

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL

**Note d'information sur les normes internationales
du travail et la coopération technique en matière de
sécurité sociale destinée au groupe d'experts
indépendants**

**Projet Action normative et Travail décent –
Perspectives en matière de sécurité sociale**

Département des normes internationales du travail
et Service politiques et
développement de la sécurité sociale

Mai 2004

Document de travail (distribution limitée)

Note méthodologique : Ce document a pour objectif de donner aux experts un aperçu général sur les principales activités menées par le BIT en matière de sécurité sociale, en particulier dans le champ normatif et dans celui de la coopération technique. La première partie a été réalisée à partir d'une synthèse de documents du BIT sur les normes en matière de sécurité sociale (*Des normes pour le XXI^e siècle, Sécurité sociale* et *Les normes internationales du travail, Une approche globale*), de documents du Conseil d'administration et de la Conférence internationale du Travail et de commentaires de la Commission d'experts pour l'application des conventions et des recommandations. La seconde partie est construite à partir de l'article de Emmanuel Reynaud sur les démarches du BIT en matière d'extension de la couverture de la sécurité sociale, de documents du Conseil d'administration et de documents de projets internes.

TABLE DES MATIÈRES

| | | |
|-----|---|----|
| I. | Les normes internationales du travail en matière de sécurité sociale..... | 1 |
| A. | Présentation générale..... | 1 |
| 1. | Evolution du droit international de la sécurité sociale..... | 2 |
| a) | Première génération de normes: 1919-1944..... | 2 |
| b) | Deuxième génération de normes : 1944-1952..... | 3 |
| c) | Troisième génération de normes : 1952-2004..... | 3 |
| 2. | Les clauses de souplesse..... | 4 |
| 3. | Les Conclusions de la discussion générale de 2001..... | 6 |
| 4. | Les normes pertinentes en matière de sécurité sociale..... | 9 |
| B. | Les principaux instruments de l'oit en matière de sécurité sociale..... | 11 |
| 1. | Principes communs..... | 12 |
| a) | Responsabilité générale de l'Etat..... | 12 |
| b) | Participation des assurés..... | 13 |
| c) | Financement des prestations..... | 13 |
| 2. | La convention n. 102 concernant la sécurité sociale (norme minimum)..... | 14 |
| 3. | Les autres instruments de sécurité sociale..... | 16 |
| a) | Ratifications..... | 16 |
| b) | Contenu des instruments à jour en matière de sécurité sociale..... | 17 |
| 4. | Application dans la pratique des conventions de sécurité sociale..... | 18 |
| a) | Communication à la Commission d'experts de statistiques complètes..... | 18 |
| b) | Revalorisation du montant des prestations à long terme..... | 18 |
| c) | Impact des réformes des régimes de sécurité sociale sur l'application des conventions..... | 19 |
| II. | La Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous..... | 21 |
| A. | Stratégies et politiques d'extension de la couverture de la sécurité sociale..... | 22 |
| 1. | Assurances sociales, régimes universels, assistance sociale..... | 25 |
| 2. | Micro-assurance et systèmes décentralisés..... | 26 |
| B. | La Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous : un outil opérationnel | 29 |
| 1. | Développer et diffuser les connaissances à travers la recherche, l'identification et la diffusion de bonnes pratiques et l'expérimentation..... | 29 |
| 2. | Assistance et coopération technique au soutien des politiques d'extension..... | 30 |
| a) | L'extension de la sécurité sociale par le dialogue social..... | 31 |
| b) | L'extension de la sécurité sociale aux personnes exclues dans les cinq pays africains de langue portugaise..... | 32 |
| c) | Le renforcement des systèmes de sécurité sociale à base communautaire..... | 33 |
| 3. | Plaidoyer et communication..... | 35 |

I. Les normes internationales du travail en matière de sécurité sociale

Les questions de sécurité sociale ont toujours été au cœur des préoccupations de l'OIT. C'est ainsi que le Préambule de la Constitution de 1919 a reconnu à l'Organisation le rôle d'améliorer les conditions de travail par "la lutte contre le chômage, (...) la protection des travailleurs contre les maladies générales et professionnelles et les accidents résultants du travail, (...) les pensions de vieillesse et d'invalidité". En 1944, la sécurité sociale a été érigée au rang de droit fondamental de l'être humain par la Déclaration de Philadelphie qui a consacré "l'obligation solennelle pour l'Organisation internationale du Travail de seconder la mise en oeuvre, 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". Ce droit a été également reconnu par la Recommandation n. 67 (1944) sur la garantie des moyens d'existence. Sur le plan international, le droit à la sécurité sociale, en tant que droit fondamental, a été confirmé par la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 et par la Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels de 1966. L'adoption de ces normes a eu une incidence importante sur la mise en place de systèmes de sécurité sociale dans de nombreux pays, notamment en Europe et en Amérique latine¹. Ces instruments ont été conçus pour constituer un cadre normatif reflétant les buts et principes communs qui doivent sous-tendre tout système de sécurité sociale. La convention de base en la matière est la convention n. 102 adoptée en 1952. Il s'agit d'un texte qui vise à définir une norme d'ensemble de la sécurité sociale et qui établit une norme minimum en ce qui concerne aussi bien les personnes devant être protégées que le niveau de prestations et les conditions de leur octroi. Après une présentation générale des normes internationales du travail en matière de sécurité sociale (A), nous exposerons le contenu des principaux instruments en ce domaine considérés comme étant à jour par le Conseil d'administration (B).

A. Présentation générale

Depuis 1919, la Conférence internationale du travail a adopté 31 conventions et 23 recommandations sur la sécurité sociale. Les instruments plus récents datent de l'an 2000 et concernent la protection de la maternité. D'une manière générale, l'ensemble des instruments en matière de sécurité sociale est classé en trois "générations" de normes, qui renvoient à trois approches différentes. Les normes de la première génération adoptées entre 1919 et 1944, les normes de la deuxième génération adoptées entre 1944 et 1952 et celles de la troisième génération adoptées après 1952 (1). Toutes les normes adoptées avant la deuxième guerre mondiale (première génération) ont été révisées. La Conférence internationale du Travail a en effet toujours fait en sorte que les normes en matière de sécurité sociale soient adaptées et puissent répondre aux importants changements économiques, sociaux, politiques et technologiques dans le monde². En général, ce souci d'adaptation aux transformations du contexte socio-économique, ainsi que cette recherche d'un équilibre entre universalité des normes et spécificités régionales, s'est traduit par un important recours à une gamme d'options et de clauses de souplesse au sein des différentes conventions de sécurité sociale.

¹ *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, BIT, Genève, 2002, p. 479.

² *Ibid.*

Celles-ci devaient permettre de mieux répondre aux conditions propres des pays en développement ainsi qu'à une mise en oeuvre progressive des principes consacrés dans les normes (2). En 2001, la Conférence internationale du Travail a organisé une discussion générale sur l'avenir de la sécurité sociale. Cette discussion devait permettre à l'OIT de définir une conception de la sécurité sociale qui, tout en restant fidèle à ses principes fondamentaux, réponde aux défis nouveaux qui se posent à la sécurité sociale. Ce débat tripartite a été l'occasion de réaffirmer un certain nombre de principes et priorités en ce domaine (3). Les conclusions de la discussion générale rappellent en particulier que les activités de l'OIT dans le domaine de la sécurité sociale devraient s'ancrer dans la Déclaration de Philadelphie, le concept de travail décent et les normes pertinentes de l'OIT en matière de sécurité sociale. Les normes pertinentes sont les normes qui ont été déclarées comme étant à jour par le Conseil d'administration au terme de son examen de révision des normes internationales du travail (4).

1. Evolution du droit international de la sécurité sociale

Les normes de la sécurité sociale ont été divisées en groupes. On parle de première génération (a), deuxième génération (b) et troisième génération (c) de normes de sécurité sociale.

a) Première génération de normes: 1919-1944³

Les normes de première génération reposent essentiellement sur le concept de l'assurance sociale. Elles ont pour but la mise en place de systèmes d'assurance obligatoire. Ces normes couvrent un risque déterminé, les principaux secteurs et les principales catégories de travailleurs. Les premières normes adoptées ont concerné les domaines pour lesquelles une action internationale semblait importante et possible à cette époque, soit : la maternité⁴, les accidents du travail⁵ et la maladie⁶. La Conférence a décidé en 1959 de procéder à la révision des normes de la première génération, notamment parce qu'elles ne correspondaient plus à l'évolution survenue dans bon nombre de systèmes de sécurité sociale⁷.

³ Ce paragraphe est un résumé de : *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., pp. 480-481.

⁴ Convention n. 3 sur la protection de la maternité, 1919.

⁵ Convention n. 12 sur la réparation des accidents du travail (agriculture), 1921; convention n. 17 sur la réparation des accidents du travail, 1925; convention n. 18 sur les maladies professionnelles, 1925; convention n. 19 sur l'égalité de traitement (accidents du travail), 1925.

⁶ Convention n. 24 sur l'assurance maladie (industrie), 1927; convention n. 25 sur l'assurance maladie (agriculture), 1927.

⁷ Document GB.141/6/7 (mars 1959).

b) Deuxième génération de normes : 1944-1952⁸

La deuxième génération de normes s'inspire du concept plus général de sécurité sociale élaboré par le rapport de Beveridge⁹. L'activité normative de l'Organisation s'oriente vers une conception globale et élargie de la sécurité sociale. L'idée est de couvrir l'ensemble des travailleurs par un système unique, qui unifie et coordonne les différents régimes de protection. La Déclaration de Philadelphie, adoptée en 1944, inclut parmi les objectifs de l'OIT 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 les soins médicaux complets. Deux recommandations importantes, qui reprennent cette nouvelle conception, ont été adoptées la même année: la recommandation n. 67 sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et la recommandation n. 69 sur les soins médicaux, 1944. Ces recommandations ont ouvert la voie à l'adoption de la convention n. 102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. Cette convention marque une évolution des normes de sécurité sociale en ce qu'elle traite dans un seul instrument des neuf branches principales de la sécurité sociale, à savoir: les soins médicaux, les indemnités de maladie, les prestations de chômage, les prestations de vieillesse, les prestations d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les prestations aux familles, les prestations de maternité, les prestations d'invalidité, les prestations de survivants. La convention n. 102 a ainsi introduit l'idée d'un niveau minimum général de sécurité sociale qui doit être assuré par tous les Etats membres. Grâce aux clauses de souplesse de la convention n. 102, ce minimum représente un objectif que les Etats membres ont vocation à atteindre, voire à dépasser pour certains Etats, indépendamment de leur niveau de développement économique¹⁰. A la différence des conventions précédentes, cette convention propose des objectifs à atteindre plutôt qu'une description des techniques applicables.

c) Troisième génération de normes : 1952-2004¹¹

La troisième génération de normes de sécurité sociale correspond aux instruments adoptés après la convention n. 102. De manière générale ces instruments révisent les normes de la première génération en offrant un degré de protection supérieur en termes de population couverte et de prestations garanties. Ces instruments autorisent certaines dérogations ce qui offre, comme la convention n. 102, une flexibilité accrue.

Il s'agit des:

- Convention n. 118 sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962;

⁸ Ce paragraphe est un résumé de : *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., p. 481.

⁹ Ce rapport, publié en 1942 à la demande du gouvernement britannique, proposait un nouveau système universel et uniformisé de prestations sociales qui devait être financé par des contributions et géré par l'Etat.

¹⁰ Voir *infra*.

¹¹ Ce paragraphe est un résumé de : *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., pp. 481-482.

- Convention n. 121 sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles [Tableau I modifié en 1980], 1964 et Recommandation n. 121 concernant les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles [Tableau I modifié en 1980], 1964 ;
- Convention n. 128 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967 et Recommandation n. 131 concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967 ;
- Convention n. 130 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969 et Recommandation n. 134 concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969 ;
- Convention n. 157 sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982 et Recommandation n. 167 sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1983 ;
- Convention n. 168 sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988 et Recommandation n. 176 sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988 ; cohérent
- Convention n. 183 sur la protection de la maternité, 2000 et Recommandation n. 191 sur la protection de la maternité, 2000.

Ces conventions forment un ensemble d'instruments fixant des normes minimums et d'autres plus élevées pour les neuf branches principales de la sécurité sociale. La Commission d'experts remarque que ces normes ont été conçues « pour constituer un cadre normatif reflétant les buts et les principes communs qui sous-tendent tout système de sécurité sociale. Cette *homogénéité* du droit international relatif à la sécurité sociale est un acquis précieux que les futures activités normatives de l'OIT dans ce domaine devront préserver et consolider »¹².

2. Les clauses de souplesse

Les normes internationales du travail ont vocation universelle. Elles doivent toutefois exercer leur effet dans des pays qui varient tant par leur degré de développement que par leurs systèmes juridiques. Il est donc apparu nécessaire, dès l'origine de l'OIT, de rédiger les normes avec la souplesse qui permette de tenir compte de la variété de leurs destinataires sans pour cela remettre en cause leur efficacité. La Constitution de 1919 prévoit à cet effet (art 19§ 3) qu' «en formant une convention ou une recommandation d'une application générale, la Conférence devra avoir égard aux pays dans lesquels le climat, le développement incomplet de l'organisation industrielle ou d'autres circonstances particulières rendent les conditions de l'industrie essentiellement différentes, et elle aura à suggérer telles modifications qu'elle considérerait comme pouvant être nécessaires pour répondre aux conditions propres à ces pays».

¹² *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, CIT, Genève, 2001, paragr. 154.

La difficulté de concilier aspiration universelle et spécificités nationales se pose de manière particulière pour les normes de sécurité sociale. Le niveau de développement économique peut en effet, en ce domaine, avoir une incidence importante sur la capacité de l'Etat à assurer une couverture de la sécurité sociale pour tous. C'est ainsi que les conventions de l'OIT sur la sécurité sociale offrent une large gamme d'options et de clauses de souplesse.

Différentes techniques ont été utilisées pour parvenir à un degré souhaitable de souplesse. En particulier¹³:

- Plusieurs conventions de sécurité sociale comprennent des parties distinctes dont seulement certaines doivent être obligatoirement acceptées au moment de la ratification¹⁴ ;
- La convention n. 102, tout comme les conventions adoptées ultérieurement, autorise l'exclusion de catégories déterminées de professions de son champ d'application¹⁵ ;
- Les conventions sur la sécurité sociale prévoient des dérogations temporaires pour les pays en développement. Les pays dont l'économie et/ou les ressources médicales n'ont pas atteint un développement suffisant et qui ont fait une déclaration à cet effet au moment de la ratification peuvent couvrir un nombre plus réduit de personnes protégées, accorder des prestations d'un niveau moindre ou pendant une durée réduite ;
- La convention n. 102, ainsi que la plupart des conventions de la troisième génération, prévoit une certaine souplesse pour le mode de calcul du niveau des prestations en espèces. D'une part, le montant minimum de prestations est défini, pour un Etat donné, par rapport aux salaires existant dans le pays. D'autre part, afin de pouvoir évaluer la mesure dans laquelle les prestations prévues par la législation nationale atteignent les taux définis par les conventions, celles-ci prévoient différentes méthodes de calculs entre lesquelles les Etats peuvent choisir¹⁶. La première méthode consiste à fixer le montant minimum de la prestation à un certain pourcentage du gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille, avec une possibilité de plafonner le montant de la prestation ou le gain pris en compte. Ce pourcentage doit

¹³ *Des normes pour le XXIe siècle, Sécurité sociale*, BIT, Genève, 2002, pp. 7-11 ; *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., pp. 502-503.

¹⁴ La convention n. 102 donne la possibilité à un Etat qui ratifie la convention de n'accepter que certaines parties de celle-ci. Outre les dispositions communes, l'Etat doit accepter trois au moins des parties de la convention qui correspondent à une branche déterminée de la sécurité sociale. Parmi ces branches doit figurer au moins l'une des cinq suivantes : chômage, vieillesse, accidents du travail et maladies professionnelles, invalidité, survivants. Tout Etat partie à la convention peut notifier ultérieurement au Bureau qu'il accepte les obligations découlant de celle-ci en ce qui concerne une ou plusieurs parties supplémentaires.

¹⁵ C'est le cas, sous certaines conditions et selon les conventions, des gens de mer, des agents de la fonction publique, des personnes exécutant des travaux occasionnels et des personnes de la famille de l'employeur, des salariés du secteur agricole.

¹⁶ La convention n. 102 prévoit ces formules pour l'ensemble des branches de sécurité sociale, à l'exception des prestations familiales. S'agissant des instruments de troisième génération, seules les conventions n. 168 et n. 183 prévoient d'autres règles particulières.

en tout état de cause être atteint si le gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille est égal ou inférieur à celui d'un ouvrier masculin qualifié. Selon la *deuxième méthode*, le montant de la prestation doit être au moins égal à un pourcentage donné du salaire d'un manœuvre adulte masculin. Enfin, la *troisième méthode* consiste à fixer le montant des prestations selon un barème prescrit qui peut dépendre du montant des autres ressources de la famille du bénéficiaire. Dans ce cas, ce montant ne doit pas être inférieur à celui résultant de la méthode précédente. Ainsi, quel que soit la méthode de calcul choisie, le montant des prestations doit atteindre, pour « un bénéficiaire type », un certain pourcentage du salaire de référence retenu. Le bénéficiaire type est défini de manière distincte pour chaque éventualité et constitue uniquement une référence pour la comparaison entre le montant des prestations prévues par la législation nationale et les prescriptions des conventions. Les Etats peuvent aussi adopter leurs propres règles et méthodes de calcul pour fixer le montant des prestations, sous réserve qu'il soit au moins égal au montant fixé par les instruments.

D'après la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations, organe chargé du contrôle de l'application de ces normes, « les conventions de l'OIT en matière de sécurité sociale offrent peut-être la gamme d'options et de clauses de souplesse permettant le mieux de parvenir progressivement à la couverture universelle, selon le rythme de développement économique des Etats membres. Chaque Etat a la possibilité de combiner le financement des prestations par cotisations et par capitalisation, différentes méthodes de calcul des prestations, des régimes généraux et catégoriels, l'assurance obligatoire et facultative, participation publique et privée, pour obtenir une protection globale qui réponde le mieux à ses besoins »¹⁷. La Commission constate également que ces clauses de souplesse ont toutefois été très peu utilisées par les Etats.

3. Les Conclusions de la discussion générale de 2001

En 2001, la Conférence internationale du Travail a organisé une discussion générale sur l'avenir de la sécurité sociale. Cette discussion devait permettre à l'OIT de « définir une conception de la sécurité sociale qui, tout en restant fidèle à ses principes fondamentaux, aidera à relever les défis d'aujourd'hui et de demain »¹⁸. Les normes n'ont pas été traitées lors de cette discussion, l'idée étant que cette dernière pouvait conduire, dans un deuxième temps, à « l'élaboration de nouveaux instruments ou à l'actualisation ou révision des normes existantes »¹⁹.

La discussion générale a eu lieu sur la base d'un rapport qui offre une analyse approfondie des principales problématiques en matière de sécurité sociale, évalue la situation

¹⁷ *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 2001, paragr. 156.

¹⁸ *Sécurité sociale : Questions, défis et perspectives*, Rapport VI, CIT, 89^{ème} session, 2001, in *Sécurité sociale – Un nouveau consensus* – BIT, Genève, 2001, p. 35.

¹⁹ *Ibid.*

et propose des solutions pour aller de l'avant²⁰. Le rapport, qui a servi de base pour la discussion et les débats qui ont suivi²¹, ainsi que les conclusions auxquelles ont abouti les mandants²², sont rassemblés en un seul document appelé le *nouveau consensus*²³. Ce titre marque l'ambition de la discussion générale de 2001 qui n'était pas de proposer de réponses définitives, mais au contraire de promouvoir un consensus sur l'évaluation de la situation et les conséquences qui peuvent en découler pour l'OIT en matière de sécurité sociale.

La discussion générale a porté sur six grandes questions qui ont chacune été l'objet de débats. Ces questions sont: sécurité sociale et développement économique; extension de la couverture de la sécurité sociale; sécurité du revenu des chômeurs et emploi; égalité entre hommes et femmes; financement de la sécurité sociale et vieillissement de la population; et, enfin, dialogue social et activités de l'OIT. La discussion a ainsi offert une vue d'ensemble de ces thèmes.

Bien qu'il n'y ait pas eu de discussion spécifique sur les normes de la sécurité sociale, la discussion générale a été l'occasion de réaffirmer un certain nombre de principes et priorités²⁴. En particulier, les mandants ont convenu que priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à étendre les bénéfices de la sécurité sociale à ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur. Ils se sont également entendus sur les principes de base en matière de sécurité sociale, notamment:

1. La sécurité sociale est un droit fondamental de l'être humain et un instrument essentiel de cohésion sociale²⁵;
2. La sécurité sociale, si elle est bien gérée, favorise la productivité en assurant des soins de santé, une sécurité de revenu et des services sociaux²⁶;
3. Il n'y a pas de modèle exemplaire en matière de sécurité sociale. Toutefois c'est à l'Etat que revient en priorité le rôle de favoriser, d'améliorer, d'étendre la couverture de la sécurité sociale. En outre, tous les systèmes devraient se conformer à certains principes de base. En particulier, les prestations devraient être sûres et non discriminatoires, les régimes devraient être gérés avec rigueur et transparence, engendrer des coûts administratifs les plus faibles

²⁰ *Sécurité sociale : Questions, défis et perspectives*, Rapport VI, CIT, 89^{ème} session, 2001.

²¹ *Rapport de la Commission de la sécurité sociale*, CIT, 89^{ème} session, 2001.

²² «Conclusions concernant la sécurité sociale», Commission de la sécurité sociale, CRP 16, CIT, 89^{ème} session, 2001.

²³ *Sécurité sociale – Un nouveau consensus* – BIT, Genève, 2001

²⁴ «Conclusions concernant la sécurité sociale», *op. cit.*.

²⁵ *Ibid.*, paragr. 2.

²⁶ *Ibid.*, paragr. 3.

possible et accorder un rôle important aux partenaires sociaux. La confiance qu'ils inspirent à la population est un facteur déterminant de leur réussite²⁷;

4. Une 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 vigueur²⁸ ;

5. Les politiques mises en œuvre par les Etats doivent encourager les mouvements vers l'économie formelle. C'est à la société dans son ensemble qu'il incombe de financer le soutien apporté aux groupes vulnérables de l'économie informelle²⁹;

6. Pour les personnes en âge de travailler, le meilleur moyen de se procurer un revenu sûr est d'accéder à un travail décent³⁰ ;

7. La sécurité sociale devrait se fonder sur le principe d'égalité entre les hommes et les femmes et le promouvoir³¹;

8. La solution au problème du vieillissement de la population doit être recherchée par des mesures visant à accroître le taux d'emploi et par des moyens permettant de promouvoir une croissance économique durable afin d'inclure une plus large fraction de la population dans l'emploi productif³² ;

9. La pandémie du VIH/SIDA a des conséquences catastrophiques pour la société. Le BIT doit réagir rapidement et intensifier ses recherches et son assistance technique³³;

10. Les régimes de retraite légaux doivent garantir des niveaux de prestations suffisants et assurer la solidarité nationale. Les régimes complémentaires de pensions et autres dispositifs peuvent représenter un apport valable mais ne sauraient se substituer aux régimes légaux³⁴ ;

11. La viabilité financière des systèmes de retraite doit être garantie à long terme³⁵ ;

12. Lorsque la capacité de financer la sécurité sociale est limitée, que ce soit par le biais des recettes fiscales générales ou de cotisations, et notamment lorsqu'il n'y a pas d'employeur

²⁷ «Conclusions concernant la sécurité sociale », *op. cit.*, paragr. 4.

²⁸ *Ibid.*, paragr. 5.

²⁹ *Ibid.*, paragr. 6.

³⁰ *Ibid.*, paragr. 7.

³¹ *Ibid.*, paragr. 8-10.

³² *Ibid.*, paragr. 11.

³³ *Ibid.*, paragr. 12.

³⁴ *Ibid.*, paragr. 13.

³⁵ *Ibid.*, paragr. 14.

pour payer une partie des cotisations, priorité devrait être donnée aux besoins jugés les plus pressants par les groupes concernés³⁶ ;

13. Dans le cadre des principes de base exposés précédemment, chaque pays devrait définir une stratégie nationale pour atteindre l'objectif de la sécurité sociale pour tous. Celle-ci doit être étroitement liée à la stratégie qu'il a adoptée en matière d'emploi et à ses autres politiques sociales³⁷ ;

14. Les activités de l'OIT dans le domaine de la sécurité sociale devraient s'ancrer dans la Déclaration de Philadelphie, le concept de travail décent et les normes pertinentes de l'OIT en matière de sécurité sociale³⁸.

Ces normes sont celles qui ont été reconnues comme étant à jour par le Conseil d'administration à la suite de son examen d'évaluation des normes internationales du travail qui s'est poursuivi de 1995 à 2002.

4. Les normes pertinentes en matière de sécurité sociale

Le Conseil d'administration a créé, en mars 1995 un groupe de travail chargé d'examiner la question de la révision des normes et d'adresser des recommandations à cet égard. Cet examen s'est poursuivi pendant sept années à l'issue desquelles le groupe de travail a produit une note d'information sur l'état des travaux et les décisions prises en matière de révision des normes³⁹. Ce document établit les normes internationales qui doivent être considérées à jour, celles qui doivent être révisées ou enfin les normes qui sont dépassées. Aux termes de cet examen 71 conventions et 73 recommandations ont été considérées comme étant à jour⁴⁰.

Les conventions sur la sécurité sociale ont bien entendu été l'objet d'examen par le groupe de travail. Avant de soumettre ses recommandations, le groupe de travail a demandé que des consultations écrites soit effectuées auprès des mandants en ce qui concerne sept conventions et trois recommandations sur la sécurité sociale. L'objectif était d'identifier les obstacles et les difficultés rencontrés qui pourraient empêcher ou retarder la ratification de ces conventions voire, pour certaines conventions, de mettre en lumière les besoins de révisions. En ce qui concerne les recommandations, la demande d'informations portait sur les obstacles à la mise en œuvre de ces instruments⁴¹. Beaucoup d'informations précieuses ont été recueillies au cours de ces consultations. En particulier, deux réponses courantes ont été

³⁶ «Conclusions concernant la sécurité sociale », *op. cit.*, paragr. 15.

³⁷ *Ibid.*, paragr. 16.

³⁸ *Ibid.*, paragr. 17.

³⁹ Document GB.283/LILS/WP/PRS/1/2 (mars 2002) distribué comme Annexe 3 de la Note d'information destinée au groupe d'experts indépendants sur l'action normative et le travail décent – Perspectives en matière de sécurité sociale.

⁴⁰ *Ibid.*

⁴¹ Document GB.282/LILS/WP/PRS/3 (nov. 2001). Voir Annexe 1.

relevées. D'une part, les obstacles et difficultés à la ratification ont été attribués au fait que la législation nationale n'est pas conforme aux dispositions des instruments. D'autre part, il a été relevé que la situation économique et administrative étaient souvent un obstacle majeur ne permettant pas la ratification⁴².

Le Conseil d'administration a déclaré, aux termes de son examen de révision des instruments de sécurité sociale, les huit suivantes conventions à jour⁴³ :

- La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952;
- La convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962;
- La convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982;
- La convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969;
- La convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967;
- 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° 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 Conseil d'administration a également considéré à jour sept recommandations :

- La recommandation (n° 167) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1983;
- La recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944;
- La recommandation (n° 134) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969;
- La recommandation (n° 131) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967;
- La recommandation (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964;

⁴² Document GB.282/LILS/WP/PRS/3 (nov. 2001). Voir Annexe 1.

⁴³ Au total, treize conventions et sept recommandations sur la sécurité sociale ont été considérées dépassées. Le Conseil d'administration a invité les Etats membres qui ont ratifié ces conventions à examiner la possibilité de ratifier la convention de troisième génération portant sur le même thème. Document GB.283/LILS/WP/PRS/1/2 (mars 2002).

- La recommandation (n° 176) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988; et
- La recommandation (n° 191) sur la protection de la maternité, 2000.

En outre, en ce qui concerne les conventions n. 102, n. 118, n. 157, n. 130, n. 128, n. 121, le Conseil d'administration a invité⁴⁴ :

- Le BIT à dispenser une assistance technique, y compris par la diffusion d'informations, à la lumière des conclusions de la discussion générale de juin 2001. Cette assistance devrait aider les Etats à mettre leurs législations en conformité avec les instruments de l'OIT, et dépasser ainsi certains des obstacles à la ratification identifiés par le Bureau lors des consultations menées auprès des mandants ;
- Les Etats membres à examiner la possibilité de ratifier lesdites conventions ;
- Les Etats membres à informer le Bureau, le cas échéant, des obstacles et des difficultés rencontrés qui pourraient empêcher ou retarder la ratification des conventions.

La situation de ces conventions devra être réexaminée par le Conseil d'administration en temps opportun.

Pour ce qui est des recommandations n. 167, n. 134 et n. 131 le Conseil d'administration a invité⁴⁵ :

- Les Etats membres à examiner la possibilité de donner effet à ces recommandations ;
- Le BIT à dispenser une assistance technique, y compris la diffusion d'informations à la lumière des conclusions de la discussion générale de 2001.

B. Les principaux instruments de l'OIT en matière de sécurité sociale

La convention n. 102 constitue la norme centrale en matière de sécurité sociale. La convention distingue neuf branches de sécurité sociale et fixe un certain nombre de critères minimums à remplir en matière de couverture de la population, de contenu et niveau des prestations, de droits des cotisants et des bénéficiaires, et de mode de gestion des régimes. Cette convention a ensuite été complétée par les instruments de la troisième génération qui offrent, pour certaines de ces branches, une protection supérieure en termes de population couverte et de niveau de prestations. Outre aux dispositions propres à chacune des branches de la sécurité sociale, des principes communs ont été posés par les instruments de sécurité sociale. Ces principes de base concernent l'organisation et le fonctionnement des régimes de sécurité sociale. Après avoir exposé les principes de base sur lesquels doit reposer tout régime

⁴⁴ Document GB.283/10/2 (mars 2002).

⁴⁵ *Ibid.*

de sécurité sociale (1), nous présenterons quelques informations essentielles sur la convention n. 102 (2) et sur les instruments à jour sur la sécurité sociale (3). Enfin nous donnerons un bref aperçu des principales difficultés d'application, relevées par la commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations, des conventions de sécurité sociale (4).

1. Principes communs

Les conventions sur la sécurité sociale laissent aux Etats membres une grande souplesse quant au mode d'organisation des régimes qui assurent le service des prestations. Cette souplesse est assortie de principes de base concernant l'organisation et le fonctionnement des régimes de sécurité sociale, qui doivent être respectés quel que soit le régime mis en place⁴⁶. Ces principes concernent notamment la part de responsabilité incombant à l'Etat (a), la représentation des divers intérêts dans l'administration du système (b) ainsi que le financement des prestations (c).

a) Responsabilité générale de l'Etat⁴⁷

Tant la convention n. 102, que la plupart des conventions adoptées ultérieurement, reconnaissent le principe de la responsabilité générale de l'Etat en ce qui concerne le bon fonctionnement des régimes de sécurité sociale. L'Etat doit assumer, quel que soit le mode d'administration choisi, une responsabilité générale pour la bonne administration des institutions et des services qui concourent à assurer la protection garantie par les conventions. La responsabilité de l'Etat concerne également le service des prestations. En effet, les autorités compétentes sont chargées de prendre toutes les mesures nécessaires pour que les prestations soient fournies et cela indépendamment de la méthode de financement choisie. A ce sujet, la convention n. 102 rappelle que l'Etat doit, «s'il y a lieu, s'assurer que les études et calculs actuariels nécessaires, concernant l'équilibre financier, sont établis périodiquement et en tout cas préalablement à toute modification des prestations, du taux des cotisations ou des impôts affectés à la couverture des éventualités en question»⁴⁸.

⁴⁶ Le fait que la souplesse offerte par les conventions sur la sécurité sociale soit assortie de principes de base qui s'appliquent à tous les régimes de sécurité sociale a été réaffirmé à plusieurs reprises par la Commission d'experts pour l'application des conventions et de recommandations. Voir *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 1997, paragr. 64-65 ; *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 1998, paragr. 155 ; *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 2001, paragr. 153-158.

⁴⁷ Ce paragraphe est un résumé de : *Des normes pour le XXIe siècle, Sécurité sociale*, op.cit., pp. 12-13 ; *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., pp. 503-504.

⁴⁸ Article 71 de la Convention n. 102.

b) Participation des assurés⁴⁹

Les instruments de sécurité sociale n'imposent pas un mode d'organisation uniforme. Cette souplesse s'est accompagnée du souci de tenir compte des divers intérêts qui devraient être représentés dans l'administration des systèmes de sécurité sociale, et notamment ceux des personnes protégées. Ainsi, aux termes de différentes conventions il est prévu que «lorsque l'administration n'est pas assurée par une institution réglementée par les autorités publiques ou par un département gouvernemental responsable devant un Parlement, des représentants des personnes protégées doivent participer à l'administration ou y être associés avec pouvoir consultatif»⁵⁰. En outre il est également prévu que la législation peut, ou doit pour certaines conventions, «prévoir la participation de représentants des employeurs et des autorités publiques»⁵¹.

c) Financement des prestations⁵²

La convention n. 102 ne contient que quelques dispositions de principe concernant les garanties financières des systèmes de sécurité sociale. En particulier, elle prévoit comment financer le coût des prestations et les frais d'administration de ces prestations – collectivement, par voie de cotisations ou d'impôts ou par les deux voies conjointement - et quelques règles relatives à la répartition des charges. Sur ce dernier point, la convention pose comme principe que les modalités de financement choisies ne doivent faire supporter aux personnes à faibles ressources une trop lourde charge, qu'elles doivent tenir compte de la situation économique du pays et de celle des personnes protégées. Dans les régimes contributifs, le total des cotisations à la charge des salariés protégés ne doit pas dépasser un plafond fixé à 50% du total des ressources affectées à la protection.

Dans un souci de souplesse, et afin de tenir compte de la diversité des situations existant dans les différents pays, certaines conventions sur la sécurité sociale ne contiennent pas de dispositions sur le financement des prestations⁵³.

La question du mode de financement acquiert une importance particulière dans le cadre des conventions relatives à la protection de la maternité. En effet, les mesures de protection de la maternité risqueraient, si elles devaient être supportées financièrement par l'employeur, de rendre l'emploi des femmes plus onéreux et de constituer ainsi une entrave à l'embauche de

⁴⁹ Ce paragraphe est un résumé de : *Des normes pour le XXIe siècle, Sécurité sociale*, op.cit., p. 13; *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., p. 504.

⁵⁰ Article 72 de la convention n. 102; article 24 de la convention n. 121; article 36 de la convention n. 128; article 31 de la convention n. 130; et article 29 de la convention n. 168.

⁵¹ *Ibid.*

⁵² Ce paragraphe est un résumé de : *Des normes pour le XXIe siècle, Sécurité sociale*, op.cit., p. 13-14; *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., pp. 504-505.

⁵³ Il s'agit des conventions nos 121, 128, 130 et 168.

main-d'œuvre féminine. Pour cette raison, les conventions sur la maternité ont toujours contenu des dispositions sur les modes de financement des prestations, d'une part, en se référant au système d'assurance et aux prélèvements sur les fonds publics et, d'autre part, en établissant le principe de la non-responsabilité de l'employeur en ce qui concerne le coût des prestations.

Parmi les principes communs on retrouve également les dispositions relatives au droit de recours des bénéficiaires et celles concernant la suspension des prestations⁵⁴.

2. La convention n. 102 concernant la sécurité sociale (norme minimum)

La convention n. 102 est la norme minimum en matière de sécurité sociale. Elle prévoit un niveau minimum de protection pour les neuf branches de la sécurité sociale qu'elle couvre et soumet à des principes communs. Cette convention traite ainsi successivement dans ses parties II à X des soins médicaux, des indemnités de maladie, des prestations de chômage, des prestations de vieillesse, des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, des prestations aux familles, des prestations de maternité, des prestations d'invalidité et des prestations de survivants. Les autres parties de la convention contiennent des dispositions communes applicables à chacune de ces branches. Elles concernent notamment le calcul des paiements périodiques, l'égalité de traitement, ainsi que le financement et l'administration des systèmes de sécurité sociale.

La convention n. 102 est un instrument qui offre une vaste gamme de clauses de souplesse. Cette souplesse a été rappelée aussi bien par la par la Commission d'experts que par la Commission d'application des conventions et recommandations. C'est ainsi, par exemple, que la Commission d'experts considère que rien dans la convention n. 102 ne s'oppose à ce qu'un système privé de pensions soit analysé dans le cadre de cette convention. A ce titre, la Commission a rappelé que « la coexistence dans un système de sécurité sociale de deux régimes, l'un public, l'autre privé (...) n'est pas en soi, incompatible avec la convention puisque cet instrument permet d'organiser un niveau minimum de sécurité sociale par des moyens différents »⁵⁵. La Commission d'experts a également réaffirmé à maintes reprises la souplesse de la convention n. 102. A l'occasion du cinquantième anniversaire de la convention, la Commission a fait remarquer que « la convention n. 102, comme les instruments adoptés ultérieurement, contredisent l'idée répandue selon laquelle les conventions sont rigides »⁵⁶. Elle ajoute qu'au contraire « la convention n. 102 offre un éventail d'options et de clauses de souplesse permettant de parvenir progressivement à la couverture, selon le rythme de développement économique des différents pays. Chacun d'entre eux a la possibilité d'appliquer les conventions en combinant financement par cotisations et par capitalisation, différentes méthodes de calcul des prestations, régimes généraux et catégoriels, assurance obligatoire et facultative, participation publique et participation privée pour obtenir une protection globale qui réponde le mieux à ses

⁵⁴ *Des normes pour le XXIe siècle, Sécurité sociale*, op.cit., pp. 15-16; *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., pp. 505-506.

⁵⁵ *Compte rendu des travaux*, CIT, 85e session, Genève, 1997, n. 19, p. 128.

⁵⁶ *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 2003, paragr. 51.

besoins »⁵⁷. Ces dispositifs de souplesse ont ainsi permis à la convention n. 102 de « passer l'épreuve du temps en englobant le nouveau modèle de sécurité sociale émergent, dans lequel la part de la responsabilité abandonnée par l'Etat est assurée par les assureurs privés, les entreprises ou les assurés eux-mêmes »⁵⁸.

La convention n. 102 contient une définition internationalement acceptée du principe même de la sécurité sociale. Elle a eu un impact notable sur l'évolution de la sécurité sociale dans les différentes régions du monde, notamment⁵⁹ :

- Elle a été ratifiée par 41 pays qui ont ainsi incorporé ses dispositions dans leur ordre juridique interne et, pour la majorité, dans leur pratique nationale⁶⁰ ;
- Presque tous les pays industrialisés ont mis en place des régimes de sécurité sociale englobant les neuf branches couvertes par la convention n. 102 ;
- De nombreux pays en développement, inspirés par la convention n. 102, se dirigent vers un système général de sécurité sociale, même si les régimes ont une portée plus modeste et, pour la plupart, ne couvrent pas encore les prestations de chômage ni les prestations aux familles ;
- Une grande partie des régimes de sécurité sociale d'Amérique latine, qui trouvent leur origine à l'époque de l'assurance sociale, ont été très nettement influencés par les normes internationales du travail et, en l'espèce, par la convention n. 102 ;
- La convention n. 102 a servi de modèle à l'adoption du Code européen de sécurité sociale, élaboré sous les auspices du Conseil de l'Europe avec la collaboration du BIT ;
- La Charte européenne dispose que les parties contractantes s'engagent à maintenir un niveau de protection au moins égal à celui requis par la ratification de la convention n. 102.

Le Conseil d'administration a reconnu que la convention n. 102 est une convention extrêmement importante, mais aussi très complexe. Il a ainsi notamment invité le BIT à dispenser une assistance technique, y compris par la diffusion d'informations. La situation de cette convention devra être revue en temps opportun⁶¹.

⁵⁷ *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 2003, paragr. 51.

⁵⁸ *Ibid.*, paragr. 52.

⁵⁹ *Ibid.*, paragr. 53.

⁶⁰ Annexe 2.

⁶¹ Document GB.283/10/2 (mars 2002).

3. Les autres instruments de sécurité sociale

a) Ratifications

En ce qui concerne les autres conventions à jour sur la sécurité sociale l'état des ratifications est le suivant:

- La convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962, a été ratifiée par 38 pays⁶² ;
- La convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982, a été ratifiée par 3 pays⁶³;
- La convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969, a été ratifiée par 14 pays⁶⁴. La convention (n. 102) parties II (soins médicaux) et III (indemnités de maladie) ont chacune été ratifiées par 28 des 41 Etats parties à cette convention⁶⁵;
- La convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967, a été ratifiée par 16 pays⁶⁶. La convention (n. 102) parties V (prestations de vieillesse), IX (prestations d'invalidité) et X (prestations de survivant) ont été respectivement ratifiées par 37, 24 et 28 des 41 Etats parties à cette convention⁶⁷;
- La convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 [tableau I modifié en 1980], a été ratifiée par 23 pays⁶⁸. La convention (n. 102) partie VI (accidents du travail et maladies professionnelles) a été ratifiée par 31 des 41 Etats parties à cette convention⁶⁹;
- La convention (n° 168) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988, a été ratifiée par 6 pays⁷⁰. La convention (n. 102) partie IV

⁶² Annexe 3.

⁶³ Annexe 4.

⁶⁴ Annexe 5.

⁶⁵ Annexe 2.

⁶⁶ Annexe 6.

⁶⁷ Annexe 2.

⁶⁸ Annexe 7.

⁶⁹ Annexe 2.

⁷⁰ Annexe 8.

(prestations de chômage) a été ratifiée par 22 des 41 Etats parties à cette convention⁷¹;

- La convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000, a été ratifiée par 7 pays⁷². La convention (n. 102) partie II et VIII (protection de la maternité) ont respectivement été ratifiées par 28 et 27 des 41 Etats parties à cette convention⁷³.

Les prestations familiales n'ont pas fait l'objet d'une convention de troisième génération. La partie VII de la convention n. 102 relative à cette éventualité a été ratifiée par 23 des Etats parties à cette convention⁷⁴.

b) Contenu des instruments à jour en matière de sécurité sociale

Pour une brève présentation des neuf branches principales de la sécurité sociale au regard de l'éventualité couverte, c'est-à-dire le risque auquel est confrontée la personne protégée, du champ d'application personnel, c'est-à-dire les personnes devant bénéficier des prestations garanties et de l'étendue des prestations garanties ainsi que les conditions de leur attribution nous renvoyons aux documents *Des normes pour le XXIe siècle, Sécurité sociale*⁷⁵ et *Les normes internationales du travail, Une approche globale*⁷⁶. La structure de la convention n.102 a servi de base à la description des normes à jour en ce domaine. Chacune des neuf branches principales de la sécurité sociale est examinée en faisant référence, d'une part, à la partie pertinente de la convention n. 102, et d'autre part, à la convention de la troisième génération correspondante ainsi que, le cas échéant, la recommandation qui l'accompagne.

⁷¹ Annexe 2.

⁷² Il y a lieu de préciser qu'il y a trois conventions en matière de protection de la maternité : la convention n. 3 sur la protection de la maternité, (1919), la convention n. 103 sur la protection de la maternité (révisée), (1952) et la convention n. 183 sur la protection de la maternité, (2000). Aux termes des travaux du groupe de révision des normes, le statut de ces différentes conventions est le suivant: 1) La convention n. 3 ne contient pas de dispositions finales relatives à sa dénonciation automatique en cas de ratification d'une convention la révisant. Elle demeure donc ouverte à ratification. Le Conseil d'administration a décidé le maintien de son *statu quo*. Il a cependant invité les Etats parties à cette convention à examiner la possibilité de ratifier la convention n. 183 et à dénoncer à cette occasion la convention n. 3. La convention n. 3 a reçu 33 ratifications; 2) La convention n. 103 a reçu 40 ratifications. Elle est fermée à ratification depuis l'entrée en vigueur de la convention n. 183. Le Conseil d'administration a invité les Etats parties à cette convention à examiner la possibilité de ratifier la convention n. 183 et à dénoncer à cette occasion la convention n. 103 ; 3) La convention n. 183 est la convention à jour en ce domaine. Document GB.283/10/2 (mars 2002), paragr. 25-46. Voir également en Annexe 9.

⁷³ Annexe 2.

⁷⁴ Annexe 2.

⁷⁵ *Des normes pour le XXIe siècle, Sécurité sociale*, op.cit, pp. 17- 42 .

⁷⁶ *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., pp. 482-502.

4. Application dans la pratique des conventions de sécurité sociale

La Commission d'experts, organe chargé du contrôle de l'application des conventions et recommandations, examine chaque année les rapports envoyés par les gouvernements sur l'application des conventions ratifiées, ainsi que les éventuels commentaires des organisations de travailleurs et d'employeurs. En réponse à ces rapports, la Commission d'experts formule soit des demandes directes, à savoir des demandes d'informations complémentaires ou d'éclaircissement sur des points de faible divergence, soit des observations, dans le cas de sérieuses difficultés d'application. Parmi les conventions soumises à l'examen de la Commission d'experts, on retrouve les conventions à jour sur la sécurité sociale. Les difficultés d'application les plus couramment relevées par la Commission d'experts concernent : la communication de statistiques complètes (a), le problème de la revalorisation des montants des prestations à long terme (b) et les problèmes d'application des conventions engendrés par les réformes des régimes de sécurité sociale de ces dernières années (c).

a) Communication à la Commission d'experts de statistiques complètes⁷⁷

La communication de statistiques complètes et actualisées représente un élément essentiel pour permettre à la Commission d'experts d'apprécier la manière dont il est donné effet aux conventions. En effet, les conventions sur la sécurité sociale se réfèrent à des critères quantitatifs pour établir leur champ d'application et laissent à chaque Etat le choix entre différentes options en vue de mesurer la population couverte. De même, des données statistiques doivent être communiquées par le gouvernement afin d'établir si le niveau minimum de prestations devant être attribuées atteint effectivement un certain pourcentage du salaire de référence du bénéficiaire type. Or, il apparaît que la communication de l'ensemble des données statistiques requises constitue pour certains gouvernements une difficulté sérieuse. Une grande majorité des commentaires de la commission portent donc sur ce point. Celle-ci est souvent amenée à demander des informations complémentaires, à donner des explications détaillées sur la manière dont les gouvernements doivent fournir les données, voire à préciser le contenu des données statistiques qui doivent être communiquées. Afin de faire face à cette complexité, la Commission d'experts propose souvent aux gouvernements qui rencontrent de sérieuses difficultés dans ce domaine de recourir à l'assistance technique que le BIT peut leur fournir.

b) Revalorisation du montant des prestations à long terme⁷⁸

La Commission d'experts a formulé de nombreux commentaires sur la façon dont la revalorisation des prestations est assurée dans la pratique. Cette question se pose dans le cadre des éventualités prévoyant le versement de prestations à long terme, comme par exemple les pensions. Les gouvernements se limitent souvent à indiquer qu'ils ont procédé à l'augmentation du montant des pensions sans fournir les informations nécessaires. La Commission d'experts, afin de pouvoir apprécier l'impact réel des relèvements des pensions

⁷⁷ Ce paragraphe est un résumé de : *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., p. 512.

⁷⁸ Ce paragraphe est un résumé de : *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op.cit., p. 513.

par rapport à l'évolution générale des gains ou l'indice des coûts de la vie, doit ainsi régulièrement demander des informations complémentaires. En 1989, la Commission a publié une étude d'ensemble sur la protection de la vieillesse. A cette occasion, elle a souligné l'importance de préserver la revalorisation des prestations de vieillesse afin de préserver le pouvoir d'achat des bénéficiaires. Ces prestations constituent souvent la principale, voire l'unique, source de revenu pour les pensionnés. Il est donc essentiel de protéger les pensions contre la perte de leur valeur réelle due aux aléas de la conjoncture économique, en particulier aux poussées inflationnistes⁷⁹. Dans une observation générale sur les conventions n. 102 et n. 128 réalisée la même année, la Commission d'experts a en outre constaté que les rapports de différents Etats ne fournissaient pas d'informations « sur la révision des paiements périodiques en cours attribués pour la vieillesse, les accidents du travail et les maladies professionnelles (à l'exception de ceux qui couvrent l'incapacité temporaire), l'invalidité et le décès du soutien de famille »⁸⁰. Dans certains cas, les Etats ont même indiqué avoir « suspendu l'indexation des prestations à long terme au niveau des prix et des salaires (...) ou reporté le réajustement de ces prestations »⁸¹. La commission a ainsi rappelé que les gouvernements devaient faire leur possible afin d'assurer cette revalorisation et communiquer les données statistiques complètes requises à ce sujet⁸².

c) Impact des réformes des régimes de sécurité sociale sur l'application des conventions⁸³

Les régimes de sécurité sociale ont fait l'objet d'un important processus de réformes au cours des années quatre-vingt-dix. Ces réformes visaient principalement la préservation de la viabilité financière des régimes et l'amélioration du rapport coût/efficacité, notamment par le recours à la privatisation⁸⁴. Les réformes touchent presque toutes les prestations à long et à court terme : retraite, invalidité, survivants, maladie, chômage, allocations familiales, soins médicaux⁸⁵. Les mesures prises concernent la réduction de la couverture, l'allongement des périodes de cotisation, d'emploi ou de résidence, le resserrement de la définition de l'éventualité, la réduction de la durée maximum des prestations, l'abaissement du niveau des prestations et la majoration de la participation des personnes protégées au coût des soins

⁷⁹ *Protection de la vieillesse par la sécurité sociale*, Etude d'ensemble de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations, BIT, 1989, paragr. 169-191.

⁸⁰ *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 4A), CIT, 1989, p. 328.

⁸¹ *Ibid.*

⁸² *Ibid.*, pp. 328-329.

⁸³ Ce paragraphe est un résumé de : *Les normes internationales du travail, Une approche globale*, op. cit., pp. 513-514.

⁸⁴ *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 1996, paragr. 58.

⁸⁵ *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 1997, paragr. 63.

médicaux⁸⁶. La Commission d'experts a ainsi été amenée, en de nombreuses occasions, à contrôler que de tels changements tiennent dûment compte des normes internationales du travail. Elle a de façon particulière insisté sur le fait que s'il est vrai que les conventions à jour sont rédigées de manière suffisamment souple pour tenir compte de la diversité des méthodes assurant la protection, il n'en reste pas moins que les régimes de sécurité sociale se fondent sur des principes d'organisation et de gestion qui doivent être préservés par le processus de réformes⁸⁷. Les commentaires de la Commission d'experts portent principalement sur trois points.

Le premier concerne la participation des assurés. La Commission d'experts est souvent conduite à demander des explications sur la manière dont les personnes protégées participent ou sont associées à l'administration des régimes quand ces derniers ne sont pas gérés par une administration réglementée par les autorités publiques ou un département gouvernemental. Les demandes d'information concernent ainsi la manière dont est assurée la représentation des personnes protégées au sein des compagnies d'assurance qui versent des prestations ou des sociétés administrant des fonds de pensions, mais aussi auprès des organismes responsables en dernier ressort de la supervision et du contrôle du bon fonctionnement de l'ensemble du système qui assure les prestations.

Le deuxième point se rapporte à la capacité des nouvelles législations d'assurer que le champ d'application, les conditions d'octroi et la durée des prestations, ainsi que la nature et le niveau des prestations soient conformes aux dispositions des conventions. Ces problèmes se posent notamment pour les allocations familiales, les prestations de chômage et les prestations de vieillesse. Par exemple, la Commission d'experts a constaté à de nombreuses reprises que les nouveaux systèmes de pensions privées ne garantissent souvent pas que la pension versée à l'ayant droit soit égale au montant prévu par les conventions. Cela est attribuable au fait que le taux des pensions servies dépend du capital accumulé sur les comptes individuels et ne peut donc pas être calculé à l'avance.

Enfin, les réformes ont conduit certains gouvernements à limiter leur responsabilité en reconnaissant un rôle plus importants aux institutions privées et en transférant aux employeurs la prise en charge de certaines prestations. Ceci s'est vérifié en particulier relativement aux prestations de maladie et aux prestations de vieillesse. La Commission d'experts a ainsi été amenée à formuler de nombreux commentaires sur la responsabilité générale de l'Etat vis-à-vis du service des prestations et de la bonne administration des institutions et services concernés. La Commission a rappelé que pendant cette période de réformes et de transitions « la responsabilité de l'Etat revêt une importance toute particulière pour le développement futur de la sécurité sociale, notamment au niveau international »⁸⁸. La Commission souligne ainsi régulièrement qu'il appartient en dernier ressort à l'Etat de

⁸⁶ *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 1997, paragr. 63.

⁸⁷ *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 1997, paragr. 64-65 ; *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 2001, paragr. 155 ; *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 2003, paragr. 52.

⁸⁸ *Rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations*, rapport III (partie 1A), CIT, 2003, p. 449.

prendre toutes les mesures nécessaires pour que les prestations soient en tout état de cause garanties aux personnes protégées, quelle que soit la modalité d'administration du système qui assure ces prestations.

En complément de son activité normative, principalement axée sur la promotion des normes et l'assistance technique apportée aux Etats membres, le BIT mène de nombreuses activités de coopération technique. Celles-ci sont au cœur de la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous lancée en juin 2003.

II. La Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous

Pour mieux comprendre le cadre dans lequel s'inscrivent les initiatives du BIT en matière de coopération technique, il est nécessaire de rappeler un triple constat : le développement de l'économie informelle ces dernières années, l'absence de couverture sociale pour une grande partie de la population mondiale et l'impossibilité d'étendre graduellement la couverture sociale à partir de la seule sécurité sociale institutionnelle.

Dans de nombreuses régions en développement, en Amérique latine et en Afrique notamment, l'essentiel des emplois créés au cours de la dernière décennie l'ont été dans l'économie informelle. On estime la part de la population qui travaille dans l'économie informelle, en excluant le secteur agricole, à 72 % en Afrique Sub-saharienne⁸⁹, 65 % en Asie, 51 % en Amérique latine et 48 % en Afrique du Nord⁹⁰. En ce qui concerne la couverture sociale, on estime que seulement 5 à 10 % de la population active en Afrique sub-saharienne et en Asie du Sud est couverte par un régime légal de sécurité sociale. Le plus souvent cette couverture concerne les pensions de vieillesse, quelquefois l'accès aux soins de santé, et la couverture tend à se réduire. En Amérique latine, la couverture varie de 10 à 80 % selon les pays et a tendance, dans l'ensemble, à stagner. En Asie du Sud-Est et de l'Est, elle va de 10 % dans un pays comme le Cambodge à 100 % dans la République de Corée pour l'assurance maladie. Dans les pays d'Europe en transition, elle se situe entre 50 et 80 %. Dans certains des pays industrialisés les plus riches, on constate même aujourd'hui des lacunes croissantes en matière de couverture sociale. D'une manière générale, au plan mondial, on peut considérer que seulement 20 % des travailleurs bénéficient d'une sécurité sociale adéquate⁹¹.

Dans ses activités normatives et dans l'essentiel de ses activités de coopération technique dans le domaine de la sécurité sociale, l'OIT était partie du principe qu'une proportion croissante de la population active des pays en développement finirait par trouver un emploi dans le secteur formel de l'économie, ou par exercer une activité indépendante en étant au

⁸⁹ A titre d'exemple, au Kenya l'emploi informel représentait en 1996 près des deux tiers de l'emploi urbain total contre 10% à peine en 1972. Voir *Kenya: meeting the employment challenges of the 21st century*, Addis Abeba, Equipe consultative multidisciplinaire pour l'Afrique orientale, 1999.

⁹⁰ *Women and men in the informal economy, A statistical picture*, ILO, 2002, p. 7.

⁹¹ E. Reynaud, « L'extension de la couverture de la sécurité sociale : la démarche du Bureau international du Travail », *ESS*, n. 3, 2003, BIT, p. 1.

bénéfice de la sécurité sociale. Elle faisait implicitement l'hypothèse que les régions en développement suivraient la même évolution que celle qu'avait connue les pays industrialisés au cours de leur développement économique et social. L'expérience a toutefois montré que cette évolution n'a pas eu lieu, mais qu'au contraire la part de travailleurs précaires et informels a augmenté⁹².

L'extension de la couverture de la sécurité sociale aux populations exclues est ainsi devenue une des principales priorités du Bureau international du Travail dans le cadre de sa stratégie globale visant à assurer à tous, hommes et femmes, un travail décent. L'importance de cet objectif a été réaffirmée avec force en juin 2001. Lors de la discussion générale, qui s'est tenue dans le cadre de la Conférence internationale du travail, les gouvernements, les employeurs et les travailleurs sont parvenus à un nouveau consensus sur la sécurité sociale. Ils ont, à cette occasion, réaffirmé que la sécurité sociale, c'est-à-dire la sécurité du revenu et l'accès aux soins de santé, est un besoin et un droit pour tous. Face à la faiblesse de la couverture dans le monde, la Conférence internationale du Travail a considéré que priorité absolue devrait être donnée aux politiques et initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par un système en vigueur. La Conférence a appelé le Bureau à lancer une vaste campagne pour promouvoir l'extension de la couverture de la sécurité sociale⁹³.

La campagne mondiale est avant tout un instrument opérationnel. L'objectif général est de susciter une prise de conscience et de permettre à tous d'accéder aux soins de santé et de bénéficier de la sécurité d'un revenu de base. Elle vise à fournir un cadre cohérent pour les politiques et stratégies d'extension et pour la mise en œuvre des activités de coopération technique, instrument clé de la campagne. Nous exposerons dans un premier temps les politiques et stratégies d'extension de la couverture (A) et dans un deuxième temps les principales activités mises en œuvre dans le cadre stratégique global de la campagne (B).

A. Stratégies et politiques d'extension de la couverture de la sécurité sociale⁹⁴

L'idée centrale des stratégies et des politiques d'extension de la sécurité sociale du BIT est qu'il n'y a pas, en matière de sécurité sociale, de modèle unique exemplaire. Il incombe à chaque société de choisir la meilleure manière d'assurer la sécurité de revenu et l'accès aux soins de santé et de déterminer ses priorités en fonction de ses valeurs culturelles et sociales, de son histoire, de ses institutions et de son niveau de développement économique. Le

⁹² *Sécurité sociale: Questions, défis et perspectives*, op. cit., pp. 37-38.

⁹³ Le lancement global a eu lieu à Genève en juin 2003, au cours de la Conférence internationale du travail, par le Directeur Général, le Président et les deux Vice-Présidents du Conseil d'administration. Il a été suivi par des lancements au niveau régional, notamment à Maputo pour les pays d'Afrique lusophone. Des lancements nationaux ont également eu lieu au Népal, au Sénégal et d'autres sont prévus courant 2004 en République démocratique du Congo, au Nigeria et en Inde. Le lancement de la Campagne a recueilli le plus grand intérêt des gouvernements, aux plus hauts niveaux, des partenaires sociaux et de la presse. Cela témoigne, s'il en était encore besoin, de l'importance universellement reconnue d'assurer un accès à la sécurité sociale à tous.

⁹⁴ E. Reynaud, « L'extension de la couverture de la sécurité sociale : la démarche du Bureau international du Travail », op. cit., pp. 1-10.

contexte national est un élément clé. Dans le cadre des principes de base définis par la Conférence internationale du Travail en 2001 et les normes pertinentes de l'OIT en sécurité sociale, chaque société doit ainsi faire ses choix.

D'une manière générale, trois voies complémentaires sont mises en oeuvre par le BIT pour étendre la couverture :

- l'extension à partir des mécanismes "classiques" de sécurité sociale: assurances sociales, prestations et systèmes universels et programmes d'assistance sociale;
- la promotion et le soutien au développement de nouveaux systèmes décentralisés issus d'initiatives locales, en particulier la micro-assurance;
- la conception d'articulations et de ponts entre les systèmes décentralisés et les autres formes de protection sociale et d'intervention publique.

Dans une perspective d'extension de la couverture sociale, il est utile d'opérer parmi les pays en développement⁹⁵ une distinction très générale entre deux grands types de pays: les pays à revenu intermédiaire et les pays pauvres. Dans les pays à revenu intermédiaire, l'Etat dispose de réelles capacités institutionnelles et financières d'intervention. La capacité de collecter l'impôt lui procure en particulier une marge de manœuvre relativement importante. Les possibilités d'extension à partir des systèmes publics ou impulsés par l'Etat sont donc là loin d'être négligeables. Il peut s'agir, par exemple, de l'adaptation de systèmes d'assurance sociale pour qu'ils répondent aux besoins et aux capacités contributives de certaines catégories comme les travailleurs indépendants ou la mise en place d'un service national de santé. Mais il est également possible de concevoir des programmes de subvention publique au soutien de mécanismes d'assurance spécialement conçus pour des groupes à faible revenu ne bénéficiant pas d'une couverture sociale formelle.

Dans les pays pauvres, la capacité d'intervention de l'Etat est extrêmement réduite. Ses difficultés à collecter l'impôt ne lui permettent notamment pas d'intervenir financièrement. Le BIT agit là sur deux plans: d'une part, la restructuration des systèmes de sécurité sociale existants pour améliorer la qualité et l'étendue de la couverture qu'ils procurent; d'autre part, l'appui au développement de nouveaux mécanismes de protection décentralisés, en particulier la micro-assurance. C'est sur ce deuxième plan que porte une bonne partie de l'effort dans la mesure où le potentiel immédiat d'extension à partir des systèmes institutionnels de sécurité sociale reste limité dans ce type de pays. Cette démarche s'appuie sur la créativité des populations et sur leur capacité de s'associer et de coopérer. L'idée est de développer une culture de l'assurance et de la solidarité en matière de protection contre les risques sociaux.

⁹⁵ On se concentrera ici sur les seuls pays en développement dans la mesure où c'est dans ces pays que les lacunes en matière de couverture sociale sont les plus fortes. Il faut cependant souligner que les pays industrialisés n'échappent pas au problème et que des politiques d'extension de la couverture y ont été menées au cours des dernières années. On peut citer à titre d'exemple l'Espagne qui, avec la création par la loi générale sur la santé de 1986 d'un service national de santé, a étendu dans les années 90 l'accès aux soins de santé à 99,8 pour cent de la population. La France a mis en place une couverture maladie universelle, en 2000, destinée aux exclus des régimes d'assurance maladie. Divers pays européens ont également introduit au cours des années 80 et 90 des programmes de revenu minimum pour les personnes ne pouvant bénéficier des systèmes de garantie du revenu en place.

Le domaine principal d'intervention dans le cadre de la micro-assurance concerne l'accès aux soins de santé qui constitue le plus souvent une priorité pour les populations concernées. Mais il s'agit encore largement d'une phase de recherche et d'expérimentation. Ces mécanismes, qui font l'objet au plan international d'un intérêt croissant, sont relativement peu nombreux. Ceux qui ont été étudiés jusque-là, en Amérique latine et en Afrique notamment, présentent des insuffisances et des faiblesses importantes et n'ont pas la capacité de couvrir un nombre élevé de personnes. Leur potentiel réel de développement est encore à tester et, d'une manière générale, ils doivent être considérés comme une forme transitoire de protection dans un contexte où il ne peut être envisagé d'instaurer des mécanismes nationaux s'appuyant sur une logique de solidarité et de mutualisation du risque.

D'une manière générale, l'extension de la protection sociale aux populations non couvertes soulève une question fondamentale: faut-il chercher à étendre à tous la couverture existante dont ne bénéficie qu'une minorité ou s'agit-il de créer des mécanismes spécifiques et procurant une protection moindre pour les populations non couvertes? La première option a montré ses limites, mais la deuxième, plus pragmatique, présente un risque majeur: créer un système de protection sociale à plusieurs vitesses en organisant la solidarité, d'une part, entre les plus favorisés et, d'autre part, entre les pauvres. Le BIT a longtemps été réticent avant d'emprunter une voie comportant un tel risque. Bien qu'avec prudence, il s'y engage aujourd'hui résolument. L'étendue du problème que constitue la faiblesse de la couverture sociale dans les pays en développement impose en effet l'action. Mais dans cette démarche, deux points sont essentiels à préciser.

L'extension de la protection sociale est à envisager dans une perspective dynamique. Il s'agit d'engager un processus long dont l'objectif est de construire à terme un système de sécurité sociale national à caractère généralisé, cela afin de garantir à tous une sécurité du revenu et un accès à des soins de santé d'un niveau correspondant aux capacités économiques et à la volonté politique du pays. Par ailleurs, dès l'origine, il est essentiel de prévoir des articulations et des ponts entre les dispositifs destinés aux groupes non couverts et les autres mécanismes de protection sociale. Le but est de concevoir une politique nationale de sécurité sociale dans une logique de partenariat entre les différents acteurs concernés (Etat, collectivités locales, partenaires sociaux, professionnels du secteur, organisations de la société civile, tiers secteur, secteur privé commercial). La sécurité sociale doit être vue comme un instrument privilégié d'intégration des exclus aussi bien sur le plan socio-économique que politique. La perspective est la mise en œuvre d'un véritable système national de solidarité pour tous.

Différents mécanismes peuvent être utilisés pour étendre la couverture. Certains relèvent de formes "classiques" de sécurité sociale (assurances sociales, systèmes universels, assistance sociale) (1), d'autres de modalités plus nouvelles issues d'initiatives décentralisées, en particulier la micro-assurance (2).

1. Assurances sociales, régimes universels, assistance sociale⁹⁶

La sécurité sociale “classique” offre une palette d’instruments qui permettent d’étendre la couverture sur une grande échelle. Dans les pays à revenu intermédiaire notamment, les régimes d’assurance sociale offrent un grand potentiel d’extension, soit en élargissant à de nouvelles catégories de travailleurs la couverture d’un régime existant, soit en instituant un nouveau régime. De ce point de vue, l’expérience acquise en la matière conduit à envisager les lignes d’action suivantes:

- étendre la couverture, selon un calendrier prescrit, à l’ensemble des salariés, non compris certaines catégories telles que le personnel domestique, les travailleurs familiaux et les travailleurs occasionnels;
- envisager une révision du régime afin de faciliter une affiliation partielle des travailleurs indépendants, du personnel domestique, des travailleurs agricoles et des personnes tirant un revenu régulier de leur activité dans l’économie informelle;
- renforcer la capacité administrative des régimes d’assurance sociale, notamment en matière de recouvrement des cotisations, de tenue des registres d’inscription et de gestion financière;
- lancer des programmes d’éducation et de sensibilisation pour améliorer l’image du système d’assurance sociale;
- concevoir un ensemble de prestations correspondant aux besoins et aux capacités contributives des populations non couvertes;
- optimiser l’utilisation des services de soins de santé financés par les institutions d’assurance sociale.

Les régimes universels présentent un intérêt majeur d’un point de vue théorique: par définition, ils couvrent l’ensemble d’une population cible, par exemple toutes les personnes qui dépassent un certain âge, sans conditions de cotisations ou de revenu. Cependant, l’introduction de tels régimes, que l’on trouve essentiellement dans les pays industrialisés, se heurte au problème posé par leur mode de financement à partir des recettes générales de l’Etat. Dans la plupart des pays en développement, la collecte de l’impôt est difficile et l’assiette fiscale est généralement étroite. En outre, l’Etat doit faire face à de multiples priorités et la pérennité du régime est susceptible d’être remise en cause d’une année sur l’autre en fonction des évolutions politiques ou du changement des conditions économiques. Le même type de problème se pose pour le financement de programmes d’assistance sociale. Ces derniers soulèvent en outre toute une série de questions concernant les modalités de leur mise en œuvre et la définition des critères d’éligibilité. De ce point de vue, les pays en développement font fréquemment appel à des mécanismes d’auto-sélection à travers, par exemple, la création d’emplois dans le cadre de travaux publics à forte intensité de main-d’œuvre ou la fourniture d’une aide alimentaire de base. Certains pays ont également introduit

⁹⁶ E. Reynaud, « L’extension de la couverture de la sécurité sociale : la démarche du Bureau international du Travail », op. cit., p. 4-5.

des programmes liant l'assistance à la promotion de l'éducation et à la lutte contre le travail des enfants⁹⁷.

Parallèlement à l'extension de la couverture à partir de la sécurité sociale institutionnelle, le BIT s'est engagé dans le soutien d'initiatives au niveau communautaire.

2. Micro-assurance et systèmes décentralisés

Une autre voie complètement différente d'extension s'appuie sur des initiatives locales volontaires. Face à la faiblesse de la couverture par les systèmes légaux de sécurité sociale, divers groupes de travailleurs indépendants et de travailleurs de l'économie informelle ont au cours des dernières années créé leurs propres systèmes de protection. Ces mécanismes consistent à mettre en commun les ressources et mutualiser les risques des membres du groupe. Ils sont généralement fondés sur le principe de l'assurance et concernent le plus souvent l'accès aux soins de santé. Ils peuvent être regroupés sous le terme général de "micro-assurance" en référence, non à la taille du système, mais à la capacité de celui-ci d'opérer sur la base de flux de ressources et de dépenses très réduits. Au plan mondial, ces mécanismes sont encore relativement peu nombreux, mais leur nombre est actuellement en forte croissance. Il en existe notamment dans des pays tels que le Bangladesh, le Bénin, le Burkina Faso, le Cameroun, le Congo, la Côte d'Ivoire, le Ghana, la Guinée, l'Inde, le Kenya, le Mali, le Népal, le Nigeria, l'Ouganda, les Philippines, le Rwanda, le Sénégal, la République-Unie de Tanzanie, le Togo et plusieurs pays d'Amérique latine⁹⁸. Deux régimes fournissent un bon exemple de ce type de systèmes: le régime de SEWA (Self-Employed Women Association) en Inde et celui créé au Bangladesh par le mouvement Grameen⁹⁹.

SEWA est un syndicat regroupant principalement des travailleuses indépendantes de l'économie informelle qui sont engagées dans des activités telles que le colportage, le petit commerce et le travail à domicile. Il a créé en 1992 un "régime intégré de sécurité sociale" qui constitue le plus important régime contributif pour les travailleurs de l'économie informelle en Inde. En 2000, ce régime comprend près de 25 000 femmes, soit 14 pour cent des membres de SEWA, et couvre les soins de santé (dont une petite composante maternité), la vie (décès et invalidité) et les biens (perte ou dégradation des outils de travail et du logement). La cotisation pour l'ensemble des prestations est de Rs 60 par an (environ US\$ 1,50), ce qui ne représente qu'une partie du coût de financement du régime. Celui-ci reçoit en outre une subvention de l'Etat et ses coûts administratifs de même que la composante maternité sont couverts par les intérêts générés par un fonds constitué depuis 1993 grâce à l'agence allemande de développement (Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (GTZ)).

⁹⁷ Pour des exemples d'extension de la couverture à partir de la sécurité sociale institutionnelle, voir notamment W. Van Ginneken, « Extending social security : policies for developing countries », *ESS*, n. 13, BIT, 2003. Voir la liste de tous les ESS papers Annexe 10.

⁹⁸ BIT-STEP, *Health micro-insurance: A compendium*, BIT, Genève, 2000.

⁹⁹ BIT-STEP, *Hacia un trabajo decente: Una protección social en salud para todos los trabajadores y sus familias*, BIT, Genève, 2001; E. Messeell, *Extending social protection in health to the excluded: gained experiences from the global ILO-STEP Programme in the field of micro health insurance*, 2001. Rapport présenté au "ADB Seminar on Social Safety Nets in Asia", Tokyo, 19-28 mars 2001.

Grameen Bank est la plus grande institution financière rurale au Bangladesh. Elle prête actuellement à plus de 2,4 millions de personnes, dont 95 % sont des femmes. Dans les années 90, l'évaluation de son programme de micro-crédit a montré que la maladie et les problèmes de santé constituaient la principale cause des défauts de remboursement. Grameen a ainsi introduit en 1993 un "programme de santé rural" destiné à appliquer au domaine de la santé les mêmes principes qui avaient fait leurs preuves dans le domaine de la finance. Depuis 1997, ce programme est mis en œuvre par une institution spécialisée du mouvement Grameen, Grameen Kalyan. Le programme se compose à la fois d'un système de micro-assurance santé et de services de soins de proximité à travers 14 centres de santé. Environ 60 000 personnes étaient assurées en 1999 et 107 373 patients avaient été traités dans l'année. La participation au système d'assurance se fait sur la base de l'adhésion volontaire et d'une cotisation annuelle. Les familles les plus pauvres bénéficient par ailleurs d'une subvention de l'Etat pour payer leur cotisation.

Les expériences en matière de micro-assurance étudiées jusque-là montrent à la fois l'intérêt de ce genre de mécanismes, mais aussi les insuffisances et les faiblesses qu'ils comportent. Leur capacité réelle de couvrir, sur une base durable, un nombre élevé de personnes est à évaluer de même que le rôle qu'ils sont susceptibles de jouer dans le cadre d'une stratégie nationale d'extension de la couverture sociale. Dans l'ensemble, le potentiel de la micro-assurance est aujourd'hui à explorer de manière systématique et rigoureuse. Le BIT s'est résolument engagé depuis quelques années dans cette voie à travers son programme STEP (Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté) qui est très actif dans ce domaine¹⁰⁰.

Le domaine de la micro-assurance est encore nouveau et relativement peu connu. Cependant, les travaux déjà réalisés et l'expérience acquise permettent de tirer un certain nombre d'enseignements. Tout d'abord, il faut souligner que la plupart des systèmes existants sont de taille assez modeste et qu'il s'agit donc de déterminer par quels moyens et à travers quels partenariats ils sont susceptibles de prendre de l'ampleur. Une possibilité est qu'ils se regroupent, par exemple en fédération, afin de renforcer leur pouvoir de négociation vis-à-vis de l'Etat et des prestataires de soins, de mettre en commun leurs connaissances et d'améliorer leur situation financière en étendant la taille du groupe à l'intérieur duquel est opérée la mutualisation des risques. Consacrer un plus grand effort à la promotion est une autre voie à suivre, dans la mesure où l'expérience montre qu'une large proportion des populations visées est généralement mal informée des avantages que procure le fait d'être assurés. En parallèle, il est important de renforcer la crédibilité des systèmes. Un des moyens les plus efficaces d'étendre la couverture de la micro-assurance est indéniablement, dans une logique de solidarité nationale, de subventionner les systèmes, ce qui renvoie à la question de la capacité financière et de la volonté politique de l'Etat de s'engager dans une telle démarche.

D'une manière générale, le développement de la micro-assurance implique nécessairement la mise en œuvre de diverses formes de partenariats. Les systèmes ont la possibilité de s'associer à des organisations de la société civile (coopératives, syndicats, associations, organisations communautaires...) ou de simplement chercher à s'assurer leur appui. Ils peuvent aussi faire appel à des entreprises privées ou à des organismes de sécurité sociale déjà dotés de mécanismes de gestion qui fonctionnent efficacement. Il faut souligner que le succès de telles démarches nécessite, de part et d'autre, des efforts pour s'adapter à des cultures et des modes d'organisation complètement différents. Par ailleurs, l'Etat a un rôle

¹⁰⁰ Voir *infra*.

majeur à jouer dans le renforcement de la micro-assurance. Au plan local, les autorités sont susceptibles de contribuer, en partenariat avec des organisations de la société civile, à la mise en place de dispositifs locaux. Au plan national, l'Etat a la possibilité d'étendre les expériences réussies de telle sorte qu'elles s'appliquent à d'autres zones, secteurs ou métiers. D'une manière générale, il a les moyens de créer un environnement propice au développement de la micro-assurance. A travers la réglementation, il doit en outre clarifier le rôle respectif de celle-ci et du régime d'assurance sociale obligatoire pour éviter que ce dernier ne soit affecté par la mise en place d'une couverture volontaire et, sur le plus long terme, pour que se développent une cohérence et des liens plus étroits entre les deux systèmes.

Dans le domaine des soins de santé, plusieurs modalités d'intervention de l'Etat peuvent être envisagées:

- promouvoir l'assurance maladie par des recommandations concernant la conception du système (type de prestations, mode d'affiliation et administration) et la mise en place d'un système d'information sur la gestion;
- établir des mécanismes de contrôle et de régulation de la micro-assurance, par exemple dans le cadre d'une législation sur la gestion efficace et transparente des systèmes;
- améliorer et décentraliser les services publics de santé, ce qui est dans beaucoup de pays une condition préalable indispensable au développement de la micro-assurance;
- entreprendre et organiser des formations, notamment sur les activités de promotion et de contrôle mentionnées ci-dessus;
- (co-)financer l'accès des catégories à bas revenu à l'assurance maladie, par exemple à travers un système de subventions ou en abondant les cotisations des assurés.

Un dernier point mérite d'être souligné. La micro-assurance ne doit pas être perçue comme un simple mécanisme de financement et de mutualisation des risques, elle est également susceptible de jouer un rôle important dans différents domaines, en particulier du fait de la participation des populations à sa conception et à sa mise en œuvre. L'expérience montre qu'un système de micro-assurance peut par exemple contribuer aux fonctions suivantes:

- identification au niveau communautaire des problèmes, des contraintes et des priorités;
- prévention, éducation et promotion de la santé;
- identification des familles et des groupes en grande difficulté ou les plus vulnérables;
- définition d'un ensemble de prestations de base réaliste et adapté au contexte local;
- création et (co-)gestion d'une offre de services de proximité, incluant les soins de santé de base et l'accès aux médicaments génériques;
- amélioration de la transparence et de la qualité du service et réduction des coûts;

- mobilisation et mise en commun des ressources locales (financières et humaines), création d'une demande solvable organisée et d'une capacité d'achat de services;
- développement de la mutualisation des risques: au niveau communautaire, à un niveau plus large en se regroupant et au niveau national en s'articulant sur le système de santé et de sécurité sociale national;
- réduction des coûts de transaction (recouvrement des cotisations) et des risques liés à l'assurance (aléa moral, fraudes et usages abusifs...);
- canalisation efficace et transparente des aides et des subventions destinées aux populations les plus vulnérables;
- renforcement de la visibilité, du pouvoir de négociation et de la capacité de participation des exclus et notamment des femmes très actives dans ces systèmes.

B. La Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous : un outil opérationnel

La Campagne n'est pas seulement un instrument de communication. C'est un véritable outil opérationnel qui vise à fournir un cadre cohérent pour les activités du BIT en matière de sécurité sociale et pour la mise en œuvre des recommandations de la Discussion générale de 2001¹⁰¹. L'objectif général de la Campagne est de susciter une prise de conscience et de permettre à tous d'accéder aux soins de santé et de bénéficier de la sécurité d'un revenu de base. Étendre la sécurité sociale est essentiellement une question de prise de conscience et de volonté politiques. C'est pourquoi, dans sa première phase, l'objectif de la Campagne est de faire en sorte que, dans le plus grand nombre de pays possible, l'extension de la sécurité sociale soit placée au premier rang des priorités et de soutenir les décideurs nationaux et internationaux dans l'élaboration de stratégies visant à étendre la couverture. Ces stratégies devraient s'inspirer de valeurs telles que la solidarité et l'universalité et mettre en œuvre des moyens économiquement efficaces d'extension de la sécurité sociale. La Campagne opère à travers trois modes d'action complémentaires : le développement et la diffusion de connaissances (1), l'assistance et la coopération technique (2) et enfin la sensibilisation et la mobilisation des principaux acteurs (3).

1. Développer et diffuser les connaissances à travers la recherche, l'identification et la diffusion de bonnes pratiques et l'expérimentation

L'objectif est d'améliorer la compréhension globale de la sécurité sociale et la capacité d'étendre la couverture. En effet, l'extension de la sécurité sociale est un processus à la fois nouveau et complexe. Afin de soutenir les États dans l'élaboration de stratégies novatrices et de les aider à tester des dispositifs efficaces d'extension de la sécurité sociale, le BIT considère un diagnostic exhaustif des besoins des populations en matière de sécurité sociale et un recensement des différents acteurs et institutions concernés comme un nécessaire point de départ. Le BIT a ainsi contribué au développement de connaissances dans ce domaine et ceci

¹⁰¹ <http://www.ilo.org/coverage4all>.

à travers l'expérimentation et le dialogue. Une nouvelle série de documents de travail, intitulée Extension de la Sécurité Sociale (ESS) a également été lancée dans le cadre de la Campagne. Le but de ses études est de faire connaître les expériences réussies d'extension de la sécurité sociale¹⁰².

Le développement de connaissances est par ailleurs l'un des axes de la stratégie du programme STEP (Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté)¹⁰³. Ce programme constitue l'un des principaux instruments d'intervention du BIT pour combattre l'exclusion sociale en général, et l'exclusion de la protection sociale en particulier. En partant du constat que l'exclusion sociale est un concept très complexe, qui requiert des actions dans des domaines divers, le programme STEP se propose de développer les connaissances en ce domaine sous une double perspective. D'une part par la création de connaissances nouvelles, en générant de nouveaux savoirs et de nouvelles méthodes en vue de réduire l'exclusion sociale et l'extension de la protection sociale. D'autre part par la diffusion des connaissances recueillies auprès des différents opérateurs intéressés au niveau mondial. L'idée est que l'apport de connaissances contribuera à une plus grande efficacité des actions de ces opérateurs et permettra, sur le long terme, de réduire l'exclusion sociale et d'étendre la protection sociale. A ce titre des études sont réalisées sur l'analyse d'expériences en matière d'extension et d'inclusion sociale de la protection sociale et sur la systématisation des enseignements qui peuvent en être tirés. De nombreuses publications, ainsi que de nombreux outils et manuels de formation ont été réalisés sur ces thèmes¹⁰⁴. Au terme de son premier examen d'évaluation, il a été reconnu qu'à travers ses études de cas, ses études thématiques et ses outils méthodologiques et didactiques, STEP constitue un acquis pour tous les acteurs (gouvernements, partenaires sociaux, ONG et organisations internationales) qui oeuvrent en faveur de l'extension de la protection sociale et de l'inclusion sociale¹⁰⁵.

2. Assistance et coopération technique au soutien des politiques d'extension

L'un des principaux objectifs de la campagne est de soutenir le développement des moyens nouveaux et efficaces permettant d'étendre la couverture de la sécurité sociale, en

¹⁰² Voir Annexe 10.

¹⁰³ Voir *infra*.

¹⁰⁴ Le programme STEP a développé un ensemble unique d'outils allant de la faisabilité au suivi-évaluation des organisations à base communautaire. Le dernier publié est le *Guide de gestion des mutuelles de santé en Afrique*, BIT/STEP, 2003. Pour plus d'informations voir: <http://www.ilo.org/step>.

¹⁰⁵ La base de données constituée par STEP contient plus d'une cinquantaine de documents (études de cas, études thématiques ou analyses comparées), en plusieurs langues. Les études portent sur l'analyse d'expériences en cours ou passées et sur la systématisation de leurs enseignements en matière d'extension de la protection sociale et d'inclusion sociale dans le monde. A titre d'exemple voir C. Atim, *Contribution des mutuelles de santé au financement, à la fourniture et à l'accès aux soins de santé, Synthèse de travaux de recherches menés dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du Centre*, STEP, Genève, 1998 (disponible sur <http://www.ilo.org/step>).

particulier dans les pays à faibles revenus. Pour aider ses Etats membres à étendre leur couverture de sécurité sociale, le BIT est actif dans plus de 40 pays, tant au niveau national qu'au niveau sous-régional. Les activités sont actuellement particulièrement importantes dans trois domaines clés : l'extension de la sécurité sociale par le dialogue social (a), l'extension de la sécurité sociale aux personnes exclues dans les cinq pays africains de langue portugaise (b), le renforcement des systèmes de sécurité sociale à base communautaire (c).

a) L'extension de la sécurité sociale par le dialogue social

Cette démarche d'extension de la sécurité sociale par le dialogue social a été entreprise à titre expérimental dans trois pays en développement: le Honduras, le Mali et le Sri Lanka. Si le processus est considéré comme une réussite, il pourra par la suite être repris par d'autres pays en développement.

Ce projet a consisté dans un premier temps en un diagnostic national dressé par le gouvernement, les représentants des employeurs et des travailleurs, ainsi que les organisations de la société civile et des institutions de sécurité sociale. Ce diagnostic a examiné les besoins en sécurité sociale des travailleurs, aussi bien de l'économie formelle qu'informelle, et a évalué l'efficacité des régimes légaux et des systèmes à base communautaire en matière de couverture. Une attention particulière a été consacrée à l'extension de la couverture aux exclus. A ce stade, une composante importante de la coopération technique est la formation et le renforcement des capacités des partenaires sociaux et des autres acteurs, de manière à ce qu'ils participent efficacement à la conception et à la mise en œuvre des programmes de sécurité sociale. Dans un second temps, sur la base de ce diagnostic, un plan national d'action a été élaboré pour aborder les questions prioritaires en matière de mise en œuvre. Par ce processus, l'objectif est d'assurer un engagement durable de la part des gouvernements, des partenaires sociaux et de la société civile, et de créer un espace ouvert et démocratique pour la recherche de solutions par le dialogue.

Dans les trois pays, ce diagnostic préliminaire a maintenant été discuté dans le cadre de séminaires nationaux, avec la pleine participation de toutes les parties intéressées. Au Sri Lanka, par exemple, le séminaire national a conclu qu'une nouvelle stratégie en matière de soins de santé devra être élaborée, il a identifié les faiblesses dans l'administration des systèmes de sécurité de l'emploi et la nécessité de réunir davantage d'informations sur les systèmes à base communautaire et leur potentiel. Au Mali, le diagnostic national a conduit à la recommandation de créer un régime obligatoire d'assurance maladie pour les travailleurs des secteurs public et privé, ainsi qu'un régime de soins médicaux relevant de l'assistance sociale pour la population pauvre. Les projets dans les trois pays ont débouché sur la formulation de plans d'actions nationaux pour l'extension de la sécurité sociale. La première évaluation est positive : une dynamique a été créée. Les projets sont actuellement en cours d'évaluation plus approfondie afin d'améliorer la démarche et de la reprendre dans d'autres pays.

b) L'extension de la sécurité sociale aux personnes exclues dans les cinq pays africains de langue portugaise

Ce projet concerne l'Angola, le Cap Vert, la Guinée-Bissau, le Mozambique et Sao Tomé-et-Principe. Il vise avant tout à aider ces pays à déterminer quelles personnes sont exclues de leur système de sécurité sociale, pour quelles raisons elles en sont exclues et, aspect le plus important, comment leur faire bénéficier sans restrictions de la sécurité sociale. Dans ces cinq pays, seul un faible pourcentage de la population active, dont la plupart relève de l'économie informelle, est couvert par la sécurité sociale légale. Ce projet, financé par le gouvernement portugais, vise à augmenter le nombre de travailleurs salariés qui bénéficient des systèmes de sécurité sociale en place, tout en créant, pour les travailleurs non salariés des régimes spéciaux protégés par la loi qui prennent en compte les besoins de ces travailleurs et leur capacité contributive. Un élargissement de la couverture sera en outre recherché grâce au développement de systèmes à base communautaire ou professionnelle et spécialement conçus à l'intention de personnes exclues appartenant à l'économie informelle.

Ce projet a plusieurs volets. Un volet recherche visant à mieux comprendre le processus de l'exclusion sociale. A cette fin, une étude sur l'impact de l'économie informelle sur la pauvreté et l'exclusion devra être réalisée¹⁰⁶. Un autre élément important est la création d'un «Centre informatique d'apprentissage et de ressources pour l'inclusion sociale», destiné à améliorer la capacité d'intervention des projets au niveau local¹⁰⁷. C'est un outil informatique destiné aux acteurs (collectivités locales, dirigeants de projets, experts, ONG, organisations syndicales et d'employeurs, réseaux) qui travaillent sur le terrain contre l'exclusion et la pauvreté. CIARIS fournit une vaste gamme d'informations sur les stratégies et concepts utilisés pour combattre l'exclusion sociale. L'objectif est d'orienter les utilisateurs dans le choix des instruments et méthodes les plus adaptés à leurs besoins. CIARIS donne la possibilité aux utilisateurs d'interagir et leur fournit une assistance technique sur le terrain.

Le volet coopération technique comprend différents projets, comme par exemple, le projet Pro-Social « Développement de la sécurité sociale en Afrique lusophone ». Ce dernier vise l'extension progressive, à l'ensemble de la population, d'un système de sécurité sociale moderne et adapté aux besoins de celle-ci par la mise en œuvre d'un nouveau cadre juridique et la réforme des organisations gestionnaires de la sécurité sociale. Le projet comprend trois phases, avec des intervalles entre chacune d'elles pour favoriser la réflexion et l'harmonisation. Ce projet a été commencé en 1998 et est actuellement dans sa phase finale. La première phase avait pour objectif d'ouvrir un dialogue avec les gouvernements respectifs et les aider à définir une politique générale de la sécurité sociale, adapter les organismes gestionnaires des régimes de sécurité sociale et organiser la protection du secteur informel et rural. La deuxième phase était axée sur l'élaboration de lois cadre qui traduisent en termes juridiques les grandes lignes de politique générale en matière de sécurité sociale définies pendant la première phase. En particulier, ces lois cadre ont traité de l'extension de la couverture de la sécurité sociale et de l'introduction de régimes spéciaux. Pendant cette phase le BIT a également réalisé un audit des organismes appelés à jouer un rôle dans la mise en œuvre de la politique de la sécurité sociale et proposé les mesures nécessaires pour les réformes. La troisième phase est actuellement en cours de réalisation. Elle a pour objet

¹⁰⁶ Pour d'autres études sur l'exclusion sociale voir: Estivill J., 2003, *Concepts and strategies for combating social exclusion. An overview*, ILO/STEP; *The fight against poverty and social exclusion in Portugal. Experiences from the National Programme of Fight against Poverty* ILO/STEP, 2003.

¹⁰⁷ Voir <http://ciaris.ilo.org/english/index.htm>

d'aider les autorités nationales à la mise en œuvre des recommandations contenues dans la phase précédente. Le BIT fournit une assistance technique pour l'élaboration des décrets d'application et pour les réformes des organismes gestionnaires. Une loi cadre a été adoptée en Angola, au Cap vert, en Guinée Bissau et à Sao Tomé-et-Principe. Elle est en discussion à l'Assemblée nationale au Mozambique. Dans ces cinq pays le projet est entré dans la phase finale de mise en œuvre. Cette approche a ainsi permis de définir clairement dans chacun des cinq pays d'Afrique lusophone la politique de sécurité sociale voulue par le gouvernement et de soutenir les pays dans leur stratégie d'extension de la sécurité sociale.

c) Le renforcement des systèmes de sécurité sociale à base communautaire

Cette approche vise les groupes de population pauvres et exclus au sein de l'économie informelle, ainsi que les travailleurs à faible revenu de l'économie formelle dont la couverture de sécurité sociale n'est pas adéquate. Dans de nombreux pays, le développement rapide des systèmes de sécurité sociale à base communautaire a démontré l'importance de leur contribution à la prise en charge des besoins prioritaires des groupes de population exclus, en particulier dans le domaine des soins de santé. Si certains de ces systèmes sont parvenus à mettre sur pied des services efficaces à l'intention de leurs membres, ils sont encore nombreux à avoir grandement besoin d'un soutien technique accru pour atteindre leur plein potentiel et devenir viables. Dans le même temps, il est important de mieux faire connaître le potentiel de ces systèmes dans les stratégies nationales d'extension de la couverture de la sécurité sociale.

Un nouveau champ a été ouvert par le BIT dans ce domaine avec la création du programme STEP¹⁰⁸. Créé en 1998, le programme mondial «Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté» (STEP) est spécialisé sur deux types de question : l'inclusion sociale et l'extension de la protection sociale aux populations pauvres et exclues, en particulier dans l'économie informelle et le secteur rural. Le programme a pour but d'améliorer l'accès des populations pauvres et exclues à des formes adaptées de protection sociale, ainsi qu'à des services sociaux de base. A cet égard STEP concentre ses efforts sur l'identification, la conception, l'expérimentation et la diffusion de mécanismes, de stratégies et de systèmes novateurs d'extension de la protection sociale, cherchant à combiner efficacité, équité et solidarité. STEP a ainsi réalisé un important travail en matière de développement des connaissances. En particulier, il a développé le concept novateur de « micro-assurance », basé sur une adaptation et généralisation du concept de mutuelle aux contextes variés des pays en développement¹⁰⁹, publié de nombreuses études et ouvrages sur les systèmes à base communautaire¹¹⁰, développé des outils didactiques et méthodologiques qui couvrent les différents aspects de la création et du fonctionnement de ces systèmes (sensibilisation, faisabilité, mise en place, gestion, suivi évaluation, contractualisation). Cet

¹⁰⁸ Voir <http://www.ilo.org/step>

¹⁰⁹ D. Dror et C. Jacquier, «Micro-assurance : élargissement de l'assurance maladie aux exclus», *Revue internationale de la sécurité sociale*, 1999, pp. 87-119.

¹¹⁰ Par ce terme on désigne des systèmes de protection qui se distinguent des systèmes publics de sécurité sociale à couverture nationale en ce qu'ils n'ont pas vocation à embrasser l'ensemble de la population, mais des segments de celle-ci. Ces communautés peuvent être constituées au niveau d'une aire géographique (quartier, village), d'une profession (agriculteurs, artisans..), du genre (femmes).

ensemble méthodologique a également servi de base à la réalisation d'un programme de formation dans ce domaine afin de renforcer les compétences locales.

STEP travaille sur l'amélioration de l'accès aux soins de santé, domaine considéré comme prioritaire par les personnes démunies, notamment par le développement de systèmes à base communautaire dans le cadre de politiques nationales d'extension de la couverture. STEP est partie de l'hypothèse qu'en matière d'extension de la protection sociale il fallait développer des approches novatrices, notamment en favorisant et valorisant l'organisation de la demande et la participation (empowerment) des exclus. La seconde hypothèse était que ces systèmes à base communautaire pouvaient, s'ils étaient progressivement et correctement intégrés dans le cadre de systèmes nationaux cohérents et solidaires, contribuer de façon significative et durable à l'extension de la couverture, ainsi qu'à plus d'efficacité et d'équité. Il s'agissait donc d'une part de renforcer les capacités des systèmes à base communautaire et d'autre part de travailler à une articulation entre systèmes à base communautaire et systèmes publics de protection et d'assistance sociale et de santé.

STEP a ainsi adopté une approche à quatre niveaux. Au niveau local, STEP apporte un soutien au renforcement des capacités des systèmes à base communautaire en les aidant à réaliser des études de faisabilité, en offrant aux responsables des mutuelles et micro-assurances des formations en matière de gestion et d'administration, en fournissant un appui technique lors du démarrage, mais aussi du suivi de ces organisations. Actuellement le BIT fournit un appui technique en vue d'établir un diagnostic et une évaluation des organisations existantes. Ces structures à base communautaire montrent toutefois leurs limites en matière de gestion et de capacité de pénétration de leurs groupes cibles. C'est pour cela que, afin d'avoir un impact à plus grande échelle, STEP a développé une approche au niveau intermédiaire.

Au niveau intermédiaire, STEP développe une approche visant à soutenir la constitution progressive de structures fédératives à même d'absorber les fonctions d'appui en matière de gestion financière et de gestion des risques. Un appui a ainsi été apporté à des structures techniques telles que l'Union des Mutuelles de Santé de Dakar pour la constitution de services communs de gestion, de suivi et de fonds de garantie. STEP vise également au développement de systèmes de protection à partir d'organisations communautaires fédératives de grandes tailles constituées autour d'autres activités que la santé (agriculture, pêche, artisanat). L'idée est que ces structures peuvent permettre, compte tenu du nombre de leurs bénéficiaires, de toucher une population importante en un délai assez court. A titre d'exemple, STEP soutient l'Union Nationale des Coopératives Agricoles du Sénégal (UNCAS) qui regroupe 4500 organisations coopératives et développe un système d'assurance santé pour ses membres. STEP travaille également au renforcement du rôle des organisations de travailleurs et d'employeurs dans l'extension de la protection sociale.

Au niveau national, STEP s'emploie, au moyen du dialogue social, à créer un environnement institutionnel et politique favorable aux systèmes de protection sociale à base communautaire. Il importe que les systèmes à base communautaire puissent progressivement s'intégrer dans le cadre de systèmes nationaux cohérents et solidaires de protection sociale et s'articuler de façon active avec les autres systèmes et services publics. Cette articulation est fondamentale pour éviter une segmentation et une fragmentation de la protection sociale, qui seraient synonymes d'iniquité et d'exclusion. Au contraire, des mécanismes appropriés d'articulation pourraient favoriser une certaine redistribution et l'expression d'une solidarité nationale. Il est ainsi essentiel d'établir une meilleure articulation entre les systèmes de protection sociale à base communautaire, l'offre de soins et le reste de dispositif de protection sociale dans le pays. Il est également important que ces systèmes à base communautaire

soient reconnus et soutenus par les autorités publiques. Une législation mutualiste a déjà été adoptée au Mali et au Sénégal.

Enfin, au niveau international, STEP travaille avec les acteurs clés dans le domaine de la santé et a développé des partenariats importants avec l’OMS, la GTZ, le FNUAP (Fonds des Nations Unies pour la population) et la Banque mondiale, entre autres. Une forme de partenariat s’est matérialisée par la mise en place d’un réseau de partage des connaissances et des compétences sur les mutuelles de santé («la Concertation») des pays d’Afrique francophones. Initié par un ensemble de partenaires appuyant le développement des mutuelles de santé en Afrique, la « Concertation » met en relation une pluralité d’acteurs, au niveau national et international (agences et programmes de développement, organisations de l’économie informelle, partenaires sociaux et organismes publics nationaux). La « Concertation » couvre 11 pays d’Afrique de l’Ouest et du Centre. Elle offre différents types de services: un site Internet¹¹¹, une lettre d’information, un système de suivi du développement des mutuelles de santé, des ateliers thématiques pour soutenir le mouvement mutualiste. La « Concertation » comptait en 2002 plus de 150 membres, parmi lesquels des organisations mutualistes, des fédérations syndicales, des structures publiques, des centres de recherche, des structures d’appui aux mutuelles en Afrique et au niveau international. Un réseau semblable de coordination est en train de se mettre en place en Asie.

Le programme STEP est un outil opérationnel clé de la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous. Jusqu’à présent, il est actif dans plus de 30 pays dans le monde.

3. Plaidoyer et communication

Le dernier volet de la Campagne recouvre la dimension classique d’une campagne, à savoir la sensibilisation et mobilisation des acteurs. Les activités de la Campagne sont orientées vers des publics cibles très divers tels que les décideurs politiques nationaux et internationaux, les partenaires sociaux, le grand public et la société civile, ainsi que les agences de développement. Ce sont tous ces acteurs que le BIT doit toucher, notamment par la mise en place de partenariats. Face à l’ampleur du défi que représente l’extension de la couverture de la sécurité sociale, le BIT ne peut espérer obtenir des résultats tangibles qu’en développant des partenariats sur ce thème. Le partenariat avec les gouvernements, les partenaires sociaux, les organisations de la société civile, les agences de développement, les pays donateurs et les organisations internationales est essentiel. Des collaborations sont déjà développées avec des organisations telles que l’OMS (particulièrement important pour l’accès aux soins de santé), la Banque mondiale, l’Agence allemande de développement (GTZ), le Conseil de l’Europe, l’Association Internationale de la Sécurité Sociale.

A titre d’exemple, le BIT a lancé une initiative conjointe avec l’OPS (Organisation panaméricaine de la santé) pour l’extension de la protection sociale en santé en Amérique latine et aux Caraïbes. Dans cette initiative, l’OIT œuvre avec l’OPS pour aider les pays à définir des plans d’action nationaux de manière à étendre la couverture sanitaire en combinant divers mécanismes: assurance maladie, programmes à base communautaire et ouverture de l’accès aux établissements sanitaires publics. Ce programme agira à deux niveaux. Au niveau

¹¹¹ <http://www.concertation.org>

régional, il dispensera une formation et des conseils et fournira une évaluation des projets nationaux, au niveau national, tous les pays participants définiront, pendant les deux premières années, des plans d'action nationaux concernant des moyens d'étendre la couverture sanitaire en combinant divers mécanismes.

Au cours des trois prochaines années, un premier essai sera tenté avec la mise en œuvre des plans d'action. L'objectif de cette initiative est de tenter d'inverser la tendance au recul de la couverture des soins de santé dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, où quelque 140 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé et de réussir à assurer une couverture de soins de santé pour tous.

L'ambition du BIT à travers la Campagne est de constituer un catalyseur susceptible de mobiliser les principaux acteurs pour l'action. L'extension de la sécurité sociale constitue un instrument puissant de la lutte contre la pauvreté et de promotion concrète de l'Agenda du travail décent.