atteindre l'objectif général de protection sociale de la santé. Les lots de prestations doivent être définis compte tenu non seulement des priorités génériques, mais aussi de l'équité et de ce qui est abordable ainsi que des besoins, des demandes et des perceptions des individus<sup>6</sup>. Sans perdre de vue le principe d'universalité, il faut axer la définition d'un tel lot, de façon intégrée, sur les plus vulnérables; des interventions ciblées peuvent s'imposer. Dans cette perspective, une démarche de type «prêt-à-porter» a toutes les chances d'être insuffisante, inefficace et elle ne contribuera pas à la réalisation des objectifs généraux d'une protection sociale de la santé<sup>7</sup>. La protection financière (en plus d'un accès efficace aux soins de santé) devrait faire partie intégrante de tout lot de prestations afin de protéger les pauvres et d'éviter une sous-utilisation des services de santé<sup>8</sup>. Les questions touchant à la définition d'un accès efficace aux soins de santé sont abordées au chapitre 3.

La lutte contre l'exclusion de la sécurité sociale exige que les prestations bénéficient d'une garantie sociale efficace. Dans nombre de pays, une telle garantie fait l'objet d'un contrat social, qui peut être implicite ou explicite (éventuellement, comme c'est souvent le cas pour les soins de santé en particulier, dans la Constitution du pays) ou prend d'autres formes juridiques. Malgré l'existence de telles promesses, il se peut que les garanties explicites ou les mécanismes efficaces permettant aux gens de faire valoir leurs droits fassent défaut. Très souvent, il en résulte que des membres de la société sont exclus des prestations de sécurité sociale. Pour éviter de tels problèmes, il est conseillé que l'ensemble de prestations soit garanti par l'Etat et qu'il soit assuré à tous les ayants droit potentiels (tous les membres de la société, dans le cas des soins de santé) grâce à un financement durable, une réglementation et une surveillance adéquates ainsi que la possibilité de faire appel dans le cas où la garantie ne fonctionne pas.

<sup>6</sup> Cela signifie notamment: *a*) répondre aux besoins sanitaires en fonction de la structure et du volume des maladies; *b*) répondre aux demandes en matière de qualité et aux attentes; *c*) définir les prestations en termes de soins primaires, secondaires (et tertiaires si disponibles) et de soins préventifs; *d*) assurer le droit juridique à la santé, aux congés maladie et aux congés de maternité.

<sup>7</sup> Il faudrait veiller au traitement des maladies chroniques, y compris les soins de longue durée, ainsi qu'à la réduction de la mortalité maternelle, néonatale et des moins de 5 ans. Ce dernier objectif compte parmi les plus grands défis de la protection sociale de la santé à l'échelle mondiale. Selon le *Rapport sur la santé dans le monde 2005*, 11 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année. C'est également le destin de 500 000 mères durant leur maternité. Il faut également s'occuper des maladies négligées et des problèmes des minorités.

<sup>8</sup> Cela exige une diminution du montant des coûts assumés par l'utilisateur, y compris les coûts indirects comme le transport, ainsi qu'une prise en charge des dépenses de santé extraordinaires.

---

En résumé, si la raison d'être de l'introduction d'un ensemble élémentaire de garanties de sécurité sociale est enracinée dans des droits, le niveau et la portée des prestations offertes dans un pays donné reflètent la combinaison des besoins et des capacités de financement qui le caractérisent. Cela dit, aucun débat sur les garanties n'échappera à la question de ce que le pays peut se permettre. Même s'il importe de reconnaître la nature politique et normative de la notion de ce qu'un pays peut se permettre, il faut également admettre que les pays en développement, en particulier ceux à faible revenu, sont soumis à des contraintes de ressources très réelles et très strictes. En outre, il importe de reconnaître l'existence de limites nationales et institutionnelles ainsi que les questions de gouvernance impliquées par l'administration des prestations de sécurité sociale. En conséquence, l'ensemble de garanties de sécurité sociale de base formulé tient compte de la réalité budgétaire des pays en développement.

Reconnaître la réalité budgétaire consiste entre autres à définir un niveau adéquat de prestations et à établir un ordre de priorité dans leur mise en œuvre. Une stratégie de sécurité sociale tournée vers l'avenir et un diagnostic des besoins prioritaires peuvent aider à ordonner chronologiquement la mise en œuvre de divers programmes sociaux et de différentes actions publiques, et cela peut être précieux lorsqu'il n'est pas possible de mettre en œuvre d'un seul coup l'intégralité des garanties de sécurité sociale élémentaires: on peut alors prévoir des prestations immédiates visant à faire reculer la pauvreté, stimuler une croissance favorable aux pauvres et à favoriser le développement social. Une telle démarche peut faire en sorte d'intégrer des programmes sociaux et des actions publiques pertinents dans le cadre plus large du développement. A mesure que les pays atteignent un niveau de développement économique plus élevé, leurs systèmes de sécurité sociale peuvent également progresser en parallèle, élargissant la portée et relevant le niveau et la qualité des prestations et des services fournis.

## **2.4. Le caractère abordable de la sécurité sociale**

La question du caractère abordable et viable aux points de vue financier, budgétaire et économique des systèmes de protection sociale est devenu, à tort ou à raison, une préoccupation majeure des pays, quel que soit leur niveau de développement. Ces dernières dizaines d'années, la viabilité financière des niveaux élevés de protection, notamment la nécessité de maîtriser les coûts dans des sociétés vieillissantes, a suscité beaucoup de débats et fait couler beaucoup d'encre. Là n'est pas le sujet essentiel du présent rapport, mais quelques observations s'imposent à ce point-ci pour réfuter l'idée que la mise en place de systèmes de transferts sociaux redistributifs met en péril à terme la viabilité des pays.

Au contraire, de plus en plus d'indices concourent à prouver deux faits:

- les pays qui sont encore à un stade de développement initial peuvent déjà se permettre un certain niveau de sécurité sociale;
- les systèmes de sécurité sociale demeurent abordables, mêmes lorsque les économies mûrissent et que les populations vieillissent.

Bref, il peut être justifié pour un pays d'investir dans l'escalier que constitue la sécurité sociale, qu'il se soit déjà doté d'un système de sécurité sociale ou non et quels que soient la maturité de son économie et le vieillissement de sa population. Cela étant établi, on s'intéresse dans la section suivante à la question du caractère abordable de la sécurité sociale, principalement (mais pas exclusivement) dans les pays pauvres.

### 2.4.1. Le caractère abordable des systèmes de sécurité sociale au stade de la maturité

La viabilité des systèmes de sécurité sociale relativement étendus qui caractérisent les pays parvenus à un stade avancé de développement économique est souvent remise en cause, notamment dans le cas des pays européens confrontés à une augmentation spectaculaire du taux de personnes âgées à charge. Il est prévu que, en 2050, il devrait y avoir deux personnes en âge de travailler pour une personne âgée, contre un ratio de quatre pour un aujourd'hui.

Le vieillissement va entraîner une hausse des dépenses de retraite et de santé dans les décennies à venir. Cela dit, étant donné les mesures de consolidation des dépenses prises par de nombreux pays depuis une vingtaine d'années, cette hausse ne devrait pas représenter une menace majeure pour l'équilibre financier des systèmes nationaux de protection sociale ni pour l'équilibre des budgets publics. Même si, dans le pire des cas, le défi démographique n'est pas bien géré, il se pourrait que ses effets sur la viabilité des systèmes nationaux de transferts sociaux, même dans les pays présentant les systèmes les plus développés, soient moins dramatiques que ce qu'on suppose généralement. Les dernières prévisions disponibles du Comité de politique économique de l'Union européenne sur le coût combiné des prestations de sécurité sociale les plus importantes à la suite du vieillissement de la population sont fournies au tableau 2.1.

Il ressort de ce tableau que l'augmentation moyenne attendue des dépenses sociales nationales est inférieure à 5 points de pourcentage du PIB sur l'ensemble des cinquante prochaines années, ce qui est substantiel, mais pas ingérable. Toutefois, il existe des différences importantes d'un pays à l'autre, qui ont moins à voir avec le processus de vieillissement lui-même qu'avec les caractéristiques spécifiques des différents programmes, et notamment leur financement, les conditions d'ouverture des droits et la générosité des prestations. Les projections tiennent compte des effets attendus des réformes de la sécurité sociale déjà votées et mises en œuvre (y compris les nouvelles formules de calcul des prestations et le relèvement de l'âge de la retraite) ainsi que de l'augmentation attendue de la participation au marché du travail et du taux d'emploi.

**Tableau 2.1. Hausses attendues des dépenses sociales de l'Union européenne (2007-2060)**

	Niveau en 2007 (en pour cent du PIB)	Niveau en 2035	Niveau en 2060
		(Changement par rapport à 2007 en points de pourcentage)	
Pensions	10,6	+1,7	+2,4
Soins de santé	6,7	+1,0	+1,5
Soins de longue durée	1,2	+0,6	+1,1
Allocations chômage	0,8	-0,2	-0,2
Etudes/formation	4,3	-0,3	-0,2
<b>Total</b>	<b>23,6</b>	<b>+2,8</b>	<b>+4,6</b>

Source: Commission européenne; 2009 *Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States* (2008-2060); EUROPEAN ECONOMY 2|2009; tableau 1.

Il a été démontré que les programmes de sécurité sociale de l'UE et, plus largement, de l'OCDE ont été efficaces pour atteindre leur cible principale: réduire l'inégalité des revenus et faire reculer la pauvreté. En gros, plus les dépenses sociales sont élevées, plus le taux de pauvreté est faible. L'inégalité des revenus dans les pays scandinaves de l'UE et aux Pays-Bas (qui ont des dépenses sociales élevées et un coefficient de Gini allant de 0,225 à 0,261) est très inférieure à ce qu'elle est dans d'autres pays où les dépenses

---

sociales sont moindres, notamment les pays «anglo-saxons» que sont le Royaume-Uni, l'Irlande et les Etats-Unis (où le coefficient de Gini est très supérieur à 0,3). Tous ces pays affichent un taux élevé de participation au marché du travail; ces écarts ne proviennent donc pas d'une différence dans la proportion des personnes actives économiquement. Le pourcentage d'enfants qui grandissent dans un ménage pauvre est d'environ 3 pour cent dans les pays nordiques, alors qu'elle est de 16 pour cent en Irlande et au Royaume-Uni et de 22 pour cent aux Etats-Unis. Le pourcentage de personnes âgées vivant en dessous de la ligne de pauvreté est de 1,6 pour cent aux Pays-Bas, mais de 35,5 pour cent en Irlande<sup>9</sup>. Si l'on compare ces chiffres aux ressources que ces pays consacrent aux transferts sociaux (24 pour cent en moyenne dans les pays scandinaves plus les Pays-Bas, contre 17 pour cent en moyenne dans les pays anglo-saxons<sup>10</sup>), on peut en conclure que, même si les résultats ne sont pas nécessairement uniformes d'un pays à l'autre, la protection sociale, lorsqu'elle est dotée de suffisamment de ressources, est efficace pour atteindre son principal objectif de réduction de l'inégalité des revenus et de la pauvreté. Des recherches de l'OCDE ont montré que, en fait, la relation entre les taux de pauvreté hors personnes âgées et la part du PIB consacrée à des transferts sociaux (en espèces) est statistiquement significative<sup>11</sup>.

Les chiffres ci-dessus concourent par ailleurs à réfuter la thèse selon laquelle les pays ne peuvent pas se permettre des niveaux de dépenses sociales élevés, vu la concurrence mondiale. Au point de vue de l'histoire mondiale, on peut montrer que les pays qui ont le mieux réussi à obtenir une croissance durable à long terme et un recul de la pauvreté ont tous mis en place des systèmes étendus de sécurité sociale; en même temps, tous ont des économies ouvertes. Même s'il se peut que les preuves démontrant clairement l'existence d'un lien de *causalité* entre sécurité sociale et performance économique positive fassent défaut pour le moment, ce que l'on sait, c'est que l'une et l'autre coexistent dans tous les pays qui réussissent. Les pays de l'OCDE ont pris la décision d'investir massivement dans la sécurité sociale (généralement, plus de 20 pour cent du PIB) dans le cadre de leurs stratégies à long terme de croissance et de lutte contre la pauvreté. Le plus important peut-être est qu'ils se sont engagés dans un tel investissement alors qu'ils étaient pauvres. Ces pays ont tous mis en œuvre, à un certain stade, des stratégies qui se sont avérées des réussites, favorisant une combinaison de croissance et d'équité.

Toutefois, il ressort également de leur histoire récente qu'un niveau de dépenses sociales élevé n'est pas, à lui seul, une condition suffisante pour assurer le recul de la pauvreté et des inégalités et soutenir la croissance économique. Une condition s'avère toutefois indispensable: une bonne administration ou gouvernance, au sens large. Entre autres, il faudrait éviter une dépendance injustifiée des ayants droit vis-à-vis des transferts; toutefois, une bonne gouvernance n'implique pas seulement que les dépenses sociales soient effectuées avec mesure et circonspection durant les périodes de prospérité économique, mais aussi qu'elles soient autorisées à gonfler en période de crise économique et sociale.

<sup>9</sup> Ces chiffres proviennent de la base de données d'indicateurs sociaux de l'OCDE. Smeeding (2006), qui tire ses chiffres de la base de données *Luxemburg Income Studies*, indique des différences d'une ampleur similaire entre ces pays.

<sup>10</sup> Adema et Ladaique (2005). Ces chiffres correspondent aux dépenses sociales publiques directes. En plus des régimes publics, certains pays ont des régimes d'assurance sociale privés. C'est le cas, par exemple, des pays anglo-saxons, mais aussi des Pays-Bas. Les écarts entre ces pays quant au total des dépenses sociales sont donc moindres que ce que les chiffres des dépenses publiques laisseraient supposer. Il paraît toutefois ressortir des chiffres fournis dans le corps du texte qui représentent l'impact macrosocial (en termes de réduction de la pauvreté) que ces régimes privés ne ciblent pas aussi bien que le font les régimes publics.

<sup>11</sup> Smeeding (2006), R<sup>2</sup> étant égal à 0,6099.

---

En période de crise économique nationale ou mondiale, les systèmes de sécurité sociale jouent un rôle de stabilisateurs sociaux et économiques combinés. Le fait de servir des prestations de protection sociale aux travailleurs sans emploi et à d'autres bénéficiaires non seulement contribue à éviter que les individus et leurs familles ne tombent dans une pauvreté profonde, mais aussi limite la baisse de la demande agrégée, ce qui limite la gravité de la récession et ouvre la voie à la reprise. Il est crucial que, dans les nombreux pays où il existe des prestations de chômage et d'autres dispositifs de sécurité sociale et de soutien du revenu, le programme de relance économique comprenne un renforcement de l'offre de sécurité sociale par l'assouplissement des conditions d'ouverture des droits et l'augmentation du montant des prestations et du budget.

Cela dit, les systèmes de sécurité sociale sont actuellement confrontés à un dilemme inévitable: c'est dans les périodes où ils ont le plus besoin de recettes pour soutenir le revenu des ayants droit que leurs propres recettes connaissent un creux. Il se peut alors que les autorités publiques doivent engager des dépenses anticycliques massives, tout en autorisant l'épuisement des réserves des caisses de sécurité sociale. Pour faire face à une crise antérieure, en 1935, le gouvernement américain a introduit des pensions et des prestations de chômage dans le cadre des politiques du New Deal. De nouveau, en septembre 2008, le Congrès américain a voté une extension des prestations de chômage dans le cadre d'un programme de relance économique plus large consistant à favoriser la création et la préservation d'emplois, à investir dans les infrastructures et à fournir une aide économique et énergétique. De même, l'augmentation des fonds affectés à divers programmes de sécurité sociale constitue un volet important du Plan de relance économique européen. Préconisant de stimuler la demande à court terme, ce document indique:

Les mesures introduites rapidement et axées sur les ménages particulièrement touchés par le ralentissement de l'activité économique, telles que l'accroissement provisoire des transferts en faveur des chômeurs ou des ménages à faible revenu, ou l'allongement temporaire de la durée des indemnités de chômage, peuvent se répercuter presque directement sur la consommation<sup>12</sup>.

Il est clair que les régimes de sécurité sociale et d'aide sociale représentent des instruments majeurs à la disposition des gouvernements de l'OCDE pour limiter les retombées sociales d'une telle crise.

Qui plus est, une des conclusions qui a fait l'unanimité à la suite de la crise financière asiatique à la fin des années quatre-vingt-dix a été que, si des programmes de soutien du revenu avaient été en place, la crise aurait fait nettement moins de dégâts. Pourtant, même si quelques pays, comme la Corée du Sud, ont accéléré la mise en œuvre de leur régime d'assurance-emploi pour les salariés de l'économie structurée et renforcé leur couverture de sécurité sociale en général (stratégie adoptée ensuite par la Thaïlande), la majorité des populations dans le monde n'a toujours aucun accès à la sécurité sociale.

Toutefois, dans un certain nombre de pays industrialisés, il faut élaborer des politiques ménageant la marge de manœuvre nécessaire pour les transferts sociaux, surtout en présence des tensions budgétaires qui vont croissant, vu la nécessité de financer les énormes programmes de relance. Il existe déjà des signes que les pays devront ajuster leurs dépenses sociales dans l'avenir, à mesure qu'ils auront à financer leur endettement élevé associé à la crise.

<sup>12</sup> Commission des communautés européennes. Communication de la Commission au Conseil européen: Un plan européen pour la relance économique (Bruxelles, 2008, p. 9).

---

#### 2.4.2. Le caractère abordable des systèmes de base

Malgré leurs effets positifs potentiels pour stabiliser la société et l'économie, on ne voit pas que les investissements dans la sécurité sociale forment une partie significative des stratégies de développement des pays à faible revenu, alors même que nombre de ces pays connaissaient une crise sociale durable bien avant le début de la récession économique mondiale actuelle. Il semble que la plupart des gouvernements sont tout simplement partis du principe que les transferts sociaux constituaient un fardeau trop lourd pour leurs économies en développement et qu'ils mettraient en péril la croissance. Pourtant, les arguments économiques en faveur de l'investissement de ressources dans la sécurité sociale sont irrésistibles. Il vaut la peine de relever que la Banque mondiale, dans son *Rapport sur le développement dans le monde* de 2005, reprend l'idée que la pauvreté pose un risque pour la sécurité et que le manque de sécurité crée un climat néfaste pour l'investissement. Sans conteste, la productivité est une caractéristique des gens qui jouissent d'un minimum de sécurité matérielle leur permettant de prendre le risque d'entreprendre, qui sont en bonne santé, ne souffrent pas de la faim et ont été scolarisés dans une certaine mesure. En l'absence de régimes de transferts sociaux élémentaires favorisant la santé, une alimentation adéquate et la stabilité sociale, un pays ne peut tout simplement pas libérer son plein potentiel de production.

Le montant de ressources publiques affecté à la sécurité sociale a une incidence sur les niveaux de couverture réelle et le résultat social. Les soins de santé en fournissent une illustration flagrante: on peut montrer, en se fondant sur les statistiques de taux de mortalité de différents pays, qu'il existe une corrélation statistiquement significative entre le ratio des dépenses de santé à la charge des particuliers par rapport aux dépenses publiques de santé et divers indicateurs de mortalité (taux de mortalité adulte, taux de mortalité infantile et espérance de vie en bonne santé). Si les dépenses de santé des particuliers ne s'accompagnent pas de dépenses publiques de santé encore plus importantes (ce qui englobe les dépenses à la fois de l'Etat et des régimes de sécurité sociale), il faut s'attendre à un taux de mortalité plus élevé et à une espérance de vie en bonne santé plus courte dans la population. La même chose vaut pour les investissements dans des prestations en espèces assurant une sécurité du revenu dans la vieillesse ou en cas de handicap ou de chômage, etc.; il existe une forte corrélation entre les montants qu'investit un pays dans les prestations de sécurité sociale, d'une part, et la pauvreté et les autres indicateurs sociaux, d'autre part.

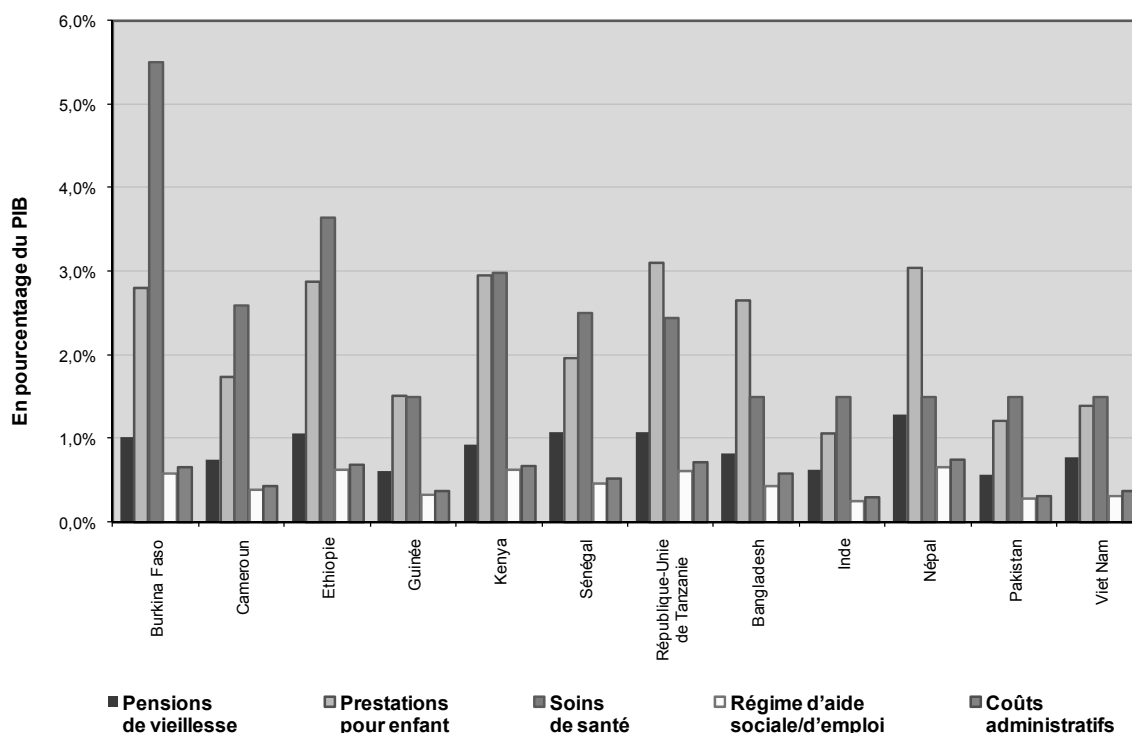
Des gens s'accrochent obstinément à l'idée, comme à une «évidence», en dehors de toute absence de preuve, et même en fait en présence de preuves du contraire, comme on l'indique ci-dessous, que les pays encore peu développés économiquement ne peuvent pas se permettre de mettre en œuvre des mesures progressives de sécurité sociale. Nombre de planificateurs en développement supposent tous simplement que de tels pays n'ont pas la marge de manœuvre budgétaire suffisante pour financer des prestations de sécurité sociale et que, par conséquent, la sécurité sociale est pour eux inabordable. Le fait qu'il s'agisse là d'une supposition, qui plus est erronée, devient de plus en plus clair à mesure que des éléments surgissent à l'appui de la thèse selon laquelle même les pays les plus pauvres peuvent se permettre un minimum de sécurité sociale, ainsi que l'indiquent les travaux récents de l'OIT sur les coûts d'un lot de sécurité sociale minimum en Afrique subsaharienne et en Asie.

L'OIT a récemment entrepris deux études sur les coûts (voir BIT, 2008c): une en Afrique et une autre Asie, qui fournissent une première estimation des coûts qu'aurait un lot hypothétique de protection sociale de base dans les pays à faible revenu, aujourd'hui et au cours des décennies à venir. Le lot retenu à titre indicatif comprenait, outre des prestations de base pour enfant, l'accès universel aux soins de santé essentiels, un régime



d'aide sociale ou d'emploi de cent jours pour les pauvres en âge de travailler ainsi qu'une pension de vieillesse et une pension d'invalidité de base universelles<sup>13</sup>. Il ressort des projections de ces études que le coût annuel brut initial de l'ensemble du lot de protection sociale de base (hors accès aux soins de santé élémentaires qui, dans une certaine mesure, sont déjà financés) devrait être compris entre 2,2 pour cent et 5,7 pour cent du PIB en 2010. Les composantes individuelles semblent encore plus abordables (voir graphique 2.3).

**Graphique 2.3. Coût des composantes du socle de protection sociale de base en pourcentage du PIB pour un échantillon de pays d'Afrique et d'Asie (2010)**

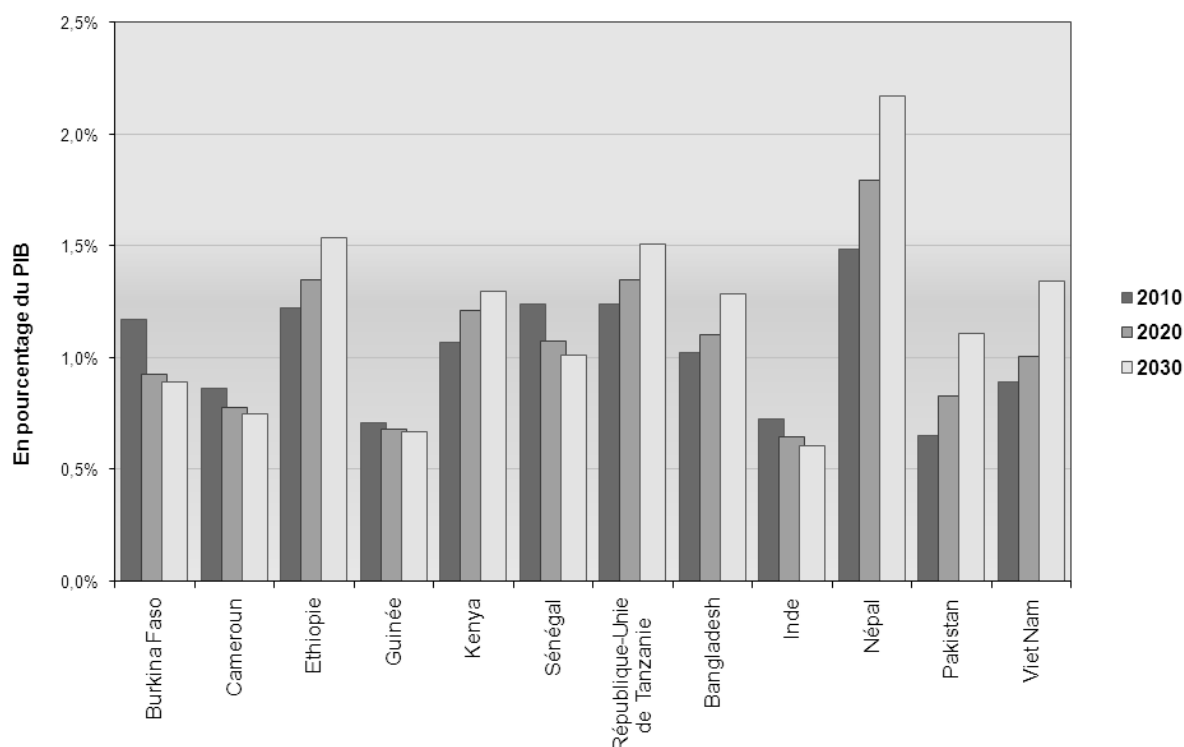


Source: BIT.

On estime qu'un système de pensions de vieillesse et d'invalidité universel coûterait en 2010 entre 0,6 pour cent et 1,5 pour cent du PIB annuel dans les pays considérés. Les coûts projetés pour 2010 ne dépassent pas 1,0 pour cent du PIB dans six des douze pays, tandis que le Burkina Faso, l'Ethiopie, le Kenya, le Népal, le Sénégal et la République-Unie de Tanzanie se retrouveraient avec des coûts oscillant entre 1,1 pour cent et 1,5 pour cent du PIB. Comme l'indique le graphique 2.4, le coût de telles pensions n'augmenterait que modérément d'ici à 2030, et ce en dépit du vieillissement.

<sup>13</sup> Hypothèses de la simulation: montant de la pension de vieillesse et d'invalidité établi à 30 pour cent du PIB par habitant, jusqu'à concurrence de 1 dollar E.-U. (en PPA) par jour (indexé sur l'inflation); pension servie à tous les hommes et à toutes les femmes de 65 ans et plus ainsi qu'aux personnes en âge de travailler atteintes d'un handicap grave (en supposant un taux d'ayants droit ainsi handicapés de 1 pour cent dans la population en âge de travailler, ce qui constitue une estimation très prudente); montant des prestations pour enfant fixé à 50 pour cent du montant des pensions; coût d'accès universel aux soins de santé essentiels calculé en fonction d'un ratio de main-d'œuvre de santé de 300 professionnels de la santé pour 100 000 habitants.

**Graphique 2.4. Coûts d'un système de pensions de vieillesse et d'invalidité en pourcentage du PIB pour un échantillon de pays d'Afrique et d'Asie (sélection d'années)**

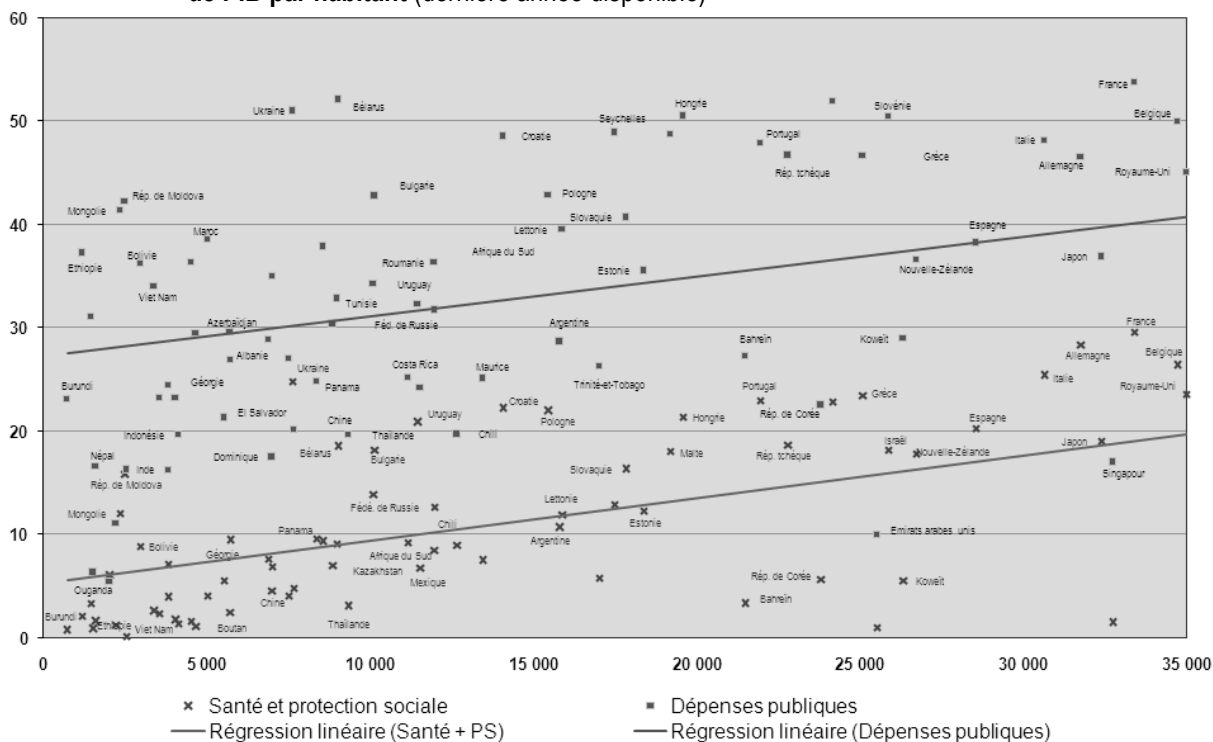


Source: BIT.

Un lot de protection sociale de base semble abordable mais, dans la plupart des cas, à condition d'être mis en œuvre graduellement. Dans certains cas, cela peut nécessiter, durant une période de transition, un effort conjoint de la part des pays à faible revenu et des donateurs internationaux. Il se peut que les pays à faible revenu soient en mesure de redéployer leurs ressources existantes, par exemple en augmentant la part des dépenses de protection sociale dans le total des dépenses publiques à 20 pour cent.

Evidemment, il existe quelques cas où il n'est pas facile d'augmenter la part des transferts sociaux dans le budget à très court terme. Il faut analyser chaque cas en détail. Cela dit, il ressort du graphique 2.5 que la marge de manœuvre financière permettant d'ajuster les politiques est plus large qu'on ne le suppose souvent. Le graphique montre la courbe des dépenses publiques nationales et celle des dépenses publiques de protection sociale et de santé (selon la définition du FMI), dépenses exprimées en pourcentage du PIB, en fonction du PIB par habitant: il en résulte deux droites de régression quasiment parallèles. Il est clair, en principe, que ces deux types de dépenses augmentent à mesure que le PIB par habitant augmente. Un fait est toutefois plus intéressant encore que les droites de régression elles-mêmes: le nuage correspondant aux différents niveaux de dépenses qui les entoure. Celui-ci indique que, à des niveaux similaires de PIB par habitant, les pays sont en mesure de choisir, avec une marge de manœuvre substantielle, le niveau de leurs dépenses publiques globales et, à l'intérieur de cette enveloppe, la portion des ressources publiques affectée aux dépenses sociales.

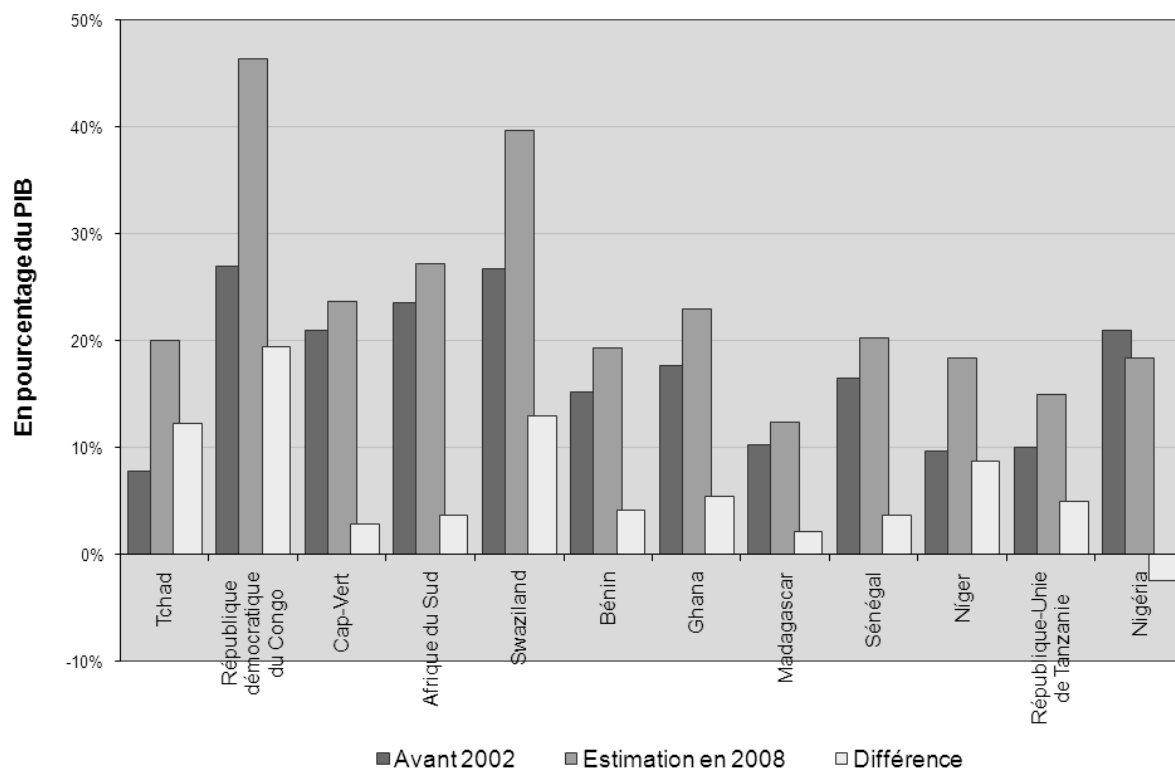
**Graphique 2.5. Total des dépenses publiques et des dépenses sociales à différents niveaux de PIB par habitant (dernière année disponible)**



Source: Government Finance Statistics du FMI (diverses années); UNDATA base de données (diverses années).

On en conclut que les décisions politiques concernant le financement des systèmes de sécurité sociale et les négociations visant à obtenir un consensus budgétaire de la part des différentes parties prenantes du portefeuille de dépenses sont propres à chaque pays. Il faut noter dans ce contexte que le revenu national en Afrique seule a augmenté d'environ 230 milliards de dollars E.-U. entre 2002 et 2007 (période de l'après-Monterrey). Rien qu'en Afrique subsaharienne, la part des recettes publiques en pourcentage du PIB a augmenté de 4 points de pourcentage entre 2002 et 2007 (voir graphique 2.6). A condition d'être placée suffisamment haut dans la hiérarchie des priorités politiques, l'introduction progressive d'un lot de prestations de sécurité sociale modestes en l'espace, disons, d'une dizaine d'années, se traduisant par un coût net de 4 pour cent du PIB environ, ne paraît pas irréalisable.

**Graphique 2.6. Hausse des recettes publiques dans un échantillon de pays africains**



Source: OCDE, Le financement du développement en Afrique: de Monterrey à Doha, oct. 2008.

Les résultats de microsimulations effectuées par l'OIT pour la République-Unie de Tanzanie et le Sénégal indiquent que l'introduction de prestations de vieillesse élémentaires en espèces peut avoir une incidence significative pour faire reculer la pauvreté. Gassman et Behrendt (2006) ont effectué des simulations pour estimer le coût d'un dispositif de pensions de vieillesse et d'invalidité dont le montant serait fixé à 70 pour cent de la ligne de pauvreté alimentaire par ayant droit individuel. Dans ces conditions, ils montrent qu'en République-Unie de Tanzanie, un régime universel de pension de vieillesse ferait diminuer le taux de pauvreté de 9 pour cent, l'effet étant encore nettement plus fort parmi les personnes âgées (36 pour cent) et parmi les individus vivant dans un ménage comprenant des personnes âgées (24 pour cent). De même, au Sénégal, on prévoit qu'un dispositif de pensions de vieillesse et d'invalidité aurait un effet plus prononcé pour les personnes âgées, particulièrement les femmes, et les membres de leur famille.

Plus convaincantes encore que les exercices théoriques sont les expériences de la vie réelle. Le monde en développement fournit de plus en plus d'éléments indiquant que certaines composantes des lots de sécurité sociale de base actuellement mis en œuvre sont abordables. Il existe de nombreuses façons de réaliser une couverture de sécurité sociale abordable dans le contexte d'un pays en développement, à titre de première étape dans une stratégie visant à élaborer une sécurité sociale nationale. Tandis que certains pays cherchent à étendre l'assurance sociale et à la combiner avec de l'aide sociale, d'autres subventionnent la participation des pauvres aux régimes d'assurance sociale généraux et d'autres encore s'efforcent d'établir des régimes universels ou conditionnels financés sur les recettes fiscales, appelés aussi régimes de transferts sociaux. Chaque méthode a ses avantages et ses problèmes et chacune d'elle est fonction de la «voie nationale», c'est-à-dire des évolutions antérieures et des valeurs du pays.

---

Les avancées actuelles les plus spectaculaires de la couverture de sécurité sociale dans le monde sont attribuables aux régimes de transferts sociaux. Quelque 30 pays mettent déjà en place avec succès des éléments de lots de sécurité sociale minimum grâce à des programmes de transferts sociaux. Par exemple, au Brésil, cela se fait par l'entremise du programme «Bolsa Família», au Mexique par le biais du dispositif «Oportunidades» et, en Afrique du Sud, en Namibie et au Népal, grâce à des systèmes de pension élémentaire financés sur les recettes fiscales (voir aussi Supplément B). Le programme «Bolsa Família» est considéré comme le plus gros régime de transferts sociaux du monde et il couvre actuellement quelque 46 millions de personnes pour un coût équivalant à environ 0,4 pour cent du PIB. L'Afrique du Sud a, de son côté, étendu considérablement la couverture assurée par son système d'allocations pour enfant, puisqu'il compte 4 millions d'ayants droit de plus qu'il y a dix ans. En Inde, le régime de garantie d'emploi rural de cent jours (NREGS) a été lancé dans tout le pays, tandis qu'une nouvelle loi étend la couverture de sécurité sociale de base à environ 300 millions de personnes qui, jusque-là, n'étaient pas couvertes. Mais même des pays bien plus pauvres mettent en œuvre des régimes de transferts en espèces (ou de prestations universelles). Le Népal étend actuellement la portée de son régime de retraite universel, avec pour objectif de ramener, avec le temps, l'âge de la retraite de 75 à 65 ans.

Les faits indiquent que, quasiment partout, il est possible de faire quelque chose.

La sécurité sociale représente un investissement dans l'«infrastructure humaine» du pays, qui n'est pas moins importante que son infrastructure physique. A un premier stade du développement économique, la priorité est, bien entendu, de mettre en place un niveau élémentaire d'infrastructure; les éléments de preuve invoqués ici attestent que chaque pays, essentiellement, peut se le permettre. C'est le message qui est au cœur du présent rapport. Il est toutefois important de garder à l'esprit que, à un stade ultérieur, on peut et il faut passer à un niveau supérieur, et la démarche qui caractérise l'OIT depuis longtemps par rapport à la sécurité sociale fournit le cadre pour le faire. A cet égard, les sections ultérieures du présent chapitre et du présent rapport montrent la marche à suivre.

Ainsi, il ressort des études et des expériences récentes que la réponse à la question «*Peut-on partout se permettre la sécurité sociale?*» est: «*Les pays ne peuvent tout simplement pas se permettre de ne pas faire un tel investissement*».

## **2.5. Défis stratégiques**

La mise en œuvre du concept stratégique de sécurité sociale en tant qu'escalier doit résoudre un certain nombre de difficultés essentielles. Voici les plus importants de ces défis:

### ***Combiner protection efficace et flexibilité organisationnelle***

Le concept de «garanties sociales», tout en protégeant les droits élémentaires dont tous devraient jouir, permet une flexibilité dans l'organisation en reconnaissant implicitement qu'il n'existe pas de méthode de type «prêt-à-porter» pour organiser la réalisation des droits à la sécurité sociale, élémentaires ou d'un niveau plus élevé.

On a déjà fait remarquer qu'il existe maintes façons de réaliser un tel ensemble de garanties de sécurité sociale élémentaires à titre de première étape dans une stratégie d'élaboration d'une sécurité sociale nationale, que ce soit l'extension de l'assurance sociale en combinaison avec de l'aide sociale, le subventionnement de la participation des pauvres à la couverture d'assurance sociale ou la mise en place de régimes universels financés sur les recettes fiscales. D'autres pays commenceront par des régimes locaux

---

subventionnés qui cherchent à atteindre le secteur informel. Chaque démarche a ses avantages et ses problèmes et nombre de pays adoptent une stratégie mixte, ce qui souligne le caractère spécifique à chaque pays et l'importance de la «voie nationale» en matière de développement, compte tenu des expériences passées et des valeurs du pays.

Ce qui compte, en fin de compte, c'est que tous les gens aient accès à un niveau élémentaire de prestations de sécurité sociale, qu'elles soient organisées selon un dispositif d'aide sociale ou soumises à conditions et qu'elles prennent la forme de prestations universelles financées sur les recettes fiscales ou de prestations contractuelles fondées sur le versement de cotisations. La notion de garantie d'accès aux prestations de sécurité sociale est ainsi un concept englobant qui recouvre les transferts de revenu en espèces ou en nature, versés au titre de l'aide sociale ou servis selon des principes de sécurité sociale. Dans ce cadre, on peut considérer les myriades de questions de nature technique comme relevant du second plan, le résultat des stratégies de sécurité sociale nationales étant ce qui compte avant tout, plutôt que la façon dont les pays choisissent de parvenir à un tel résultat. Le point commun à toutes les approches, c'est le rôle central de l'Etat. Toutes les garanties élémentaires exigeront le financement ou du moins, un cofinancement substantiel de la part de l'Etat. Cela se justifie, puisqu'il est clair que la protection des populations contre la pauvreté constitue une obligation de la société tout entière.

### ***Assurer la cohérence de l'architecture du système national de sécurité sociale***

Défi stratégique supplémentaire: réaliser un système de sécurité sociale global interactif et cohérent, comprenant un certain nombre de niveaux, de piliers et de sous-systèmes, qui assure une couverture universelle de la population, fasse reculer efficacement la pauvreté et l'insécurité et atteigne à l'efficacité en évitant les chevauchements entre des droits multiples et les incitations contradictoires qui sont sources de surconsommation ou de dépendance excessive.

Dans le contexte du présent cadre stratégique, la première question à régler est celle-ci: les régimes de garanties élémentaires sont-ils compatibles avec des systèmes de prestations d'un niveau plus élevé, tels que les régimes d'assurance sociale, et est-il possible de combiner ces régimes avec efficacité et efficacie? En principe, la réponse est «oui». Cela fait des dizaines d'années qu'il existe des combinaisons de régimes d'assurance sociale avec des régimes d'aide sociale ou des combinaisons de régimes de prestations universelles avec des systèmes de prestations d'un niveau plus élevé ou obéissant au principe d'assurance. Les exemples abondent dans le monde, sous la forme de systèmes de retraite ou de soins de santé.

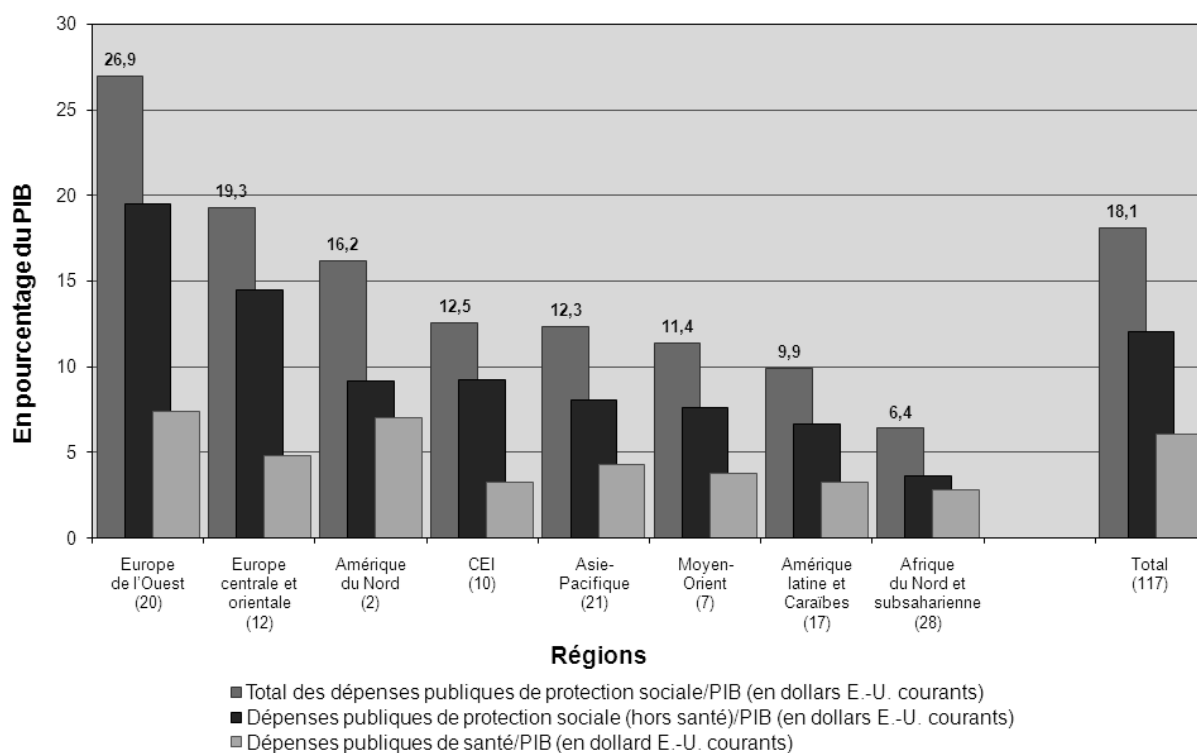
Toutefois, il n'est pas nécessairement facile d'assurer efficacité et cohérence. Pour concevoir l'architecture générale, il faut par exemple tenir compte du risque que les incitations créées au titre d'un sous-système aboutissent à des inefficiences dans un autre. L'existence de pensions d'aide sociale soumises à condition de ressources, par exemple, peut aisément dissuader un groupe important de travailleurs à faible revenu de cotiser à un régime d'assurance sociale retraite. Une pension universelle à taux uniforme servie à tous éviterait de tels effets dissuasifs puisque les gens seraient autorisés à cumuler des prestations de deux ou plusieurs sources plutôt que de voir le montant de leur pension d'assurance sociale réduit du montant de leurs droits à une pension universelle et vice versa.

## Créer la marge budgétaire nécessaire

En moyenne, dans le monde, les pays consacrent 18,1 pour cent de leur PIB à la sécurité sociale (graphique 2.7). Toutefois, si on calcule une moyenne mondiale pondérée par la population respective des différents pays, on constate que, au point de vue du résident «moyen» de la planète, seuls 8,6 pour cent du PIB sont consacrés aux prestations de sécurité sociale sous forme de transferts en espèces ou en nature (voir graphique 2.8). Les chiffres par pays varient grandement selon la région du monde concernée et selon le niveau de revenu national. Tandis que les résidents européens peuvent voir entre 20 pour cent et 30 pour cent du PIB de leur pays investis dans leur sécurité sociale, en Afrique, seuls 4 pour cent à 6 pour cent du PIB sont consacrés aux prestations de sécurité sociale, parmi lesquelles les sommes consacrées aux soins de santé pèsent plus lourd que la sécurité du revenu.

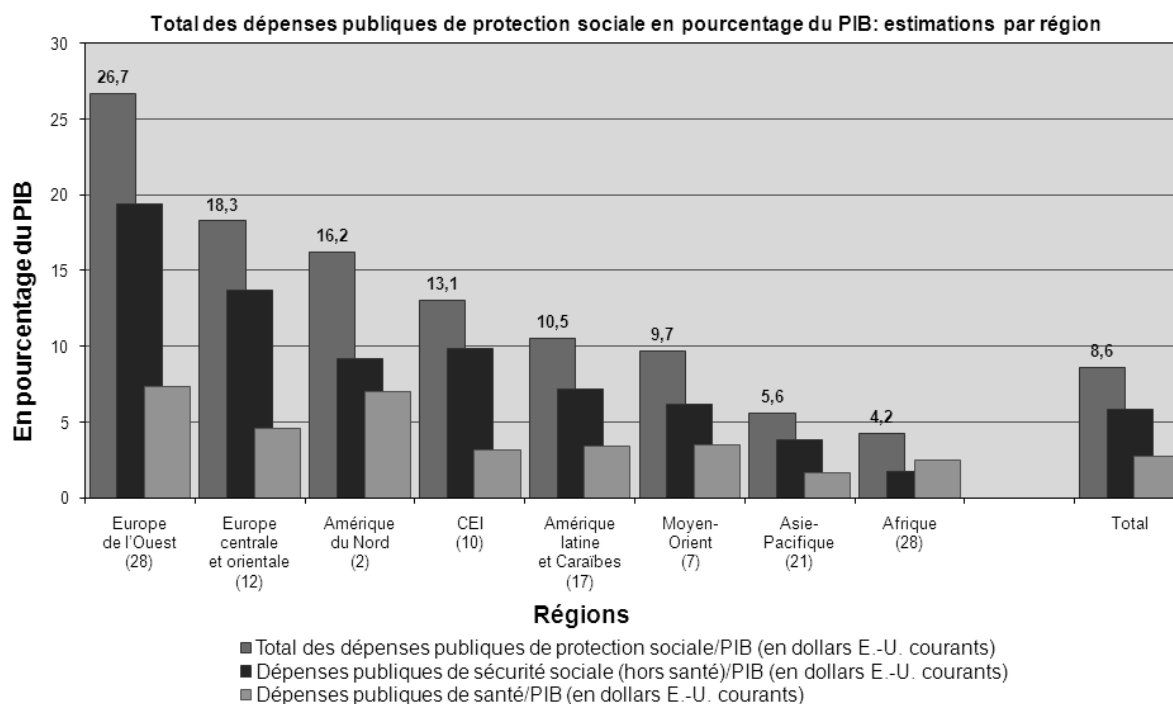
**Graphique 2.7. Total des dépenses sociales publiques en pourcentage du PIB**

(estimations par région, pondérées par les PIB nationaux, dernière année disponible entre 2002-2007)



Source: Social Security Database du BIT.

**Graphique 2.8. Total des dépenses sociales publiques en pourcentage du PIB**  
(estimations par région, pondérées par les populations nationales, dernière année disponible entre 2002-2007)



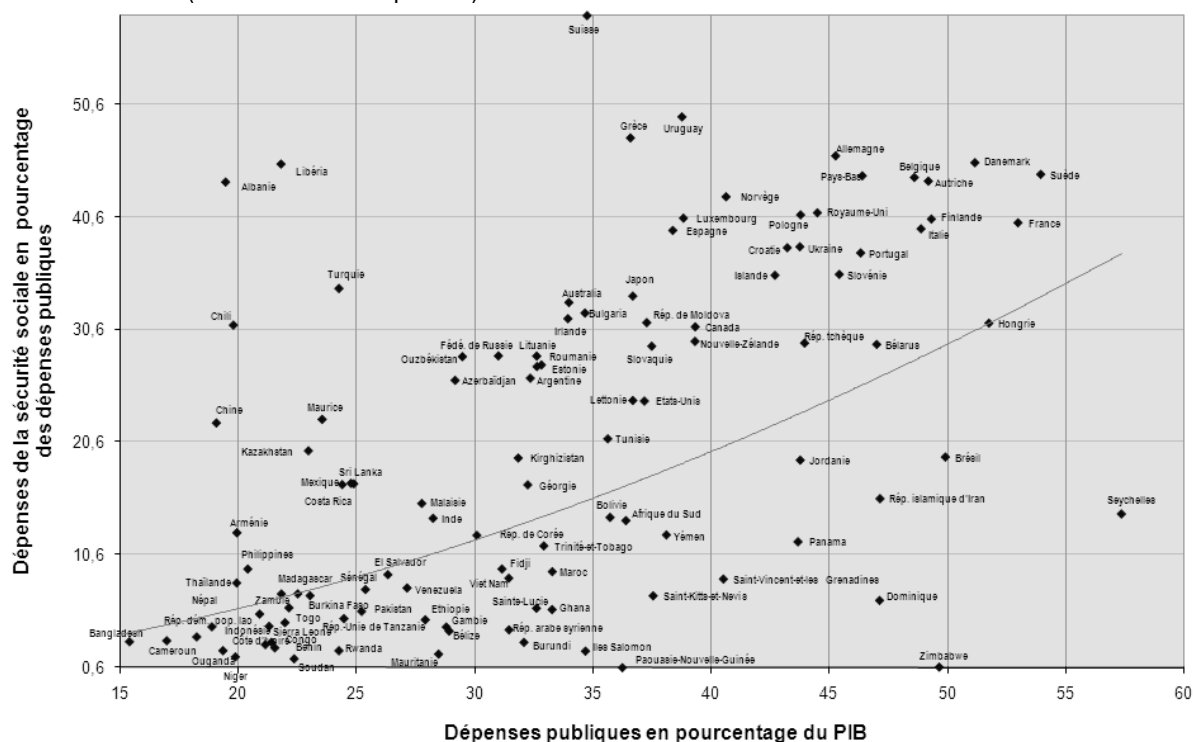
Source: Social Security Database du BIT.

Les pays à fort revenu dépensent en général davantage, en proportion de l'ensemble de leurs ressources disponibles, que les pays à faible revenu. La sécurité sociale ne devrait pas pour autant être perçue comme un luxe. Elle est également abordable pour les pays à faible revenu ou pour les pays où l'Etat est relativement «petit» en termes de ressources disponibles. Il ressort clairement du graphique 2.9 que des pays affichant des niveaux de dépenses publiques identiques, en proportion de leurs PIB respectifs, consacrent une proportion très variable de leurs ressources disponibles à la sécurité sociale. La part consacrée à la sécurité sociale ne dépend pas nécessairement, en fait, de la richesse du pays. Dans une large mesure, elle dépend de la volonté politique dominante, laquelle définit effectivement la marge budgétaire disponible. Si l'on veut maximiser la marge budgétaire, il se peut qu'il faille, tout impopulaires que sont de telles mesures, prêter une attention particulière à l'efficacité du mécanisme national de recouvrement des impôts et des cotisations. Sans machine solide de recouvrement des recettes, il n'est possible de redistribuer aucun revenu. La difficulté d'accroître la marge budgétaire prend des formes différentes selon les pays. Toutefois, on peut se servir de la liste de contrôle suivante pour orienter la stratégie nationale:

1. Réformes fiscales permettant d'accroître les ressources budgétaires, notamment grâce au renforcement de l'efficacité et de l'efficacité du recouvrement des impôts.
2. Augmentation graduelle des dépenses sociales en proportion du PIB et en proportion des dépenses totales.
3. Redistribution entre les différents champs de politiques sociales afin de réorienter les dépenses vers les besoins les plus urgents.
4. Réorienter les dépenses au sein d'un même secteur de la sécurité sociale ou d'un même champ de politique sociale afin d'augmenter la progressivité et l'efficacité des dépenses dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité.



**Graphique 2.9. Dimension de l'Etat et part des dépenses publiques affectées à la sécurité sociale (dernière année disponible)**



Source: Government Finance Statistics du FMI (diverses années).

### **Définir le soutien de l'OIT** <sup>14</sup>

Pour sa campagne en faveur de l'extension de la sécurité sociale à tous, l'OIT a adopté une stratégie à quatre volets délibérément interactive et sollicitant et incorporant tous les domaines d'activité de l'OIT. Cette stratégie se veut une réponse aux besoins exprimés par les mandants de l'OIT et elle s'inscrit dans le débat sur les nouvelles politiques du développement, où la sécurité sociale a pris une place de premier plan. *Premier volet: la production, la gestion et la diffusion des connaissances.* La condition préalable essentielle pour être en mesure d'élaborer des politiques, de dispenser des conseils techniques et de renforcer les capacités réside dans la production de connaissances et la capacité de les mettre en commun. Cet aspect de la stratégie recouvre la collecte et l'analyse de données statistiques, l'échange de données d'expérience aux niveaux national et international, par le biais de recherches et le partage des connaissances via Internet, ainsi que la mise au point de nouveaux outils techniques propres à faciliter la formulation des politiques nationales. *Deuxième volet: l'élaboration de politiques,* ce qui comprend l'ensemble des activités qui aident la communauté internationale et les mandants nationaux à élaborer des stratégies de sécurité sociale. *Troisième volet: la coopération technique,* qui consiste à fournir des conseils techniques directs aux mandants. Le BIT peut à tout moment donner des avis techniques concrets ou mener des projets de coopération technique à long terme ayant une incidence directe sur l'extension de la couverture sociale dans environ 30 pays sur tous les continents. *Quatrième volet: le renforcement des capacités,* qui constitue une des conditions nécessaires à la planification, à la mise en

<sup>14</sup> Cette section s'appuie sur le document de l'OIT GB.303/ESP/3, *Les normes de sécurité sociale et la campagne de l'OIT en faveur de l'extension de la sécurité sociale*, Commission de l'emploi et de la politique sociale, Conseil d'administration, Genève, nov. 2008.

---

œuvre et à la gestion des politiques de sécurité sociale. Au fil des programmes et budgets consécutifs, le BIT a investi des sommes non négligeables dans ce domaine en compilant une base de savoir et en menant des activités de formation, qui ont jeté les bases d'une initiative à grande échelle visant à améliorer la formation quantitative des administrateurs et planificateurs dans les pays en développement.

La base fondamentale de tous les moyens d'action dont dispose l'OIT demeure sa capacité normalisatrice. Ce sont ses normes qui confèrent autorité et légitimité à ses activités de conseil et de coopération techniques et déterminent ses orientations fondamentales. Sa propre légitimité repose d'ailleurs sur un consensus tripartite mondial. Le processus d'élaboration de nouvelles normes de sécurité sociale est toutefois plutôt dormant depuis environ vingt ans. En 2007, l'OIT a produit une analyse des «normes» servant d'assise au nouveau paradigme général de la Campagne mondiale. On peut résumer les principales conclusions auxquelles est parvenu l'OIT dans ce document<sup>15</sup> comme suit:

- a) La convention n° 102, en tant que convention phare de l'OIT sur la sécurité sociale, comprend une définition internationalement reconnue des principes de la sécurité sociale et a été reconnue comme un symbole de progrès social. Elle joue un rôle essentiel dans la définition du droit à la sécurité sociale dans le cadre des textes internationaux sur les droits de l'homme et a été, à l'heure actuelle, ratifiée par 45 pays (31 en Europe, huit en Amérique latine, y compris la ratification très récente du Brésil, cinq en Afrique et un en Asie (le Japon)). Cette convention, avec d'autres conventions mises à jour relatives à la sécurité sociale, a eu, et continue d'avoir, un impact positif sur le développement des régimes de sécurité sociale dans la plupart des pays du monde et sert de modèles pour des textes régionaux et pour les législations nationales. Il demeure ainsi un instrument valide pour le «volet vertical» de l'extension de la couverture.
- b) Toutefois, les conventions mises à jour relatives à la sécurité sociale, y compris la convention n° 102, montrent des limites pour ce qui est d'assurer un lot minimum de prestations défini. En particulier, elles ne définissent pas de prestations prioritaires et elles n'exigent pas de couverture universelle. Il faudrait donc envisager l'élaboration d'un mécanisme d'«*extension verticale de la couverture*» qui puisse fournir des lignes directrices supplémentaires aux pays pour l'établissement d'un lot de garanties élémentaires correspondant à un socle social, conformément au mandat constitutionnel de l'OIT.

<sup>15</sup> BIT: *Etablir des normes de sécurité sociale dans une société mondialisée: Une analyse de la situation et de la pratique présentes, ainsi que des options futures pour l'établissement par l'Organisation internationale du Travail d'une norme de sécurité sociale globale*. Document de politique de sécurité sociale. Document 2 (Genève, 2008).

---

Dans son document, le BIT identifie un éventail d'options susceptibles de renforcer la légitimité de la stratégie de la campagne: cela va d'une nouvelle stratégie pour promouvoir les normes existantes à des mécanismes supplémentaires pour faire avancer efficacement le droit de l'homme universel à un lot minimum de prestations de sécurité sociale. On peut résumer ces propositions sous la forme de quatre options élémentaires:

- **Option 1:** *Concevoir une stratégie permettant de faire progresser la ratification et l'application graduelle des normes existantes dans le but d'étendre à tous la sécurité sociale.*
- **Option 2:** *Elaborer un nouveau texte de droit social autonome (convention ou recommandation) prévoyant un droit universel à un ensemble minimum de garanties de sécurité sociale pour tous ceux qui en ont besoin (convention ou recommandation concernant l'aide sociale).*
- **Option 3:** *Elaborer un nouveau texte lié à la convention n° 102 (protocole) et prévoyant un droit universel à un ensemble minimum de garanties de sécurité sociale pour tous.*
- **Option 4:** *Elaborer un mécanisme global non contraignant (cadre multilatéral) définissant des principes de sécurité sociale essentiels ainsi que les éléments d'un ensemble minimal de garanties élémentaires de sécurité sociale.*

La combinaison de deux ou plus de ces options peut constituer encore d'autres possibilités. On trouvera des détails complémentaires au Supplément C.

### 3. Quelles politiques adopter: options concrètes et questions de conception de politiques

Un survol des programmes et des régimes de sécurité sociale dans le monde indique que plus de 30 pays en développement ont déjà mis en œuvre tout un éventail de programmes qui partagent en gros la logique sous-jacente à l'ensemble de garanties de base préconisé par l'OIT. En général, il est clair que les pays à moyen revenu sont plus avancés dans ce domaine, un nombre grandissant de programmes à grande échelle y ayant fait leur apparition ces dix dernières années.

L'OIT a compilé sous la forme d'une «méta-étude» les résultats d'environ 80 études individuelles portant sur les nouveaux programmes de transferts en espèces qui ont surgi dans une trentaine de pays dans le monde, surtout des pays en développement, et qui présentent déjà les éléments d'un socle de transferts sociaux. Des observations supplémentaires tirées de ces études individuelles sont présentées au Supplément B – de la partie B – du présent rapport. Ces régimes et ces programmes profitent déjà à un nombre d'ayants droit compris entre 150 et 200 millions (sans compter l'effet des nouvelles dispositions de sécurité sociale destinées au secteur informel en Inde). Les études de l'OIT et d'autres études consacrées aux régimes de transferts sociaux en vigueur aboutissent à la conclusion qu'ils ont en général une incidence positive en matière de pauvreté, de santé et de nutrition, de statut social des bénéficiaires, notamment des femmes, d'activité économique et d'investissement de la part de petits entrepreneurs, en particulier dans l'agriculture, et qu'ils n'ont pas eu d'effet contraire significatif sur la participation des populations pauvres qu'ils servent au marché du travail. Le tableau 3.1 présente dans les grandes lignes une évaluation des impacts des divers régimes de transferts en espèces.

Tableau 3.1. Synthèse de l'effet des régimes de transferts sociaux en vigueur dans 30 pays

Critères	Nombre d'études concluant à un effet		
	positif	mineur ou neutre	négatif
Effets sur le revenu			
– pauvreté	46	9	–
– inégalité	5	1	–
Santé/nutrition	25	1	–
Instruction			
– scolarisation	30	–	–
– qualité	9	5	–
Emploi et travail			
– participation au marché du travail	9	5	3
– travail des enfants	12	3	
Activité d'entrepreneur/ investissement productif	40	5	–
Statut social et liens sociaux	23	1	2
Egalité entre hommes et femmes	13	4	–

Source: OIT.

Outre les effets immensément positifs des transferts en espèces, les chercheurs qui ont analysé les effets économiques des régimes de transferts en espèces ont constaté qu'ils avaient pour effet positif de stimuler la fibre entrepreneuriale des familles bénéficiaires. Nombre de familles avaient utilisé une partie du transfert en espèces pour investir dans des

activités agricoles à petite échelle, y compris l'achat de bétail. Ainsi, ces familles ont cherché à créer des sources de revenus qui pourraient également leur offrir un certain degré de protection contre les chocs économiques futurs, en particulier les crises liées au prix des denrées alimentaires. En Namibie, par exemple, les pensions universelles de vieillesse et d'invalidité ont stimulé les marchés de biens et services produits localement. Dans les pays en développement – tout comme dans les pays développés – les transferts sociaux ont démontré leur capacité à jouer le rôle de stabilisateurs économiques.

Dans la partie B – du présent rapport –, le Supplément B contient la description de toute une série de programmes appartenant à un éventail de pays. Faisons observer ici que leur impact est généralement encourageant et qu'ils produisent de nombreux résultats désirables, notamment en matière de nutrition, de santé, d'instruction, de lutte contre la pauvreté et les inégalités, d'amélioration des compétences et de création de possibilités.

Il existe toute une série d'exemples qui montrent que les pays à faible revenu peuvent améliorer efficacement leur taux de couverture dans un délai relativement bref. Même s'il est clair que le lien est très fort entre le niveau de revenu et la structure du marché du travail d'un pays, d'une part, et le niveau général de couverture obtenu, d'autre part, il est assurément possible pour les pays de réaliser des progrès avec une rapidité remarquable, comme le montre par exemple le taux de couverture atteint en Corée par la protection sociale de santé et les services de soins y afférents (voir le tableau 3.2 ainsi que l'analyse approfondie au Supplément B).

**Tableau 3.2. Il est possible d'accélérer l'extension de la couverture des soins de santé**

Pays	Années	Population couverte (en pourcentage)	PIB/habitant en dollars E.-U.
France	1921	22,9	
	1980	99,3	12 742
	2000	99,8	21 884
Royaume-Uni	1921	35,2	
	1980	100	9 524
	2000	100	23 954
République de Corée	1921	–	
	1980	29,8	1 632
	2000	100	9 671

Source: Extrait du document BIT (2008d) p. 20.

Un examen des pratiques actuelles fait également ressortir la diversité des modes de conception et d'administration des prestations. En fait, il existe maintes façons de réaliser l'ensemble des garanties élémentaires de sécurité sociale. En ce qui concerne les soins de santé, dans la plupart des pays examinés, plusieurs régimes (assurance sociale/nationale, régimes financés sur les recettes fiscales, bons de soins, etc.) coexistent. Ces programmes sont par ailleurs plus ou moins intégrés avec d'autres types de politiques publiques tels que l'accès aux services sociaux de base ou à l'emploi. Même si la responsabilité globale d'assurer des prestations adéquates relève habituellement de l'Etat, la fourniture de ces prestations peut être effectuée par des instances du secteur public ou du secteur privé (à but lucratif ou non) et ce, avec divers degrés de décentralisation. Chaque méthode a ses avantages et ses problèmes et, comme on l'a fait remarquer au chapitre 2, chacune sera fonction de la voie historique nationale. Dans tous les cas, la conception et le mode de fourniture des prestations devraient être ajustés aux capacités (par exemple, capacités contributives) et aux besoins des ayants droit. Ce qui compte finalement, c'est que tous les

---

gens aient accès aux garanties de base. C'est le résultat des stratégies nationales de sécurité sociale qui importe, pas la façon dont les pays y parviennent.

Les nouveaux régimes, qui ont poussé comme des champignons partout dans le monde, témoignent de l'apparition d'un consensus sur l'importance qu'il y a à étendre la couverture de sécurité sociale à tous, quel que soit le stade de développement du pays. C'est un progrès significatif en direction de la réalisation du droit de l'homme que constitue la sécurité sociale. Il semble que ce progrès reflète une meilleure reconnaissance de la contribution de la sécurité sociale à la lutte contre la pauvreté et au développement humain. La sécurité du revenu et l'accès aux soins de santé sont au cœur de la protection offerte par ces régimes.

Tandis que la nécessité de garantir à tous l'accès à la sécurité du revenu et aux soins de santé essentiels – la réponse à la question «pourquoi» procurer la sécurité sociale à tous? – fait de plus en plus consensus, un débat substantiel est désormais bien engagé sur la question de savoir «comment» fournir ces prestations d'une façon efficace et efficiente. Dans les sections suivantes, on présente quelques-unes des questions de politiques qui sont au cœur d'un tel débat, en passant en revue quelques-uns des arguments des parties opposées, même si un examen poussé de ceux-ci dépasse le cadre du présent document. Il importe toutefois de répéter que les modes de mise en œuvre possibles d'un ensemble de garanties de sécurité sociale élémentaires sont très variés. Dans la présente partie, les débats sur la sécurité du revenu sont essentiellement axés sur les prestations non contributives puisque ce sont elles qui émergent comme étant à la base des transferts en espèces et des autres régimes «nouveaux» dans les pays en développement.

### **3.1. Problèmes d'accès aux soins de santé**

#### **a) Ensemble de prestations de soins de santé**

Avant de présenter des éléments du débat international concernant l'ensemble de prestations de soins de santé, il est utile de se référer aux indications fournies par les conventions pertinentes de l'OIT.

La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, de l'OIT précise que les prestations de soins de santé devraient couvrir l'ensemble des services «de caractère préventif ou curatif» relatifs à «tout état morbide quelle qu'en soit la cause, la grossesse, l'accouchement et leurs suites». En détail, cela signifie que les prestations «doivent comprendre au moins»: les soins de praticiens de médecine générale, les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées, la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels, l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire et, en cas de grossesse et d'accouchement, les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals ainsi que l'hospitalisation, lorsqu'elle est nécessaire. Ces prestations devraient être fournies, financées et organisées de façon à éviter toute charge (économique) trop lourde aux ayants droit.

La convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, dispose que «le besoin de soins médicaux de caractère curatif et, dans des conditions prescrites, le besoin de soins médicaux de caractère préventif» doivent être garantis et «tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels». Elle appelle les membres de l'OIT à assumer leur «responsabilité générale en ce qui concerne le service des prestations attribuées en application de la présente convention» et leur impose de «prendre toutes mesures utiles à cet effet».

---

Même les lots de prestations les plus élémentaires visant à garantir l'accès aux soins de santé doivent être conçus dans une perspective d'équité et de caractère abordable et assurer à la fois un accès réel à des soins de santé adéquats (et pas seulement une couverture juridique) et une protection financière. Cela dit, l'atteinte de ces objectifs rencontre des obstacles à trois niveaux:

- *Le niveau de l'individu ou du ménage.* Les besoins et les priorités en matière de soins de santé varient selon le poids de la maladie, la pauvreté ou la vulnérabilité, l'âge, le sexe, le groupe ethnique, l'emploi et le lieu de résidence.
- *Le niveau du système ou du régime.* L'accès est fonction de la disponibilité de services de qualité. On peut observer dans de nombreux pays de fortes inégalités découlant de la disponibilité concrète des services, de la densité de la présence de professionnels de la santé compétents, de la qualité et de l'étendue des services ainsi que des lacunes de la protection financière. Qui plus est, le service des prestations de santé requiert l'introduction de mécanismes d'achats favorisant la sensibilité aux besoins et la qualité.
- *Le niveau mondial.* Certaines interventions sanitaires peuvent être considérées comme des biens publics mondiaux<sup>1</sup>. L'action internationale entreprise dans ce domaine aura une incidence sur les priorités au niveau national et peut soulever des questions d'allocation des ressources, compte tenu du fossé qui sépare, en termes de situation sanitaire et de morbidité, les pays à faible, à moyen et à haut revenu. Le Programme international de développement, tel qu'il se reflète notamment dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) relatifs à la santé, exerce également une forte influence sur l'allocation des ressources et l'ordre de priorités établi à l'échelon national.

Qui plus est, il importe d'être conscient que la protection sociale de la santé correspond à un secteur de l'économie. D'un côté, ce secteur recèle un potentiel important pour agir sur le lien entre mauvaise santé et pauvreté, en favorisant un meilleur état de santé, avec les impacts positifs que cela peut avoir pour atténuer la pauvreté. D'un autre côté, il importe de tenir compte des intérêts présents dans le secteur de la santé et, notamment, de les soupeser pour élaborer des stratégies nationales de protection sociale de la santé, en considérant notamment les effets sur le marché du travail et les questions liées au développement économique du secteur de la santé.

Une méthode possible pour s'attaquer aux obstacles qui barrent l'accès aux soins de santé consiste à définir un lot de prestations «essentielles». En 2007, sur 69 pays à faible et moyen revenu, 55 avaient adopté une telle stratégie<sup>2</sup>. Les prestations servies par l'entremise des régimes de protection de la santé ont été modifiées dans une perspective d'équité, d'efficacité et afin de régler les contradictions inhérentes à l'opposition entre les démarches universalistes, d'une part, et le ciblage des pauvres, le rationnement des soins et la qualité, d'autre part. Cela dit, nombre de réformes ont abouti dans les faits à limiter l'accès à des soins de santé pleinement adéquats, accès qui devrait être l'objectif essentiel si l'on veut répondre aux priorités sanitaires mondiales comme celles qui sont inscrites dans les OMD concernant les soins de santé de la mère et de l'enfant; elles ne se sont pas non plus adaptées aux évolutions démographiques et épidémiologiques, aux besoins ni aux

<sup>1</sup> Par exemple, celles visant à éliminer certaines maladies contagieuses transfrontalières.

<sup>2</sup> OMS: Rapport sur la santé dans le monde 2008, Les soins de santé primaires: maintenant plus que jamais (Genève, 2008, p. 29).

---

perceptions, ce qui a entraîné des inefficiences dans la fourniture des services<sup>3</sup>. Les pays qui ont réussi sont ceux qui ont adopté des démarches intégrées, sans limiter les prestations à des interventions à faible coût ou très élémentaires<sup>4</sup>.

Définir le contenu du lot de prestations selon les priorités sanitaires n'est pas suffisant; les questions de mise en œuvre ont également leur importance. Le succès de la mise en œuvre d'un lot de prestations essentielles, tant au niveau des systèmes qu'au niveau mondial, dans la perspective d'atteindre les objectifs globaux de la protection sociale de la santé, suppose un certain nombre de préalables, notamment:

- Au niveau du système de santé:
  - la création d'une marge budgétaire et la génération de fonds au sein du pays afin d'avoir des ressources suffisantes à affecter, tant dans les zones rurales qu'urbaines, et de renforcer le système financier dans son ensemble;
  - un renforcement du côté de la demande, dans une perspective de responsabilisation des pauvres et des vulnérables, par exemple par la fourniture de bons de soins, de prestations conditionnelles en espèces et le recours aux tiers-payants;
  - l'établissement des montants de cotisations selon les capacités de paiement;
  - l'utilisation de l'ensemble des mécanismes – pluriels – en vigueur pour le financement de la santé, d'une façon coordonnée qui permette de combler les lacunes de la couverture et d'assurer un accès universel aux services de santé. Parmi les possibilités, mentionnons la création de liens entre, par exemple, les systèmes nationaux de santé, les régimes sociaux et les régimes locaux. De plus, l'efficacité du service devrait être officialisée grâce à une définition claire des responsabilités des différents niveaux de prestataires de soins, des procédures de demandes de remboursement, etc.
  - l'ouverture ou le maintien d'un dialogue social et national et de la participation, ainsi que la diffusion d'informations dans le but de responsabiliser différents groupes de la société civile;
  - un soutien à l'amélioration de la qualité, par exemple par une stratégie d'approvisionnement, la gestion de la qualité, une formation appropriée et des conditions de travail décentes pour les professionnels de la santé, un suivi de la performance des prestataires et un réexamen régulier du lot de prestations.
- Au niveau mondial, campagnes de sensibilisation, harmonisation des fonds des donateurs et de la coopération technique et des activités de formation dans la perspective de démarches coordonnées et que s'approprie chaque pays, telles que le programme «Un seul ONU», l'initiative «Providing for Health» ou encore l'«International Health Partnership» (IHP+).

<sup>3</sup> *Ibid.*

<sup>4</sup> BIT, *Extending social health protection in the Asia-Pacific Region: Progress and challenges. Asia-Pacific Regional Highlevel meeting on socially inclusive strategies to extend social security coverage*, New Delhi, 19 et 20 mai 2008.



---

**b) Financement des systèmes de santé, protection financière et interventions ciblées**

L'accès de tous à des soins de santé adéquats et abordables demeure un problème essentiel dans nombre de pays pauvres; cela dit, un tel accès devient également de plus en plus problématique dans les pays à haut revenu où les tendances démographiques, la hausse des coûts, les contraintes financières des budgets publics et les considérations économiques ayant trait à la compétitivité internationale font de la réforme de la protection sociale de la santé une priorité politique. Le trait dominant du financement dans le monde réside dans le fait que la part des recettes fiscales/des impôts dans le financement total est, en général, nettement supérieure à celle du financement par cotisations ou par primes. Toutefois, la part *globale* des dépenses de santé assumée par le financement publique et la part, tant du PIB que du total des dépenses de santé représentée par les dépenses *sociales* de protection de la santé, sont très faibles. Il en résulte que la solidarité du financement, exprimée par la mutualisation des risques, est limitée et que l'importance de la part privée dans le financement de la santé (le patient payant les soins de sa poche) transfère le poids des dépenses de santé aux ménages, et il en résulte une pauvreté liée à la santé.

L'obligation pour l'utilisateur de payer les soins de sa poche, souvent sous la forme de frais payables au point de service, s'est avéré l'un des facteurs les plus désastreux pour ce qui est d'acculer les gens à la pauvreté. En conséquence, de nombreux pays procèdent actuellement à la mise en place d'une protection sociale de la santé ou à son extension, en utilisant des régimes fondés sur des services prépayés, assortis d'une exemption de cotisation pour les pauvres et les plus nécessiteux.

Une tendance est clairement apparue au cours des dix dernières années: l'utilisation de systèmes pluriels de financement de la santé, faisant généralement appel à diverses sources de financement simultanées pour financer différents mécanismes de protection sociale de la santé. Ces mécanismes comprennent les services de santé nationaux et publics, les assurances-maladie nationales, les assurances-maladie sociales, les assurances-maladie locales et des formes d'assurances-maladie privées. A un point de vue systémique, les frontières entre assurances sociales fondées sur les cotisations, systèmes de santé nationaux financés sur les recettes fiscales et dispositifs «informels» comme les assurances-maladie locales deviennent de plus en plus floues. Les éléments fondés sur les cotisations pour certains groupes ou certains types de services s'accompagnent de plus en plus d'éléments financés sur les recettes fiscales. Le choix du système se fait sur la base des besoins et d'une évaluation des ressources. Cette méthode permet aux gouvernements de choisir les mécanismes les plus efficaces et les plus efficaces compte tenu d'objectifs comme le ciblage, la génération de revenus, la marge budgétaire, la solidarité et les effets sur le marché du travail et la situation macroéconomique globale.

Ces faits récents ont coïncidé avec une large diffusion de l'idée qu'il fallait réaliser l'accès universel aux services de santé le plus vite possible. Les mécanismes de financement correspondants sont considérés comme complémentaires à tous les stades de développement. Cela dit, il existe encore une marge d'amélioration importante au niveau de la coordination des régimes.

Une méthode s'est révélée fructueuse pour étendre la couverture de protection sociale de la santé: elle consiste à œuvrer à l'équité en matière d'accès aux services de santé grâce à la fourniture de lots de prestations qui sont abordables et répondent spécifiquement à des besoins et à des attentes de la population. A leur niveau, les pays ont nettement de plus en plus tendance à introduire des lots de prestations ciblées servies aux plus vulnérables, y compris les plus pauvres. Il peut arriver que le lot réel de prestations ne soit pas identique pour tous, étant donné la divergence des besoins, les problèmes de diffusion de l'information, la capacité de paiement, etc. En même temps, les approches très étroitement ciblées (c'est-à-dire des initiatives ciblant une maladie précise ou axées sur certains

---

groupes) se sont multipliées ces dernières années. De nombreuses initiatives sanitaires mondiales de ce type ont commencé à s'attaquer aux problèmes systémiques, donnant la possibilité d'intégrer l'expérience acquise en matière de ciblage et d'efficacité de la fourniture de services dans le système global de protection sociale de santé.

### 3.2. Questions concernant des régimes de sécurité du revenu

#### a) ***Ciblage fondé sur des conditions de revenu ou de patrimoine personnel***

L'apparition de programmes d'aide sociale à grande échelle dans les pays en développement, dans le contexte de la lutte contre la pauvreté, a mis au premier plan le débat sur le ciblage fondé sur des conditions de «ressources» (revenu ou patrimoine). Ce débat est guidé par un certain nombre de considérations, qui comprennent le caractère abordable des dispositifs, les coûts, l'efficacité, l'inégalité des revenus, les valeurs, les droits, les tendances de l'emploi et le soutien politique. Certains éléments de ce débat sont présentés ci-dessous.

Le ciblage fondé sur la situation personnelle des individus peut se faire de nombreuses façons:

- *la soumission à condition de ressources*<sup>5</sup>: même si elle requiert des données de grande qualité qui, dans de nombreux pays, ne sont pas disponibles et qu'elle peut être coûteuse à mettre en place, on peut lui substituer des méthodes ayant approximativement le même effet;
- *le ciblage géographique*, qui consiste à attribuer des paiements de transfert à quiconque habite une zone présentant un taux de pauvreté élevé;
- *le ciblage local*, qui utilise les structures de la population locale pour identifier les membres les plus pauvres de la collectivité ou autres ayants droit répondant aux critères convenus;
- les prestations *catégorielles* servies à ceux qui sont reconnus comme appartenant à une *catégorie vulnérable spécifique de la population* (par exemple, les autochtones);
- *l'auto-ciblage* tel qu'il est mis en œuvre dans les programmes de travaux d'utilité collective ou autres qui rapportent des salaires inférieurs à ceux du marché, la logique étant que seuls les individus pauvres choisiront d'adhérer au programme.

Le ciblage se retrouve dans de nombreux programmes financés sur les recettes fiscales qui servent des pensions de vieillesse, des prestations pour enfant ainsi que des prestations destinées aux personnes en âge de travailler qui sont peut-être incapables de subvenir à leurs besoins par un travail rémunéré. Comme on l'a relevé plus haut, il est également utilisé dans les programmes de santé. Il est souvent combiné à d'autres conditions d'ouverture des droits telles que l'âge (pensions de vieillesse), le lieu de résidence (programmes ruraux, par exemple) ou le comportement (par exemple, assiduité scolaire).

<sup>5</sup> Il existe d'autres moyens que le calcul des revenus pour vérifier que les conditions de ressources sont satisfaisantes, à savoir le recours à des indicateurs de bien-être plus faciles à observer et qui servent d'indices de revenu ou encore à des indicateurs patrimoniaux associés à la pauvreté.

---

Les arguments explicites en faveur du ciblage sont le caractère abordable, l'efficacité et l'égalité des revenus. Très simplement, l'idée est que, comme les programmes ciblés ont moins d'ayants droit que les programmes universels, ils sont moins onéreux et plus viables. En axant la redistribution des revenus sur les pauvres, les interventions ciblées, en théorie <sup>6</sup>, font autant reculer la pauvreté avec moins de ressources et, pour cette raison, sont plus efficaces. Pour la même raison, les interventions ciblées sont également perçues comme des outils plus puissants pour réduire l'inégalité des revenus que ne le sont les mécanismes de redistribution universels.

Ces arguments de poids ont joué, et continuent à jouer, un rôle majeur dans la mise en œuvre généralisée de prestations soumises à condition de ressources ou de programmes similaires à travers le monde. Malgré cela, leur fondement conceptuel a été remis en cause sous un certain nombre d'aspects. On peut distinguer plusieurs thèmes de critiques.

Premièrement, certains des arguments en faveur du ciblage découplent une intervention, le programme ciblé, du contexte plus large des politiques sociales et fiscales. Ainsi, l'influence de ce contexte sur la distribution des revenus et l'inégalité des revenus ne reçoit pas la considération qu'elle mérite. Alors que la préférence pour l'universalité tend généralement à aller de pair avec un fort souci d'équité et de progressivité des impôts, la préférence pour une intervention ciblée s'inscrit généralement dans un ensemble de politiques et est guidée par une idéologie où l'équité est moins primordiale et l'imposition moins progressive <sup>7</sup>. Cet argument est avancé par des auteurs comme Mkandawire (2005). Celui-ci parvient à la conclusion que «le niveau d'égalité est plus élevé dans les sociétés qui se sont dotées de politiques universelles que dans celles qui ont recours à la mise sous condition de ressources ou à d'autres formes de sélection» [traduction]. Dans la même veine, Korpi et Palme (1998) formulent ce qu'ils appellent le «paradoxe de la redistribution <sup>8</sup>: plus les prestations ciblent exclusivement les pauvres et plus nous nous préoccupons de créer de l'égalité par des transferts publics, moins nous avons de chances de faire reculer la pauvreté et les inégalités» [traduction] (*ibid.*).

Deuxièmement, les arguments simples évoqués plus haut ne tiennent pas compte du caractère dynamique de la pauvreté. Comme on a pu le voir dans le tableau 1.1 du chapitre 1, à une date donnée, une forte proportion de ceux qui sont pauvres présentement ne l'étaient pas les années précédentes. Premièrement, des transferts qui ne ciblent que les pauvres n'empêchent en rien la pauvreté. Deuxièmement, l'aspect dynamique de la pauvreté signifie que, en toute période donnée, il peut y avoir un nombre bien plus important de nouveaux pauvres qu'on n'aurait pu le prévoir et il se peut que, pour répondre à leurs besoins, il faille engager des coûts administratifs y afférents nettement supérieurs aux attentes, par rapport à des interventions plus universelles. Plus généralement, comme Krishna (2007) l'a dit: «Maîtriser l'apparition d'une nouvelle pauvreté constituée – ou devrait constituer – un objectif également important de la lutte contre la pauvreté... En concentrant les ressources sur ceux qui sont déjà pauvres, il [le ciblage] détourne l'attention d'autres personnes qui sont en train de tomber dans la pauvreté.» [traduction]

<sup>6</sup> On suppose ici que des interventions bien ciblées couvriront le même nombre de personnes que les interventions universelles et ce, en servant des prestations d'un montant similaire.

<sup>7</sup> A propos de cette première observation, remarquons qu'un programme sous condition de ressources dont la conception est très redistributive et la mise en œuvre efficace risque de ne réaliser qu'une redistribution limitée si les dépenses sont faibles ou que le dispositif est financé par une fiscalité régressive.

<sup>8</sup> Ce «paradoxe» est décrit dans la littérature «classique» sur la pauvreté, même s'il est remis en cause par plusieurs auteurs.

---

Troisièmement, les arguments mentionnés plus haut, qui tournent autour de l'efficacité particulière des programmes de ciblage, constituent des affirmations générales qui ont été fortement remises en cause dans le cas où la part des pauvres dans la population est élevée (avec pour effet que toute «économie» tirée du ciblage a des chances d'être faible) et où la mise en œuvre du ciblage est coûteuse et épineuse, aboutissant à des erreurs importantes, tant d'inclusion que d'exclusion; de tels scénarios sont typiques des pays à faible revenu. Plus généralement, on souligne que toutes les méthodes de ciblage ne conviennent pas à toutes sortes de prestations et qu'elles n'ont pas toutes la même efficacité au regard des erreurs d'inclusion ou d'exclusion; les exigences en matière de statistiques et d'administration sont très variées. Et, en fin de compte, il en va de même des coûts.

La question du coût du ciblage est sujette en soi à débat, certains soutenant l'idée que certaines de ses méthodes peuvent être coûteuses. La soumission à condition de ressources en est un exemple: les coûts de mise en œuvre de cette méthode de ciblage peuvent en arriver à représenter une forte portion du coût total d'un programme. Cela résulte du fait qu'il est très complexe et coûteux d'identifier les pauvres avec exactitude, en l'absence de données fiables sur la population (et de systèmes informatiques), et de tenir de telles informations à jour. Cela dit, certains programmes ont eu recours, pour la mise en œuvre du ciblage, à des méthodes à faible coût, proches mais différentes du calcul des ressources<sup>9</sup>. Il a généralement été observé que, plus le mécanisme de ciblage est efficace (peu d'erreurs d'inclusion), plus il est coûteux et plus il risque d'entraîner des erreurs d'exclusion. En bref, il est impossible d'évaluer les coûts du ciblage sans faire référence aux erreurs d'inclusion et d'exclusion générées. C'est ce qui est dit succinctement dans la conclusion d'une étude de la Banque asiatique de développement (Weiss, 2004): «Avec un taux de fuite relativement élevé, on s'attend à ce qu'en pratique la plupart des mesures de ciblage se révèlent des façons coûteuses de transférer des prestations aux pauvres.»

Enfin, certains affirment qu'il faudrait inclure dans les coûts du ciblage non seulement les coûts administratifs directs de mise en œuvre, mais aussi les coûts indirects pour les participants à de tels programmes. Cela signifie que des programmes ayant un faible coût administratif (comme c'est souvent le cas avec les méthodes d'autosélection) peuvent demeurer très coûteux lorsqu'on considère les coûts subis par les participants. On peut penser notamment au temps, aux déplacements, à la renonciation à d'autres possibilités de gains, aux frais (et parfois aux pots-de-vin) nécessaires pour obtenir la documentation requise, au risque de stigmatisation, à l'érosion de l'estime de soi et de la cohésion locale ainsi qu'à la possibilité que les réseaux de soutien informel s'en trouvent sapés.

Autre sujet de controverse en ce qui a trait au ciblage: son possible effet d'exclusion. D'un côté, les partisans du ciblage soulignent que de tels programmes réduisent au minimum l'exclusion puisque, de par leur conception, ils sont sensibles aux besoins et aux capacités spécifiques des pauvres et ce, peut-être plus que ne le sont les programmes universels, dont la conception repose sur le «ménagement standard».

<sup>9</sup> Le programme de transferts conditionnels en espèces mexicain *Oportunidades* constitue un bon exemple de programme ciblé qui présente un taux d'erreur d'inclusion relativement faible et des coûts administratifs (y compris de ciblage): moins de 4 centimes par peso investi (SEDESOL, 2009).

---

D'un autre côté, certains ne sont pas convaincus par cet argument<sup>10</sup> et soutiennent que le ciblage accroît l'exclusion en fixant des conditions (de revenu ou de patrimoine) qui sont difficiles à apprécier, en générant des coûts directs et indirects pour les ayants droit ou encore en requérant trop d'efforts de la part des institutions locales pour leur mise en œuvre<sup>11, 12</sup>.

Sans prétendre avoir épuisé le débat, nous concluons la présente sous-section par deux remarques.

Il importe de garder à l'esprit la complexité technique et l'hétérogénéité des expériences en ce qui concerne les régimes ciblés et leurs résultats empiriques. Ce sont ces caractéristiques qui ont alimenté, et promettent de prolonger, le débat sur le ciblage en fonction des ressources ou de la situation personnelle. Il est également vrai que ce débat est inextricablement lié à des facteurs politiques. Au-delà des questions purement techniques, la politique et l'idéologie ont contribué à empêcher le débat sur la pertinence du ciblage de trouver sa conclusion et ce sont elles qui déterminent grandement la réponse à la question de savoir s'il faut ou non introduire un ciblage sur les ressources ainsi que l'établissement des seuils de ressources conditionnant l'ouverture des droits. Entrent également en jeu, dans une mesure importante, les valeurs, compte tenu du pouvoir dont disposent les différents acteurs de la scène politique pour promouvoir leurs valeurs<sup>13</sup> et leurs intérêts. Il semble que les programmes ciblés jouissent d'une légitimité sociale particulière depuis une dizaine d'années, peut-être parce qu'ils sont perçus comme équitables, en ce sens qu'ils ont l'ambition de cibler les plus nécessiteux et que, ce faisant, ils peuvent contribuer à la réduction des inégalités existantes. Ils font toutefois l'objet de soupçons: le processus aboutissant à l'établissement des conditions d'ouverture des droits ne satisferait pas toujours aux critères d'indépendance et de transparence.

Enfin, dans ce domaine, comme pour bien d'autres aspects de la protection sociale, chaque choix a ses propres avantages et inconvénients. Il importe de les considérer non pas chacun pris isolément, mais tous dans leur globalité. Comme on l'a indiqué plus haut, l'amélioration de certains aspects peut avoir des effets négatifs sur d'autres. Le débat sur le bien-fondé d'un ciblage sous condition de revenu, de patrimoine ou d'autres ressources, tend à découpler le débat des objectifs spécifiques du programme, du contexte de leur mise en œuvre et des caractéristiques des bénéficiaires. Le ciblage n'est pas autre chose qu'un outil dont la pertinence et la conception devraient d'abord être évaluées selon qu'il contribue ou non à ces objectifs. En ce qui concerne l'objectif de réduction de la pauvreté, les programmes de ciblage efficaces se sont révélés avoir des résultats très positifs, ainsi qu'on peut le voir par les exemples fournis dans le Supplément B – de la partie B – du présent rapport. Il ne faut toutefois pas y voir la seule façon efficace de transférer des revenus vers les pauvres, ni une arme suffisante à elle seule pour lutter contre la pauvreté.

<sup>10</sup> Mkandawire, par exemple, que la myopie qui sous-tend le ciblage témoigne également d'une assez grande arrogance, puisqu'on fait l'hypothèse de l'existence d'un «pauvre typique».

<sup>11</sup> Les institutions locales risquent d'avoir une capacité restreinte pour appliquer certaines méthodes de ciblage et, du même coup, une aptitude limitée à servir des prestations.

<sup>12</sup> Cela dit, il faut également souligner que d'autres facteurs que le ciblage ou au contraire l'universalité sont générateurs d'exclusion, comme le manque d'information des ayants droit potentiels au sujet des prestations, la difficulté d'avoir accès aux prestations en raison de l'absence de banques ou de services postaux dans certaines régions, l'isolement géographique, la discrimination et la stigmatisation, etc.

<sup>13</sup> L'adjectif «politique» s'entend ici au sens large, comprenant non seulement les partis politiques et le gouvernement, mais aussi les autres forces sociales et l'opinion publique en général.

---

## b) Conditionnalité

De toutes les innovations qu'a connues la sécurité sociale au cours des dernières décennies, l'usage croissant des transferts conditionnels en espèces (TCE) a peut-être été l'un des faits nouveaux les plus marquants. Nombre de TCE ciblent les ménages pauvres avec enfants. On les considère comme novateurs et différents pour un certain nombre de raisons: 1) leurs *mécanismes de ciblage*; 2) les ayants droit *reçoivent des prestations en espèces et non pas en nature*; et 3) les *transferts sont conditionnels* dans la mesure où ils imposent souvent à l'individu ou au ménage un certain comportement en échange. Il s'agit pour les individus d'effectuer certaines actions qui sont liées à des objectifs de développement de l'être humain (par exemple, visites médicales pour les enfants ou assiduité scolaire). Leur popularité ne cesse de gagner du terrain pour ce qui est d'améliorer les résultats en matière de développement humain et de recul de la pauvreté. Toutefois, le caractère conditionnel des TCE ne fait pas l'unanimité. Dans les paragraphes qui suivent, on examine plus en détail plusieurs questions essentielles entourant l'application actuelle et la nature des TCE. Premièrement, le caractère conditionnel des TCE sert-il les droits de l'homme? Deuxièmement, en termes d'efficacité, les conditions entraînent-elles une différence marquée? Troisièmement, les TCE font-ils progresser ou limitent-ils les capacités des pauvres? Quatrièmement, sont-ils reproductibles ailleurs, étant donné que la plupart des expériences à ce jour ont eu lieu en Amérique latine?

### Caractère conditionnel et droits de l'homme

Les opinions sont partagées quant au statut du caractère conditionnel des TCE par rapport aux droits de l'homme. Certains soutiennent qu'un tel caractère va par nature à l'encontre des droits de l'homme et fait obstacle à leur réalisation, tandis que d'autres soulignent l'importance de compléter ces droits par des obligations.

Premier argument: les droits de l'homme sont inconditionnels et, comme la sécurité sociale, la santé et l'éducation représentent des droits de l'homme généralement reconnus, il est inacceptable de «dénier à une personne (parent ou enfant) un droit de l'homme fondamental; l'imposition de conditions risque d'entraîner une violation des droits de l'homme» (Künemann et Leonhard, 2008, p. 22). De ce point de vue, le caractère conditionnel des TCE constitue une dénégation potentielle des droits de l'homme.

Ce problème est exacerbé par le fait qu'il peut arriver que la satisfaction des conditions ne dépende pas entièrement des bénéficiaires mais également de la disponibilité et de la qualité des services sociaux de base. L'absence de tels services implique l'exclusion de fait d'un groupe de personnes qui auraient besoin d'accéder au droit à la sécurité sociale. Cette situation, dit-on, est particulièrement dramatique dans les zones privées de services sociaux, qui sont aussi celles où, traditionnellement, la vulnérabilité est également la plus grande. Qui plus est, les coûts de renonciation subis pour pouvoir satisfaire aux conditions des TCE risquent de pénaliser les plus vulnérables, qui sont ceux qui ont le plus de mal à y satisfaire.

Autre argument: comme la responsabilité de devoir satisfaire aux conditions imposées retombe exclusivement sur l'individu ou le ménage, les TCE transmettent implicitement le message qu'il y a des pauvres «méritants» et des pauvres «non méritants». Même si un tel préjugé tend à conférer davantage de légitimité politique et sociale aux TCE, il est clair qu'il a un effet négatif au point de vue des droits de l'homme. Les droits sont de nature universelle et ne sauraient être fondés sur un «mérite» supposé.

Pourtant, comme on l'a indiqué plus haut, certains se font les avocats du caractère conditionnel des TCE au nom même des droits de l'homme. Selon ses partisans, ils permettent en fait de faire progresser une combinaison de droits et facilitent leur matérialisation. Cela représente un changement important dans la mesure où, même s'ils

---

sont universels en principe, en pratique ces droits sont demeurés à l'état de fiction pour un grand nombre, sinon pour la plupart, des pauvres. En d'autres termes, les TCE pourraient constituer un moyen concret de combler le fossé entre la base juridique des droits et leur réalisation en pratique. En effet, en tout état de cause, il est reconnu que les connaissances des ayants droit et leur comportement sont des facteurs déterminants de la matérialisation de leurs droits. En outre, les TCE peuvent exercer par ailleurs une influence positive sur les non-ayants droit qui pourraient vouloir y avoir accès. Plus largement encore, soutient-on, le caractère conditionnel des TCE oblige non seulement les ayants droit, mais aussi les autorités publiques, à créer les conditions nécessaires à leur matérialisation. C'est pourquoi les TCE sont désormais présentés comme relevant de la coresponsabilité de l'institution payeuse, par exemple dans le discours appuyant le programme Bolsa Família au Brésil. Un examen approfondi des avantages des TCE du côté de l'offre dépasserait le cadre du présent rapport, mais il suffirait de dire que les TCE tendent à mettre en lumière les limites des services sociaux de base existants et qu'ils peuvent jouer un rôle précieux pour encourager leur amélioration.

Par ailleurs, pour apprécier le rôle de la conditionnalité, il est essentiel de tenir compte de la façon dont les autorités publiques font respecter les conditions prescrites. En réalité, le non-respect des conditions peut avoir des effets divers selon les programmes. Il peut entraîner, selon une démarche punitive, l'exclusion de l'ayant droit. Mais il peut également être perçu comme un indicateur de vulnérabilité particulière chez les individus. Il met en lumière l'existence d'un rapport – ou son absence – entre les solutions fournies et les besoins de l'ayant droit. Il peut en résulter une «boucle de rétroaction» faite d'enquêtes et d'améliorations progressives.

Enfin, la conditionnalité peut renforcer le pouvoir de négociation de certains membres du ménage (de Brauw et Hoddinott, 2008), favorisant ainsi la réalisation de leurs droits et faisant progresser leur statut au sein du ménage. Un tel aspect peut être particulièrement important pour les femmes et les enfants, qui occupent traditionnellement des positions subordonnées dans le ménage. L'imposition de conditions peut également contribuer à effacer les effets stigmatisants qui sont associés aux paiements d'aide sociale (de Brauw et Hoddinott, 2008). Dernier point: selon des constations récentes en économie du comportement, «les ménages myopes entreprennent souvent des actions susceptibles de réduire leur propre bien-être à long terme (...) L'imposition de conditions représente une contrainte qui limite les effets néfastes d'une telle myopie.» [traduction] (*ibid.*) En d'autres termes, il se peut que les TPE constituent un garde-fou contre de mauvaises décisions allant à l'encontre des objectifs de développement de l'être humain et, sans doute, des meilleurs intérêts des membres du ménage.

### La conditionnalité change-t-elle quelque chose?

Un des principaux arguments avancés en faveur des régimes conditionnels, plutôt qu'inconditionnels, de transferts en espèces, veut que l'imposition de conditions incite fortement les familles à investir, en particulier dans la santé et l'instruction de leurs enfants. Elle constitue également un aiguillon, sinon une obligation, qui pousse les autorités publiques à investir dans les services concernés lorsque la disponibilité ou la qualité n'est pas satisfaisante. En pratique, les TCE ont affiché de bons résultats qui tendent à confirmer de telles assertions, même si relativement peu de travaux de recherche ont été publiés à ce jour. Les évaluations des TCE mexicains *Progresa*, portant sur l'impact de l'imposition de conditions de scolarité sur la scolarisation et l'assiduité

---

scolaire, permettent de conclure à un effet important (de Brauw et Hoddinott, 2008, p. 1)<sup>14</sup>.

Cela dit, et comme on l'a décrit plus haut dans le présent chapitre, les transferts inconditionnels en espèces peuvent également produire des résultats favorables pour le développement humain. Par exemple, selon le Department for International Development (DFID) britannique, les «paiements en espèces n'ont pas besoin d'être conditionnés par la fréquentation scolaire pour avoir un effet sur l'instruction des enfants» [traduction] (2005, p. 14). Les pensions de vieillesse au Brésil ont contribué à augmenter la fréquentation scolaire, et les faits indiquent que les paiements versés par le régime de retraite de Namibie ont été en fin de compte consacrés à financer l'instruction des enfants et ce, en l'absence de toute condition. Ainsi, on ne peut pas automatiquement présumer que c'est la conditionnalité elle-même qui est essentielle pour l'atteinte des objectifs de développement de l'être humain. Néanmoins, l'aspect conditionnel contribue à rendre plus acceptables les transferts sociaux destinés aux pauvres. Il est évident qu'il rend les régimes plus acceptables politiquement, parce qu'il reflète l'éthique sociale de la réciprocité, selon laquelle les prestations servies aux pauvres, tout comme à d'autres membres de la société, devraient être contrebalancées d'une façon ou d'une autre par des responsabilités.

Les TCE ont par ailleurs un certain nombre de défauts sur le plan des objectifs de développement de l'être humain. Lorsque, par exemple, un ménage ne satisfait pas à une condition imposée au chapitre de la santé, il se peut qu'il perde du même coup d'autres prestations englobées dans le même TCE et permettant le développement humain, telles que la réduction de la pauvreté ou une meilleure alimentation. On ne saurait guère progresser vers l'objectif de développement de l'être humain en «punissant» les ménages par leur suspension ou leur exclusion du programme en raison d'obligations non satisfaites, alors que ce sont les enfants qui risquent fort d'en souffrir directement, plutôt que les adultes qui sont réellement responsables.

### Renforcement de la capacité des pauvres et TCE

Certains soutiennent que, parce que les TCE renforcent l'accès à la santé, à l'instruction et à de meilleurs revenus, ils renforcent la capacité des pauvres. En outre, l'imposition de conditions peut renforcer le pouvoir de négociation et le statut des femmes et des enfants dans le ménage. D'un autre côté, d'autres voient dans les TCE une forme de paternalisme malveillant, qui ne fait guère confiance aux pauvres pour savoir ce qui est le mieux pour eux-mêmes et leur famille. Comme Künnemann et coll. (2008, p. 16) l'ont dit, les TCE en ce sens «limitent la liberté», privant «les pauvres de la liberté de prendre les bonnes décisions pour accroître le bien-être de leur ménage» [traduction]. Cette opinion est répercutée par Samson et coll. (2006, p. 12), qui indique que le dossier contre les transferts conditionnels est solide puisque «l'imposition de conditions risque de saper inutilement l'autonomie du ménage et qu'elle part du principe que les pauvres sont incapables de faire des choix rationnels qui améliorent leurs moyens d'existence» [traduction].

### Reproductibilité des TCE

Autre aspect important du débat: les TPE peuvent-ils être fonctionnels dans d'autres pays que les «premiers adoptants» d'Amérique latine? Sont-ils réellement adaptés et

<sup>14</sup> De Brauw et Hoddinott sont parvenus à la conclusion que, en moyenne, les enfants des ménages qui ne font pas l'objet d'un suivi ont 7,2 pour cent moins de chances de s'inscrire à l'école (2008, p. 1). Qui plus est, «l'impact est encore plus fort au moment de l'entrée à l'école secondaire, alors qu'il n'y a pas d'impact mesurable sur la poursuite de la scolarité au primaire. L'impact est d'ailleurs encore plus prononcé dans les ménages dont le chef de famille est illettré» (*ibid.*).



---

réalisables dans des pays à faible revenu où l'infrastructure existante est nettement moins développée? Ce qui est possible dans les grands pays à moyen revenu comme le Brésil revêt un caractère fort différent dans un pays à faible revenu d'Afrique subsaharienne. Comme l'a fait remarquer Tabatabai (2006, p. 13), les pays à faible revenu ont des chances d'être bloqués par des limites majeures du côté de l'offre, un manque criant d'écoles et de dispensaires ainsi que des ressources budgétaires limitées. Nombre d'observateurs persistent à s'inquiéter du fait que, dans les pays à faible revenu, plutôt que de consacrer des ressources à l'administration du dispositif de conditions, il serait plus utile de les utiliser pour améliorer les services sociaux existants. Les contraintes du côté de l'offre sont évidemment plus pressantes dans les pays pauvres et, à l'intérieur de ceux-ci, dans les régions les plus pauvres. Dernier point: la continuité des TPE n'est nullement assurée lorsque le pays change de gouvernement.

Le débat a peu de chances d'être tranché dans un avenir proche. Néanmoins, les TCE sont devenus un nouveau moyen prometteur de faire reculer la pauvreté et d'améliorer les résultats sur le plan du développement humain.

### **c) Aide sociale: de la redistribution à l'inclusion sociale**

Parmi les facteurs importants ayant entraîné l'apparition de l'aide sociale se trouve la reconnaissance du fait que, même dans des contextes où les régimes contributifs étaient et sont bien établis, un pourcentage important de la population en âge de travailler ne jouit pas des conditions économiques minimales pour mener une vie décente. Dans leur conception et leur mise en œuvre traditionnelles, les régimes d'aide sociale servaient à renforcer la sécurité du revenu des pauvres, considérés comme des membres de la société à part entière auxquels il s'agissait de transférer une partie des richesses produites par ladite société.

Compte tenu de cette fonction redistributive, l'aide sociale était fondamentalement perçue comme un «filet de sécurité» protégeant ceux à qui la sécurité du revenu ne pouvait être assurée à aucun titre à travers le réseau social emploi-assurance. Dans la plupart des cas, il était entendu que cette protection était temporaire, puisqu'on s'attendait à ce que le fonctionnement économique naturel de la société réintègre ces personnes dans le système économique.

La fonction redistributive de l'aide sociale a été, continue à être, et sera toujours essentielle pour combattre la pauvreté en faisant en sorte de répondre aux besoins immédiats des pauvres. Toutefois, de tels systèmes ont également une fonction redistributive à plus long terme, en fournissant un certain soutien du revenu à ceux qui tombent dans une pauvreté temporaire, en attendant leur réintégration économique. La redistribution a un autre aspect important: celui de «socle» économique, qui permet aux ménages bénéficiaires de continuer à avoir accès aux «biens sociaux» (par exemple, l'instruction et la santé) et ainsi d'être plus à même de rebondir hors de la pauvreté.

Cela dit, même si l'aide sociale constitue un élément indispensable de l'ensemble, elle ne s'est pas révélée, à elle seule, suffisante pour combattre la pauvreté à long terme. En définitive, il faut s'attaquer directement aux divers facteurs qui sont à la racine de la pauvreté, en particulier l'exclusion par rapport à une série d'«actifs sociaux». Ces vingt dernières années, en fait, on a vu apparaître de nouvelles formes d'aide sociale ciblant explicitement ces facteurs et d'autres facteurs de pauvreté, allant ainsi au-delà de la simple redistribution et faisant passer l'aide sociale d'un «filet de sécurité» à un cadre d'«inclusion sociale», donnant accès à tout un éventail de services de base, en particulier les soins de santé et l'instruction, ainsi qu'à des possibilités économiques.

---

L'accès des enfants et des mères aux services de santé et l'accès des enfants à l'instruction constituent les volets les plus répandus de ces programmes (en particulier ceux de type TCE). On y voit un mécanisme précieux pour renforcer les capacités des pauvres, leur permettant ainsi d'échapper à la pauvreté à long terme. Il est particulièrement bénéfique de donner aux enfants accès à l'instruction, puisque cela contribue à faire reculer le travail des enfants, qui non seulement représente une violation des droits de l'homme, mais aussi tend à les enfermer dans des emplois peu qualifiés et mal payés une fois adultes.

L'accès à des possibilités économiques est favorisé, soit directement, par des offres d'emplois (notamment pour effectuer des travaux d'utilité collective), soit indirectement, par la création de conditions développant l'employabilité, l'entrepreneuriat et l'accès au marché du travail (ce qui comprend des subventions à l'investissement, l'accès au microcrédit et des formations).

Autre aspect important de l'aide sociale inclusive: le soutien à des catégories particulières de pauvres en âge de travailler. Les femmes en âge de travailler constituent un groupe particulièrement important à ce titre: l'Indian National Rural Employment Guarantee Scheme (NREGS), qui réserve un nombre spécifique d'emplois à des femmes, offre un exemple de ce type de régime. Les «ultra-pauvres», qui sont confrontés à des obstacles spécifiques qui limitent leur accès aux services et aux possibilités économiques disponibles, sont un autre groupe qui mérite une attention particulière. Les programmes pertinents consistent souvent à effectuer un travail intense et personnalisé dans des secteurs d'exclusion (les dispositifs BRAC/TUP au Bangladesh et Solidario au Chili en sont des exemples marquants).

En conséquence, l'aide sociale inclusive a pris une place de plus en plus prééminente dans le programme du développement humain. Elle est devenue un instrument majeur pour s'attaquer à la pauvreté tout en renforçant la cohésion des sociétés. Néanmoins, si l'impact potentiel de l'aide sociale dans le traitement de la pauvreté a augmenté, les difficultés aussi ont crû.

Le premier défi consiste à fournir les services promis, services pour lesquels la demande augmente du fait même de l'aide sociale. L'accessibilité des services de santé et d'éducation ainsi que leur capacité à faire face à une demande croissante deviennent essentielles à la réussite de l'entreprise. La même chose vaut pour les possibilités économiques, en termes de création et de permanence des emplois, en particulier dans une conjoncture macroéconomique défavorable.

Le second défi consiste à assurer l'adéquation, non seulement en termes de quantité mais aussi de qualité, des services offerts et des emplois créés. Dans le cas des services, même si la qualité générale compte, il est d'une importance primordiale de répondre aux besoins des pauvres. Le domaine de l'instruction en fournit un bon exemple: l'objectif essentiel consiste à empêcher que la hausse des inscriptions à l'école et de la fréquentation scolaire ne s'accompagnent d'une augmentation concomitante des taux de décrochage scolaire et d'échec.

Cela illustre l'importance de coordonner l'aide sociale avec d'autres secteurs (en particulier l'instruction, la santé et l'emploi), de préférence dans un cadre de développement global et intégré.

---

## 4. Synthèse, conclusions et questions

### 4.1. Synthèse et conclusions

Quel que soit le cadre national, les systèmes de sécurité sociale jouent le rôle de *stabilisateurs sociaux et économiques*. Non seulement ils empêchent les gens de tomber dans la pauvreté et l'insécurité, assurent l'accès aux services de santé nécessaires et à l'instruction et réduisent la probabilité de troubles sociaux, mais ils constituent également un facteur indispensable de capacité productive chez les gens et stabilisent la demande agrégée en temps de crise économique.

Dans les pays actuellement dépourvus de programmes solides de sécurité sociale et de soutien du revenu, la première pierre d'un système national complet de sécurité sociale devrait consister en un lot de transferts sociaux de base qui, en combinaison avec des actions garantissant l'accès à une alimentation adéquate et abordable ainsi qu'aux services sociaux et sanitaires essentiels, forment un *socle de protection sociale*. L'idée d'une politique de croissance équitable, c'est-à-dire assurant une certaine forme de protection sociale dès les premiers stades de développement économique du pays, recueille un soutien de plus en plus large. De fait, l'expérience indique que, en l'absence de concept approprié d'équité et d'égalité, la croissance économique n'est en fait pas viable sur le long terme.

Les concepts d'orientation générale essentiels décrits ici découlent d'une analyse d'un certain nombre de textes et reflètent les principes qui leur sont communs à tous: Déclaration universelle des droits de l'homme, Constitution de l'OIT de 1919, mandat défini dans la Déclaration de Philadelphie de 1944, Conclusions de la CIT de 2001, Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable (2008) et Pacte mondial pour l'emploi (2009), de pair avec les conventions pertinentes mises à jour de l'OIT.

### **Le paradigme de développement de la sécurité sociale**

Il est maintenant possible d'esquisser une stratégie, d'ordre conceptuel, d'extension de la couverture de sécurité sociale, adaptée aux conditions économiques et sociales mondiales actuelles, assise sur les fondations juridiques établies ici et sur les principes qui découlent de l'orientation et de l'approche globales de l'OIT. La démarche doit être double. Un volet consiste à étendre la sécurité du revenu et d'accès aux soins de santé, ne serait-ce que d'un niveau élémentaire, à l'ensemble de la population. On peut appeler ce volet celui de «l'extension horizontale». Le second volet consisterait à tenter de fournir un niveau plus élevé de sécurité du revenu et un accès à des soins de santé de qualité supérieure de façon à préserver le niveau de vie des gens, même lorsqu'ils sont confrontés à des éventualités graves de la vie, comme le chômage, la maladie, l'invalidité, la perte du soutien de famille ou la vieillesse. On peut alors parler de «l'extension verticale».

La métaphore qui émerge ainsi pour décrire l'extension de la couverture de sécurité sociale est celle de l'escalier. Le rez-de-chaussée comprend un ensemble de garanties élémentaires pour tous, le premier étage, un droit à prestations pour les personnes dotées d'une capacité fiscale ou contributive (un niveau minimum de prestations étant défini et garanti par la loi) et, enfin, pour les personnes ayant spécifiquement besoin de niveaux supérieurs de protection, il est possible de mettre en place des dispositifs facultatifs, généralement sous forme d'assurances privées, qui doivent être réglementées et surveillées par les pouvoirs publics. Une telle métaphore convient à tous les pays, quel que soit leur stade de développement, même si la proportion des personnes ayant pour toute protection les garanties sociales élémentaires est naturellement plus grande dans les pays dont le

---

niveau de développement économique est faible. La forme d'organisation chargée de mettre œuvre un tel paradigme devrait être définie par les politiques nationales et il n'est pas réaliste de penser qu'elle peut être déterminée de façon internationale. En définitive, l'objectif doit être d'obtenir des résultats sociaux appropriés, à savoir l'accès de chacun à un certain degré de sécurité sociale et une amélioration graduelle de la protection des gens à mesure que l'économie se développe.

### **Le concept de socle de protection sociale**

Le concept de *socle de protection sociale* a été adopté par le Conseil des chefs de secrétariat pour la coordination de l'ONU parmi les éléments de son approche en matière de politiques permettant de faire face à la crise financière mondiale et il a été entériné à la CIT de 2009 en tant qu'élément du Pacte mondial pour l'emploi. La notion de socle de protection sociale se décompose en deux éléments principaux qui contribuent respectivement à la réalisation de certains droits de l'homme<sup>1</sup>:

- *Les services publics essentiels*: accès géographique et financier aux services essentiels (tels que l'eau, des installations sanitaires, la santé et l'instruction).
- *Les transferts sociaux*: ensemble élémentaire de transferts sociaux essentiels, en espèces ou en nature, servis aux pauvres et aux vulnérables pour leur assurer une sécurité de revenu minimum et l'accès aux soins de santé.

**La composante «transferts sociaux»** du socle de protection sociale<sup>2</sup> correspond à un ensemble élémentaire de garanties sociales essentielles réalisées grâce à des transferts en espèces ou en nature et assurant normalement:

- accès universel aux services de santé essentiels;
- sécurité du revenu (ou des moyens d'existence) pour tous les enfants grâce à des prestations pour enfant;
- soutien du revenu, combiné avec des garanties d'emploi ou d'autres politiques du marché du travail, pour les personnes d'âge actif capables (et désireuses) de travailler qui ne peuvent pas gagner un revenu suffisant sur le marché du travail<sup>3</sup>;
- sécurité du revenu, par l'entremise de pensions de base financées par les recettes fiscales, pour les personnes âgées, les handicapés et les familles qui ont perdu leur principal soutien.

Le terme «garanties» laisse ouverte la question de savoir si tout ou partie de ces transferts sont accordés soit: i) selon un principe d'universalité à l'ensemble des habitants d'un pays; soit ii) au titre de régimes d'assurance sociale de masse, contributifs et obligatoires; soit iii) seulement en cas de besoin, après évaluation; soit 4) à condition d'observer certains comportements. L'essentiel est que tous les citoyens aient accès aux services de santé essentiels et aux moyens d'obtenir un revenu minimum.

<sup>1</sup> Voir la Déclaration universelle des droits de l'homme, paragr. 22, 25 et 26.

<sup>2</sup> Voir BIT (2008e), section IA, ii.

<sup>3</sup> Y compris les femmes durant les derniers mois de la grossesse et durant le mois suivant l'accouchement.

---

La combinaison envisagée et mise en œuvre de dispositifs de protection sociale fondés respectivement sur les besoins, l'assurance et le principe de couverture universelle sans cotisation variera selon le pays. Le choix de la composition du socle social de base et des prestations à instituer en priorité devrait être motivé par des considérations incluant le niveau de pauvreté et de vulnérabilité, de pair avec la marge fiscale disponible et la solidité des institutions.

A l'heure actuelle, 80 pour cent de la population mondiale est dépourvue de couverture de protection sociale adéquate. Cela dit, de nouveaux systèmes de transferts élémentaires en espèces couplés à des services de bien-être social émergent. Même si le financement, les modalités de mise en œuvre et les impacts en matière de politiques varient considérablement d'un cas à l'autre, tous les systèmes dans le monde partagent les mêmes objectifs: réduire la vulnérabilité des ménages et en supprimer les causes et assurer l'accès aux aliments, à la santé et à l'instruction. Ces dix dernières années, de nouveaux programmes de transferts en espèces ont poussé comme des champignons dans une trentaine de pays, essentiellement en développement, et on peut déjà y voir les éléments d'un socle de protection sociale. Avec des programmes phares comme *Oportunidades* au Mexique, Bolsa Família au Brésil, le dispositif d'allocations familiales, vieillesse et invalidité d'Afrique du Sud ou le régime rural de garantie d'emploi de cent jours mis en place par l'Inde, le nombre de programmes en vigueur actuellement dans le monde approche les 80, et le nombre de participants atteint les 150 à 200 millions. Néanmoins, cela représente un maigre pourcentage de la population mondiale vivant dans une extrême pauvreté.

### **Caractère abordable et financement du socle de protection sociale**

L'OIT a calculé qu'un ensemble de transferts minimaux n'était pas nécessairement coûteux en termes de PIB par habitant. Il ressort d'une étude sur 12 pays en développement à faible revenu que le coût annuel brut initial d'un lot hypothétique de transferts sociaux de base (hors accès aux soins de santé élémentaires qui sont déjà financés dans une certaine mesure) devrait s'établir dans une fourchette allant de 2,2 pour cent à 5,7 pour cent du PIB en 2010. Chacune des prestations du lot prises isolément paraissent encore plus abordables. On estime, par exemple, qu'un dispositif de pensions de vieillesse et d'invalidité universelles élémentaires coûterait en 2010 entre 0,6 pour cent et 1,5 pour cent du PIB dans les pays considérés.

Le problème essentiel, quand vient le moment de financer les garanties de sécurité sociale élémentaires, demeure la difficulté d'obtenir la marge budgétaire nécessaire. L'existence d'écart considérables, quant aux ressources affectées aux transferts sociaux, entre des pays affichant par ailleurs des niveaux de PIB par habitant identiques, indique que l'affectation de ressources au financement des transferts sociaux est essentiellement une question de détermination et de priorités politiques. Il faut de la «volonté politique» pour allouer une certaine portion des ressources publiques existantes à la sécurité sociale et augmenter celle-ci au besoin.

L'augmentation de la marge budgétaire accordée à la sécurité sociale exige donc des décisions politiques fixant les priorités en matière de dépenses publiques ainsi que généralement des investissements pour réformer le fisc. L'exemple fourni par de nombreux pays africains ces dix dernières années indique que les pays en développement peuvent réussir à augmenter le montant de leurs recettes publiques par rapport au PIB.

Tout en cherchant à augmenter l'«enveloppe de ressources» disponible pour financer la sécurité sociale, il est bien sûr crucial de reconnaître la possibilité de réaliser des améliorations substantielles grâce à une utilisation efficace des ressources qui sont

---

disponibles. Il faudrait ainsi prendre des mesures pour maximiser la capacité administrative à servir les prestations efficacement et pour réduire au minimum le gaspillage et le détournement des ressources.

### **Les instruments de la démarche continue de l'OIT**

Les moyens d'action de l'OIT, notamment ses recommandations en matière de politiques, tirent tous leur légitimité fondamentale de sa capacité normalisatrice. Les normes de l'OIT en vigueur dans le domaine de la sécurité sociale fournissent une excellente base pour une extension verticale de la couverture de sécurité sociale, mais elles sont bien plus faibles pour ce qui est d'étendre les prestations à tous sur la base d'un ensemble minimum de garanties sociales. Même si la Constitution fournit un mandat général, les seuls instruments formels qui promeuvent la couverture universelle pour des prestations élémentaires sont les recommandations n<sup>os</sup> 67 et 69 datant de 1944. Tandis que la recommandation n<sup>o</sup> 67 a été déclarée à jour, ce n'est pas le cas de la recommandation n<sup>o</sup> 69.

Toutes les activités de conseil et de coopération techniques de l'OIT, y compris la campagne pour l'extension de la couverture, tirent leur autorité et leur orientation de principe des normes édictées. Les textes en vigueur, le mandat constitutionnel de l'OIT et la Déclaration universelle des droits de l'homme constituent la base juridique des garanties sociales qui composent le concept de socle social. Toutefois, un mécanisme permettant de consolider le mandat de l'OIT et fournissant des indications quant à la définition exacte des quatre garanties de base, au niveau de protection ainsi qu'aux diverses formes organisationnelles et juridiques que peuvent prendre les garanties, paraîtrait nécessaire pour faciliter la formulation de politiques nationales et internationales et pour guider l'OIT.

#### **4.2. Sujets de débat**

- Comment définir une stratégie nationale de sécurité sociale cohérente, coordonnée et réaliste permettant une combinaison optimale des volets horizontal et vertical de l'extension de la couverture?
- Comment un pays peut-il ou devrait-il établir ses propres priorités en matière de prestations, et sous quel volet et sur quels paramètres, dans le cadre conceptuel du socle de protection sociale?
- Dans quel ordre les pays peuvent-ils ou devraient-ils enchaîner leurs initiatives relatives au socle de protection sociale avec des mesures de sécurité sociale d'un niveau plus élevé?
- Comment devrait-on établir des niveaux minima de prestations tenant compte des seuils de pauvreté et des niveaux de revenu nationaux?
- Comment peut-on préserver, créer et/ou élargir l'espace fiscal de façon à assurer le financement de niveaux adéquats de prestations?
- Comment (par des moyens légaux, promotionnels ou autres) peut-on promouvoir les mécanismes de prestations nécessaires pour procurer une garantie réelle en vertu du concept du socle de protection sociale, aux niveaux national et international.

---

## Annexe

### Terminologie

#### ***Protection sociale et sécurité sociale***

Les termes «protection sociale» et «sécurité sociale» sont utilisés en des sens divers selon les pays, les organismes internationaux, les époques et même au sein d'un même pays ou d'une même organisation. La présente annexe ne se veut pas un recueil de définitions à prétention universelle, mais vise simplement à clarifier le sens de certains termes aux fins du présent rapport et d'autres documents de l'OIT.

#### ***Sécurité sociale***

La notion de sécurité sociale retenue ici couvre l'ensemble des dispositifs de prestations, en espèces ou en nature, visant à garantir une protection contre, entre autres: *a*) l'absence de revenu de travail (ou son insuffisance) attribuable à la maladie, l'invalidité, la maternité, un accident du travail, le chômage, la vieillesse ou le décès d'un proche; *b*) le manque d'accès ou un accès hors de prix aux soins de santé; *c*) l'insuffisance du soutien familial, notamment dans le cas d'enfants ou d'adultes non autonomes; *d*) la pauvreté et l'exclusion sociale en général. La sécurité sociale a ainsi deux dimensions (fonctionnelles) principales, à savoir la «garantie des moyens d'existence» (ou sécurité du revenu) et l'«accès aux soins médicaux» qui sont expressément désignés, dans les recommandations n<sup>os</sup> 67 et 69 de l'OIT respectivement, comme des «éléments essentiels de la sécurité sociale». Selon ces recommandations, premièrement, «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»<sup>1</sup>. Deuxièmement, «tout service de soins médicaux devrait assurer à l'individu les soins que peuvent fournir les membres de la profession médicale et des professions connexes» et «le service de soins médicaux devrait englober tous les membres de la communauté»<sup>2</sup>. Cette dualité se reflète également dans la Déclaration de Philadelphie, qui parle de «l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets».

L'accès à la sécurité sociale relève, de par sa nature essentielle, de la responsabilité publique et il est habituellement assuré par des institutions publiques, financées soit par des cotisations, soit sur les recettes fiscales. Toutefois, il se peut, et il arrive fréquemment, que l'administration de la sécurité sociale soit confiée à des entités privées. Par ailleurs, il existe nombre d'institutions gérées par le privé (assurances, entraide, collectivités locales ou mutuelles) qui peuvent occuper un certain nombre de fonctions dans la sécurité sociale et jouer un rôle important dans la sécurité du revenu, notamment les régimes de retraite d'entreprise, qui complètent et, dans une large mesure, peuvent remplacer certains éléments des régimes de sécurité sociale publics. Le droit à la sécurité sociale est soumis à conditions: soit il faut avoir cotisé pendant une durée prescrite à la sécurité sociale (régimes contributifs, prenant le plus souvent la forme de dispositifs d'assurance sociale), soit il faut remplir un critère de résidence et autres conditions connexes, en vertu desquels l'ensemble des résidents d'un pays, remplissant également certains critères ont droit aux prestations (régimes non contributifs). Parmi ces critères, citons notamment l'âge, la santé, le marché du travail, le revenu ou d'autres éléments de situation socio-économique, voire la conformité à certaines formes de comportement. L'aide sociale soumise à condition de ressources constitue un cas particulier, évoqué dans les dispositions de la recommandation n<sup>o</sup> 67 sur la garantie des moyens d'existence.

<sup>1</sup> OIT, recommandation (n<sup>o</sup> 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, principes directeurs, paragr. 1.

<sup>2</sup> OIT, recommandation (n<sup>o</sup> 69) sur les soins médicaux, 1944, paragr. 1 et 8.

---

La sécurité sociale se distingue des autres dispositifs sociaux par deux aspects: 1) les prestations sont fournies aux ayants droit sans obligation réciproque concomitante (elles ne constituent pas, par exemple, la rémunération d'un travail ou d'autres services rendus); et 2) elle ne repose pas sur une convention individuelle entre la personne protégée et le prestataire (comme dans le cas d'un contrat d'assurance-vie, par exemple), mais la convention s'applique à un groupe étendu de personnes et revêt ainsi un caractère collectif.

Selon le genre de conditions applicables, il existe également une distinction entre les régimes non soumis à condition de ressources (dont les conditions d'ouverture des droits ne sont pas liées au revenu ni au patrimoine de l'ayant droit ni de sa famille) et les régimes à condition de ressources (auxquels ont droit seulement les personnes dont le revenu ou le patrimoine se situent sous un seuil déterminé).

Catégorie particulière de régimes soumis à condition: des régimes qui, en plus d'autres conditions, imposent aux ayants droit (et/ou à leurs proches ou famille) de participer à des programmes publics déterminés (par exemple, des programmes de santé ou de formation précis). Ces dernières années, les régimes de ce type se sont fait connaître sous le nom de régimes de transfert conditionnels en espèces (TCE).

Les «branches» (ou fonctions) de la sécurité sociale, au sens de la convention n° 102, comprennent la protection en cas de maladie (soins médicaux et soutien du revenu), la maternité (soins médicaux et soutien du revenu), les accidents du travail et les lésions professionnelles (soins médicaux, réadaptation et soutien du revenu), le chômage (soutien du revenu et politiques actives de marché du travail), vieillesse (soutien du revenu, soins de longue durée) ou décès d'un membre de la famille (soutien du revenu). Toutefois, les pays qui visent à fournir le soutien le plus large à leurs citoyens ajoutent normalement à leur portefeuille de protection sociale des fonctions comme la subvention du logement ou le soutien du revenu en cas de pauvreté et d'exclusion sociale en général.

## **Protection sociale**

Le terme «protection sociale» est utilisé partout dans le monde et dans les institutions avec une variété de sens encore plus grande que le terme «sécurité sociale». Il revêt souvent un sens plus large que le terme de sécurité sociale (englobant notamment la protection que se prêtent les membres d'une même famille ou d'une même collectivité)<sup>3</sup>, mais il arrive également dans certains contextes qu'il ait un sens plus étroit (désignant alors uniquement les dispositifs destinés aux membres les plus pauvres ou les plus vulnérables ou aux exclus de la société). Il en résulte que, dans nombre de cas, les termes «sécurité sociale» et «protection sociale» sont largement interchangeables et il est certain que l'OIT (suivant en cela la tradition européenne) utilise tant l'un et l'autre dans son dialogue avec ses mandants que dans les conseils ponctuels qu'elle leur offre<sup>4</sup>.

En conséquence, dans le présent rapport, «protection sociale» s'entend dans deux sens: 1) la «protection» assurée par la sécurité sociale dans le cas des risques et des besoins sociaux; 2) en relation avec le «socle de protection sociale» envisagé par l'ensemble des agences de l'ONU<sup>5</sup>, en un sens qui englobe non seulement les transferts de sécurité sociale, mais aussi l'accès à un certain nombre de services sociaux élémentaires.

<sup>3</sup> Cet usage se reflète dans le *Rapport sur le travail dans le monde 2000: Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en mutation* (Genève, BIT, 2000).

<sup>4</sup> Faisons toutefois remarquer que l'OIT utilise le titre officiel «Secteur de la protection sociale» pour désigner un éventail de programmes plus large que la seule sécurité sociale, puisque ce secteur s'occupe de questions comme la sécurité au travail, les travailleurs migrants ou d'autres aspects des conditions de travail comme les horaires, les salaires, etc.

<sup>5</sup> Voir les délibérations du Conseil des chefs de secrétariats de l'ONU (CEB), Paris, avril 2009.



---

## **Transferts sociaux**

Toutes les prestations de sécurité sociale consistent en des transferts, soit en espèces, soit en nature, c'est-à-dire qu'elles représentent un transfert de revenus ou de services (de soins de santé la plupart du temps). Ce transfert peut se faire, entre autres, des actifs vers les personnes âgées ou des gens qui vivent dans l'aisance vers les pauvres. Les bénéficiaires de tels transferts peuvent les recevoir au titre d'un régime de sécurité sociale spécifique, parce qu'ils y ont cotisé (régime contributif), parce qu'ils remplissent un critère d'âge précis (régimes catégoriels), parce qu'ils se trouvent dans une situation spécifique en termes de ressources (régimes d'aide sociale) ou encore parce qu'ils remplissent simultanément plusieurs de ces conditions. Par ailleurs, il est exigé, dans le cadre de certains régimes, que les ayants droit accomplissent des tâches spécifiques (régimes de garantie d'emploi, travaux d'utilité collective) ou qu'ils adoptent des comportements précis (cas des TCE). Dans n'importe quel pays, plusieurs types de régimes différents coexistent généralement et il peut arriver qu'ils servent des prestations à différents groupes de population pour des éventualités similaires. Voici une brève description des caractéristiques de ces différents régimes.

Dans les régimes contributifs, les cotisations versées par les ayants droit déterminent directement le montant de prestations auquel ils ont droit (droits acquis). La forme la plus répandue de régime contributif est celle des régimes d'assurance sociale obligatoire pour les salariés et, dans certains pays, les travailleurs indépendants. Autre forme de régime contributif répandue: les caisses nationales de prévoyance, qui généralement versent une somme forfaitaire aux ayants droit lorsqu'une éventualité particulière se réalise (habituellement vieillesse, invalidité ou décès). Dans le cas de l'emploi salarié, les cotisations sont habituellement versées à la fois par les salariés et les employeurs (en règle générale, les régimes d'assurance contre les accidents du travail sont intégralement financés par les employeurs). Même si les régimes contributifs peuvent être entièrement financés par cotisations, ils sont souvent partiellement financés sur les recettes fiscales ou à partir d'autres sources (soit sous forme de subvention ponctuelle destinée à combler un déficit, soit sous forme de subvention générale complétant les cotisations, soit de l'ensemble des cotisants, soit de catégories spécifiques de cotisants ou d'ayants droit (ceux qui n'ont pas toujours cotisé parce qu'ils s'occupaient de leurs enfants, étudiaient, faisaient leur service militaire, étaient sans emploi ou avaient un niveau de revenu trop faible pour cotiser pleinement ou encore ceux qui n'auraient droit sinon qu'à des prestations d'un montant inférieur au minimum en raison de cotisations passées trop faibles).

Par régimes d'assurance, dans le contexte de la sécurité sociale, on entend des régimes qui garantissent une protection selon un mécanisme d'assurance. L'assurance est fondée sur les éléments suivants: 1) le versement de primes ou de cotisations dans le passé, c'est-à-dire avant que l'éventualité visée par l'assurance ne se réalise; 2) le partage ou la mutualisation des risques; et 3) la notion de garantie. Les primes versées par (ou pour) les assurés sont mises en commun et la caisse commune qui en résulte sert à couvrir les dépenses engagées exclusivement par les personnes touchées par la réalisation de l'éventualité ou des éventualités pertinentes (clairement définies). S'il est fréquent que les régimes contributifs fassent appel à un mécanisme d'assurance (généralement d'assurance sociale), l'inverse n'est pas nécessairement vrai (les caisses nationales de prévoyance, par exemple, ne prévoient généralement pas la mutualisation des risques). Notons que l'assurance sociale se distingue d'un point technique des autres types d'assurance par le fait qu'elle repose sur le principe de solidarité, tandis que les assurances commerciales reposent sur des primes de risque calculées individuellement.

Nombre de régimes de sécurité sociale de type contributif sont présentés et désignés comme des régimes d'«assurance» (généralement des «régimes d'assurance sociale»), alors qu'en fait ils sont de nature mixte, les droits comprenant certains éléments non contributifs; cela permet une distribution plus équitable des prestations, en particulier, entre autres, vers les personnes à faible revenu ou celles qui ont eu une carrière professionnelle brève ou intermittente. Ces éléments non contributifs prennent diverses formes, étant financés soit par les autres cotisants (redistribution à l'intérieur du régime), soit par l'Etat.

Inversement, les régimes non contributifs ou régimes d'aide sociale n'exigent (normalement) aucune cotisation directe de la part des ayants droit ou de leurs employeurs comme condition d'ouverture des droits. Ils englobent tout un éventail de régimes, y compris des régimes universels pour l'ensemble des résidents, certains régimes catégoriels et des régimes soumis à condition de ressources. Les régimes contributifs sont habituellement financés sur les recettes fiscales ou d'autres recettes publiques.

---

Dans le cadre des *régimes universels couvrant l'ensemble des résidents*, la résidence constitue la seule condition d'ouverture des droits. Ces régimes sont généralement financés par le fisc, mais il peut arriver qu'ils exigent une participation de l'utilisateur aux frais des services de santé (ticket modérateur); parfois, les plus pauvres en sont exemptés (ils reçoivent habituellement des bons de soins).

Les régimes catégoriels ciblent des groupes (catégories) spécifiques de la population. Les formes de régimes catégoriels les plus fréquentes sont celles qui transfèrent des revenus vers les personnes ayant dépassé un certain âge ou les enfants n'ayant pas encore atteint un certain nombre d'années. Certains régimes catégoriels ciblent par ailleurs des ménages ayant une certaine structure (familles monoparentales, par exemple) ou certaines catégories socioprofessionnelles (comme les travailleurs agricoles, par exemple). Certains régimes catégoriels qui couvrent l'ensemble des résidents appartenant à une certaine catégorie ou sont assortis de conditions de ressources (régimes d'aide sociale) pourraient d'ailleurs être classés comme universels. Les régimes catégoriels peuvent prévoir d'autres types de conditions, comme l'exécution de certaines tâches. La plupart des régimes catégoriels sont financés sur les recettes fiscales.

Les régimes soumis à condition de ressources ciblent les personnes dont les moyens (ce qui englobe généralement patrimoine et revenus) sont inférieurs à un certain seuil. De tels régimes ciblés sont très divers au point de vue de leur conception et des caractéristiques qu'ils possèdent. Cette diversité peut se manifester par les méthodes de ciblage utilisées, par des conditions supplémentaires d'ouverture des droits ou par l'existence d'autres types d'interventions qui viennent s'ajouter au transfert de revenu même.

Les transferts en espèces soumis à condition sont des régimes d'aide sociale qui fournissent des espèces aux familles qui remplissent certaines exigences «comportementales» spécifiques. Il se peut, par exemple, qu'elles doivent faire en sorte que leurs enfants fréquentent l'école assidûment (soit, en général, 85 pour cent à 90 pour cent du temps) ou qu'elles doivent utiliser des services de prévention élémentaire en matière de nutrition ou de santé. Les TCE sont habituellement soumis à condition de ressources.

Les régimes de garantie d'emploi assurent un certain nombre de jours de travail par an aux ménages pauvres, généralement en échange d'un salaire relativement faible (habituellement le salaire minimum, lorsque celui-ci est défini adéquatement). De tels dispositifs prennent généralement la forme de «travaux d'utilité collective».

Il faut voir dans chaque régime de sécurité sociale (programmes, mesures) un ensemble distinct de règles (ces régimes se caractérisent donc par un certain degré, au moins, de structuration) soutenu par une ou plusieurs institutions de sécurité sociale, régissant la distribution de prestations de sécurité sociale et leur financement. Il devrait être généralement possible d'établir un compte de recettes et de dépenses distinct pour chaque régime de sécurité sociale. Il est fréquent qu'un régime de sécurité sociale offre une protection contre un seul risque ou un seul besoin et couvre une seule catégorie d'ayants droit. Toutefois, une même institution administre normalement plus d'un régime de prestations.

L'ensemble des régimes et des institutions de sécurité sociale d'un même pays sont inévitablement interreliés et complémentaires au point de vue de leurs objectifs, de leurs fonctions et de leur financement, formant ainsi un système national de sécurité sociale. Pour des motifs d'efficacité et d'efficience (que l'OIT recommandera toujours à ses mandants), il est essentiel qu'il existe une coordination étroite au sein du système et que – notamment aux fins de la coordination et de la planification – les comptes de recettes et de dépenses de l'ensemble des régimes soient agrégés dans un budget de sécurité sociale unique pour tout le pays, de façon à ce que les dépenses futures et le financement affecté nationalement aux régimes composant le système de sécurité sociale, soient planifiés de façon intégrée.

---

## **Risques, éventualité, insécurité et gestion des risques**<sup>6</sup>

Les éventualités sont des événements susceptibles de se réaliser ou non (accident ou gain à la loterie, par exemple). Les risques sont des éventualités qui sont perçues comme ayant un effet négatif ou fâcheux pour des individus, des groupes ou des sociétés – voire des entités encore plus complexes telles que l’environnement. Les risques, en ce sens, englobent un éventail large et varié d’éventualités comme les inondations, les tremblements de terre, les conflits, la perte d’emploi, le décès d’un soutien de famille ou une maladie chronique.

Un individu (ou un groupe) est exposé à un risque s’il peut arriver qu’un certain événement se produise et l’affecte. Il peut, par exemple, vivre dans un environnement où il risque de contracter une certaine maladie. L’individu qui émigre dans un pays exempt de cette maladie particulière cesse d’être exposé. Un individu (ou un groupe) est vulnérable par rapport à un certain risque s’il n’a pas les moyens de faire face aux conséquences de ce risque une fois que celui-ci s’est matérialisé: il peut, par exemple, être incapable de s’offrir les soins médicaux qui pourraient l’aider à recouvrer la santé. Ceux qui sont vulnérables par rapport à un certain risque ont besoin d’un mécanisme de protection qui réduise leur vulnérabilité. La sécurité sociale réduit la vulnérabilité par rapport aux conséquences financières de certains risques lorsque, le cas échéant, ils se matérialisent, c’est-à-dire qu’elle fournit une sécurité ou réduit l’insécurité. Même s’il est possible de prendre des mesures, autant que faire se peut, pour éviter les accidents ou les maladies, la contribution directe de la sécurité sociale à la réduction de l’exposition aux risques est nécessairement limitée.

Les risques ne sont pas tous imprévisibles et hors de tout contrôle. Par exemple, la probabilité de contracter une certaine maladie peut être réduite par l’hygiène, le risque de chômage peut être réduit par le fait de partir s’établir dans une région où les compétences de la personne sont davantage en demande et le risque encouru par une famille peut être réduit par le fait de quitter un pays agité par des troubles politiques ou affecté par de mauvaises conditions d’hygiène. Il s’agit là de réduction, d’évitement ou de prévention des risques. Le fait de cotiser à une assurance garantissant le versement d’une prestation en espèces dans le cas où une certaine éventualité se réaliserait contribue à atténuer le risque visé. Les prestations d’aide sociale servies en cas de pauvreté sont considérées comme un moyen de faire face au risque (dans la mesure, du moins, où les prestations sont adéquates). Toute la gamme de stratégies et de dispositifs allant de la réduction, de l’évitement ou de la prévention du risque à son atténuation en passant par les moyens d’y faire face compose ce qu’on appelle la gestion des risques.

<sup>6</sup> Pour cette sous-partie, on s’est appuyé sur Cichon et coll. (2004).



---

## Bibliographie

- Adema, W.; Ladaique, M. (2005): Net social expenditure, 2005 edition: *More comprehensive measures of social support*, OECD Social, Employment and Migration Working Paper No. 29 (Paris, OCDE).
- Agüero, J.; Carter, M.; Woolard, I. (2006): «From flows to stocks: The impact of unconditional cash transfers on human capital», communication donnée lors de la CSAE Conference on Reducing Poverty and Inequality: How can Africa be included?, 20-21 mars 2006, Oxford (Royaume-Uni).
- , 2007: *The Impact of Unconditional Cash Transfers on Nutrition: The South African Child Support Grant*, Working Paper No. 39 (Brasilia, International Policy Centre).
- Ahmed, S. (2005): *Delivery mechanisms of cash transfer programs to the poor in Bangladesh*, World Bank Social Protection Discussion Paper Series No. 0520 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Ananias de Sousa, P. (2009): Panel on income guarantee program: Bolsa Família Program, présentation donnée devant la Commission de l'emploi et de la politique sociale, 304<sup>e</sup> session du Conseil d'administration, Genève, mars 2009.
- Araujo, M. (2006): *Assessment of the child money program and properties of its targeting methodology*, Working Paper Series on Mongolia Paper No. 2006-1 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Ardington, E.; Lund, F. (1995): «Pensions and development: Social security as complementary to programmes of reconstruction and development», *Development Southern Africa*, vol. 12, n° 4, pp. 557-577.
- Association internationale de la sécurité sociale (AISS) (2008): *Afrique du Sud*, [www.issa.int/aiss/Observatory/Country-Profiles/Regions/Africa/South-Africa#](http://www.issa.int/aiss/Observatory/Country-Profiles/Regions/Africa/South-Africa#).
- Attanasio, O.; Pellerano, L.; Polania, S. (2008): *Building trust? Conditional cash transfers and social capital*, EWP08/02 (London, The Institute for Fiscal studies (IFS)).
- Baeza, C.; Packard, T. (2006): *Beyond survival: Protecting households from health shocks in Latin America* (Banque mondiale et Stanford University Press).
- Banco Central do Brasil (2008): Boletim do Banco Central do Brasil: Relatório Anual 2007, BACEN (Brasília).
- Banque mondiale (1999): *Voices of the Poor* (Washington, DC).
- (2001): *Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001: Combattre la pauvreté*, partie IV, Sécurité matérielle, chap. 8: *Aider les pauvres à gérer les risques* (Paris, éditions Eska).
- (2006): *Colombia: Familias en Acción* (Families in Action).  
[http://siteresources.worldbank.org/SAFETYNETSANDTRANSFERS/Resources/281945-1131738167860/1898367-1150829758165/Colombia\\_FamiliasenAccion.pdf](http://siteresources.worldbank.org/SAFETYNETSANDTRANSFERS/Resources/281945-1131738167860/1898367-1150829758165/Colombia_FamiliasenAccion.pdf)

- 
- (2008): «Food price crisis imperils 100 million in poor countries», Zoellick Says, Press Release.  
<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:21729143~menuPK:51062075~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>
- (2009): *Shanghai Poverty Conference: Case Study Summary of Mexico's Oportunidades Program*.  
<http://info.worldbank.org/etools/docs/reducingpoverty/case/119/summary/Mexico-Oportunidades%20Summary.pdf>
- Barrientos, A.; Holmes, R.; Scott, J. (2008a): *Social Assistance in Developing Countries. Database* (Brooks World Poverty Institute, The University of Manchester, Overseas Development Institute and DFID).
- (2008b): *Social Transfers and Growth: A Review*. BWPI Working Paper No. 52 (Manchester, Brooks World Poverty Institute).
- Beegle, K.; Rajeev, D.; Gatti, R. (2006): «Child labor and agricultural shocks», *Journal of Development Economics*, vol. 81, 2006, pp. 80-96.
- Bertrand, M.; Mullainathan, S.; Miller, D. (2003): «Public policy and extended families: Evidence from pensions in South Africa», *The World Bank Economic Review*, vol. 17(1), pp. 27-50.
- Bertranou, F. (2007): *Informal economy, independent workers and social security coverage in Argentina, Chile and Uruguay*, preliminary version (Santiago de Chile, BIT).
- , Vásquez, J. (2006): «Trabajadores independientes y el sistema de pensiones en Chile», BIT, *Notas: Seguridad Social y Reforma del Sistema de Pensiones en Chile*, No. 1, (Santiago de Chile, BIT).
- Bonilla García, A.; Gruat, J.-V. (2003): *Investir à toutes les étapes du cycle de vie: pour la justice sociale, la réduction de la pauvreté et le développement durable* (Genève, BIT).
- Brière de la, B.; Rawlings, L. (2006): *Examining conditional cash transfer programs: A role for increased social inclusion?*, SP Discussion Paper No. 0603 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Carrin G.; James, C.; Evans, D. (2005): *Achieving universal health coverage: Developing the health financing system*, Technical briefs for policy-makers No. 1 (Genève, Organisation mondiale de la santé).
- Case, A.; Deaton, A. (1996): *Large cash transfer to the elderly in South Africa*, Papers 176 (Princeton, Woodrow Wilson School).
- ; Hosegood, V.; Lund, F. (2005): «The reach and impact of child support grants: Evidence from KwaZulu-Natal», *Development Southern Africa*, vol. 22, n° 4, pp. 467-482.
- Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional (CEDEPLAR) (2007): *Avaliação de Impacto do Programa Bolsa Família*, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, oct. (Brasília).
- Chronic Poverty Research Centre (CPRC) (2008): *The Chronic Poverty Report 2008-09: Escaping poverty traps* (Northampton, Belmont Press Ltd.).

- 
- Cichon, M.; Marcadent, P.; Orton, I., forthcoming: *Compendium on a basic set of social security guarantees for developing countries* (Genève, BIT).
- ; Scholz, W.; van de Meerendonk, A.; Hagemeyer, K.; Bertranou, F.; Plamondon, P. (2004): *Financing social protection*, Quantitative methods in social protection series (Genève, BIT/AISS).
- Coady, D.; Grosh, M.; Hoddinott, J. (2004): *Targeting of transfers in developing countries: Review of lessons and experience* (Washington, DC, Banque mondiale).
- Coomans, F. (1995): «Economic, social and cultural rights», rapport commandé par le Comité consultatif sur les droits de l'homme et la politique étrangère des Pays-Bas, *Studie- en Informatiecentrum Mensenrechten* (SIM) Special No. 16, Netherlands Institute of Human Rights, Utrecht.
- Croome, D. (2008): *Designing and implementing an old age social pension scheme: Lessons from the Katete pilot in Zambia* (Lusaka, Care International Zambia).
- De Brauw et Hoddinott (2008): *Is the conditionality necessary in conditional cash transfer programmes? Evidence from Mexico*, One Pager, No. 64 (Brasilia, International Poverty Centre).
- Deaton, A. (2006): *Global patterns of income and health: facts, interpretations and policies*, World Institute for Development Economics Research (WIDER), Annual Lecture, United Nations University, Helsinki.
- Delgado, G.C.; Cardoso, J.C. (2000): *A universalização de direitos sociais no Brasil: a previdência rural nos anos 90* (Brasília, IPEA).
- Deolalikar, A.; Gaiha, R. (1993): *Targeting of rural public works: Are women less likely to participate?*, Discussion Paper Series 93-05 (Seattle, Institute for Economic Research, University of Washington).
- Département des affaires économiques et sociales de l'ONU (UN-DESA) (2007): *Tackling insecurity in old age: The challenge of universal pensions*, Policy Brief No. 3 (New York).
- Department for International Development (DFID) (2005): *Social transfers and chronic poverty: Emerging evidence and the challenge ahead*, a DFID Practice Paper (UK).
- Department of Social Development South Africa (2002): *National Report on the Status of Older Persons 1994-2002*, Report to the Second Assembly on Ageing, 8-12 avril 2002 (Madrid, Espagne).
- Dercon, S. (2002): «Income risk, coping strategies and safety nets», *World Bank Research Observer*, vol. 17, n° 2 (automne 2002), pp. 141-166.
- (2007): *Fate and fear: Risk and its consequences in Africa* GRRG-WPS-074 (Oxford, Global Poverty Research Group).
- Dev, S. (1995): «India's (Maharashtra) employment guarantee scheme: Lessons from long experience», J. Von Braun (dir. de publication): *Employment for Poverty Reduction and Food Security* (Washington, DC, IFPRI).
- Devereux, S. (2001): *Social pensions in Namibia and South Africa*, IDS Discussion Paper 379 (Brighton, Institute for Development Studies).

- 
- (2002): «Can social safety nets reduce chronic poverty?», *Development Policy Review*, vol. 20, n° 5, pp. 657-675.
- Dorosh, P.; Haggblade, S. (1995): «Filling the gaps: Consolidating evidence on the design of alternative targeted food programs in Bangladesh», *The Bangladesh Development Studies*, vol. XXIII(3-4), pp. 47-80.
- Duarte, G.B.; Sampaio, B.; Yony, S. (2008): «Impactos do Programa Bolsa Família sobre os gastos com alimentos de familiares rurais», *Revista da ABET*, vol. 7, pp. 5-19.
- Fafchamps, M.; Minten, B. (2008): «Insecurity and welfare: Evidence from country data», *Journal of Development Studies*, vol. 45, n° 6, pp. 831-863.
- Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) (2007): *La situation des enfants dans le monde 2008: la survie de l'enfant* (New York).
- (2008): *La situation des enfants dans le monde 2009: la santé maternelle et néonatale* (New York).
- Fonds international de développement agricole (FIDA) (2001): *Rapport sur la pauvreté rurale 2001: Comment mettre fin à la pauvreté rurale* (Oxford, Oxford University Press).
- Galasso, E. (2006): *With their effort and one opportunity: Alleviating extreme poverty in Chile*, Development Research Group (Washington, DC, Banque mondiale).
- Gassman, F.; Behrendt, C. (2006): *Les prestations en espèces dans les pays à faible revenu: Simulation des effets sur la réduction de la pauvreté au Sénégal et en République-Unie de Tanzanie*, questions de protection sociale, document de réflexion 15 (Genève, BIT).
- Handa, S.; Davis, B. (2006): «The Experience of conditional cash transfers in Latin America and the Caribbean», *Development Policy Review*, vol. 24 (5), pp. 513-536.
- HelpAge International (2003): *Non-contributory pensions and poverty prevention: A comparative study of Brazil and South Africa* (Manchester: IDPM et HelpAge).
- (2006): *Why social pensions are needed now* (Londres).
- (2009): Pension Watch, [www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch](http://www.helpage.org/Researchandpolicy/PensionWatch).
- Hossain, N.; Matin, I. (2004): *Engaging elite support for the poorest? BRAC's experience with the Ultra Poor Programme*, CFPR-TUP Working Paper Series No. 3 (Dhaka and Ottawa, BRAC and Aga Khan Foundation Canada).
- International Poverty Centre (2007): *Can all cash transfers reduce inequality?*, One Pager, n° 36 (Brésil).
- Jongudosmuk, P. (2006): PowerPoint presentation: *Managing rapid increase of health care coverage in Thailand: What lessons can we learn?*, Conference on extending social health insurance to informal economy workers, 18-20 oct. 2006, Manille, Philippines.
- Korpi, W.; Palme, J. (1998): «The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare State institutions, inequality and poverty in the Western countries», *American Sociological Review*, vol. 63, n° 5, pp. 661-687.



- 
- Krishna, A. (2007): «For reducing poverty faster: Target reasons before people», *World Development*, vol. 35, n° 11, pp. 1947-1960.
- Künnemann, R.; Leonhard, R. (2008): *A human rights view of social cash transfers for achieving the Millennium Development Goals* (Stuttgart/Bonn, Brot für die Welt/Evangelischer Entwicklungsdienst).
- Lamarche, L. (2002): «The right to social security in the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights», A. Chapman et S. Russell (dir. de publication): *Core obligations: Building a framework for economic, social and cultural rights* (Antwerp, Oxford, New York Intersentia), pp. 87-114.
- Lanzilotta, B. (2007): *El empleo por cuenta propia y la cobertura de la seguridad social en el Uruguay*, Preliminary document (Santiago de Chili, BIT).
- Lindert, K.; Linder, A.; Hobbs, J.; de la Brière, B. (2007): *The nuts and bolts of Brazil's Bolsa Família programme: Implementing conditional cash transfers in a decentralized context*, Social Protection Discussion Paper No. 0709 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Lund, F.; Srinivas, S. (2000): *A gendered approach to social protection for workers in the informal economy* (Genève, BIT).
- Maluccio, J.; Flores, R. (2004): *Impact evaluation of a conditional cash transfer program: The Nicaraguan Red de Protección Social*, Discussion Paper Briefs, Discussion Paper 184 (Washington, DC, International Food Policy Research Institute).
- Medeiros, M.; Britto, T.; Soares, F. (2008): *Targeted cash transfer programmes in Brazil BPC and the Bolsa Família*. Working Paper No. 46 (Brasilia, International Poverty Centre).
- Mesa-Lago, C. (2007): «Evolution du marché du travail, assurance sociale et couverture médicale de la population en Amérique latine: problèmes et lignes d'action», *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 60, n° 1, pp. 3-36.
- Ministério da Previdência Social (2008): *Anuário Estatístico da Previdência Social – 2007* (Brésil).
- Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2008): *Bolsa Família Program, Presentation, made in the Public Financial Management for Improving Programme Delivery*, oct. (New Delhi, Inde).
- (2009): *Conditional cash transfer: Bolsa Família Case*, présentation donnée devant la Commission de l'emploi et de la politique sociale, 304<sup>e</sup> session du Conseil d'administration, Genève, mars 2009.
- Ministry of Community Development and Social Services (MCDSS) and German Technical Cooperation (GTZ) (2006): *Evaluation Report: Kalomo Social Cash Transfer Scheme* (Lusaka).
- Mkandawire, T. (2005): *Targeting and universalism in poverty reduction*, Social policy and development programme paper No. 23 (Genève, Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social).
- Molyneux, M. (2007): *Change and continuity in social protection in Latin America: Mothers at the service of the State?*, UNRISD Gender and Development Programme

- 
- Paper No. 1 (Genève, Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social).
- Morgan, R. (1991): «State pensions as an income safety net in Namibia», *Food Policy*, vol. 16, Issue 5, oct. 1991, pp. 351-359.
- MTEySS-OIT (2007): *Trabajadores independientes y cobertura de la seguridad social. Press Document* (Buenos Aires, BIT).
- National Social Security and Insurance Trust (NASSIT) (2007): *Sierra Leone Social Security Perception Survey* (Freetown).
- Neubourg, C. (2002): *Incentives and the role of institutions in the provision of social safety nets*, Social Protection Discussion Paper Series No. 00226 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) (2008): *La flambée des prix des denrées alimentaires: faits, perspectives, effets et actions requises*, Conférence de haut niveau sur la sécurité alimentaire mondiale: les défis du changement climatique et des bioénergies (Rome).
- /FIDA (2008): *Eau et pauvreté rurale: interventions pour améliorer les moyens d'existence des populations d'Afrique subsaharienne* (Rome).
- Organisation internationale du Travail (2001a): *Résolution et conclusions concernant la sécurité sociale*, Conférence internationale du Travail, 89<sup>e</sup> session 2001 (Genève)-
- (2001b): *Enquête sur la sécurité des personnes* (Genève).
- (2002): *Sécurité sociale: un nouveau consensus* (Genève).
- (2004): *La sécurité socio-économique pour un monde meilleur* (Genève).
- (2006): *La fin du travail des enfants: un objectif à notre portée*, rapport global en vertu du suivi de la Déclaration de l'OIT relative aux principes et droits fondamentaux au travail, 2006, rapport I(B), rapport du Directeur Général, Conférence internationale du Travail, 95<sup>e</sup> session, 2006 (Genève).
- (2008a): *Promotion de l'emploi rural pour réduire la pauvreté*, rapport IV, Conférence internationale du Travail, 97<sup>e</sup> session, 2008 (Genève).
- (2008b): *Conclusions sur la promotion de l'emploi rural pour réduire la pauvreté*, Conférence internationale du Travail, 97<sup>e</sup> session, 2008 (Genève).
- (2008c): *Can low income countries afford basic social security?* Social Security Policy Briefings, Paper 3 (Genève).
- (2008d): *Social Health Protection: An ILO strategy towards universal access to health care*. Social Security Policy Briefings, Paper 1 (Genève).
- (2008e): *Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable*, adoptée par la Conférence internationale du Travail à sa 97<sup>e</sup> session, Genève, 10 juin 2008 (Genève).
- (2008f): *Draft report on assessing health financing options in Sierra Leone* (Genève).

- 
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2005): *Rapport sur la santé dans le monde: donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant* (Genève).
- (2006): *Rapport sur la santé dans le monde 2006: travailler ensemble pour la santé* (Genève).
- (2008): *Statistiques sanitaires mondiales* (Genève).
- Orton, I. (2008): *Eliminating child labour: The promise of a basic income*, présenté au douzième BIEN World Congress on Basic Income, Dublin, Irlande, juin 2008. [www.corii.ie/Justice/Basic\\_Income/62-Basic\\_Income/541-bien-world-congress-on-basic-income](http://www.corii.ie/Justice/Basic_Income/62-Basic_Income/541-bien-world-congress-on-basic-income), OIT (Genève).
- Paratian, R.; Dasgupta, S. (dir. de publication) (2004): *Faire face à l'insécurité économique en Afrique* (Genève, BIT).
- Pelham, L. (2007): *The politics behind the non-contributory old age social pensions in Lesotho, Namibia and South Africa*, Chronic Poverty Research Centre (CPRC), Working Paper No. 83 (Manchester, Chronic Poverty Research Centre).
- Pinheiro, V. (2009): *Bolsa Família in Brazil: Context, concept and impacts*, document préparé pour la Commission de l'emploi et de la politique sociale, 304<sup>e</sup> session du Conseil d'administration, Genève, mars 2009 (Genève, BIT).
- Posel, D.; Fairburn, J.; Lund, F. (2004): *Labour migration and households: A reconsideration of the Effects of the Social Pension on Labour Supply in South Africa*. Forum Paper 2004, African Development and Poverty Reduction: the macro-micro Linkage, 13-15 oct. 2004 Somerset West, South Africa, [www.tips.org.za/files/Labour\\_Migration\\_and\\_Householdspesel\\_fairburn\\_lund.pdf](http://www.tips.org.za/files/Labour_Migration_and_Householdspesel_fairburn_lund.pdf).
- POVNET (2008): *Social protection, poverty reduction and pro-poor growth: A policy guidance note* (Paris).
- Rabbani, M.; Prakash, V.; Sulaiman, M. (2006): *Impact assessment of CFPR/TUP: A descriptive analysis based on 2002-2005 panel data*, CFPR/TUP Working Paper Series No. 12 (Dhaka, RED BRAC, Aga Khan Foundation Canada et CIDA).
- Ravallion, M.; Wodon, Q. (1999): *Does child labour displace schooling? Evidence on behavioural responses to enrolment subsidy*, Policy Research Working Paper 2116, (Washington, DC, Banque mondiale).
- Rawlings, L. (2005): «Une nouvelle approche de l'assistance sociale: l'expérience de l'Amérique latine avec les programmes de transferts conditionnels en espèces», *Revue internationale de la sécurité sociale*, vol. 58, n° 2-3, pp. 157-192.
- Razavi, S. (2007): «The return to social policy and the persistent neglect of unpaid care», *Development and Change*, vol. 38, n° 3, pp. 377-400.
- Rifkin, J. (1995): *The end of work: The decline of the global labor force and the dawn of the post-market era* (New York, Putnam Publishing Group).
- Sagner, A. (2000): «Ageing and social policy in South Africa: Historical perspectives with particular reference to the Eastern Cape», *Journal of Southern African Studies*, vol. 26, n° 3, pp. 523-553.
- Samson, M.; van Niekerk, I.; Mac Quene, K. (2006): *Designing and implementing social transfer programmes* (Cape Town, EPRI Press).

- 
- Save the Children UK, HelpAge International and Institute of Development Studies (2005): *Making cash count: Lessons from cash transfer schemes in East and Southern Africa for supporting the most vulnerable children and households* (Londres, Brighton).
- Savy, R. (1970): *La sécurité sociale en agriculture et dans les zones rurales* (Genève, BIT).
- Schady, N.; Araujo, M. (2006): *Cash transfers, conditions, school enrolment, and child work: Evidence from a randomized experiment in Ecuador*, Impact Evaluation Series No. 3. World Bank Policy Research Working Paper No. 3930 (Washington, DC, Banque mondiale).
- Scheil-Adlung, X.; Jütting, J.; Xu, K.; Carrin, G. (2006): *What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries*, ESS Paper No. 24 (Genève, BIT).
- (2007): «Social protection, poverty reduction and access to care: A comparative study on Kenya, Senegal and South Africa», J. Holst et A. Brandrup-Lukanow (dir. de publication): *Extending social health protection – developing countries experiences*, GTZ-ILO-WHO (Eschborn, GTZ-ILO-WHO).
- Schleberger, E. (2002): *Namibia's universal pension scheme: Trends and challenges*, ESS Paper No. 6 (Genève, BIT).
- Schubert, B. (2004): The pilot social cash transfer scheme Kalomo District – Zambia (Lusaka), [www.sarpn.org.za/documents/d0001054/P1166-schubert\\_Zambia\\_Dec2004.pdf](http://www.sarpn.org.za/documents/d0001054/P1166-schubert_Zambia_Dec2004.pdf).
- Schwarzer, H. (2000): *Impactos Socioeconômicos Do Sistema De Aposentadorias Rurais No Brasil — Evidências Empíricas De Um Estudo De Caso No Estado Do Pará*. Texto para discussão No. 729 (Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa Economica Aplicada).
- ; Querino, A. (2002): *Non-contributory pensions in Brazil: The impact on poverty reduction*, ESS Paper No. 11 (Genève, BIT).
- SEDESOL (2007): Oportunidades: a Programme of Results (Mexico City).
- (2009): Oportunidades: Design and operation, [http://www.oportunidades.gob.mx/Wn\\_English/design\\_oper.html](http://www.oportunidades.gob.mx/Wn_English/design_oper.html).
- Sen, A. (1999): *Development as Freedom* (Oxford, Oxford University Press).
- Skoufias, E. (2005): *Progesa and its impacts on the welfare of rural households in Mexico*, Research Report 139 (Washington, DC, International Food Policy Research Institute).
- Smeeding, T.M. (2006): «Poor People in a Rich Nation: The United States in Comparative Perspective», *Journal of Economic Perspectives*, vol. 20, n° 1, pp. 69-90.
- Soares, F.V.; Soares, S.; Medeiros, M.; Osório, R.G. (2006): *Cash transfer programmes in Brazil: Impacts on inequality and poverty*, Working Paper No. 21 (Brasilia, International Poverty Centre).
- , M.; Zepeda, E. (2007a): *Conditional cash transfers in Brazil, Chile and Mexico: Impacts upon inequality*. Working Paper No. 35 (Brasilia, International Poverty Centre).

- 
- Soares, F.V.; Osório, R.G. Ribas, R. (2007b): *Evaluating the Impact of Brazil's Bolsa Família: Cash Transfer Programmes in Comparative Perspective*, IPC Evaluation Note No. 1 (Brasilia, International Poverty Centre).
- Soares, S. (2008): *O Ritmo de Queda na Desigualdade no Brasil é Adequado? Evidências do Contexto Histórico e Internacional*, Texto para Discussão 1339 (Brasilia, Instituto de Pesquisa Economica Aplicada).
- Standing, G. (2002): *Beyond the new paternalism: Basic security as equality* (Londres et New York, Verso).
- . (2008): *Conditional cash transfers: Why targeting and conditionalities could fail*, One Pager, No. 47 (Brasilia, International Poverty Centre).
- Sulaiman, M.; Matin, I. (2006): *Targeting effectiveness of CFPR/TUP in scale-up environment*, CFPR/TUP Working Paper Series No. 8 (Dhaka et Ottawa, BRAC et Aga Khan Foundation Canada).
- Sundaram, K.; Tendulkar, S. (2003): *Poverty among social and economic groups in India in the nineteen nineties*, Working Paper No. 118 (Delhi, Centre for Development Economics).
- Tabatabai, H. (2006): *Eliminating child labour: The promise of conditional cash transfers*, IPEC Discussion Paper (Genève, BIT).
- Tokman, V.E. (2007): *Informality: exclusion and precariousness*, document préparé pour le «Colloque interrégional sur l'économie informelle: Permettre une transition vers la formalisation», Genève, 27-29 nov. 2007.
- Van Ginneken, W. (dir. de publication) (2000): *Sécurité sociale pour la majorité exclue: études de cas dans les pays en développement* (Genève, BIT).
- Weiss, J. (2004): *Poverty targeting in Asia: Experiences from India, Indonesia, the Philippines, People's Republic of China and Thailand*, Research Policy Brief No. 9. (Tokyo, Asian Development Bank Institute).
- Woolard, I. 2003. *Social assistance grants: impact of Government programmes using administrative data sets*, Report for Southern African Regional Poverty Network (Pretoria, Southern African Regional Poverty Network).
- ; Carter, M.; Agüero, J. (2005): *Analysis of the Child Support Grant: Evidence from the KwaZulu-Natal Income Dynamics Study, 1993-2004*, Report to the Department of Social Development, déc. 2005, Unpublished manuscript.
- Yap, Y.; Sedlacek, G.; Orazem, P. (2002): *Limiting child labour through behaviour-based income transfers: An experimental evaluation of the PETI Program in rural Brazil* (Washington, DC, Banque mondiale).
- Yaschine, I. (1999): «The changing anti-poverty agenda: What can the Mexican case tell us?», *Institute of Development Studies*, Bulletin, vol. 30, n° 2, pp. 47-60.



---

## Partie B. Les faits et les nouveaux instruments juridiques possibles

### Supplément A. Analyse statistique des lacunes de la couverture

Le présent chapitre offre une analyse statistique exclusive des «lacunes de la couverture». Procédant à une évaluation mondiale, on s'est particulièrement intéressé, à chaque stade, à un certain nombre d'éventualités (comme celles que couvrent la sécurité du revenu dans la vieillesse ou l'accès aux soins de santé). On s'est spécialement préoccupé de la couverture, ou de son absence, en ce qui concerne les travailleuses. On a par ailleurs cherché à quantifier, autant que possible, l'influence de tout un éventail de facteurs.

Il faut examiner un certain nombre d'aspects lorsqu'on analyse la couverture de la sécurité sociale.

*Premièrement*, il convient d'évaluer la couverture par rapport à différentes éventualités. Il est pratique de classer les différentes éventualités habituellement reconnues (telles que les énumère, par exemple, la convention n° 102) selon qu'elles relèvent du «long terme» ou du «court terme». Cette distinction se retrouve d'ailleurs souvent dans le découpage des dispositifs régissant l'administration des prestations dans n'importe quel pays. Sous les prestations de longue durée, on englobe généralement les prestations de pension, destinées à procurer une sécurité du revenu aux personnes âgées, aux survivants (veuves ou veufs et orphelins) ainsi qu'aux personnes handicapées. Quant aux prestations de courte durée, généralement administrées par une ou plusieurs «branches» à part, elles comprennent les prestations de maternité et de maladie ainsi que le soutien du revenu (et les services connexes) en cas de perte d'emploi. Les programmes de prestations visant les victimes d'accidents du travail ont tant des aspects de courte durée que de longue durée. L'accès aux services de santé (y compris des dispositifs spéciaux relevant, par exemple, des régimes de protection contre les accidents du travail ou les lésions professionnelles) est presque toujours administré par un système à part.

*Deuxième axe d'analyse*: la distinction entre couverture *légale* (ou obligatoire selon la loi) et couverture *effective*. En général, on désigne un sous-groupe de la population comme étant «couvert légalement» (au titre d'une ou plusieurs branches de sécurité sociale) lorsque la loi prévoit que ses membres ont droit à une couverture et à des prestations dans des circonstances définies (par exemple, le droit de recevoir une pension à partir de 65 ans ou un soutien du revenu au cas où leur revenu tomberait en dessous d'un certain seuil). Il est toutefois clair que, en réalité, le nombre d'individus qui participent réellement à un système de sécurité sociale donné et ainsi en reçoivent des prestations, nombre qui correspond à la «couverture effective», est inférieur à celui que comprend le sous-groupe susmentionné, et ce pour un certain nombre de raisons dont la capacité des ayants droit à verser les cotisations obligatoires. L'écart entre couverture légale et couverture effective peut être particulièrement marqué dans le cas de l'accès aux soins de santé non seulement en raison de leur caractère abordable ou non, mais aussi du fait de la disponibilité physique des établissements et des services.

Il peut être nécessaire de suivre un *troisième* axe d'analyse pour résoudre la difficulté suivante: même si, dans le cas d'un certain nombre de dispositifs de sécurité sociale, le nombre d'individus *protégés* (par exemple, proportion d'un groupe cible qui cotise à un régime de pension d'assurance sociale) constitue une bonne mesure de la couverture; dans d'autres cas, un tel indicateur est soit impossible à calculer, soit dépourvu de toute signification (par exemple, le nombre d'ayants droit potentiels à une prestation de pension servie à titre universel à l'intérieur d'un pays). En pareil cas, il peut être plus utile de

---

mesurer la couverture en tant que proportion au sein d'un groupe cible (par exemple, les plus de 65 ans), des personnes qui sont de *réels bénéficiaires*.

La mesure de la couverture bute néanmoins sur plusieurs difficultés, notamment dans le cas des régimes où le versement de prestations aux individus («personnes protégées» et leurs ayants droit) peut être soumis à des conditions de ressources ou à d'autres conditions. En pareille situation, il peut être très difficile de dénombrer le groupe cible et ainsi de mesurer la couverture en termes de proportion de ses membres qui sont soit protégés (c'est-à-dire qui cotisent), soit de réels bénéficiaires. Autre source possible de problèmes: la distinction entre *formel* et *informel*, qu'il s'agisse du cadre d'emploi (économie formelle, économie informelle) ou du statut des travailleurs (même dans l'économie formelle, il arrive que nombre de travailleurs ne soient pas formellement salariés). Aux fins de l'analyse statistique, il est donc souvent nécessaire de définir les «personnes protégées» en un sens assez large.

On trouvera dans les sections suivantes une évaluation générale du paysage mondial en matière de couverture, d'abord en termes de couverture légale ou prévue par la loi puis en termes de couverture effective, en particulier au titre des régimes de prestations en espèces servant des pensions de vieillesse et au titre des systèmes de protection de la santé. Le présent supplément se termine par un examen des ressources investies par les pays dans la sécurité sociale, assorti d'une évaluation sélective des résultats sociaux.

## **A.1. Couverture – régimes obligatoires**

Dans la plupart des pays, seuls ceux qui occupent un emploi salarié formel peuvent participer aux régimes d'assurance sociale contributifs ou aux autres régimes obligatoires. La couverture, tant légale qu'effective, assurée par ces régimes est ainsi fortement corrélée au pourcentage que représentent de tels salariés dans l'ensemble de la population qui travaille.

Dans la présente section, on commencera donc par étudier l'emploi et ses formes. A l'échelle mondiale (voir tableau A.1), moins d'un quart de la population adulte totale (un tiers des hommes et un cinquième des femmes) bénéficie d'un emploi régulier (formel ou informel). Parmi ceux qui sont occupés sous quelque forme que ce soit, moins de la moitié ont le statut contractuel de salarié. Tandis que, dans les économies développées, près de 85 pour cent de l'ensemble des personnes occupées sont des salariés, cette proportion n'est que de 20 pour cent en Asie du Sud et en Afrique subsaharienne, de moins de 40 pour cent en Asie du Sud-Est et dans le Pacifique, d'à peine plus de 40 pour cent en Asie de l'Est et d'environ 60 pour cent en Afrique du Nord, au Moyen-Orient et en Amérique latine et dans les Caraïbes (voir aussi graphique A.1 plus bas). Cela dit, même parmi les salariés, tous ne disposent pas d'un emploi formel donnant accès aux prestations de sécurité sociale obligatoires (voir encadré A.1 – Emploi salarié et couverture de protection sociale).



**Tableau A.1. Pourcentage de salariés sur le marché du travail**

**Proportion de salariés**

	Total		Hommes		Femmes	
	sur la pop. occupée (en %)	sur la pop. en âge de travailler (en %)	sur la pop. occupée (en %)	sur la pop. en âge de travailler (en %)	sur la pop. occupée (en %)	sur la pop. en âge de travailler (en %)
Asie du Sud	20,8	9,7	23,4	15,6	14,6	3,5
Afrique subsaharienne	22,9	13,8	29,2	20,5	14,4	7,4
Asie du Sud-Est et Pacifique	38,8	21,9	41,5	28,6	35,0	15,1
Asie de l'Est	42,6	23,3	46,0	28,9	38,3	17,6
Afrique du Nord	58,3	24,4	58,8	38,5	56,7	10,5
Moyen-Orient	61,5	29,0	64,4	41,6	53,5	15,0
Amérique latine et Caraïbes	62,7	38,6	60,6	46,1	65,8	31,8
Europe centrale et du Sud-Est (hors UE) et CEI	76,6	41,5	75,4	48,0	78,0	35,7
Economies développées	84,3	46,6	81,7	51,8	87,5	41,6
Monde	46,9	26,5	47,4	33,0	46,0	20,1

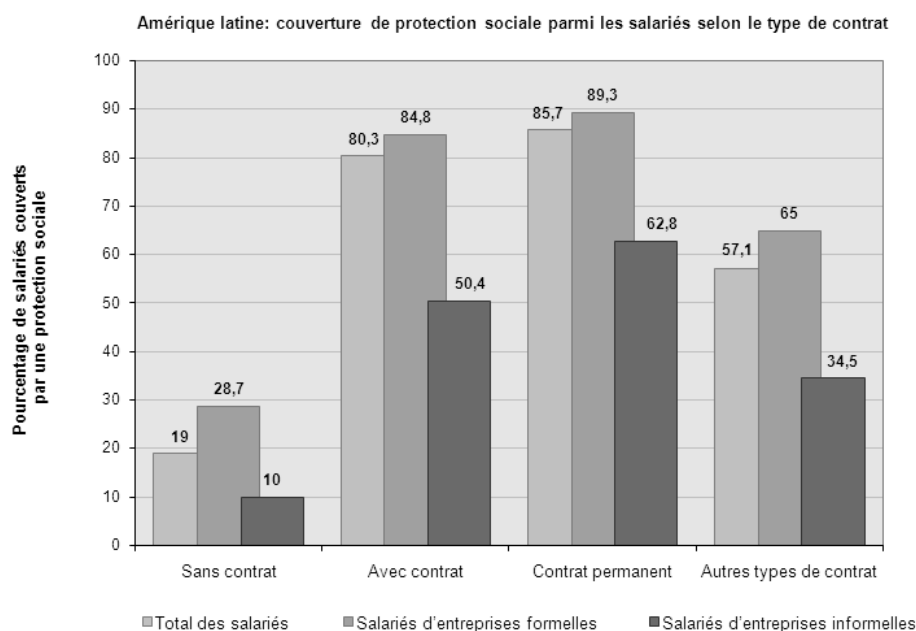
Source: OIT, calculs fondés sur: *Les indicateurs clés du marché du travail*, 5<sup>e</sup> édition, BIT, Genève, 2008, <http://www.ilo.org/public/english/employment/strat/kilm/>; (en utilisant les estimations pour 2006 de l'indicateur 3: situation d'emploi et de l'indicateur 2: ratio emploi-population). Classification des pays – voir: ICMT.

**Encadré A.1**

**Emploi informel et manque de protection sociale et de protection de l'emploi chez les salariés: exemples tirés d'Amérique latine et d'Afrique (Zambie et Tanzanie)**

L'économie informelle en Amérique latine (Tokman, 2007) représentait 64,1 pour cent de l'emploi non agricole en 2005. Sur l'ensemble des travailleurs informels, 78 pour cent se retrouvaient dans l'économie informelle, mais une minorité importante d'entre eux (22 pour cent) étaient employés dans le secteur formel (constituant ainsi des travailleurs sans protection dans des établissements formels). L'accès à la protection est généralement subordonné à une relation d'emploi formellement reconnue, normalement un contrat de travail écrit. En 2005, selon les estimations, 37,7 pour cent des salariés en Amérique latine étaient en fait sans contrat, ce pourcentage étant certes concentré dans l'économie informelle (68 pour cent des salariés sans contrat), mais englobant également 26 pour cent des salariés d'établissements formels.

La différence, en matière de couverture de protection sociale (mesurée par le pourcentage respectif de ces deux groupes de salariés qui cotisent en vue d'une pension de vieillesse), entre ces salariés sans contrat et les salariés bénéficiant d'un contrat est substantielle, que ces salariés soient employés dans l'économie informelle ou dans l'économie formelle. En moyenne, 19 pour cent des salariés sans contrat ont accès à la protection sociale, soit quatre fois moins que les salariés bénéficiant d'un contrat. La proportion de salariés sans contrat de l'économie informelle bénéficiant d'une protection sociale n'est que de 10 pour cent, soit cinq fois moins que chez leurs homologues avec contrat. Comme l'indique le graphique ci-dessous, le type de contrat joue également un rôle déterminant dans l'accès à la protection sociale.

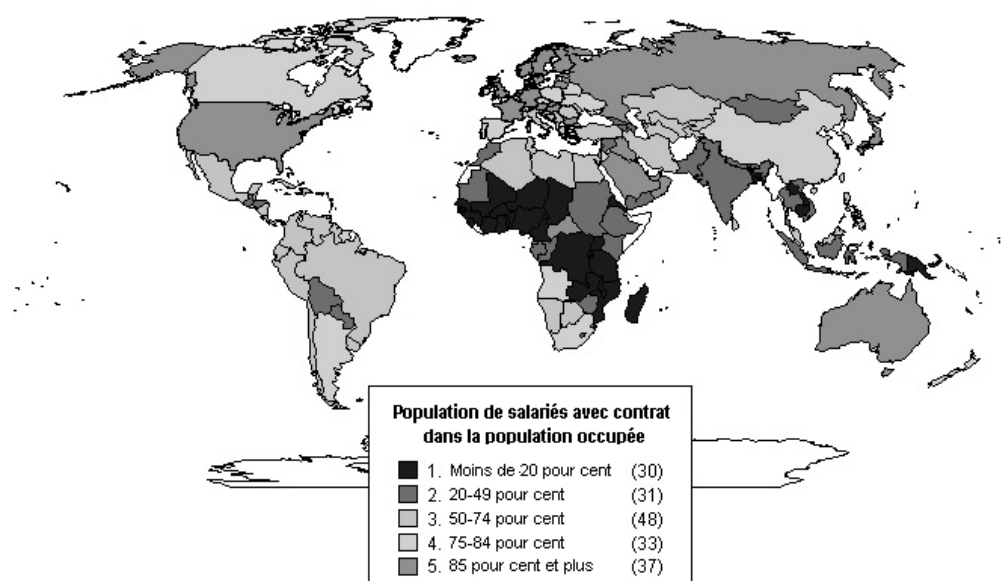


Source: ECLAC, à partir d'une enquête sur les ménages de 16 pays, dans Tokman (2007).

**Les exemples tirés d'Afrique** offrent le même schéma. En **Zambie**, où il existe des dispositions très précises en matière de sécurité sociale pour les salariés du secteur formel, tous sont loin d'en bénéficier concrètement. Un des obstacles susceptibles d'empêcher la réalisation d'une couverture de sécurité sociale plus importante tient au fait que près de la moitié des personnes interrogées (49 pour cent du total, soit 54 pour cent des femmes et 47 pour cent des hommes) indiquent ne pas avoir de contrat avec leur employeur ou ne pas savoir s'ils en ont un. En conséquence, la moitié des salariés (mais seulement 19 pour cent des salariés du secteur public) indiquent que leur employeur ne cotise pas à la sécurité sociale ou qu'ils ignorent s'il le fait. De même, plus de la moitié des salariés (là encore, 19 pour cent des salariés du secteur public) indiquent qu'ils n'ont pas droit à des congés payés ou, du moins, qu'ils n'ont pas connaissance d'un tel droit. Il se peut qu'il en soit de même pour d'autres droits officiellement inscrits dans le Code du travail du pays, tels que les indemnités d'arrêt maladie ou de congé de maternité.

En **Tanzanie**, selon l'enquête sur la main-d'œuvre ILFS 2005/2006, 8,6 pour cent du total des personnes occupées sont des salariés; parmi ces salariés, 39,1 pour cent (38 pour cent des hommes et 42,2 pour cent des femmes) travaillent dans l'économie informelle. Seuls 49 pour cent des salariés (sans presque aucune différence selon le sexe) indiquent avoir un contrat écrit (38,9 pour cent à titre permanent et 10,7 pour cent à titre occasionnel). Parmi les salariés d'entreprises formelles, 70 pour cent ont un contrat écrit et 15 pour cent un contrat oral. Dans le cas des salariés d'entreprises informelles, la proportion s'inverse: 61 pour cent ont un contrat oral et seuls 15 pour cent ont un contrat écrit, dans la plupart des cas à titre occasionnel. Tout comme en Zambie, la majorité, soit 63 pour cent de l'ensemble des salariés (mais seulement 28 pour cent des salariés du secteur public ou de grandes entreprises, et 17 pour cent des salariés disposant d'un contrat de travail écrit permanent), indiquent que leur employeur ne cotise pas à la sécurité sociale ou qu'ils ignorent s'il le fait. Seuls 5 pour cent des salariés travaillant dans l'économie informelle indiquent que leur employeur cotise à quelque régime formel de sécurité sociale; parmi les salariés de l'économie formelle, la proportion est évidemment plus élevée (56 pour cent), mais elle est encore loin de correspondre à une couverture intégrale.

## Graphique A.1. Pourcentage de travailleurs salariés dans l'emploi total

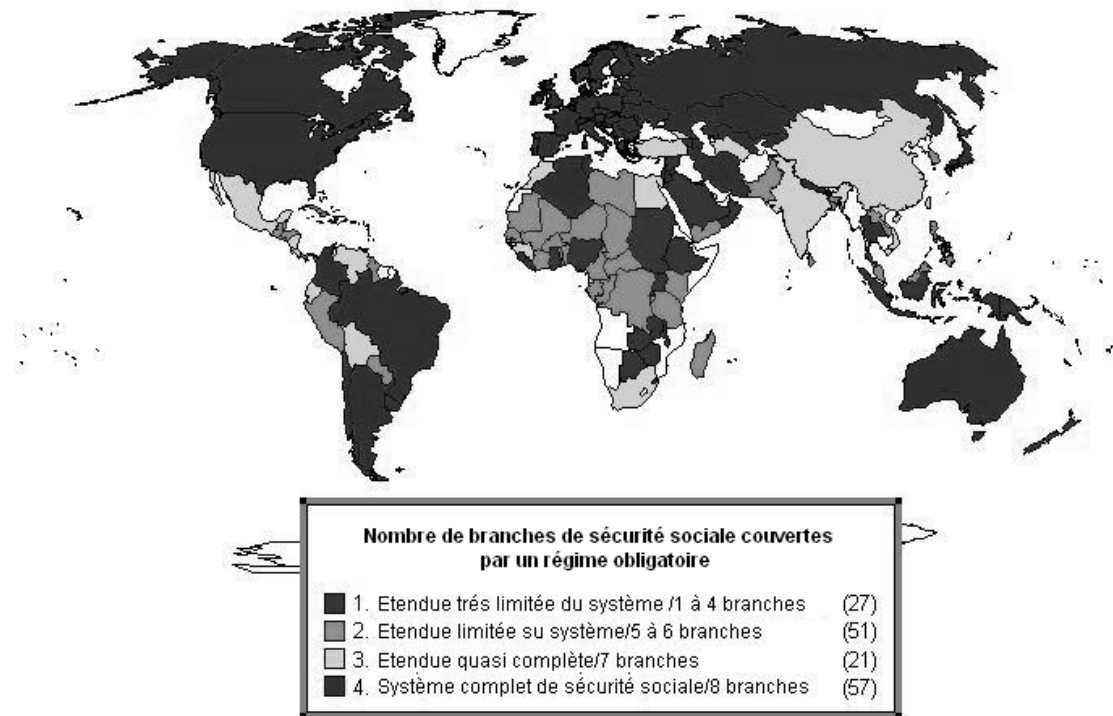


Source: LABORSTA – base de données du Département de statistique du BIT complétée par des sources nationales de statistiques.

La carte de la couverture de sécurité sociale prévue par la loi coïncide étroitement avec celle des structures du marché du travail illustrée par le graphique A.1 et ailleurs. Une façon rapide et commode d'évaluer l'étendue de la couverture consiste à compter, pour chaque pays, le nombre de branches, sur les huit que compte la sécurité sociale, au titre de laquelle il existe au moins un régime (même s'il peut arriver que ces régimes ne couvrent qu'un faible pourcentage de la population).

Même si la grande majorité des pays d'Europe, la majorité des pays des Amériques ainsi que des pays comme le Japon, l'Australie ou la Nouvelle-Zélande ont des régimes couvrant la totalité des huit branches de sécurité sociale, seuls quelques pays d'Afrique ou d'Asie sont dotés de systèmes de sécurité sociale aussi «complets» (voir graphique A.2).

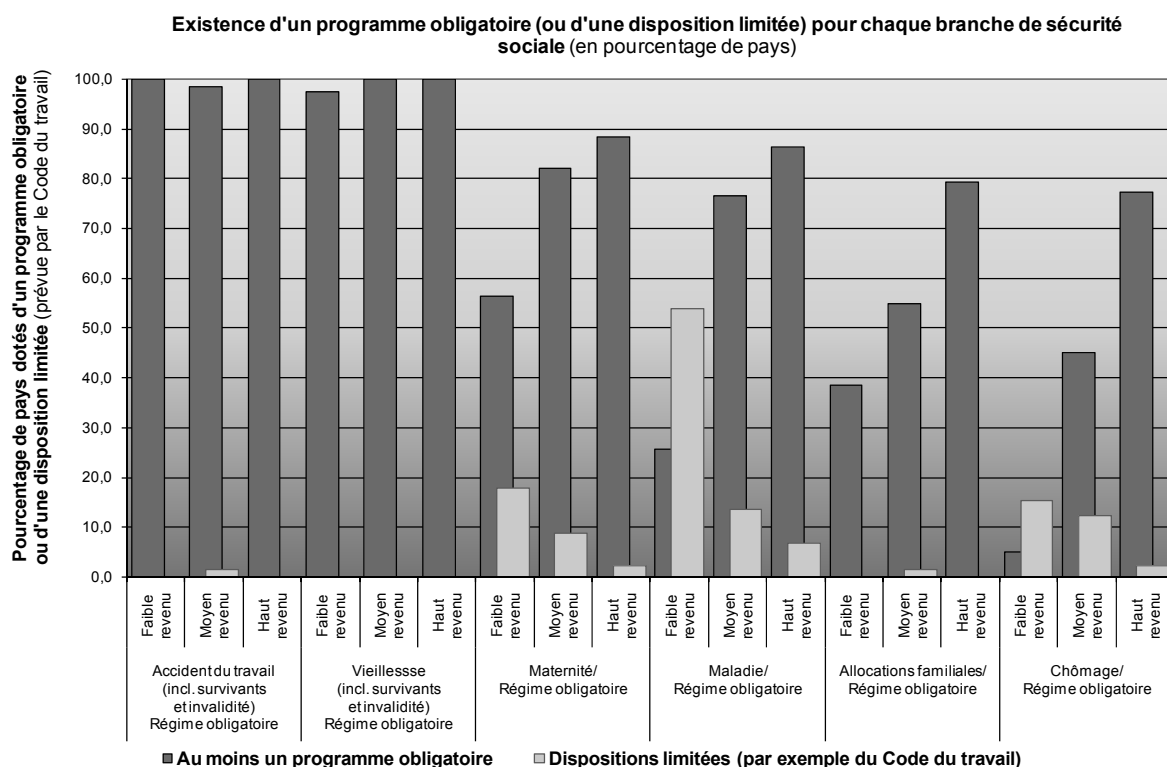
**Graphique A.2. Nombre de branches de sécurité sociale couvertes par un régime obligatoire (2008-09)**



Source: Social Security Database du BIT sur les programmes et mécanismes basée principalement sur les informations textuelles présentées dans la publication SSA/AISS Social Security Programs throughout the World (2008-09).

Dans presque tous les pays du monde (y compris les pays à faible revenu), la loi prévoit des obligations en cas d'accident du travail, et il existe au moins un régime de pension. De telles dispositions ne couvrent souvent, dans les faits, qu'une petite fraction de la main-d'œuvre, étant normalement limitées aux effectifs de la fonction publique et du secteur privé formel. Certains dispositifs, tels que les «caisses de prévoyance», versent leurs prestations en une fois plutôt que sous forme de prestations périodiques servies aussi longtemps que durent les conséquences de l'éventualité couverte, ainsi que l'exige, par exemple, la convention n° 102. D'autres éventualités sont plus rarement couvertes: on peut penser notamment aux indemnités de congé de maternité, aux indemnités d'arrêt maladie, aux allocations familiales et (prestation la plus rare) aux prestations de chômage. En ce qui concerne la perte d'emploi, il n'existe de dispositif que dans 10 pour cent environ des pays à faible revenu, dans à peu près la moitié des pays à moyen revenu et dans moins de 80 pour cent des pays à haut revenu (voir graphique A.3).

### Graphique A.3. Etendue de la couverture de sécurité sociale prévue par la loi

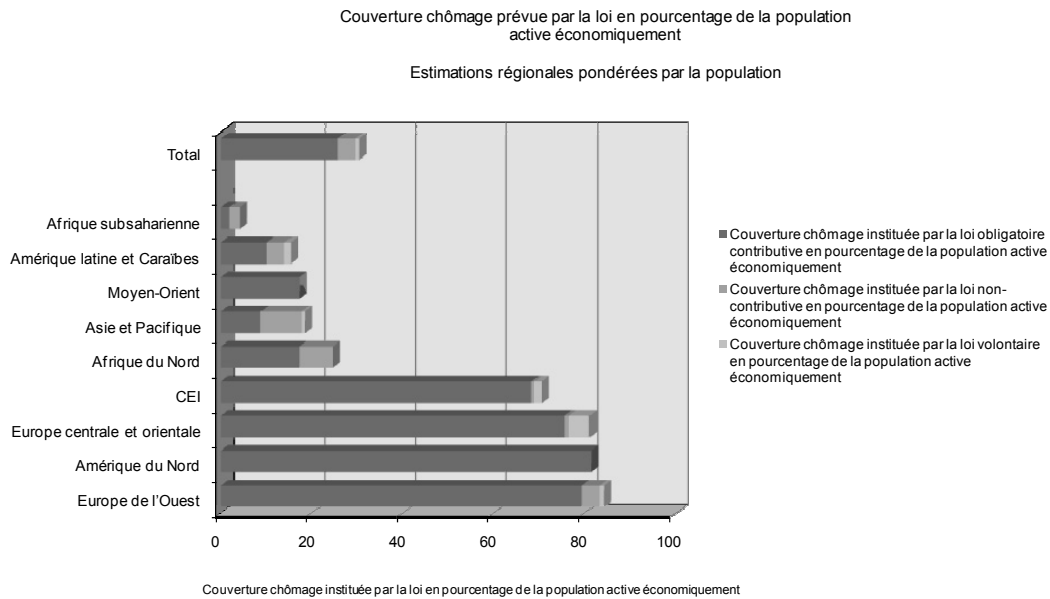


Source: Social Security Database du BIT sur les programmes et mécanismes basée principalement sur les informations textuelles présentées dans la publication SSA/AISS Social Security Programs throughout the World (2008-09).

Seul un tiers des pays du monde (représentant 28 pour cent de la population mondiale totale) dispose d'un système de protection sociale complet couvrant toutes les branches de la sécurité sociale telles qu'elles sont définies dans la convention n° 102 de l'OIT. Normalement, de tels systèmes ne couvrent que les personnes qui possèdent un emploi formel à titre salarié, soit moins de la moitié de la population active économiquement dans le monde, mais plus de 70 pour cent de celle des pays dotés d'un système complet de sécurité sociale, tel que mentionné plus haut. Compte tenu des personnes qui ne sont pas actives économiquement, on peut estimer que seuls 20 pour cent environ de la population mondiale en âge de travailler (et de leurs familles) ont *effectivement* accès à de tels systèmes complets de sécurité sociale.

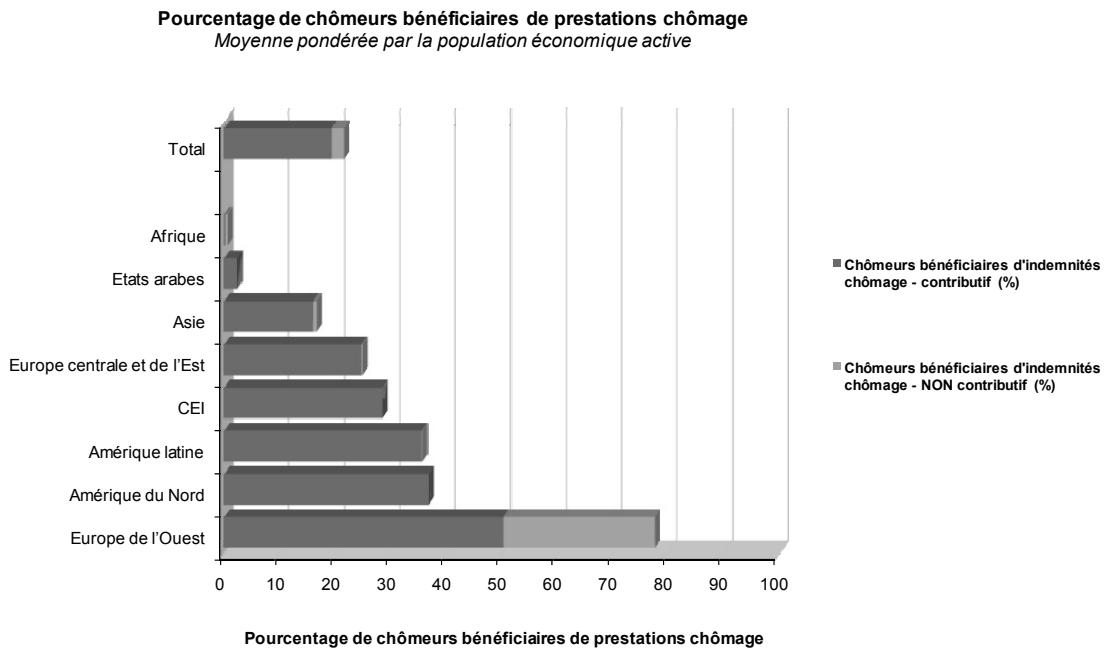
En résumé, le taux de couverture varie énormément selon l'éventualité considérée et selon le niveau de développement du pays. On trouve des régimes d'assurance-chômage dans moins de 50 pour cent des pays, fournissant une couverture *légal*e potentielle à plus d'un tiers à peine de la population mondiale active économiquement (la proportion allant de 3 pour cent en Afrique subsaharienne à entre 20 et 30 pour cent en Afrique du Nord, au Moyen-Orient, en Asie et en Amérique latine, et à plus de 70 pour cent en Europe et en Amérique du Nord), mais la couverture *effective* est nettement moindre (voir graphiques A.4a et A.4b).

**Graphique A.4a. Couverture chômage prévue par la loi en pourcentage de la population en âge de travailler et de la population active économiquement (dernière année disponible)**



Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national collectées auprès des régimes de sécurité sociale de chômage. Calculs réalisés par le BIT.

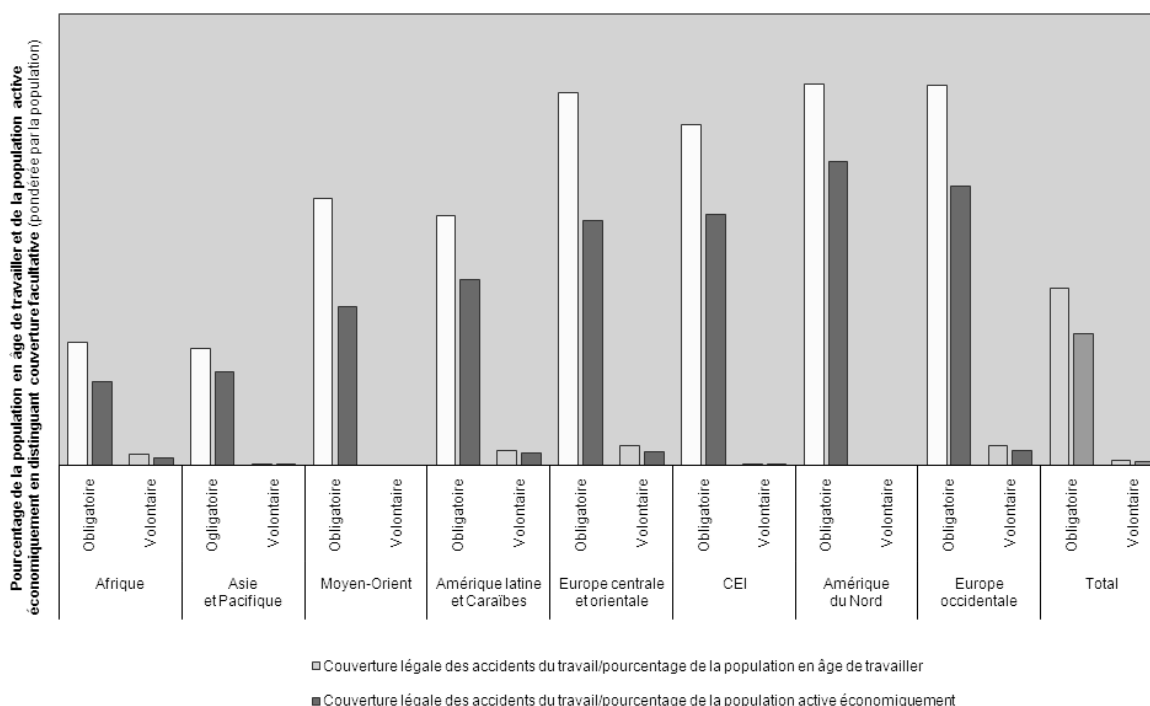
**Graphique A.4b. Couverture effective exprimée par la proportion du nombre de bénéficiaires d'indemnités chômage par rapport au nombre total de chômeurs (dernière année disponible)**



Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national collectées auprès des régimes de sécurité sociale de chômage. Calculs réalisés par le BIT.

Il existe des régimes d'indemnisation des accidents du travail dans la plupart des pays; on estime toutefois que la couverture légale représente moins de 30 pour cent de la population en âge de travailler et moins de 40 pour cent de la population active économiquement (voir graphique A.5).

**Graphique A.5. Couverture légale des accidents du travail en pourcentage de la population en âge de travailler et de la population active économiquement**



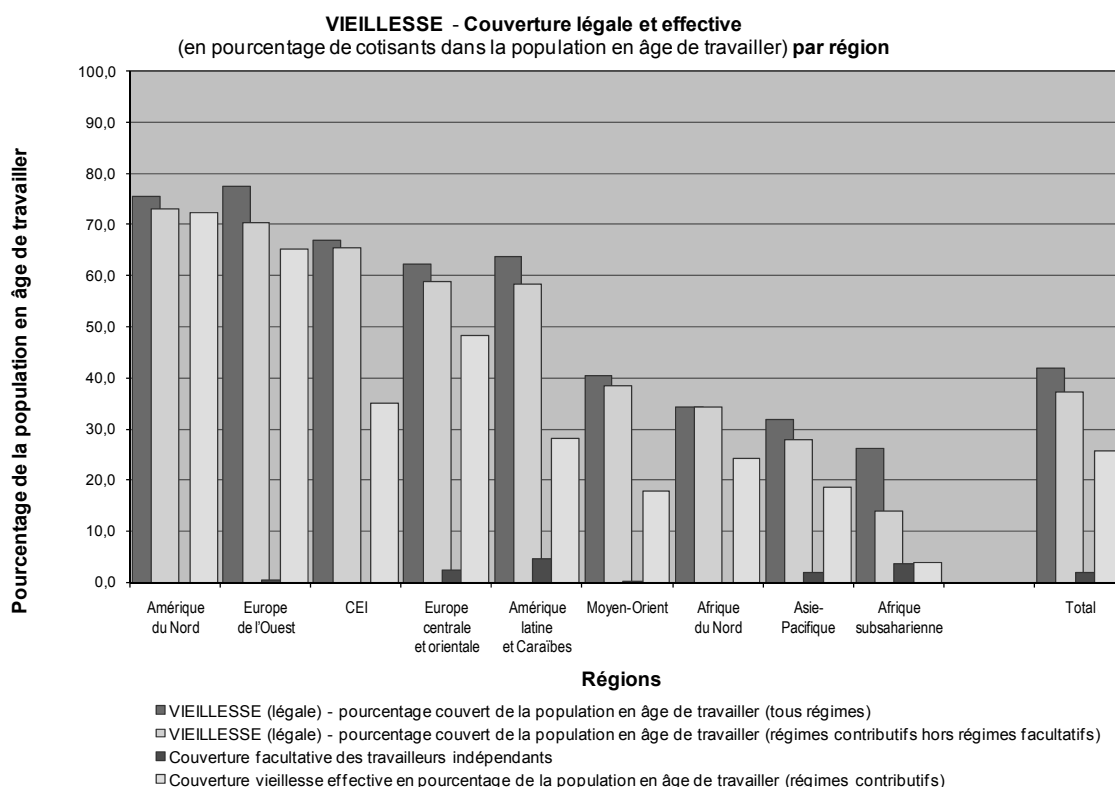
Source: Département de la sécurité sociale du BIT sur la base de la publication SAA/AISS Social Security Programs throughout the World (2008-09) et la législation au niveau national; et LABORSTA – base de données du Département de statistique du BIT complétée par des sources nationales de statistiques.

Dans les sections qui suivent, on s'intéresse plus en détail à la couverture des régimes de prestations pourvoyant spécifiquement à la sécurité du revenu dans la vieillesse et aux soins médicaux prévus par la convention n° 102, c'est-à-dire les prestations procurant aux ménages une protection financière mettant les services de soins de santé à leur portée.

## A.2. Couverture – pensions de vieillesse

A l'échelle mondiale, en théorie, la couverture des régimes de pension obligatoires prévus par la loi devrait s'élever à près de 40 pour cent de la population en âge de travailler (et à 50 pour cent de la population active économiquement). Toutefois, en pratique, la couverture effective n'englobe pas plus de 25 pour cent des hommes et des femmes en âge de travailler. Là encore, les variations sont grandes, puisque la proportion est d'environ 5 pour cent en Afrique subsaharienne, de 20 pour cent en Afrique du Nord, en Asie et au Moyen-Orient, de 30 pour cent en Amérique latine et de plus de 50 pour cent dans la plus grande partie de l'Europe et de l'Amérique du Nord (voir graphique A.6).

**Graphique A.6. Vieillesse: Couverture légale et couverture effective mesurées en pourcentage de cotisants dans la population en âge de travailler (par région)**

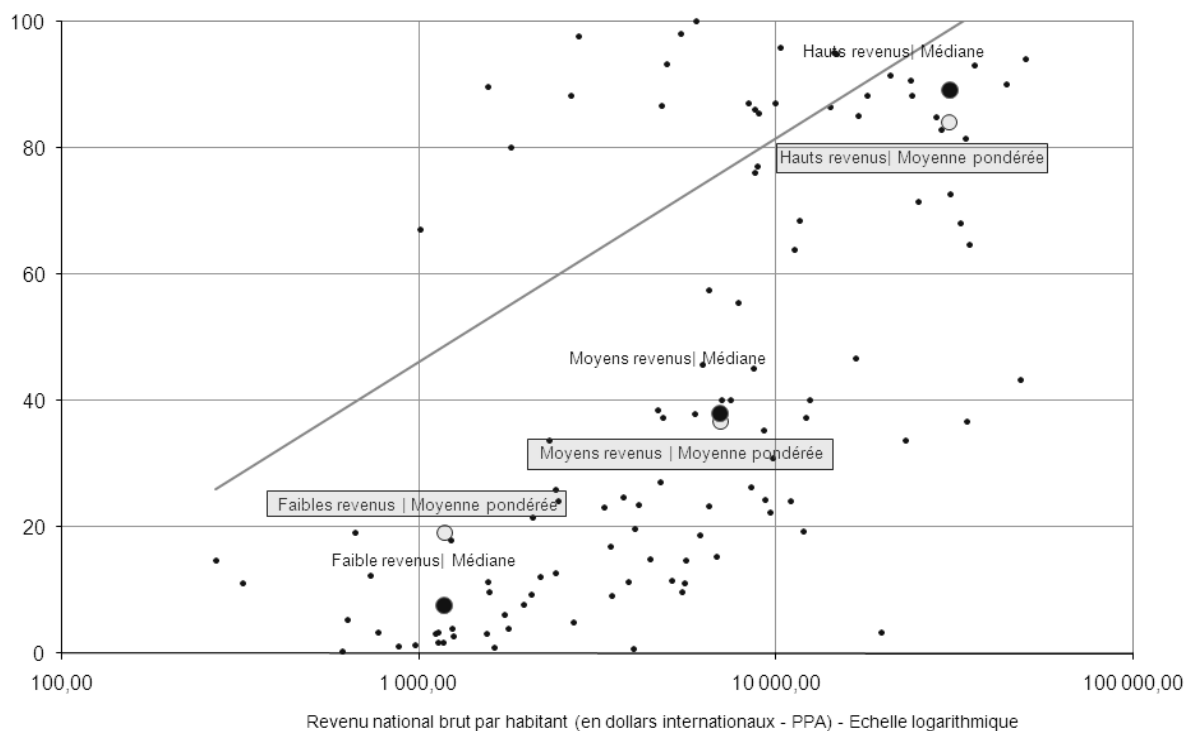


Source: Département de la sécurité sociale du BIT sur la base de la publication SAA/AISS Social Security Programs throughout the World (2008-09) et la législation au niveau national; et LABORSTA – base de données du Département de statistique du BIT complétée par des sources nationales de statistiques sur l'estimation de la couverture légale; et compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions pour la couverture effective.

En même temps, dans les pays à haut revenu, 75 pour cent des personnes âgées (de 65 ans et plus) reçoivent une pension de quelque montant; dans les pays à faible revenu, ce pourcentage est inférieur à 20 pour cent en moyenne (et, dans ce groupe de pays, le pourcentage médian dépasse à peine 7 pour cent – voir graphique A.7).



**Graphique A.7. Bénéficiaires d'une pension de vieillesse en pourcentage du nombre de personnes âgées dans différents pays (groupés par niveau de revenu)**

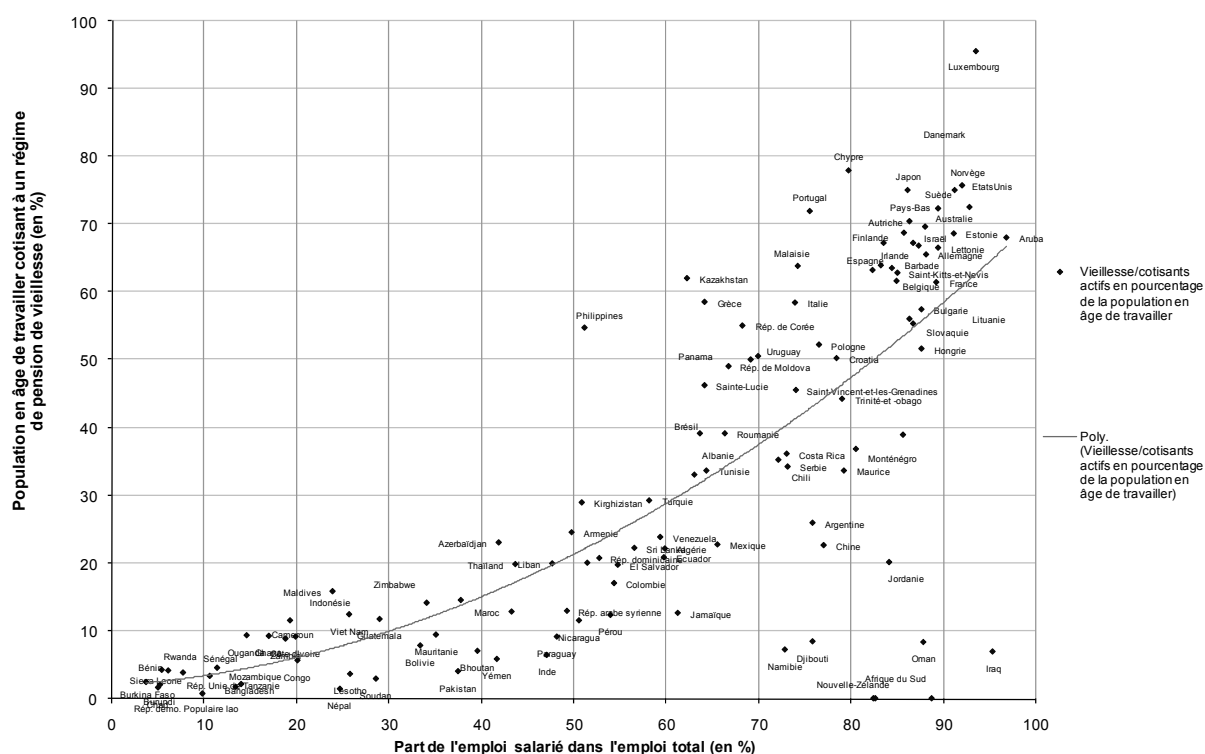


Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions; et UNData.

Par conséquent, c'est dans les pays en développement, où les taux de couverture formels sont très faibles, qu'il est le plus urgent d'étendre la couverture. Les régimes de pension en vigueur dans de tels pays ont tendance à couvrir une portion restreinte de la main-d'œuvre (surtout celle qui a un emploi salarié formel, comme l'indique le graphique A.8) alors que, dans les pays à haut revenu (et dans un nombre croissant de pays à moyen revenu), la couverture universelle des pensions est, ou est sur le point d'être, chose faite. Cela dit, avec l'allongement de la vie, la durée de la carrière professionnelle «moyenne», par rapport à la durée de la retraite pensionnée, est devenue nettement plus courte qu'auparavant. Cette évolution, couplée à la demande croissante de soins de longue durée chez les personnes âgées, exerce une pression financière de plus en plus forte sur les systèmes de sécurité sociale; il devrait en résulter en moyenne une baisse relative du montant des prestations pour les générations futures de retraités.

Cependant, on observe qu'un grand nombre de personnes âgées, particulièrement dans les pays à faible revenu, sont obligées de continuer à travailler, essentiellement dans l'économie informelle, parce que la pension à laquelle elles ont droit est d'un montant trop faible pour les maintenir au-dessus de la pauvreté. Habituellement, ces personnes auront travaillé toute leur vie dans l'économie informelle ou en zone rurale, sans possibilité de participer à un régime de pension contributif, et elles n'auront pas non plus la possibilité de bénéficier d'une pension d'aide sociale ou universelle.

**Graphique A.8. Vieillesse: Cotisants effectivement actifs en pourcentage de la population en âge de travailler selon la part de l'emploi salarié dans l'emploi total**



Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions; et LABORSTA – base de données du Département de statistique du BIT complétée par des sources nationales de statistiques.

L'analyse des niveaux d'activité économique parmi les personnes âgées fournit une image assez rudimentaire de la structure des retraites, même si les données disponibles ne sont pas assez détaillées pour permettre de calculer l'âge moyen auquel elles quittent le marché du travail dans les différents pays, et qu'on a peu d'informations permettant de savoir dans quelle mesure le report du départ en retraite procède d'un choix personnel. Le tableau A.2 montre comment le taux de participation au marché du travail des 65 ans et plus se compare au taux de participation de l'ensemble des plus de 14 ans. Là encore, l'analyse met en lumière une nette dichotomie entre les parties développées du monde et les pays en développement, où la «retraite» effective, c'est-à-dire la cessation de l'activité économique, est rare. En Afrique subsaharienne, par exemple, les hommes qui vieillissent ne sont généralement pas capables de réduire leur taux d'activité économique de plus de 20 pour cent. Caractéristique frappante des chiffres concernant l'Afrique: la situation n'a pas évolué entre 1980 et 2005. L'Asie du Sud et l'Asie de l'Est offrent un tableau similaire. Les chiffres amènent à penser que les femmes, dans la plupart des régions, réduisent leur activité économique dans une plus grande mesure que les hommes à mesure qu'elles vieillissent, mais il est évident que nombre d'entre elles sont occupées par des activités qui ne sont pas enregistrées comme des formes d'«emploi» dans les enquêtes sur la main-d'œuvre, telles que prendre soin des proches ou s'occuper de la maison pour le compte d'autres membres de la famille.

Le tableau A.2 indique également l'espérance de vie à 65 ans estimée pour les femmes et pour les hommes dans différentes parties du monde. Le fossé qui sépare le monde développé du monde en voie de développement en matière d'espérance de vie à la naissance est bien connu, mais ce fossé est bien moindre à un âge avancé. Même dans les pays les plus pauvres, ceux qui atteignent 65 ans vivront encore plus de dix ans en moyenne, ce qui a des implications profondes pour leurs besoins en termes de soutien du revenu et de protection sociale en général.

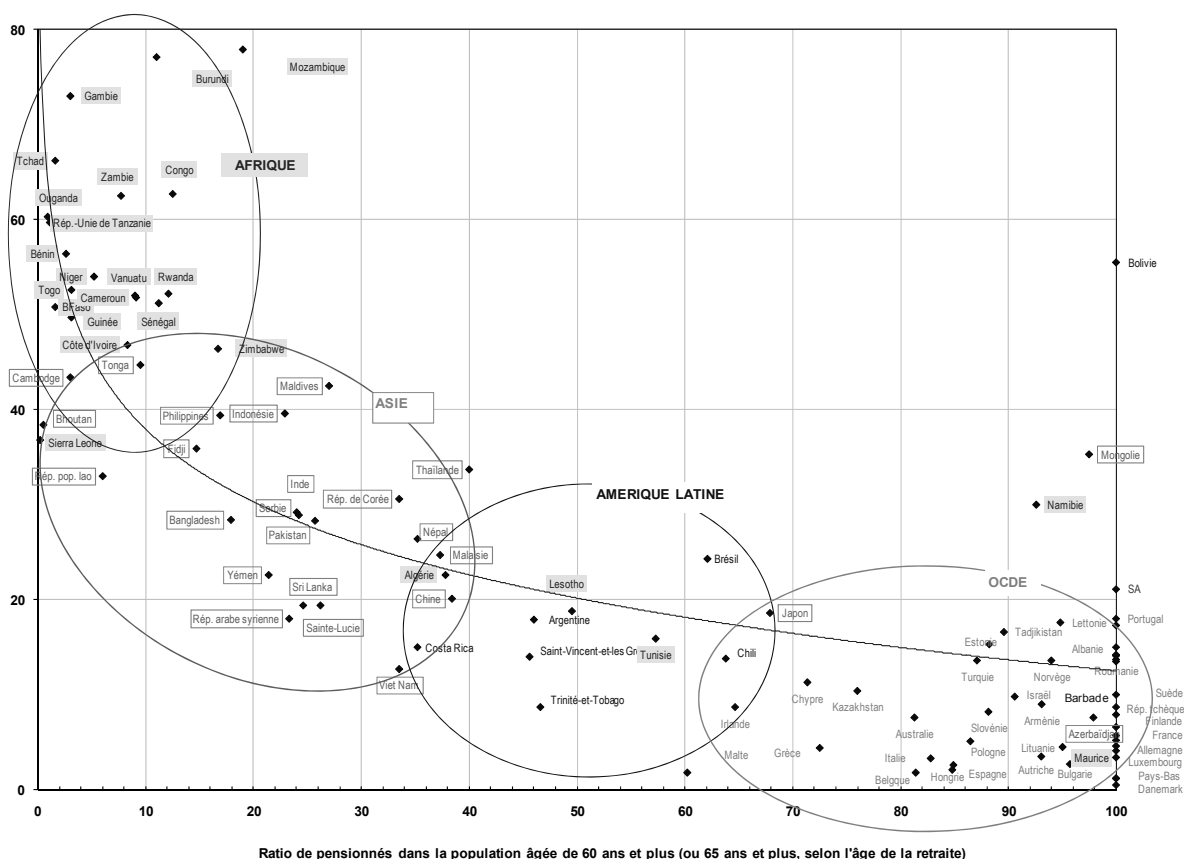
**Tableau A.2. Participation des personnes âgées (65 ans et plus) au marché du travail et espérance de vie à 65 ans**

	Participation à la main-d'œuvre des 65 ans et plus, en % par rapport à la participation des 15 ans et plus				Espérance de vie à l'âge de 65 ans	
	Hommes		Femmes		Hommes	Femmes
	1980	2005	1980	2005	2000-2005	
Afrique centrale	84,4	85,0	55,1	56,5	10,96	12,38
Afrique de l'Ouest	81,4	82,3	58,7	56,3	11,36	12,50
Afrique de l'Est	82,7	81,5	62,5	59,1	11,31	13,00
Asie du Sud et centrale	68,5	60,2	39,3	43,8	13,36	14,58
Asie du Sud-Est	62,0	57,9	38,4	32,7	13,36	15,33
Amérique centrale	73,6	56,6	53,4	34,0	16,24	18,16
Amérique du Sud	43,5	44,5	22,2	25,4	15,35	17,98
Afrique du Nord	59,9	42,9	61,5	22,3	12,81	14,58
Asie de l'Ouest	46,2	42,7	35,7	40,5	13,16	15,14
Caraïbes	47,3	38,2	29,1	17,0	15,30	17,67
Asie de l'Est	38,3	33,5	10,8	16,9	14,81	17,53
Sud de l'Afrique	33,0	32,9	20,6	12,5	10,69	14,18
Australie et Océanie	19,1	19,9	10,4	9,9	16,49	19,86
Europe de l'Est	20,2	15,4	8,7	10,7	11,56	15,27
Europe du Nord	17,0	13,7	8,9	7,5	15,76	19,05
Europe du Sud	20,3	12,8	15,7	9,7	16,12	19,75
Europe de l'Ouest	10,1	5,7	7,3	3,2	16,06	20,01
Monde	40,6	38,2	18,4	21,5	14,39	16,95
Régions développées	21,9	19,3	12,2	12,2	15,47	18,92
Régions moins développées	54,2	48,5	24,9	27,8	13,80	15,64

Source: 1) Participation à la main-d'œuvre: calculs des auteurs fondés sur les estimations et les projections du BIT concernant la population active économiquement, version 5: 1980-2020; <http://laborsta.ilo.org/>; 2) Espérance de vie: *World Population Prospects (2006 Revision)*. Edition sur CD-ROM (Nations Unies). Pays regroupés selon la classification de *Perspectives de la population mondiale* de l'ONU (UNWPP) (voir <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=5>).

Le graphique A.9 fait apparaître la force du lien, qui consiste en une corrélation inverse, entre la couverture des pensions de vieillesse et la participation à la main-d'œuvre dans la vieillesse.

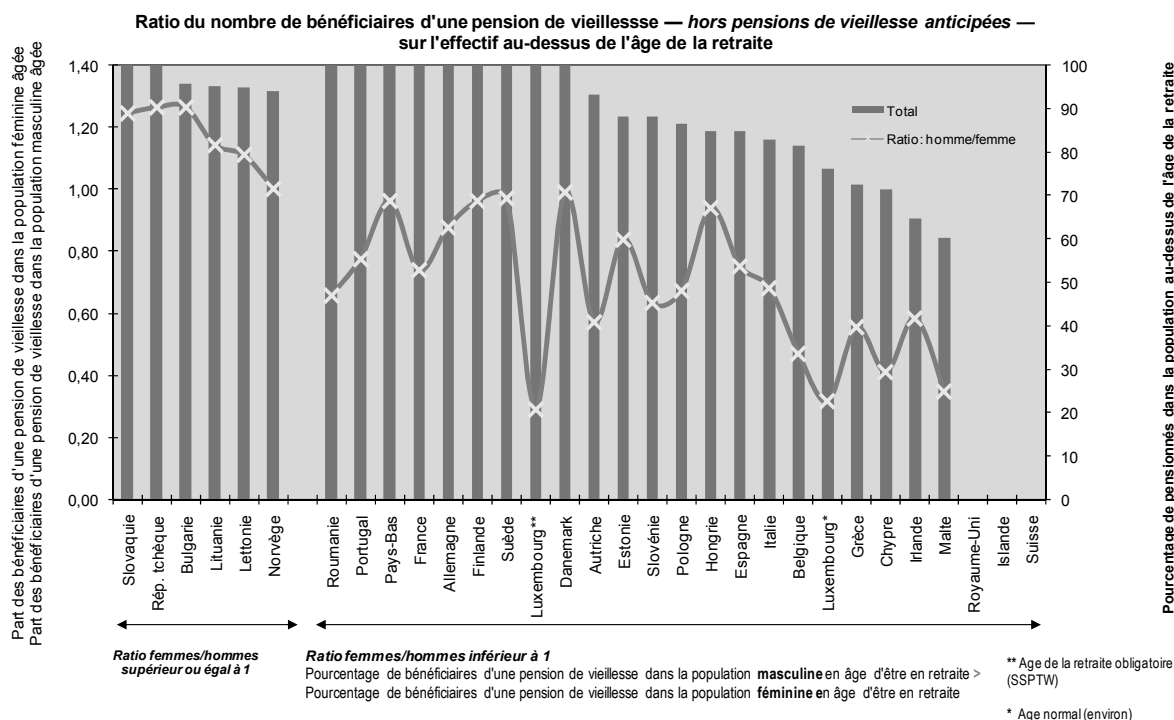
**Graphique A.9. Pourcentage de personnes âgées recevant une pension et participation des 65 ans et plus à la main-d'œuvre**



Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions; et LABORSTA – base de données du Département de statistique du BIT pour la population active économiquement âgée de 65 ans et plus.

Dans la plupart des pays de l'OCDE, du moins, la couverture obligatoire et donc le nombre de pensionnés est très proche d'atteindre 100 pour cent de la population en âge d'être à la retraite. Pour un certain nombre de raisons, le tableau que dressent les statistiques est un peu plus compliqué. Premièrement, le nombre de pensionnés recensés comprendra les pensions de «préretraite», servies à des âges inférieurs à l'âge normal de la retraite. Deuxièmement, il peut être difficile de compter avec exactitude le nombre de pensions servies (ou susceptibles de l'être par réversion) aux femmes puisque, même si nombre de femmes n'ont peut-être pas droit à une pension en leur nom propre, elles finiront par remplir les conditions d'ouverture des droits pour une pension de veuve. Le graphique A.10 indique pour cette raison que, dans nombre de pays de l'Union européenne, la proportion des bénéficiaires d'une pension de vieillesse parmi la population en âge d'être à la retraite est égale ou supérieure à 100 pour cent. Cela dit, même dans les pays où le ratio s'avère inférieur à 1 pour 1, la couverture réelle est en fait proche de 100 pour cent. C'est le cas par exemple de la Pologne, où le nombre de femmes recevant une pension de survivant est élevé.

**Graphique A.10. Union européenne: Bénéficiaires d'une pension de vieillesse en proportion de la population en âge d'être à la retraite**



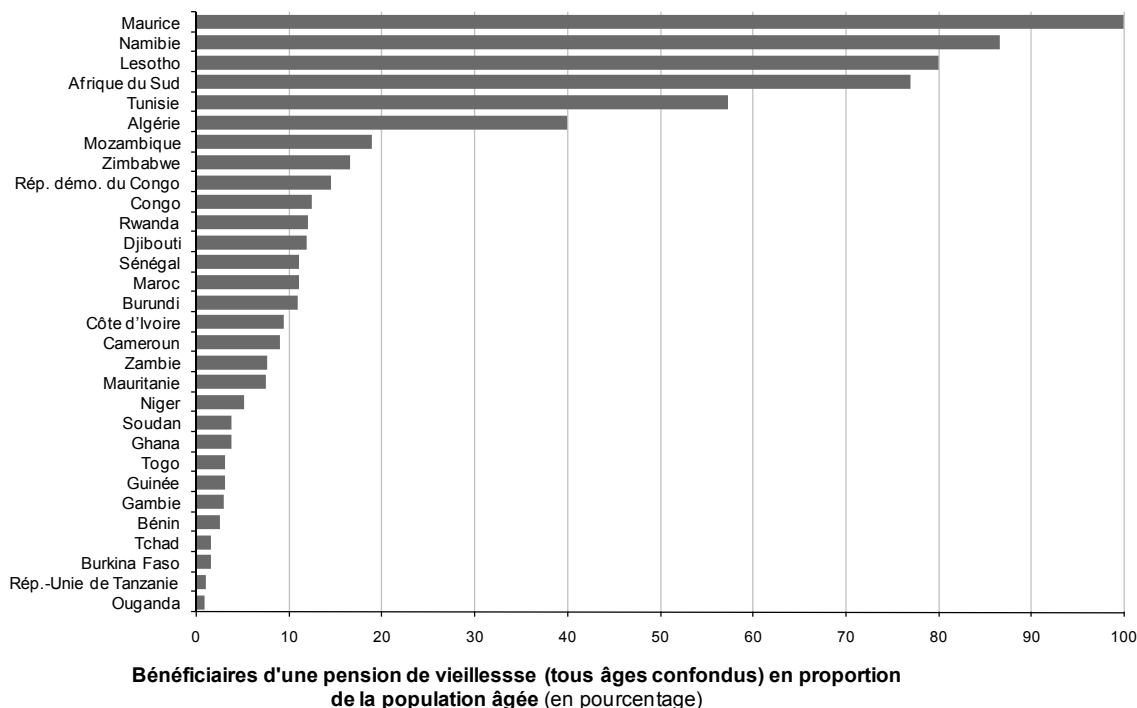
Source: EUROSTAT – Système européen de statistiques intégrées de la protection sociale (SESPROS), base de données sur les bénéficiaires des pensions. Calculs réalisés par le BIT.

Dans les pays hors OCDE, en général, seule une minorité de personnes âgées reçoit une pension du système de sécurité sociale formel. Les taux de couverture les plus bas de tous sont observés en Afrique, où 10 pour cent, voire moins, des personnes âgées ont droit à une pension. La situation ne s'améliorera pas radicalement dans l'avenir, même si nombre de pays africains ont institué des régimes de pension contributifs, tout d'abord parce que ces régimes sont «jeunes» et que rares sont leur membres qui ont cotisé assez pour avoir droit à des prestations, mais surtout parce qu'il est rare de voir plus de 10 pour cent de la main-d'œuvre ou de la population occupée cotiser à un régime de pension. La situation est nettement meilleure dans les pays dotés d'une plus longue tradition de sécurité sociale et d'une économie formelle plus vaste (par exemple, la Tunisie ou l'Algérie – voir graphique A.11).

En Afrique, les taux de couverture les plus élevés se retrouvent dans les pays qui, en plus des régimes contributifs destinés aux travailleurs de l'économie formelle, ont introduit soit des pensions universelles (Maurice, Namibie, Lesotho), soit des pensions d'aide sociale, atteignant une large portion de la population (Afrique du Sud)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Cette couverture élevée reflète l'investissement de ressources substantielles: Maurice et l'Afrique du Sud consacrent plus de 5 pour cent de leur PIB à la sécurité sociale, alors que la majorité des pays d'Afrique subsaharienne n'y consacrent pas plus de 1 pour cent de leur PIB, une large portion de ce 1 pour cent pouvant d'ailleurs correspondre aux pensions des fonctionnaires.

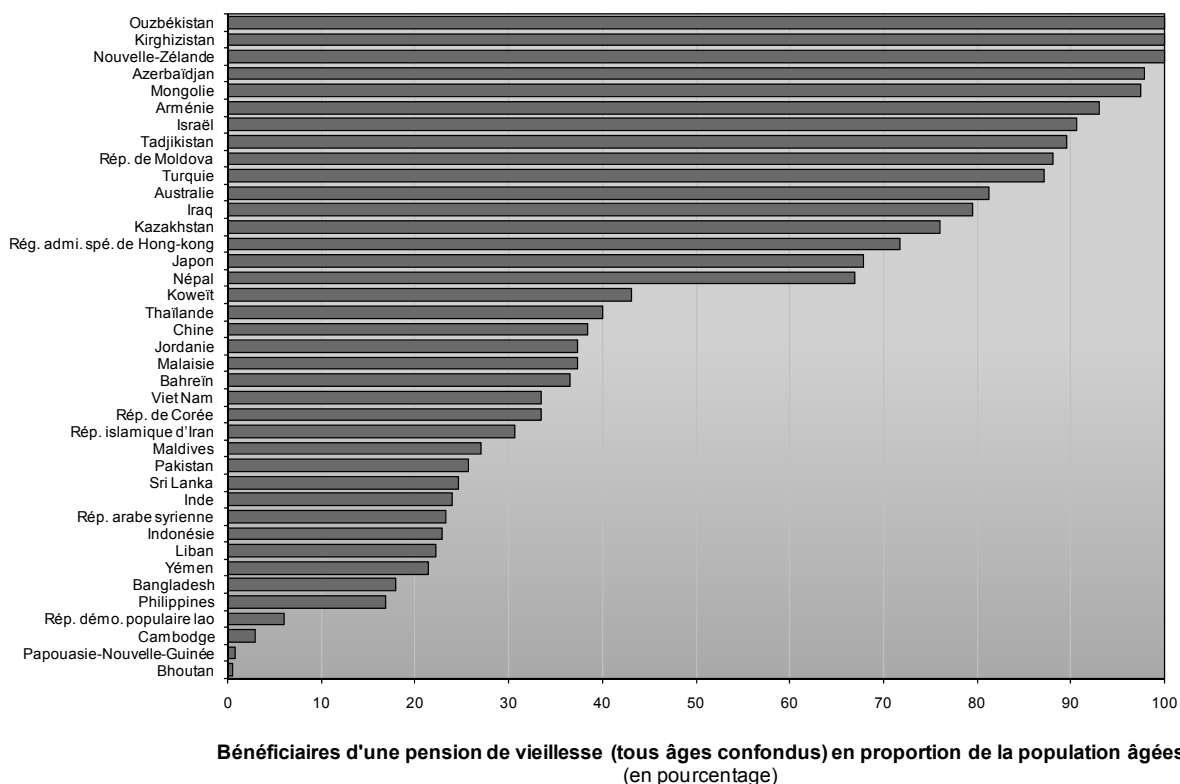
**Graphique A.11. Afrique: Bénéficiaires d'une pension de vieillesse (quel que soit leur âge) en proportion de la population âgée (60 ans et plus ou 65 et plus, selon les statistiques nationales disponibles), dernière année disponible**



Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions; et *World Population Prospects (Revision 2008)*. Edition CD-ROM (Nations Unies), medium variant.

En Asie également, le tableau est diversifié. Les statistiques incitent à penser que les populations de la Mongolie et des pays de l'ancienne Union soviétique jouissent d'un niveau de couverture relativement élevé. Cela dit, le niveau général des dépenses de sécurité sociale observé dans ces pays, joint à d'autres indications, révèle que les pensions réellement servies sont d'un montant très faible, insuffisant pour préserver les personnes âgées de la pauvreté. Dans le cas du Japon, le taux statistique de couverture n'est inférieur à 100 pour cent que parce que de nombreux Japonais prennent leur retraite bien après 60 ans. Dans la plupart des autres pays asiatiques, le taux de couverture effectif s'établit généralement entre 20 pour cent et 40 pour cent, pas plus. A la différence de l'Afrique, on peut toutefois s'attendre à quelques améliorations de la couverture dans l'avenir. Dans certains pays, les politiques ont déjà fait l'objet de réformes, notamment en Chine où des initiatives ont été prises pour procurer au moins un certain degré de couverture aux populations rurales. Cela dit, pour la majorité des pays, prévenir la généralisation et l'aggravation de la pauvreté dans une population qui vieillit rapidement et qui travaille essentiellement dans l'économie informelle, sans accès aux régimes contributifs de sécurité sociale, constitue un défi grandissant (voir graphique A.12).

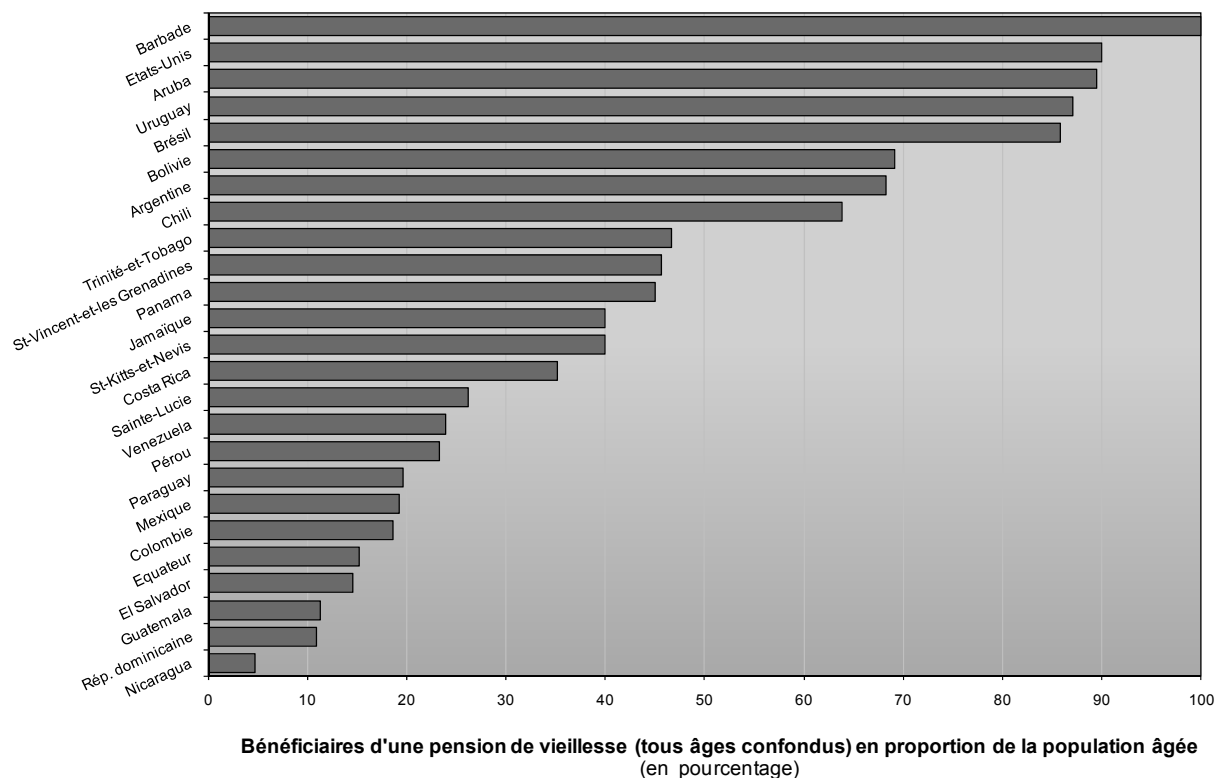
**Graphique A.12. Asie et Moyen-Orient: Bénéficiaires d'une pension de vieillesse (quel que soit leur âge) en proportion de la population âgée (60 ans et plus ou 65 et plus, selon les statistiques nationales disponibles), dernière année disponible**



Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions; et *World Population Prospects* (Revision 2008). Edition CD-ROM (Nations Unies), medium variant.

Dans les pays d'Amérique latine et les Caraïbes, dotés d'une longue tradition de sécurité sociale, le taux de couverture reflète généralement la proportion de la population qui travaille dans l'économie formelle (30 pour cent à 60 pour cent, à l'exception de certaines îles des Caraïbes où l'économie formelle est plus importante). Au Brésil, les statistiques indiquent que l'accès aux pensions contributives, combiné aux pensions rurales financées sur les recettes fiscales et aux pensions sociales, fait en sorte que la majorité de la population reçoive une certaine forme de soutien du revenu, même si nombre de personnes ne sont toujours pas couvertes. La Bolivie, qui a introduit des pensions universelles d'un montant modeste il y a quelques années, a également réussi à couvrir une grande portion des personnes âgées mais, comme les éléments recueillis l'indiquent, il y a encore de nombreuses personnes qui, même si elles devraient légalement recevoir des prestations, ne sont pas couvertes par le système (voir graphique A.13).

**Graphique A.13. Amérique latine et Caraïbes: Bénéficiaires d'une pension de vieillesse** (quel que soit leur âge) **en proportion de la population âgée** (60 ans et plus ou 65 et plus, selon la définition nationale), dernière année disponible



Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions; et *World Population Prospects* (Revision 2008). Edition CD-ROM (Nations Unies), medium variant.

Il ressort que, mondialement, il existe une très grande diversité entre les pays en matière de taux de couverture par les pensions de vieillesse; et l'on peut voir quels sont les pays où ce taux de couverture est le plus élevé. Une évaluation empirique enseigne que, en fait, les pays qui ont le mieux réussi à cet égard sont ceux qui ont complété des régimes de pension contributifs par l'introduction de pensions non contributives, payables immédiatement de façon à atteindre, sinon toutes les personnes âgées, du moins celles qui ont les besoins les plus urgents.

Un autre groupe d'observations empiriques concerne la grande différence (connue) entre hommes et femmes en matière de pauvreté dans la vieillesse. Comme l'espérance de vie des femmes est généralement supérieure à celle des hommes, une proportion significative de femmes risque de vivre dans la pauvreté durant assez longtemps. La probabilité qu'une femme perde son compagnon est plus élevée, et les femmes sont moins susceptibles que les hommes de se remarier. Ainsi, les femmes de plus de 60 ans sans compagnon sont nettement plus nombreuses que leurs homologues masculins sans compagne, et nombre d'entre elles doivent travailler pour compenser le déclin du soutien intrafamilial et l'absence de régime de pension universel dans nombre de pays. Dans certaines sociétés, ces problèmes sont assurément exacerbés par l'exclusion sociale qu'entraîne le veuvage.



---

De même, à l'échelle mondiale, la couverture par les pensions affiche des différences marquées selon le sexe. Dans la plupart des pays, les femmes sont sous-représentées dans l'économie formelle et elles sont sous-représentées en conséquence et en proportion parmi les cotisants des régimes de pension d'assurance sociale. Lorsque des femmes participent à de tels régimes, il est fréquent de les voir cotiser à un taux relativement faible (parce qu'elles tendent à occuper des emplois mal payés) et pendant moins d'années que les hommes ayant un emploi comparable (parce que la maternité ou la responsabilité d'autres soins interrompent leur carrière), ce qui fait que, au bout du compte, elles se retrouvent avec une pension d'un montant très faible. En outre, le calcul effectué par les régimes de pension pour convertir le compte d'épargne individuel de l'ayant droit en rente annuelle risque d'attribuer aux femmes une pension plus faible, compte tenu de leur plus grande longévité.

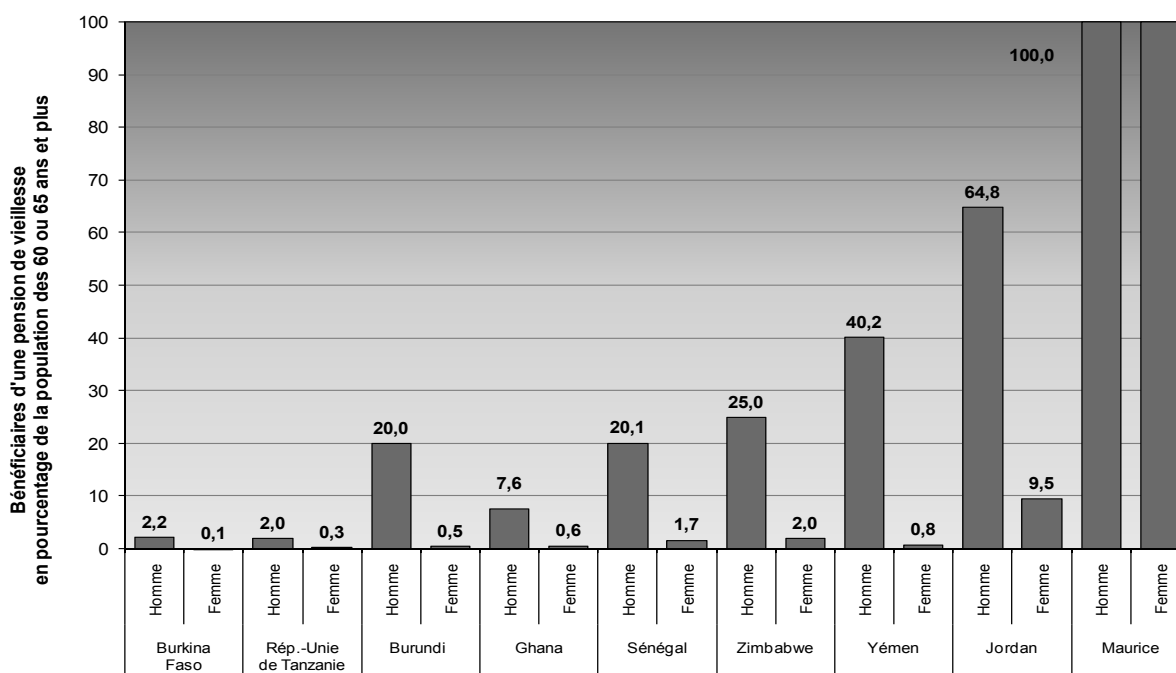
Parmi les autres facteurs susceptibles, selon les circonstances, de se traduire par des pensions d'un montant relativement moindre en moyenne pour les femmes, mentionnons la probabilité que leurs droits à pension dérivent de ceux de leur mari plutôt que d'être acquis en nom propre, et la difficulté de trouver une méthode satisfaisante pour diviser les droits à pension entre conjoints en cas de divorce. Toutefois, la situation qui domine le plus dans le monde est celle où tant l'homme que la femme, après avoir passé leur vie à travailler dans l'économie informelle, reçoivent une pension minimale ou nulle, si bien que la sécurité de leur revenu dans la vieillesse dépend du patrimoine accumulé, sous forme d'épargne, une maison peut-être, du bétail et un terrain, ainsi que des mécanismes de soutien familial.

En résumé, même si les indicateurs moyens de couverture peuvent varier entre un bas niveau (Afrique) et un haut niveau (Europe), on observe un fossé important entre hommes et femmes dans toutes les régions: dans presque tous les pays, la couverture vieillesse est bien plus faible pour les femmes que pour les hommes (voir graphiques A.14 et A.16). Selon toute apparence, étant donné les sources multiples de déséquilibre entre hommes et femmes dans les régimes contributifs, l'équilibre général ne pourrait être rectifié que par l'extension des droits à pension pour les femmes au titre de régimes non contributifs ou de régimes fournissant des garanties minimales universelles.

Cela dit, le caractère incomplet de la couverture est un phénomène répandu qui se voit également dans les pays industrialisés. Les groupes exclus tendent à comprendre en fait non seulement les femmes, pour les raisons déjà indiquées, mais aussi les travailleurs peu qualifiés et les minorités ethniques.

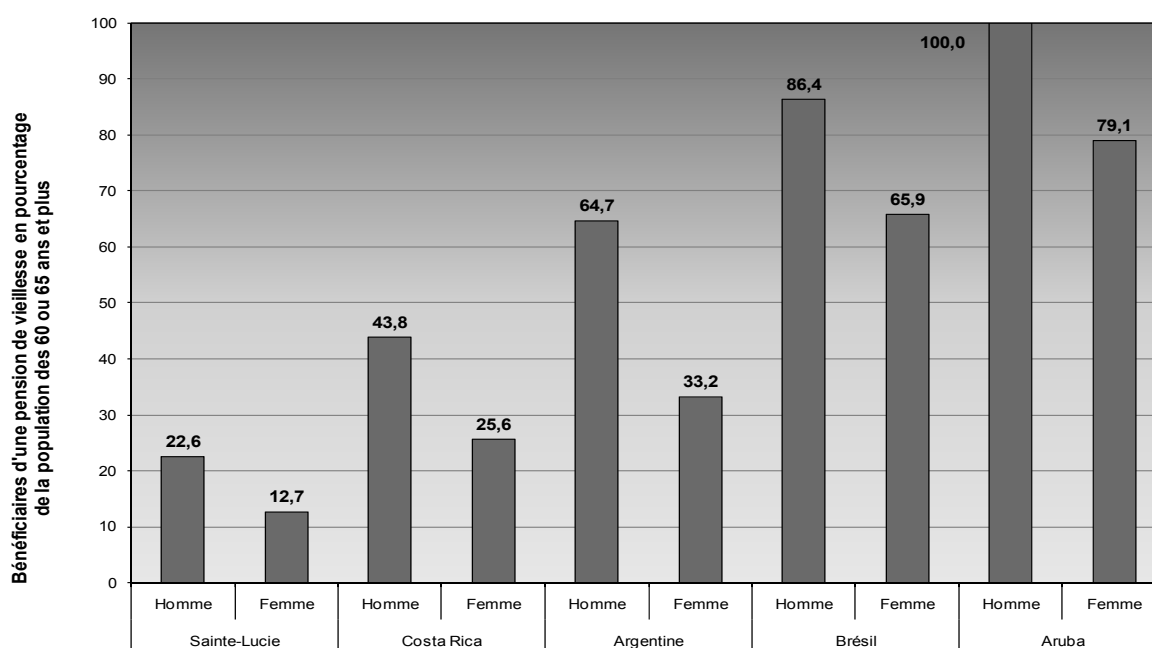
**Graphiques A.14 à A.16. Hommes et femmes recevant une pension de vieillesse (quel que soit leur âge) en proportion de la population d'hommes et de femmes âgés de 60 ans et plus (dernière année disponible)**

**Graphique A.14. Afrique** (dernière année disponible)



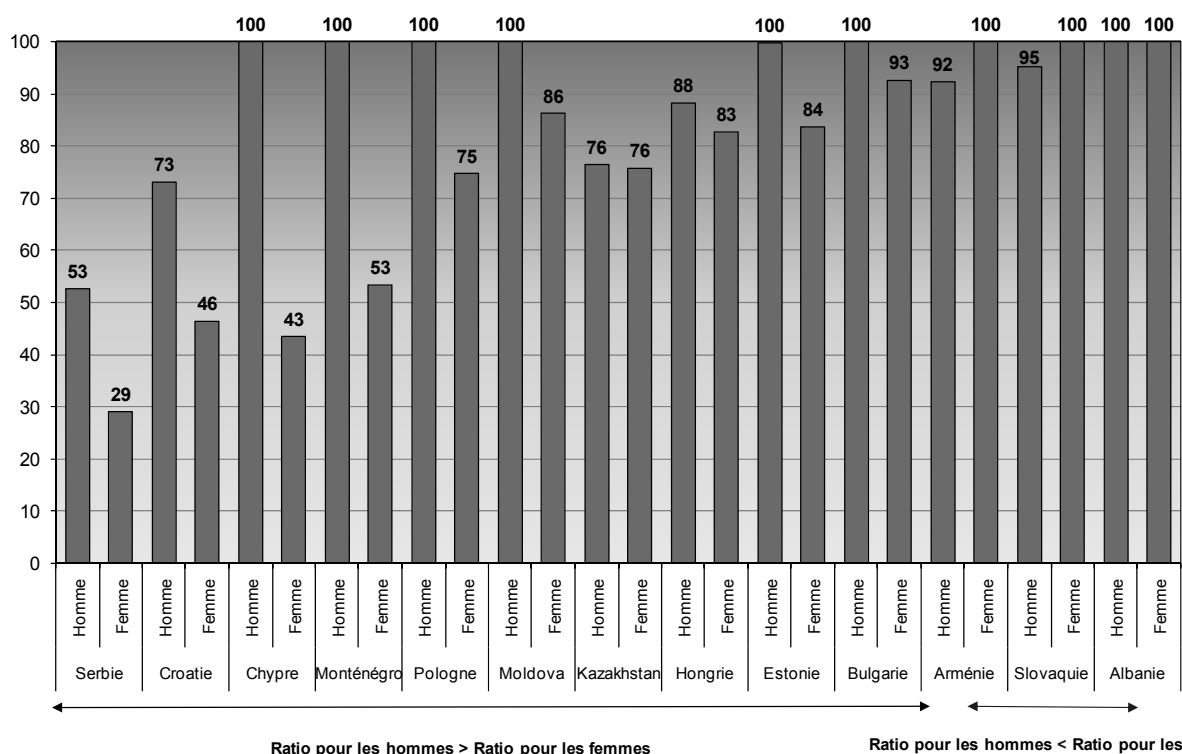
Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions; et *World Population Prospects* (Revision 2008). Edition CD-ROM (Nations Unies), medium variant.

**Graphique A.15. Amérique latine et Caraïbes** (dernière année disponible)



Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions; et *World Population Prospects* (Revision 2008). Edition CD-ROM (Nations Unies), medium variant.

**Graphique A.16. Europe du Sud-Est (dernière année disponible)**



Source: Département de la sécurité sociale du BIT. Compilation des données disponibles au niveau national auprès des régimes de sécurité sociale de pensions; et *World Population Prospects (Revision 2008)*. Edition CD-ROM (Nations Unies), medium variant.

Le monde vieillit. On peut voir au tableau A.3 que les femmes et les hommes de 65 ans et plus représentent actuellement 8 pour cent de la population mondiale, mais qu'il est prévu que ce chiffre passe à 16 pour cent d'ici à 2050. La majorité des personnes âgées vit dans des pays où, à présent, seule une petite minorité est couverte par quelque forme de régime de pension et où la sécurité sociale en général, y compris un accès abordable aux services de soins de santé essentiels, constitue un luxe: plus de 60 pour cent des personnes âgées vivent actuellement dans des pays classés par l'ONU comme en voie de développement. Les projections indiquent que, en 2050, les personnes âgées de ces pays constitueront presque 80 pour cent de la population âgée du monde, dont 60 pour cent vivront en Asie, plus de 50 pour cent de ces derniers se trouvant en Inde ou en Chine. Le tableau fait également apparaître la prédominance des femmes parmi les personnes âgées dans toutes les régions.

**Tableau A.3. Population âgée projetée (en proportion de la population) en 2010 et en 2050**

	Pop. des 65+ en % de la pop. mondiale des 65+		Proportion des 65+ dans la pop. totale (en %)		Proportion de femmes parmi les 65+ (en %)	
	2010	2050	2010	2050	2010	2050
Monde	100	100	8	16	56	55
Régions développées	37	22	16	26	59	57
Régions en voie de développement	63	78	6	15	54	55
Régions en voie de développement, hors Chine	41	56	5	13	55	55
Afrique	7	9	3	7	56	54
Asie	54	62	7	18	54	55
Chine	21	22	8	24	52	54
Inde	12	16	5	14	53	54
Europe	22	12	16	28	61	58
Amérique latine et Caraïbes	8	10	7	19	56	57
Amérique du Nord	9	6	13	21	57	56
Océanie	1	1	11	19	54	55

Source: *World Population Prospects (2006 Revision)*. Edition sur CD-ROM (Nations Unies). Scénario médian. Pays regroupés selon la classification de *Perspectives de la population mondiale* de l'ONU (UNWPP) (voir <http://esa.un.org/unpp/index.asp?panel=5>).

### A.3. Couverture – protection sociale de la santé

En règle générale, le pourcentage de la population mondiale ayant accès aux services de soins de santé est plus important que celui des personnes pouvant bénéficier des diverses prestations en espèces servies par la sécurité sociale. Néanmoins, selon des estimations antérieures du BIT<sup>2</sup>, près d'un tiers de la population mondiale n'a pas accès à des établissements ni à des services de soins et, pour une fraction encore plus grande, les dépenses nécessaires pour obtenir des soins de santé risquent d'entraîner une catastrophe financière pour leur ménage en l'absence de dispositif de protection sociale de la santé adéquate assumant ou remboursant de telles dépenses.

Parmi les définitions générales de la sécurité sociale établies par l'OIT, la *protection sociale de la santé* s'entend d'une série de mesures publiques ou de mesures privées rendues obligatoires et encadrées par les pouvoirs publics contre la détresse sociale et la perte économique découlant de problèmes de santé et du coût des traitements nécessaires. Cette branche de la sécurité sociale se distingue par certains traits caractéristiques:

- La protection sociale de la santé est étroitement liée au fonctionnement d'un secteur économique spécifique: le secteur de la santé, d'où la nécessité d'adopter une approche qui tienne compte à la fois des besoins et demandes des ayants droit et des problèmes ayant trait à l'offre de soins de santé, à la disponibilité de l'infrastructure de santé, à la main-d'œuvre et aux occasions d'emploi du secteur de la santé lui-même, ainsi qu'aux capacités administratives. La situation du côté de l'offre détermine, dans une large mesure, les possibilités d'accès à des services de soins de santé de qualité dans un pays.
- A l'échelle mondiale, une part importante des frais des soins de santé est à la charge de l'utilisateur qui paie directement le prestataire des soins, que ce soit l'établissement de santé, le médecin, l'infirmière, la pharmacie, etc. Dans nombre de pays, on observe l'existence de tels paiements en dépit de la gratuité officielle des soins.

<sup>2</sup> BIT (2008d), pp. 23-31.

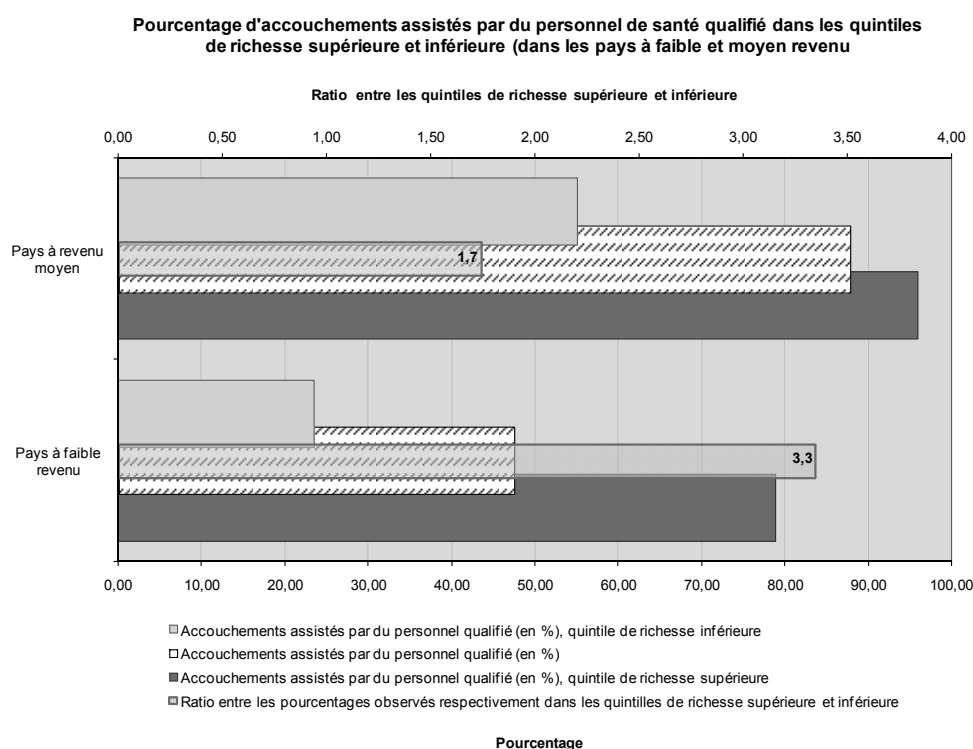
Dans ce contexte, la protection sociale de la santé doit pourvoir à une couverture effective combinant protection financière et accès effectif à des soins de santé de qualité.

Parmi les questions à régler pour pouvoir offrir une *protection financière* effective, il faut mentionner les problèmes suivants: le risque d'appauvrissement dû à un événement catastrophique sur le plan de la santé, l'incidence des paiements à la charge du patient (paiements directs dans la terminologie de l'OMS), les coûts de déplacement jusqu'aux établissements de soins de santé, particulièrement dans les zones rurales, et enfin la capacité des individus à effectuer les copaiements.

L'*accès effectif* aux services de santé, aux médicaments et aux autres instruments de santé passe par la disponibilité physique de l'infrastructure et des appareils, du personnel, des fournitures et des articles médicaux, ainsi que par une offre de services adaptée et d'un coût abordable. Les services doivent être accessibles à tous, même dans les régions éloignées, et être abordables. L'accès effectif comprend encore d'autres aspects: adéquation et qualité des services de santé, exigences propres à chaque sexe et question de savoir si elles sont acceptables, par exemple pour des autochtones.

Dans de nombreux pays, assurer équitablement l'accès aux services de soins de santé, quel que soit le lieu de résidence de la personne, pose un problème aigu, et les personnes vivant en zone rurale ont généralement bien moins d'accès aux soins que les personnes vivant en zone urbaine. Le graphique A.17 en fournit une illustration importante, en indiquant que le pourcentage (mondial) d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est moindre en zone rurale qu'en zone urbaine, excepté dans les pays à haut revenu. Pourtant, un tel écart est de plus grande conséquence dans les pays à faible revenu où, généralement, la majorité de la population vit à la campagne.

**Graphique A.17. Inégalités dans l'accès aux services de maternité\* entre les zones rurales et les zones urbaines, selon le niveau de revenu national (2006)**

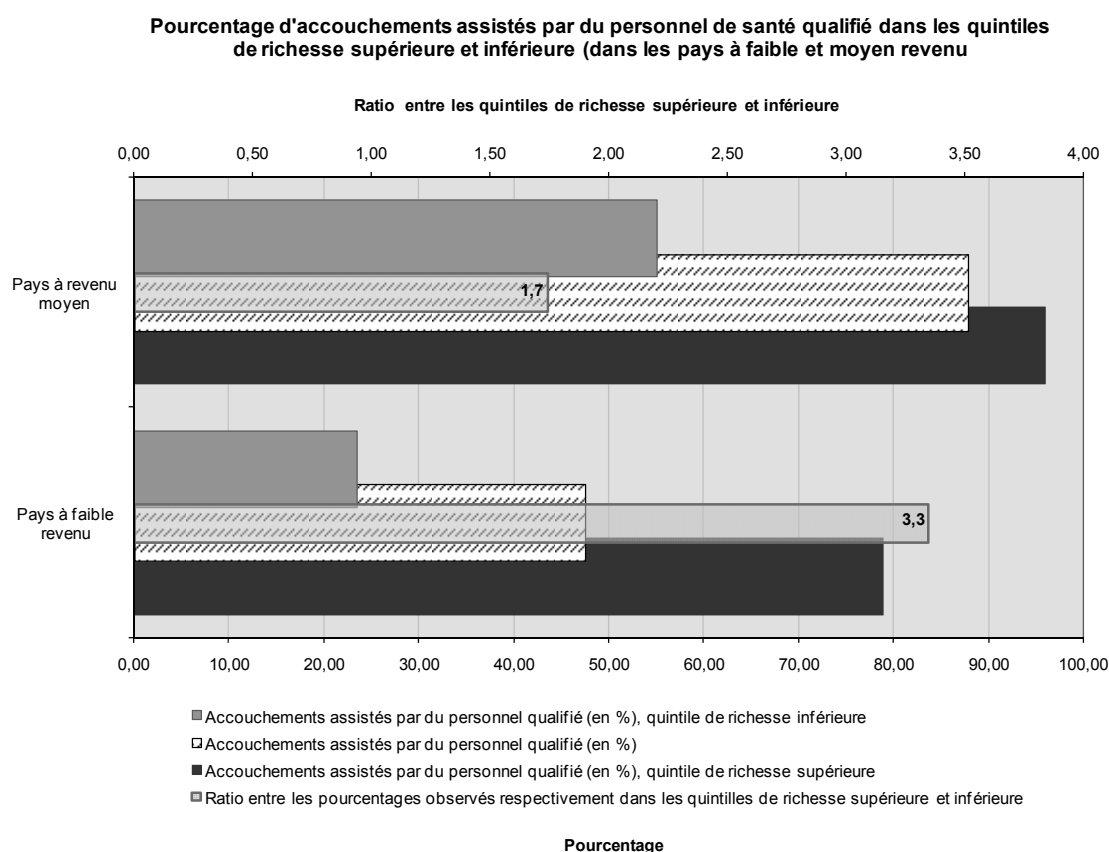


\* Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié.

Source: Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS), 2008, Genève.

Une analyse approfondie fait apparaître que de tels écarts entre zone urbaine et zone rurale ne reflètent pas seulement la disponibilité physique des services de soins de santé dans des zones géographiques spécifiques, mais aussi le niveau général de revenu et de patrimoine des ménages des zones rurales. On peut voir au graphique A.18 les écarts entre quintiles de richesse en matière de services de maternité. Il en ressort que, dans les pays à moyen revenu, parmi les 20 pour cent les plus riches des ménages, la proportion d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié est presque deux fois plus élevée (1,7 fois) que parmi le quintile des ménages les plus pauvres. Dans le groupe de pays à faible revenu, l'écart correspondant est encore plus grand puisque le ratio est supérieur à trois (3,3 fois) et, dans certains pays pris individuellement, la différence est encore plus énorme.

**Graphique A.18. Inégalités d'accès aux services de santé de maternité\* par quintile de richesse (2006)**



\* Pourcentage d'accouchements assistés par du personnel de santé qualifié selon le quintile de richesse.

Source: Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS), 2008, Genève. Calculs réalisés par le BIT.

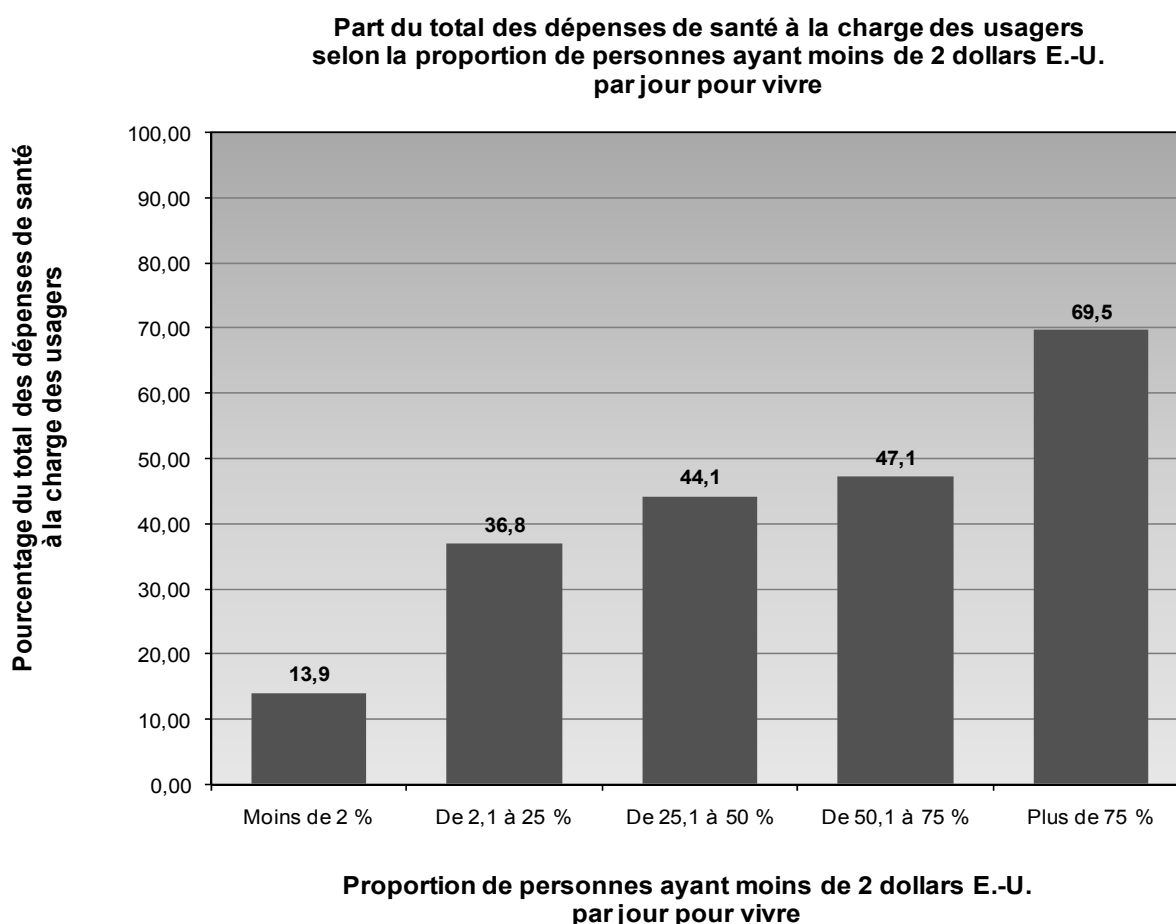
De tels fossés soulignent l'importance de songer à l'équité d'accès quand on planifie l'accessibilité des services de santé et la protection financière des travailleurs et de leurs familles. Les lacunes de la protection financière comptent en fait parmi les lacunes fondamentales qui expliquent la sous-utilisation des services de santé dans les pays en développement et dans les franges les plus pauvres de la population de tous les pays.

Les paiements à la charge du patient que doivent effectuer directement les ménages en l'absence de mécanismes de protection financière non seulement créent des obstacles financiers à l'accès aux soins de santé et rendent ceux-ci moins abordables, mais, comme l'ont montré toute une série d'études, ils font basculer les gens dans la pauvreté ou les y

enfoncent encore davantage. Ces études ont mesuré l'impact des frais de santé sur la pauvreté<sup>3</sup>. Au Sénégal, par exemple, l'écart de pauvreté passe de 54 pour cent par rapport à la ligne de pauvreté avant prise en compte des dépenses de santé à 64 pour cent une fois qu'on tient compte de celles-ci (Scheil-Adlung et coll., 2006).

Le graphique A.19 permet de voir la part globale des paiements à la charge de l'utilisateur selon que le pays est un pays à revenu faible, moyen-supérieur ou élevé. Dans les pays à faible revenu, plus de la moitié (55 pour cent) des dépenses de santé sont couvertes en moyenne par des paiements à la charge de l'utilisateur, et la proportion peut même atteindre jusqu'à 80 pour cent dans des pays comme le Cambodge, l'Inde ou le Pakistan: là, seule une petite fraction de la population est couverte par un dispositif quelconque de protection sociale de la santé, comme des services financés sur les recettes fiscales ou des assurances sociales ou encore des microassurances locales. Dans les pays à moyen revenu, la proportion correspondante est de 40 pour cent, tandis qu'elle est de 10 pour cent dans les pays à faible revenu. Le graphique A.20 indique qu'il existe une forte corrélation entre la part des dépenses à la charge de l'utilisateur et le taux de pauvreté.

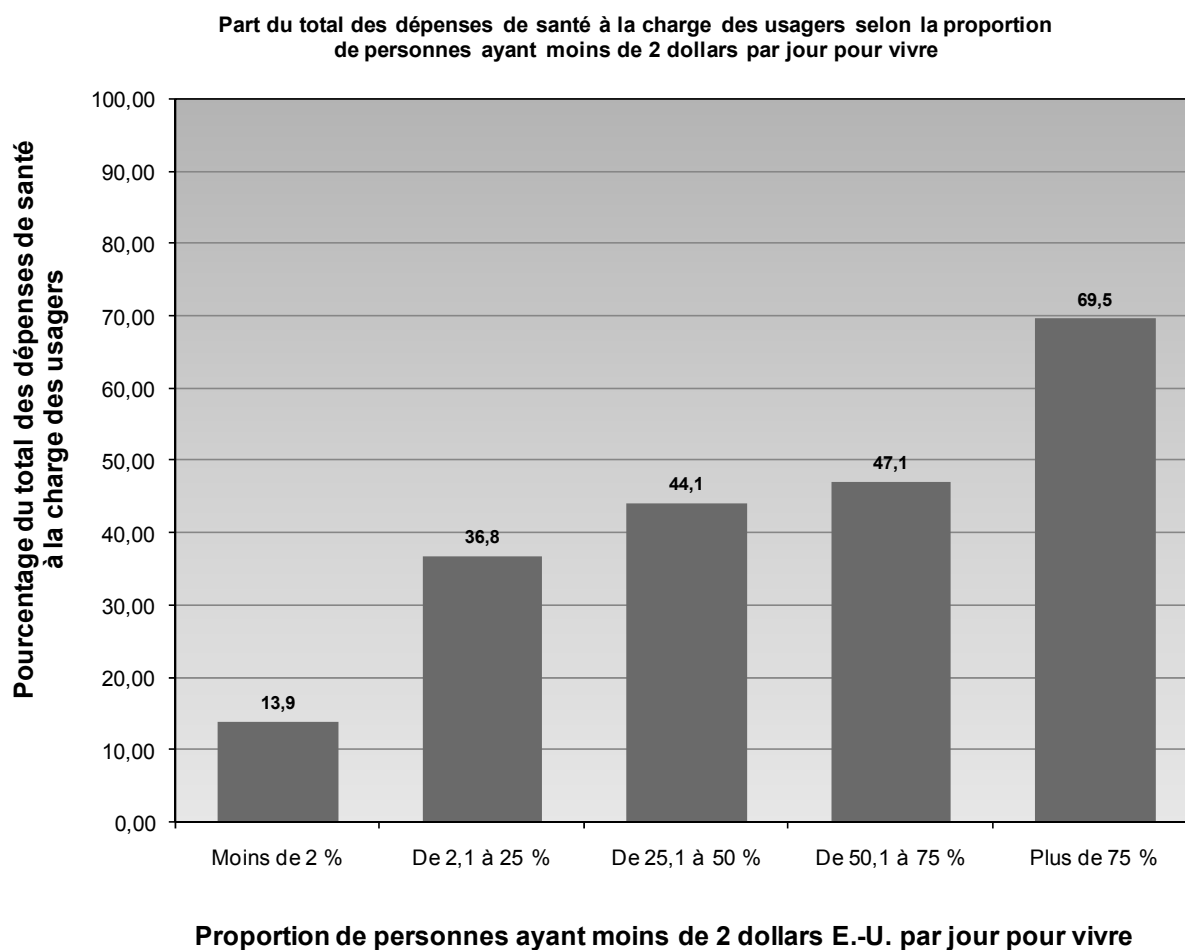
**Graphique A.19. Dépenses à la charge de l'utilisateur en pourcentage des dépenses totales de santé, dans les pays à revenu faible, moyen-supérieur et élevé**



Source: Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS), 2008, Genève. Calculs réalisés par le BIT.

<sup>3</sup> L'impact sur l'intensité de la pauvreté se mesure par la différence entre l'écart de pauvreté normalisé avant et l'écart de pauvreté normalisé après les paiements de santé. Il indique combien chaque ménage devrait cotiser en plus pour couvrir les services de santé afin d'amener l'ensemble des pauvres au-dessus de la ligne de pauvreté.

**Graphique A.20. Dépenses à la charge de l'utilisateur en pourcentage des dépenses totales de santé, selon le taux de pauvreté (pourcentage de personnes vivant dans le pays avec moins de 2 dollars E.-U. par jour)**



Source: Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS), 2008, Genève. Calculs réalisés par le BIT.

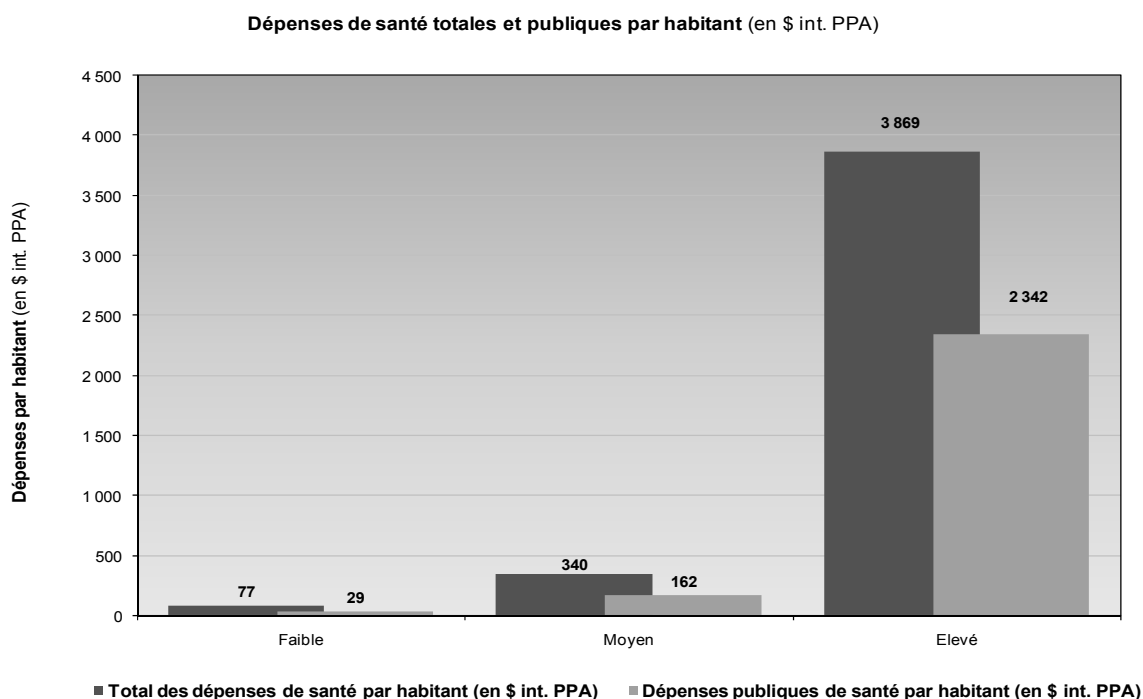
Parmi les objectifs importants de la protection sociale de la santé figure la volonté de rendre les soins de santé abordables pour les travailleurs et leurs familles, tant ceux de l'économie informelle que de l'économie formelle. «Abordable», en ce sens, signifie absence de barrières financières pour les ménages ayant besoin de services de santé et implique à la fois qu'on permette l'accès des services à tous ceux qui en ont besoin et qu'on prévienne les cas de pauvreté induits par les dépenses de santé. On peut mesurer le caractère abordable des soins en calculant la part des dépenses de soins de santé à la charge de l'utilisateur dans le revenu total (ou les dépenses totales) du ménage, déduction faite des dépenses de subsistance (alimentation et logement de base), et en comparant cette part à un seuil déterminé. La détermination d'un tel seuil (au-delà duquel on considère que les dépenses de santé à la charge de l'utilisateur risquent d'avoir un impact catastrophique sur sa situation financière) exige idéalement des recherches sur la structure des dépenses réelles du ménage; il est certain que le seuil retenu variera selon les pays et aussi peut-être selon le niveau de revenu des différents ménages. Cela dit, une méthode générale, et néanmoins utile, fondée sur une observation à l'échelle mondiale, peut permettre de désigner un point (pour les ménages vivant au-dessus du seuil de subsistance) au-delà duquel on considère que les dépenses de santé liées à une catastrophe sont théoriquement inabordables, par



exemple, selon une étude récente <sup>4</sup>, au niveau de, disons, 40 pour cent du revenu qui reste entre les mains du ménage une fois les besoins de subsistance satisfaits. Dans tous les cas, il importe de tenir compte de la capacité des ménages à assumer les paiements requis <sup>5</sup>.

Dans les pays à faible revenu, la capacité à atteindre des cibles clés en matière de politiques de santé, telles que celles qui sont fixées dans les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), est généralement préoccupante, étant donné les sources de financement limitées. Les dépenses publiques de santé par habitant s'élevaient à 29 dollars E.-U. (en PPA) dans les pays à faible revenu en 2007, contre 162 dollars E.-U. dans les pays à moyen revenu et 2 342 dollars E.-U. dans les pays à haut revenu (voir graphique A.21). Les pays à faible revenu, en général, affichent des dépenses de santé plus élevées du côté du secteur privé que du secteur public, mais cela reflète seulement le fait que l'accès est limité aux tranches les plus riches de la population et ne compense nullement la faiblesse des dépenses publiques ni ne favorise une couverture universelle. L'impact d'un financement insuffisant ou faible dans les pays pauvres se reflète dans les statistiques, telles que les taux de décès dus aux maladies contagieuses, qui sont de 36,4 pour cent plus élevés dans les pays à faible et à moyen revenus que dans les pays à haut revenu où ils ne représentent que 7 pour cent de l'ensemble des décès (Deaton, 2006).

**Graphique A.21. Dépenses totales et dépenses publiques de santé par habitant (en dollars PPA) selon le niveau de revenu national des pays (2007)**



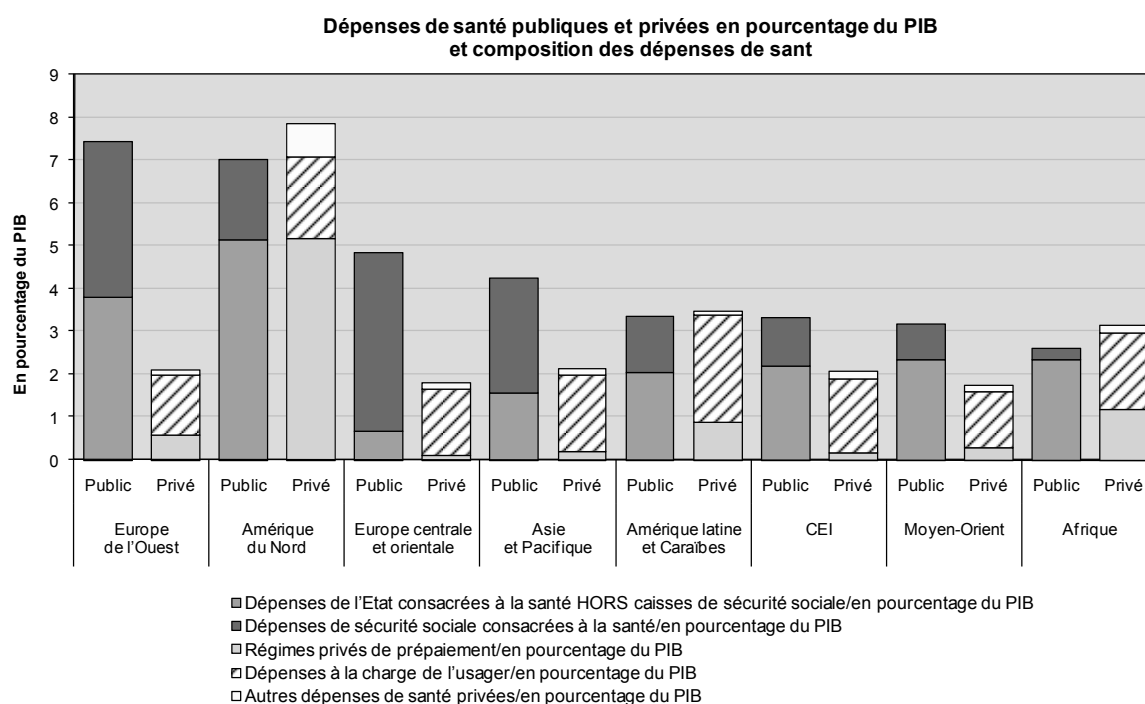
Source: Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS), 2008, Genève. Calculs réalisés par le BIT.

<sup>4</sup> Cette définition se fonde sur la notion de «dépense de santé catastrophique» de l'OMS, définie dans X. Scheil-Adlung et coll. (2007).

<sup>5</sup> La convention n° 102 (article 10) indique: «Le bénéficiaire ou son soutien de famille peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide; les règles relatives à cette participation doivent être établies de telle sorte qu'elles n'entraînent pas une charge trop lourde»; et elle précise (article 71) que le financement de la sécurité sociale en général doit éviter «que les personnes de faibles ressources n'aient à supporter une trop lourde charge».

Les pays ont recours à toute une gamme de sources de financement différentes pour la protection sociale de la santé. Il ressort du graphique A.22 que, en 2006, tandis que les sources publiques de financement, comme le budget de l'Etat ou les régimes sociaux d'assurance-maladie, dominaient (en moyenne pondérée par la taille du PIB plutôt que par la population) en Europe, dans la CEI, au Moyen-Orient et dans les pays asiatiques, les dépenses privées l'emportaient en Afrique et pesaient à peu près le même poids que les dépenses publiques en Amérique du Nord, en Amérique latine et dans les Caraïbes. La majeure partie du financement public provient en définitive des recettes fiscales générales en Afrique, en Amérique du Nord et en Amérique latine, au Moyen-Orient et dans la CEI, tandis que, en Asie et en Europe centrale et orientale, c'est le financement par les assurances sociales qui domine. En Europe de l'Ouest – là encore, en moyenne –, le financement des soins de santé provient à parts à peu près égales de l'assurance sociale maladie et du budget de l'Etat (recettes fiscales générales). Les Etats-Unis, où l'assurance-maladie privée domine, constituent une exception. Dans toutes les régions du monde, le niveau général des dépenses à la charge de l'utilisateur s'établit entre 1 pour cent et 2 pour cent du PIB. Cela dit, tandis que, dans certains pays (Europe), ces dépenses ne représentent qu'une petite fraction du total des dépenses de santé, dans d'autres (pays à faible revenu, voir graphique A.19 plus haut), elles en constituent plus de la moitié.

**Graphique A.22. Niveaux respectifs des différentes sources de financement des soins de santé (en pourcentage du PIB), 2006**

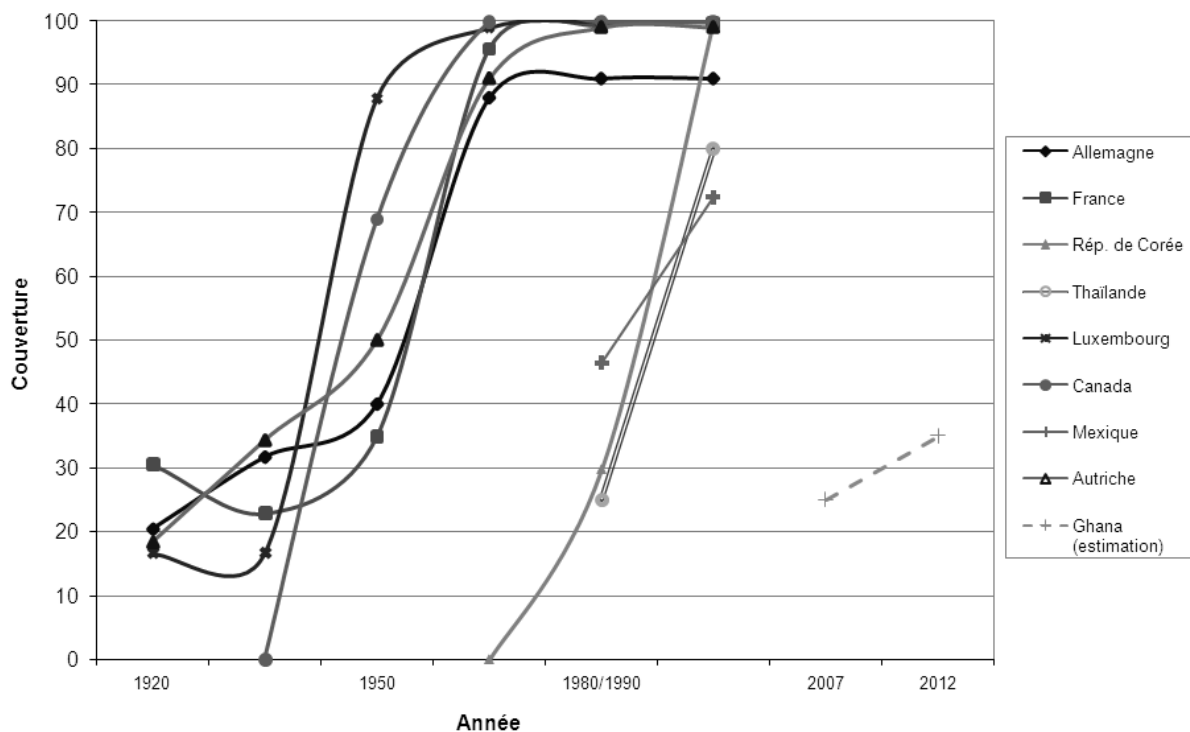


Source: Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS), 2008, Genève. Calculs réalisés par le BIT.

Tous les pays, mais particulièrement ceux à faible revenu, se préoccupent de rendre la protection sociale de la santé la plus abordable possible d'un point de vue budgétaire. Dans le cas de certains, notamment en Afrique subsaharienne et en Asie, l'aide étrangère supplée à des ressources nationales limitées. Cela dit, pour tous les pays, il est possible de rendre la protection sociale de la santé la plus abordable possible en offrant de façon efficiente des soins primaires, secondaires et préventifs, en ayant recours aux médicaments génériques et en faisant baisser au maximum les prix des fournisseurs grâce à des mécanismes, par exemple, d'agrément. Les lots de prestations devraient être conçus dans une perspective générale d'entretien et d'amélioration de la santé, autant que de guérison, et dans le but de garantir la capacité des individus de travailler.

Il est possible de se rapprocher rapidement de la couverture universelle, même dans les pays à faible revenu. Le graphique A.23 illustre les progrès réalisés avec le temps dans neuf pays choisis.

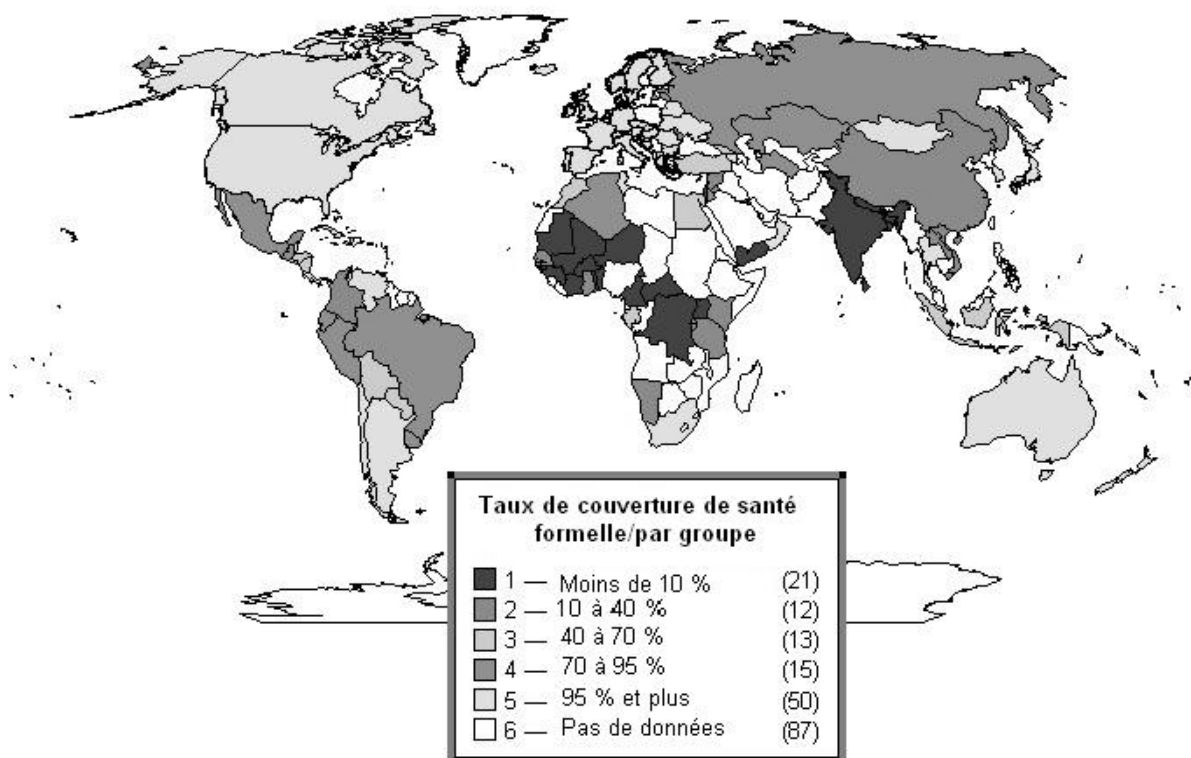
**Graphique A.23. Réaliser la couverture universelle par l'assurance sociale maladie**



Source: BIT, *Compulsory sickness insurance*, Genève, 1927 (pour les années 1920 à 1925); *EcoSanté OCDE 2005* (pour les années 1970 à 2000).

Dans les années vingt, des pays comme l'Autriche ou l'Allemagne offraient une couverture obligatoire à environ 30 pour cent de leur population, tandis que d'autres (par exemple, la France ou la Norvège) atteignaient des taux de couverture formelle d'environ 20 pour cent, ou de seulement 3,3 pour cent dans le cas du Japon. Cinquante ans plus tard, chacun de ces pays avait réalisé une couverture allant de 90 pour cent à 100 pour cent, et ce alors que leur PIB par habitant s'établissait entre 1 997 dollars E.-U. (Autriche) et 3 985 dollars E.-U. (Canada). En 1980, la République de Corée assurait la couverture d'environ 30 pour cent de sa population, avec un PIB par habitant de 1 632 dollars E.-U.; en 2000, le taux de couverture formel atteignait en Corée 100 pour cent, avec un PIB par habitant de 5 429 dollars E.-U., alors que les pays de comparaison affichaient un PIB trois fois plus élevé. La Corée a ainsi réalisé sa couverture sous l'angle de la protection sociale de la santé dans un délai et avec des moyens économiques bien plus réduits. Malgré cet exemple, toutefois, dans nombre de pays, la couverture, ne serait-ce que légale – sans parler de l'accès effectif aux services de santé –, demeure très faible (voir graphique A.24).

**Graphique A.24. Couverture formelle dans le domaine de la santé** (pourcentage de la population couverte selon la loi)



Source: BIT (2008d).

Dans nombre de pays africains, la couverture formelle totale demeure inférieure à 1 pour cent de la population totale, par exemple au Mali, au Niger ou en Ouganda (tableau A.4), tandis que, même en Amérique latine, où les pays ont généralement introduit leurs premiers régimes d'assurance publics il y a de nombreuses décennies et mobilisé de multiples dispositifs de santé sociaux, la couverture légale ou prévue par la loi est loin d'être complète (tableau A.5), le taux ne dépassant par les 65 pour cent dans des pays comme la Bolivie, El Salvador ou le Honduras.

**Tableau A.4. Pourcentage de la population bénéficiant d'une couverture sociale de santé formelle dans une sélection de pays africains, 2007**

Pays	Côte d'Ivoire	Rép. dém. du Congo	Kenya	Mali	Mauritanie	Niger	Ouganda
Couverture formelle de la protection sociale de santé	5,0	0,2	25,0	2,0	0,3	0,7	0,1

Source: BIT, 2008d.

**Tableau A.5. Pourcentage de la population doté d'une couverture formelle de protection de santé dans un certain nombre de pays d'Amérique latine et pour un certain nombre d'années entre 1995 et 2004**

Pays	Régime public	Assurance sociale	Assurance privée	Autre	Total (en %)
Argentine	37,4	57,6	4,6	1,4	100
Bolivie	30,0	25,8	10,5	0,0	66,3
Colombie	46,7	53,3			100
Equateur	28,0	18,0	20,0	7,0	73
El Salvador	40,0	15,8	1,5		57,3
Haïti	21,0		38,0		60,0
Honduras	52,0	11,7	1,5		65,2
Nicaragua	60,0	7,9		0,5	68,4

Source: Mesa-Lago (2007).

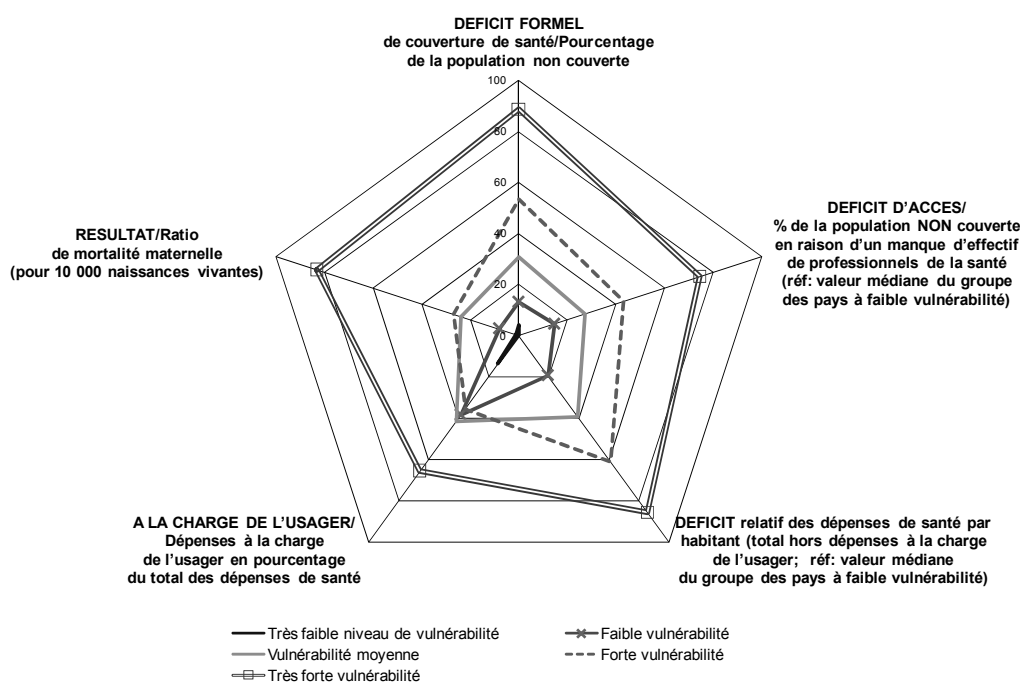
Les données disponibles concernant la couverture effective sont très limitées, tant au niveau mondial que national. Malgré les efforts importants déployés par nombre d'institutions nationales et internationales pour constituer et fournir des données sur l'accès, en particulier des pauvres, aux services de santé, l'information est encore lacunaire. Les statistiques nationales sont compilées sur des bases qui ont tendance à être partielles, propres à chaque pays et non comparables, d'où l'impossibilité de procéder à une évaluation comparative de la couverture et de l'accès effectifs. Même si l'on dispose de certaines données concernant le pourcentage de population bénéficiant d'une couverture obligatoire ou légale, les dépenses à la charge de l'utilisateur en pourcentage des dépenses totales, la densité de personnel médical doté de qualifications spécifiques, de pair avec certains indicateurs d'infrastructure, le niveau global d'utilisation et de dépenses de santé, l'accès effectif ne peut se mesurer que par la prise en compte d'un certain nombre d'aspects interreliés, notamment le caractère réellement abordable des soins de santé pour les ménages et la disponibilité des services et des infrastructures.

Il est toutefois possible de broser un tableau multidimensionnel de la couverture de santé, à partir d'un ensemble d'indicateurs clés qui reflètent la situation d'un pays ou d'un groupe de pays, liés tant à l'accès aux services de santé qu'au niveau de protection financière. Parmi les indicateurs utiles couvrant ces aspects, mentionnons notamment:

- la lacune de la couverture formelle, mesurée par le pourcentage de personnes qui ne sont pas formellement/légalement couvertes par la protection sociale de santé;
- le déficit de protection financière, mesuré par la proportion de paiements à la charge de l'utilisateur dans le total des dépenses de santé et par le taux de dépenses de santé catastrophiques;
- le déficit d'accès, sur le plan des ressources affectées aux services de soins de santé, mesuré en proportion du total réel des dépenses de santé (déduction faite des paiements à la charge de l'utilisateur) par tête par rapport à une valeur de référence (ici, une valeur médiane pour l'ensemble des pays à faible vulnérabilité); et
- le déficit d'accès, mesuré par le pourcentage de la population qui n'est pas couvert, en raison d'effectifs insuffisants de personnel médical qualifié (en utilisant la densité médiane de personnel médical des pays à faible vulnérabilité comme référence); la mortalité maternelle mesurée par le ratio de décès pour 10 000 naissances vivantes constitue également un indicateur, quoique assez indirect, de l'adéquation de l'accès.

Il est assez complexe de combiner ces indicateurs, mais de nouvelles méthodes d'analyse statistique deviennent disponibles grâce à l'utilisation d'indicateurs de remplacement, et le graphique A.25 permet de visualiser le résultat d'une telle analyse. Les pays ont été regroupés en cinq niveaux de «vulnérabilité» définis selon deux critères: i) le pourcentage de la population vivant en dessous de la ligne de pauvreté de 2 dollars E.-U. par jour; et ii) le pourcentage de salariés en proportion du total de la population occupée à titre d'indicateur approximatif de l'étendue de l'emploi informel; chacun des groupes étant représenté par un pentagone «concentrique» du graphique. Le groupe affecté par la plus grande vulnérabilité correspond à celui des pays présentant le plus fort taux de pauvreté et la plus faible proportion d'emplois salariés.

**Graphique A.25. Déficit de couverture de santé multidimensionnel selon le niveau de vulnérabilité des pays**

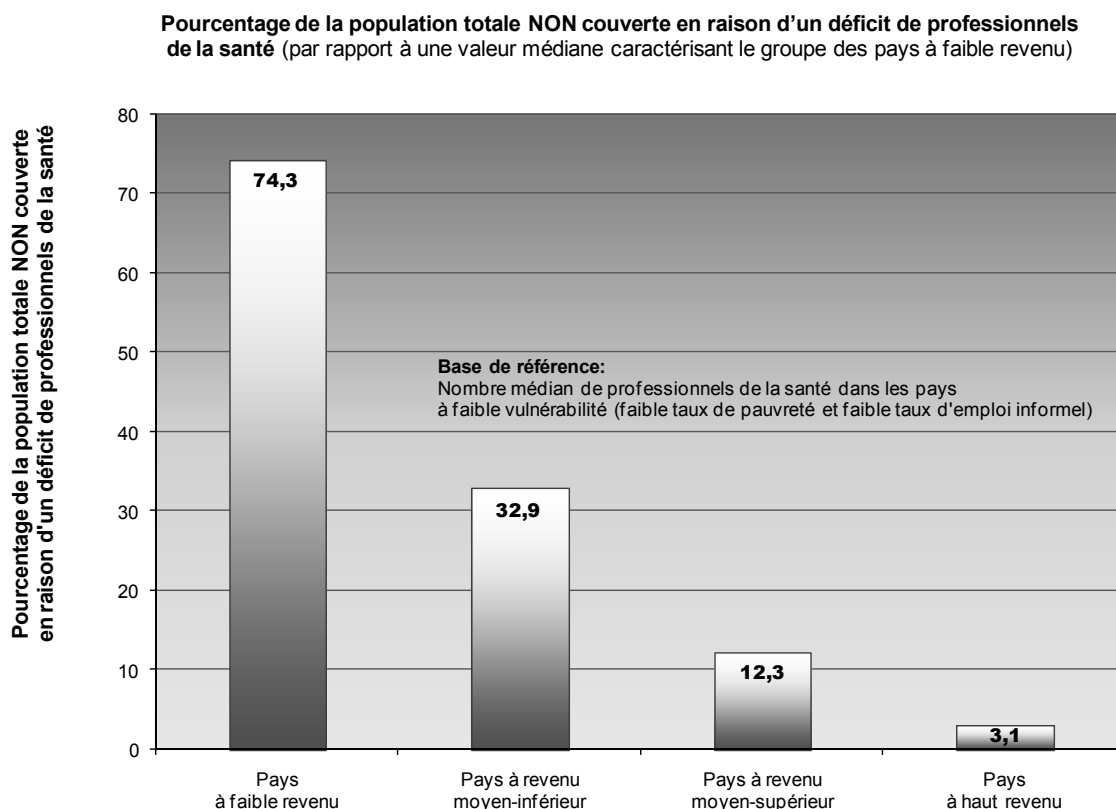


Source: Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS), 2008, Genève. Calculs réalisés par le BIT.

Chacun des cinq axes du graphique représente un des indicateurs de couverture retenus. Pour les pays classés comme les plus «vulnérables» selon les critères énoncés plus haut (pays correspondant au pentagone extérieur), près de 90 pour cent de la population est dépourvue de toute couverture formelle (légale). Ce déficit est confirmé par les autres indicateurs, y compris le faible niveau de protection financière, puisque plus de 50 pour cent du total des dépenses de santé sont directement à la charge des ménages. Ces pays affichent également le plus fort taux de mortalité maternelle, soit 82 décès pour 10 000 naissances vivantes en moyenne, et le plus fort déficit de dépenses par habitant, avec une valeur médiane de 85 pour cent. Par ailleurs, l'indicateur de déficit d'accès, mesuré par la densité relative de professionnels de la santé, indique qu'il se pourrait que près de 75 pour cent de la population de ces pays n'aient pas accès aux services de santé en raison de l'absence de personnel médical.

On peut trouver d'autres détails techniques dans des études pertinentes du BIT <sup>6</sup>. Cela dit, le graphique A.26 illustre plus en détail le déficit d'accès au niveau mondial: on estime qu'un tiers de la population mondiale n'a pas accès aux services de santé en cas de besoin. Ce déficit va de 75 pour cent dans les pays à faible revenu à seulement quelques pour cent dans les pays à haut revenu.

**Graphique A.26. Pourcentage de la population totale NON couverte en raison du déficit de personnel médical compétent**



Source: Système d'information statistique de l'OMS (WHOSIS), 2008, Genève. Calculs réalisés par le BIT.

<sup>6</sup> Une autre publication du BIT (2008d) prend les valeurs thaïlandaises comme référence (32 professionnels de la santé qualifiés pour 10 000 personnes) et arrive à une estimation de 30 pour cent de personnes non couvertes. Ici, on a retenu le nombre de 25, en référence à un rapport de l'OMS datant de 2006: «On estime que les pays disposant de moins de 25 professionnels de la santé (soit médecins, infirmières ou sages-femmes) pour 10 000 habitants en moyenne n'atteignent pas un taux de couverture adéquat pour la série d'interventions de soins de santé primaires désignés comme prioritaires dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement» [traduction].

---

## Supplément B. Examen des politiques possibles en pratique – l’expérience de quelques pays

Dans le présent supplément, on examine un certain nombre de régimes expérimentés par divers pays à travers le monde, régimes actuellement en vigueur ou en développement. La majorité des exemples retenus sont des cas de mise en œuvre efficace et réussie et ils peuvent servir d’exemples. Cela dit, il est également utile d’étudier les conséquences pour les individus d’une protection réelle limitée, voire nulle, dans un pays donné. Dans la présente section, par exemple, on souligne les conséquences des insuffisances de la couverture sociale en ce qui concerne les soins de santé essentiels en Sierra Leone.

### B.1. Accès aux soins de santé essentiels

#### B.1.1. Thaïlande

En Thaïlande, la couverture des soins de santé placée sous les auspices des pouvoirs publics comprend essentiellement trois composantes: régimes offerts par l’employeur; assurance-maladie au titre des régimes d’assurance sociale; et régimes universels de soins de santé; à cela s’ajoutent les régimes offerts par l’Etat à ses propres agents<sup>1</sup>. Ils comprennent le *Civil Servant Medical Benefit Scheme* (CSMBS) (régime de prestations médicales de la fonction publique) et le *State Enterprises Medical Benefit Scheme* (régime de prestations médicales des entreprises publiques). Le CSMBS couvre les salariés et les retraités de l’Etat ainsi que leurs ayants droits à charge (conjoint, parents, enfants de moins de 20 ans jusqu’à concurrence de trois). Quant au régime des entreprises publiques, il couvre les salariés de ces entreprises et leurs ayants droit à charge. Afin d’étendre la couverture aux salariés de l’économie formelle privée, une loi sur la sécurité sociale a été promulguée en 1991, portant création de l’Office de sécurité sociale (SSO). Initialement, il offrait une protection de la santé aux travailleurs des entreprises de 20 salariés ou plus. En 2002, la couverture a été étendue pour englober toutes les entreprises comptant au moins un salarié. Cela dit, en 2001, la Thaïlande a pris une mesure radicale en vue de réaliser la couverture de la population tout entière en matière de santé: elle a introduit un régime de soins de santé universel, populairement désigné par l’expression «régime UC» (abréviation de «universal coverage») et auparavant connu sous le nom de régime à «30 baht». Ce régime offre à tout citoyen thaïlandais qui n’est affilié ni au SSO ni au CSMBS un accès aux services de santé dispensés par les réseaux de fournisseurs agréés dans les districts (dispensaires, hôpitaux de district et hôpitaux provinciaux coopérants). Le tableau B.1 offre un aperçu des principales caractéristiques des régimes de protection sociale de la santé, tandis que le tableau B.2 présente un certain nombre d’indicateurs statistiques synthétiques permettant d’apprécier la protection sociale de la santé assurée par ces régimes.

<sup>1</sup> OMS, 2005. *Social Health Insurance, selected case studies*, Manila, New Delhi et BIT, 2004. *Financing universal healthcare in Thailand, A technical note to the Government*, Genève.



**Tableau B.1. Aperçu de la protection sociale de la santé en Thaïlande**

Caractéristiques	Régime de sécurité sociale	CSMBS	UC
Personnes couvertes	Salariés du privé	Fonctionnaires, salariés du secteur public et leurs ayants droit à charge (parents, conjoint et enfants)	Travailleurs indépendants et personnes non couvertes par le CSMBS ni le SSO
Type	Obligatoire	Prestations liées à l'emploi	Obligatoire
Financement			
Source	Cotisations salariales, patronales et de l'Etat (1,5 pour cent de la masse salariale; chaque pourcentage ramené à 1 pour cent depuis 2004)	Recettes budgétaires générales	Recettes budgétaires générales
Autorité	Office de la sécurité sociale	Ministère des Finances	National Health Security Office (NHSO)
Rémunération du fournisseur	Dotation forfaitaire par patient	Rémunération à l'acte	Budget global et dotation forfaitaire par patient
Prestations	Consultations externes et hospitalisations dans des établissements publics ou privés; prestations de maternité; immunisation et éducation à la santé; prestations en espèces	Consultations externes dans des établissements publics; hospitalisation dans des établissements publics ou privés (urgences seulement); prestations de maternité; remboursement d'une visite médicale annuelle	Consultations externes et hospitalisations dans des établissements publics ou privés; prestations de maternité; immunisation et éducation à la santé
Accès à un fournisseur	Par l'entremise d'un hôpital agréé ou de son réseau; immatriculation obligatoire	Choix libre du fournisseur	Par l'entremise d'un hôpital agréé ou de son réseau; immatriculation obligatoire

Source: J. de la Rosa/Scheil-Adlung, *Enabling transition to formalization through providing access to health care: The examples of Thailand and Ghana*, Colloque interrégional sur l'économie informelle: Permettre une transition vers la formalisation, Genève, 27-29 nov. 2007.

**Tableau B.2. Quelques indicateurs de protection sociale de la santé en Thaïlande, 2007**

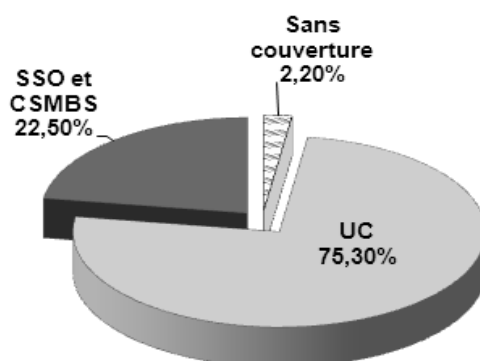
Quelques indicateurs de protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'Etat, d'assurances-maladie publiques, d'assurances-maladie privées ou mutuelles d'assurance-maladie)	97,7
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	3,3
Paiements directs (à la charge de l'usager) en pourcentage des dépenses totales de santé	28,7
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	74,8

Source: BIT (2008d).

Par conséquent, en gros, les gens en Thaïlande peuvent avoir accès, en principe sans copaiements ni frais à la charge de l'usager, à un éventail complet de services de santé comprenant des services ambulatoires (ou de consultation externe), des services d'hospitalisation et des soins de maternité, assurés par des fournisseurs publics ou privés, dans un cadre qui met l'accent sur la prévention et la réadaptation.

En 2006-07, la couverture légale globale de la population par l'assurance-maladie en Thaïlande atteignait presque les 98 pour cent. Sur ce pourcentage, presque 75 pour cent étaient attribuables au régime UC, le reste se répartissant entre le SSO et le CSMBS (voir graphique B.1) (Jongudosmuk, 2006). L'approche plurielle adoptée par la Thaïlande lui a donc permis de réaliser une couverture quasi universelle dans un délai relativement bref.

Graphique B.1. La couverture de protection sociale de santé en Thaïlande, 2006



Source: BIT (2008d).

Le régime UC a joué un rôle crucial pour fournir une protection sociale de santé aux plus pauvres de la société, notamment les travailleurs de l'économie informelle dont les besoins en matière de santé avaient précisément inspiré la création de ce régime. Cela dit, le fait que les paiements à la charge de l'utilisateur représentent une part importante du total des dépenses de santé (28,7 pour cent en 2007, ce qui représente 74,8 pour cent des dépenses de santé privées) demeure un problème, qui n'a pas encore trouvé de solution satisfaisante<sup>2</sup>.

Le développement pluriel coordonné de régimes, tant ciblés qu'universels, est un trait caractéristique de l'approche thaïlandaise de la protection sociale de la santé. Il a permis de mobiliser tout un éventail de sources de revenus, combinant les recettes générales de l'Etat et les impôts préaffectés avec les cotisations et les primes, ce qui a accéléré l'élargissement de la couverture, en particulier aux pauvres. Les principaux domaines de coopération entre les différents régimes concernent la gestion du système d'information, les normes régissant les services et les établissements de santé ainsi que le processus de demande de prestations et l'audit<sup>3</sup>.

En outre, le recours à des modes de rémunération des fournisseurs différents selon le type de service a eu des effets positifs. Cela va du paiement à l'acte, permettant de stimuler l'utilisation de services sous-utilisés à la dotation forfaitaire par patient et à la méthodologie dite du «case mix» afin de maîtriser les coûts des soins hospitaliers. Néanmoins, il est possible d'améliorer encore l'intégration entre les divers régimes, notamment en ce qui concerne la rémunération des fournisseurs et la mise en place d'incitations à la qualité.

Même si un lot complet de prestations a été mis en place, des ajustements s'imposent, en particulier en prévision du vieillissement de la population. On pourrait notamment intégrer des soins de longue durée pour faire face à l'insuffisance anticipée des soins fournis par la famille, vu la baisse du taux de fécondité et l'allongement de l'espérance de vie.

<sup>2</sup> BIT (2008d).

<sup>3</sup> Sakunphanit, T. 2008. *Universal Health Care Coverage through Pluralistic Approaches: Experience from Thailand*. Series: Social Security extension initiatives in East Asia (Bangkok, Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Asie de l'Est).

---

### **B.1.2. Ghana**

L'assurance-maladie formelle est une réalité relativement nouvelle au Ghana, même si cela fait des décennies que les réseaux traditionnels informels, fondés sur le capital social et la solidarité, assurent un soutien en cas de besoin de soins de santé ou encore de deuil. Malgré la disponibilité des soins de santé, majoritairement contre paiement au point de service, les inégalités croissantes inhérentes au système étaient devenues depuis longtemps troublantes et elles ont amené tout récemment à l'instauration d'un régime national d'assurance sociale (le NHIS). Celui-ci a pour mission déclarée d'assurer à l'ensemble des résidents du Ghana un accès universel équitable à des services de santé essentiels d'une qualité acceptable, et ce sans paiement à la charge de l'utilisateur au point de service. La loi 650 identifie trois types majeurs d'assurance-maladie dans le pays:

1. Des régimes d'assurance-maladie mutualistes (ou communautaires) de district: tous les résidents du district peuvent y adhérer.
2. Des régimes d'assurance-maladie commerciaux privés: il s'agit de régimes privés à but lucratif qui ne sont pas limités à une région ou à un district ghanéens particuliers: tous les Ghanéens du territoire couvert peuvent donc y adhérer.
3. Des régimes d'assurance-maladie mutualistes (communautaires): ces régimes servent des groupes de personnes spécifiques (membres, par exemple, d'un club, d'une église ou d'une autre organisation) qui se regroupent pour former leur propre régime d'assurance-maladie mutualiste; généralement, seuls les membres de l'organisation concernée peuvent y adhérer.

Pour pouvoir opérer légalement dans le pays, chaque régime est tenu de s'enregistrer auprès des pouvoirs publics. L'Etat assure un soutien financier direct aux seuls régimes d'assurance-maladie mutualistes de district, dans le cadre de sa stratégie continue de réduction de la pauvreté. Ces régimes communautaires constituent donc la pierre angulaire du programme national d'assurance-maladie des pouvoirs publics.

Les primes du NHIS sont généralement fondées sur la capacité de paiement des participants. Des comités d'assurance communautaires identifient et classent les résidents parmi quatre groupes sociaux: les plus pauvres, les pauvres, la classe moyenne et les riches, et ils établissent leurs cotisations respectives en conséquence. Les plus pauvres (ou les indigents)<sup>4</sup> ainsi que les 70 ans et plus qui cotisaient à l'Institut de sécurité sociale et d'assurance nationale (SSNIT) lors de leur départ en retraite sont exemptés de toute prime ou cotisation.

Même si les cotisations varient légèrement d'un district à l'autre, les membres de l'économie informelle paient généralement environ 72 000 ₵ (ou 7,2 nouveaux GH₵, soit environ 5 dollars E.-U.). Quant aux membres de l'économie formelle, participant au SSNIT, un montant de 2,5 pour cent est déduit chaque mois de leur salaire à titre de cotisation à l'assurance-maladie. Les salariés de l'économie formelle devraient ainsi devenir automatiquement membres du NHIS; cela dit, il leur faut encore s'inscrire auprès du régime d'assurance-maladie mutualiste de leur district. Le gouvernement a par ailleurs institué une taxe de vente de 2,5 pour cent pour contribuer au financement du NHIS. Pour tous les cotisants, la couverture englobe leurs enfants et autres ayants droit à charge de moins de 18 ans.

<sup>4</sup> Selon la définition du NHIS, les plus pauvres correspondent aux adultes sans emploi qui ne reçoivent aucun soutien identifiable et constant d'aucune source pour survivre (NHIS, République du Ghana, Brochure n.d., 6; Ghana National Health Insurance Council, 2007).

Les prestations servies par le NHIS comprennent les services de consultation générale, les services d'hospitalisation, la santé buccale, les soins oculaires, les urgences et les soins de maternité, ce qui inclut les soins prénatals, les accouchements normaux et certains types d'accouchements compliqués. Seuls quelques éléments «spécialisés», notamment les médicaments antirétroviraux contre le VIH ou l'hospitalisation dans des conditions «de luxe», sont exclus du lot de prestations offert par l'assurance-santé. Selon l'instrument législatif (LI) qui accompagnait la loi 650, environ 95 pour cent de l'ensemble des besoins essentiels ou des problèmes de santé répandus au Ghana sont couverts.

Selon les données du siège du NHIS du Ghana, à Accra, en 2008, quelque 12,5 millions de Ghanéens, soit 61 pour cent du total de la population nationale (20,4 millions), étaient immatriculés auprès du NHIS <sup>5</sup>. Les effectifs les plus importants, en nombre absolu, se trouvent dans les régions d'Ashanti (2,8 millions), de Brong Ahafo (1,5 million), d'Accra (1,4 million) et de l'Est (1,4 million). Sur le total des personnes immatriculées, quelque 6,3 millions (soit un peu plus de 50 pour cent) sont des enfants de moins de 18 ans, 867 000 (ou 6,9 pour cent) ont plus de 70 ans et 303 000 (soit 2,4 pour cent) sont classés comme «indigents», autant de personnes qui sont en principe exemptées de toute cotisation <sup>6</sup>.

L'expérience du Ghana montre qu'il est possible pour un pays – dont la main-d'œuvre occupée dans l'économie informelle représente 90 pour cent de la main-d'œuvre totale – de résoudre des problèmes comme l'insuffisance de financement, une faible qualité de service ou l'exclusion en instaurant de multiples régimes de protection sociale de santé, allant des régimes communautaires à une assurance-maladie nationale, destinés à différents groupes de population, et en les harmonisant progressivement. L'expérience ghanéenne indique que le fait d'assurer un accès à l'ensemble des citoyens tout en ciblant simultanément les pauvres constitue un facteur de succès déterminant.

Deuxième facteur de mise en œuvre réussie: offrir un lot complet de prestations couvrant les besoins essentiels. Cela dit, des problèmes subsistent en matière d'accès et de qualité: le déficit d'accès concerne 66 pour cent de la population totale et les paiements à la charge de l'utilisateur (ou paiements directs) représentent près de 70 pour cent du total des dépenses de santé (voir tableau B.3).

**Tableau B.3. Quelques indicateurs de protection sociale de la santé au Ghana, 2006**

Quelques indicateurs de protection sociale de la santé	Pourcentage
Couverture formelle totale en pourcentage de la population (régimes relevant de l'Etat, d'assurances-maladie publiques, d'assurances-maladie privées ou mutuelles d'assurance-maladie)	61
Déficit d'accès lié aux effectifs du personnel de santé en pourcentage de la population	66
Dépenses totales de santé en pourcentage du PIB	4,5
Paiements directs en pourcentage des dépenses totales de santé	68,2
Paiements directs en pourcentage des dépenses de santé privées	100

Source: BIT (2008d) et régime NHIS du Ghana, données de 2008.

<sup>5</sup> Rapport de fonctionnement du 31 décembre 2008, NHIS, Ghana.

<sup>6</sup> *Ibid.*

### B.1.3. Mongolie

La Mongolie a instauré un régime social d'assurance-maladie en 1993, à un moment où le pays passait d'une économie planifiée centralisée à une économie de marché et donc mettait en œuvre des mesures de réforme socio-économique fondamentales. Il s'agissait principalement de mobiliser des ressources financières additionnelles pour le secteur de la santé et de fournir une protection financière à la population à faible revenu ou vulnérable. On s'approche actuellement de la couverture universelle grâce aux adhésions au régime d'assurance et, bien que cela ait été réalisé parce que l'Etat subventionne massivement la participation de certaines catégories spécifiques de population, une telle aide publique est en train d'être graduellement réduite à mesure que certaines catégories de population, telles que les bergers, deviennent autosuffisantes économiquement. Comme on peut le voir au tableau B.4, le taux de couverture est élevé au sein de la plupart des groupes de population et le taux de couverture global est de 77,3 pour cent.

Tableau B.4. Mongolie: couverture légale de différents groupes de population

Groupe	Taux de couverture
Salariés	88,0
Enfants de moins de 16 ans	100,0
Citoyens sans autre revenu qu'une pension	100,0
Femmes s'occupant des enfants	100,0
Personnes vulnérables	100,0
Militaires	100,0
Etudiants à temps plein	24,6
Bergers	56,4
Autres	81,2
Couverture légale en pourcentage de la population totale	77,3
Paiements directs (à la charge de l'utilisateur)	
En pourcentage du total des dépenses de santé	33
En pourcentage des dépenses de santé privées	91,1

Source: BIT/OMS/GTZ/ADB, *Strengthening the capacity and multi-sector collaboration to improve social health insurance in Mongolia*, Rapport de projet, Oulan-Bator, 2008.

Même si le lot de prestations a été défini comme formant un tout, il n'a pas été mis intégralement en œuvre; en particulier, la qualité des prestations servies donne l'impression de ne pas tenir les promesses. Pourtant, la Constitution de la Mongolie (art. 16.6) garantit «le droit à la protection de la santé et aux soins de santé» et reconnaît que ce droit implique la fourniture de soins gratuits aux pauvres. La loi sur la santé de 1998 stipule: «certains types de soins et de services de santé doivent être fournis gratuitement par l'Etat aux citoyens, comme le prévoit la Constitution». Cette loi énumère les services à fournir et les problèmes de santé qui doivent être traités gratuitement, que le patient soit assuré ou non. Figurent notamment dans la liste: les services d'urgence et d'ambulance; la tuberculose, le cancer, les maladies mentales, la grossesse, la naissance et les soins postnatals; le traitement des lésions causées par les catastrophes naturelles, les accidents subits ou les maladies contagieuses. Le gouvernement a compétence pour mettre à jour la liste des maladies dont le traitement est gratuit et pour réglementer la fourniture des traitements gratuits. Ainsi, la double démarche consistant à instaurer un régime social d'assurance-maladie pour la population en général et à le compléter par des services spécifiques financés sur les recettes fiscales a permis au pays de se rapprocher d'une couverture quasi universelle.

---

Cela dit, malgré les résultats impressionnants du régime de protection sociale de santé, de vastes problèmes persistent. En particulier, les ménages des particuliers doivent assumer des paiements directs importants, puisqu'ils s'élèvent à 33 pour cent du total des dépenses de santé. Administrativement, un manque d'harmonisation des législations de la santé et de l'administration publique se traduit non seulement par une couverture insuffisante du système social d'assurance-maladie, mais aussi par des déceptions de la part des assurés, au regard des besoins et des attentes, en ce qui concerne la qualité des services. Ces problèmes découlent principalement d'un manque de coordination et de collaboration entre les principales parties prenantes ces dernières années, reflétant les limites du dialogue social et national.

#### **B.1.4. Sierra Leone**

Le système actuel de financement de la santé en Sierra Leone reflète les contraintes générales de la reconstruction de l'après-guerre et se caractérise par des paiements élevés à la charge de l'usager, une piètre qualité de service, une pénurie de médicaments et un manque d'infrastructures sanitaires, en particulier dans les zones rurales, d'où des inégalités criantes en matière d'accès aux services de santé.

Actuellement, les services de santé dans le pays sont largement à la charge des usagers (100 pour cent des dépenses de santé privées, en l'absence d'assurance privée); il s'agit d'ailleurs essentiellement d'achats de médicaments. Le financement public de la santé est constitué, dans une large mesure, par l'assistance technique étrangère. Malgré le déploiement d'efforts importants pour améliorer la situation, les dépenses de santé par habitant ont baissé depuis 2003, passant d'environ 4 dollars E.-U. à 1,5 dollar E.-U.

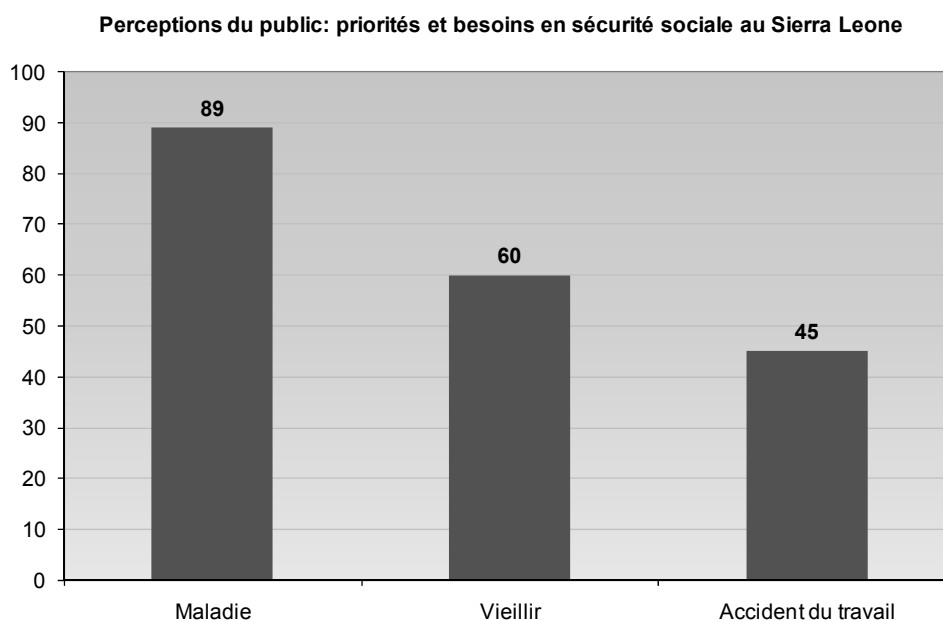
Les groupes vulnérables, c'est-à-dire les enfants de moins de 5 ans, les écoliers, les femmes enceintes et les femmes qui allaitent, les handicapés et les plus de 60 ans, devraient en théorie recevoir des services gratuits mais, comme on le souligne plus bas, cette politique n'est pas clairement mise en œuvre et il existe de nombreux cas de patients devant payer pour «s'inscrire» et consulter un docteur ou une infirmière<sup>7</sup>.

Dans un tel contexte, il n'est pas surprenant qu'une enquête pilote récente sur les priorités et les besoins en sécurité sociale<sup>8</sup> ait constaté que les risques jugés les plus menaçants par la population étaient, dans l'ordre, la maladie (mentionnée par 89 pour cent des sondés), la vieillesse (60 pour cent) et les accidents du travail (45 pour cent) (voir graphique B.2). La maladie était perçue comme le premier des risques et toutes les catégories de sondés (quel que soit l'âge ou le sexe) se sont, malgré le fort taux de pauvreté qui sévit dans le pays, dites prêtes à verser des cotisations de sécurité sociale, à des taux allant probablement de 5 pour cent à 10 pour cent de leur revenu mensuel. Dans une telle situation, le gouvernement a récemment demandé au BIT d'entreprendre une évaluation destinée à améliorer la protection sociale de la santé, notamment pour les pauvres.

<sup>7</sup> BIT (2008f).

<sup>8</sup> *Ibid.*

## Graphique B.2. Perceptions du public: priorités et besoins en sécurité sociale en Sierra Leone



Source: Cleeve, E. A., Pilot survey on social security priorities and needs. Final report (National Social Security and Insurance Trust, Freetown, 2007).

Alors que le système de soins de santé de la Sierra Leone se caractérise par des coûts très élevés et un faible taux d'utilisation des services en conséquence, il n'existe pas de dispositif efficient de mutualisation des risques (régimes d'assurance). Les principales stratégies adoptées par les pouvoirs publics consistent donc à étendre la protection sociale généralisée de la santé, à nouer des partenariats avec les parties prenantes et à se concentrer sur les soins de santé primaires dans le but d'améliorer non seulement la prévention et le contrôle des maladies, mais aussi la santé maternelle et infantile. Un fort accent est mis sur la fourniture de services, gratuits en théorie, aux éléments les plus vulnérables de la population: écoliers, enfants de moins de 5 ans, femmes enceintes, mères allaitant (pendant douze mois) et citoyens de plus de 65 ans. Cela dit, comme on l'a fait remarquer plus haut, il est clair que la politique de gratuité n'est généralement pas appliquée. En raison de l'insuffisance des effectifs de santé<sup>9</sup> et de la piètre qualité des établissements et des équipements de santé, en réalité, l'accès aux soins de santé est très restreint.

Les fonds actuellement disponibles (y compris en provenance de donateurs) sont évidemment insuffisants pour fournir ne serait-ce que les plus élémentaires et les plus essentiels des services de santé à la population. Le gouvernement explore actuellement, en conséquence, des stratégies possibles, dans un cadre de protection sociale de santé étendue. Il procède à l'évaluation de l'utilisation et de l'affectation actuelles des fonds, dans le but d'améliorer les aspects d'équité, de solidarité et d'efficience, tout en travaillant à l'élaboration d'un lot essentiel de prestations de soins primaires qui puissent être effectivement servies. Pour que le dispositif soit viable à long terme, il faut que la

<sup>9</sup> Il existe une grave pénurie de personnel qualifié en dehors de Freetown et, dans le district de Kailahun par exemple, le taux de médecin par habitant est inférieur de 25 fois au taux préconisé par l'OMS (1 pour 12 000). Sur dix médecins nouvellement formés, huit quitteront le pays après l'obtention de leur diplôme. La seule école de médecine du pays produit chaque année en moyenne huit médecins. (Source: BIT (2008f).)

---

dépendance vis-à-vis des dons extérieurs soit progressivement remplacée par des sources nationales de financement et que celui-ci soit organisé selon un principe de mutualisation des risques. Un élément majeur du programme politique actuel global du gouvernement consiste à renforcer les responsabilités locales par la décentralisation et la déconcentration: à la suite de la loi sur les collectivités locales de 2004, la responsabilité des établissements de soins de santé primaires a été transférée aux conseils régionaux. La responsabilité des soins de niveau tertiaire demeure toutefois l'apanage du gouvernement central.

## **B.2. Sécurité du revenu – vieillesse**

Les augmentations les plus spectaculaires de la couverture sociale qu'on observe dans le monde sont attribuables à des régimes de transferts sociaux non contributifs (de sécurité du revenu). Une trentaine de pays en développement ont déjà mis en place les éléments d'un lot de sécurité de sociale de base par l'entremise de dispositifs de transferts sociaux. On peut citer notamment les programmes «*Bolsa Família*» au Brésil et «*Oportunidades*» au Mexique, tandis que, en Afrique du Sud, en Namibie et au Népal, des pensions de base financées sur les recettes fiscales ont été mises en place avec succès. Le programme *Bolsa Família*, qui est peut-être le plus gros régime de transferts sociaux du monde, couvre actuellement 46 millions de personnes pour un coût d'environ 0,4 pour cent du PIB. L'Afrique du Sud a, pour sa part, largement étendu la couverture de son système de prestations pour enfants au cours des dix dernières années: il couvre actuellement plus de 4 millions d'enfants. En Inde, le régime national rural de garantie d'emploi de 100 jours (NREGS) a été mis en œuvre à l'échelle nationale (voir plus bas), tandis qu'une nouvelle loi a été passée pour rendre obligatoire l'extension de la couverture de sécurité sociale de base à quelque 300 millions de personnes jusque-là sans couverture. Le Népal, quant à lui, illustre le fait que, même dans des pays bien plus pauvres, une extension graduelle est possible: le pays a commencé à prendre des mesures en vue d'étendre la couverture de son régime de pension universel, l'objectif étant de ramener progressivement l'âge de l'ouverture des droits de 75 ans à 65 ans.

Les éléments recueillis indiquent qu'il est possible de réussir à mettre en place quelque chose quasiment partout, ainsi que le suggère une méta-étude effectuée par le BIT<sup>10</sup> sur la base de quelque 80 études «primaires» portant sur les nouveaux programmes de transferts en espèces instaurés dans une trentaine de pays en développement au cours des dix dernières années et offrant déjà certains éléments d'un socle de transferts sociaux (voir le chapitre 3 et le tableau 3.1 de la partie A). Ces programmes atteignent déjà entre 300 et 350 millions de bénéficiaires (sans compter les nouvelles dispositions de sécurité sociale visant le secteur non structuré en Inde). Ainsi que l'illustre la section ci-dessous, les régimes de transferts sociaux non contributifs en vigueur ont des impacts positifs sur le recul de la pauvreté, la santé et la nutrition, le statut social des bénéficiaires, notamment les femmes, l'activité économique et l'investissement dans de petites entreprises, sans pour autant avoir des effets négatifs importants sur la participation au marché du travail des populations pauvres qu'ils servent.

### **B.2.1. Afrique du Sud**

Le but principal d'un système de pensions consiste à prévenir la pauvreté dans la vieillesse. Le dispositif de pension sociale d'Afrique du Sud a été progressivement étendu à la population noire majoritaire au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix et il compte actuellement 2,2 millions d'ayants droit (AISS, 2008). Jusqu'à la récente

<sup>10</sup> La plupart des faits et des arguments présentés ici sont tirés d'une publication du BIT à venir (Cichon et coll.).



---

introduction des prestations de soutien pour enfant, la pension sociale constituait la plus importante source de soutien des ménages pauvres dans le pays. Une nouvelle loi a été approuvée par l'Assemblée nationale en 2008, dans le but, ainsi que des experts de l'AISS le font remarquer dans une évaluation, de faciliter et de rendre égalitaire l'accès aux pensions sociales, en alignant l'âge d'ouverture des droits pour les hommes sur celui qui prévalait jusqu'à présent pour les femmes, à savoir 60 ans. Cette modification étant introduite graduellement sur trois ans, d'ici à 2010-11, quiconque a 60 ans ou plus et satisfait aux critères de revenu pour une pension sociale aura un accès égal à une telle pension. Pour 2008, 1,2 milliard de rand sud-africains (ZAR) avaient été affectés à l'uniformisation de l'âge d'accès à cette allocation de vieillesse (AISS, 2008).

La pension assure un montant mensuel d'environ 70 dollars E.-U. à ceux qui ont l'âge requis et qui vivent dans la pauvreté. La pension sociale est soumise à condition de ressources et financée sur les recettes fiscales; le coût total annuel, qui dépasse sensiblement les 13,2 milliards de rand, équivaut à environ 1,4 pour cent du PIB et représente 38 pour cent du total des dépenses en transferts en espèces du ministère du Développement social (HelpAge, 2009).

On dispose de peu de données sur l'efficacité de la distribution, même si une étude (Woolard, 2003, p. 6) invite à penser que jusqu'à 500 000 ayants droit potentiels pourraient s'abstenir de réclamer leur pension ou ne pas y avoir accès pour quelque autre raison.

## Impact

Même si c'est le pensionné qui reçoit le montant, il est largement reconnu que la pension sociale fait l'objet d'un partage au sein des ménages pauvres, qu'elle soutient en fait (Ardington et coll., 1995). Les éléments recueillis indiquent que la mise en œuvre d'un tel régime de pension a été efficace non seulement pour empêcher nombre de pensionnés vulnérables de tomber dans la pauvreté de longue durée, mais aussi pour limiter la gravité de la pauvreté effectivement subie. Selon HelpAge International (2003, p. 14), l'écart de pauvreté serait, «en Afrique du Sud, supérieur de deux tiers à ce qu'il est si l'on devait supprimer le revenu des pensions non contributives, et l'écart d'indigence augmenterait d'un cinquième». Le même rapport indique que les pensions réduisent la vulnérabilité des ménages, les ménages bénéficiaires témoignant d'une plus grande sécurité financière et présentant une probabilité moindre de connaître une baisse de niveau de vie (*ibid.*, p. 21).

Le fait que l'existence de pensions sociales ait sensiblement amélioré le statut des femmes dans les ménages ruraux est bien attesté et il a été abondamment commenté et célébré; mais leur rôle est peut-être encore plus large à cet égard qu'on ne l'a dit. Une étude récente fondée sur une évaluation décennale du régime souligne sa valeur pour ce qui est d'atteindre les zones rurales. Certes, le nombre de femmes bénéficiaires est environ trois fois supérieur à celui des hommes bénéficiaires (Razavi, 2007, p. 391), mais en plus le régime joue un rôle général efficace en ce qu'il offre à «des travailleurs non rémunérés une garantie de sécurité économique partielle dans leurs années de vieillesse, leur assurant une place bien méritée au sein du ménage» (*ibid.*, p. 391).

Certains se sont inquiétés du fait que le régime de pension puisse avoir un impact négatif sur la participation au marché du travail en dissuadant les personnes en âge de travailler de chercher du travail en général, en particulier si une telle recherche devait les obliger à quitter leur région d'origine. Mais il ne semble pas qu'aucun élément statistique solide soit jamais venu étayer cette thèse. En fait, Posel et coll. (2004, p. 17) pensent que, «lorsque la pension sociale représente un montant significatif, ce qui est le cas pour les ouvrières agricoles migrantes, l'effet est positif. Selon nos résultats, il semble que les revenus de pension soient particulièrement importants dans le cas des femmes non seulement parce qu'ils aident les femmes jeunes à passer par-dessus les considérations financières faisant obstacle à la migration, mais aussi parce qu'ils permettent aux grands-

---

mères de soutenir leurs petits-enfants.» Plus généralement, de l'avis de Sagner (2000, p. 547), l'impact sur les liens sociaux a également été fort important en ce que les pensions ont permis aux personnes âgées de retrouver un rôle social significatif. Ainsi, «les pensions de vieillesse n'ont pas seulement une valeur économique directe, elles ont aussi une importance sociale et symbolique éminente».

Par ailleurs, il semble bien y avoir une corrélation entre la mise en place du régime de pension et la composition des ménages: selon une grande enquête sur les ménages (9 000) menée en Afrique du Sud en 1993, «les ménages bénéficiant d'un revenu de pension ont plus d'enfants que la moyenne (2,28 contre 1,69)» (Case et Deaton, 1996, p. 11).

### **B.2.2. Namibie**

Le dispositif namibien de pensions non contributives vise, tout comme le régime sud-africain, à faire reculer la pauvreté parmi la population âgée. Les pensions ont d'abord été instaurées pour les citoyens blancs dans les années quarante (le territoire étant alors sous administration sud-africaine) avant d'être étendues à l'ensemble de la population en 1973. Aux termes de la législation actuelle, un citoyen namibien résidant en Namibie (qui ne passe pas plus de six mois hors du pays) et âgé de plus de 60 ans a droit à une pension de vieillesse. Ce droit est inconditionnel, quel que soit le patrimoine, le revenu ou les autres pensions perçus de régimes à cotisations déterminées: il est acquis en toute égalité à tout retraité, riche ou pauvre (Shleberger, 2002, p. 5). En 2001, on comptait environ 100 000 bénéficiaires, soit environ 95 pour cent des ayants droit (contre environ 48 pour cent en 1993-94). Les bénéficiaires recevaient à peu près 30 dollars E.-U. (Pelham, 2007, p. 4) par mois, pour un coût total équivalant à environ 0,8 pour cent du PIB (HelpAge, 2009).

#### **Impact**

Il ressort de recherches effectuées dans le Nord de la Namibie qu'entre un quart et la moitié des revenus de pension peuvent se trouver investis dans des entreprises productrices (rapporté dans HelpAge, 2006, p. 5). Également au crédit du programme: l'encouragement des petites entreprises (Barrientos et Scott, 2008b, p. 18) et la stimulation du commerce et de l'infrastructure microéconomiques (Devereux, 2001, p. 33; DFID, 2005, p. 17). De plus, les revenus de pension ont augmenté la cote de crédit des pensionnés (Devereux, 2001, pp. 34-35). Certains effets multiplicateurs importants ont été identifiés. Par exemple, selon des travaux de recherche du DFID, les «bénéficiaires d'une pension sociale ont pu utiliser leur argent comptant pour investir dans l'agriculture ou dans du bétail pour le compte de leurs familles» (*ibid.*, p. 17).

Sur le plan des liens sociaux, il semble que «la pension sociale a[it] conféré un statut à des membres de la famille qui auraient été sinon perçus comme des fardeaux économiques» (*ibid.*, p. 16). Cette opinion est partagée par Shleberger (2002, p. 15), qui avance que les pensions ont contribué à améliorer le statut social des personnes âgées: «une ou deux personnes âgées dans un ménage peuvent fournir un filet de sécurité essentiel à l'ensemble du ménage. Ainsi, les titulaires d'une pension de vieillesse restent les bienvenus au sein du foyer et on en prend soin.» De même, les pensions semblent avoir donné considérablement plus de pouvoir à certaines femmes au sein du ménage dans des zones rurales socialement conservatrices (Devereux, 2001, p. 49).

Il est notoire que les pensions sociales ont affecté la composition des ménages. On envoie les enfants chez les grands-parents dans l'espoir que le revenu de leur pension subviendra aux besoins des premiers. C'est notamment le cas des ménages «de la génération intermédiaire manquante», où l'un des parents, quand ce n'est pas les deux, est mort du sida. Les régimes de sécurité sociale axés sur les enfants (c'est-à-dire dans lesquels l'ouverture des droits est conditionnée par la présence d'un enfant dans le ménage

---

ou auprès de l'adulte qui en prend soin) font l'objet d'une critique fréquente, à savoir qu'«ils peuvent amener les familles à accueillir des enfants supplémentaires chez elles afin d'obtenir davantage de revenus en provenance du régime de transferts en espèces» (Save the Children et coll., 2005, p. 35), et la possibilité de voir des ménages «importer» ainsi des enfants provenant de la famille élargie afin de maximiser les transferts auxquels ils ont droit préoccupe naturellement les décideurs politiques. Cela dit, on dispose d'éléments substantiels indiquant que le fait que les grands-parents s'occupent des enfants et utilisent le revenu de leur pension pour subvenir à leurs besoins et contribuer à leur bien-être a eu des résultats globalement positifs.

### **B.2.3. Brésil (Previdência Rural ou «pension rurale»)**

Ce programme a pour but spécifique de faire reculer la pauvreté et la vulnérabilité parmi les personnes âgées qui auront été actives dans le secteur primaire et se trouvent exclues des régimes d'assurance sociale (Barrientos et coll., 2008a, p. 27). L'origine du régime de pension sociale rurale en vigueur au Brésil remonte à la loi sur la sécurité sociale de 1991, qui prévoit une pension non contributive, tant pour les hommes que pour les femmes (à partir de 60 et de 55 ans, respectivement) qui participent à l'«économie familiale rurale» (Schwarzer et Querino, 2002, p. v) et qui peuvent faire état d'au moins quinze ans d'activité dans l'agriculture, la pêche ou des activités similaires. Le régime de pension rurale couvre 7,5 millions de personnes au coût de 1,5 pour cent du PIB<sup>11</sup> et sert un certain nombre de prestations: pensions de vieillesse et de survivant, de pair avec des prestations d'invalidité, de maternité, de maladie et d'accident du travail. Le montant des prestations est lié au salaire minimum, qui équivaut actuellement à environ 200 dollars E.-U. Le programme est largement financé sur les recettes fiscales<sup>12</sup>.

#### **Impact**

Selon une étude citée par HelpAge (HelpAge, 2003, pp. 14-15), la présence dans un ménage d'un bénéficiaire d'une pension non contributive peut s'accompagner d'une réduction du taux de pauvreté parmi les membres du ménage allant jusqu'à 21 pour cent. Schwarzer et Querino (2002, pp. 12-13) ont eux aussi constaté que le régime de pension rurale jouait un rôle essentiel dans l'atténuation de la pauvreté en zone rurale.

... seuls 14,3 pour cent des ménages des bénéficiaires de la sécurité sociale rurale se situent sous la ligne de pauvreté exogène (naturelle), qui correspond à un revenu par personne au sein du ménage égal à la moitié du salaire minimum officiel. Si l'on utilise une ligne de pauvreté endogène (c'est-à-dire ajustée en fonction des prix locaux), alors seuls 0,4 pour cent des ménages de bénéficiaires ruraux souffrent d'une extrême pauvreté, 8,8 pour cent souffrent de pauvreté et 2,7 pour cent sont tout juste capables de satisfaire aux besoins très élémentaires de l'ensemble des membres du ménage avec le revenu disponible.

Le système de pension rurale a été associé à une augmentation de l'activité économique à petite échelle. Delgado et Cardoso (2000) ont constaté que nombre de bénéficiaires utilisaient une partie du montant des transferts pour acheter des graines ou des outils à l'appui de leur activité économique, par exemple agricole, et que le taux de poursuite de l'activité était plus élevé chez les bénéficiaires d'une pension rurale que chez les bénéficiaires des autres régimes de pension brésiliens. Des éléments indiquent que le régime a eu un effet de redistribution du revenu entre les régions, améliorant ainsi le

<sup>11</sup> Ministério da Previdência Social. 2008, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2008 et Banco Central do Brasil. 2008.

<sup>12</sup> *Ibid.*

---

niveau général d'égalité des revenus à l'intérieur du pays. Selon Schwarzer et Querino (*ibid.*, pp. 14-15):

... dans un grand nombre de communes et même d'Etats [...] le régime de pension rural a une fonction importante de redistribution des revenus entre régions. Dans environ 40 pour cent des communes du *Pará*, par exemple, le volume des transferts de revenus aux familles via la sécurité sociale est plus important que les transferts d'égalisation fiscale reçus par leurs administrations communales respectives en provenance des fonds officiels fédéral et régional (le *Fundo de Participação de Municípios* et le *Cota-Parte do ICMS*).

La pension sociale va également de pair avec une augmentation des possibilités de participation démocratique dans d'autres domaines de la vie civique. Schwarzer et Querino (*ibid.*, p. 14) observent, par exemple, que:

... les syndicats ruraux locaux, appelés *Sindicato de Trabalhadores Rurais* (STR), ainsi que leurs fédérations nationale et régionales (les FETAGRI régionaux et le CONTAG national), financent en partie leurs activités grâce aux recettes de la «cotisation de solidarité», fixée à 2 pour cent du montant des pensions, qui leur revient en échange des services qu'ils assurent à la retraite.

### **B.3. Sécurité du revenu – prestations pour enfants**

#### **B.3.1. Brésil (*Bolsa Família*)**

La *Bolsa Família* («allocation familiale»), désignée par le sigle BFP dans certaines études) a été lancée en 2003, et ce programme est généralement considéré comme le plus gros régime de transfert conditionnel en espèces (TCE) du monde. Il est né de la fusion de quatre régimes de transfert en espèces qui existaient auparavant au Brésil. En 2008, il couvrait environ 11,35 millions de familles (correspondant à une population estimée à 47 millions de personnes), soit environ un quart de la population brésilienne. Son budget était de 5,5 milliards de dollars E.-U.<sup>13</sup>, soit 0,3 pour cent du PIB<sup>14</sup>. Il est prévu qu'il s'étende jusqu'à couvrir 12,4 millions de familles d'ici à la fin de 2009 (Ananias de Sousa, 2009).

Ce programme a un certain nombre d'objectifs spécifiques: *a)* faire reculer la pauvreté et les inégalités actuelles, en fournissant un niveau minimum de revenu aux familles extrêmement pauvres; et *b)* briser la transmission intergénérationnelle de la pauvreté en conditionnant ces transferts à l'observation, de la part des ayants droit, d'un certain nombre d'obligations relevant du «développement humain» (par exemple, fréquentation scolaire des enfants, vaccination en clinique ou visites prénatales). Le programme *Bolsa Família* a été conçu par le gouvernement brésilien en tant qu'élément d'un ensemble intégré de politiques sociales. Celles-ci englobent la sécurité de l'alimentation et de la nutrition, une aide sociale (y compris des services psychosociaux), des transferts en espèces ainsi que des services sociaux de base. Dernièrement a été instauré le programme PlanSeQ. Celui-ci vise à aider les membres des familles bénéficiaires à acquérir une qualification professionnelle et à les préparer à occuper des emplois en demande (notamment dans le secteur touristique). Actuellement, quelque 212 000 personnes sont engagées dans des activités relevant du PlanSeQ. Afin de relever le

<sup>13</sup> Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. 2008. Taux de change de l'ONU en janvier 2009: 1 dollar E.-U. = 2,3 R\$.

<sup>14</sup> Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009).

---

niveau des objectifs de développement humain, seules sont admissibles les personnes ayant fait au moins quatre années de scolarité <sup>15</sup>.

Seuls les ménages les plus pauvres (c'est-à-dire dont le revenu mensuel ne dépasse pas 60 réals brésiliens (R\$), soit 27 dollars E.-U.) ont droit à la prestation de base de *Bolsa Família*, dont le montant est actuellement fixé à 62 R\$; un montant supplémentaire variable peut s'y ajouter, selon le revenu et la composition du ménage <sup>16</sup>. Lindert et coll. (2007, p. 34) fournissent une utile description du mécanisme de ciblage en expliquant qu'il combine plusieurs facteurs: la géographie et l'évaluation des familles en fonction du revenu par tête. Le ciblage géographique a lieu à deux niveaux: fédéral et local. Quant à l'évaluation des familles, elle est effectuée par le service d'enregistrement *Cadastro Único* qui se fonde sans vérification sur les ressources déclarées pour déterminer l'admissibilité des particuliers (*ibid.*, p. 35).

Les familles qui s'inscrivent au régime doivent s'engager à honorer trois obligations: i) suivi prénatal et postnatal; ii) suivi nutritionnel et de vaccination des enfants de 0 à 7 ans; et iii) assiduité scolaire d'au moins 85 pour cent pour les enfants de 6 à 15 ans et d'au moins 75 pour cent pour les adolescents de 16 et 17 ans (*ibid.*). A l'heure actuelle, 795 000 familles (soit 7 pour cent) se sont vu suspendre leurs prestations en attendant les conclusions d'une enquête diligentée pour vérifier si elles satisfont aux conditions du régime.

Le régime *Bolsa Família* a connu une réforme récente, à savoir son intégration avec le Programme d'éradication du travail des enfants (PETI). Environ 450 000 familles ont été identifiées comme comprenant des enfants qui travaillent et, en 2008, le régime s'occupait des besoins d'environ 875 000 enfants (Ananias de Sousa, 2009). Cette réforme a entraîné un suivi particulièrement attentif de l'assiduité scolaire des enfants. Cette condition sur les prestations, tout comme les autres conditions imposées par le régime, n'est d'ailleurs pas (nécessairement) perçue comme punitive, mais plutôt comme un indicateur, la non-satisfaction de l'obligation pouvant servir à repérer les cas de vulnérabilité et faciliter une meilleure compréhension des besoins familiaux en ce qui concerne l'utilisation des services (*ibid.*).

*Bolsa Família* déclare que son ciblage est relativement exact, et donc que sa distribution des prestations est hautement efficace: selon ses propres rapports, 80 pour cent du montant total servi l'est à des familles vivant en dessous de la ligne de pauvreté (soit la moitié du revenu minimum par tête) (Soares et coll., 2006, p. 1). Cette appréciation est corroborée par Lindert et coll., selon qui le programme a montré des résultats exceptionnels au point de vue du ciblage «avec 73 pour cent des transferts allant au quintile le plus pauvre et 94 pour cent allant aux deux quintiles les plus pauvres» (2007, p. 116). Cela dit, d'autres sources signalent un taux de «fuite» considérable. Selon une autre étude de Soares et coll. (2007b), l'erreur d'inclusion ou erreur par fuite, définie comme le pourcentage de non-pauvres parmi le nombre total de bénéficiaires, était de 21 pour cent en 2004 et de 45,1 pour cent en 2006.

<sup>15</sup> *Ibid.*

<sup>16</sup> En outre, les ménages très pauvres peuvent recevoir des prestations variables additionnelles pour chaque enfant jusqu'à concurrence de trois enfants (de 0 à 15 ans), pour les adolescents (16 et 17 ans) et en cas de grossesse. Les familles très pauvres peuvent recevoir jusqu'à 182 R\$ par mois au total. Les ménages qui ont un revenu mensuel compris entre 60 R\$ et 120 R\$ peuvent recevoir des prestations variables additionnelles selon le nombre d'enfants, d'adolescents et de femmes enceintes. Les transferts peuvent atteindre 120 R\$ maximum. Cela dit, en pareil cas, le ménage n'a pas droit à l'allocation de base. Source: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2009, [www.mds.gov.br/bolsafamilia/o\\_programa\\_bolsa\\_familia](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/o_programa_bolsa_familia).

On a constaté que les taux de fréquentation, de décrochage et de progression scolaires étaient tous meilleurs parmi les enfants assistés par le programme que parmi les enfants appartenant à des ménages similaires non bénéficiaires. Selon l'évaluation d'impact effectuée par le CEDEPLAR (2007), les probabilités de non-fréquentation et de décrochage scolaires chez les enfants sont respectivement de 3,6 pour cent et de 1,6 pour cent inférieures dans les familles participant au programme que chez ceux des familles n'y participant pas. Cela dit, on a constaté que les enfants des familles participantes ont en fait une probabilité de 4 pour cent supérieure de ne pas progresser à l'école. Cela est sans doute en partie attribuable au fait que la plupart des enfants ciblés par le programme n'avaient jamais fréquenté l'école auparavant et qu'ainsi ils ont démarré leur scolarité avec du retard, ce qui fait qu'ils ont du mal ensuite à suivre le rythme de leurs pairs.

Les enquêtes, comme celle menée par l'Université de Pernambuco, indiquent que les bénéficiaires de la *Bolsa Família* dépensent la plus grande partie de l'argent en nourriture (près de 90 pour cent du montant en zone rurale), la santé et l'instruction des enfants (livres et fournitures scolaires) ainsi que l'habillement de ces derniers (Duarte et coll., 2008).

Comme le soulignent Lindert et coll. (2007), le programme a manifestement eu un impact significatif sur la pauvreté et les inégalités. Il ressort de l'«enquête annuelle sur les ménages (PNAD, 2004) que la *Bolsa Família* a contribué dans une proportion significative (20 à 25 pour cent) à la réduction récente (et impressionnante) des inégalités au Brésil et qu'elle compte pour 16 pour cent dans le recul récent de l'extrême pauvreté».

Aucun impact négatif significatif sur l'offre de travail, en termes de désincitation à travailler, n'a été démontré. L'International Poverty Centre a calculé au contraire que, en 2004, le taux de participation à la main-d'œuvre chez les familles bénéficiaires était de 2,6 pour cent supérieur à celui observé dans les familles non bénéficiaires. La participation féminine au marché du travail est de 4,3 pour cent supérieure chez les familles bénéficiaires, et cette différence va même jusqu'à atteindre 8 pour cent au sein du décile de revenu le plus pauvre (Soares, 2008).

### **B.3.3. Mexique (*Progresa/Oportunidades*)**

Le programme *Progresa (Programa de Educación, Salud y Alimentación)* a été institué en 1997. Il s'agissait d'un dispositif de transferts conditionnels en espèces à l'intention des ménages ruraux pauvres du Mexique visant au recul de la pauvreté et à la prévention. En 2002, le programme a été rebaptisé *Oportunidades* et étendu aux zones urbaines, tout en s'enrichissant de composantes supplémentaires de formation et de soutien à la microentreprise.

*Oportunidades* est désormais devenu le principal programme antipauvreté du gouvernement mexicain. Il est doté d'un budget autorisé de 3,6 milliards de dollars E.-U., ce qui représente environ 0,32 pour cent du PIB. Les coûts de distribution du programme tournent autour de 4 pour cent du montant des paiements de transfert (SEDESOL, 2009). Parmi ses objectifs déclarés figure l'ambition d'aider les familles pauvres des collectivités rurales et urbaines à investir dans le développement humain en «améliorant l'instruction, la santé et l'alimentation de leurs enfants en vue d'une amélioration à long terme de leur avenir économique et d'une réduction importante de la pauvreté au Mexique» (Banque mondiale, 2009, p. 1).

Ce programme consiste en un régime de transferts conditionnels en espèces (TCE) couvrant environ 5 millions de familles pauvres au Mexique (SEDESOL, 2007, p. 7). La poursuite du versement des prestations est subordonnée à la condition que les parents (souvent la mère) conduisent régulièrement leurs enfants à la clinique pour des visites

---

médicales et leur fassent faire les vaccins essentiels et s'assurent que leur assiduité scolaire atteigne au moins un niveau précis. Le niveau des prestations augmente à mesure que les enfants grandissent et passent dans des classes supérieures, l'intention étant de conserver les enfants à l'école et de les préserver du travail afin de favoriser leur développement humain <sup>17</sup>. Le programme cible les collectivités les plus pauvres et l'admissibilité est déterminée par la soumission à de similibonditions de ressources et par enquêtes locales.

Selon l'International Poverty Centre (2007, p. 1), ces programmes ont réalisé un ciblage «exceptionnel». Soares et coll. (2007a, p. 14) indiquent: «80 pour cent des revenus d'*Oportunidades* vont aux 40 pour cent les plus pauvres des Mexicains». Cela dit, les erreurs d'exclusion et d'inclusion sont relativement élevées. La proportion de l'ensemble des pauvres mexicains qui reçoivent des prestations d'*Oportunidades* est estimée à seulement 30 pour cent, tandis que, en ce qui concerne les erreurs d'inclusion, quelque 36 pour cent des bénéficiaires peuvent être classés comme non-pauvres (Soares et coll., 2007b, pp. 2-3). Par ailleurs, tant *Progresa* que par la suite *Oportunidades* ont apporté une contribution importante au recul des inégalités. Alors que la part d'*Oportunidades* dans le revenu total a été relativement faible, à 0,5 pour cent environ, une analyse de l'International Poverty Centre du PNUD indique qu'on peut attribuer à ce programme une réduction d'environ 21 pour cent de l'inégalité, mesurée par l'indice Gini, qui a diminué d'environ 2,7 points au cours de la période couverte par l'étude (Soares et coll., 2007a, p. 1).

## Impact

Le programme *Progresa/Oportunidades* a amélioré la santé des enfants, a eu un impact important en matière de croissance infantile et réduit les risques de rachitisme chez les enfants qui traversent l'âge critique de 12 à 36 mois (Skoufias, 2005, p. 56). Il a engendré des résultats tout aussi positifs pour la santé des adultes, puisque les évaluations indiquent que les membres des ménages bénéficiaires sont en nettement meilleure santé que leurs pairs. En moyenne, «les jours où les bénéficiaires de *Progresa* ont de la difficulté à effectuer leurs activités quotidiennes sont 19 pour cent moins nombreux que les journées similaires que connaissent les non-bénéficiaires; ils passent 22 pour cent de jours de moins alités, et ils sont en mesure de marcher sur une distance de 7 pour cent supérieure» (*ibid.*).

Le programme a eu maints effets positifs dans le domaine de l'instruction. Les inscriptions scolaires ont augmenté. Au niveau de l'école secondaire, «la proportion d'inscriptions des garçons est passée de 5 pour cent à 8 pour cent, et celle des filles de 11 pour cent à 14 pour cent (*ibid.*, p. 50). Il importe toutefois de distinguer inscription et fréquentation. Parmi les indicateurs considérés, la réussite scolaire a elle aussi augmenté de 10 pour cent (*ibid.*, p. 51); cette statistique est particulièrement intéressante puisqu'on sait qu'une élévation du niveau scolaire est corrélée à une augmentation du potentiel de gain une fois que l'enfant atteint l'âge adulte et entre sur le marché du travail. Les projections indiquent que, lorsque les enfants atteindront l'âge adulte, «ils auront un salaire constamment supérieur de 8 pour cent à la suite de l'allongement de leur scolarité» (*ibid.*).

<sup>17</sup> *Oportunidades* fournit une allocation d'instruction en espèces aux familles participantes pour chaque enfant de moins de 22 ans qui est inscrit à l'école entre la troisième année du primaire et la troisième année du lycée. Les allocations comprennent les montants suivants: un supplément pour consommation de 12,5 dollars E.-U. par famille; entre 8 et 16,5 dollars E.-U. par mois pour chaque enfant à l'école primaire, plus 15,5 dollars E.-U. par an pour le matériel pédagogique; entre 24 et 30,5 dollars E.-U. par mois pour chaque enfant à l'école secondaire, plus 20,5 dollars E.-U. par an pour le matériel pédagogique; tout cela jusqu'à concurrence de 75 dollars E.-U. mensuels par ménage; le montant de la prestation du ménage moyen correspond à environ 21 pour cent de la consommation du ménage (Barrientos et coll., 2008a, p. 68).

---

Même si la lutte contre le travail des enfants ne faisait pas partie des objectifs explicites de *Progresa* au moment de sa conception, l'existence du programme s'est accompagnée d'une «réduction de l'ordre de 10 à 14 pour cent de la proportion de la tranche d'âge des 8 à 17 ans qui travaillent» (Rawlings, 2005, pp. 149-50). D'ailleurs, «l'impact a été plus grand au niveau des garçons âgés de 12 et 13 ans, aucune réduction significative n'ayant été observée chez les garçons de 16 et 17 ans. Chez les filles, en revanche, la réduction a été significative même à ces âges.» (Tabatabai, 2006, p. viii.)

Tout comme dans le cas du programme *Bolsa Familia* brésilien, aucune indication statistique ne permet de penser que le programme mexicain puisse décourager le travail. Les rapports réguliers n'indiquent «aucune diminution des taux de participation à la main-d'œuvre, que ce soit chez les hommes ou les femmes» (Skoufias, 2005, p. 38). Cela dit, selon Molyneux (2007, p. 29), «le programme n'a pas créé de possibilités d'emplois pour ceux qui sortent de l'école, ce qui aurait permis de briser le cycle de la pauvreté». Cela pourrait signifier que des mesures plus directes s'imposent en complément du programme pour surmonter les obstacles qui s'opposent à l'entrée sur le marché du travail.

#### **B.4. Sécurité du revenu – autres transferts en espèces**

L'apparition des programmes de transferts en espèces, salués comme une nouvelle «famille» de prestations dans le vaste domaine de la sécurité sociale, mérite une attention particulière et un examen approfondi. On dispose désormais d'une masse considérable d'éléments permettant de juger de leur impact, notamment dans le cas des TCE, surtout parce qu'ils ont été mis en œuvre dans des pays disposant d'un système national de statistiques solide et d'enquêtes sur les ménages couvrant les périodes de référence, tant antérieures que postérieures à la mise en œuvre de ce type de programmes. De plus, nombre de TCE sont soumis à des études d'évaluation régulières.

Il ressort manifestement des programmes d'Amérique latine que les TCE y ont été capables d'atteindre avec succès les objectifs jumeaux d'augmentation ou de lissage de la consommation, d'une part, et d'investissement dans des objectifs de développement humain, d'autre part. On connaît moins clairement leur impact en ce qui concerne d'autres formes de capital (terre, actifs productifs des secteurs agricole et non agricole). Il existe un danger que l'accent soit mis sur certains objectifs de développement (développement humain à long terme via l'accès à des services) au détriment de certains autres (comme la sécurité alimentaire ou l'investissement, de la part des ménages pauvres, dans des gagne-pain à plus fort rendement, ce qui pourrait permettre une croissance économique propauvre).

La réduction significative du travail des enfants a été portée au crédit de ce type de programmes, même si elle ne fait pas partie de leurs objectifs explicites. En Equateur, les estimations indiquent que le principal dispositif de TCE, *Bono de Desarrollo Humano*, a joué un grand rôle dans la réduction du taux de travail infantile qui a diminué d'environ 17 pour cent (Schady et coll., 2006, p. 1). On relève un impact similaire au Bangladesh avec le dispositif *Cash for Education* (Ravallion et coll., 1999, pp. 6-17), en Colombie avec le programme *Familias en Acción* (Banque mondiale, 2006, p. 16) et au Nicaragua avec le *Red de Protección Social* (Maluccio, 2004, pp. 46-47). Le Brésil, quant à lui, a mis en œuvre un programme exprès, *La Programa de Erradicação do Trabalho Infantil*, ou programme d'éradication du travail infantile, qui a été efficace pour faire reculer non seulement le travail des enfants en général, mais aussi les pires formes de travail infantile (Yap et coll., 2002, pp. 13-14 et 27). Néanmoins, le lien de causalité entre TCE et réduction du travail infantile est loin d'être prouvé, et il faudrait effectuer des recherches supplémentaires pour explorer les interrelations avec d'autres facteurs qui pourraient, conjointement ou séparément, expliquer le recul observé.



---

Les TCE sont fortement associés à des impacts importants en matière de consommation et d'alimentation des ménages. Par exemple, dans les familles bénéficiant du programme *Familias en Acción* en Colombie, par rapport aux enfants des familles non bénéficiaires, «les enfants de moins de 2 ans ont grandi de 0,78 cm de plus dans les zones urbaines et de 0,75 cm dans les zones rurales. Les enfants des campagnes âgés de 2 à 6 ans ont grandi de 0,62 cm de plus.» (Brière et coll., 2006, p. 10.) Qui plus est, «dans les zones rurales, les enfants âgés de 2 à 4 ans ont gagné 300 grammes de plus, tandis que leurs homologues des villes ont gagné près de 500 grammes de plus» (*ibid.*).

Il existe des indications nettes que le même programme de TCE, *Familias en Acción*, a permis d'améliorer les liens sociaux et la bonne volonté sociale dans les quartiers admissibles. Selon une étude de l'Institute of Fiscal Studies, les particuliers vivant dans des quartiers couverts par le programme se révèlent davantage disposés à contribuer au bien public (Attanasio et coll., 2008). Toutefois, des évaluations portant sur d'autres régimes de TCE ont livré des résultats plus ambigus en ce qui concerne leur effet sur les liens sociaux (Skoufias, 2005, p. 38).

Sur le plan des inégalités de traitement entre hommes et femmes, les programmes de TCE, particulièrement en Amérique latine, peuvent jouer un rôle important face à l'exclusion sociale. Dans le cadre d'*Oportunidades*, par exemple, les prestations sont versées à la mère plutôt qu'au père, et l'on affirme notamment que cela donne davantage de pouvoir à la mère au sein du ménage; des indications montrent que nombre de femmes trouvent ces paiements précieux pour leur propre estime. Toutefois, certains soutiennent que la possibilité que le programme renforce le statut de la femme sous ces aspects se trouve sapée par certaines des conditions dont il est assorti (notamment l'obligation pour les femmes bénéficiaires d'effectuer des travaux d'utilité collective non rémunérés, ce qui ajoute à leur «triple fardeau») et par le fait même qu'il accorde la place centrale aux femmes en tant que responsables des enfants et de la sphère domestique. D'un point de vue très terre à terre, le fait est que remettre le montant de la prestation à la mère permet d'être sûr qu'il atteindra effectivement les enfants. Cela dit, *Oportunidades* s'attaque effectivement à certains problèmes d'inégalité de traitement entre hommes et femmes, notamment en versant une allocation plus élevée pour la fréquentation scolaire des filles que pour celle des garçons. Néanmoins, certains analystes ont fait remarquer que, de par sa conception, le régime reflète une vision quelque peu stéréotypée des rôles familiaux respectifs de la mère et du père (Molyneux, 2007, p. 27). Ils avancent qu'il y a des avantages non seulement d'un point de vue pratique, mais également sur le plan des attitudes culturelles, à verser des prestations destinées à subvenir aux besoins de l'enfant à celui qui s'en occupe principalement sans stipuler le sexe, comme c'est le cas pour l'allocation de soutien pour enfant en Afrique du Sud (Razavi, 2007; Molyneux, 2007).

En résumé, un nombre considérable de programmes de transferts en espèces sont désormais bien établis; ils ont toutes les chances d'être conservés dans un avenir prévisible et, si les évaluations d'impact continuent d'être favorables, il se pourrait bien que d'autres pays adoptent ce modèle. Par ailleurs, même si la plupart des programmes en vigueur sont généralement de la catégorie TCE, il est probable que les recherches et le débat sur la véritable valeur de la conditionnalité vont se poursuivre.

#### **B.4.1. Afrique du Sud**

L'allocation de soutien pour enfant (*Child Support Grant* ou CSG) représente un programme majeur de transferts en espèces financé par l'Etat sud-africain, conçu pour faire reculer la pauvreté parmi les enfants des ménages pauvres. La CSG a été instaurée en 1998 et elle était à l'origine soumise à condition de ressources. Cela dit, le taux de participation s'est révélé très inférieur aux attentes, n'atteignant peut-être pas plus de 10 pour cent des enfants ayants droit potentiels, probablement en raison du coût des formalités d'inscription

---

et de preuve d'admissibilité, comprenant par exemple des certificats de vaccination, une attestation d'inscription auprès d'une clinique médicale ou encore une preuve de recherche d'emploi (Samson et coll., 2006, p. 8). A la suite des délibérations de la Commission Taylor <sup>18</sup> en 2000 et afin d'assurer une participation satisfaisante, le dispositif a été transformé en régime inconditionnel. Il en est résulté une augmentation du taux de participation estimée à 58 pour cent (Samson et coll., 2006, p. 9).

L'allocation couvre actuellement environ 7,5 millions d'enfants âgés de 0 à 14 ans et elle s'élève à environ 190 ZAR par mois (soit environ 20 dollars E.-U.). Ce montant est versé à ceux qui s'occupent ou qui ont la garde de l'enfant; le coût global représente environ 0,7 pour cent du PIB (Barrientos et coll., 2008a, p. 83).

On pense que l'amélioration de l'efficacité opérationnelle du régime qui a suivi sa transformation en dispositif inconditionnel reflète la suppression de toute une série de goulets d'étranglement administratifs formels et informels (Standing, 2002, p. 208; Orton, 2008, p. 45; Samson et coll., 2006, p. 8).

## Impact

Woolard (2003, p. 9), évaluant le régime en ce qui concerne les enfants de moins de 7 ans, a estimé que, «en supposant que toutes les personnes admissibles [...] s'inscrivent à la CSG, la pauvreté des ménages diminuerait de 28,9 pour cent [...] celle des enfants tomberait de 42,7 pour cent à 34,3 pour cent et l'ultrapauvreté passerait de 13,1 pour cent à 4,2 pour cent». Plus généralement, ses estimations indiquent: «ce dispositif d'allocations réduit également fortement les inégalités, puisque le coefficient de Gini (calculé selon les dépenses des ménages par tête) passe de 0,67 avant les allocations à 0,62 après» (*ibid.*, p. 11).

En 2002, la CSG était associée à une «augmentation de 8,1 points de pourcentage des inscriptions scolaires parmi les enfants de 6 ans et de 1,8 point parmi les enfants de 7 ans» (Case et coll., 2005, p. 14). Il a également été démontré que la CSG avait un impact positif sur la nutrition, la croissance et le recul de la faim. Une étude de Woolard et coll. (2005) a permis de constater que, lorsqu'un enfant avait bénéficié de la CSG pendant les deux tiers de sa vie avant 26 mois, il en résultait un gain de taille appréciable, un indicateur important de l'état nutritionnel. Aguëro et coll. (2007) montrent que la CSG a un impact positif important sur la statistique de la taille selon l'âge des enfants, et ils estiment que l'amélioration nutritionnelle qui se reflète dans ces gains de taille correspondra à un taux de rendement actualisé compris entre 160 pour cent et 230 pour cent du montant investi (celui de la CSG). Le programme de CSG peut ainsi être perçu comme revêtant les caractéristiques d'un investissement, affichant un rendement exceptionnel non seulement sur le plan social, mais également en termes financiers et économiques.

### **B.4.2. *Zambie (Régime social pilote de transferts en espèces du district de Kalomo)***

Ce programme, mis en œuvre dans le district de Kalomo en Zambie à titre de projet pilote destiné ultérieurement à s'étendre, a pour but de faire reculer l'extrême pauvreté, la faim et la famine, avec un intérêt particulier pour les ménages dirigés par une personne âgée et pour ceux qui s'occupent d'enfants orphelins et vulnérables. Le régime consiste en un programme de transferts en espèces à l'intention des ménages d'une pauvreté critique, dépendant jusqu'à présent des dons des partenaires extérieurs de la Zambie, et il est

<sup>18</sup> En 2000, le cabinet sud-africain a nommé une commission d'enquête sur l'ensemble de la sécurité sociale, chargée d'examiner les défauts du système en vigueur. La commission était présidée par la professeure Vivienne Taylor (voir Samson et coll., 2006, p. 8).

---

inconditionnel en ce sens que les prestations ne soient pas directement soumises à condition de revenu ni de patrimoine. Les premiers temps, les ménages recevaient une prestation en espèces de 30 000 kwacha zambiens (ZMK) par mois (environ 6 dollars E.-U.), versée au chef du ménage (le montant est depuis passé à 50 000 ZMK) (Barrientos et coll., 2008a). On estimait que cette somme couvrait le coût d'un repas par jour: on n'en attendait pas qu'elle arrache les gens à la pauvreté généralisée, mais qu'elle les préserve d'une pauvreté critique. Au départ, la couverture s'étendait à 1 027 ménages comptant 3 856 individus (Save the Children et coll., 2005, p. 21). La couverture est ciblée (et elle est pour le moment limitée ou «plafonnée») à 10 pour cent de la population la plus vulnérable dans la région couverte, 100 pour cent des personnes connaissant une pauvreté critique et 20 pour cent des pauvres (Barrientos et coll., 2008a). Il a été estimé que couvrir l'ensemble des ménages indigents de Zambie coûterait 16 millions de dollars E.-U., ce qui correspond à 0,4 pour cent du PIB, ou encore à 4 pour cent du flux annuel d'aide (*ibid.*).

Evaluant l'efficacité de la distribution, Schubert (2004, p. 9) avance que le taux de fuite des prestations vers les non-pauvres est faible mais que la couverture des pauvres est par ailleurs faible, ce qui reflète le plafonnement des inscriptions aux 10 pour cent les plus pauvres des ménages.

## Impact

Les taux d'inscription scolaire ont augmenté dans la région couverte par le programme, en particulier chez les 5-6 ans et les 14-15 ans (MCDSS & GTZ, 2006, p. 36). Selon les rapports, le nombre de ménages n'envoyant pas au moins un de leurs enfants (entre 7 et 18 ans) à l'école a diminué à la suite de la mise en œuvre du régime, passant de 41,4 pour cent à 33,8 pour cent (*ibid.*, p. 37). En outre, l'absentéisme scolaire global a diminué de 16 pour cent (DFID, 2005, p. 18).

Les indicateurs nutritionnels se sont améliorés fort substantiellement. La proportion de ménages subsistant avec un repas par jour a, selon les rapports, diminué de 19,3 pour cent à 13,3 pour cent, tandis que la proportion vivant avec deux repas par jour est restée stable et que celle des ménages mangeant trois repas par jour a augmenté, passant de 17,8 pour cent à 23,7 pour cent (MCDSS & GTZ, 2006, p. 43). De même, le pourcentage de ménages dont les membres disaient avoir encore faim après un repas a reculé, passant de 56,3 pour cent à 34,8 pour cent, tandis que le pourcentage des ménages qui avaient l'impression de pouvoir manger «à leur faim ou juste à leur faim» est passé de 42,6 pour cent à 65,2 pour cent (*ibid.*, pp. 43-44).

On a également observé une augmentation des activités productrices, les individus affectant un certain montant de la prestation à des investissements dans des activités génératrices de revenus. Selon une récente évaluation, jusqu'à 29 pour cent du montant du transfert étaient consacrés à l'achat de bétail (chèvres d'élevage, bœuf de labour) ou d'intrants agricoles (Save the Children et coll., 2005, p. 27; DFID, 2005, p. 18). Les bénéficiaires femmes avaient également créé un système de «gros lot» ou «*chilimba*» à des fins d'investissement, un type d'économies tournantes basé sur des groupes de cinq membres: chaque membre versant 5 000 ZMK (environ 1 dollar E.-U.) à la date de la distribution mensuelle des TCE, le gagnant se retrouve avec une somme de 50 000 ZMK (soit sa propre prestation plus 20 000 ZMK en provenance des autres membres du groupe), ce qui peut permettre un investissement efficace dans une activité économique à petite échelle. Les mois suivants, chacun des autres membres du groupe a successivement droit au gros lot (Schubert, 2004, p. 10).

Selon les estimations, la dette des ménages a été en gros divisée par deux depuis le lancement du programme et le pourcentage des propriétaires d'actifs a augmenté; le pourcentage de ménages vendant des actifs a diminué de façon correspondante, passant de 17 pour cent à 13 pour cent, selon l'estimation neutre, ce qui signifie que moins de

---

ménages ont réduit leurs moyens de production qui peuvent par ailleurs servir de coussins de sécurité en période de chocs. En général, on observe une diminution de la dépendance chez les ménages bénéficiaires et un fardeau moindre pour la collectivité dans son ensemble (MCDSS & GTZ, 2006, p. 53).

Constat moins positif: selon des témoignages empiriques, il existe un sentiment d'exclusion et d'amertume chez les membres de la collectivité non bénéficiaires du régime. Cela est peut-être en partie attribuable à l'absence de transparence des mécanismes de sélection du programme et à la confusion suscitée par les critères de sélection (Save the Children et coll., 2005, p. 33). Rien n'indique toutefois que les filets de sécurité traditionnels, déjà faibles, aient été encore fragilisés par le régime. Par exemple, les voisins d'un infirme continuent d'aller puiser de l'eau et de ramasser du bois pour lui (*ibid.*, p. 34).

## **B.5. Sécurité du revenu – la population en âge de travailler**

### **B.5.1. Inde (NREGS)**

Le régime rural national de garantie d'emploi (*National Rural Employment Guarantee Scheme* ou NREGS) a été institué par une loi de 2005 (NREGA), et sa conception reflète fortement le régime de garantie d'emploi antérieur limité à l'Etat du Maharashtra (MEGS). Comme Samson et coll. (2006, p. 104) l'indiquent, on espère que le NREGS «créera une infrastructure de valeur, favorisant le développement économique propauvre [...] [et] modifiera les relations de pouvoir dans les collectivités rurales, permettant aux pauvres de faire valoir des droits susceptibles de favoriser une plus grande équité sociale». On considère que le fait que ce régime ait été établi en vertu d'une loi est d'une importance cruciale puisque cela confère des droits reconnus par la loi aux ayants droit, alors qu'un «régime» dépourvu d'une telle autorité est exposé à des modifications à courte échéance en fonction des besoins du moment. En théorie, la Constitution indienne garantit le droit au travail, qui s'y trouve inscrit en toutes lettres, même si le point de vue des «droits» qui sous-tend le NREGS soulève des questions, notamment parce que les ménages pauvres, souvent illettrés, ont souvent du mal à faire valoir leurs droits.

Aux termes du NREGS, un ménage rural a le droit de demander jusqu'à 100 jours de travail par an, dans le cadre de régimes convenus de travaux publics. Ces travaux consistent en projets visant à favoriser la gestion des ressources en terre et en eau ainsi que de projets de développement d'infrastructures, comme la construction de routes. Les salaires versés sont d'un montant égal au salaire minimum qui s'applique (conformément à une déclaration officielle) aux ouvriers agricoles de la région. Si l'on ne fournit pas de travail à l'ayant droit demandeur, celui-ci a le droit de recevoir une allocation de chômage. Le programme est conçu de telle sorte qu'il est en fait autociblé, puisque le salaire est établi de façon telle que les pauvres choisiront d'adhérer au programme tandis que les non-pauvres s'abstiendront d'y participer.

Dans le budget national de l'exercice 2006-07, 11 300 crores Rs (environ 2,5 milliards de dollars E.-U., soit 0,3 pour cent du PIB) étaient affectés au programme. Selon les estimations officielles, le régime, une fois totalement opérationnel, pourrait coûter de 40 000 à 50 000 crores Rs, ce qui laisse entendre que son budget pourrait culminer à 1,5 pour cent du PIB; les opinions divergent sur la question de savoir si l'Inde peut se permettre de financer ce programme.

A mesure que le régime s'est développé, des voix inquiètes se sont élevées, redoutant par exemple que les types de projets de travaux publics entrepris ne profitent davantage aux ménages riches qu'aux ménages pauvres, ou encore que le dispositif n'ait tendance à exclure les femmes (en dépit de dispositions destinées à encourager la participation des

---

femmes), puisque de nombreuses femmes ne sont guère en mesure de parcourir les longues distances qui les séparent souvent du lieu des travaux.

## Impact

Le programme est considéré comme l'une des plus grosses initiatives de protection sociale à base de droits, atteignant environ 40 millions de ménages vivant en dessous de la ligne de pauvreté. Du fait de sa relative nouveauté, peu d'évaluations à grande échelle ont encore été publiées. Cela dit, on peut se faire une idée des effets possibles de la loi ayant institué le NREGS à partir des évaluations dont le MEGS du Maharashtra a fait l'objet.

Premièrement, le MEGS est associé à une baisse de la variabilité des revenus et, du même coup, peut-être, à un impact significatif sur la malnutrition saisonnière. Dev (1995, p. 127) présente des éléments indiquant que les laboureurs des villages couverts par le programme «avaient des rentrées de revenu qui étaient environ moitié moins variables que celles des laboureurs des villages non couverts par le MEGS».

En tant que régime de création d'emplois, tout autant que de protection sociale, le MEGS a «créé 90 millions de jours-personnes d'emploi en 1997» (Samson et coll., 2006, p. 13), sans guère avoir par ailleurs d'effets dissuasifs sur le travail: «les travailleurs recherchent un emploi mieux rémunéré et saisissent les opportunités quand elles se présentent» (*ibid.*). Certains ont toutefois pu juger préoccupantes la qualité et les conditions de travail offertes par le régime ainsi que la possibilité qu'il ait excessivement encouragé le travail des enfants.

Dev (1995, p. 136) fait remarquer que le MEGS a été associé à une réduction de la pauvreté: «des microétudes révèlent que la part des revenus totaux provenant du MEGS s'établit entre un tiers et deux tiers. Même s'il se peut que les revenus du MEGS n'aient pas permis aux participants de “franchir la ligne de pauvreté”, il a contribué à atténuer l'intensité de leur pauvreté.» Samson et coll. soutiennent que, en outre, le programme a contribué à faire monter les salaires des ouvriers agricoles sur le marché libre et à renforcer leur pouvoir économique ainsi que la solidarité. Selon lui: «le régime a réussi à améliorer la stabilité des revenus des ménages pauvres, les rendant moins dépendants du crédit usuraire, de la vente de leur actifs productifs et de la faim en cas de chocs ébranlant leur revenu» (Samson et coll., 2006, p. 13).

D'autres avantages indirects ont été observés chez les ayants droit, qui sont capables d'investir et de s'engager dans des activités entrepreneuriales offrant un ratio risque-rendement relativement avantageux. Par exemple, la sécurité du revenu assurée par le MEGS a permis aux paysans de planter des variétés à fort rendement plutôt que les variétés à faible rendement, mais résistantes à la sécheresse, utilisées ailleurs (Devereux, 2002, p. 666). Devereux en tire la conclusion générale que le programme favorise l'amélioration des moyens de subsistance et encourage une prise de risque modérée en garantissant un flux de revenus relativement lisse même en cas d'échec de l'entreprise risquée.

Néanmoins, les observateurs ont relevé un certain nombre de problèmes dans ce régime. Pour commencer, il se peut que le régime n'encourage pas la participation des femmes, pour diverses raisons, notamment l'absence de crèches, des salaires discriminatoires et l'obstacle particulier que la nécessité de parcourir de longues distances pour atteindre les lieux de travail présente pour des femmes (Samson et coll., 2006, p. 13).

Deuxièmement, il ressort des évaluations du MEGS que l'efficacité de sa distribution est relativement faible, par exemple: «entre 1979 et 1989, le taux de participation des non-pauvres est passé de 39 pour cent à 55 pour cent, tandis que la proportion des pauvres ne participant pas au programme est passée de 81 pour cent à 86 pour cent» (Samson et coll., 2006, p. 13). Le niveau d'efficience administrative et les coûts élevés (dans certains cas,

---

jusqu'à 150 pour cent du montant des prestations versées, ce qui reflète peut-être une certaine corruption et des fuites financières) ont également fait l'objet de critiques (*ibid.*; Barrientos et coll., 2008a, p. 49).

Enfin, il a été observé que le programme ne parvient pas à faire tomber des obstacles superflus à la participation de la part des catégories les plus exclues socialement ni à effacer le phénomène de stigmatisation connexe (Dev, 1995, p. 118; Deolalikar et coll., 1993, pp. 22-23).

### **B.5.2. Chili (Solidario)**

Ce programme, introduit par le gouvernement en 2002, a pour objectif déclaré d'éradiquer l'extrême pauvreté au Chili. Il couvrait initialement quelque 165 000 ménages et en couvre à présent 225 000 (IPC, 2007), soit la quantité estimée de ménages indigents que compte le pays. Son coût global est d'environ 0,02 pour cent du PIB (Barrientos et coll., 2008a, p. 32). Ce programme constitue un dispositif intégré de soutien aux ménages chiliens vivant dans l'extrême pauvreté. Les paiements en espèces servis aux ménages ayants droit visent à leur permettre d'assumer les coûts fixes et variables de l'eau et des égouts (jusqu'à concurrence d'un plafond), tout en comprenant une «allocation scolaire» pour chaque enfant fréquentant effectivement une école primaire ou (en partie) une école secondaire. Au départ, le montant des transferts s'élève à environ 20 dollars E.-U. maximum; ce montant diminue ensuite au fil des deux premières années et il n'est pas possible de recevoir la prestation plus de cinq ans (*ibid.*).

Une des caractéristiques de ce programme tient au fait que le soutien des ménages extrêmement pauvres par voie de transferts en espèces est complété par un «soutien psychosocial» d'une certaine durée fourni par un travailleur social local. Les six premiers mois, les ménages participants se voient assigner un travailleur social avec qui ils s'appliquent à identifier et à régler leurs manques dans plusieurs domaines: immatriculation, santé, emploi, revenu, instruction et dynamique du ménage (Barrientos et coll., 2008a). Des niveaux minima sont fixés comme cibles dans chacun des domaines (communs à l'ensemble des ménages visés par le programme) dans l'idée que, s'ils atteignent ces niveaux minima, les ménages devraient pouvoir surmonter l'extrême pauvreté. Ainsi le régime ambitionne de dépasser les démarches monothématiques pour offrir une solution «systémique» fondée sur un bouquet de prestations faites sur mesure afin de répondre aux besoins spécifiques des ménages qui sont difficiles à atteindre (Galasso, 2006, p. 3).

L'efficacité de la distribution des prestations et du ciblage a fait l'objet d'une appréciation très favorable (*ibid.*, p. 14).

### **Impact**

Le fait que des travailleurs sociaux travaillent directement avec les ménages participants au programme *Solidario* signifie que l'existence des services sociaux est bien connue dans la collectivité (connaissance évaluée comme supérieure de 20 à 30 pour cent à la connaissance qu'en ont les non-participants) (*ibid.*, p. 20), et on estime qu'une telle connaissance est utile pour favoriser la «responsabilisation». La population semble satisfaite du programme selon les évaluations.

En raison, toutefois, de la taille modeste de ce régime de TCE, sa contribution à la réduction des inégalités a été très modeste. Soares et coll. (2007a, p. 1) écrivent: «En fait, parmi tous les facteurs de réduction des inégalités au Chili, les transferts en espèces ont été les moins importants», et l'on évalue les revenus provenant des régimes de sécurité sociale obligatoires comme étant maintes fois plus importants que les TCE sous ce rapport. Cela dit, le même observateur ajoute: «si la part des TCE dans le revenu total était plus

---

importante au Chili, ils auraient selon toute attente un impact aussi fort que celui qu'on observe au Brésil ou au Mexique» (*ibid.*).

Les individus inscrits au programme présentent un taux de participation très élevé aux programmes de marché du travail qu'il comporte. Il y a eu une augmentation significative de la participation aux programmes de réinsertion dans l'emploi et de formation. Par exemple, «le taux de participation aux programmes de travail indépendant a augmenté d'environ 30 points de pourcentage dans les zones urbaines et d'environ 14 points de pourcentage dans les zones rurales» (Galasso, 2006, p. 15). Cela dit, pour formuler une mise en garde importante, même si les intéressés sont davantage désireux de participer aux programmes de marché du travail, ce qui pourrait augmenter les perspectives d'emploi des ménages participants à moyen terme, «ces résultats ne se traduisent pas actuellement par une augmentation de l'offre de travail. Il n'y a pas de signe d'amélioration quant à la proportion des membres qui ont un emploi ni quant à la proportion des membres qui ont un emploi stable.» (*Ibid.*) Néanmoins, plutôt que d'étouffer le désir de travailler, le programme semble avoir encouragé les individus à chercher à augmenter leur employabilité potentielle.

Les évaluations des effets du programme en matière d'instruction semblent indiquer une augmentation importante et constante de la probabilité de voir des enfants âgés de 4 ou 5 ans inscrits à l'école maternelle. Tant dans les zones rurales qu'urbaines, l'incidence sur les inscriptions en maternelle est de l'ordre de 4 à 6 points de pourcentage. L'inscription à l'école des enfants âgés de 6 à 15 ans a augmenté de 7 à 9 pour cent par rapport à la population ne participant au programme (*ibid.*, p. 18). Parmi l'ensemble des dispositifs intégrés dans le programme, la participation aux programmes d'alphabétisation et d'instruction a été statistiquement significative. L'impact du programme sur la santé est moins marqué que sur l'instruction. Il semble avoir fait progresser l'inscription des bénéficiaires auprès du système public de santé de 2 à 3 pour cent en zone urbaine et de 3 pour cent en zone rurale. Les visites médicales de prévention ont quant à elles augmenté de 4 à 6 points de pourcentage dans le cas des enfants de moins de 6 ans et de 6 à 7 points de pourcentage dans le cas des femmes (*ibid.*, p. 19). Le programme a eu un impact positif sur la psychologie des personnes couvertes. Les ménages couverts semblent voir les choses plus en rose et être plus optimistes au sujet de leur future situation socio-économique.

### **B.5.3. Bangladesh (Cibler les ultrapauvres)**

On examinera ici le programme d'aide sociale multidimensionnel baptisé *Challenging the Frontiers of Poverty Reduction – Targeting the Ultra Poor* (CFPR/TUP) (S'attaquer à la frontière de la réduction de la pauvreté: Cibler les ultrapauvres), qui est mis en œuvre au Bangladesh depuis 2002 par une grosse organisation non gouvernementale, le BRAC, en partenariat avec les pouvoirs publics bengalis et avec un financement provenant du consortium de donateurs du Bangladesh.

Le CFPR/TUP a été conçu pour atteindre les personnes vraiment les plus pauvres du Bangladesh rural, un groupe qui, selon les évaluations, s'avérait ne pas avoir profité substantiellement des interventions antérieures, malgré la valeur de celles-ci pour faire reculer la pauvreté dans le pays. Dans sa conception, le programme se veut un «enchaînement stratégique gradué», combinant les transferts en espèces (allocations plutôt que prêts) avec l'acquisition de qualifications, des actions de sensibilisation sanitaire et toute une gamme d'éléments sociaux et consultatifs plus larges. Ces derniers comprennent par exemple la possibilité de consultations juridiques sur des questions telles que le mariage ou la violence domestique; cela est particulièrement utile puisque une proportion importante des «ultrapauvres» est constituée de femmes. Le TUP est par ailleurs conçu pour préparer le passage des participants à un stade «supérieur», stade auquel ils pourront adhérer à un programme de microcrédit, qui constitue une autre composante du portefeuille

---

du BRAC. En 2006, le CFPR/TUP coûtait environ 300 dollars E.-U. par ménage et il couvrait quelque 70 000 ménages.

Selon les évaluations, le ciblage du programme est très efficace, l'évaluation neutre concluant que 98 pour cent des participants de l'échantillon avaient une consommation alimentaire inférieure à la ligne de pauvreté (Barrientos et coll. 2008a, p. 18).

## Impact

Le CFPR/TUP a eu un impact positif manifeste sur le bien-être, en particulier en réduisant le «déficit alimentaire» et la malnutrition chez les participants. Barrientos et coll. (2008a, p. 18) et le DFID (2005, p. 19) rapportent que, selon les évaluations de projets, les participants au CFPR/TUP s'en tirent mieux que les groupes de comparaison, en termes de quantité et de qualité nutritionnelle de la nourriture, au point que «les ménages n'ayant pas assez à manger étaient passés de 97 pour cent à 27 pour cent en l'espace de deux ans»; autre constat: le recul des cas de malnutrition grave parmi les enfants de moins de 5 ans, dans une proportion de 27 points de pourcentage parmi les ménages participants, contre seulement 3 points de pourcentage dans le groupe de comparaison. Le programme a également été qualifié de succès sous l'angle de la génération de revenus, puisque les transferts en espèces, d'environ 100 dollars E.-U. par ménage en 2002, ont permis l'accumulation d'actifs d'une valeur qui atteignait jusqu'à 300 dollars E.-U. en 2005 (Barrientos et coll., 2008a, p. 18).

Un lien a été établi entre le programme CFPR/TUP et l'amélioration de l'accès au crédit. Il ressort d'une comparaison d'un échantillon de ménages bénéficiaires avec un échantillon de ménages non retenus que «les ménages bénéficiaires présentaient des améliorations significatives avec le temps au point de vue du nombre de prêts qui leur étaient accordés et du montant de ceux-ci, ce qui s'explique en partie par leur accès à la composante de microcrédit du programme» (*ibid.*).

Les auteurs d'autres études, comme Hossain et Matin (2004, p. 7), ont observé empiriquement des résultats moins tangibles mais néanmoins bénéfiques du programme TUP: démocratie locale, augmentation du niveau de «fierté sociale» et sentiment d'autonomie locale, «inclusion» sous un certain nombre d'aspects. Il s'avère par exemple que les femmes ultrapauvres qui, auparavant, n'avaient aucune chance d'accéder aux ressources des gouvernements locaux (vêtements chauds par temps froids, articles de secours) sont désormais en meilleure position pour faire valoir les droits que leur confère la loi (*ibid.*).

Selon les évaluations du BRAC lui-même (Rabbani et coll., 2006), en moyenne, en 2005, le revenu des participants avait augmenté au point de dépasser celui de ceux qui n'étaient «pas tout à fait assez pauvres» pour avoir été sélectionnés pour le programme en 2002; les participants demeuraient pauvres toutefois, mais ce constat n'étonnait pas le BRAC étant donné le peu de temps écoulé. Les participants avaient fait des progrès sur plusieurs volets liés à la vulnérabilité (notamment moyens physiques de subsistance, épargne et santé) et ils semblaient plus confiants dans leur propre capacité à résister à des chocs graves ou à des «crises» de subsistance, comme la maladie grave d'un soutien de famille. Cela dit, les ménages ruraux pauvres demeurent confrontés à des difficultés: par exemple, maintenant qu'ils possèdent de nouveaux actifs tels que du bétail, ils sont exposés à un certain nombre de risques nouveaux (tels que le décès ou les maladies du bétail).



## B.6. Sécurité du revenu – les travailleurs indépendants

### B.6.1. Trois pays d'Amérique latine

En Argentine, au Chili et en Uruguay, environ <sup>19</sup> 24 pour cent de la main-d'œuvre peut être classée dans la catégorie des travailleurs indépendants, travaillant pour la plupart dans l'économie informelle. Une analyse par sexe de la main-d'œuvre de ces pays révèle que le pourcentage de femmes travaillant à leur compte est inférieur à celui des femmes salariées. Le pourcentage de femmes appartenant au patronat est encore plus faible, la majorité des employeurs étant des hommes. Par exemple, en Argentine, les femmes représentent 44 pour cent des salariés, contre seulement 33 pour cent des travailleurs indépendants et 26 pour cent des employeurs. De même, au Chili, si la proportion de femmes dans la main-d'œuvre occupée totale est d'environ 36 pour cent, ce qui, pour la région, est très faible, elle n'est que de 27 pour cent parmi les travailleurs indépendants. Tandis que les hommes prédominent parmi les travailleurs indépendants, les femmes sont très majoritaires chez les employés de maison. Cela reflète une forte ségrégation professionnelle.

Le tableau B.5 ci-dessous présente la couverture de sécurité sociale en chiffres selon le statut d'emploi pour les trois pays. En Argentine et en Uruguay, pays dotés de régimes d'affiliation et de cotisation obligatoires, la couverture des travailleurs indépendants dépasse légèrement 35 pour cent; au Chili, où les cotisations sont facultatives, ce taux atteint seulement 27 pour cent.

**Tableau B.5 Couverture au point de vue des cotisations de sécurité sociale: travailleurs indépendants en Argentine, au Chili et en Uruguay (en %)**

	Argentine (2005)	Chili (2004)	Uruguay (2006)
Salariés	57,2	85,2	77,3
Salariés avec contrat		96,8	
Salariés sans contrat		24,3	
Travailleurs indépendants	37,4	27,0	35,7
– Employeurs	71,4	64,3	85,3
– A leur compte	31,6	20,6	25,6
A leur compte sans installations			6,4
A leur compte avec installations			33,2
Total	54,2	70,3	65,5

Sources: MTEySS-BIT (2007); Bertranou et Vásquez (2006); Lanzilotta (2007).

Ces trois pays ont lancé des initiatives visant à réduire le niveau d'exclusion de la couverture de sécurité sociale chez les travailleurs indépendants, et ce notamment pour les motifs suivants:

- les travailleurs indépendants représentent une part importante de la main-d'œuvre salariée;
- on observe que l'emploi dans ces catégories, qui est longtemps resté hors du champ de couverture de la sécurité sociale, augmente en période de crise et de récession économique, moments où la protection sociale serait le plus nécessaire;

<sup>19</sup> La part du travail indépendant dans ces pays est la suivante: Uruguay 27,8 pour cent (en 2005), Argentine 25,3 pour cent (en 2005) et Chili 23,1 pour cent (en 2003).

- 
- les systèmes de protection sociale, tels qu'ils sont traditionnellement structurés et administrés, ont généralement négligé les droits et les obligations des travailleurs indépendants;
  - fournir une couverture de sécurité sociale aux travailleurs indépendants devrait faciliter la transition vers la formalisation;
  - les dispositions légales qui accordent une couverture de sécurité sociale aux travailleurs indépendants tendent à être éparpillées à travers la législation sociale et les textes régissant le travail, et il faudrait maintenant les rationaliser<sup>20</sup>.

a) *Argentine*

Actuellement, il existe trois régimes différents, deux au niveau national et un à l'échelon des provinces.

i) *Régime national général des travailleurs indépendants («Autónomos»)*

Une réforme structurelle du système de retraite et de pension a été entreprise en 1994 afin d'établir un régime national mixte nommé système intégré de retraite et de pension (*Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones* ou SIJP). Ultérieurement, en 2008, la composante privée du régime est passée sous contrôle public, intégrant le régime mixte en un programme unique à prestations déterminées sous administration publique baptisé *Sistema Integrado Previsional Argentino* (SIPA). Ce nouveau régime couvre les travailleurs de 18 ans et plus qui travaillent en tant que salariés dans le secteur privé ou public ou qui exercent une activité indépendante à but lucratif.

ii) *Régime simplifié des petits contribuables (Monotributo)*

Les travailleurs indépendants qui satisfont à la définition de «petits contribuables» peuvent choisir de s'inscrire à un «régime simplifié» destiné aux petits contribuables et baptisé *Monotributo* («impôt unique»). Il s'agit d'un système national qui intègre à la fois un régime simplifié d'impôt sur le revenu et de taxe sur la valeur ajoutée et un dispositif de pensions.

iii) *Caisses provinciales de sécurité sociale couvrant les professions libérales*

Il existe un certain nombre de caisses provinciales de sécurité sociale pour couvrir les membres diplômés de l'université exerçant une profession libérale qui sont exemptés de cotiser au système national. Il existe environ 76 de ces caisses, qui comptent au total environ 500 000 adhérents.

La structure actuelle se traduit par une grande variété de couvertures et de prestations selon les catégories de travailleurs, y compris les salariés. En particulier, il n'a pas encore été question jusqu'à présent d'offrir des prestations telles que les allocations familiales aux travailleurs indépendants. Le régime général ne fournit pas de couverture maladie aux travailleurs indépendants, même si l'on réfléchit à la mise en place d'une telle couverture dans le cadre du régime simplifié. Des problèmes similaires, compte tenu naturellement des situations nationales respectives, s'observent tant au Chili qu'en Uruguay.

<sup>20</sup> C'est ce que montre par exemple, dans le cas de l'Argentine, une des études qui servent de référence au présent article: MTEySS-BIT (2007).

---

b) *Chili*

Jusqu'à la réforme des pensions de 2008, les travailleurs indépendants n'étaient pas tenus d'adhérer au système de pensions au Chili, même s'ils pouvaient le faire à titre facultatif et cotiser. En application de la réforme, en revanche, tous les travailleurs indépendants qui produisent une déclaration de revenu au fisc sont peu à peu intégrés à titre obligatoire au système, dans le cadre d'un processus qui devrait prendre au total sept ans à compter de 2009.

La réforme vise à donner des droits et à imposer des obligations comparables aux salariés et aux travailleurs indépendants de l'économie formelle et, en même temps, à augmenter les niveaux de couverture de sécurité sociale afin de réaliser une meilleure protection vieillesse. Aux termes de la réforme, il est proposé que les travailleurs indépendants déterminent annuellement le montant de leurs cotisations au système de pensions via leur déclaration fiscale. Le montant des cotisations a pour assiette le revenu déclaré au fisc au titre de l'année civile précédente<sup>21</sup>. Les travailleurs indépendants sans revenu déclarable sont exemptés des cotisations obligatoires mais peuvent toujours cotiser à titre facultatif.

c) *Uruguay*

Trois régimes y sont ouverts aux travailleurs indépendants: un régime général pour les «unités économiques d'une seule personne», le régime *Monotributo* et une caisse de pension pour les professions libérales.

i) *Régime général pour les «unités économiques d'une seule personne»*

Le système de retraite et de pensions, administré par la Banque d'assurance sociale (*Banco de Previsión Social* ou BPS), a été réformé en 1996, année où il a été transformé en système mixte à trois étages. Le premier étage consiste en prestations déterminées et repose sur un financement par répartition: on le nomme le «pilier de solidarité intergénérationnelle». Il est administré par le BPS. Le deuxième étage consiste en un régime à cotisations déterminées obligatoires versées sur des comptes d'épargne individuels (système par capitalisation) gérés par des sociétés privées. Un troisième étage, analogue au second et canalisant l'épargne facultative des travailleurs dont le revenu dépasse un niveau précis, est également envisagé dans la législation.

ii) *Régime «Monotributo»*

Instauré en 2001, ce dispositif est axé sur un système spécial, baptisé «Monotributo», de traitement fiscal réservé aux très petites entreprises, définies en fonction du nombre de salariés, de la taille des installations et du chiffre d'affaires total. Même s'il s'agit là fondamentalement d'un régime fiscal particulier plutôt que d'un système de protection sociale, ce régime donne aux travailleurs indépendants concernés accès à l'ensemble des prestations de sécurité sociale (sauf l'assurance-chômage).

iii) *Caisses de pension pour professions libérales*

Deux caisses de ce type ont été instituées. L'une sert les titulaires d'un diplôme universitaire qui exercent à titre indépendant leurs professions respectives. Elle

<sup>21</sup> Revenu provenant de l'exercice d'une profession libérale ou de quelque autre profession ou métier à but lucratif qui ne correspond pas à un salaire, à des primes, à des subventions, à des prix, à des avantages ni à des participations. Cela comprend les ouvriers agricoles et les chauffeurs de taxi qui ne sont pas propriétaires de leur véhicule.

---

fonctionne comme un régime de prestations déterminées, les cotisations étant fonction du revenu «présumé», tombant dans l'une des dix tranches, et elle fournit essentiellement une couverture vieillesse, de survivant et d'invalidité. La seconde caisse couvre spécifiquement les notaires et sert des prestations de pension de retraite, d'indemnités maladie et de frais d'obsèques.

On s'attend généralement à une augmentation du travail indépendant dans les années à venir, en raison à la fois de l'évolution de l'économie et de la technologie (dans des domaines tels que les communications) et de la vogue grandissante des modes de travail non traditionnels, au détriment des lieux et des horaires de travail fixes. Les politiques de protection sociale et les modèles de sécurité sociale correspondants doivent refléter cette évolution du contexte et s'y adapter afin d'accroître l'inclusion et le niveau de protection. Les systèmes de protection sociale d'Amérique latine sont relativement bien placés pour répondre à ces besoins, mais il faut ajuster les cadres juridiques et reconfigurer les dispositifs de financement afin d'incorporer progressivement les travailleurs indépendants et de réduire au minimum les conséquences des distorsions possibles associées à la participation et à l'emploi.

Chacun des trois pays examinés dans la présente section a déjà franchi des étapes sur cette voie, même s'il leur reste du chemin à parcourir pour réaliser une percée sur le plan de l'extension de la couverture aux travailleurs informels. Relevons l'utilité d'un modèle mis au point par ces pays: le régime simplifié destiné aux petits contribuables, y compris aux travailleurs indépendants.

---

## Supplément C. Options possibles pour un nouveau mécanisme d'orientation des politiques

Comme on l'a dit dans le chapitre 1 de la partie A du présent rapport et développé dans le chapitre 2, les instruments internationaux généraux ayant trait aux droits de l'homme sont restés essentiellement muets sur la définition du droit à la sécurité sociale et son contenu spécifique. C'est l'OIT, à titre d'agence spécialisée des Nations Unies, investie du mandat d'étendre la sécurité sociale à tous ceux qui en ont besoin, qui a reçu la responsabilité d'établir les paramètres et de définir le contenu concret du droit à la sécurité sociale ainsi que d'aider les Etats Membres à mettre en œuvre ce droit. On peut rappeler que, en vue de la réalisation de ce mandat, la CIT a lancé la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous en 2003, l'idée centrale étant de promouvoir un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale.

Le principal moyen d'action dont dispose l'OIT pour s'acquitter de son mandat et atteindre ses objectifs constitutifs, énoncés dans sa Constitution et dans la Déclaration de Philadelphie, est constitué par les normes internationales du travail<sup>1</sup> et d'autres instruments fondamentaux qui constituent la base juridique des politiques et des actions de l'OIT. Chacun de ces instruments a été approuvé après débat par la Conférence internationale du Travail ou, du moins, par le Conseil d'administration du BIT, et il a recueilli l'appui d'une nette majorité de leurs organes respectifs. On peut donc voir dans l'activité de normalisation de l'OIT le reflet de la conviction de la communauté internationale que la justice sociale doit faire l'objet d'un traitement collectif et qu'elle ne doit pas être laissée à la discrétion de conventions bilatérales fortuites passées entre Etats. Les conventions internationales du travail elles-mêmes servent de lignes directrices ou de références pour les politiques sociales nationales qu'adoptent les Etats Membres qui ne les ont pas encore ratifiées. La normalisation est par conséquent un instrument potentiellement puissant de politique sociale mondiale. De pair avec son mandat constitutif, les normes forment la base des conseils que l'OIT fournit à ses mandants et elles sont la source ultime de son autorité.

Dans le domaine de la sécurité sociale, l'OIT a adopté un corps d'instruments sur la sécurité sociale; la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, en constitue la colonne vertébrale. Cette convention faisait suite à la recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, et à la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, toutes deux adoptées en 1944, au même moment que la Déclaration de Philadelphie. La recommandation n° 67 prévoit le versement, via les assurances sociales, de prestations de sécurité sociale en espèces pour chacune des huit éventualités classiques<sup>2</sup>. Elle prévoit en outre, pour ceux qui ne sont pas couverts par un système d'assurance sociale, des prestations élémentaires d'aide sociale dont la responsabilité incombe à l'Etat. Ainsi, en prévoyant des mécanismes d'assurance sociale et d'aide sociale complémentaires, la recommandation n° 67, de pair avec la recommandation n° 69, institue un réseau de protection de sécurité sociale complète pour tous ceux qui en ont besoin. Néanmoins, tout en codifiant le principe de l'universalité de la couverture de sécurité sociale, ces deux recommandations ne fournissent aucune indication claire d'un ordre de priorité entre les prestations, définissant, à l'intention des pays dotés de ressources

<sup>1</sup> Les normes internationales du travail peuvent prendre la forme de conventions ou de recommandations (article 19 de la Constitution de l'OIT).

<sup>2</sup> Eventualités couvertes par la recommandation n° 67: maladie, chômage, vieillesse, accident du travail ou lésion professionnelle, allocations familiales, maternité, invalidité et survivant.

---

et de capacités limitées, un ensemble minimum de prestations de garanties élémentaires de sécurité sociale.

La convention n° 102, qui a été élaborée à partir des recommandations n° 67 et 69, a elle aussi pour but ultime la réalisation d'une couverture universelle de sécurité sociale. Toutefois, même si elle fournit des indications précises sur le niveau minimum des prestations de sécurité sociale, essentiellement dans une perspective d'assurance sociale, le principe d'universalité des recommandations n° 67 et 69 ne s'est jamais traduit en obligation contraignante légalement ni dans la convention n° 102 ni dans aucune autre convention concernant la sécurité sociale. En particulier, le volet de la recommandation n° 67 concernant l'aide sociale, complétant la composante d'assurance sociale et prévoyant des prestations élémentaires d'aide sociale pour la population autrement non couverte, n'a jamais été repris et développé sous la forme d'un mécanisme directif et contraignant concret. Ainsi, la convention n° 102 ni aucune autre convention concernant la sécurité sociale ne prescrivent l'obligation d'instaurer des prestations élémentaires de sécurité sociale pour ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes d'assurance sociale, par exemple les travailleurs occasionnels ou les travailleurs de l'économie informelle et leurs familles. Qui plus est, aucune de ces conventions n'établit un ordre de priorité entre les prestations de sécurité sociale de façon à définir un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale.

Même s'il est clair que la campagne de l'OIT pour l'extension de la sécurité sociale à tous ceux qui en ont besoin a une base constitutionnelle, la question se pose de savoir si l'OIT dispose d'un instrument juridique ou d'un mécanisme appropriés à l'appui des politiques concrètes qu'elle préconise, à savoir la mise en place d'un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale. A partir d'une analyse des instruments de sécurité sociale en vigueur, il ressort clairement que la convention n° 102 constitue un fondement solide pour conseiller des politiques visant à élever le niveau des prestations de sécurité sociale, servies essentiellement aux travailleurs du secteur formel et à leurs familles. Cette convention contient une définition internationalement acceptée du champ pertinent de la sécurité sociale et, à ce titre, elle a été reconnue comme un symbole de progrès social. Elle joue un rôle essentiel dans la définition du droit à la sécurité sociale dans le cadre des instruments internationaux ayant trait aux droits de l'homme, et en particulier dans le cadre de l'article 9 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels.

L'impact concret de la convention n° 102 au niveau national est également de la plus haute importance. De pair avec les autres conventions concernant la sécurité sociale, à travers les ratifications, elle joue un rôle fondamental pour aider les pays à maintenir les droits des travailleurs à la sécurité sociale et sert de rempart contre l'érosion du cadre social en période de troubles économiques. Même non ratifiés, ces instruments conservent une grande importance dans l'élaboration des politiques sociales nationales des pays. Soulignons également le fait que les conventions en vigueur concernant la sécurité sociale, et notamment la convention n° 102, ont eu et continuent d'avoir un impact positif sur le développement des régimes de sécurité sociale dans la plupart des pays du monde et qu'elles servent de modèles pour des instruments régionaux. L'intensification des campagnes de l'OIT ces dernières années a renforcé l'intérêt des Etats Membres pour la ratification de sa convention phare, la convention n° 102, ainsi que des conventions plus récentes concernant la sécurité sociale<sup>3</sup>. A cet égard, il est évident qu'une meilleure prise de conscience et une meilleure connaissance, chez les mandants, des conventions et de leurs dispositions spécifiques entraîne une augmentation du nombre de ratifications. Autre

<sup>3</sup> Par exemple, la Bulgarie a ratifié la convention n° 102 en 2008; le Brésil a fait de même en 2009; la Chine et la Mongolie ont demandé l'assistance de l'OIT en vue d'une possible ratification.

---

caractéristique importante de ces conventions: elles constituent des outils efficaces pour l'extension de la sécurité sociale à tous dans le monde en fixant des objectifs à long terme en ce qui concerne le niveau de protection à atteindre dans chaque pays. De ce point de vue, il faut considérer les exigences de la convention n° 102, l'instrument fondamental, comme un objectif utile précisant le niveau de sécurité sociale ultime auquel les êtres humains ont droit, une fois qu'un ensemble élémentaire de garanties de sécurité sociale aura été mis en œuvre.

Malgré l'importance cruciale de la convention n° 102 et la nécessité persistante de la promouvoir, il semble que les conventions de sécurité sociale en vigueur ne sont en fait pas suffisantes en soi pour permettre la réalisation de la couverture universelle par la mise en œuvre d'un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale. Jusqu'à présent, ces conventions ne se sont pas révélées totalement efficaces pour orienter les pays vers un cadre de priorités et faire en sorte que tous ceux qui en ont besoin aient accès à un ensemble élémentaire de garanties minimales de sécurité sociale. A cet égard, la faiblesse relative du niveau de couverture de sécurité sociale dans le monde, d'une part, et le faible taux de ratification des conventions de sécurité sociale parmi les pays en développement, d'autre part, donnent à penser qu'un outil supplémentaire s'impose pour assurer la réalisation du droit de chaque personne à la sécurité sociale.

Dans ce contexte, il reste toujours à la communauté internationale à choisir une orientation, qui soit suffisamment large pour permettre à l'OIT de faire pleinement usage des moyens d'action les plus importants et les plus empreints d'autorité dont elle dispose, à savoir l'établissement de normes internationales du travail et de mécanismes correspondants visant les politiques. C'est seulement alors qu'elle sera en position de fournir des directives optimales à ses mandants pour l'établissement d'un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale et pour le passage ultérieur à une protection de sécurité sociale plus complète, c'est-à-dire notamment un niveau plus élevé de sécurité du revenu et une amélioration des prestations de soins médicaux à mesure que les économies nationales poursuivront leur développement. Comme l'extension de la sécurité sociale requiert une planification et un engagement de longue durée de la part des parties prenantes de chaque pays, il est de la plus extrême importance de codifier une vision à long terme à cet égard sous la forme d'un nouveau mécanisme, fournissant des indications quant à l'établissement d'un ordre de priorité et de progression et complétant les normes de sécurité sociale en vigueur. Ce n'est que par un engagement durable qu'on pourra assurer la pérennité à long terme des efforts et des mesures d'extension de la sécurité sociale. Un nouveau mécanisme de ce type renforcerait par ailleurs la crédibilité et l'autorité des politiques préconisées par l'OIT et des conseils qu'elle offre à ses mandants, objectif qui ne saurait être atteint par des moyens qui ne seraient que de court terme. Qui plus est, en une période de crise mondiale comme celle que nous traversons, tous les mandants de l'OIT reconnaissent le besoin d'un cadre réglementaire mondial garantissant le respect des «règles du jeu». Ainsi, un nouveau mécanisme, venant s'intégrer à l'ensemble des normes de sécurité sociale de l'OIT en vigueur, compléterait le cadre de sécurité sociale mondial et munirait la communauté mondiale d'un éventail complet d'outils pour donner du contenu au droit à la sécurité sociale.

Le nouveau mécanisme à réaliser aurait ainsi essentiellement un double objectif:

- premièrement, réaliser l'extension de la sécurité sociale à tous, à savoir ceux qui ne sont encore couverts par aucun des systèmes d'assurance sociale en vigueur, par la **fourniture d'un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale**, et ce en visant directement l'atténuation de la pauvreté. A ce titre, il s'agirait de satisfaire aux besoins de base des individus. Plutôt que de s'articuler autour des éventualités classiques énoncées dans la convention n° 102, ce nouveau texte devrait partir des besoins des gens et être conçu de manière à les aider à sortir de la pauvreté;

- 
- deuxièmement, le mécanisme devrait aider les pays à gravir l’«*escalier*» de la *sécurité sociale* en établissant des degrés conduisant à des niveaux plus élevés de protection de sécurité sociale, en particulier une sécurité du revenu adéquate et un accès aux services de santé pour tous les individus de la société mondiale, d’une façon qui reflète adéquatement le niveau de vie, les valeurs et les moyens financiers des différents pays, selon les termes de la convention n° 102 et des autres normes concernant la sécurité sociale.

Cela passe par le maintien et le renforcement des niveaux de protection dont ont déjà convenu les conventions de sécurité sociale en vigueur, de façon à aider la main-d’œuvre mondiale, la population mondiale et les économies nationales à s’adapter au rythme du changement imposé par la mondialisation. La société mondiale, avec ses marchés mondiaux, exige, comme jamais par le passé, des normes mondiales de sécurité sociale. Il est peu probable de voir la mondialisation acceptée universellement et son potentiel d’amélioration du bien-être pleinement exploité si les gens ont constamment peur des conséquences du changement. Il faut mettre, par la normalisation, le monde entier sur un pied d’égalité en ce qui concerne les conditions sociales de façon à prévenir un nivellement par le bas des systèmes de sécurité sociale à l’échelon national. Un nouveau mécanisme pourrait jouer un rôle dans un tel cadre juridique international et pourrait en outre, en garantissant le respect de certaines normes, servir d’outil assurant une répartition équitable des fruits de la mondialisation et empêchant la course au moins-disant social. En tant que tel, un tel mécanisme pourrait grandement contribuer à renforcer le rôle de stabilisateurs sociaux automatiques joué par les systèmes de sécurité sociale et à les protéger de l’érosion, fonction de la plus haute importance en période de crise économique. L’atteinte d’un tel objectif supposerait la mise en œuvre de niveaux de protection, plus élevés que ceux auxquels correspond un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale, par les différents pays à mesure qu’ils atteindront des stades plus élevés de développement socio-économique. A ce titre, le nouveau mécanisme ne doit pas remettre en cause la pertinence des conventions en vigueur, notamment la convention n° 102, ni du cadre de principes de sécurité sociale existants, mais plutôt constituer une première étape vers une ratification et une application plus larges de normes de sécurité sociale d’un niveau plus élevé.

Il est essentiel que le nouveau mécanisme soit structuré de façon à permettre une certaine flexibilité dans son application, permettant ainsi aux pays d’atteindre progressivement des cibles de protection sociale plus élevées. Toutefois, en ce qui concerne l’*ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale*, tout en laissant une certaine flexibilité sur le plan du mode et des mesures de mise en œuvre, il faut exiger le lancement immédiat du processus visant à atteindre cet objectif. De ce point de vue, même si l’on peut envisager différentes façons possibles d’évaluer le niveau des prestations et la mise en œuvre des régimes, le nouveau mécanisme doit être axé sur les résultats désirés, le plus important d’entre eux consistant à assurer une couverture effective et un niveau approprié de protection.

Le nouveau mécanisme devrait par ailleurs suivre une approche fondée sur les droits et s’appuyer sur les instruments ayant trait aux droits de l’homme à titre de base éthique et de source de légitimité juridique tout en fournissant un contenu au droit à la sécurité sociale pour tous, tel qu’il est énoncé dans les documents constitutifs de l’OIT et les instruments de l’ONU sur les droits de l’homme. Il aiderait ainsi les Etats Membres à s’acquitter de leurs obligations internationales eu égard au droit à la sécurité sociale aux termes de tout un éventail d’instruments.

Une approche fondée sur les droits exige l’incorporation des principes essentiels de la sécurité sociale dans le nouveau mécanisme. Ces principes essentiels découlent du cadre international des droits de l’homme et des instruments de l’OIT visant la sécurité sociale. Ils devraient comprendre les principes déjà présentés au chapitre 2 de la partie A, à savoir,



---

en résumé, l'universalité, l'équité, le caractère adéquat et adapté, la progressivité et l'exhaustivité, l'imputation à l'Etat de la responsabilité d'une bonne administration ou gouvernance, la solidarité, la redistribution et le financement collectifs, l'égalité, l'autorité de la loi et la participation des personnes protégées.

Pour faire en sorte que les objectifs du nouveau mécanisme et les résultats désirés soient atteints, l'OIT doit jouer un rôle actif en orientant et en assistant ses mandants dans le processus de mise en œuvre. En retour, on envisage que la communauté internationale puisse juger utile de jouer un rôle également actif en fournissant les ressources indispensables à une mise en œuvre réussie.

Vu le rôle de l'ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale dans l'effort de la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, l'adoption d'un nouveau mécanisme devrait être considérée comme une contribution majeure de l'OIT à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

En ce qui concerne la voie à suivre, il existe en théorie tout un éventail d'options possibles en réponse aux lacunes observées dans l'ensemble actuel des normes de sécurité sociale en vigueur. Ces options vont de «ne rien faire», c'est-à-dire espérer que l'humanité mondialisée – en l'absence de toute procédure normative – entérine l'idée du travail décent et progresse vers sa réalisation par des pratiques décentes de sécurité sociale, à la révision complète des normes en vigueur ou à la consolidation de toutes leurs dispositions importantes dans une nouvelle norme exhaustive («tout refaire»), en passant par l'introduction d'un nouveau mécanisme permettant de réaliser effectivement la mise en œuvre graduelle des normes en vigueur («faire le nécessaire étape par étape»). Afin de recueillir l'avis de ses mandants sur la question, l'OIT a arrangé une série de consultations informelles en 2007 et en 2008.

L'option «ne rien faire» n'a pas suscité l'approbation des mandants, et l'histoire enseigne qu'elle est clairement inadaptée. Les forces du marché – sans parler de celles qui mènent les marchés mondialisés – ne sont pas de nature à mener à de bonnes pratiques sociales ni à ériger l'atténuation rapide de la pauvreté en priorité, en l'absence de normes de conduite extérieures et de cadre juridique. Les acteurs des marchés mondialisés tout comme les sociétés ont besoin d'un ensemble de «règles du jeu» afin de créer «un terrain de jeu égal» permettant une compétition équitable et protégeant les investissements privés et publics contre ce qui constitue, de fait, une forme de *dumping* social et environnemental injuste de la part de certains pays. Sans règles sociales encadrant l'entreprise privée, toute tendance à ne poursuivre que des objectifs de profit à court terme ne pourrait qu'aller à l'encontre d'une croissance stable de longue durée induite par des investissements à long terme. En résumé, «ne rien faire» n'est pas une option viable dans une économie mondialisée en évolution et dans laquelle les individus ont besoin de protection.

A l'extrême opposé, «tout refaire», c'est-à-dire la consolidation de l'ensemble des instruments de sécurité sociale dans un seul instrument global, ne saurait passer pour une option réaliste. Le réseau de lois sur la sécurité sociale qui s'est développé dans le monde au cours du siècle dernier est devenu fortement complexe, reflétant la complexité inhérente au sujet, c'est-à-dire le grand nombre d'éventualités et l'extrême diversité de situations individuelles auxquelles il faut répondre. Il est difficile d'imaginer que toutes les éventualités visées par la sécurité sociale, depuis la fourniture de prestations antipauvreté aux règlements complexes régissant les pensions d'invalidité, puissent être codifiées en une seule norme qui, en outre, devrait être de nature dynamique et adaptée au niveau de développement socio-économique de tout un éventail de pays. Une norme internationale globale englobant tous les domaines de la sécurité sociale ne pourrait être que d'une nature très générale et risquerait en fait de ne pas plus exercer une influence déterminante sur le niveau concret des prestations nationales que celle qu'exerce la convention n° 102, laquelle a implicitement ou explicitement (comme dans le cas du Code européen de sécurité

---

sociale) servi de référence pour le niveau des prestations et les conditions d'ouverture des droits dans nombre de lois nationales ou de normes régionales. De plus, si l'adoption d'une nouvelle norme globale devait entraîner l'obsolescence formelle ou de fait de la convention n° 102, la fonction de celle-ci en ce qui concerne l'atteinte de certains niveaux de prestations et de certaines conditions à l'échelon des pays (à un moment où certains pays réexaminent précisément ces niveaux et conditions, souvent en réaction à des pressions concurrentielles grandissantes sur les marchés mondialisés) en sortirait inévitablement affaiblie, et les tendances défavorables auxquelles sont déjà soumises les législations risqueraient de s'intensifier dangereusement. C'est pour ce motif et d'autres raisons connexes que le mouvement syndical mondial et nombre d'experts de la sécurité sociale s'opposent résolument à tout démantèlement des dispositions de la convention n° 102 et à toute perspective de modification de son statut. Un affaiblissement des acquis politiques et sociaux symbolisés par la convention n° 102, particulièrement en une période où le niveau de la sécurité sociale est révisé à la baisse dans de nombreux pays, ne pourrait que saper tout processus de modernisation. En conséquence, «tout refaire» n'est pas de nature à constituer une option réalisable dans les années à venir.

De fait, l'idée d'une révision de la convention n° 102 a été fortement rejetée par la plupart des mandants au cours des consultations informelles, du moins dans l'hypothèse d'un scénario où les dispositions qui la remplaceraient reprendraient dans les grandes lignes les recommandations n°s 67 et 69, et ce même en supposant l'incorporation de nouveaux concepts de sécurité sociale, par exemple favoriser un niveau plus élevé d'activité économique ou encore éviter la dépendance vis-à-vis des prestations, ainsi que la correction de certaines lacunes connues de la convention n° 102. Pourtant, le libellé et la terminologie d'une convention révisée pourraient refléter les besoins et les réalités sociales d'aujourd'hui et remédier à d'autres défauts de la convention n° 102. Cette option, toutefois, comporte les mêmes dangers que l'option de la consolidation, à savoir la réduction du niveau de prestations explicitement prévu par la convention n° 102, et rien ne garantit qu'une convention révisée maintiendrait les prestations au même niveau. Dans le même temps, une telle révision pourrait fragiliser la préservation de niveaux de prestation minima adéquats à un moment où de nombreux pays réexaminent le niveau de leurs prestations nationales. Comme on l'a évoqué plus haut, une réouverture de la convention n° 102 aurait également des effets négatifs indirects en ce qu'elle affaiblirait la position juridique et politique d'autres instruments juridiques internationaux ou régionaux à qui la convention n° 102 sert de référence fondamentale. Il n'est pas non plus désirable de voir un instrument de remplacement exposé au risque de non-ratification, comme le montre le cas du Code européen de sécurité sociale, lui-même révisé en 1994 afin de répondre à de nouveaux problèmes sur lesquels butaient les politiques de sécurité sociale de l'époque, mais qui ensuite n'a été ratifié par aucun Etat membre du Conseil de l'Europe, si bien que, quinze ans après son adoption, il n'est toujours pas entré en vigueur pour mettre à jour le Code de 1964.

Tandis qu'il ressort clairement des consultations avec les mandants que ni les options «ne rien faire» et «tout refaire» ne conviennent ni les normes de prestations en vigueur établies par la convention n° 102 ne devraient être affaiblies, les mandants ont par ailleurs largement reconnu qu'il fallait que l'OIT promeuve un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale pour tous via sa campagne mondiale, et ce en utilisant les différents instruments politiques dont elle dispose.

Dans ce contexte, on a élaboré toute une série d'options graduées, en cherchant à exploiter les divers moyens dont dispose l'OIT pour s'acquitter de son mandat qui consiste à étendre la couverture de sécurité sociale à tous. Il s'agirait notamment de renforcer les activités visant à faire progresser la ratification et l'application des normes en vigueur ou, ce qui est également faisable et peut-être plus efficace, sous réserve de l'approbation des mandants, de créer un nouveau mécanisme qui viendrait compléter les normes en vigueur. Les différents moyens retenus se veulent conformes aux principes suivants:

- 
- priorité, dans les politiques sociales, à l'atténuation de la pauvreté;
  - relèvement progressif du niveau de protection en harmonie avec le développement socio-économique national;
  - création d'un «terrain de jeu égal» pour l'économie mondialisée;
  - faisabilité politique.

***Option 1:** Concevoir une stratégie permettant de faire progresser le mouvement de ratification et l'application graduelle des normes en vigueur dans une perspective d'extension de la sécurité sociale à tous.*

Il y a quelque incompatibilité entre le fait que la convention n° 102 et les conventions concernant la sécurité sociale adoptées par la suite soient reconnues comme des instruments juridiques à jour et la réticence de nombreux Etats Membres à les ratifier. C'est peut-être dû à un manque de connaissance de ces instruments. Il se peut que certains Etats n'en comprennent pas entièrement le contenu et l'importance ou qu'ils surestiment les obligations qu'entraîne la ratification; il se peut que d'autres aient des difficultés à produire l'information et les rapports statistiques sur la mise en œuvre qui seraient régulièrement exigés. De ce point de vue, on peut avancer que l'OIT, en intensifiant ses campagnes, pourrait obtenir une hausse des ratifications. De telles activités de promotion ne devraient pas seulement cibler les représentants des mandants de l'OIT, mais également un public bien plus large. Cela contribuerait à la création d'un terrain de jeu égal pour l'économie mondialisée, grâce au renforcement des conventions de sécurité sociale en vigueur, notamment la convention n° 102. Cela n'établirait pas pour autant un terrain de jeu égal en ce qui concerne un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale et ne fournirait pas d'indications sur l'ordre de priorité à établir entre les prestations de sécurité sociale. Même si des activités de promotion pourraient coûter cher à l'OIT, il ne faut pas perdre de vue que les normes constituent le principal moyen dont dispose l'OIT pour s'acquitter de son mandat, et donc elles devraient recevoir un financement adéquat. En ce sens, l'option 1, tout comme les trois options qui suivent, met l'accent sur le principe du caractère prioritaire de l'atténuation de la pauvreté dans les politiques de sécurité sociale. Une intensification des activités de promotion pourrait par ailleurs susciter un élan de générosité de la part des bailleurs de fonds, qui pourrait servir à financer non seulement la campagne, mais aussi l'extension de la sécurité sociale à tous. Par ailleurs le fait que l'impact des activités de promotion soit étroitement lié aux priorités politiques des Etats Membres ne doit pas être perçu comme un obstacle qui devrait dissuader l'OIT de mener de telles activités, puisque la prise de décisions politiques équilibrées au niveau national exige précisément que les pays disposent du plus grand éventail possible d'informations. A cet effet, il faudrait développer une nouvelle stratégie de promotion dans le cadre de la campagne mondiale, composée notamment des activités suivantes:

- la promotion du droit universel de l'homme à la sécurité sociale, du mandat consistant à promouvoir la couverture universelle selon les lignes établies par la Déclaration de Philadelphie et les recommandations n<sup>os</sup> 67 et 69 en tant que fondement d'un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale, ainsi que la promotion de processus nationaux de conception de la sécurité sociale;
- la fourniture d'une assistance technique aux Etats Membres afin de leur permettre de ratifier les conventions de sécurité sociale à jour et de produire des rapports sur leur application et, si nécessaire, la fourniture d'une assistance en matière de collecte des statistiques pertinentes;
- la formation des mandants au sujet des conventions de sécurité sociale et des implications et obligations liées à leur ratification;

- 
- la rédaction de documents d'information utiles (par exemple, commentaire juridique de la convention n° 102, guide des meilleures pratiques, etc.);
  - la diffusion d'informations sur les normes de sécurité sociale via les médias.

**Option 2:** *Elaboration d'un nouvel instrument autonome concernant la sécurité sociale (convention ou recommandation) instituant le droit universel à un ensemble minimum de garanties de sécurité sociale pour tous ceux qui en ont besoin (convention ou recommandation concernant l'aide sociale).*

Elaborer un nouvel instrument venant compléter les textes en vigueur sur la sécurité sociale et instituant un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale aurait l'avantage de permettre à des pays qui ne sont pas encore en mesure de ratifier la convention n° 102 de mettre en œuvre ce nouvel instrument, souscrivant ainsi à l'objectif politique explicite d'une extension de la couverture de sécurité sociale. Il se peut qu'un instrument séparé stipulant des prestations de base plaise davantage aux mandants qu'une stratégie de promotion de la ratification réduite à elle seule. Ils seraient en effet directement impliqués dans la formulation du texte et pourraient donner leur avis, en fonction de leurs besoins, de leurs priorités et de leurs capacités, sur les indicateurs de référence à retenir et le rythme du relèvement ultérieur du niveau des prestations à prévoir. Par ailleurs, une adoption de l'instrument lors de la CIT lui conférerait un haut degré de crédibilité. En ce qui concerne le choix du type d'instrument, une convention aurait pour avantage important d'imposer des obligations contraignantes aux Etats Membres et de soumettre leur application à une surveillance régulière; il s'agirait ainsi du moyen le plus efficace de garantir l'extension de la couverture de sécurité sociale à tous. Un instrument juridique contraignant semble particulièrement adapté pour égaliser le terrain de jeu de l'économie mondialisée à tous les niveaux. Un tel instrument répondrait par ailleurs au double objectif qui consiste à garantir la réalisation, premièrement, d'un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale et, deuxièmement, d'un relèvement graduel des niveaux de protection. Une recommandation, par comparaison, n'aurait aucun pouvoir contraignant et aurait moins d'implications politiques: elle serait donc peut-être plus facilement acceptée. Quelle que soit la forme que prenne l'instrument, il devrait compléter la convention n° 102 et guider les Etats Membres vers son application graduelle, de façon à servir d'outil pour l'application progressive et la future ratification de la convention n° 102. A cet égard, la convention (n° 138) sur l'âge minimum, 1973, conjointement avec la convention (n° 182) sur les pires formes de travail des enfants, 1999, peut servir d'exemple précieux.

**Option 3:** *Elaboration d'un nouvel instrument lié à la convention n° 102 (protocole) et stipulant le droit universel à un ensemble minimum de garanties de sécurité sociale pour tous.*

Cette option consiste à adopter un protocole qui serait annexé à la convention n° 102. Un tel protocole stipulerait la mise en œuvre prioritaire d'un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale de façon à étendre la sécurité sociale à tous tout en renforçant le volet graduel de la convention n° 102. Le protocole pourrait permettre de rectifier certaines sources d'irritation découlant du libellé de la convention, qui utilise le langage des années cinquante, et que certains mandants jugent dépassé, voire «sexiste». L'inconvénient de cette option est toutefois qu'un protocole annexé à la convention ne pourrait être ratifié que par les Etats Membres qui ont déjà ratifié ou qui ratifieront également celle-ci. De ce point de vue, un protocole risque de présenter une valeur ajoutée réduite, voire nulle, dans la mesure où la majorité des pays qui ont ratifié la convention n° 102 se sont déjà dotés d'une aide sociale élémentaire.

---

**Option 4:** *Elaboration d'un mécanisme global non contraignant (cadre multilatéral) énonçant des principes essentiels de sécurité sociale et définissant les éléments d'un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale.*

La mise en œuvre de cette option pourrait se faire par l'élaboration d'un cadre multilatéral non contraignant, prenant pour modèle le cadre élaboré en rapport avec la migration de la main-d'œuvre et dont le contenu serait analogue à celui des options 2 et 3, stipulant ainsi des principes essentiels de sécurité sociale, un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale pour tous ainsi que le relèvement graduel des niveaux de protection. Un tel mécanisme n'exigerait aucune décision formelle de la part de la Conférence internationale du Travail mais pourrait être approuvé par le Conseil d'administration. Tout comme le feraient les options 2 et 3, ce mécanisme conférerait à la campagne mondiale de l'OIT un mandat plus explicite que celui que contiennent les Conclusions de la Conférence internationale du Travail de 2001, mais il faut s'attendre à ce qu'il pèse moins lourd dans le processus national de conception des politiques et qu'il ait un potentiel moindre pour créer un «terrain de jeu égal» pour les pays en compétition dans l'économie mondialisée. Qui plus est, il pourrait s'avérer qu'il a moins d'impact pour favoriser un relèvement graduel de la protection que les autres options.

Les mandants ont unanimement reconnu la nécessité de promouvoir un ensemble minimum de garanties élémentaires de sécurité sociale et de renforcer les instruments de sécurité sociale en vigueur grâce à l'intensification des activités de promotion, mais l'identification de la meilleure option ou de la meilleure combinaison d'options en vue d'atteindre ces objectifs conjoints exigera une évaluation soignée et complète et des débats approfondis lors de la réunion tripartite d'experts. L'OIT a toujours été, depuis sa création en 1919, à l'avant-garde pour définir le droit à la sécurité sociale par l'élaboration et l'adoption de normes internationales de sécurité sociale. Le moment présent offre à notre Organisation une bonne occasion de réaffirmer son rôle de chef de file en adoptant un nouvel instrument ou mécanisme qui garantisse la mise en œuvre d'un ensemble minimum de prestations élémentaires de sécurité sociale. Ainsi, l'OIT contribuerait de façon majeure à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et, grâce au rôle joué par le nouvel instrument ou mécanisme en tant qu'outil d'atténuation de la pauvreté, elle renforcerait la main des gouvernements des pays à faible revenu dans leurs négociations avec les donateurs afin d'obtenir un soutien approprié.