
Conférence internationale du Travail, 101^e session, 2012

Rapport IV (1)

Socles de protection sociale pour la justice sociale et une mondialisation équitable

Quatrième question à l'ordre du jour

ISBN 978-92-2-224493-5 (imprimé)
ISBN 978-92-2-224494-2 (pdf Web)
ISSN 0251-3218

Première édition 2011

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

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

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

Table des matières

	<i>Page</i>
Abréviations	v
Introduction	1
Chapitre 1. Le socle de protection sociale: Un concept visant à garantir la sécurité sociale de base pour tous – Aperçu des enjeux et des possibilités	5
1.1. Historique.....	5
1.2. Evolution du débat au sein de l’OIT.....	6
1.3. Le déficit de protection au niveau mondial	8
1.4. Extension de la sécurité sociale: Cadre juridique de l’OIT	10
1.4.1. Recommandations n ^{os} 67 et 69: Les grandes lignes d’un système complet de sécurité sociale	11
1.4.2. Conventions relatives à la sécurité sociale: Une référence pour l’élaboration de systèmes de sécurité sociale.....	12
1.5. Conclusion intérimaire: Nécessité de combler les lacunes juridiques du corpus d’instruments de l’OIT relatifs à la sécurité sociale	15
Chapitre 2. Fourniture des garanties élémentaires relatives à la sécurité du revenu et aux soins de santé essentiels – législation et pratique	17
2.1. Couverture de la population	18
2.1.1. Cadre juridique et conceptuel international.....	18
2.1.2. Législation et pratique nationales	19
2.2. Eventail des prestations fournies au titre des garanties du socle de protection sociale	21
2.2.1. Cadre juridique et conceptuel international.....	21
2.2.2. Législation et pratique nationales	22
2.3. Niveau des prestations fournies	24
2.3.1. Cadre juridique et conceptuel international.....	24
2.3.2. Législation et pratique nationales	27
2.4. Nature juridique des droits à prestations	30
2.4.1. Cadre juridique et conceptuel international.....	30
2.4.2. Législation et pratique nationales	31

	<i>Page</i>
2.5. Mécanismes de fourniture des prestations et organisation	33
2.5.1. Cadre juridique et conceptuel international.....	33
2.5.2. Législation et pratique nationales	34
2.6. Cohérence avec d'autres objectifs politiques	35
2.6.1. Cadre juridique et conceptuel international.....	35
2.6.2. Législation et pratique nationales	36
2.7. Financement	40
2.7.1. Cadre juridique et conceptuel international.....	40
2.7.2. Législation et pratique nationales	40
2.8. Gouvernance	44
2.8.1. Cadre juridique et conceptuel international.....	44
2.8.2. Législation et pratique nationales	46
2.9. Processus d'extension	50
2.9.1. Cadre juridique et conceptuel international.....	50
2.9.2. Législation et pratique nationales	51
2.10. Conclusion provisoire: Identification des éléments d'une recommandation sur les socles de protection sociale	53
Questionnaire.....	57
Annexe I.....	73
Annexe II.....	74
Annexe III.....	86

Abréviations

CEACR	Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations
CIT	Conférence internationale du Travail
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT/BIT	Organisation internationale du Travail/Bureau international du Travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONU-CCS	Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement

Introduction

1. A sa 311^e session (juin 2011), le Conseil d'administration du Bureau international du Travail (BIT) a décidé d'inscrire une question sur la protection sociale (sécurité sociale) à l'ordre du jour de la 101^e session (2012) de la Conférence internationale du Travail (CIT) en vue de l'élaboration d'une recommandation autonome sur le socle de protection sociale (simple discussion)¹. Cette décision donne effet à la résolution concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale)² adoptée par la Conférence à sa 100^e session, en 2011 (résolution concernant la sécurité sociale (2011)), qui invitait le Conseil d'administration du BIT à inscrire une telle question à son ordre du jour au titre du suivi de la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale) en vertu de la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable³. La Conférence a conclu qu'il était nécessaire d'adopter une norme internationale du travail qui prendrait la forme d'une recommandation autonome et compléterait les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale en fournissant aux Etats Membres des orientations souples mais pertinentes pour élaborer des socles de protection sociale dans le cadre de systèmes de sécurité sociale complets adaptés à leur situation et à leur niveau de développement⁴. Le Conseil d'administration a ensuite décidé que cette question ferait l'objet d'une simple discussion, conformément à l'article 38 du Règlement de la Conférence⁵.

2. Le Bureau a donc préparé le présent rapport sommaire sur la législation et la pratique qui présente des exemples de législation et de pratique en vigueur dans des Etats Membres représentant des régions ainsi que des situations, des traditions et des systèmes juridiques différents (niveaux de revenu et de développement). Il contient une analyse comparative des principales évolutions et des tendances nouvelles relatives à l'établissement de socles de protection sociale, ou d'éléments de tels socles, au niveau national.

3. Ce rapport ne vise pas à présenter une analyse complète et approfondie mais à mettre en lumière certains des éléments clés qui peuvent être pertinents pour la discussion sur une recommandation possible, tels que recensés dans les conclusions

¹ Document GB.311/6.

² Conformément à la Constitution de l'OIT, l'expression *protection sociale*, telle qu'utilisée dans le présent rapport, désigne la protection qui est offerte aux personnes résidant habituellement sur le territoire d'un Membre dans le cadre de régimes de sécurité sociale qui fournissent une sécurité du revenu et l'accès à des biens et services en matière de soins de santé.

³ BIT: *Compte rendu provisoire* n° 24, rapport de la Commission pour la discussion récurrente sur la protection sociale, résolution concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale), CIT, 100^e session, Genève, 2011.

⁴ BIT: *Compte rendu provisoire* n° 24, rapport de la Commission pour la discussion récurrente sur la protection sociale, conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale), CIT, 100^e session, Genève, 2011, paragr. 31.

⁵ Document GB.311/6.

concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale) adoptées par la Conférence à sa 100^e session (conclusions concernant la sécurité sociale (2011))⁶. Il a été établi sur la base des données concrètes rassemblées pour la préparation de cette discussion récurrente, de l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011)⁷ et d'autres sources disponibles au BIT. Il s'agit des réponses envoyées par les Etats Membres dans le cadre de l'étude d'ensemble précitée, des rapports analytiques établis par le Département de la sécurité sociale du Bureau international du Travail en vue de la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale), et notamment du rapport pour la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale) en vertu de la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable (rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale)⁸. Le présent rapport doit être lu concurremment avec ces documents ainsi qu'avec les documents et rapports énumérés ci-après:

- BIT: *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond* (ce rapport existe sous forme de résumé exécutif en français, intitulé *Rapport mondial sur la sécurité sociale 2010/11: Donner une couverture sociale en période de crise et au-delà*) (Genève, 2010)⁹;
- BIT: *Extending social security to all – A guide through challenges and options* (Genève, 2010)¹⁰;
- BIT: Rapport du Directeur général, deuxième rapport supplémentaire: Réunion tripartite d'experts sur les stratégies d'extension de la couverture de la sécurité sociale (Genève, 2-4 septembre 2009), annexe, résumé du président, document GB.306/17/2;
- BIT: *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*, Documents de politique de sécurité sociale, document 1 (Genève, 2008);
- BIT: *Etablir des normes de sécurité sociale dans une société mondialisée: Une analyse de la situation et de la pratique présentes, ainsi que des options futures pour l'établissement par l'Organisation internationale du Travail d'une norme globale*, Documents de politique de sécurité sociale, document 2 (Genève, 2008);
- BIT: *Interregional Tripartite Meeting on the Future of Social Security in Arab States*, Amman, 6-8 mai 2008, Documents de politique de sécurité sociale, document 5 (Genève, 2008);
- BIT: *Reunión Regional Tripartita sobre el futuro de la protección social en América Latina*, Santiago, Chili, 12-14 décembre 2007, Documents de politique de sécurité sociale, document 4 (Genève, 2008);

⁶ BIT: *Compte rendu provisoire* n° 24, rapport de la Commission pour la discussion récurrente sur la protection sociale, conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale), CIT, 100^e session, Genève, 2011.

⁷ BIT: *La sécurité sociale et la primauté du droit*, rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations, rapport III (Partie 1B), étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale à la lumière de la Déclaration de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, CIT, 100^e session, Genève, 2011.

⁸ BIT: *La sécurité sociale pour la justice sociale et une mondialisation équitable*, rapport VI, CIT, 100^e session, Genève, 2011.

⁹ Ci-après désigné *World Social Security Report 2010/11*.

¹⁰ Ci-après désigné guide de vulgarisation (*Extension Guide*).

- BIT: *Asia-Pacific Regional High-Level Meeting on Socially-Inclusive Strategies to Extend Social Security Coverage*, New Delhi, Inde, 19-20 mai 2008, Documents de politique de sécurité sociale, document 6 (Genève, 2008);
- BIT: *La sécurité sociale pour tous: Un investissement dans la justice sociale et le développement économique*, Documents de politique de sécurité sociale, document 7 (Genève, 2009);
- BIT: *Can low-income countries afford basic social security?*, Documents de politique de sécurité sociale, document 3 (Genève, 2008);
- BIT: *Mise en place d'un socle de protection sociale avec le Pacte mondial pour l'emploi*, deuxième Colloque africain sur le travail décent, Yaoundé, octobre 2010 (Genève, 2010);
- *Déclaration tripartite de Yaoundé sur la mise en œuvre du socle de protection sociale*, deuxième Colloque africain sur le travail décent, Yaoundé, octobre 2010 (Yaoundé, 2010);
- OIT/PNUD/Global South-South Development Academy: *Successful social protection floor experiences. Sharing innovative experiences*, vol. 18 (New York, 2011);
- BIT: Résolution et conclusions concernant l'égalité entre femmes et hommes au cœur du travail décent, rapport de la Commission de l'égalité, CIT, 98^e session (Genève, 2009).

4. Le présent rapport est assorti d'un questionnaire établi en vue de préparer une recommandation sur le socle de protection sociale. Les gouvernements sont invités à envoyer leurs réponses motivées au BIT sur la base desquelles celui-ci élaborera, conformément aux dispositions du paragraphe 2 de l'article 38 du Règlement de la Conférence, un rapport définitif résumant les avis exprimés et proposera un projet de recommandation. Conformément à la décision du Conseil d'administration d'autoriser des délais réduits ¹¹, comme le prévoit le paragraphe 3 de l'article 38 du Règlement de la Conférence, et pour donner au BIT le temps de rédiger ce rapport qui doit être communiqué aux gouvernements au moins trois mois avant l'ouverture de la 101^e session de la Conférence, les gouvernements sont priés de faire parvenir leurs réponses au Bureau au plus tard le 1^{er} novembre 2011.

5. Le Bureau rappelle aux gouvernements que, conformément au paragraphe 1 de l'article 38 du Règlement de la Conférence, ils sont tenus de consulter les organisations d'employeurs et de travailleurs les plus représentatives avant d'arrêter définitivement leurs réponses. Le résultat de ces consultations doit transparaître dans les réponses des gouvernements, qui sont priés d'indiquer quelles organisations ils ont consultées.

6. Le cadre conceptuel du socle de protection sociale est conforme à la composante «transferts sociaux» de l'Initiative sur le socle de protection sociale adoptée par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination (CCS) en avril 2009 ¹². Cette initiative conjointe préconise un ensemble de transferts et de droits sociaux permettant aux individus d'avoir accès à des biens et services essentiels.

7. Le présent rapport adopte une position pragmatique en matière de définitions. Les termes «sécurité minimale du revenu», «soins de santé essentiels», «sécurité sociale

¹¹ Document GB.311/6, paragr. 7.

¹² Nations Unies: document thématique du CCS: *La crise financière mondiale et son impact sur les tâches des organismes de l'ONU*, 2009, p. 19 (www.un.org/ga/econcrisissummit/docs/CEB_Paper_final_web.pdf).

adéquate» et autres expressions similaires sont établis aux fins uniquement des socles nationaux de protection sociale, et il incombe à chaque Etat Membre d'en préciser la définition. Ils ne visent pas à remplacer toute définition qui a pu être adoptée pour des niveaux supérieurs ou différents de sécurité sociale, de protection sociale ou de protection de la santé au BIT, à l'OMS ou à l'ONU, et il revient expressément au processus de dialogue national de déterminer leur contenu.

8. Le rapport comporte trois chapitres. Le chapitre 1 expose brièvement les principaux enjeux et possibilités en matière d'extension de la sécurité sociale. A cet effet, il passe en revue le cadre des normes de sécurité sociale de l'OIT au regard des lacunes de la couverture de sécurité sociale observées dans les Etats Membres (comme il ressort notamment du *World Social Security Report 2010/11*) et propose l'élaboration d'une nouvelle recommandation visant à combler ces lacunes, et donc à répondre aux besoins de la population mondiale. Le chapitre 2 analyse la législation et les pratiques nationales relatives à la fourniture de garanties élémentaires concernant la sécurité du revenu et les soins de santé essentiels dans le contexte du cadre juridique et conceptuel international. Le chapitre 3 contient le questionnaire précédé d'une brève introduction qui en expose le contenu.

Chapitre 1

Le socle de protection sociale: Un concept visant à garantir la sécurité sociale de base pour tous – Aperçu des enjeux et des possibilités

1.1. Historique

9. La sécurité sociale est au cœur du mandat de l'Organisation internationale du Travail (OIT) depuis la création de celle-ci en 1919 et constitue par conséquent l'un de ses principaux domaines d'activité normative. La Déclaration de Philadelphie (1944)¹ fait obligation à l'OIT «de seconder la mise en œuvre, parmi les différentes nations du monde, de programmes propres à réaliser ... l'extension des mesures de sécurité sociale en vue d'assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets». La reconnaissance universelle de la sécurité sociale en tant que droit de la personne humaine a ensuite été consacrée par la Déclaration universelle des droits de l'homme (1948)², le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966)³, ainsi que par de nombreux autres traités internationaux ou régionaux relatifs aux droits de l'homme, qui tous font référence au droit à la sécurité sociale⁴.

¹ Déclaration concernant les buts et objectifs de l'Organisation internationale du Travail (Déclaration de Philadelphie), adoptée par la Conférence internationale du Travail à sa 26^e session, tenue à Philadelphie, le 10 mai 1944. La Déclaration de Philadelphie fait partie intégrante de la Constitution de l'OIT.

² Déclaration universelle des droits de l'homme, adoptée par l'Assemblée générale dans sa Résolution 217 A(III), 1948.

³ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, adopté par l'Assemblée générale dans sa Résolution 2200 A(XXI), 1966.

⁴ Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes, adoptée par l'Assemblée générale dans sa Résolution 34/180 du 18 décembre 1979, art. 11(1)(e), 11(2)(b) et 14(2); Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée par l'Assemblée générale dans sa Résolution 44/25 du 20 novembre 1989, art. 26, 27(1), 27(2) et 27(4); Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, adoptée par l'Assemblée générale dans sa Résolution 2106 (XX) du 21 décembre 1965, art. 5(e)(iv); Convention internationale sur la protection des droits de tous les travailleurs migrants et de leurs familles, adoptée par l'Assemblée générale dans sa Résolution 45/158 du 18 décembre 1990, art. 27 et 54; Convention relative aux droits des personnes handicapées, adoptée par l'Assemblée générale dans sa Résolution A/RES/61/106 du 13 décembre 2006; Déclaration américaine des droits et devoirs de l'homme, O.A.S. Res. XXX, adoptée par la neuvième Conférence des Etats américains (1948); Protocole additionnel à la Convention américaine relative aux droits de l'homme traitant des droits économiques, sociaux et culturels «Protocole de San Salvador» (1988); Charte africaine des droits de l'homme et des peuples (1981), adoptée par la 18^e Conférence des chefs d'Etat et de gouvernement de l'Organisation de l'unité africaine (OUA), juin 1981, Nairobi, Kenya; Charte africaine des droits et du bien-être de l'enfant, adoptée par l'OUA le 11 juillet 1990, document de l'OUA CAB/LEG/24.9/49 (1990); Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (1950), STE n° 005; Charte sociale européenne (1961) révisée en 1996.

10. Inscrire la sécurité sociale dans ces instruments et dans la législation nationale, c'est reconnaître aussi qu'elle est une nécessité humaine. En effet, des systèmes nationaux de sécurité sociale efficaces sont des outils puissants pour assurer la sécurité du revenu, prévenir et réduire la pauvreté et les inégalités, et promouvoir l'inclusion sociale et la dignité⁵. La sécurité sociale est aussi une nécessité économique. Dès lors qu'elle est bien conçue et qu'elle est liée à d'autres politiques, elle améliore la productivité et l'employabilité et contribue au développement économique. En temps de crise, elle fait fonction de stabilisateur économique et social et contribue par là même à atténuer l'impact des récessions économiques, à renforcer la résilience et à permettre une reprise plus rapide en vue d'une croissance inclusive⁶.

11. Malgré son rôle fondamental, la sécurité sociale est encore loin d'être une réalité pour la vaste majorité de la population mondiale: d'après les estimations de l'OIT, approximativement 80 pour cent ne disposent pas d'une sécurité du revenu adéquate ou n'ont pas accès aux soins médicaux. Conscients de cette lacune abyssale, les mandats de l'Organisation ont réaffirmé à de nombreuses reprises, au cours de la dernière décennie, l'importance de la sécurité sociale et le rôle essentiel que joue l'OIT en aidant ses Etats Membres à étendre la couverture. Conformément aux conclusions adoptées par la Conférence internationale du Travail, à sa 100^e session, cette extension devrait se faire sur la base non seulement de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, mais aussi d'une nouvelle recommandation qui donnerait aux Etats Membres des orientations pour l'établissement de socles de protection sociale garantissant à tous ceux qui en ont besoin un revenu minimum et l'accès aux soins de santé, et viendrait compléter les normes applicables⁷.

1.2. Evolution du débat au sein de l'OIT

12. Le nouveau consensus sur la sécurité sociale qui s'est dégagé en 2001 à la Conférence internationale du Travail, à sa 89^e session, accordait la plus haute priorité aux politiques et initiatives aptes à étendre la sécurité sociale à ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes existants. En conséquence, en 2003, le Bureau international du Travail a lancé la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous. La Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, adoptée par la Conférence à sa 97^e session, en 2008, réaffirme l'engagement tripartite en faveur de l'extension de la sécurité sociale à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection, dans le cadre de l'Agenda du travail décent.

13. En avril 2009, le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination a lancé l'initiative conjointe pour un socle de protection sociale. A sa 98^e session, en juin 2009, la Conférence internationale du Travail a reconnu le rôle crucial des politiques de protection sociale dans la riposte à la crise, et le Pacte mondial pour l'emploi appelait les pays à envisager, selon les besoins, de «... mettre en place une protection sociale adéquate universelle fondée sur un socle de protection sociale ...»⁸.

14. Les réunions régionales tripartites de l'OIT qui se sont tenues en Amérique latine, dans des Etats arabes, en Asie et dans le Pacifique en 2007 et 2008 ont porté sur les

⁵ Conclusions concernant la sécurité sociale (2011), paragr. 5 b).

⁶ *Ibid.*, paragr. 5 c).

⁷ *Ibid.*, paragr. 31.

⁸ BIT: *Surmonter la crise: Un Pacte mondial pour l'emploi*, Conférence internationale du Travail, 98^e session, Genève, 19 juin 2009, paragr. 12 1) ii).

stratégies d'extension de la sécurité sociale. Il en est ressorti une stratégie bidimensionnelle générique qui conjugue l'extension de la couverture à tous, grâce à des socles de protection sociale définis à l'échelon national, avec la mise en œuvre progressive de niveaux plus élevés de sécurité sociale par le biais de régimes complets de protection. Cette stratégie a été avalisée par la Déclaration tripartite de Yaoundé adoptée au deuxième Colloque africain sur le travail décent, qui s'est tenu à Yaoundé en 2010, et dans le résumé du président de la Réunion tripartite d'experts sur les stratégies d'extension de la couverture de sécurité sociale de 2009.

15. Dans un même temps, en 2009 et 2010, la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) a réalisé une étude d'ensemble sur l'application des instruments relatifs à la sécurité sociale⁹ à la lumière de la Déclaration de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable. Se fondant sur les réponses de 116 États Membres, elle conclut dans son rapport¹⁰ que «le mandat actuel de l'OIT en matière de sécurité sociale, tel que réaffirmé et actualisé par la Déclaration de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, dépasse largement les normes censées le mettre en œuvre. Les moyens disponibles sont devenus insuffisants à cet effet. Tel est particulièrement le cas de l'objectif visant à étendre à tous la sécurité sociale, au-delà de l'économie formelle aux populations nombreuses qui vivent dans la misère et l'insécurité, objectif qui est au cœur du mandat et de la mission de l'OIT¹¹.» La CEACR indique que «l'OIT, pour mener à bien sa tâche d'universalisation de la sécurité sociale, doit compléter son corpus de normes à jour par un instrument percutant qui ancrera la sécurité sociale dans un nouveau paradigme du développement et qui sera ainsi conçu qu'il pourra être accepté par tous les États Membres»¹². Elle fait aussi observer que «[l']idée d'asseoir l'économie mondiale sur un socle global de sécurité sociale a le pouvoir une fois de plus de modifier le paradigme de la sécurité sociale, ainsi que les moyens qui seront mis à sa disposition à l'avenir, le modèle axé sur les risques cédant la place à des formes plus intégrées de protection sociale»¹³. A cet égard, la commission d'experts souscrit sans réserve à la stratégie bidimensionnelle d'extension de la sécurité sociale tout en rappelant que «le cadre juridique constitué par les normes existantes de sécurité sociale a besoin d'être renforcé»¹⁴.

16. Dans ses conclusions concernant la sécurité sociale (2011), la Conférence internationale du Travail affirme que: «Comblers les lacunes de la couverture est une priorité absolue si l'on veut assurer une croissance économique équitable, la cohésion sociale et le travail décent pour l'ensemble des femmes et des hommes. Des stratégies nationales efficaces visant à étendre la sécurité sociale conformément aux priorités nationales et tenant compte de la faisabilité administrative et de l'accessibilité économique contribuent à la réalisation de ces objectifs. Ces stratégies nationales

⁹ Les instruments visés par cette étude d'ensemble sont la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, la convention (n° 168) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988, la recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944.

¹⁰ BIT: *La sécurité sociale et la primauté du droit*, rapport de la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (art. 19, 22 et 35 de la Constitution), rapport III (Partie 1B), étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale à la lumière de la Déclaration de 2008 sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, CIT, 100^e session, Genève, 2011.

¹¹ Etude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 30.

¹² *Ibid.*, paragr. 31.

¹³ *Ibid.*, paragr. 53.

¹⁴ *Ibid.*, paragr. 626.

devraient viser à parvenir à une couverture universelle de la population offrant au moins des niveaux minimaux de protection (dimension horizontale) et à mettre en place progressivement des niveaux de protection plus élevés inspirés des normes à jour de l'OIT concernant la sécurité sociale (dimension verticale). Les deux dimensions de l'extension de la couverture sont cohérentes avec la volonté de se conformer aux dispositions de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, sont d'égale importance et devraient, dans la mesure du possible, être réalisées simultanément. La dimension horizontale devrait tendre à l'établissement rapide au niveau national d'un socle de protection sociale comportant des garanties élémentaires de sécurité sociale en vertu desquelles, tout au long de la vie, toutes les personnes qui en ont besoin auront les moyens nécessaires et un accès effectif à des soins de santé essentiels, et une sécurité du revenu se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelon national. Les politiques relatives au socle de protection sociale devraient viser à faciliter un accès effectif aux biens et services essentiels, promouvoir des activités économiques productives et être mises en œuvre en étroite coordination avec d'autres politiques visant à améliorer l'employabilité, à réduire l'informalité et la précarité, à créer des emplois décents et à promouvoir l'esprit d'entreprise ¹⁵.»

17. La Conférence internationale du Travail déclare en outre: «[d]u fait que la fourniture, ne serait-ce que d'une sécurité sociale de base au moyen d'un socle de protection sociale, suscite un regain d'intérêt, le besoin existe d'une recommandation venant compléter les normes applicables, qui aiderait les pays, en leur fournissant des orientations souples mais faisant sens, à établir des socles de protection sociale dans le cadre de systèmes complets de sécurité sociale adaptés à la situation et au niveau de développement de chaque pays». Elle énonce les éléments d'une possible recommandation concernant les socles de protection sociale ¹⁶, qui sont traités dans le chapitre 2 du présent rapport. Soulignant la nécessité de combler les lacunes de la couverture sociale en toute priorité, les conclusions concernant la sécurité sociale (2011) enjoignent les pays à définir leur propre calendrier de mise en œuvre progressive ¹⁷.

1.3. Le déficit de protection au niveau mondial ¹⁸

18. Bien que la sécurité sociale soit universellement reconnue comme un droit humain fondamental et une composante essentielle du développement social et économique, la majorité de la population mondiale n'a aucune protection. Selon les estimations, seuls 20 pour cent des hommes et des femmes en âge de travailler dans le monde (et leurs familles) auraient effectivement accès à des systèmes complets de sécurité sociale ¹⁹.

Des lacunes dans la couverture de la population

19. Si, dans certaines parties du monde, la couverture sociale tend à s'élargir, dans d'autres, on constate une stagnation, voire un recul, imputable dans de nombreux cas au développement croissant du travail informel. Pour ce qui est de la couverture des prestations contributives, ces tendances sont étroitement tributaires de celles de l'emploi, en particulier s'agissant de la quantité et de la qualité des emplois disponibles dans

¹⁵ Conclusions concernant la sécurité sociale (2011), paragr. 8 et 9.

¹⁶ *Ibid.*, paragr. 31, et annexe.

¹⁷ *Ibid.*, paragr. 8 et 31.

¹⁸ Le niveau et la qualité de la couverture sociale sont traités plus en détail dans le *World Social Security Report 2010/11*.

¹⁹ *World Social Security Report 2010/11*, p. 33.

l'économie formelle. A l'origine, l'assurance sociale a été instituée pour des salariés titulaires d'un contrat explicite passé avec une entreprise formelle et prévoyant une rémunération régulière et définie, dans le cadre d'une relation de travail identifiable. Dans de telles conditions, il est possible de contrôler les revenus perçus par les individus et de veiller au respect des obligations contributives. Les travailleurs dont les conditions de travail sont moins formelles, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire ou à faible revenu, ne sont généralement pas couverts par l'assurance sociale. C'est habituellement le cas des travailleurs indépendants, des travailleurs à leur compte et autres personnes relevant de formes d'emploi irrégulières, qui représentent souvent la vaste majorité des travailleurs de l'économie informelle. En outre, dans certains pays, employeurs et travailleurs de petites entreprises ne sont pas assujettis à certaines dispositions de la législation du travail et de la sécurité sociale, ce qui les dispense notamment de cotiser à la sécurité sociale. Dans d'autres pays, de nombreux travailleurs – même ceux qui bénéficient d'une couverture légale – ne sont pas protégés dans la pratique car les mécanismes visant à faire respecter la législation sont défectueux. Ils représentent une part relativement importante de l'emploi total dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire.

20. Par ailleurs, dans beaucoup de pays où la couverture de l'assurance sociale est limitée (principalement dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire), on constate que d'autres mécanismes non contributifs, financés par l'impôt et susceptibles de combler les lacunes de la couverture en offrant au moins une protection de base aux personnes qui ne se trouvent pas dans une relation de travail formelle, sont insuffisamment développés. Alors que l'évolution récente dans ce domaine a démontré à maintes reprises les vastes possibilités qu'offrent à cet égard les régimes de sécurité sociale non contributifs, de nombreux pays manquent encore de moyens d'action ou de capacité administrative, voire de volonté politique pour mettre en œuvre ces régimes et leur affecter les ressources budgétaires nécessaires.

Des lacunes dans l'éventail des éventualités couvertes

21. La protection sociale complète (couverture au titre de toutes les branches de sécurité sociale au moins au niveau minimum garanti par la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, est loin d'être une réalité pour la grande majorité de la population mondiale. Sur les 165 pays pour lesquels des données sont disponibles, seuls 59 sont dotés de systèmes de sécurité sociale complets comportant au moins huit branches. Dans beaucoup de pays, la couverture est limitée à quelques branches, et seule une minorité de la population a accès, en droit et en pratique, aux régimes existants.

22. Tous les pays prévoient une certaine forme de protection sociale en matière de santé, donnant en principe au moins accès à un ensemble limité de services, y compris certains services de santé publics gratuits ou des services financés par l'assurance-maladie dans le cas de certains groupes de population. Des régimes de retraite contributifs existent à peu près partout dans le monde, mais ils ne couvrent souvent que des catégories déterminées de travailleurs d'une économie formelle peu développée. Nombre de ces régimes sont relativement nouveaux, de sorte que la couverture réelle, mesurée en pourcentage de personnes âgées bénéficiant d'une prestation, est très faible. Dans la plupart des pays, les salariés de l'économie formelle bénéficient d'une protection en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle même si, souvent, l'importance et la nature des prestations servies ne satisfont pas aux dispositions de la convention n° 102. Dans ces pays, au moins certaines catégories de salariés ont droit à un congé payé de maladie et de maternité en vertu soit du Code du travail, soit d'une

convention collective. Cependant, ces dispositions étant assez peu appliquées, la couverture réelle est faible.

Manque d'adéquation des prestations

23. La protection résultant des prestations de sécurité sociale devrait au moins garantir des conditions de vie décentes à toutes les personnes, quel que soit leur âge, en leur donnant les moyens d'accéder à tous les biens et services de première nécessité, y compris les services de santé. Cela signifie que leur revenu devrait être porté à un niveau minimum, au-dessus du seuil de pauvreté, et qu'elles devraient pouvoir concrètement accéder à un ensemble de biens et de services de santé essentiels, défini dans le cadre d'un processus national transparent. La pauvreté endémique, l'exclusion sociale et les problèmes liés à des maladies évitables montrent que, bien souvent, les prestations de sécurité sociale ne sont pas à la hauteur du défi, à savoir permettre à chacun de vivre dignement. Dans l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), la commission d'experts fait observer qu'il existe un «écart entre les pays à haut revenu, d'un côté, et les pays à moyen et bas revenus, d'un autre côté, en termes de valeur et d'adéquation des prestations fournies par leurs systèmes respectifs de sécurité sociale. Alors que le premier groupe de pays bénéficie, en règle générale, de prestations dépassant même les normes supérieures établies par les conventions de sécurité sociale adoptées ultérieurement, les pays à faible revenu et ceux à revenu intermédiaire ont souvent un niveau de prestations qui n'atteint généralement pas même les niveaux minimums fixés ... visant à permettre à un bénéficiaire de vivre, avec sa famille, dans des "conditions de vie et de santé décentes"²⁰.»

1.4. Extension de la sécurité sociale: Cadre juridique de l'OIT

24. C'est essentiellement au moyen de ses conventions et recommandations que l'OIT peut s'acquitter de son mandat visant à étendre la sécurité sociale à tous ceux qui ont besoin d'une protection. Le cadre juridique de l'OIT en matière de sécurité sociale et de protection de la maternité se compose pour l'essentiel de deux recommandations importantes, la recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, ainsi que de six conventions considérées comme à jour par le Conseil d'administration du BIT²¹:

- ❑ la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952;
- ❑ la convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 [tableau I modifié en 1980];
- ❑ la convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967;
- ❑ la convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969;
- ❑ la convention (n° 168) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988;
- ❑ la convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000.

²⁰ Etude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 460, référence à l'article 67 de la convention n° 102.

²¹ Document GB.276/LILS/WP/PRS/1, Genève, nov. 1999.

25. En outre, deux conventions sur les droits des travailleurs migrants en matière de sécurité sociale sont considérées comme étant à jour, à savoir la convention (n° 118) sur l'égalité de traitement (sécurité sociale), 1962, et la convention (n° 157) sur la conservation des droits en matière de sécurité sociale, 1982.

26. Pris dans leur globalité, ces instruments représentent un cadre de référence unique, qui contribue utilement à la conception de systèmes nationaux de sécurité sociale. Toutefois, ils ne sont pas sans présenter quelques lacunes importantes, qui doivent être comblées par un instrument complémentaire fournissant des éléments d'orientation.

1.4.1. Recommandations n^{os} 67 et 69: Les grandes lignes d'un système complet de sécurité sociale

27. La recommandation (n° 67) sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, sont les premiers instruments de l'OIT à traiter de la sécurité sociale. Il était prévu, au moment de leur adoption, qu'elles donneraient lieu à des dispositions conventionnelles contraignantes. Prises ensemble, elles jettent les bases d'un système complet de sécurité du revenu et de protection de la santé pour chacune des neuf branches traditionnelles de la sécurité sociale, outre l'aide aux plus démunis, afin de soulager le besoin et de prévenir l'indigence²².

28. La recommandation n° 67 préconise l'établissement d'un système complet de sécurité sociale pour garantir des moyens d'existence (moyennant des prestations en espèces) dans le cas de huit éventualités: maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès du soutien de famille, chômage, dépenses exceptionnelles, et lésions (blessures ou maladies) résultant de l'emploi²³. En vertu de l'universalité de la couverture, l'un des principes fondamentaux de la recommandation, la sécurité du revenu devrait être procurée à l'ensemble de la population, par le biais de l'assurance sociale et de l'assistance sociale²⁴. Cette recommandation dispose en particulier que la garantie des moyens d'existence devrait être établie, autant que possible, sur la base de l'assurance sociale obligatoire pour tous les travailleurs et leurs familles, y compris les travailleurs indépendants. Des dispositifs d'assistance sociale à l'intention des personnes non couvertes par les régimes de sécurité sociale formels complèteraient le système afin d'assurer la couverture universelle de la population²⁵. L'assistance sociale devrait comporter les volets suivants: mesures générales destinées à assurer le bien-être des enfants à charge, allocations spéciales de subsistance à des taux prescrits en faveur des invalides, des vieillards et des veuves qui ne sont pas couverts par l'assurance sociale obligatoire, et assistance générale «à toutes personnes dans le besoin, lorsqu'il n'y a pas lieu à internement en vue de soins correctifs²⁶» (principe directeur 3).

29. La couverture universelle est également un principe fondamental de la recommandation n° 69, la disponibilité de soins médicaux adéquats étant reconnue comme un élément essentiel de la sécurité sociale²⁷. Cette recommandation prévoit deux modes de fourniture des soins médicaux: soit un service de soins médicaux relevant de l'assurance sociale, complété par l'assistance sociale, soit un service public de soins

²² Recommandation n° 67, paragr. 1-4.

²³ *Ibid.*, paragr. 7.

²⁴ *Ibid.*, préambule.

²⁵ *Ibid.*, paragr. 2 et 3.

²⁶ *Ibid.*, paragr. 3.

²⁷ Recommandation n° 69, paragr. 8.

médicaux²⁸. Quelle que soit la méthode adoptée, «le service de soins médicaux devrait englober tous les membres de la communauté, qu'ils exercent ou non une occupation lucrative²⁹».

1.4.2. Conventions relatives à la sécurité sociale: Une référence pour l'élaboration de systèmes de sécurité sociale

30. La convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, est l'instrument phare des six conventions à jour relatives à la sécurité sociale. C'est la seule convention internationale qui définit les neuf branches classiques de la sécurité sociale (soins médicaux, indemnités de maladie, prestations de chômage, prestations de vieillesse, prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, prestations aux familles, prestations de maternité, prestations d'invalidité, prestations de survivants)³⁰ et qui établit des normes minimales pour chacune d'elles.

31. Pour chaque éventualité sont ainsi définis:

- le *pourcentage minimum* de la population protégée³¹;
- le *niveau minimum des prestations* à fournir³²;
- les *conditions* pour bénéficier des prestations et leur *durée*³³.

32. Ces objectifs minimums devraient être atteints en appliquant les principes essentiels consacrés dans la convention n° 102, qu'il convient de respecter quel que soit le type de régime établi:

- la responsabilité générale de l'Etat en ce qui concerne le service des prestations et la bonne administration des institutions et services qui concourent à garantir la fourniture des prestations³⁴;
- la participation des personnes protégées à l'administration des régimes de sécurité sociale³⁵;
- le financement collectif des régimes de sécurité sociale³⁶;
- la garantie par l'Etat des prestations définies³⁷;
- la révision du montant des pensions³⁸;
- le droit de former appel en cas de refus de la prestation ou de contestation sur sa qualité ou sa quantité³⁹.

²⁸ *Ibid.*, paragr. 5.

²⁹ *Ibid.*, paragr. 8.

³⁰ Ces branches sont définies respectivement aux articles 8, 14, 20, 26, 32, 40, 47, 50 et 54 de la convention n° 102.

³¹ Convention n° 102, art. 9, 15, 21, 27, 33, 41, 48, 55 et 61.

³² *Ibid.*, art. 10, 16, 22, 28, 34, 36, 49, 50, 56 et 62.

³³ *Ibid.*, art. 11, 17, 23, 29, 37, 51, 57 et 63.

³⁴ *Ibid.*, art. 71, paragr. 3.

³⁵ *Ibid.*, art. 72, paragr. 1.

³⁶ *Ibid.*, art. 71, paragr. 1 et 2.

³⁷ *Ibid.*, art. 71, paragr. 3.

³⁸ *Ibid.*, art. 65, paragr. 10, et art. 66, paragr. 8.

³⁹ *Ibid.*, art. 70.

33. Un des aspects essentiels de la convention n° 102 est qu'elle comporte des clauses de souplesse qui permettent aux Etats Membres, une fois qu'ils l'ont ratifiée, de mettre progressivement en place la couverture universelle. S'appuyant sur le principe que chaque Membre devrait être libre de déterminer la meilleure façon de garantir la sécurité du revenu dans le pays et, partant, de faire des choix conformément à ses valeurs sociales et culturelles, son histoire, ses institutions et son niveau de développement économique, la convention fixe un ensemble d'objectifs ou de normes fondés sur des principes reconnus par tous, qui constituent un minimum social acceptable pour l'ensemble des Etats Membres. La convention prescrit donc certaines obligations minimales que doivent observer les Etats qui l'ont ratifiée tout en s'efforçant de mettre en œuvre progressivement une protection plus complète, sur le plan tant du nombre de risques couverts que de personnes protégées. Elle autorise les Etats qui l'ont ratifiée à accepter au minimum trois des neuf branches de la sécurité sociale, dont l'une au moins couvrant le chômage ou un risque déployant ses effets dans la durée, l'objectif étant d'étendre par la suite la couverture à d'autres risques⁴⁰.

34. En outre, en matière de couverture individuelle, la convention n° 102 prévoit différentes possibilités pour tenir compte de la structure de l'emploi et de la situation socio-économique de chaque Etat Membre, ainsi que des diverses catégories de résidents. De ce fait, pour chaque branche acceptée, les Etats Membres ont la possibilité de ne couvrir qu'un certain pourcentage de la population. Pour ce qui est de la mise en œuvre, la convention permet aux Etats Membres dont l'économie et les services médicaux sont insuffisamment développés de déroger provisoirement à certaines prescriptions, par exemple au pourcentage de personnes couvertes⁴¹. Elle prévoit une certaine souplesse aussi quant au type de régime que les Etats Membres peuvent établir pour lui donner effet et atteindre ses objectifs:

- ❑ régimes universels dans le cadre desquels le droit à prestation est uniquement fondé sur la durée de résidence;
- ❑ régimes d'assurance sociale contributifs;
- ❑ régimes d'assistance sociale sous condition de ressources dans le cadre desquels toutes les personnes dont les ressources, pendant l'éventualité, n'excèdent pas des limites prescrites ont droit à des prestations.

Les prestations fournies peuvent être proportionnelles au salaire ou forfaitaires.

35. Les autres conventions à jour dans ce domaine fixent des normes plus élevées pour les différentes branches de la sécurité sociale, notamment en ce qui concerne l'étendue de la couverture individuelle et le niveau minimum des prestations à fournir (voir encadré 1).

⁴⁰ *Ibid.*, art. 2.

⁴¹ *Ibid.*, art. 3.

Encadré 1
Principales caractéristiques des autres normes à jour de l'OIT
relatives à la sécurité sociale

Convention (n° 121) sur les prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, 1964 [tableau I modifié en 1980] – Les éventualités couvertes par la convention n° 121 sont notamment: l'état morbide, l'incapacité de travail, l'invalidité ou la perte de la capacité en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle établie et la perte des moyens d'existence du fait du décès du soutien de famille à la suite d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Il appartient aux Etats de définir la notion d'«accident du travail», y compris les conditions dans lesquelles cette notion s'applique aux accidents de trajet. La convention n° 121 indique les cas dans lesquels les accidents doivent être pris en compte par la législation nationale en tant qu'accidents du travail et les maladies sont reconnues d'origine professionnelle dans des conditions prescrites. La liste nationale des maladies professionnelles doit comprendre au moins les maladies énumérées au tableau I joint à la convention. Aux termes de la convention n° 121, tous les salariés, y compris les apprentis, des secteurs publics et privés et des coopératives doivent être protégés. La convention énonce en outre trois types de prestation: soins médicaux, prestation en espèces en cas d'incapacité de travail et de perte de la capacité de gain (invalidité), et prestation en espèces en cas de décès du soutien de famille.

Convention (n° 128) concernant les prestations d'invalidité, de vieillesse et de survivants, 1967 – La convention n° 128 couvre tous les salariés, y compris les apprentis, formant au total 75 pour cent au moins de l'ensemble de la population économiquement active, ou tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas certaines limites. Le paiement périodique des prestations d'invalidité devrait atteindre au moins 50 pour cent du salaire de référence. En outre, la convention prévoit l'adoption de mesures en faveur de services de rééducation. Le montant minimum des prestations de vieillesse et de survivants devrait correspondre à 45 pour cent au moins du salaire de référence.

Convention (n° 130) concernant les soins médicaux et les indemnités de maladie, 1969 – Cette convention couvre à la fois l'éventualité de prestations pour soins médicaux et les indemnités de maladie. Tous les salariés, y compris les apprentis, ou 75 pour cent au moins du total de la population économiquement active ou tous les résidents dont les ressources n'excèdent pas certaines limites devraient être couverts par ces deux éventualités. En ce qui concerne les soins médicaux, les femmes et les enfants des salariés sont également couverts. La convention n° 130 prévoit, outre les soins médicaux requis en vertu de la convention n° 102, la couverture des soins dentaires et de la réadaptation médicale, y compris la fourniture, l'entretien et le remplacement des appareils de prothèse ou d'orthopédie. Elle prévoit le droit à prestation pendant toute la durée de l'éventualité et autorise moins de possibilités de limiter la durée des indemnités de maladie; ce n'est que lorsque le bénéficiaire cesse d'appartenir à l'un des groupes de personnes protégées et que la maladie a débuté alors qu'il appartenait encore à un de ces groupes que la durée des indemnités peut être limitée à 26 semaines.

Convention (n° 168) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988 – La convention n° 168 vise un double objectif: protéger les chômeurs en leur fournissant des prestations sous forme de paiements périodiques, et en favorisant l'emploi. Le taux minimum de remplacement des prestations de chômage devrait correspondre à 50 pour cent du salaire de référence. Les Etats ayant ratifié la convention doivent prendre des mesures appropriées pour coordonner leur système de protection contre le chômage et leur politique de l'emploi. Le système de protection contre le chômage et, en particulier, les modalités de l'indemnisation du chômage doivent contribuer à la promotion du plein emploi, productif et librement choisi, et ne doivent pas avoir pour effet de décourager les employeurs d'offrir, et les travailleurs de rechercher, un emploi productif. Les personnes protégées doivent comprendre des catégories prescrites de salariés formant au total 85 pour cent au moins de l'ensemble des salariés, y compris les agents de la fonction publique et les apprentis, ou tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité ne dépassent pas des limites prescrites.

Convention (n° 183) sur la protection de la maternité, 2000 – En vertu de la convention n° 183, les personnes protégées doivent comprendre toutes les femmes employées, y compris les femmes qui le sont dans le cadre de formes atypiques de travail dépendant. La convention prescrit une période minimum de droit à prestations de maternité d'une durée de 14 semaines (y compris une période de six semaines de congé obligatoire après la mise au monde d'un enfant). Les femmes qui s'absentent de leur travail pour cause de congé maternité ont droit à des prestations en espèces dont le montant, en règle générale, ne doit pas être inférieur aux deux tiers de leur gain antérieur. Les prestations médicales fournies aux personnes protégées doivent comprendre les soins prénatals, les soins liés à l'accouchement et les soins postnatals. La convention n° 183 institue le droit à des pauses pour allaitement et contient des dispositions concernant la protection de la santé, la protection de l'emploi et la non-discrimination.

1.5. Conclusion intérimaire: Nécessité de combler les lacunes juridiques du corpus d'instruments de l'OIT relatifs à la sécurité sociale ⁴²

36. Comme l'a réaffirmé la Conférence internationale du Travail dans ses conclusions concernant la sécurité sociale (2011), les normes à jour de l'OIT relatives à la sécurité sociale, et en particulier la convention n° 102, fournissent pour les régimes nationaux de sécurité sociale un ensemble unique de normes minimales acceptées au niveau international. Cette convention sert toujours de référence pour la mise en place progressive d'une couverture complète de sécurité sociale au niveau national. Plusieurs Etats Membres qui appliquent avec succès des politiques novatrices d'extension de la sécurité sociale l'ont ratifiée il y a peu, et d'autres ont annoncé leur intention de le faire. En outre, l'expérience internationale montre que les conventions de l'OIT relatives à la sécurité sociale, en particulier la convention n° 102, sont un moyen d'éviter le nivellement par le bas des systèmes de sécurité sociale partout dans le monde, car elles servent de repères pour évaluer si leurs prescriptions sont respectées et contribuent à l'établissement de conditions égales pour tous en matière sociale ⁴³.

37. Toutefois, dans les pays en développement, souvent ces normes n'ont d'impact que sur l'emploi formel du fait que, dans le système de sécurité sociale classique que les conventions incarnent, la couverture prescrite ne s'étend pas aux agriculteurs et autres travailleurs de subsistance, ni non plus aux travailleurs ruraux et aux travailleurs de l'économie informelle et à leurs familles, alors que ces catégories y constituent la majorité de la population. Comme l'indique la CEACR, «alors que les recommandations n^{os} 67 et 69, appliquant la Déclaration de Philadelphie, aspiraient à l'inclusion sociale et la couverture universelle, les conventions de sécurité sociale ne sont, pour lors, pas parvenues à atteindre ces objectifs, laissant la possibilité d'exclure une partie importante de la population de la couverture des régimes de sécurité sociale» ⁴⁴. La CEACR déclare en outre que l'approche universelle de la sécurité sociale et les objectifs et principes fondamentaux des recommandations n^{os} 67 et 69 restent pertinentes «eu égard notamment aux principes directeurs destinés à orienter la législation et les pratiques

⁴² Pour plus d'informations, voir BIT: *Etablir des normes de sécurité sociale dans une société mondialisée. Une analyse de la situation et de la pratique présentes, ainsi que des options futures pour l'établissement par l'Organisation internationale du Travail d'une norme de sécurité sociale globale*, Documents de politique de sécurité sociale, document 2 (Genève, 2008).

⁴³ Rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, paragr. 436.

⁴⁴ Etude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 628.

nationales ainsi que l'action de l'OIT en faveur d'une couverture sociale universelle»⁴⁵. Ces recommandations sont toutefois limitées sur le plan des moyens qu'elles définissent pour garantir une couverture totale de la population et ne tiennent pas compte des formes et des concepts modernes de couverture sociale qui ont vu le jour ces vingt dernières années dans nombre de pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire⁴⁶.

38. La convention n° 102 ne requiert pas la protection universelle ni la fourniture d'un ensemble complet de prestations de sécurité sociale (c'est-à-dire des socles nationaux de protection sociale) visant à assurer à tous une protection de base tout au long de la vie. Elle ne fournit pas non plus d'orientations sur la définition de priorités et d'étapes pour la mise en œuvre des prestations à fournir, ne prenant en compte que les besoins les plus urgents en termes de protection et les ressources disponibles dans le pays.

39. Compte tenu de la capacité limitée qu'ont les normes à jour de l'OIT de faire du droit à la sécurité sociale une réalité pour tous, l'adoption d'une nouvelle recommandation s'impose. Celle-ci devrait être élaborée dans l'optique de rendre effectif, en droit et dans la pratique, le principe d'une couverture complète de sécurité sociale pour tous ceux qui en ont besoin, et ce aussi rapidement que possible. Plus important encore, cette recommandation devrait viser à protéger en premier lieu ceux qui ne sont pas protégés, les pauvres et les personnes les plus vulnérables, notamment les travailleurs du secteur informel et leurs familles, pour faire en sorte qu'ils puissent réellement bénéficier des prestations élémentaires de la sécurité sociale tout au long de leur vie. Cet instrument devrait aussi encourager la mise en place d'une stratégie moderne de développement à la fois économique et social, fondée sur la réduction de la pauvreté et des inégalités et la lutte contre la mauvaise santé, et aider les Etats Membres à offrir au plus vite des prestations de sécurité sociale de base à tous ceux qui en ont besoin, de manière à remédier aux lacunes qui subsistent dans la couverture.

⁴⁵ *Ibid.*, paragr. 53.

⁴⁶ Voir le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 3.6.

Chapitre 2

Fourniture des garanties élémentaires relatives à la sécurité du revenu et aux soins de santé essentiels – législation et pratique

40. Les conclusions concernant la sécurité sociale (2011) font de l'établissement de socles de protection sociale conçus à l'échelle nationale pour garantir une sécurité minimale du revenu et des soins de santé essentiels la priorité pour étendre la sécurité sociale¹. Le présent chapitre examine comment sont organisées dans différents pays les garanties relatives à la sécurité d'un revenu de base et aux soins de santé essentiels tout au long de la vie, au regard des dispositions des normes pertinentes de l'OIT et du cadre juridique et conceptuel international dans ce domaine². Il s'appuie également sur les conclusions concernant la sécurité sociale (2011), évoque la législation et la pratique des pays qui octroient ces garanties à la population, analyse la façon dont les systèmes sont mis en place et gérés, ainsi que le type des prestations fournies – critères d'ouverture des droits, niveaux des prestations, durée, accessibilité, etc. Etant donné l'objet et le but de la recommandation possible, ce chapitre porte presque exclusivement sur des systèmes non contributifs qui cherchent spécifiquement à couvrir les personnes qui sont insuffisamment, voire pas du tout, protégées par les régimes obligatoires. Il cherche à déterminer quelles prestations sont octroyées en matière de sécurité du revenu de base et de soins de santé essentiels, qui en bénéficie, quand, comment et pourquoi.

41. Le chapitre reprend et complète les informations contenues dans le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, dans l'étude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011) et dans les précédentes études et recherches du BIT sur ce sujet.

¹ Conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale) (2011), annexe.

² Dans un souci de concision, cette partie se concentre sur les principaux instruments de l'ONU et sur les normes de l'OIT concernant la sécurité sociale, c'est-à-dire ceux qui ont été le plus ratifiés ou qui sont considérés comme des références, à savoir la Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966, ainsi que la convention n° 102 et les recommandations n°s 67 et 69 de l'OIT. On notera que la Déclaration universelle des droits de l'homme n'a qu'un caractère déclaratif, ne contient pas de dispositions contraignantes et n'est donc pas assortie d'un mécanisme de contrôle. En revanche, le Pacte, qui donne effet à cette déclaration, est contraignant pour les Etats qui l'ont ratifié. Son application est contrôlée par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels. Par conséquent, il est fait référence tout au long de ce chapitre à l'interprétation, par le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, du droit, consacré par le Pacte, de toute personne à la sécurité sociale.

2.1. Couverture de la population ³

2.1.1. Cadre juridique et conceptuel international

42. A sa session de 2011, la Conférence internationale du Travail a reconnu et réaffirmé le droit de toute personne à la sécurité sociale, tel qu'énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, ainsi que la détermination de l'OIT à réaliser une sécurité sociale adéquate pour tous, conformément à son mandat constitutionnel ⁴. La couverture universelle est donc déclarée principe essentiel sur lequel devraient reposer les stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale et à la réalisation duquel elles doivent tendre ⁵.

43. Outre la Déclaration universelle des droits de l'homme, le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, qui a été ratifié par 160 Etats, reconnaît le droit de toute personne à la sécurité sociale ⁶. Dans son observation générale n° 19 sur le droit à la sécurité sociale (article 9 du Pacte) ⁷, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels ⁸ énonce les principales caractéristiques de ce droit et le contenu des obligations respectives des Etats. Il fait observer que les Etats parties sont tenus d'assurer progressivement le droit à la sécurité sociale à toutes les personnes sur leurs territoires ⁹. A cette fin, toutes les personnes devraient être couvertes par le système de sécurité sociale, en particulier celles qui appartiennent aux groupes les plus défavorisés et marginalisés, sans discrimination fondée sur l'un quelconque des motifs interdits en vertu du Pacte ¹⁰. Le comité ajoute que «des régimes non contributifs seront nécessaires pour assurer la couverture de chacun» ¹¹.

44. Les conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale) indiquent qu'il faut entendre par principe d'universalité la protection universelle de tous les résidents au moyen d'un ensemble défini de garanties essentielles de sécurité sociale (constituant un socle national de protection sociale) qui doivent être

³ Pour plus d'informations, voir aussi le guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 2.1.1, le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 5.1, et l'étude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), Partie III, chap. 1 B.

⁴ Conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale) (2011), paragr. 5.

⁵ *Ibid.*, paragr. 12.

⁶ Art. 9.

⁷ Comité des droits économiques, sociaux et culturels: Observation générale n° 19: Le droit à la sécurité sociale (art. 9 du Pacte). Adoptée à la trente-neuvième session, 5-23 nov. 2007 (Nations Unies, document E/C.12/GC/19).

⁸ Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels est un organe de contrôle composé d'experts indépendants chargé d'interpréter les obligations des Etats ayant ratifié le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et de déterminer si ces Etats s'acquittent de leurs obligations en vertu de cet instrument.

⁹ Observation générale n° 19, paragr. 4.

¹⁰ *Ibid.*, paragr. 23. Comme le précise le paragraphe 29, il s'agit des motifs tels que «la race, la couleur, le sexe, l'âge, la langue, la religion, l'opinion politique ou autre, l'origine nationale ou sociale, la fortune, la naissance, le handicap physique ou mental, l'état de santé (y compris l'infection par le VIH/sida), l'orientation sexuelle et la situation civile, politique, sociale ou autre, dont l'intention ou l'effet est de rendre impossible ou d'entraver la jouissance ou l'exercice sur un pied d'égalité du droit à la sécurité sociale».

¹¹ Observation générale n° 19, paragr. 23. En ce qui concerne les régimes non contributifs, et les régimes de retraite plus particulièrement, voir également les recommandations de l'experte indépendante sur la question des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté en ce qui concerne les programmes de transferts en espèces et les pensions non contributives (Nations Unies, document A/HRC/14/31 (31 mars 2010)).

réalisées dès que possible ¹². «Cela ne signifie pas nécessairement que la nature des prestations, ou l'organisme qui fournit les prestations aux bénéficiaires, soit identique pour tous les sous-groupes de la population ¹³.» «Il est inévitable, dans certains cas, que la couverture universelle représente un objectif de développement progressif à atteindre dans un laps de temps donné. Tous les pays n'ont pas les moyens d'offrir une gamme complète de prestations de sécurité sociale, de même qu'ils ne disposent pas tous de systèmes logistiques permettant de toucher immédiatement l'ensemble de la population ¹⁴.» Il y a lieu néanmoins d'affirmer clairement que la couverture universelle est un objectif à atteindre, fût-ce progressivement.

2.1.2. Législation et pratique nationales

45. Très diverses sont les stratégies que les pays ont adoptées pour réaliser l'objectif de fournir un niveau minimum de protection sociale à tous les membres de la société par divers moyens – régimes de financement contributifs, subventionnés ou non contributifs; droits ouverts à tous ou visant des catégories de revenu, groupes d'âge, régions géographiques, secteurs ou niveaux de qualifications spécifiques; prestations assorties ou non de conditions et octroi de prestations en espèces ou en nature.

Pays dotés de systèmes arrivés à maturité ¹⁵

46. Dans certains pays comme l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique, le Danemark, la Finlande, les Pays-Bas et la Suède, la couverture est quasi universelle, tandis que, dans d'autres comme la Bulgarie, la Grèce, l'Italie, la Lettonie, la Lituanie, Malte, la Pologne, elle reste incomplète. A l'exception de la Grèce et de l'Italie, les 27 Etats membres de l'Union européenne ¹⁶ disposent à l'échelle nationale d'une forme ou d'une autre de régime sous condition de ressources, non contributif et assurant un revenu minimum. Pour l'essentiel, ces régimes fonctionnent en tant que dernier recours pour toutes les personnes qui ont besoin de protection mais ne sont pas couvertes par des systèmes contributifs d'allocations sociales ou dont les droits ont expiré; ils visent donc à assurer une couverture universelle. La plupart sont axés sur les personnes sans emploi mais, dans certains Etats, ils complètent aussi le revenu des personnes qui touchent des salaires très modestes. La mesure dans laquelle les Etats parviennent à garantir une couverture universelle varie. On fait souvent état, même dans les régimes plus complets, de lacunes de couverture pour certains groupes – migrants en situation irrégulière, sans-abri, jeunes. Certains pays comme la Lettonie, la Slovaquie et la Slovénie indiquent que la tendance récente au durcissement des conditions et des critères d'admissibilité se traduit par une réduction de la couverture. Par ailleurs, la complexité du système, la stigmatisation, une mauvaise administration ou le manque d'information sur les droits font que des personnes ne les exercent pas, ce qui compromet la couverture universelle, par exemple

¹² Paragr. 9.

¹³ Rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, paragr. 363.

¹⁴ *Ibid.*, paragr. 364.

¹⁵ Ce paragraphe résume les conclusions du *Rapport de synthèse sur les régimes de revenu minimum dans les Etats membres de l'UE*, réseau d'experts indépendants en inclusion sociale de l'UE, oct. 2009. Pour plus d'informations sur la couverture de diverses éventualités, voir *World Social Security Report 2010/11*, chap. 3-6; rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 3; étude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), Partie III, chap. 1; et guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 2.1 et 2.2.

¹⁶ L'Union européenne est composée des pays suivants: Allemagne, Autriche, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Royaume-Uni et République tchèque.

en Allemagne, en Autriche, en Belgique, au Danemark, en Finlande, en Hongrie, au Portugal, au Royaume-Uni et en République tchèque.

Pays qui ont pu combler rapidement certaines lacunes de la couverture

47. Certains pays ont élaboré des systèmes innovants qui ont permis d'étendre vite la sécurité sociale à (presque) toute la population pour certaines éventualités, ou de disposer d'un ensemble complet de garanties de sécurité sociale. En ce qui concerne la protection de la santé à l'échelle nationale, des progrès rapides ont été constatés dans plusieurs pays au cours des dernières décennies. En Asie, la Chine, la République de Corée, l'Inde, Sri Lanka et la Thaïlande, entre autres, sont parvenues à couvrir l'ensemble ou presque de la population en assez peu de temps. La plupart de ces régimes reposent sur des modèles de financement mixte.

48. D'autres exemples d'initiatives, qui ont permis d'étendre la sécurité sociale, figurent dans le tableau 1 ci-dessous. Facteurs décisifs pour progresser dans ce sens: un engagement politique fort, l'attribution des ressources financières nécessaires, des approches novatrices et l'utilisation de nouvelles technologies à des fins diverses (prestations, conception, fournitures, gestion et suivi), ainsi qu'une approche participative pour la conception, la mise en œuvre et la gestion. Dans certains cas, le pragmatisme qui a présidé à la conception de modalités mixtes de financement a contribué aussi au succès de ces régimes.

Tableau 1. Taux de couverture de divers régimes de transferts sociaux financés par l'impôt ou à financement mixte dans des pays à revenu intermédiaire

Programme	Type	Couverture
Argentine, <i>Asignación Universal por Hijo – Asignación Familiar</i>	Allocation universelle par enfant soumise à conditions – allocation familiale contributive	86 pour cent des enfants et adolescents argentins de moins de 18 ans
Etat plurinational de Bolivie, <i>Renta Dignidad</i>	Pension universelle de vieillesse	97 pour cent des bénéficiaires réunissant les conditions requises
Brésil, <i>Bolsa Família</i>	Transfert monétaire sous condition de ressources	26 pour cent de l'ensemble de la population (environ 94 pour cent du groupe cible, à savoir les familles extrêmement pauvres avec enfants)
Brésil, programme d'assurance sociale en milieu rural	Pension sociale – vieillesse, réversion, invalidité, maladie et maternité	80 pour cent des petits exploitants agricoles indépendants, 66 pour cent de la population rurale
Chine, garantie d'un niveau de vie minimum	Assistance sociale	Tous les ménages dont le revenu est inférieur aux seuils officiels (5,4 pour cent de la population ont bénéficié de prestations de ce programme en 2010)
Colombie, système général de sécurité sociale (santé)	Couverture santé universelle	90 pour cent de la population
Ghana, système national d'assurance-santé	Couverture santé universelle	30-70 pour cent de la population

Programme	Type	Couverture
Mexique, <i>Oportunidades</i>	Transfert monétaire sous condition de ressources, prévoyant aussi des prestations en espèces, par exemple accès aux soins de santé de base et à des compléments nutritionnels	25 millions de personnes, soit 25 pour cent de la population totale ¹
Afrique du Sud, allocation d'aide à l'enfance	Transfert monétaire sous condition de ressources	78-80 pour cent des enfants réunissant les conditions requises
Thaïlande, régime de couverture universelle	Couverture santé universelle	75 pour cent de la population

¹ SEDESOL, 2008, *Oportunidades*, exposé présenté pendant l'atelier opérationnel de 2008, http://archivos.diputados.gob.mx/Comites/Inf_Gest_Quejas/Taller_Operacion_2008/PONENCIAS/10_Oportunidades.pps.
Sources: OIT/PNUD/Global South-South Development academy: *Successful social protection floor experiences: Sharing innovative experiences*, vol. 18 (New York, 2011); informations provenant des pays.

2.2. Eventail des prestations fournies au titre des garanties du socle de protection sociale ¹⁷

2.2.1. Cadre juridique et conceptuel international

49. L'annexe aux conclusions concernant la sécurité sociale (2011) mentionne expressément les types de prestations ou garanties qui devraient être fournies au titre des socles nationaux de protection sociale. Ces quatre garanties élémentaires représentent des niveaux minimums définis à l'échelle nationale de sécurité du revenu durant l'enfance, la vie active et la vieillesse, ainsi qu'un accès, effectif et à un coût abordable, aux soins de santé.

50. Elles correspondent au contenu fondamental des éléments généraux du droit à la sécurité sociale tel qu'énoncé dans la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels ¹⁸, ainsi qu'aux éventualités qui doivent être couvertes conformément aux recommandations n^{os} 67 et 69.

51. Sur cette base, afin d'assurer une protection contre les risques majeurs tout au long de la vie, l'ensemble des garanties élémentaires prévues dans les socles nationaux de protection sociale devraient viser à ce que:

- toutes les personnes résidant habituellement dans le pays disposent de la protection financière nécessaire pour accéder à un ensemble, défini à l'échelon national, de services de soins de santé essentiels, y compris de santé maternelle;
- tous les enfants bénéficient d'une sécurité du revenu, au moins à un niveau minimal défini à l'échelon national, par le biais de prestations aux familles ou à l'enfance, en espèces ou en nature, destinées à faciliter leur accès à l'alimentation, à l'éducation et aux soins;
- toutes les personnes d'âge actif résidant habituellement dans le pays qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant bénéficient d'une sécurité minimale du revenu par le biais de l'assistance sociale, de prestations de maternité, d'autres transferts sociaux, en espèces ou en nature, ou de programmes publics d'emploi;

¹⁷ Pour plus d'informations sur l'étendue de la couverture, voir le guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 2.3, le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 3, et le *World Social Security Report 2010/11*, chap. 1.2.

¹⁸ Observation générale n^o 19, en particulier paragr. 2 et 59-61.

- toutes les personnes résidant habituellement dans le pays, âgées ou handicapées dans une mesure qui ne leur permet pas d'avoir une activité rémunératrice, bénéficient d'une sécurité du revenu, au moins à un niveau minimal défini à l'échelon national, par le biais de prestations en espèces ou en nature, de vieillesse ou d'invalidité.

2.2.2. Législation et pratique nationales

52. Alors que la plupart des Etats reconnaissent l'importance de chaque éventualité et agissent dans chacun de ces domaines, seuls quelques-uns en dehors de l'Europe et de l'OCDE ont mis en place une politique claire qui vise à créer un socle de protection sociale complet prévoyant un ensemble défini de garanties minimales bien coordonnées pour assurer la sécurité du revenu et l'accès aux soins médicaux tout au long de la vie. Cependant, des pays ¹⁹ assurent une gamme assez ample de garanties minimales:

- Au Brésil, le système unifié d'assistance sociale, le système national pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle et des dispositifs de transferts monétaires (*Bolsa Família* – allocations familiales, prestations pour les personnes âgées et handicapées et les personnes vivant dans la pauvreté) octroient un ensemble complet de prestations aux personnes qui en ont besoin.
- Au Chili, le système de protection sociale *Red Protege*, élaboré entre 2006 et 2010, aide et oriente les personnes tout au long de leur vie. Il comporte trois parties principales ou sous-systèmes: le système de protection sociale contre la pauvreté et la vulnérabilité (*Chile Solidario*), le système complet de protection sociale pour l'enfance (*Chili Crece Contigo*) et le système de protection sociale au travail.
- Le programme *Vivir Mejor* («Mieux vivre») au Mexique est une stratégie sociale intégrée de coordination interinstitutionnelle qui couvre les personnes et leurs familles tout au long de la vie. Il comprend tous les programmes qui permettent aux familles les plus pauvres d'accéder à l'éducation, à l'alimentation, à la santé et à un logement décent, ainsi que des filets de sécurité pour aider les citoyens à mieux faire face aux aléas et aux risques qui peuvent survenir tout au long de la vie.
- En Afrique du Sud, le gouvernement a adopté un cadre de protection sociale qui vise à garantir à la fois des transferts sociaux (accès aux soins de santé, aide financière pendant l'enfance et la vieillesse, protection de la population en âge de travailler) et des services sociaux de base (services de base gratuits, logement social et électricité compris).

53. Les sections suivantes analysent les réponses à l'étude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011) pour savoir dans quelle mesure les pays ont réalisé les quatre garanties susmentionnées du socle de protection sociale. Comme ils l'ont indiqué, plusieurs pays ²⁰ envisagent d'établir un ensemble de garanties élémentaires de sécurité du revenu et d'accès aux soins médicaux pour tous.

¹⁹ Exemples tirés de OIT/PNUD/Global South-South Development Academy: *Successful social protection floor experiences: Sharing innovative experiences*, vol. 18 (New York, 2011), chap. 3, 7, 13 et 16.

²⁰ Antigua-et-Barbuda, Bénin, Etat plurinational de Bolivie, Bosnie-Herzégovine, Chine, Côte d'Ivoire, Djibouti, El Salvador, Indonésie, Madagascar, Namibie, Sénégal, Soudan, République arabe syrienne et République-Unie de Tanzanie, étude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), tableau 6, pp. 136-140.

*Sécurité du revenu tout au long de la vie*²¹

54. Depuis une vingtaine d'années, on enregistre de nouvelles expériences à l'échelle nationale dans des pays qui s'engagent à établir un socle de protection sociale. Les formes les plus courantes de garanties non contributives d'un revenu minimum sont les pensions sociales, suivies des allocations aux familles ou à l'enfance. Seuls quelques Etats assurent une sécurité du revenu aux personnes d'âge actif – assurance-chômage, prestations d'assistance sociale ou systèmes de garantie de l'emploi. Les régimes d'assistance sociale et l'assurance-chômage sont fréquents dans les Etats où l'économie formelle est importante et les systèmes de sécurité sociale développés. L'assistance sociale fournit généralement sous condition de ressources des prestations aux personnes qui sont incapables de tirer un revenu suffisant de leur travail et qui n'ont pas ou plus droit à l'assurance-chômage ou à d'autres prestations contributives de sécurité sociale. D'autres pays fournissent à des groupes vulnérables de la population une assistance sociale ou d'autres prestations qui correspondent aux éléments du socle de protection sociale mais souvent de manière lacunaire et discrétionnaire.

55. L'Inde, avec la loi nationale de garantie de l'emploi rural Mahatma Gandhi (NREGA)²², a été innovante en lançant des systèmes qui garantissent l'emploi et la sécurité du revenu grâce à un nombre minimum de jours de travail par ménage et par an, ou à des allocations de chômage. De nombreux pays offrent des possibilités d'emploi ponctuelles ou spécifiques dans le cadre de programmes de travaux publics mais le programme indien, le volet garantie de l'emploi du programme de protection sociale productive en Ethiopie et le dispositif Zibambele en Afrique du Sud assurent à la population en âge de travailler des prestations fondées sur des droits.

56. En ce qui concerne les allocations aux familles ou à l'enfance, beaucoup de pays²³ ont indiqué dans l'étude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011) qu'ils fournissent des prestations afin d'aider les familles à subvenir à leurs dépenses pour élever et éduquer les enfants et de prévenir le travail des enfants. La plupart de ces régimes versent des prestations périodiques en espèces, souvent complétées par diverses autres prestations en nature ou en espèces – services sociaux, services gratuits ou subventionnés de garderie, aides à des groupes vulnérables (enfants handicapés, orphelins, familles touchées par le VIH et le sida). Des pays ont souligné aussi l'importance des lois sur l'école obligatoire, de l'enseignement primaire gratuit et d'autres mesures de soutien (gratuité des manuels, fournitures, uniformes ou transports).

57. Dans certains pays à revenu intermédiaire ou élevé, les allocations familiales sont universelles et versées pour chaque enfant et, parfois, renforcées par d'autres prestations pour les familles pauvres. D'autres pays²⁴ ciblent les ménages démunis. Ces prestations sont souvent assorties de conditions comme la fréquentation scolaire ou l'utilisation de certains services de santé.

²¹ Pour plus d'informations, voir le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 3.2-3.6, le guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 3.3, et le *World Social Security Report 2010/11*, chap. 3-7.

²² Loi nationale n° 42 de garantie de l'emploi rural, 2005, New Delhi, *The Gazette of India*, 7 sept. 2005.

²³ Tous les pays européens ainsi que l'Algérie, l'Angola, l'Argentine, l'Azerbaïdjan, le Bangladesh, le Chili, Djibouti, Fidji, le Gabon, Maurice, le Maroc, le Mexique et la Nouvelle-Zélande. Etude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 192-204, et informations provenant des pays.

²⁴ Par exemple, Afrique du Sud, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Brésil, El Salvador, Equateur, Etats-Unis, Guatemala, Mozambique, Ouganda, Sénégal, Suriname, Uruguay, République bolivarienne du Venezuela et Zimbabwe. *Ibid.*, paragr. 199-204, et informations provenant des pays.

58. Au moins 82 pays assurent un type ou un autre de pension sociale à partir d'un certain âge. Généralement liées aux ressources et comportant des prestations très modestes²⁵, ces pensions sont souvent complétées par des services ou des prestations qui sont fonction des besoins – services à la personne, allocations de logement, de chauffage ou de transports. Dans les pays dotés de systèmes de sécurité sociale parvenus à complet développement, les pensions sociales sont en règle générale un dernier recours pour les personnes ayant insuffisamment cotisé aux régimes contributifs de pension. Dans les pays où l'économie informelle occupe une large place et où la pauvreté des personnes âgées est un problème persistant, les pensions sociales sont devenues d'importants mécanismes d'inclusion sociale aux effets bénéfiques pour tous les membres du ménage.

*Santé*²⁶

59. Dix-huit Etats Membres ont déclaré respecter amplement les dispositions de la recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, mais beaucoup plus réalisent véritablement les objectifs de la recommandation ou agissent dans ce sens²⁷.

60. Selon une étude récente du BIT, quelque 50 pays²⁸ sont parvenus à une «couverture universelle» en matière de protection sociale de la santé – par le biais de l'affiliation à un système de protection ou du droit à des soins médicaux gratuits. Cela ne signifie pas nécessairement que toutes les personnes bénéficient d'un accès effectif à un ensemble complet de services. La protection peut être insuffisante car de nombreux régimes exigent des copaiements, en particulier pour les services plus coûteux, manquent d'équipements et de personnel et ne peuvent desservir l'ensemble du territoire. Plusieurs pays, comme la Chine et le Viet Nam, ont fixé des objectifs clairs et redoublent d'efforts pour parvenir à une protection complète d'ici cinq à dix ans.

2.3. Niveau des prestations fournies²⁹

2.3.1. Cadre juridique et conceptuel international

61. Les prestations qui devraient être fournies au titre des socles nationaux de protection sociale sont, comme l'indiquent les conclusions concernant la sécurité sociale (2011), les «garanties élémentaires de sécurité sociale en vertu desquelles, tout au long de la vie, toutes les personnes qui en ont besoin auront les moyens nécessaires et un accès effectif à des soins de santé essentiels et une sécurité du revenu se situant au moins à un niveau minimal défini à l'échelon national. Les politiques relatives au socle de

²⁵ HelpAge International Pension Watch Database, www.pension-watch.net/download/4e11c05090f58.

²⁶ Pour plus d'informations sur la couverture sociale de la santé, voir le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 3.1, le *World Social Security Report 2010/11*, chap. 2, le guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 3.2, et BIT: *Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care*, Documents de politique de sécurité sociale, document 1 (Genève, 2008).

²⁷ Entre autres, Algérie, Autriche, Bosnie-Herzégovine, République de Corée, Costa Rica, El Salvador, France, Honduras, Indonésie, Israël, Koweït, Malaisie, Monténégro, Nouvelle-Zélande, Pérou, République arabe syrienne, République tchèque et République bolivarienne du Venezuela, étude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 52.

²⁸ Entre autres, Afrique du Sud, Allemagne, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Arménie, Aruba, Australie, Autriche, Bahamas, Barbade, Belgique, Canada, République de Corée, Cuba, Danemark, Emirats arabes unis, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Inde, Irlande, Islande, Israël, Italie, Japon, Luxembourg, Maurice, Nouvelle-Zélande, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni, Fédération de Russie, Rwanda, Slovaquie, Slovénie, Sri Lanka, Suède, Suisse, Taïwan (Chine), Thaïlande, République tchèque, Ukraine et Uruguay (*World Social Security Report 2012/13*, à paraître).

²⁹ Pour plus d'informations, voir le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 2.2, et le guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 2.

protection sociale devraient viser à faciliter un accès effectif aux biens et services essentiels»³⁰. Comme il est précisé dans l'annexe aux conclusions, ces garanties fixent «les niveaux minimaux de protection» définis à l'échelle nationale «auxquels tous les membres d'une société donnée devraient avoir droit en cas de nécessité»³¹. Le principe de l'adéquation des prestations est l'un des autres principes devant guider la politique nationale et les décisions stratégiques sur l'extension de la sécurité sociale³².

62. Les conclusions établissent de façon pragmatique que la définition concrète de l'adéquation devrait être formulée au niveau national, étant donné que les Etats Membres n'ont pas tous défini des seuils de pauvreté, des salaires minima, des niveaux de salaire moyen ou médian ou d'autres points de référence.

63. Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, lui aussi, considère que fournir des prestations de sécurité sociale adéquates est l'un des facteurs essentiels qui devraient s'appliquer en toutes circonstances pour garantir la réalisation du droit à la sécurité sociale et le droit à un niveau de vie adéquat, en vertu du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels³³. Dans son observation générale n° 19, le comité dit que l'application de ce principe exige que «les prestations, en espèces ou en nature, doivent être d'un montant et d'une durée adéquats afin que chacun puisse exercer ses droits ... à un niveau de vie suffisant...» tels qu'énoncés dans l'article 11 du Pacte³⁴.

64. En ce qui concerne le droit à la sécurité sociale (article 9 du Pacte), concurremment avec le droit qu'a toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint (article 12 du Pacte), le comité estime que l'obligation fondamentale d'assurer la satisfaction de l'essentiel de chacun de ces droits est celle d'assurer l'accès à un régime de sécurité sociale qui garantisse, au minimum, à l'ensemble des personnes et des familles un niveau essentiel de prestations qui leur permette de bénéficier au moins des soins de santé essentiels³⁵. Ce niveau ne peut pas être déterminé dans l'abstrait mais à l'échelle nationale, et les obligations fondamentales pour orienter la fixation de priorités sont les suivantes³⁶:

- c) assurer l'accès à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable;
- d) fournir les médicaments essentiels, tels qu'ils sont définis périodiquement dans le cadre du Programme d'action de l'OMS pour les médicaments essentiels;

³⁰ Paragr. 9.

³¹ Point 4. A6.

³² Paragr. 9.

³³ A l'article 11 (1), le Pacte dispose ce qui suit: «Les Etats parties au présent Pacte reconnaissent le droit de toute personne à un niveau de vie suffisant pour elle-même et sa famille, y compris une nourriture, un vêtement et un logement suffisants, ainsi qu'à une amélioration constante de ses conditions d'existence. Les Etats parties prendront des mesures appropriées pour assurer la réalisation de ce droit [...]»

³⁴ Observation générale n° 19, paragr. 22.

³⁵ Observation générale n° 19, paragr. 59 et Observation générale n° 14: *Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint* (art. 12), adoptée le 11 août 2000 à la vingt-deuxième session du Comité des droits économiques, sociaux et culturels, document E/C.12/2000/4, paragr. 43 et 44.

³⁶ Dans son observation générale n° 14, au paragraphe 43, le comité indique que, interprétée à la lumière d'instruments plus contemporains tels que le Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement, la Déclaration d'Alma-Ata définit des orientations décisives au sujet des obligations fondamentales découlant de l'article 12. On notera que le comité identifie d'autres obligations fondamentales au titre des articles 9 et 12. Toutefois, la liste est limitée ici à celles qui sont pertinentes pour garantir «l'accès aux services essentiels de soins de santé à tous les résidents» en tant qu'élément du volet transfert social du socle de protection sociale.

- e) veiller à une répartition équitable de tous les équipements, produits et services sanitaires;
- f) adopter et mettre en œuvre au niveau national une stratégie et un plan d'action en matière de santé publique, reposant sur des données épidémiologiques et répondant aux préoccupations de l'ensemble de la population dans le domaine de la santé; cette stratégie et ce plan d'action seront mis au point et examinés périodiquement dans le cadre d'un processus participatif et transparent; ils comprendront des méthodes (telles que le droit à des indicateurs et des critères de santé) permettant de surveiller de près les progrès accomplis; la mise au point de la stratégie et du plan d'action de même que leur contenu doivent accorder une attention particulière à tous les groupes vulnérables ou marginalisés³⁷.

65. De plus, le comité indique que, entre autres obligations, celles ci-après sont tout aussi prioritaires en vertu de l'article 12 du Pacte:

- a) offrir des soins de santé génésique, maternelle (pré et postnatales) et infantile;
- b) vacciner la communauté contre les principales maladies infectieuses;
- c) prendre des mesures pour prévenir, traiter et maîtriser les maladies épidémiques et endémiques ...³⁸

66. Dans le cadre des normes de l'OIT, la recommandation n° 67 énonce, dans son annexe, certains principes directeurs pour déterminer le taux et le niveau des prestations d'«assistance sociale» ou des «allocations de subsistance» qui visent à assurer leur adéquation. En ce qui concerne le niveau des prestations prévues par ces régimes, elle indique que «l'allocation de subsistance devrait être suffisante pour assurer complètement la subsistance du bénéficiaire pour une longue durée; elle devrait varier avec le coût de la vie et pourrait être fixée différemment pour les zones urbaines et rurales³⁹». A propos des taux des prestations, «les allocations de subsistance devraient être payées à leur plein taux aux personnes dont les autres revenus ne dépassent pas un niveau fixé et à des taux réduits dans tous autres cas»⁴⁰.

67. La recommandation (n° 69) sur les soins médicaux, 1944, dispose que les soins médicaux devraient être complets (préventifs et curatifs) et répondre aux besoins des individus sans limite de durée, viser à fournir des soins et des conditions d'habileté et de connaissances professionnelles de la meilleure qualité possible afin de maintenir, de rétablir et d'améliorer la santé des personnes protégées et n'être subordonnés qu'à de telles restrictions raisonnables que peut imposer l'organisation technique du service⁴¹.

68. La convention n° 102 définit également un niveau minimum de prestations à fournir dans le cadre de systèmes d'assistance sociale sous condition de ressources. En vertu de ces systèmes, le montant des prestations ne doit pas être inférieur à la part prescrite du salaire type en vigueur pour un travail simple et non qualifié. En outre, le montant total des prestations payées et des autres moyens du bénéficiaire «doit être suffisant pour assurer à la famille du bénéficiaire des conditions de vie saines et convenables»⁴².

³⁷ *Ibid.*, paragr. 43.

³⁸ *Ibid.*, paragr. 44.

³⁹ Recommandation n° 67, annexe, paragr. 29 (2).

⁴⁰ *Ibid.*, annexe, paragr. 29 (3).

⁴¹ Recommandation n° 69.

⁴² Convention n° 102, art. 67 c).

2.3.2. Législation et pratique nationales

69. Les mesures mises en œuvre par les pays pour assurer une sécurité du revenu de base et des soins de santé essentiels comprennent des prestations en espèces ou en nature. Les prestations en nature consistent souvent en transferts de nourriture, exonérations ou bons pour couvrir le coût des services de santé et d'éducation, ou en combinaison de prestations en espèces et de bons ⁴³.

70. Pour les prestations en espèces, divers critères peuvent être utilisés pour déterminer le niveau des prestations, tels que seuil de pauvreté (absolu ou relatif), niveau des gains, niveau global des revenus (individuels ou moyens). Les pratiques (modalités pour fixer les niveaux des prestations, niveaux considérés comme adéquats, niveaux identiques à l'échelle nationale ou modulés selon les caractéristiques des ménages, la zone géographique ⁴⁴ ou d'autres facteurs) varient suivant les régions et les pays. Le tableau 2 ci-dessous indique le niveau des prestations, ou la référence utilisée pour fixer les niveaux de prestations, dans divers systèmes de garantie du revenu de base.

Tableau 2. Type et niveau des prestations des programmes de transferts monétaires dans divers pays, en valeur absolue et en pourcentage du salaire minimum

Programme	Type de prestation	Montant de la prestation	Pourcentage du salaire minimum
Argentine, <i>Asignación Universal por Hijo</i>	Allocation universelle par enfant, jusqu'à 5 enfants	Prestation mensuelle fixée à 220 pesos argentins (\$Arg) par enfant ou 880 \$Arg par enfant handicapé ¹ (pas d'indexation automatique)	Salaire minimum: 1 740 \$Arg (sept. 2010) ² . Prestation, en pourcentage du salaire minimum: 12,5 pour cent par enfant et 51 pour cent par enfant handicapé
Etat plurinational de Bolivie, <i>Renta Dignidad</i>	Pension universelle de vieillesse	Transfert de revenu équivalent à 200 bolivianos par mois. Peut être perçu mensuellement, trimestriellement, semestriellement ou annuellement, selon les besoins des bénéficiaires ³	Salaire minimum: 679,5 bolivianos (2010) ⁴ . Prestation, en pourcentage du salaire minimum: 29,5 pour cent
Brésil, <i>Bolsa Família</i>	Transfert monétaire sous condition de ressources	Ménages en situation d'extrême pauvreté (>140 reais (R\$) par mois et par personne): 32 R\$ par enfant de moins de 16 ans (jusqu'à 3 enfants, à partir de septembre 2011: 5 enfants) plus 38 R\$ par enfant âgé de 16 à 17 ans (jusqu'à 2 enfants par famille) plus 70 R\$ par mois	Salaire minimum: 545 R\$ (2011) ⁵ . Prestation, en pourcentage du salaire minimum: 9 pour cent par ménage en situation d'extrême pauvreté, plus 3 pour cent par enfant
Brésil, programme d'assurance sociale en milieu rural	Pension sociale – vieillesse, réversion, invalidité, maladie et maternité	Les prestations non contributives ont une valeur minimale qui équivaut à un salaire minimum officiel ⁶	Salaire minimum: 545 R\$ (2011). Prestation, en pourcentage du salaire minimum: 100 pour cent

⁴³ C'est par exemple le cas du dispositif *Bono Juancito Pinto* dans l'Etat plurinational de Bolivie, de *Familias en Acción* en Colombie, de la *Red Solidaria* à El Salvador, du *Programa de Asignación Familiar* au Honduras, du Programme de développement par la santé et l'éducation en Jamaïque (voir Barrientos et coll., *Social Assistance in Developing Countries Database*, Université de Manchester, Chronic Poverty Research Centre, Manchester, 2010).

⁴⁴ La Chine a indiqué qu'il n'y a pas de seuil général de pauvreté établi à l'échelle du pays mais des normes différentes fixées au niveau local.

Programme	Type de prestation	Montant de la prestation	Pourcentage du salaire minimum
Inde, programmes nationaux de garantie de l'emploi en milieu rural Mahatma Gandhi	Garantie de l'emploi fondée sur des droits pour une personne par ménage en milieu rural (y compris les personnes handicapées, pas de limite d'âge)	Salaire égal pour les hommes et les femmes au niveau fixé par la loi de 1948 sur les salaires minima (100 roupies indiennes par jour) ⁷	Salaire minimum actuel: entre 80 et 203 roupies indiennes par jour ⁸
Maurice	Pension de base minimale	2 802 roupies mauriciennes (MUR) par mois ⁹	Moitié du revenu médian mensuel par ménage en 2006/07: 7 320 MUR ¹⁰ . Prestation, en pourcentage de la moitié du revenu médian mensuel par ménage: 38 pour cent
Mexique, <i>Oportunidades</i>	Transfert monétaire par enfant scolarisé, prestation de vieillesse et prestation en espèces pour l'électricité, le logement et la nourriture	Prestation mensuelle en espèces ou en nature. Les versements en espèces vont de 60 à 925 pesos mexicains (\$Mex), le plafond étant fixé à 2 345 \$Mex par ménage en fonction de divers critères (âge, sexe et autres conditions d'ouverture des droits) ¹¹ . Les niveaux des prestations correspondent à ceux en vigueur au second semestre de 2010	Salaire minimum: de 54,47 à 57,46 \$Mex par jour (de 1 634,1 à 1 723,8 \$Mex par mois en 2010) ¹² . Prestation, en pourcentage du salaire minimum: 1 634,1 \$Mex. Varie de 3,7 à 56,6 pour cent: 1 723,8 \$Mex. Varie de 3,5 à 53,7 pour cent
Afrique du Sud, Allocation d'aide à l'enfance	Transfert monétaire sous condition de ressources	Fondée initialement sur les coûts d'alimentation d'un enfant – accrue par la suite. En avril 2011, le transfert monétaire était de 260 rand (R) par mois ¹³ et par enfant de moins de 18 ans pour les ménages dont le revenu annuel était inférieur à 31 200 R par mois pour un foyer monoparental, ou à 62 400 R pour un couple marié	Salaire minimum pour la catégorie des agents de sécurité en 2010 (salariés dans le commerce de gros ou de détail): 1 999,62 R (zone A) et 1 902,02 R ¹⁴ . Prestation, en pourcentage du salaire minimum: 13 pour cent (zone A) et 13,7 pour cent (zone B)
Afrique du Sud	Pension de vieillesse et pension d'invalidité sous condition de ressources	1 010 R par mois (132 dollars) ¹⁵	Salaire minimum pour les catégories professionnelles les plus modestes de salariés dans le commerce de gros ou de détail en 2010: 1 999,62 R (zone A) et 1 902,02 R. Prestation, en pourcentage du salaire minimum: 50,5 pour cent (zone A) et 53,1 pour cent (zone B)

Notes: ¹ Administration nationale de la sécurité sociale (ANSES) – Argentine, www.anses.gob.ar/AAFF_HIJO2/index.php?p=1. ² Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale – Argentine, www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/bel/index.asp. ³ Barrientos, *op. cit.*, p. 15. ⁴ Ministère de l'Economie et des Finances – Etat plurinational de Bolivie, www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?opcion=com_contenido&ver=contenido&id=1215&seccion=306&categoria=446. ⁵ Ministère du Travail et de l'Emploi – Brésil, www.mte.gov.br/sal_min/default.asp. ⁶ OIT/PNUD/Global South-South Development Academy: *Successful social protection floor experiences: Sharing innovative experiences*, vol. 18 (New York, 2011), p. 81. ⁷ Loi de 1948 sur les salaires minima, <http://labour.nic.in/annrep/files2k1/lab5.pdf>. ⁸ Ministère du Travail – Inde, <http://labourbureau.nic.in/wagetab.htm>. ⁹ Barrientos, *op. cit.*, p. 103. ¹⁰ Maurice n'a fixé ni seuil de pauvreté ni salaire minimum à l'échelle nationale. Toutefois, la moitié du revenu médian mensuel par ménage peut être utilisée comme indicateur de la pauvreté, www.gov.mu/portal/site/cso/menutem.dee225f644ffe2aa338852f8a0208a0c/?content_id=6dda3f48c654c010VgnVCM100000a04a8c0RCRD. ¹¹ Règles de fonctionnement *Oportunidades* et document d'information de SEDESOL, Mexique, 2009. ¹² Service d'administration fiscale – Mexique, www.sat.gob.mx/sitio_internet/asistencia_contribuyente/Informacion_frecuente/salarios_minimos/default.asp. ¹³ www.capegateway.gov.za/eng/directories/services/11586/47468. ¹⁴ Ministère du Travail – Afrique du Sud, www.labour.gov.za/downloads/legislation/sectoral-determinations/basic-conditions-of-employment/wholesaleretail2009-2010.doc. ¹⁵ Barrientos, *op. cit.*, pp. 113-114.

71. Pour assurer l'adéquation, il faut prendre des mesures visant à vérifier ou maintenir le pouvoir d'achat des prestations. Dans son étude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), la Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations observe des différences entre, d'une part, les pays à revenu élevé et, d'autre part, les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire en ce qui concerne la valeur et l'adéquation des prestations fournies en vertu de leurs systèmes respectifs de sécurité sociale. Elle note que, «alors que le premier groupe de pays bénéficie, en règle générale, de prestations dépassant même les normes supérieures établies par les conventions de sécurité sociale adoptées ultérieurement, les pays à faible revenu et ceux à revenu intermédiaire ont souvent un niveau de prestations qui n'atteint généralement pas même les niveaux minimums ... visant à permettre à un bénéficiaire de vivre, avec sa famille, dans des "conditions de vie et de santé décentes"»⁴⁵. Le faible niveau des prestations est l'un des principaux problèmes qu'ont soulevés les organisations de travailleurs dans leurs réponses à l'étude d'ensemble de 2011⁴⁶. Il a été indiqué que le niveau des prestations – y compris celles provenant de régimes contributifs –, dans de nombreux cas, ne garantissent pas un revenu supérieur au seuil de pauvreté.

72. Les niveaux de prestations sont souvent l'objet de débats à l'échelle nationale. L'Afrique du Sud s'est efforcée de définir le niveau des prestations à l'enfance selon une mesure objective des besoins, à savoir les coûts d'alimentation d'un enfant (10,35 dollars en 1998)⁴⁷. Les associations militantes ont fait valoir que le montant fixé était beaucoup trop faible au regard du coût de la vie. De fait, il est passé à 13,80 dollars. En Allemagne, la Cour constitutionnelle a estimé que la méthode utilisée pour définir le niveau des prestations d'assistance sociale «Arbeitslosengeld 2» n'était pas suffisamment justifiée et obligé le gouvernement à fournir un complément d'information sur la logique et les calculs appliqués à cet effet.

73. Outre les méthodes de fixation du niveau de prestations, les Etats ont aussi adopté divers mécanismes pour maintenir leur pouvoir d'achat automatiquement, périodiquement ou ponctuellement. Ainsi, les prestations peuvent être indexées sur le coût de la vie, sur le salaire moyen, médian ou minimum, sur le taux de croissance économique, selon les circonstances ou en conjuguant ces méthodes⁴⁸. Certains pays ont indiqué qu'ils n'ajustent pas les prestations de sécurité sociale⁴⁹. Comme le souligne l'étude d'ensemble, ajuster les prestations en fonction du seul coût de la vie empêche que les destinataires ne tombent dans la pauvreté absolue (à condition que les prestations

⁴⁵ Paragr. 460.

⁴⁶ Notamment: Argentine, Canada, Colombie, République dominicaine, Etats-Unis, Monténégro, Pérou, Sri Lanka, Turquie et Uruguay, paragr. 539.

⁴⁷ OIT/PNUD/Global South-South Development Academy: *Successful social protection floor experiences: Sharing innovative experiences*, vol. 18 (New York, 2011), p. 372.

⁴⁸ L'ajustement des prestations en fonction de l'inflation est notamment pratiqué dans les pays suivants: Albanie, Argentine, Australie, Azerbaïdjan, Belgique, Brésil (régimes statutaires), Canada, Croatie, Estonie, France, Inde, Lettonie, Malaisie, Nouvelle-Zélande, Pologne, Roumanie, Turquie. L'indexation sur le salaire moyen est appliquée par exemple dans les pays suivants: Allemagne, Australie, Barbade, Brésil (*Bolsa Família*), Côte d'Ivoire, Croatie, Finlande, Lettonie, Mongolie, Monténégro, Nouvelle-Zélande, Pologne, Roumanie, Turquie. La Nouvelle-Zélande et la Finlande utilisent une méthode mixte d'ajustement des prestations en fonction des prix à la consommation et des salaires. Certains pays, dont la législation ne prévoit pas des ajustements obligatoires et périodiques des prestations, appliquent des ajustements ponctuels: Algérie, Antigua-et-Barbuda, Arabie saoudite, Chine, République de Corée, Ethiopie, Ghana, Maurice, Namibie, Philippines, République arabe syrienne, Zimbabwe. L'Allemagne, le Japon, le Portugal et la Suède indiquent que les prestations sont ajustées par rapport au taux national de croissance économique et à d'autres indicateurs macroéconomiques. Etude d'ensemble sur les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 477-485.

⁴⁹ Belize, Cameroun, Ouganda et Thaïlande. *Ibid.*, paragr. 482.

soient fixées initialement à des niveaux adéquats). Toutefois, cela ne les empêche pas de se trouver en situation de pauvreté relative si les prestations ne suivent pas la croissance du revenu moyen de la population active.

74. En ce qui concerne les services de santé, déterminer en quoi consiste un niveau «essentiel» de soins de santé fait débat. Pour assurer une véritable protection sociale contre les difficultés dues à des problèmes de santé, il faudrait un ensemble assez complet de prestations. De nombreux Etats définissent cet ensemble mais sont confrontés à de grandes difficultés pour en assurer le financement et pour disposer d'un personnel de santé dûment qualifié ainsi que des équipements et infrastructures nécessaires pour fournir des soins adéquats à toute la population, surtout en dehors des centres urbains.

2.4. Nature juridique des droits à prestations ⁵⁰

2.4.1. Cadre juridique et conceptuel international

75. Dans ses conclusions concernant la sécurité sociale (2011), la Conférence internationale du Travail reconnaît que la fourniture de prestations fondées sur les droits est l'un des principes essentiels qui devrait guider les stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale ⁵¹. Les recommandations et les conventions de l'OIT prévoient l'application de dispositions en matière de couverture et de prestations «en vertu de la législation nationale» (par exemple la convention n° 102, article 1).

76. Ainsi, la sécurité sociale fondée sur les droits s'entend ici de la fourniture de prestations de plein droit, c'est-à-dire qu'elle requiert la mise en place de systèmes nationaux de protection sociale reposant sur des cadres juridiques et institutionnels solides en accord avec les principes de bonne gouvernance et de responsabilité de l'Etat reconnus à l'échelle internationale, et en harmonie avec les droits internationaux de la personne et leur interprétation par les organes compétents. Un cadre juridique solide, fondé sur le respect des droits, est un cadre qui énonce clairement les droits de sécurité sociale, détermine les bénéficiaires, sans discrimination, et définit des niveaux de prestations et des conditions ouvrant droit à prestations qui sont raisonnables, proportionnés et transparents. Le retrait, la réduction ou la suspension des prestations devraient être circonscrits, raisonnablement motivés, s'inscrire dans le cadre d'une procédure régulière, et être prévus dans la législation nationale. Dans un tel cadre, les obligations ont un fondement juridique, et les droits sont par conséquent opposables dans le cadre de procédures de contestation et d'appel réglementaires. A cet égard, il convient de noter que le droit de contestation et d'appel des bénéficiaires en matière de sécurité sociale est expressément énoncé dans les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale, et notamment dans les recommandations n° 67 et 69 et la convention n° 102 ⁵².

77. La réalisation du droit à la protection sociale requiert également que toute personne ait pleinement accès à la protection à laquelle elle peut prétendre en vertu de la loi. Il faut pour cela, entre autres initiatives, mettre en place des mécanismes appropriés pour la fourniture effective des prestations, veiller à ce que la population soit informée de ses

⁵⁰ Pour plus d'informations, voir également: rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 1; étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), partie II; guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 1.2.

⁵¹ Conclusions concernant la sécurité sociale (2011), paragr. 12.

⁵² Voir la recommandation n° 67, annexe, art. 27 (8) et (9) et 27 (10); recommandation n° 69, paragr. 63 et 112, et convention n° 102, art. 70.

droits, des prestations auxquelles elle peut prétendre et de ses possibilités de recours, et puisse avoir accès à la justice, tant concrètement que financièrement. Enfin, la mise en place d'un système de sécurité sociale fondé sur les droits requiert que la formulation de ces droits et leur mise en application respectent des principes de l'égalité de traitement et de la non-discrimination, de manière à éviter tout effet préjudiciable sur le niveau des prestations et les modalités de leur octroi. Il faudrait, pour ce faire, que les régimes visant à protéger certains groupes partageant des caractéristiques distinctes tiennent compte, dans leur conception et leurs dispositions, de leurs besoins spéciaux et les reflètent⁵³.

78. En ce qui concerne les soins de santé, une approche fondée sur les droits suppose que les Etats veillent à garantir l'accès, sans discrimination, aux systèmes ou aux régimes de sécurité sociale ainsi qu'aux établissements de soins, aux biens et aux services, en particulier des groupes vulnérables ou marginalisés⁵⁴. A cet égard, il convient de noter que la recommandation (n° 200) concernant le VIH et le sida et le monde du travail, 2010, dispose que «les travailleurs et les personnes à leur charge ne devraient faire l'objet d'aucune discrimination fondée sur leur statut VIH, réel ou supposé, en ce qui concerne l'accès aux systèmes de sécurité sociale et aux régimes d'assurance professionnels, ou en matière de prestations versées au titre de ces systèmes et régimes, y compris pour les soins de santé, l'invalidité et les prestations de décès et de survivants»⁵⁵.

2.4.2. Législation et pratique nationales

79. De nombreux Etats (Afrique du Sud, Bangladesh, Etat plurinational de Bolivie, Brésil, Equateur, Espagne, Grèce, Inde, Italie, Japon, Kenya, Namibie, Pakistan, Portugal, Sri Lanka, Suisse, République bolivarienne du Venezuela) reconnaissent à des degrés divers dans leur Constitution qu'il faut viser à «assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d'une telle protection ainsi que des soins médicaux complets» (Déclaration de Philadelphie, 1944), en instituant une forme de droit légal aux prestations de sécurité sociale. La législation nationale vise à donner effet à ces dispositions constitutionnelles. Parmi les exemples de législation nationale ouvrant droit à la sécurité sociale, on compte les régimes de garantie minimale de revenu, en vigueur dans la plupart des pays européens, la loi n° 42 de 2005 qui garantit l'emploi rural en Inde, la loi sur la sécurité sociale B.E. 2545 (2002), qui régit le régime non contributif de couverture santé universelle en Thaïlande, la loi n° 650 de 2003 sur l'assurance-santé et le règlement correspondant LI 1809 de 2004 au Ghana, le régime universel de pensions prévu par la loi (n° 10) de 1992 sur les régimes de pensions en Namibie, la prime pour enfants prévue dans la loi n° 38 de 2005 sur la protection de l'enfance en Afrique du Sud et la loi Chile Solidario n° 19949 de 2004 sur les prestations familiales au Chili. Les dispositions constitutionnelles ont des formes très variables. Il peut s'agir de dispositions contraignantes ou incitatives, de déclarations générales ou d'obligations spécifiques, qui peuvent couvrir différentes branches de la sécurité sociale et parfois aussi conférer des pouvoirs à certaines autorités ou déterminer comment la sécurité sociale doit être mise en œuvre⁵⁶. Dans la pratique, il s'avère très difficile pour les Etats d'offrir une

⁵³ Observation générale n° 19 du Comité des droits économiques, sociaux et culturels; ONU: *Rapport de l'experte indépendante sur la question des droits de l'homme et de l'extrême pauvreté en ce qui concerne les transferts monétaires*, document de l'Assemblée générale des Nations Unies A/HRC/11/9 (27 mars 2009).

⁵⁴ *Ibid.*, paragr. 13.

⁵⁵ Recommandation (n° 200) concernant le VIH et le sida et le monde du travail, 2010, paragr. 20.

⁵⁶ Ces différentes dispositions sont examinées en détail dans l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 234-293.

protection effective à toutes les personnes qui en ont besoin, qu'il s'agisse de déterminer ces personnes, de garantir un financement suffisant ou d'élaborer des mécanismes efficaces de fourniture de la protection. Pour donner effet au droit à la sécurité sociale inscrit dans la Constitution, il faut mettre en place une législation nationale détaillée qui détermine les différentes modalités d'exercice des droits découlant du système de sécurité sociale – conception, administration, gestion, mise en œuvre, financement, suivi. Enfin, le gouvernement doit engager les ressources nécessaires à la mise en application de la législation relative à la sécurité sociale afin de rendre effectives les prestations fondées sur les droits. Toutefois, comme il ressort de la persistance et de l'étendue de la pauvreté, de la faim, de la malnutrition, de la mortalité maternelle et infantile, du travail forcé, du travail des enfants et de l'exclusion sociale, beaucoup de systèmes de prestations de sécurité sociale ont une couverture lacunaire ou ne sont pas correctement mis en œuvre. D'autre part, dans de nombreux pays, les pouvoirs publics appliquent les programmes de façon arbitraire, ou fournissent des prestations de circonstance non inscrites dans la législation nationale. Parfois aussi, des acteurs non gouvernementaux, qui n'agissent pas sous contrat ni pour le compte du gouvernement ou d'un organisme de sécurité sociale, fournissent certaines prestations ou certains services. Ces mesures peuvent certes avoir pour effet de réduire la pauvreté, mais elles ne répondent pas au critère de niveau minimal de protection sociale, c'est-à-dire de fourniture de prestations transparentes, prévisibles, régulières et certaines, assorties de conditions d'attributions claires et de niveaux de prestation garantis. Par exemple, certains pays ont des systèmes établis allant de pair avec des plafonds budgétaires; ils fournissent des prestations jusqu'à un certain niveau de dépenses publiques plutôt que, comme le prévoit la loi, conformément au critère d'admissibilité défini et aux besoins de protection de la population. De toute évidence, les systèmes à plafond budgétaire ne répondent pas à l'exigence de fourniture d'une protection sociale à tous ceux qui en ont besoin, mais donnent lieu à un système arbitraire où le nombre de bénéficiaires est souvent limité aléatoirement, le premier arrivé étant le premier servi. Cela étant, un système à plafond budgétaire qui sélectionne les bénéficiaires selon leur degré de nécessité (pourcentage donné des plus pauvres, comme c'est le cas au Ghana dans le cadre du programme intitulé «Livelihood Empowerment Against Poverty»), lequel est fixé par la loi, peut s'apparenter à un système fondé sur les droits, dans la mesure où le niveau de revenu des personnes qui ne bénéficient pas des prestations leur permet de vivre «en bonne santé et décentement». De même, on peut estimer qu'un pays applique une politique de sécurité sociale fondée sur les droits s'il fournit, au titre des prestations légales, les garanties essentielles définies dans le concept du socle de protection sociale.

80. La grande majorité des pays ont indiqué qu'ils garantissent le droit de soumettre une contestation et de faire appel, y compris auprès d'un organisme indépendant de celui qui attribue et verse les prestations. Les procédures légales et les institutions à contacter en cas de contestation et d'appel sont très différentes d'un pays à l'autre, mais elles peuvent être regroupées en quatre catégories: 1) les procédures administratives internes; 2) les procédures judiciaires spéciales; 3) les procédures judiciaires devant des tribunaux de droit commun; 4) les procédures mixtes⁵⁷. Plusieurs pays ont mis en place des mécanismes tripartites de règlement des différends en matière de sécurité sociale.

81. Dans leurs réponses au questionnaire de l'étude d'ensemble, la plupart des pays⁵⁸ ont indiqué que leur système de sécurité sociale reposait sur l'égalité et la non-

⁵⁷ Pour un examen détaillé de ces dispositions, voir l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 403-438.

⁵⁸ Algérie, Allemagne, Antigua-et-Barbuda, Argentine, Australie, Autriche, Azerbaïdjan, Bangladesh, Belize, Bénin, Bosnie-Herzégovine, Brésil, Bulgarie, Cameroun, Canada, République centrafricaine, Chine, Colombie,

discrimination, et que ces principes généraux sont garantis dans leur législation nationale. Certains ont même mentionné des mesures positives en faveur de groupes défavorisés sous forme, par exemple, de programmes spéciaux d'aide aux jeunes à la recherche d'un emploi. Parallèlement, certains Etats⁵⁹ ont fait part de lacunes, en droit et dans la pratique, du fait qu'une part importante de la population n'est pas protégée et, en particulier, des différences qui persistent, notamment entre les femmes et les hommes, ainsi qu'entre travailleurs nationaux et travailleurs étrangers. Il n'existe pas de norme de l'OIT qui traite spécifiquement de l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes sur le plan de la sécurité sociale. Plusieurs Etats⁶⁰ ont quelque peu réduit ces inégalités de traitement par des mesures autorisant ou imposant l'affiliation des travailleurs à temps partiel, des travailleurs domestiques ou des travailleurs de l'économie informelle, dont la plupart sont des femmes.

2.5. Mécanismes de fourniture des prestations et organisation⁶¹

2.5.1. Cadre juridique et conceptuel international

82. L'élaboration et la mise en œuvre de socles nationaux de protection sociale adaptés à la situation et aux priorités de chaque pays, telles que définies avec les partenaires sociaux, requièrent de la souplesse, comme énoncé clairement dans les conclusions concernant la sécurité sociale (2011): «Si les résultats attendus de ces garanties ont un caractère universel, les pays trouvent des façons différentes de mettre en œuvre les politiques relatives au socle de protection sociale – qui peuvent comprendre des régimes de prestations universelles, d'assurance sociale, des programmes d'emploi dans le secteur public et des régimes d'aide à l'emploi, des régimes d'assistance sociale servant des prestations aux personnes à faible revenu, ou une combinaison appropriée de ces mesures. Pour être efficaces, ces politiques exigent un ensemble judicieux de mesures préventives, de prestations et de services sociaux⁶².»

83. Le principe de souplesse dans les modalités de fourniture de la sécurité sociale au niveau national figure également dans la convention n° 102 ainsi que dans d'autres normes relatives à la sécurité sociale, notamment les recommandations n°s 67 et 69. Comme indiqué plus haut dans le présent rapport, en vertu de la convention n° 102, chaque Etat est libre d'organiser son système de sécurité sociale en combinant prestations contributives et non contributives, régimes généraux et professionnels, assurances obligatoires et facultatives moyennant différentes méthodes d'administration des prestations, participation publique et privée, pour obtenir la protection globale qui

République de Corée, Costa Rica, Côte d'Ivoire, Croatie, Djibouti, Equateur, Espagne, Etats-Unis, Ethiopie, Fidji, Finlande, France, Gabon, Ghana, Grèce, Guatemala, Inde, Italie, Koweït, Liban, Lituanie, Malaisie, Maroc, Maurice, Mexique, République de Moldova, Mongolie, Monténégro, Mozambique, Myanmar, Nicaragua, Norvège, Nouvelle-Zélande, Oman, Pérou, Philippines, Pologne, Portugal, Qatar, Roumanie, Royaume-Uni, Sainte-Lucie, Sénégal, Serbie, Soudan, Sri Lanka, Suède, Suisse, République arabe syrienne, République tchèque, Thaïlande, Turquie, Uruguay, République bolivarienne du Venezuela et Zimbabwe. Etude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 208.

⁵⁹ Par exemple, El Salvador et le Ghana, *ibid.*, paragr. 209.

⁶⁰ Algérie, Argentine, El Salvador, Fidji, Honduras et Inde, *ibid.*, paragr. 219-223 et paragr. 321-322.

⁶¹ Pour plus d'informations, voir aussi *Extension guide*, chap. 3; Rapport pour la discussion récurrente sur la protection sociale, chap. 4.3; OIT/PNUD/Global South-South Development Academy: *Successful social protection floor experiences: Sharing innovative experiences*, vol. 18 (New York, 2011).

⁶² Conclusions concernant la sécurité sociale (2011), paragr. 10.

répond le mieux à ses besoins. La Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (CEACR) déclare que «La méthode choisie doit refléter les valeurs sociales et culturelles, l'histoire, les institutions et le niveau de développement économique du pays⁶³.»

2.5.2. Législation et pratique nationales

84. La législation et la pratique des pays concernant les garanties élémentaires de sécurité sociale en matière de sécurité du revenu et d'accès de la population aux services de santé varient beaucoup d'un pays à l'autre et au sein d'un même pays. Les approches et les stratégies de conception et de mise à disposition des prestations sont multiples: celles-ci sont fournies en espèces ou en nature, à un taux forfaitaire ou variable, chaque mois ou de façon saisonnière, pendant une période déterminée ou non, sur une base universelle ou à certaines catégories ciblées selon le revenu, l'âge, la zone géographique, le secteur ou en fonction d'autres caractéristiques socio-économiques. Elles peuvent être versées par plusieurs organismes différents du secteur public ou du secteur privé (mais mandatés ou supervisés par les autorités publiques) et financées de sources diverses et variées. Quasiment tous les systèmes nationaux de sécurité sociale associent plusieurs formes d'organisation, de financement et de fourniture des prestations. Il n'existe pas de formule idéale unique, adaptée à toutes les situations, qui permette d'offrir les garanties du socle de protection sociale à tous, de façon optimale. Les mesures choisies pour établir le socle de protection sociale dépendront souvent des régimes d'assistance sociale ou d'assurance sociale déjà en place, puisqu'elles devront s'appuyer sur ces dispositifs et les compléter. Étendre le mandat des organismes établis à la mise en œuvre du socle de protection sociale peut donner lieu à des économies d'échelle et offrir un meilleur rapport coût-efficacité que la création de nouveaux organismes – susceptibles de se concurrencer.

85. Pour garantir l'accès aux soins de santé essentiels, il faut veiller à pourvoir à la fois une protection financière et une offre adéquate de services de santé, sur les plans tant de la qualité que de l'accès géographique. Il est plus complexe de fournir des services de santé que de verser des prestations pour garantir la sécurité du revenu. Les services de santé requièrent en effet du personnel hautement qualifié et d'importants équipements et infrastructures. Or beaucoup de pays manquent cruellement de personnels de santé qualifiés et peinent à se doter des infrastructures voulues et à les entretenir afin de fournir à l'ensemble de la population un accès garanti aux services de santé. Dans certains pays, par exemple au Ghana et dans certains pays d'Europe centrale et orientale, l'émigration de travailleurs qualifiés du secteur de la santé vient s'ajouter à la pénurie de personnel, d'où la difficulté d'offrir un accès universel à des soins de santé adéquats.

86. Même au sein des pays, il n'existe pas de formule unique applicable aux divers groupes de la population, de sorte que beaucoup d'Etats mettent au point des dispositifs et régimes de prestations différenciés selon le milieu, urbain ou rural, la zone géographique, le statut, formel ou informel, et le sexe. Ce sont le contexte et la situation du pays qui déterminent le choix d'une architecture de protection sociale uniforme ou diversifiée. Mais, quelles que soient les modalités de financement et de distribution des prestations, ce qui importe est d'assurer pour tous une sécurité minimale du revenu et l'accès aux soins de santé. Bien que parfois plus apte à protéger divers groupes de la population et à répondre à leurs besoins, un système pluriel comporte un risque de fragmentation et nécessite davantage de coordination. Les régimes plus larges peuvent

⁶³ Etude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 58.

tirer parti de la mutualisation des risques et réaliser des économies d'échelle en matière de coûts administratifs.

87. La fourniture des prestations prend elle aussi des formes très variables. Dans les pays où il n'est pas possible simplement de déposer l'argent sur le compte du bénéficiaire, des dispositifs très divers peuvent être mis en place: paiement dans un bureau de poste ou une banque, voire une école, l'agence locale d'un organisme national de sécurité sociale, un bureau de loterie, un magasin local. Certains pays utilisent des techniques de pointe faisant appel à des cartes magnétiques ou à des téléphones mobiles pour le transfert des sommes dues.

88. Il existe un dispositif souple de paiement des prestations dans l'Etat plurinational de Bolivie: les paiements de Renta Dignidad sont effectués en temps réel et quotidiennement, dans plus de 1 100 centres répartis dans le pays, à partir de quelque 900 plates-formes situées dans des établissements financiers. Du point de vue logistique, il importe de souligner l'originalité du dispositif, qui consiste à faire appel aux forces armées pour le paiement des prestations. A elles seules, les installations militaires et les unités militaires mobiles représentent plus de 200 points de paiement. Les unités mobiles sont équipées de dispositifs portatifs de communication par satellite qui assurent la liaison avec la principale base de données des bénéficiaires, ce qui permet à ces derniers de recevoir leurs paiements en ligne où qu'ils se trouvent dans le pays. Ce système a aussi permis d'améliorer la desserte géographique en milieu urbain et plus encore en milieu rural.

2.6. Cohérence avec d'autres objectifs politiques ⁶⁴

2.6.1. Cadre juridique et conceptuel international

89. Dans ses conclusions concernant la discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale), la Conférence reconnaît l'importance de la cohérence des politiques et de la responsabilité de l'Etat à cet égard, en tant qu'éléments essentiels auxquels il convient de veiller. Elle recommande notamment que les gouvernements des Etats Membres envisagent ou prennent des mesures visant à «favoriser la cohérence des politiques de la sécurité sociale avec les politiques de l'emploi, les politiques macroéconomiques et les autres politiques sociales dans le cadre du travail décent, en particulier en ce qui concerne la promotion de la formalisation progressive de l'emploi et l'appui apporté à l'emploi productif» ⁶⁵.

90. Dans le cadre des normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale, la convention (n° 168) sur la promotion de l'emploi et la protection contre le chômage, 1988, énonce la nécessité d'une étroite coordination et d'une harmonisation des politiques de l'emploi avec les prestations de chômage. Dans l'Agenda du travail décent et la Déclaration sur la justice sociale pour une mondialisation équitable (2008), l'OIT souligne l'importance d'intégrer les politiques économiques et sociales. Dans son étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011) ⁶⁶, la CEACR met l'accent sur les conséquences préjudiciables de l'orientation unilatérale des politiques économiques adoptées pendant les années quatre-vingt-dix. L'intensification de la concurrence, la

⁶⁴ Pour plus d'informations, voir aussi le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 4.1 et 5.2.1, le guide de vulgarisation (*Extension guide*), section 2.5.2, et l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), partie IV, chap. 2.

⁶⁵ Paragr. 33 b).

⁶⁶ Partie I, chap. 2 A).

privatisation et la déréglementation des marchés du travail menacent la cohésion sociale, aggravent la précarité, réduisent la protection sociale et portent atteinte aux principes et droits fondamentaux au travail, sans pour autant avoir des effets positifs sur l'emploi et la croissance économique. Seule la prise en compte cohérente et objective des conséquences économiques et sociales que peuvent avoir les politiques économiques, sociales, budgétaires, monétaires, ainsi que celles de l'emploi et du développement sera à même de garantir un mode de développement socialement juste et durable.

91. Il est aussi fait référence à la cohérence des politiques dans la recommandation n° 200, qui prévoit que les politiques et programmes nationaux relatifs au VIH et au sida devraient être coordonnés avec les politiques nationales relatives à la sécurité sociale ainsi qu'avec les politiques et les programmes relatifs à la santé ⁶⁷.

2.6.2. Législation et pratique nationales

92. Il se produit des synergies positives entre les régimes de sécurité sociale et les politiques économiques nationales lorsque les prestations sont destinées à promouvoir la réinsertion des personnes sur le marché du travail après des périodes de chômage, de maladie, de maternité ou d'incapacité, ou lorsqu'elles favorisent la mobilité d'un emploi à l'autre en période de restructuration de l'économie. Il se produit également des retombées positives lorsque les réserves de la sécurité sociale sont investies dans des projets productifs publics ou privés (comme cela a été le cas, par exemple, au Chili). Toutefois, dans de nombreux pays, l'amélioration de la coordination ou de l'intégration des politiques sociales, économiques, budgétaires, monétaires et du travail se heurte à la difficulté d'instaurer des mécanismes de collaboration intersectorielle et interministérielle qui soient efficaces ⁶⁸. Certains pays ⁶⁹ font état d'une amélioration de la cohérence des politiques grâce à des groupes de travail interministériels ou d'autres structures de coordination et donnent des exemples à l'appui. Ainsi, en Uruguay, «le gouvernement a mis en place un cabinet social regroupant le Président de la République, les ministres du Développement social, des Finances, de l'Éducation et de la Culture, du Travail et de la Sécurité sociale, de la Santé, du Tourisme et des Sports, du Logement, de la Planification du territoire et de l'Environnement, le Bureau de la planification et du budget et le président du Congrès des maires» ⁷⁰.

Accroissement du taux d'activité de la population active

93. Les dépenses sociales sont financées par des impôts et des cotisations, ce qui a inévitablement une incidence sur le coût de la main-d'œuvre et le niveau d'imposition. Une assiette fiscale étroite reposant uniquement sur les cotisations des employeurs et des salariés risque d'être insuffisante pour financer l'extension de la protection sociale à tous et pourrait donner lieu à des incitations qui iraient à l'encontre du but recherché. L'imposition de toutes les formes de revenu et de richesse peut permettre de ne pas faire peser sur l'emploi formel une charge fiscale trop lourde. Des mesures d'incitation maladroites peuvent compromettre les retombées macroéconomiques positives de l'investissement dans la sécurité sociale. Cela peut être le cas lorsque les prestations, du

⁶⁷ Recommandation (n° 200) concernant le VIH et le sida et le monde du travail, 2010, paragr. 37 h).

⁶⁸ L'absence de mesures visant à coordonner les politiques de sécurité sociale et de l'emploi a notamment été rapportée par les pays suivants: Antigua-et-Barbuda, Belize, Bénin, Etat plurinational de Bolivie, Gabon, Mozambique, Nicaragua, Sainte-Lucie, Sénégal, Suriname. Etude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 508.

⁶⁹ Les pays faisant état de contacts administratifs entre les secteurs de l'emploi et de la protection sociale sont notamment la Colombie, l'Éthiopie, la Malaisie, le Mali et Maurice. *Ibid.*, paragr. 509.

⁷⁰ *Ibid.*, paragr. 507.

fait de leur niveau ou de leur conception, ont pour effet d'accroître le taux d'inactivité ou d'encourager la sortie du marché du travail, non sans conséquences indésirables: taux de dépendance élevé, recul de la production, inefficience économique.

94. Pour y remédier, il peut être nécessaire non seulement de procéder à des ajustements du système de sécurité sociale, mais aussi de veiller à ce qu'il y ait des débouchés professionnels de qualité, et à coordonner adéquatement les politiques du marché du travail – en particulier des politiques actives du marché du travail, et les politiques salariales avec la politique de sécurité sociale. Des mesures visant à accroître l'employabilité des bénéficiaires, actuels ou potentiels, des prestations sociales sont nécessaires, mais elles ne sauraient être efficaces en l'absence de débouchés professionnels décentes en termes de rémunération et de conditions de travail. Il faut notamment mettre en place des politiques du marché du travail appropriées ainsi que des stratégies d'apprentissage tout au long de la vie, en particulier pour faciliter l'accès des jeunes au marché de l'emploi et le maintien en activité des plus âgés, notamment si leurs activités antérieures faisaient beaucoup appel à la force physique.

95. Une des tendances récentes de l'intégration des politiques sociales et de l'emploi consiste à établir un lien entre les prestations fournies aux chômeurs et les politiques d'activation, ainsi que les services de l'emploi ⁷¹ (formation professionnelle, orientation, placement). Par exemple, en Argentine, une assurance «Formation et emploi» (*Seguro de Capacitación y Empleo – SCyE*) associe les transferts en espèces destinés aux chômeurs à un programme de formation professionnelle. Gestion personnalisée et interventions précoces peuvent réduire sensiblement le besoin d'assistance au chômage et prévenir le chômage de longue durée. Les prestations de sécurité sociale et les politiques de l'emploi devraient être conçues pour encourager les travailleurs à rechercher un emploi productif et ne pas décourager les employeurs d'offrir des emplois ni les travailleurs d'en rechercher. La République de Corée a mis en place un ensemble novateur de prestations qui constituent de bonnes mesures d'incitation, notamment des primes de retour rapide à l'emploi, de perfectionnement des compétences professionnelles, de recherche d'emploi sur un vaste secteur, ainsi que des indemnités de déménagement.

96. L'allongement de la vie active et l'augmentation des taux d'emploi des personnes en âge de travailler sont en tête des priorités de nombreux pays. La principale difficulté pour gérer le changement démographique provient de ce qu'il faut maintenir une croissance élevée de la productivité, qui appelle un investissement permanent dans les infrastructures, la formation, l'apprentissage tout au long de la vie, ainsi que des conditions de travail et des dispositions en matière de sécurité et de santé au travail qui empêchent les travailleurs de vieillir prématurément. Les départs anticipés à la retraite posent un grave problème dans certains pays européens. Aux Pays-Bas, par exemple, le ratio emploi/population du groupe des 55 à 64 ans était tombé à 29,7 pour cent en 1990. Le niveau des pensions ne diminuait pas en cas de départ anticipé à la retraite. La réforme des pensions, entreprise en 1997, a créé des incitations à reporter le départ effectif à la retraite en instaurant un calcul actuariel des prestations en cas de retraite anticipée, qui se solde par une réduction des prestations. L'Union européenne s'est fixé deux grands objectifs concernant l'emploi des personnes âgées. En 2001, le Conseil européen de Stockholm s'est donné comme objectif pour l'horizon 2010 qu'au moins la moitié de la population âgée de 55 à 64 ans ait un emploi. Cette décision a été suivie par la conclusion du Conseil européen de Barcelone de 2002 selon laquelle «il faudrait chercher, d'ici à 2010, à augmenter progressivement d'environ cinq ans l'âge moyen

⁷¹ Les pays ayant fait état d'une amélioration de la coordination et de l'intégration des politiques de l'emploi et des politiques sociales sont notamment l'Equateur, la Mongolie, la Tunisie et l'Uruguay. *Ibid.*, parag. 504-507.

effectif auquel cesse, dans l'Union européenne, l'activité professionnelle»⁷², l'objectif étant d'intensifier les efforts visant à permettre aux travailleurs âgés de rester plus longtemps sur le marché du travail. Un certain nombre de pays de l'OCDE ont pris des mesures déterminantes pour augmenter l'âge de départ à la retraite au cours des vingt dernières années, soit en relevant l'âge normal de départ, soit en adoptant des mesures incitatives visant à retarder le départ à la retraite en corrélant le niveau des pensions à celui de l'âge de départ, à l'espérance de vie à la date du départ, ou les deux. Dans 13 des 29 pays de l'OCDE, l'âge de départ à la retraite est révisé à la hausse, dans certains cas au-delà de 65 ans (Allemagne, Danemark, Etats-Unis, Pays-Bas et Royaume-Uni).

97. L'accent est également mis sur une meilleure intégration au marché de l'emploi des personnes en âge de travailler et, dans ce contexte, une attention particulière est accordée à l'emploi des jeunes. Des réglementations sont mises en place dans certains pays (Canada, Suède) pour faciliter l'activité féminine en favorisant un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie de famille: garde d'enfants, congés parentaux, prestations de maternité. Les politiques en matière de prestations aux familles dans les pays scandinaves semblent avoir donné de bons résultats au cours des dernières décennies.

98. Le besoin de cohérence entre les politiques de protection sociale et les politiques de l'emploi s'impose aussi au regard des nouveaux dispositifs mêlant, dans certains pays européens, mesures d'assistance sociale et mesures d'activation pour le retour à l'emploi. Ces politiques, axées sur la participation obligatoire au marché du travail, ont eu d'importantes répercussions pour les personnes handicapées, ou en longue maladie: durcissement des critères d'admissibilité, réduction du montant et de la durée des prestations, versement des prestations subordonné à la recherche d'emploi avec contrôle à l'appui, renforcement des sanctions, de la surveillance et des contrôles. D'autres pays semblent prendre des mesures énergiques afin de faire baisser le nombre de travailleurs sortant du marché du travail pour cause d'invalidité. L'expérience de la Hollande dans ce domaine illustre les difficultés résultant des interactions entre politique de sécurité sociale et politique de l'emploi. Le régime de pension d'invalidité, notamment dans des pays faisant face à des vagues de nouveaux chômeurs du fait des ajustements structurels et des transformations de l'économie, était utilisé pour les travailleurs excédentaires comme un moyen de départ anticipé. L'augmentation du nombre de bénéficiaires menaçait la viabilité de ce régime. Une série de réformes a ainsi été amorcée dans les années quatre-vingt-dix pour limiter les droits à des prestations d'invalidité et promouvoir dans le même temps l'emploi des personnes handicapées âgées. La dernière réforme, concrétisée par la loi sur le travail et le revenu en fonction de la capacité de travail, promulguée en 2006, accorde une grande importance à l'intégration sur le marché du travail des personnes dont la capacité de gains est supérieure à 20 pour cent. Ces personnes bénéficient d'une allocation qui compense un pourcentage donné des gains perdus en raison du handicap pendant une certaine période, au terme de laquelle elles doivent recourir à l'assistance sociale.

99. L'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011) souligne l'importance qu'il y a à concilier les objectifs de protection des dispositifs de sécurité sociale avec les objectifs d'activation des services de l'emploi, en respectant les principes d'emploi «convenable» et «librement choisi» énoncés dans les conventions n^{os} 168 et 102. La tendance, observée dans certains pays⁷³, à durcir les critères

⁷² Union européenne: *Conclusions de la Présidence*, Conseil européen de Barcelone, 15-16 mars 2002, Document SN 100/1/02 REV 1, paragr. 32.

⁷³ C'est le cas, par exemple, en Allemagne, au Danemark et en Norvège, étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 224.

d'admissibilité aux prestations de chômage et à obliger les chômeurs à postuler et à accepter sur-le-champ tout travail ordinaire qu'une personne est apte à accomplir peut être contraire à l'objectif même des prestations de chômage, à savoir éviter qu'un travailleur ne soit contraint d'accepter n'importe quel emploi, même si celui-ci est inférieur à son niveau d'éducation et de qualification, tout au moins pendant une certaine période après qu'il a été licencié. La garantie d'un emploi convenable et en rapport avec les qualifications et les compétences du demandeur d'emploi permet aussi de garantir une utilisation optimale du potentiel de ressources humaines et de préserver la qualité générale de la main-d'œuvre du pays.

Promouvoir la régularisation de l'emploi

100. L'étendue de l'emploi informel et le risque qu'il ne se diffuse encore davantage, de même que l'emploi atypique et l'emploi précaire, sont des problèmes de taille pour un certain nombre de pays. L'emploi informel est généralement bien moins répandu dans les pays à haut revenu que dans les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire, mais divers pays, de tous niveaux de revenu, ont exprimé leur inquiétude concernant l'accroissement de l'emploi précaire et de l'informalité. La crise économique et financière mondiale a contribué à aggraver le problème dans une grande partie du monde et les répercussions pourraient peser sur le développement économique et social à moyen et à long terme.

101. L'un des enjeux de la régularisation de l'emploi est d'apporter une couverture sociale aux travailleurs des petites entreprises et des microentreprises ainsi qu'aux travailleurs indépendants (voir ci-après la section sur la gouvernance et le respect de la législation). Étendre à ces groupes la protection prévue par la législation du travail et de la sécurité sociale est une étape importante mais insuffisante pour assurer une couverture effective, vu le faible taux de mise en application. Un certain nombre de pays se sont engagés à promouvoir l'extension de la couverture sociale à ces groupes (par exemple, la Jordanie) en incluant les entreprises de moins de dix salariés dans le champ d'application de la législation, ou en utilisant des systèmes simplifiés de collecte des cotisations et des impôts pour les petites entreprises et les travailleurs indépendants. C'est le cas des régimes *Monotributista* en Argentine, au Brésil et en Uruguay, qui se sont en partie soldés par une augmentation spectaculaire du nombre de personnes pouvant prétendre à la couverture sociale. De fait, les travailleurs marginaux peuvent désormais bénéficier d'une telle couverture, et relèvent donc du secteur formel, comme cela s'est produit en Afrique du Sud avec l'affiliation des travailleurs domestiques à la caisse d'assurance-chômage.

Accroître la productivité de la main-d'œuvre

102. L'investissement dans l'établissement d'un seuil minimal de sécurité sociale a des conséquences économiques positives. Les sociétés qui investissent dans les personnes par le biais des mécanismes élémentaires de protection sociale, notamment des politiques de protection de la santé, se donnent les moyens de pleinement développer leur potentiel productif. Ces investissements contribuent à la santé, à l'alimentation et à l'éducation de la population, ainsi qu'à améliorer son employabilité dans l'économie formelle, comme en atteste l'analyse des programmes de transferts sociaux existants⁷⁴. Cela se traduira par une augmentation de la productivité, comme le montre le programme *Oportunidades* mis en place au Mexique⁷⁵.

⁷⁴ Voir *World Social Security Report 2010/11*, p. 110.

⁷⁵ S. Levy: *Progress Against Poverty: Sustaining Mexico's Progres/Oportunidades Programme* (Washington, DC, Brookings Institution, 2006).

2.7. Financement ⁷⁶

2.7.1. Cadre juridique et conceptuel international

103. Dans ses conclusions concernant la sécurité sociale (2011), la Conférence internationale du Travail reconnaît qu'il est nécessaire de veiller à assurer la viabilité à long terme des socles nationaux de protection sociale en les finançant à partir de sources de revenus nationales, mais qu'il peut néanmoins «exister des cas où ces ressources sont insuffisantes pour permettre l'extension du socle de protection sociale à tous à brève échéance. La coopération internationale peut jouer un rôle important s'agissant d'aider les Etats Membres à lancer le processus et à créer une base de ressources nationales qui permette d'assurer des mécanismes de financement viables.» ⁷⁷ «Les gouvernements des Etats Membres devraient envisager ou prendre les mesures ci-après ... garantir la viabilité financière, budgétaire et économique des systèmes de sécurité sociale par des politiques appropriées et différents mécanismes de financement, élaborés en consultation avec les partenaires sociaux ou par ces derniers, le cas échéant.» ⁷⁸

104. En ce qui concerne le financement de la sécurité sociale, les instruments de l'OIT relatifs à la sécurité sociale, notamment la convention n° 102, reposent sur le principe de financement collectif des prestations, selon lequel le coût des prestations et les frais administratifs de ces prestations doivent être financés par voie de cotisations ou d'impôts, ou les deux à la fois, et répartis équitablement entre les parties prenantes ⁷⁹. Dans le cadre global des recommandations n°s 67 et 69, les principes généraux communs à l'ensemble des branches du système de sécurité sociale et appliqués à la branche des soins médicaux préconisent d'orienter les stratégies de soins de santé en vertu, notamment, du principe de la mutualisation des ressources et de la solidarité. La branche des soins médicaux doit être financée collectivement, de manière à pouvoir assurer sa viabilité à long terme et un développement progressif apte à promouvoir la stabilité et la cohésion sociales ⁸⁰.

105. Pour le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU, la nécessité d'allouer suffisamment de ressources budgétaires et autres au niveau national fait partie de l'obligation de l'Etat d'élaborer une stratégie nationale pour la mise en œuvre intégrale du droit à la sécurité sociale ⁸¹.

2.7.2. Législation et pratique nationales

Modes de financement et dépenses

106. Les prestations de sécurité sociale peuvent être financées par des sources multiples – recettes générales, impôt à affectation spéciale, cotisations de sécurité sociale, cotisation à des assurances privées, paiement des soins par l'utilisateur, de sa poche. La

⁷⁶ Pour plus d'informations, voir également: rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 4.2 et 5.2.3; étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), partie IV, chap. 1; *World Social Security Report 2010/11*, chap. 8; guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 2.4 et 2.5.3; ainsi que BIT: *Can low-income countries afford basic social security?*, Documents de politique de sécurité sociale, document 3 (Genève, 2008) et *La sécurité sociale pour tous: Un investissement dans la justice sociale et le développement économique*, Documents de politique de sécurité sociale, document 7 (Genève, 2009).

⁷⁷ Conclusions concernant la sécurité sociale (2011), paragr. 18.

⁷⁸ *Ibid.*, paragr. 33 h).

⁷⁹ Convention n° 102, article 71 1), et recommandation n° 67, paragr. 26.

⁸⁰ Recommandation n° 69, paragr. 6 c) et 7 b).

⁸¹ Observation générale n° 19, paragr. 41.

plupart des pays utilisent une combinaison de sources financières qui leur est propre⁸². Les modes de financement évoluent généralement au fil du temps et reflètent les préférences nationales en matière d'organisation des systèmes. La part des impôts par rapport aux cotisations reflète la préférence pour la solidarité nationale dans les systèmes financés par l'impôt ou pour la solidarité de groupe dans les systèmes fondés sur l'assurance.

107. La plupart des systèmes nationaux financent généralement les prestations de base, à savoir les transferts sociaux et les services de santé essentiels soumis à condition ou non, ou soumis à condition de ressources, fournis sur une base universelle ou sélective grâce aux recettes fiscales générales. Pour ce qui est du financement des soins de santé, les sources de revenus sont plus variées, à savoir financement par imposition directe des services de santé, systèmes d'assurances (subventionnés) ou régimes mixtes. De nombreux systèmes de santé accusent un déficit chronique de ressources.

108. Selon une étude de la Banque mondiale⁸³, en 2008, la moitié environ des 72 pays pour lesquels on dispose de données concernant les «filets de sécurité sociale de base» dépensaient moins de 2 pour cent de leur PIB pour ces prestations. Pour l'Union européenne, cette moyenne était inférieure à 3 pour cent du PIB pour des dépenses sociales se montant au total à 25 pour cent en moyenne⁸⁴. La majorité des pays en développement et à revenu intermédiaire, pour lesquels on dispose de données, ont consacré moins de 30 pour cent de leurs dépenses sociales aux prestations de base de la sécurité sociale. En règle générale, la part des dépenses au titre de l'assistance sociale ou des filets de sécurité sur le total des dépenses sociales nationales tend à se réduire, à mesure que les économies se développent, notamment le secteur formel, et que les revenus moyens augmentent.

109. Selon les estimations du BIT, les prestations en espèces du socle de protection sociale pourraient être financées dans un certain nombre de pays en développement par un pourcentage du PIB se situant dans une fourchette de 2,2 à 5,7 pour cent, dans le cas de prestations universelles et bien moins dans le cas de prestations soumises à conditions de ressources. A titre d'exemple, Maurice, l'un des rares pays africains à s'être doté d'un socle de protection sociale presque complet à prestations non contributives, assure le financement de cette protection sociale avec environ 3 pour cent de son PIB⁸⁵, soit environ 12 pour cent du total des dépenses publiques. Des exemples comme le régime *Bolsa Família* au Brésil et le programme d'aide au revenu *Benazir income support* au Pakistan montrent qu'une part importante des éléments des socles de protection sociale peut être financée par 0,3 à 0,4 pour cent environ du PIB. S'agissant du Viet Nam, les estimations du BIT font apparaître qu'avec 2,6 pour cent du PIB au plus le pays pourrait totalement combler les lacunes en matière de couverture sociale⁸⁶.

110. Dans l'ensemble, il apparaît que, selon les préférences nationales pour un financement des prestations universelles sur la base de l'impôt ou sur celle des cotisations, les dépenses en espèces du socle de protection sociale des systèmes arrivés à maturité ne doivent pas dépasser 10 à 30 pour cent de l'ensemble des dépenses sociales

⁸² Pour plus d'informations, voir le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, pp. 43 à 45.

⁸³ Etude mentionnée dans BIT: *World Social Security Report 2010/11*, p. 75.

⁸⁴ *Ibid.*, p. 73.

⁸⁵ Estimation faite sur la base du rapport intitulé *Social Security Statistics 2003/2004–2008/2009*, publié par l'Office central de statistiques, Maurice, www.gov.mu/portal/goc/cso/ei827/socsec.pdf.

⁸⁶ BIT: *Compatibility analysis of the national social protection strategy and the UN Social Protection Floor Initiative – Costing and financial projections to implement social protection policies, 2011-20* (à paraître).

du pays. Le constat qui est peut-être le plus intéressant lorsque l'on analyse les dépenses sociales nationales est que des pays affichant des niveaux de dépenses publiques identiques consacrent à la sécurité sociale une part de leurs ressources qui est très variable. Il ressort de ce qui précède que «le volume de l'investissement dans la sécurité sociale ... dépend dans une large mesure de la volonté politique et sociale ...»⁸⁷.

111. Certains pays auraient adopté diverses mesures pour assurer un niveau de financement approprié: mise en place de prélèvements spéciaux, élargissement de l'assiette fiscale générale grâce à un recouvrement amélioré et à de nouveaux impôts (sur l'alcool ou le tabac, sur les produits de luxe, sur les activités polluantes, dans l'industrie pharmaceutique, etc.). En Algérie par exemple, depuis 2006, 2 pour cent des recettes de l'industrie pétrolière sont alloués au budget de la sécurité sociale et, en 2010, a été créé un fonds spécial de la sécurité sociale alimenté par une part des recettes provenant de l'impôt sur le tabac, de la taxe sur les bénéfices découlant des importations de médicaments et de la taxe sur l'achat de yachts. Au Ghana, 2,5 points de pourcentage de la TVA sont spécialement affectés et versés à l'organisme national d'assurance-santé.

Gestion financière

112. Des pays ont souligné dans leurs réponses au questionnaire de l'étude d'ensemble que les modalités de financement, les niveaux de prestations, ainsi que les modes de prestation et d'administration doivent être conçus de manière à assurer un équilibre financier viable entre les dépenses et les ressources. Quelle que soit la diversité des modes de financement d'un pays à l'autre, il est reconnu aussi que les Etats doivent avoir une gestion financière saine reposant sur des principes et des bonnes pratiques, notamment:

- organiser des évaluations actuarielles répétées sur la durée, qui permettent de corriger des déséquilibres financiers potentiels. Il faudrait aussi conduire des évaluations actuarielles en cas de prévision d'une réforme des systèmes de la sécurité sociale⁸⁸;
- mettre en place des réserves de sécurité ou un fonds de stabilisation permettant d'assurer la fourniture ininterrompue des prestations en cas de conjoncture économique instable, voire d'augmentation massive et imprévue des dépenses, par exemple du fait de crises financières, économiques ou naturelles, entraînant soudainement une hausse du nombre de bénéficiaires⁸⁹;
- instituer des règles d'investissement rationnel pour toute réserve constituée en respectant les principes de sécurité, de rendement et de liquidité;
- créer un cadre général de réglementation et de supervision qui soit fonctionnel pour réduire à un minimum les insuffisances, les erreurs de gestion, les irrégularités et les abus;
- recueillir des données statistiques (socio-économiques, démographiques, financières) fiables, nécessaires à une gestion équilibrée des régimes;

⁸⁷ BIT: *World Social Security Report 2010/11*, p. 99.

⁸⁸ Des révisions actuarielles régulières sont requises par la loi, par exemple, au Cameroun, au Ghana, en Jamaïque, en République démocratique populaire lao, au Lesotho et en Namibie. Etude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 468.

⁸⁹ Ont indiqué qu'ils ont créé des fonds de réserve dans le cadre de leurs systèmes de sécurité sociale notamment l'Algérie, le Cameroun, la Chine, la Finlande, le Japon, le Luxembourg, la République de Moldova, les Philippines, la Pologne et la Roumanie. *Ibid.*, paragr. 469.

- ❑ se doter du personnel qualifié nécessaire à la bonne exécution des tâches relevant des différentes fonctions (gestion, évaluations actuarielles, statistiques, investissement);
- ❑ financement collectif ou solidaire des prestations ainsi que la mutualisation des risques;
- ❑ il incombe à l'Etat, en dernier ressort, de garantir la bonne gestion financière des régimes de sécurité sociale et la fourniture des prestations, indépendamment des sources et des mécanismes de financement ⁹⁰.

113. Les pays dont les régimes de sécurité sociale ont atteint un degré élevé de développement se heurtent de plus en plus à des contraintes financières pour assurer leur pérennité, d'où les efforts qu'ils déploient pour en améliorer la gestion et l'efficacité. Différentes mesures adoptées par les gouvernements depuis la fin des années quatre-vingt-dix sont mentionnées dans les réponses à l'étude d'ensemble ⁹¹:

- ❑ amélioration de la coordination entre les réformes de la fiscalité et les réformes de la sécurité sociale;
- ❑ amélioration de la coordination et de l'intégration des différents régimes de sécurité sociale en vue de réduire les coûts administratifs et de renforcer la collaboration entre les organismes de la sécurité sociale et les autres administrations et services publics;
- ❑ élargissement de l'assiette fiscale pour inclure les revenus tant du travail que du capital;
- ❑ renforcement du lien entre la politique de protection sociale et la politique de l'emploi;
- ❑ amélioration de la coordination des activités d'inspection et durcissement des sanctions pour mieux lutter contre le non-paiement des cotisations, le travail non déclaré et la fraude;
- ❑ accélération et simplification des procédures administratives et meilleure attention à l'utilisateur en matière notamment d'appel, de contestation et de médiation.

114. Parmi les mesures visant à augmenter l'efficacité des systèmes, on observe également une tendance à centraliser des organismes multiples sous une entité unifiée en appliquant un modèle intégré de gestion associé à une décentralisation de la prestation de services. Cette tendance prévaut en Espagne, en Norvège et au Portugal où les responsabilités des ministères en charge de la sécurité sociale et des ministères en charge du travail, de la formation et de l'emploi ont été fusionnées. De même, les administrations fournissant des services de l'emploi et celles fournissant des services de sécurité sociale ont été unifiées en Belgique, en Espagne, en Suède et en Turquie.

⁹⁰ Dans certaines réponses, «les gouvernements admettent ouvertement qu'ils ne sont pas en mesure d'accepter et d'assumer leur pleine responsabilité pour ce qui est d'assurer le bon fonctionnement du système de sécurité sociale», c'est le cas notamment d'Antigua-et-Barbuda et de l'Ouganda. *Ibid.*, paragr. 457. D'autres pays indiquent que la responsabilité de l'Etat est inscrite dans la législation nationale et que les prestations sont financés par le budget général (Azerbaïdjan, Brésil, Philippines, Roumanie, Fédération de Russie). *Ibid.*, paragr. 470.

⁹¹ Pour plus d'informations, voir *ibid.*, paragr. 330-396 et paragr. 462-495.

2.8. Gouvernance⁹²

2.8.1. Cadre juridique et conceptuel international

115. Dans ses conclusions concernant la sécurité sociale (2011), la Conférence reconnaît l'importance de la gouvernance et notamment la nécessité «de bien gérer et bien administrer les systèmes de sécurité sociale afin d'assurer la réalisation effective des objectifs convenus, une utilisation efficace des ressources et la transparence...». «La participation active de toutes les parties prenantes, en particulier des travailleurs et des employeurs, grâce à des mécanismes de dialogue social et à une supervision tripartite efficaces...» est considérée comme l'un des moyens importants de garantir la bonne gouvernance des systèmes de sécurité sociale⁹³. Les conclusions soulignent la responsabilité générale de l'Etat, à qui il incombe de faire en sorte que le système de sécurité sociale soit efficace et efficient, le rôle du dialogue social pour ce qui est d'identifier et de définir les objectifs stratégiques prioritaires, de concevoir les dispositifs correspondants, et de contribuer «... au contrôle permanent de la viabilité financière et de l'adéquation sociale, de l'efficacité et de l'efficience de la gestion et de l'administration des régimes de sécurité sociale»⁹⁴.

116. La réalisation du droit à la sécurité sociale, en vertu des instruments relatifs aux droits de l'homme, suppose, selon le Comité des droits économiques, sociaux et culturels, que les systèmes de sécurité sociale soient établis conformément à la législation nationale et que les autorités publiques soient responsables de la bonne administration ou supervision du système. Les dispositifs doivent par ailleurs être viables, afin que la génération actuelle mais aussi les générations futures puissent jouir de ce droit⁹⁵. En outre, «les bénéficiaires des régimes de sécurité sociale doivent être en mesure de participer à l'administration du système. Celui-ci devrait être institué en vertu d'un texte législatif national et garantir le droit des particuliers et des organisations de rechercher, recevoir et diffuser des informations sur tous les droits à prestation de sécurité sociale existants, dans la clarté et la transparence⁹⁶.»

117. Les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale énoncent une série de principes généraux et de directives pour la bonne gouvernance des systèmes de sécurité sociale. La convention n° 102 dispose notamment que: le régime doit être placé sous la surveillance des pouvoirs publics ou être administré conjointement par les organisations d'employeurs et de travailleurs, dont les cotisations constituent la plus grande partie des recettes de la sécurité sociale; les représentants des assurés, au nombre desquels comptent les groupes sociaux en marge de l'emploi salarié, doivent participer à la gestion du régime si l'administration de celui-ci n'est pas confiée à une institution publique; et l'Etat doit d'une manière générale se porter garant de la fourniture des prestations et de la bonne administration des institutions et services concernés⁹⁷. La recommandation n° 67 met également en avant les grands principes de bonne gouvernance de la sécurité sociale: assurance et régularité du soutien (viabilité des

⁹² Pour plus d'informations, voir aussi le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 4.3.2 et 5.2.4, l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), Partie III, et le guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 2.5.

⁹³ Conclusions concernant la sécurité sociale (2011), paragr. 22.

⁹⁴ *Ibid.*, paragr. 23-26.

⁹⁵ Comité des droits économiques, sociaux et culturels: Observation générale n° 19, paragr. 11.

⁹⁶ *Ibid.*, paragr. 26.

⁹⁷ Convention n° 102, art. 71, paragr. 3, et 72.

régimes/ajustements des prestations en fonction du niveau de vie), gouvernance démocratique et transparente du système de sécurité sociale, contrôle par les personnes protégées (et protection de leurs droits par voie légale) et rôle premier de l'Etat (responsabilité/garantie)⁹⁸.

118. La recommandation n° 69 énonce les principes de base propres à l'organisation et à la gestion de la branche des soins médicaux. Plus précisément, elle dispose que tous les soins médicaux devraient, pour une économie et une efficacité optimales, être organisés rationnellement à l'échelle du pays tout entier, être centralisés et étroitement coordonnés avec les services généraux de santé⁹⁹.

119. Plus spécifiquement, comme énoncé par la CEACR dans l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011):

Les principes généraux communs à l'ensemble des branches du système de la sécurité sociale et appliqués à la branche des soins médicaux préconisent d'orienter les stratégies de soins de santé dans les directions suivantes ...

- (3) En vertu du principe de la responsabilité générale de l'Etat, il incombe aux autorités centrales d'élaborer la politique nationale de santé et de contrôler l'ensemble des services de soins médicaux et services de santé généraux, de manière à garantir la fourniture des soins et la bonne gestion de l'ensemble des institutions et services concernés, et cela quelle que soit la méthode de financement ou de gestion adoptée.
- (4) Conformément au principe de gouvernance démocratique et transparente du système de sécurité sociale, la gestion du secteur des soins de santé doit être exercée avec la participation des représentants des personnes protégées, des contributeurs, ainsi que des membres de la profession médicale et des professions connexes, et prévoir un dispositif rapide et efficace permettant de déposer une plainte ou de recourir contre les décisions prises¹⁰⁰.

120. La recommandation (n° 113) sur la consultation aux échelons industriel et national, 1960, invite les Etats Membres à prendre «des mesures appropriées aux conditions nationales ... en vue de promouvoir aux échelons industriel et national une consultation et une collaboration efficaces entre les autorités publiques et les organisations d'employeurs et de travailleurs, ainsi qu'entre ces organisations...»¹⁰¹. En outre, elle prévoit que «cette consultation et cette collaboration devraient notamment viser ... à faire en sorte que les autorités publiques compétentes sollicitent de façon appropriée les vues, les conseils et le concours des organisations d'employeurs et de travailleurs dans des domaines tels que ... la création et le fonctionnement d'organismes nationaux tels que ceux qui s'occupent ... de la sécurité sociale et du bien-être...»¹⁰².

121. Le suivi de la performance des régimes complets de sécurité sociale suppose d'importants investissements de ressources publiques dans les systèmes de rapports statistiques. Les directives relatives aux statistiques de la sécurité sociale figurent dans la résolution concernant l'élaboration des statistiques de la sécurité sociale, adoptée par la neuvième Conférence internationale des statisticiens du travail, en 1957. Cette résolution indique que chaque pays devrait encourager l'élaboration d'un système de statistiques de la sécurité sociale aux fins suivantes:

⁹⁸ Recommandation n° 67, paragr. 27, et annexe, paragr. 27 (1)-(10).

⁹⁹ Recommandation n° 69, paragr. 92-111.

¹⁰⁰ Paragr. 47.

¹⁰¹ Paragr. 1 (1).

¹⁰² *Ibid.*, paragr. 5 b) ii).

- a) fournir des données de base pour le contrôle administratif des régimes de sécurité sociale et l'appréciation de l'efficacité de leur fonctionnement;
- b) constituer une base pour l'appréciation de la structure financière des régimes, pour les évaluations actuarielles et pour l'élaboration de prévisions à court et à long terme;
- c) fournir un moyen d'apprécier le système de sécurité sociale en tant qu'instrument de politique sociale, et en particulier fournir une base pour l'appréciation du niveau de protection sociale dont bénéficient les divers groupes de la population;
- d) fournir des informations générales sur la sécurité sociale;
- e) fournir des données pour les comparaisons internationales dans le domaine de la sécurité sociale;
- f) fournir des données de sources administratives et comptables pour répondre à d'importants besoins dans d'autres domaines, comme celui de la main-d'œuvre, de l'économie, de la santé, de la démographie, et autres.

122. Il est regrettable que, plus d'un demi-siècle après l'adoption de la résolution susmentionnée, seule une minorité de pays, essentiellement ceux qui sont membres de l'Union européenne et de l'OCDE, disposent de systèmes de statistique suffisamment élaborés pour leur permettre de contrôler et d'évaluer l'efficacité et l'efficience de leurs systèmes nationaux de sécurité sociale.

2.8.2. Législation et pratique nationales

Responsabilité générale de l'Etat

123. De l'avis général des gouvernements, des partenaires sociaux et des experts de la sécurité sociale, il incombe à l'Etat de fournir à la population une protection sociale adéquate, tant pour ce qui est d'assurer la fourniture des prestations que de veiller à la bonne administration des organismes et services concernés. Ce principe est également énoncé dans les normes relatives à la sécurité sociale, notamment la convention n° 102. Toutefois, comme la commission l'a noté, non sans préoccupation, dans l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), la tendance à la privatisation des régimes de sécurité sociale pendant les années quatre-vingt-dix a progressivement érodé la responsabilité de l'Etat et les principes d'administration et de gestion participative¹⁰³. Si elles ont donné quelques bons résultats sur le plan de la viabilité financière des dépenses sociales, ces mesures ont transféré sur les particuliers une charge de plus en plus lourde sur le plan des risques et du financement. Cette tendance a marqué le pas, voire a été inversée dans de nombreux pays au cours de la récente crise, à la suite de l'intervention résolue de gouvernements qui ont pris des mesures pour garantir ou augmenter les droits à la sécurité sociale. Certains gouvernements ont recouvré des responsabilités antérieurement abandonnées, qui avaient été endossées par des assureurs privés ou des entreprises, notamment en restituant au secteur public des régimes de pension qui avaient été privatisés. Dans d'autres pays, les gouvernements ont été exhortés à adopter des mesures d'aide en faveur

¹⁰³ Par exemple, en Amérique latine (Argentine, Etat plurinational de Bolivie, Colombie, Costa Rica, République dominicaine, El Salvador, Mexique, Panama, Pérou et Uruguay), ainsi que dans les pays d'Europe centrale et orientale (Bulgarie, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Fédération de Russie, Slovaquie, Slovénie et République tchèque), pays dans lesquels on a enregistré une vague de privatisation des régimes de pension au cours des années quatre-vingt-dix, étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 447.

des pensionnés titulaires de droits très modestes, qui avaient cotisé à des caisses et pris leur retraite pendant la crise avant que les actifs ne retrouvent leur niveau antérieur.

*Conception des systèmes et suivi de leur performance
sur la base du dialogue social*

124. La plupart des réponses au questionnaire de l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011) reconnaissent l'importance de la liberté d'association et de la négociation collective et la nécessité que les partenaires sociaux participent à la conception et à la gestion des régimes de sécurité sociale. Dans de nombreux pays, les conventions collectives ont joué un rôle déterminant en exerçant une fonction régulatrice, complémentaire de celle de l'Etat. En Argentine, elles ont même facilité l'extension de la sécurité sociale au secteur informel grâce à la conclusion d'accords entre des associations professionnelles de travailleurs ayant le statut de syndicats et des employeurs représentatifs.

125. Toutefois, certains pays réglementent la nature et l'éventail des questions pouvant faire l'objet de négociations, parfois interdisant la discussion de certains sujets ou à certains niveaux, en particulier en période de crise économique et financière, comme cela a été le cas récemment dans certains pays européens. Le Comité de la liberté syndicale de l'OIT fait observer que les mesures prises par les autorités pour fixer l'éventail et le niveau des questions ouvertes ou interdites à la négociation, contre la volonté des organisations de travailleurs et d'employeurs, sont souvent contraires à la convention (n° 98) sur le droit d'organisation et de négociation collective, 1949.

*Promouvoir l'information, la transparence et la responsabilité
pour instaurer la confiance à l'égard des institutions
de sécurité sociale*

126. Dans leurs réponses au questionnaire de l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), de nombreux Etats ont souligné qu'il incombe aux organismes de sécurité sociale la tâche importante d'informer et de conseiller les personnes protégées¹⁰⁴. Les objectifs, les procédures et les règles d'accès aux services et aux prestations devraient être communiqués de façon claire, et les démarches administratives pour s'inscrire et bénéficier de prestations ou de services devraient être réduites au minimum. Les dossiers des bénéficiaires doivent être tenus confidentiels et conservés en lieu sûr et, à cet égard, plusieurs Etats ont adopté des dispositions particulières visant à obliger les organismes à informer et conseiller les bénéficiaires systématiquement quant à la protection de leurs données personnelles. Au Mexique, la loi générale de développement social (*Ley General de Desarrollo Social (LGDS)*), adoptée en 2004, fixe les fondements de la politique sociale nationale, y compris le budget, les procédures d'évaluation et les conditions garantissant la responsabilité et la transparence par le biais d'audits, de rapports budgétaires trimestriels et la publication d'informations. La publication d'informations doit être effectuée conformément aux dispositions de la loi fédérale sur la transparence et l'accès aux informations des pouvoirs publics. Selon cette loi, tous les programmes de protection sociale doivent définir et rendre publiques leurs règles de fonctionnement pour que la conception et la mise en œuvre des programmes sociaux ne soit pas laissées à la seule appréciation des fonctionnaires responsables. Ces règles doivent notamment indiquer: la couverture visée, les groupes de population cibles, les critères d'admissibilité, les types d'aide et leur montant, les organismes participants, le mode opératoire, les droits et les obligations des bénéficiaires, les indicateurs d'évaluation et les questions touchant aux

¹⁰⁴ Paragr. 397-402.

contestations et allégations. En Inde, le gouvernement ne ménage pas ses efforts pour fournir des informations détaillées à jour sur le programme national de garantie de l'emploi rural Mahatma Gandhi, au moyen, essentiellement, d'un site Web relié à la base de données du gouvernement et mis à jour en permanence¹⁰⁵. La loi nationale de garantie de l'emploi rural (NREGA) comporte des dispositions particulières sur la responsabilité à l'égard du public. Une stratégie à trois volets a été adoptée sur la base de directives prévues par la loi. Le premier volet concerne la divulgation proactive d'informations, sous la forme de rapports annuels sur les résultats soumis à la Chambre du peuple et au Conseil des Etats. En outre, depuis l'adoption de la loi, le ministre du Développement rural fait régulièrement le point de la situation de l'emploi rural dans le pays. Le deuxième volet, «Information relative aux paiements», prévoit que tout versement prescrit doit faire l'objet d'un document. Le troisième volet prévoit que le Gram Sabha (assemblée populaire) doit effectuer un audit social de toutes les activités du Gram Panchayat (conseil villageois), lequel est tenu de fournir toutes les pièces se rapportant à ces activités.

Saine gestion et administration efficace/Capacité administrative adéquate et formation du personnel

127. La cohérence et la coordination des régimes et des programmes nationaux de sécurité sociale, à la fois contributifs et non contributifs, sont indispensables si l'on veut garantir une administration efficace des systèmes de sécurité sociale ainsi qu'une protection efficace et appropriée de la population. Divers autres aspects d'une bonne administration – cadre réglementaire, supervision et inspection, participation tripartite à la gestion du régime, étroite coordination et intégration éventuelle des régimes de sécurité sociale et de l'administration de la sécurité sociale avec les services de l'emploi ou autres services publics – sont examinés ailleurs dans le présent rapport (sections sur la viabilité financière, les droits à prestations, la transition à l'économie formelle). Dans l'ensemble, l'organisation de l'administration doit répondre aux critères de transparence, de prévisibilité et de responsabilité. Divers dispositifs peuvent être mis en place à cette fin, par le biais des ministères, d'organismes spécialisés, d'institutions semi-autonomes, de mécanismes hybrides, à la fois publics et privés, ou de systèmes privatisés sous supervision publique. L'un des principaux défis pour de nombreuses administrations de la sécurité sociale est de s'assurer les services de fonctionnaires dûment qualifiés. Les Etats ont récemment entrepris de multiplier les contrôles et d'établir des indicateurs de performance et d'impact pour évaluer si le système fonctionne de façon satisfaisante eu égard aux objectifs déclarés. Ainsi, les programmes *Bolsa Família* au Brésil et *Progresa/Oportunidades* au Mexique disposaient, au départ, de mécanismes intégrés de contrôle et d'évaluation.

Veiller au respect de la législation et lutter contre la fraude et les abus

128. La plupart des Etats indiquent qu'il appartient généralement à l'employeur de déclarer le salarié auprès des organismes de la sécurité sociale, soit avant que le salarié ne prenne ses fonctions, soit immédiatement après (par exemple, dans les trois ou dix jours qui suivent). L'employeur est en outre tenu de calculer, de prélever et de verser les cotisations de son personnel et de conserver toutes les pièces y afférentes. L'Etat, quant à lui, a le droit et le devoir de veiller au respect des dispositions. De nombreux Etats¹⁰⁶

¹⁰⁵ Voir <http://india.gov.in/outerwin.php?id=http://nrega.nic.in/>.

¹⁰⁶ Par exemple l'Argentine, El Salvador, l'Espagne, Fidji, la Hongrie, la République démocratique populaire lao, le Lesotho, la Lituanie, le Monténégro, le Mozambique et Sri Lanka, étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), paragr. 344.

indiquent avoir adopté des garde-fous et des sanctions pour éviter que les employeurs ne se soustraient à l'obligation de déclarer les salariés, et ont confié à l'inspection du travail le soin d'effectuer des visites à cet effet. Dans d'autres pays ¹⁰⁷, l'inspection est du ressort du système de sécurité sociale. La Suède, par exemple, a créé une autorité de surveillance de l'assurance sociale en 2009. D'autres pays comme le Bénin, Madagascar ou le Sénégal ont mis en place des systèmes mixtes où le respect de la législation en matière de sécurité sociale est contrôlé à la fois par des inspecteurs de la sécurité sociale et des inspecteurs du travail. Il ressort de récentes expériences, comme celle menée par l'Espagne, qui a regroupé dans une entité unique les services de la sécurité sociale et de l'inspection du travail, que l'efficacité et l'efficacités ont été améliorées. Ces organismes ont pour prérogatives d'imposer des sanctions administratives, d'entamer une procédure judiciaire et d'immatriculer les travailleurs non déclarés auprès des organismes de la sécurité sociale ¹⁰⁸. Toutefois, dans de nombreux pays où le secteur informel emploie jusqu'à 95 pour cent de la main-d'œuvre, la fraude est généralisée. Plusieurs pays et syndicats font état de préoccupations en ce qui concerne l'absence de mesures visant à faire appliquer les dispositions existantes et le non-respect de la législation par de vastes secteurs de l'économie ¹⁰⁹. C'est le cas d'entreprises immatriculées au registre du commerce qui ne déclarent pas tous leurs travailleurs, mais aussi d'entreprises non immatriculées qui opèrent hors du champ d'application de la sécurité sociale ou des autres normes du travail, ne paient pas d'impôts et ne déclarent pas les travailleurs qu'elles emploient. Dans ces pays, les socles de protection sociale seront très différents des socles des pays où la majorité des travailleurs sont enregistrés auprès d'organismes de la sécurité sociale à régime contributif, dont les prestations ne visent que des groupes marginaux insuffisamment, voire pas protégés par les régimes obligatoires.

129. Lutter contre la fraude est donc impératif pour assurer la viabilité et l'efficacité des socles de protection sociale, et de nombreux pays ¹¹⁰ ont pris des mesures contre le travail non déclaré: campagnes pour encourager les entreprises et les travailleurs à régulariser leur situation, permanences téléphoniques pour signaler les fraudes, durcissement des sanctions et relèvement des amendes, renforcement de la formation des personnels des organismes de la sécurité sociale, dont on a étendu les pouvoirs dans différents domaines (collaboration, échange de données, mise en commun des informations avec le ministère des Finances, les inspecteurs du travail, les autorités fiscales et autres administrations ou entités publiques, ainsi que les banques). On a aussi centralisé les fichiers; beaucoup de pays ont gagné en efficacité en établissant un organisme centralisé pour le recouvrement et l'administration des cotisations de sécurité sociale ¹¹¹ ou en intégrant collecte des cotisations et collecte des impôts ¹¹². Cela a

¹⁰⁷ Allemagne, Angola, Etats-Unis, Finlande, France, Grèce, Inde, Malaisie, Maroc, Namibie, Nicaragua, Philippines, Pologne, République-Unie de Tanzanie et Tunisie. *Ibid.*, paragr. 345.

¹⁰⁸ L'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011) examine ces prérogatives et les sanctions appliquées en cas de fraude de façon plus détaillée aux paragraphes 351 à 359.

¹⁰⁹ Par exemple, des syndicats de l'Argentine, de l'Italie et du Pérou ainsi que les gouvernements des pays suivants: Argentine, Australie, Belize, Etat plurinational de Bolivie, Cameroun, Canada, Chili, Colombie, République de Corée, Djibouti, Ethiopie, Ghana, Guatemala, Hongrie, Lituanie, Mali, Maroc, Maurice, Mozambique, Namibie, Ouganda, Panama, Philippines, Portugal, Swaziland et Uruguay. *Ibid.*, paragr. 367-373.

¹¹⁰ Allemagne, Argentine, France, Gambie, Italie, République démocratique populaire lao, Lesotho, Mali, Suisse et Turquie. *Ibid.*, paragr. 364-373.

¹¹¹ Algérie, Arabie saoudite, Azerbaïdjan, Bélarus, Brésil, Chine, Egypte, Espagne, France, Ghana, Israël, Japon, Koweït, Lituanie, Madagascar, Mexique, Namibie, Ouganda, Pologne, République tchèque, Thaïlande, Tunisie et Zimbabwe. *Ibid.*, paragr. 382.

¹¹² Albanie, Argentine, Australie, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Canada, Croatie, Estonie, Etats-Unis, Finlande, Hongrie, Irlande, Italie, Lettonie, République de Moldova, Monténégro, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Roumanie, Royaume-Uni, Slovaquie, Slovénie et Suède. *Ibid.*, paragr. 381.

permis de réaliser d'importantes économies d'échelle, de réduire les coûts et la fraude, le travail non déclaré et le non-paiement des cotisations de sécurité sociale. A l'inverse, on a constaté que les systèmes de sécurité sociale dont la structure est très fragmentée, avec de multiples organisations, un manque de coordination et aucun contrôle central du respect de la législation, se caractérisent par des phénomènes de fraude très répandue et des frais généraux élevés en matière d'administration.

130. Les mesures visant à encourager le retour des chômeurs à l'emploi formel ont déjà été examinées dans la section traitant de la cohérence des politiques. La tendance récente à mieux intégrer les politiques actives de l'emploi et les politiques de sécurité sociale, par le biais notamment de modèles de gestion intégrée qui permettent aux chômeurs de s'inscrire pour bénéficier de prestations et d'avoir accès aux services de recherche d'emploi au sein d'un seul et même organisme, a largement amélioré l'efficacité et l'efficience des administrations publiques de plusieurs pays.

2.9. Processus d'extension ¹¹³

2.9.1. Cadre juridique et conceptuel international

131. A sa session de 2011, la Conférence internationale du Travail a placé la question des lacunes de la couverture de sécurité sociale en tête de ses priorités. Dans ses conclusions concernant la sécurité sociale (2011), elle affirme la nécessité de mettre en place «des stratégies nationales efficaces visant à étendre la sécurité sociale conformément aux priorités nationales et tenant compte de la faisabilité administrative et de l'accessibilité économique (...)» Elle souligne que «ces stratégies nationales devraient viser à parvenir à une couverture universelle de la population offrant au moins des niveaux minimaux de protection (dimension horizontale) et à mettre en place progressivement des niveaux de protection plus élevés inspirés des normes à jour de l'OIT concernant la sécurité sociale (dimension verticale). Les deux dimensions de l'extension de la couverture sont cohérentes avec la volonté de se conformer aux dispositions de la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, sont d'égale importance et devraient, dans la mesure du possible, être réalisées simultanément ¹¹⁴.» L'annexe aux conclusions indique que la «recommandation serait axée sur l'extension de la couverture à de plus amples groupes de population (extension horizontale de la couverture) et favoriserait par conséquent l'établissement de socles nationaux de protection sociale». S'agissant de la garantie progressive de niveaux plus élevés de protection (extension verticale de la couverture), la recommandation encouragerait les Etats Membres à ratifier la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, et autres conventions à jour de l'OIT concernant la sécurité sociale, et ceux qui les ont ratifiées à en assurer l'application effective ¹¹⁵.

132. Le principe de la réalisation progressive du droit à la sécurité sociale est parfaitement reconnu et pris en compte dans le cadre de l'ONU relatif aux droits de l'homme. A l'instar d'autres droits économiques, sociaux et culturels, le droit à la sécurité sociale est exercé progressivement, selon le développement économique et social des Etats et les ressources financières disponibles. Le Pacte international relatif

¹¹³ Pour plus d'informations, voir également l'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011), partie III, chap. 1, le rapport pour la discussion récurrente sur la sécurité sociale, chap. 5.1., et le guide de vulgarisation (*Extension guide*), chap. 2.1.

¹¹⁴ Conclusions concernant la sécurité sociale (2011), paragr. 8.

¹¹⁵ *Ibid.*, annexe, paragr. A2.

aux droits économiques, sociaux et culturels précise, à cet égard, que les Etats parties sont tenus d'agir en vue d'assurer progressivement le plein exercice des droits reconnus dans le pacte en élaborant des politiques et des programmes à moyen et long terme, au maximum de leurs ressources disponibles, y compris par l'assistance et la coopération internationales ¹¹⁶. Bien que la notion de «réalisation progressive» offre une certaine marge de manœuvre aux Etats pour parvenir au plein exercice du droit, dans la pratique, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels demande aux Etats parties de démontrer qu'ils progressent aussi rapidement et efficacement que possible dans la réalisation de cet objectif ¹¹⁷. La réalisation progressive implique également que les Etats doivent, de manière générale, éviter «toute mesure délibérément rétrograde» réduisant la couverture ou le niveau des prestations prévues par le système de sécurité sociale ¹¹⁸.

2.9.2. Législation et pratique nationales

133. Les difficultés pour étendre progressivement la couverture de la sécurité sociale, et les mesures qui sont prises dans ce sens, varient selon les régions et le niveau de développement. Dans les pays où l'économie informelle est très étendue et où seule une petite partie de la population est protégée, les lacunes de la couverture, en milieu rural comme en milieu urbain – travailleurs à domicile, travailleurs domestiques, travailleurs de l'économie informelle – posent souvent des problèmes particuliers. Quant aux pays dont les régimes de protection sociale ont acquis le plus haut degré de développement, leurs difficultés sont liées à l'évolution du marché du travail, qui va souvent dans le sens d'une hausse régulière de l'emploi indépendant et d'une précarité croissante, en raison notamment de l'expansion du travail temporaire, saisonnier ou à temps partiel.

134. Depuis vingt à trente ans, des pays de tous les niveaux de revenu et de développement acquièrent beaucoup d'expérience dans l'extension de la sécurité sociale. Les stratégies diffèrent considérablement, en fonction du contexte politique, culturel, économique et historique: renforcement des mesures visant à améliorer le respect de la législation et à accélérer le processus de formalisation pour permettre, par exemple, aux travailleurs indépendants ou occupés dans l'économie informelle d'accéder aux régimes existants de sécurité sociale, création de programmes pour les travailleurs de l'économie informelle ou encore de systèmes novateurs pour certaines catégories de travailleurs. Diverses mesures peuvent viser à intégrer les personnes non protégées dans les systèmes en place, notamment abaisser l'effectif salarié requis pour que l'entreprise relève du régime de sécurité sociale, assouplir certaines conditions d'ouverture des droits (nombre d'années de service ou de périodes de cotisation), réduire les cotisations, décider l'exonération des arriérés de cotisations, autoriser le rachat d'annuités.

135. Par exemple, l'Equateur a entamé en 2010 la réforme de son système de sécurité sociale en s'appuyant sur deux stratégies: mettre tout en œuvre pour que la population salariée soumise à cotisations s'acquitte de son obligation de s'affilier et intégrer les travailleurs indépendants et les personnes démunies ¹¹⁹. Outre divers dispositifs qui visent le secteur informel, comme la loi nationale de garantie de l'emploi rural (NREGA) et le Rashtrya Swartha Bima Yojna (RSBY), en 2008, l'Inde a adopté la loi sur la

¹¹⁶ Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, art. 2(1).

¹¹⁷ Observation générale n° 19, paragr. 62. A cet égard, il est précisé, au paragraphe 68, qu'afin de contrôler les progrès réalisés les Etats doivent mettre en œuvre un plan d'action pour l'exercice de ce droit. Ce plan d'action doit inclure des objectifs et des repères (critères précis de réalisation) liés à des délais spécifiques.

¹¹⁸ *Ibid.*, paragr. 64.

¹¹⁹ OIT/PNUD/Global South-South Development Academy: *Successful social protection floor experiences: Sharing innovative experiences*, vol. 18 (New York, 2011), p. 248.

sécurité sociale des travailleurs du secteur non organisé, ce qui va faciliter encore l'élaboration de politiques et de programmes destinés à étendre la sécurité sociale au secteur informel. L'Afrique du Sud a ouvert l'assurance-chômage aux travailleurs domestiques et aux ouvriers agricoles saisonniers ¹²⁰. Jusqu'en 2003, les travailleurs domestiques représentaient le premier groupe de travailleurs dans le pays, c'est-à-dire environ 1 million de personnes dont la quasi-totalité n'avait pas accès au fonds public d'assurance chômage. Depuis 2003, les travailleurs domestiques et leurs employeurs sont tenus de cotiser à ce fonds, en vertu d'une disposition légale adoptée en 2002. En 2008, 633 000 personnes étaient inscrites; plus de 324 000 travailleurs domestiques bénéficiaient d'allocations de chômage, de maternité ou d'adoption et de prestations en cas de maladie ou de décès. Cela montre que, en adoptant des stratégies appropriées qui tiennent compte des difficultés des différents groupes de travailleurs, il est possible d'étendre considérablement la couverture du secteur informel. L'Argentine, El Salvador, le Guatemala, le Honduras et l'Uruguay se sont attachés aussi à étendre la sécurité sociale aux travailleurs domestiques. L'Algérie a pris deux décrets afin d'intégrer les travailleurs à temps partiel ou à domicile dans les régimes de sécurité sociale. Plusieurs Etats ont élaboré des systèmes spécifiques pour étendre la couverture aux zones rurales et aux travailleurs agricoles. En 1971, le Brésil a mis en place avec succès un système de retraite non contributif en milieu rural (*Previdência Rural*) et la Chine a lancé en 2009 un système de retraite de base pour les travailleurs ruraux. La Constitution sud-africaine prévoit expressément la réalisation progressive du droit à l'accès aux services de soins de santé et de sécurité sociale, dans la limite des ressources disponibles de l'Etat. Par exemple, le pays a étendu son programme de prestations à l'enfance en augmentant progressivement l'âge maximum d'ouverture des droits. Au Népal, l'âge minimum d'admissibilité a été abaissé. L'Albanie a relevé le montant des pensions en milieu rural dans le but d'atteindre au bout d'un certain temps des niveaux comparables à ceux des pensions versées en milieu urbain. Au Mexique, pour faciliter l'affiliation des travailleurs agricoles occasionnels, travailleurs et employeurs sont exonérés d'une partie des cotisations. D'autres pays rejettent ouvertement l'idée de mettre en place des systèmes pour certains groupes de travailleurs ou secteurs de l'économie, et organisent des régimes de sécurité sociale en fonction de l'âge, des ressources et du lieu de résidence ¹²¹.

136. Ces dernières années, de nombreux Etats ¹²² ont pris des initiatives pour améliorer la couverture des travailleurs indépendants, principalement grâce à l'affiliation obligatoire ou volontaire aux régimes existants – des mesures d'incitation ont parfois été prises consistant à les exonérer d'une partie des cotisations. D'autres Etats, en instaurant des régimes universels, étendent la couverture aux travailleurs de l'économie informelle et à d'autres personnes actuellement privées de protection. Quatorze pays ou territoires ¹²³ ont établi des systèmes universels de pension de vieillesse de base financés

¹²⁰ AISS: *Good practice review: Extending social security coverage in Africa*, document de travail, 2009, p. 19, www.issa.int/content/download/91344/1830606/.../2-paper2-MSamson.pdf.

¹²¹ L'étude d'ensemble concernant les instruments relatifs à la sécurité sociale (2011) examine l'extension de la couverture à certaines catégories de travailleurs (paragr. 307-329).

¹²² Entre autres, Allemagne, Belize, Canada, Chili, République de Corée, Dominique, Finlande, Honduras, Indonésie, Jamaïque, Lettonie, Lituanie, République de Moldova, Suisse, Suriname, République arabe syrienne, République tchèque. *Ibid.*, paragr. 325-329.

¹²³ Etat plurinational de Bolivie, Botswana, Brunéi Darussalam, Iles Cook, Kenya, Kiribati, Kosovo, Maurice, Namibie, Pays-Bas, Nouvelle-Zélande, Samoa, Seychelles, Timor-Leste, Zambie (HelpAge International Pension Watch Database, *op.cit.*).

par l'impôt, 22 autres ¹²⁴ octroient des pensions sociales universelles de vieillesse à toutes les personnes qui ne touchent pas de pension de retraite ¹²⁵.

137. Plusieurs Etats ont étendu la couverture sociale de la santé en subventionnant les cotisations d'assurance ou en exonérant ceux qui ne peuvent pas payer: système universel de soins de santé en Thaïlande, système national d'assurance-maladie au Ghana, système national des mutuelles de santé au Rwanda.

138. Étendre les garanties du socle de protection sociale ne consiste pas seulement à étendre progressivement la couverture de la population mais aussi à élargir la portée et à relever le niveau des prestations. Certains pays ne seront peut-être pas en mesure de mettre immédiatement en place tous les éléments nécessaires pour assurer la sécurité du revenu tout au long de la vie et l'accès aux soins médicaux, et il leur faudra définir des critères restreints d'ouverture des droits qui seront élargis peu à peu, ou échelonner, en fonction des priorités et besoins nationaux, l'introduction de prestations pour les enfants, les personnes âgées et les personnes d'âge actif. D'autres pays ont ouvert peu à peu les critères d'admissibilité et relevé le niveau des prestations compte tenu du développement économique et des ressources nationales. Par exemple, en 1995, le Népal a institué un régime de pension sociale universelle pour les personnes à partir de 75 ans. Pendant l'exercice budgétaire 2008-09, le gouvernement de ce pays a abaissé de 75 à 70 ans l'âge d'admissibilité et, récemment, à 65 ans pour certains groupes particulièrement vulnérables. Dans le même temps, le niveau des prestations a été rehaussé progressivement pour atteindre aujourd'hui 500 roupies (7 dollars des Etats-Unis à la parité de pouvoir d'achat). Ce montant, qui ne fait pas l'unanimité, au motif qu'il est trop modeste, ne représente pas moins une augmentation considérable par rapport au niveau initial de 100 roupies. De même, le Ghana a mis en place progressivement des exonérations des cotisations à l'assurance-maladie nationale pour les femmes enceintes, puis pour les enfants de moins de six ans et ensuite pour les enfants de moins de 18 ans. Dans ce pays, le programme de prestations en espèces sous condition de ressources (moyens de subsistance contre la pauvreté) est mis en œuvre par étapes, en commençant par les municipalités les plus pauvres de chaque district.

2.10. Conclusion provisoire: Identification des éléments d'une recommandation sur les socles de protection sociale

139. Des instruments juridiques internationaux visent à fournir une couverture et une protection universelles. Néanmoins, partout dans le monde, des lacunes de couverture et des niveaux insuffisants de prestations persistent. Alors que nombre de systèmes nationaux novateurs cherchent à combler le manque de protection dans divers pays d'Afrique, d'Asie, d'Europe et des Amériques, rares sont ceux qui ont été formulés dans un cadre juridique cohérent s'inscrivant dans un plan stratégique de développement national. Et, lorsque c'est le cas, leur mise en œuvre effective reste souvent difficile.

140. Dans les conclusions concernant la sécurité sociale (2011), la Conférence internationale du Travail souligne la nécessité que l'OIT formule des orientations en vue de l'instauration d'une sécurité sociale de base au moyen de socles nationaux de

¹²⁴ Azerbaïdjan, Bahamas, Barbade, Bélarus, Bermudes, Chypre, Estonie, Finlande, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lesotho, Lituanie, Maldives, République de Moldova, Népal, Panama, Swaziland, Suède, Thaïlande, Turkménistan et Viet Nam. *Ibid.*

¹²⁵ *Ibid.*

protection sociale. Ainsi, une nouvelle recommandation concernant les socles de protection sociale serait le premier instrument international à prendre pleinement en compte les dernières évolutions de la sécurité sociale.

141. L'analyse qui précède des législations et des pratiques nationales, l'état du droit international sur la question, ainsi que la discussion à la 100^e session de la Conférence internationale du Travail et ses conclusions, permettent de définir un certain nombre d'éléments essentiels en vue d'une possible recommandation. Ces éléments sont les suivants:

- a) Il est nécessaire d'intégrer les socles nationaux de protection sociale en tant qu'ensemble cohérent, complet et coordonné de garanties élémentaires de sécurité sociale définies à l'échelle nationale, dans une stratégie nationale d'extension de la protection sociale qui, à son tour, devrait s'inscrire pleinement dans des cadres nationaux de développement.
- b) Les instruments à jour de l'OIT sur la sécurité sociale ont fourni et, dans bien des cas, continuent de fournir des orientations utiles pour dépasser les objectifs minima de sécurité sociale.
- c) Plusieurs principes communs doivent régir les stratégies nationales d'extension de la sécurité sociale afin d'assurer à long terme la viabilité politique, économique et financière de celles-ci, notamment:
 - i) formuler l'objectif fondamental d'une protection sociale adéquate pour tous, tout au long de la vie, compte tenu des besoins sociaux et des capacités économiques et budgétaires à l'échelle nationale;
 - ii) mettre en œuvre progressivement des stratégies nationales d'extension prévoyant notamment les garanties d'un socle de protection sociale, mais en définissant clairement les étapes et les échéances, afin de ne pas perdre de vue l'objectif général;
 - iii) établir, en élaborant des stratégies d'extension de la sécurité sociale et des socles de protection sociale, des liens clairs et cohérents avec les objectifs de la politique d'emploi et des autres politiques nationales sociales et économiques;
 - iv) conjuguer les objectifs visant à prévenir la pauvreté, à protéger contre les risques sociaux et à donner aux personnes les moyens de saisir les possibilités d'emploi décentes et d'entrepreneuriat;
 - v) suivre scrupuleusement et en toute transparence des méthodes de financement et des pratiques de gestion financière saines, afin de maintenir le consensus national sur la portée et l'étendue de la sécurité sociale;
 - vi) inscrire les garanties et les prestations dans la législation nationale pour assurer la fiabilité et la prévisibilité des prestations;
 - vii) établir des principes de gouvernance solides et transparents, y compris la responsabilité fondamentale de l'Etat et le rôle des partenaires sociaux et des bénéficiaires dans la conception, la gestion générale et financière et le suivi des systèmes de sécurité sociale;
 - viii) accorder une attention particulière aux approches tenant compte des sexospécificités.

142. Outre ces principes communs, plusieurs éléments doivent rester de la compétence des Etats Membres et, techniquement, ne peuvent pas être définis d'une façon générale. Ils portent sur les points suivants:

- a)* l'éventail et le type exacts des prestations, ainsi que leurs modalités organisationnelles et conceptuelles (prestations universelles fondées sur l'assurance, sous condition de ressources ou soumises à d'autres conditions, en espèces ou en nature) pour la mise en œuvre des garanties du socle de protection sociale, qui ne peuvent être déterminées qu'au niveau national;
- b)* le niveau des prestations fournies, qui ne peut être établi qu'en fonction de la situation nationale – niveaux et répartition des revenus dans le pays, existence d'une infrastructure de services sociaux et de santé, marge de manœuvre budgétaire nationale, etc.

143. La section suivante cherche à intégrer les principes et éléments ci-dessus dans un questionnaire, et les réponses au questionnaire orienteront le contenu d'une possible recommandation.