
ESS Extension de la Sécurité Sociale

Construire des socles de protection sociale Partage d'expériences novatrices

Document de travail N° 34

Bureau international du Travail, Genève

La publication originale *Successful Social Protection Floor Experiences*, volume dix-huit de la série *Sharing Innovative Experiences* a été préparée et publiée par le Groupe spécial pour la collaboration Sud-Sud du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) et le Bureau international du Travail (BIT) en 2011. La version en français a été réalisée dans le cadre de la collaboration entre le BIT et le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé du gouvernement de la République française.

ESS Extension de la Sécurité Sociale

Construire des socles de protection sociale Partage d'expériences novatrices

Document de travail N° 34

Bureau international du Travail, Genève

Copyright © Organisation internationale du Travail 2013

Première édition 2013

La version originale (en anglais) du présent document de travail a été publiée dans la série *Sharing Innovative Experiences, volume 18*, sous la direction du Bureau pour la Coopération Sud-Sud du PNUD et de l'Organisation internationale du Travail. *Sharing Innovative Experiences* est un des projets de l'Académie mondiale du développement Sud-Sud, plate-forme accessible sur internet. Celle-ci offre des solutions relatives au développement dans l'hémisphère Sud, ainsi que des conseils en ce qui concerne l'apprentissage et la mise en pratique de ces solutions. Pour plus d'informations: <http://tcdc2.undp.org/GSSDAcademy/>.

La traduction française du présent document a été préparée par le BIT avec l'autorisation du Bureau pour la Coopération Sud-Sud, PNUD.

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole no 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à l'adresse suivante: Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubdroit@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

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

Données de catalogage avant publication du BIT

Construire des socles de protection sociale : partage d'expériences novatrices / Bureau international du Travail, Département de la Protection sociale. - Genève: BIT, 2013
ix, 374 p.

ISBN 9789222267774; 9789222267781 (web pdf)

International Labour Office; Social Security Dept

protection sociale / sécurité sociale / politique de sécurité sociale / Afrique du Sud / Argentine / Bolivie / Brésil / Burkina Faso / Chili / Chine / Cambodge / Colombie / Equateur / Inde / Mexique / Mozambique / Rwanda / Thaïlande /

02.03.1

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

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

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

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

Imprimé en Suisse

Préface

Le présent volume est la version française de la publication originale *Successful Social Protection Floor Experiences*, 2011, traduite de l'anglais dans le cadre d'un programme du Bureau international du Travail (BIT) financé par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé du gouvernement de la République française.

La publication originale, éditée par le Groupe spécial pour la Collaboration Sud-Sud du Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) en collaboration avec le BIT, constitue le dix-huitième volume de la série *Sharing innovative experiences* («Partage d'expériences novatrices»). Cette série est en lien avec la plate-forme en ligne pour les échanges Sud-Sud au service du développement (*Global South-South Development Academy, GSSD*) qui facilite l'accès à des expertises du Sud et promeut l'application de solutions novatrices au Sud.

Cette publication vise à présenter des expériences novatrices de mise en œuvre d'éléments de socles nationaux de protection sociale dans des pays du Sud. En effet, les socles de protection sociale (SPS) sont des outils de lutte contre l'insécurité sociale et contribuent à la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). De nombreux pays disposent déjà de composantes d'un socle national (en termes de sécurité du revenu, d'accès aux soins, d'éducation, etc.) et partagent ici leur expertise. Les connaissances acquises par ces différents pays au cours de leur entreprise de mise en place d'un SPS représentent une source précieuse d'information pour les pays qui souhaiteraient étendre ou réorienter leurs propres systèmes de protection sociale. Ainsi, la publication regroupe 18 études de cas consacrées aux politiques en matière de protection sociale de 11 pays du Sud.

Les différentes études de cas ont été rédigées par des représentants d'organismes publics locaux ou nationaux, des chercheurs rattachés à des institutions scientifiques et des professionnels nationaux. Elles ont été choisies par un comité comprenant le BIT, l'UNICEF et le Groupe spécial pour la collaboration Sud-Sud du PNUD parmi les 36 études communiquées, en provenance de 24 pays différents. Préalablement à leur publication, ces études ont été revues et ont fait l'objet de discussions au cours d'un atelier international qui s'est tenu à Turin.

Les études de cas ainsi que le volume original de la publication sont disponibles (en français et en anglais) sur la plate-forme «Extension mondiale de la sécurité sociale» (GESS) développée par le BIT (www.social-protection.org). La version originale est également disponible sur la plate-forme «*Global South-South Development Academy*» (GSSD) du PNUD (<http://tcdc2.undp.org/GSSDAcademy/>).

Gageons que ce recueil de bonnes pratiques s'avérera utile à tous les acteurs prenant part aux décisions en matière de protection sociale ou engagés dans le processus de construction et de mise en œuvre des socles de protection sociale au niveau national.

Table de matières

	<i>Page</i>
Préface.....	iii
Remerciements.....	vii
1. L'extension de l'allocation familiale universelle: l'allocation universelle pour enfant à charge – Argentine	3
2. Le revenu de dignité (<i>Renta Dignidad</i>): un système de pension de vieillesse universel – Bolivie (Etat plurinational de)	21
3. L'élargissement de la protection sociale et l'intégration des politiques sociales – Brésil	37
4. Programme d'assurance sociale en milieu rural – Brésil	55
5. Mise en place d'un Socle de protection sociale – Burkina Faso	75
6. Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables: processus de développement – Cambodge	99
7. <i>Red Protege</i> , système de protection sociale, 2006-2010 – Chili	131
8. Vers un système d'assurance-maladie de base en milieu rural – Chine	149
9. Le Régime d'assurance santé subventionné au sein du système de protection sociale – Colombie	179
10. Vers un système universel de garantie des pensions – Equateur	207
11. Rashtriya Swasthya Bima Yojana – Inde	225
12. Loi nationale de garantie de l'emploi en milieu rural Mahatma Gandhi (MGNREGA) – Inde	237
13. Un Socle de protection sociale – Mexique	259
14. Mise en place d'un Socle de protection sociale – Mozambique	279
15. Protection sociale: un processus continu – Rwanda	297
16. L'allocation Child Support Grant – Afrique du Sud	323
17. Le Régime de couverture universelle en santé – Thaïlande	347
18. Le Régime de retraite universel de 500 bahts – Thaïlande	361

Remerciements

Les auteurs et experts nationaux et internationaux impliqués dans la rédaction de la version originale doivent être chaleureusement remerciés pour la production des différentes études de cas. Celles-ci sont en effet le fruit du travail conjugué de représentants d'organismes publics locaux, de chercheurs rattachés à des institutions scientifiques et de professionnels nationaux. En effet, le partage d'expériences repose sur la volonté des experts nationaux de contribuer et de partager leur expertise. Sans cette volonté de partager et cet engagement enthousiaste, la publication du présent ouvrage n'aurait pas été possible. Dans la préparation de ces études de cas, était impliquée une longue liste d'experts nationaux et internationaux, trop nombreux pour être mentionnés individuellement, ayant soutenu et encouragé les auteurs tout au long du développement de cette publication.

Il convient de remercier l'équipe de coordination de la publication originale en anglais – Francisco Simplicio, Christian Jacquier, Christine Bockstal, Griet Cattaert et Veronika Wodsak.

Enfin, il convient également de remercier chaleureusement Victoria Giroud-Castiella et Lou Tessier pour la coordination et la révision de la version française de la présente publication. Par ailleurs, il convient de remercier toutes les personnes qui ont contribué à rendre possible la publication du présent volume en français, et en particulier Ivon Garcia, Marie-Aude Giroud, Emilie Lafore, Pierrick Lantheaume, Anaïs Rialle, Claire Michelon et Clara van Panhuys ainsi que l'ensemble de l'équipe GESS.

1. Argentine

Superficie	3 761 274 km ²
Population ⁱ	40 518 951
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	25,4
15-64 ans (%)	64,1
65 ans et plus (%)	10,5
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	13
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	79,2
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	71,7
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	77
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^{iv} courants ^v	8 236
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vi}	14 313
Monnaie locale constante	9 614
Dépenses publiques sociales consolidées (% du PIB) ^{vii}	24,2
Couverture des pensions (% de la population) ^{viii}	92,8
Taux de chômage (%) ^{ix}	7
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^x	49
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indicateur de pauvreté humaine	13
Indicateurs de santé de l'IDH – rang pour l'indicateur d'espérance de vie à la naissance	50
Indicateurs d'éducation de l'IDH – taux d'alphabétisation (97,6%) et rang pour l'indicateur	31
Indicateurs d'éducation de l'IDH – taux de scolarisation (88,6%) et rang pour l'indicateur	36

L'extension de l'allocation familiale universelle: l'allocation universelle pour enfant à charge

Emilia E. Roca

Résumé

- Assure la sécurité économique des enfants et des adolescents;
- remise en place en novembre 2009;
- le montant du transfert correspond aux prestations que reçoivent les enfants de travailleurs formels et les bénéficiaires de l'assurance-chômage;
- couverture pour les enfants âgés de 0 à 18 ans dont les parents sont chômeurs, travaillent dans l'économie informelle ou sont bénéficiaires d'autres programmes qui ont été transférés à ce régime;
- 3,5 millions de nouveaux bénéficiaires (85 pour cent des enfants argentins sont couverts);
- en étroite coordination avec les services essentiels, notamment l'éducation et les soins de santé.

Groupe cible	Programme	Prestations
	Allocation universelle pour enfant à charge (<i>Asignación Universal por Hijo, AUH</i>)	180 pesos (46,20 dollars) par mois et par enfant réserve d'assiduité scolaire et, dans tous les cas d'inscription aux services de santé.
Enfants et adolescents	Allocations familiales (<i>Asignaciones Familiares</i>)	180 pesos (46,20 dollars) en moyenne par mois enfant dont les parents sont salariés formels ou bénéficiaires de pensions de vieillesse, invalidité survivants de la sécurité sociale (sous réserve d'assiduité scolaire pour les enfants ayant l'âge à l'école). Transferts supplémentaires pour chaque naissance ou adoption.

A propos de l'auteur

Emilia E. Roca, sous-secrétaire chargée de la politique de sécurité sociale, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale.

Introduction

Les débats en cours au sein des milieux universitaires, des institutions internationales, d'autres organisations et en Argentine même, au sujet de la création d'un socle de protection sociale partent de conceptions différentes de l'économie et des politiques sociales, et conduisent ainsi à des propositions diverses sur le plan conceptuel. Les discussions sur le nécessaire lien entre la protection sociale et l'emploi, en particulier, sont certainement les plus intenses, car elles associent des acteurs politiques et sociaux ayant des positions très différentes.

Dans le cas de l'Argentine, la mise en place d'une allocation universelle pour enfant à charge est une demande de longue date, basée sur les propositions de divers secteurs, d'acteurs sociaux, de syndicats et d'hommes politiques. L'objectif principal était de développer et de mettre en place une vaste campagne de politiques publiques destinées à réduire la pauvreté, et en particulier la pauvreté extrême, et à en faire bénéficier les secteurs à revenu modeste. A cette fin, la constitution d'un marché du travail plus précaire et fragile, qui avait déjà exclu une grande partie des travailleurs des prestations de la sécurité sociale et donc de ces politiques, pourrait compenser les effets de cet échec. Toutefois, cette proposition ne signifie nullement d'abandonner l'objectif de parvenir à un marché du travail et à un secteur de l'emploi qui garantissent une couverture de sécurité sociale et des revenus adaptés.

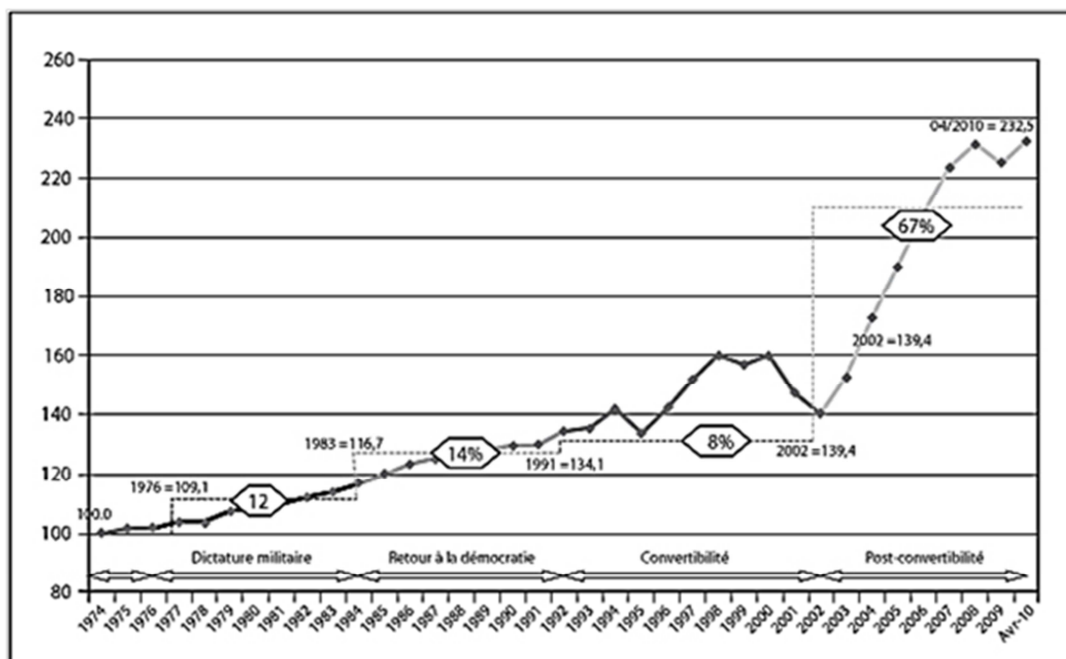
D'un point de vue théorique alternatif, il existe une école de pensée en plein essor qui situe la source du problème, non dans le manque d'emplois, mais dans le «manque d'intégration sociale résultant du type d'emplois offerts par le système économique» (Lo Vuolo, 2001). Cette théorie met l'accent sur la nécessité de séparer la sécurité de revenu de la sécurité de l'emploi et propose une approche plus globale de la notion de travail.

Ainsi, en prenant comme référence le cadre analytique utilisé par Groot et van der Veen (2002), les expériences en cours à l'échelle internationale montrent que les systèmes de transfert de revenu sont en train de passer des traditionnels régimes de protection sociale soumis à conditions à d'autres variantes. Celles-ci comprennent des régimes de protection-travail ainsi que des propositions fondées sur les concepts de «revenu de base» et de «revenu de participation».

En dépit de ces importants changements au sein du marché du travail, l'Argentine connaît depuis 2003 une très nette augmentation du nombre d'emplois déclarés. Ceci démontre que la création d'emplois, d'emplois protégés et de meilleures conditions de travail passe par la reformulation d'une politique économique dont la pierre angulaire a été et demeure la création d'emploi et la qualité de l'emploi (figure 1). Cette poussée dans la création d'emplois formels met à mal la théorie de la «fin du travail» qui découlait de modèles économiques orthodoxes et semblait être une caractéristique irréversible. Ces preuves empiriques ont permis de promouvoir des politiques économiques alternatives d'inspiration keynésienne consistant à soutenir la demande en créant davantage d'emplois de meilleure qualité et en renforçant le rôle de l'Etat dans la redistribution des revenus.

Malgré ces changements substantiels au sein du marché du travail, il existe encore une proportion très importante de travailleurs et de familles ne disposant pas d'une couverture de sécurité sociale. Il convient de noter que l'Argentine possède une expérience institutionnelle et historique riche en matière de sécurité sociale, notamment avec le sous-système d'allocations familiales (*Asignaciones Familiares*) couvrant les enfants de travailleurs déclarés. Aussi l'application du décret de l'allocation universelle pour enfant à charge (*Asignación Universal por Hijo*, AUH) a-t-elle été analysée et approuvée dans le cadre juridique de ce système de sécurité sociale, qui a accordé le plein exercice de leurs droits à l'ensemble des enfants dont les parents avaient été exclus du marché du travail formel.

Figure 1. Indicateur des cotisants au système de pensions, 1974-2009 (base 1974 = 100)



*Cette figure a été créée à partir des données provenant des déclarations sous serment des employeurs (entreprises) du système intégré de retraite argentin (*Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones Argentino*, SIPA), qui contient le nombre de travailleurs et le montant des salaires réels à partir desquels sont établies les entrées et les cotisations respectives des travailleurs et des employeurs. Le nombre de travailleurs indépendants et leurs cotisations au système sont calculés de manière similaire.

Source: DGRP et SGI (de 1974 à 1993) et SIGyP et SIPA (de 1994 à 2009).

Contexte

Néstor Kirchner est arrivé au pouvoir en mai 2003 à la suite de la crise profonde de 2001 et 2002 qu'a traversée le pays et qui a été marquée par l'effondrement de la convertibilité (1 peso = 1 dollar, de 1991 à 2001), avec comme conséquences le défaut de paiement des dettes extérieure et intérieure, l'hyperinflation et la hausse sans précédent du chômage et de la pauvreté. Depuis son accession au pouvoir, le gouvernement argentin a formulé un engagement fort et croissant en faveur des questions sociales et de celles relatives au travail. C'est ainsi que les politiques mises en œuvre ont conduit à un nouveau rôle pour l'Etat, consistant à ne pas entrer en concurrence avec le secteur privé, mais à régir les relations entre le marché et la société au moyen du redressement des institutions du travail et du système de sécurité sociale, en favorisant pour cela un réajustement du système pour en faire le principal soutien des politiques de protection sociale.

Les progrès touchant la population commencent d'ores et déjà à être notables, la couverture du système de protection sociale s'étendant à plus de 17 millions de bénéficiaires. En pratique, l'intégration de plus de 2,3 millions d'adultes supplémentaires au sein des régimes de pensions de retraite ainsi que l'extension de la couverture des allocations familiales, à la suite de l'entrée en vigueur du décret 1602/2009 (Allocation universelle pour enfant à charge pour la protection sociale), garantissent désormais l'accès à des prestations de sécurité sociale à plus de 9 millions d'enfants et d'adolescents. En effet, le décret 1602 a permis l'intégration de plus de 3,7 millions d'enfants et d'adolescents de moins de 18 ans dans le système de sécurité sociale, venant s'ajouter aux 6,5 millions déjà couverts par le système contributif.

Ces politiques se sont également accompagnées d'une forte intégration des citoyens provenant de secteurs très vulnérables au moyen d'une extension notable de la couverture des pensions non contributives, plus de 700 000 personnes recevant au moins une de leurs prestations. La hausse des prestations à destination des mères de plus de sept enfants, des personnes âgées et des handicapés a été particulièrement conséquente, celles-ci ayant quintuplé. Cette extension de la couverture de la sécurité sociale a été couplée à des actions destinées à renforcer l'employabilité des chômeurs et des travailleurs actifs grâce à des programmes d'emploi, de formation et d'éducation. Ces derniers ont permis à l'Argentine d'augmenter de manière appréciable la population couverte par les différentes mesures adoptées par le gouvernement national, redonnant ainsi à l'Etat un rôle central dans l'amélioration des conditions de vie de la population, et notamment des personnes les plus vulnérables.

Il convient de noter que le gouvernement a alloué des ressources s'élevant à plus de 40 pour cent du budget national pour les prestations des différents sous-systèmes et politiques susmentionnés (retraite et pensions contributives et non contributives, allocations familiales, assurance-chômage, politiques d'emploi et de formation, etc.).

Le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale est chargé de la mise en œuvre de ces politiques sociales, de concert avec d'autres organismes publics, dont les ministères du Développement social, de l'Éducation et de la Santé. Ces politiques recoupent différents aspects et axes multidimensionnels qui nécessitent des liens très solides et une importante coordination afin d'atteindre les objectifs envisagés.

Le secrétariat de la Sécurité sociale, en sa qualité d'organisme public chargé de la conception, du suivi et de la mise en œuvre des politiques relatives aux systèmes sous sa responsabilité (comme les systèmes de retraite et de pension, et le sous-système d'allocations familiales et d'assurance-chômage) et le secrétariat de l'Emploi (qui est lui chargé des politiques d'emploi et de formation, ainsi que de la formation) constituent les organismes centraux du secrétariat du Travail pour la mise en œuvre des politiques de protection sociale.

Il importe de souligner le rôle crucial joué par l'Administration nationale de la sécurité sociale (*Administración Nacional de la Seguridad Social*, ANSES), organe dépendant du secrétariat du Travail (à travers le secrétariat de la sécurité sociale) qui, de par sa grande capacité de gestion territoriale et de déploiement, permet au gouvernement d'atteindre les régions les plus reculées du pays et les populations les plus vulnérables. Dans ce contexte, le secrétariat de la sécurité sociale devrait non seulement entreprendre la recherche de mécanismes appropriés afin de résoudre les problèmes sociaux les plus urgents, mais également de se préparer à faire face aux problèmes qui surgiront des suites de l'amélioration des conditions d'emploi, du renforcement des liens entre droits sociaux et droits du travail, et des meilleures conditions de travail, qui tous rendent nécessaires des efforts continus en matière de gestion et de ressources financières, afin d'assurer un fonctionnement efficace et efficient. Dans la pratique, toutes ces politiques ont d'importantes conséquences sur les besoins budgétaires et les exigences en matière de gestion et d'administration des différents sous-systèmes, et permettent l'adaptation des institutions qui constituent les fondements du système de sécurité sociale argentin aux nouvelles réalités et aux besoins de la population cible.

Priorité doit également être donnée à l'évaluation de l'impact de telles politiques afin d'être en mesure d'évaluer les politiques mises en œuvre et les améliorations réelles dans les conditions de vie de la population cible. Parmi les mesures destinées à faire face aux nouveaux défis de la sécurité sociale, le décret n° 1602/2009, signé par la Présidente Cristina Fernández de Kirchner, est tout à fait notable. La mise en place de l'allocation universelle pour enfant à charge (AUH) a entraîné un changement substantiel et très

certainement structurel qui représentera assurément l'une des étapes les plus importantes dans la riche histoire de la législation du travail et de la protection sociale en Argentine.

Une brève analyse du sous-système d'allocations familiales

L'Argentine possède une riche expérience historique et institutionnelle en matière de sécurité sociale. Parmi les institutions anciennes figure le sous-système d'allocations familiales, qui couvre les enfants des travailleurs du secteur formel, en vertu de la loi n° 24.714.

Les premières réglementations et lois, y compris certaines conventions collectives, contiennent des clauses évoquant le salaire familial, qui obligeait les employeurs, en plus de verser un salaire à leurs travailleurs, à couvrir les enfants mineurs de ces derniers. L'on peut également signaler le barème des employés de banque (loi n° 12.637/1940), qui, en 1943, a été étendu aux salariés de l'assurance et de la réassurance, ou bien encore l'introduction du salaire familial pour les employés du chemin de fer et la création d'un fonds commun pour soutenir les travailleurs ayant des responsabilités familiales (par le décret n° 3771/43). C'est ainsi que la couverture a été étendue aux travailleurs dans d'autres domaines (Marasco, 2010).

En Argentine, les droits des travailleurs et de leurs familles ont un statut constitutionnel. En effet, les droits en matière de sécurité sociale ont été intégrés à la Constitution de 1949 et, suite à son abrogation, ont par la suite été intégrés à celle de 1957, qui exigeait de la loi qu'elle assure une protection familiale complète et efficace en plus d'offrir des allocations familiales; exigence formulée dans son article 14 *bis*. En 1956, la convention collective des employés de commerce (n° 108) a mis en place un fonds d'indemnisation pour les familles des employés de ce secteur, accordant une allocation par enfant (Marasco, 2010). Par la suite, celui-ci a été étendu à d'autres groupes de travailleurs non couverts par la réglementation antérieure (décret n° 7913/57 et n° 7914/57). C'est finalement le décret n° 18017 de 1968 qui a permis l'«universalisation» des allocations familiales de nature contributive pour tous les travailleurs salariés du secteur privé ainsi que de l'administration nationale publique.

Ainsi, l'existence d'un sous-système d'allocations familiales au sein du cadre réglementaire du système de sécurité sociale argentin a permis la création d'un système institutionnalisé fournissant des prestations à destination des enfants et des jeunes, et dotant le pays d'un système de protection sociale avancé, en particulier comparé à ceux des autres pays d'Amérique latine.

Ultérieurement, suite aux fluctuations qu'a connues l'économie argentine durant les années 1980, correspondant à la période que la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) et d'autres ont appelé la «décennie perdue de l'Amérique latine» (le produit intérieur brut, ou PIB par habitant avait chuté pour atteindre environ 20 pour cent; à cela s'ajoutaient une hausse incontrôlable des prix, l'hyperinflation et la hausse du chômage et de la pauvreté), le processus a abouti à la mise en œuvre d'un modèle économique néolibéral durant les années 1990, un processus d'hyperinflation également qualifié de «coup d'Etat» des marchés. Cela s'est matérialisé par la suppression des instruments, des lois et des réglementations régissant les marchés des biens et des services, et plus particulièrement des réglementations du marché du travail. D'après la plupart des néolibéraux, l'assouplissement ou la suppression de ces règles a permis de libérer le marché de ces «chaînes» qui l'emprisonnaient. Cela a également affecté les flux de ressources provenant des cotisations des entreprises à destination du système de sécurité sociale, étant donné que le pourcentage des cotisations patronales servant à financer le système de sécurité sociale avait été abaissé. De même que la convertibilité, cela a tenu lieu de moyen de réduction des coûts de la main-d'œuvre dans un contexte de fortes

restrictions du change, avec des conséquences indéniables sur les cotisations patronales pour les allocations familiales. Ainsi, afin de réduire l'impact financier de ces mesures de réduction des ressources sur le système, des prestations ordinaires ont été fortement réduites (conjoint, familles nombreuses, etc.). Dans le même temps, des seuils de salaire ont été fixés pour la reprise des allocations ainsi que des montants différentiels de prestations, en fonction d'un barème de salaire, afin de promouvoir les bas salaires.

Le régime d'allocations familiales actuel est régi par la loi n° 24.714/96 et comprend deux sous-systèmes: un système contributif et un système non contributif. Le premier groupe comprend l'ensemble des travailleurs et des employés salariés du secteur formel affiliés au système de sécurité sociale. Le groupe non contributif comprend les retraités rattachés au système intégré de retraite argentin (*Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones Argentino*, SIPA) et les bénéficiaires de pensions non contributives. Dans le cas des prestations familiales à destination des retraités, celles-ci sont financées à partir des ressources de la SIPA et dans le cas des pensions non contributives, à partir du budget national. Les travailleurs du secteur public national sont également bénéficiaires du système. En effet, alors que les prestations à destination des employés des administrations publiques provinciales sont définies par les lois provinciales, dans les deux cas (national et provincial), étant donné le caractère fédéral de l'organisation nationale, le régime est contributif et financé par les ressources générales de ces deux juridictions.

Les prestations prévues par la loi n° 24.714 concernent les prestations en faveur des enfants et des enfants handicapés, les prestations prénatales et de maternité ainsi que les prestations de nature extraordinaire telle que l'aide à la naissance, à l'adoption et à l'éducation. Leurs montants varient en fonction du niveau du salaire et de la situation géographique. Les travailleurs touchant un salaire d'un montant supérieur à un seuil donné (actuellement 4 800 pesos = 1 215 dollars) sont exclus du système et le montant des prestations varie en fonction de la zone de résidence des bénéficiaires. Le régime d'allocations familiales exclut également les travailleurs domestiques et les travailleurs indépendants¹, y compris s'ils sont déclarés et qu'ils paient des cotisations². L'administration nationale de la sécurité sociale verse des allocations familiales directement aux travailleurs dans tous les domaines, qu'il s'agisse d'activités urbaines (industrie, commerce, services) ou rurales. Le nombre d'enfants et de jeunes couverts s'élèverait à environ 4,5 millions, auxquels il convient d'ajouter environ 2 millions d'enfants couverts par le système destiné aux salariés du secteur public national et provincial.

¹ Cette situation a une explication: dans un système contributif, les cotisations des travailleurs indépendants ne comprennent pas les contributions au sous-système d'allocations familiales alors que c'est le cas pour les cotisations patronales en faveur des salariés.

² La cotisation susmentionnée est réalisée dans le cadre des cotisations de l'employeur pour les systèmes de retraite et de pension, les allocations familiales et le fonds national pour l'emploi (contre 25 pour cent du total des contributions, pourcentages qui ne tiennent pas compte des réductions accordées au cours des années 1990 et les corrections ultérieures). Étant donné que c'est l'entreprise qui verse les allocations, tous les documents relatifs restent en sa possession et l'État ne les vérifie pas régulièrement. Il est par conséquent particulièrement difficile d'évaluer le nombre des prestations versées étant donné que ne figurent dans les déclarations sous serment des employeurs (*Declaraciones Juradas*) que les montants, et pas les circonstances (enfants à qui l'allocation est destinée).

Le décret 1602 relatif à l'allocation universelle pour enfant à charge pour la protection sociale (AUH)

Comme exposé précédemment, l'Argentine possède une expérience historique et institutionnelle riche en matière de sécurité sociale, en particulier avec son sous-système d'allocations familiales couvrant les enfants des travailleurs déclarés. Aussi l'application du décret relatif à l'allocation universelle pour enfant à charge pour la protection sociale (AUH) a-t-elle été analysée et approuvée dans le cadre juridique du système de sécurité sociale, reconnaissant ainsi cette allocation comme un droit au plein sens du terme pour tous les enfants dont les parents avaient été exclus du marché du travail formel.

Le préambule dudit décret énonce explicitement les bases doctrinales et conceptuelles caractérisant les gouvernements qui se sont succédé au pouvoir depuis 2003. Les politiques publiques des partis politiques les plus divers ont intégré les exigences sociétales afin d'améliorer la situation des ménages ainsi que celle des enfants et des adolescents vulnérables. Cette assistance est mise en œuvre à partir d'une institution de sécurité sociale de base: le sous-système d'allocations familiales régi par la loi n° 24.714. Lorsqu'elle fait référence aux allocations familiales en tant que sous-système fondamental de la sécurité sociale, la proposition n'en appelle pas à un «nouveau» modèle d'intervention publique, elle ne fait que reprendre et prolonger la portée de ce système à destination des enfants non couverts en raison de circonstances imposées par le marché du travail et empêchant les travailleurs d'avoir accès à la sécurité sociale et à la protection offerte par les normes du travail. Ces situations sont les conséquences de la mise en œuvre de politiques économiques fondées sur la déréglementation des marchés, principalement du marché du travail, et sur des politiques sociales ciblées et réduites à leur strict minimum, ne répondant qu'aux pires situations d'exclusion, sans toujours y parvenir.

Ces politiques néolibérales, pour lesquelles l'égalité n'est pas une finalité, ont eu un effet dévastateur sur les ménages à revenu modeste, avec pour principales victimes les enfants et les adolescents, qui constituent les populations les plus vulnérables. C'est cette situation qu'ont eu à corriger les politiques publiques au moyen d'un système partant du concept de droits et permettant aux ménages (a) d'assurer un revenu minimum régulier et (b) d'atténuer les conséquences possibles d'une perte de logement, de la perte d'emploi du chef de famille ou bien encore des sursauts de l'économie informelle provoqués par les crises récurrentes ou les changements économiques.

Selon les termes du décret n° 1602, il est à présent nécessaire de corriger les conséquences des politiques néolibérales, qui ont eu pour résultats une diminution ininterrompue du nombre d'emplois dans le secteur formel et par conséquent la perte des droits aux prestations de sécurité sociale, comme les allocations familiales, ce qui a privé de couverture une grande partie des travailleurs, de même que leurs enfants. A l'inverse, les politiques économiques, sociales et du travail mises en œuvre depuis 2003 ont mis en évidence le rôle joué dans la création d'emplois entre 2003 et 2008 par le modèle de croissance fondé sur le marché intérieur et s'appuyant sur la réindustrialisation du pays, qui repose sur l'emploi et l'élévation des revenus des travailleurs et des retraités. En effet, au cours de cette période, plus de 4,5 millions d'emplois ont été créés, dont plus de 2,6 millions dans le secteur formel. Cela a permis une baisse conséquente du taux de chômage, qui est passé de 22 pour cent en 2002 à 8,8 pour cent en 2009. C'est dans ce contexte qu'a été prise la décision d'étendre la couverture des allocations familiales au moyen de l'allocation universelle pour enfant à charge (AUH). Cette décision ne conteste pas le fait que certains secteurs n'ont pas bénéficié de ces développements et qu'il est nécessaire de s'occuper des personnes les plus touchées par l'exclusion et l'absence d'une couverture de sécurité sociale.

A la faveur de politiques économiques cohérentes et adaptées, il est possible de modifier ces tendances qui, auparavant, semblaient plus être le fait de forces surnaturelles que de politiques inefficaces en matière économique et sociale. C'est en particulier la démonstration de la fausseté de la théorie de la «fin du travail», en vogue dans les années quatre-vingt-dix, qui a entraîné la multiplication de propositions en faveur de l'universalisation de la protection sociale et son découplage d'avec l'emploi, et qui a également permis à l'Etat de relever le défi de l'insertion sociale au moyen de la sécurité sociale et de la réglementation. Grâce à l'inscription du sous-système d'allocations familiales en tant que droit, les travailleurs ne dépendent plus du clientélisme ou de politiques arbitraires.

L'engagement d'accroître le nombre d'emplois déclarés reste la «valeur sociale ajoutée» pour l'insertion dans le système de sécurité sociale dans la mesure où ces «nouveaux» travailleurs sont dès lors couverts par le régime, en particulier pour les allocations familiales. Depuis que plus de 2 millions d'emplois formels ont été créés, on compte environ 1,5 million d'enfants et d'adolescents couverts par le système d'allocations familiales, témoignant ainsi de l'importance de l'emploi formel, ce qui ne souffre évidemment aucune contestation. Etant donné que des politiques économiques et sociales cohérentes et appropriées entraînent la création d'emplois majoritairement formels, le nombre d'enfants couverts par la sécurité sociale va augmenter. Alors, les systèmes contributif et non contributif définis dans le décret n° 1602 travailleront de concert, à l'image de vases communicants. Les chômeurs et leurs familles seront, par conséquent, protégés y compris dans des circonstances similaires à celles d'aujourd'hui, où le cycle de croissance économique est en perte de vitesse et entraîne des récessions ou des crises.

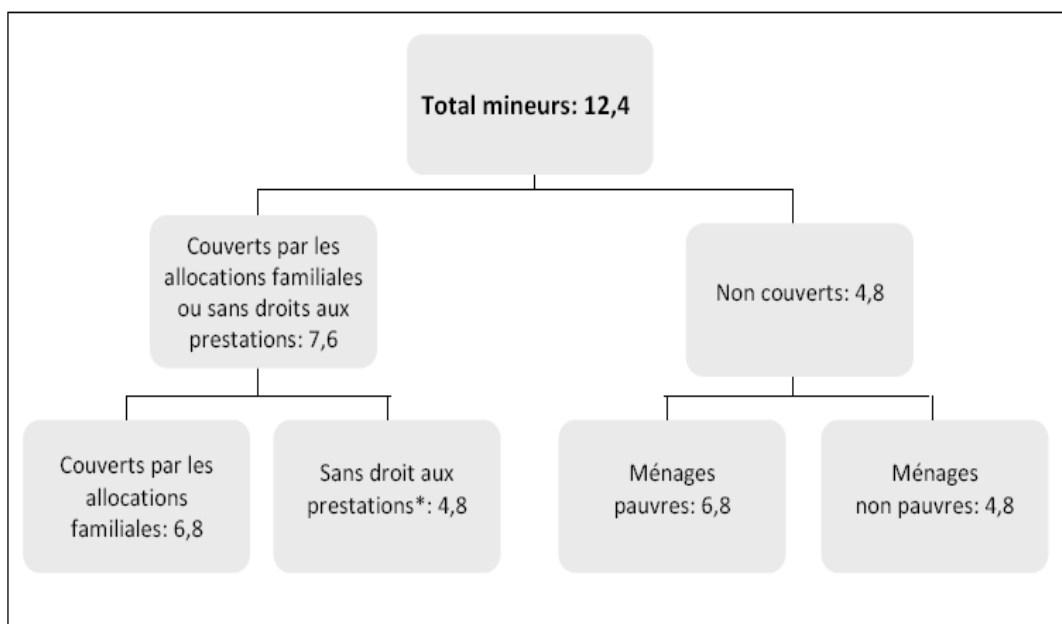
Contexte

Les estimations démographiques concernant l'Argentine (Institut national des statistiques et du recensement, INDEC, et Centre de démographie d'Amérique latine et des Caraïbes, CELADE) indiquent qu'il y avait en 2009 environ 12,4 millions d'enfants de moins de 18 ans vivant dans les zones rurales et urbaines, en majorité dans ces dernières. L'Argentine, contrairement à d'autres pays d'Amérique latine, possède une forte population urbaine, près de 90 pour cent des personnes vivant dans les villes et principalement dans les grandes villes (bien que seulement 40 pour cent environ vivent dans la région du Grand Buenos Aires, qui comprend la ville de Buenos Aires et sa banlieue). Il est important de prendre en compte ces disparités démographiques au moment de comparer les politiques et les programmes des différents pays d'Amérique du Sud.

Dans le même temps, comme indiqué précédemment, l'existence du sous-système d'allocations familiales pour les travailleurs des secteurs formels ou ceux affiliés au système de sécurité sociale a permis à environ 6,5 millions d'enfants et d'adolescents de bénéficier du régime fiscal d'allocation pour enfant. Cependant, une proportion relativement moindre d'enfants, environ 800 000, n'avait pas accès à ces prestations en raison du montant des salaires de leurs parents d'un niveau supérieur au seuil imposé par la loi et/ou des déductions d'impôts dont bénéficie la famille du fait de la présence d'enfants de moins de 18 ans, qui étaient en fin de compte une forme de subvention pour chaque enfant. De ce fait, le nombre d'enfants exclus des prestations de l'allocation familiale était plus proche des 5 millions (voir la figure ci-après). En outre, en se basant sur les indicateurs provenant de l'enquête permanente auprès des ménages (*Encuesta Permanente*

de Hogares, EPH)³, il a été possible d'établir qu'environ 40 pour cent d'entre eux appartiennent à des ménages pauvres (pauvreté calculée par la méthode du revenu) tandis que les 60 pour cent restants appartiennent à des ménages non pauvres.

Les mineurs couverts et non couverts par le sous-système d'allocations familiales, 2009 (en millions)



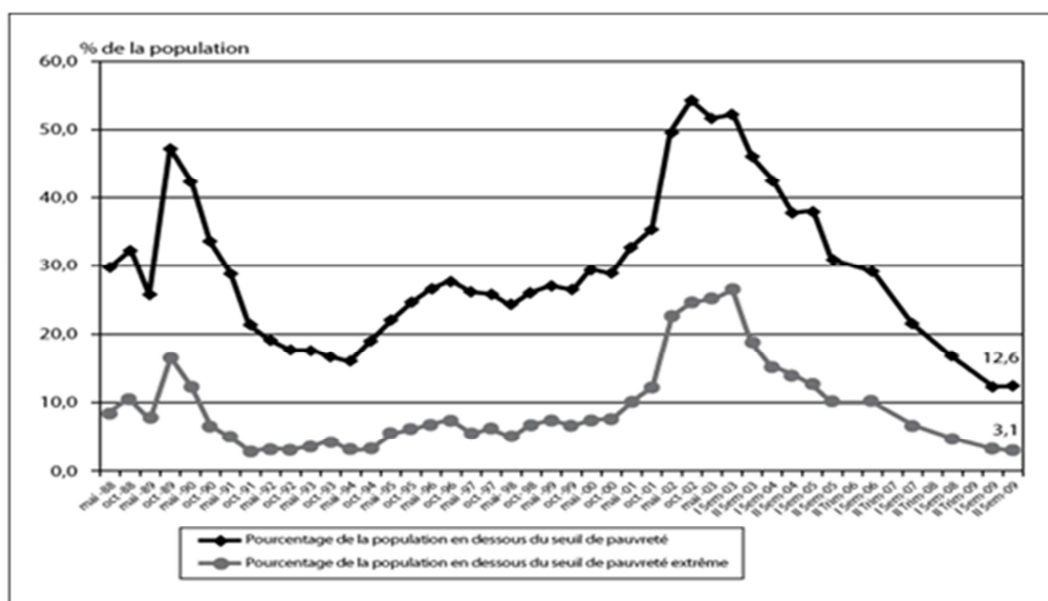
*Enfants de ménages dont les parents touchent un salaire supérieur à 4 800 pesos (1 263 dollars) ou sont employés ou professionnels qualifiés indépendants.

Source: Préparé par le secrétariat à la politique de sécurité sociale du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (*Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, MTESS*) sur la base des données de l'enquête permanente auprès des ménages (EPH) et le recensement de 2001 (Institut national des statistiques et du recensement, INDEC).

Cela revêt une importance particulière, car en plein milieu de la crise de 2001-2002, la répartition des enfants en fonction des catégories pauvres et non pauvres s'est inversée. En effet, en 2002, ils étaient 6 enfants de moins de 18 ans sur 10 à appartenir à des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté (UNICEF, 2004). Cela signifie qu'avant même l'application du décret AUH (figure 2) l'Argentine a su faire considérablement baisser son taux de pauvreté.

³ L'enquête permanente auprès des ménages (EPH), réalisée sur une base mensuelle par l'Institut national des statistiques et du recensement (INDEC), est une enquête continue s'étendant sur 31 zones urbaines de l'Argentine. L'enquête produit des données trimestrielles sur des groupes de la population et sert de base pour l'élaboration de ce type d'études et de simulations statistiques. L'INDEC publie les données chaque trimestre.

Figure 2. Evolution du pourcentage de la population vivant en dessous des seuils de pauvreté et de pauvreté extrême, Grand Buenos Aires, de 1988 à mai 2009



Source: Préparé par le secrétariat à la politique de sécurité sociale, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (MTESS), sur la base des données de l'enquête permanente auprès des ménages (EPH) (Institut national des statistiques et du recensement, INDEC).

Simulation portant sur l'impact de l'allocation universelle pour enfant à charge

Afin d'évaluer l'impact de l'application du décret AUH sur la pauvreté et la pauvreté extrême des ménages en Argentine, une simulation a été menée à partir de microdonnées consacrées à la population totale couverte provenant de l'enquête permanente auprès des ménages. Cette dernière permet de travailler à partir de données brutes concernant les caractéristiques démographiques, socio-économiques et professionnelles des membres des ménages. Les données indiquent, en premier lieu, le fort impact de l'allocation universelle pour enfant à charge (AUH) sur les ménages extrêmement pauvres (revenu inférieur au seuil de pauvreté extrême⁴). En effet, la proportion de ménages extrêmement pauvres serait réduite d'environ 50 pour cent. Il convient également d'évaluer l'impact de l'AUH sur les ménages pauvres (revenu inférieur au prix total du panier de base). Leur nombre serait réduit d'environ 22 pour cent. En termes absolus, cela signifierait qu'environ 1,3 million de personnes, dont approximativement 800 000 de moins de 18 ans, échapperaient ainsi à la pauvreté. Quant à la population des ménages extrêmement pauvres, ce chiffre s'élèverait à environ 700 000, parmi lesquels plus de 50 pour cent, soit environ 450 000 enfants, se libèreraient de la pauvreté extrême (tableau 1).

⁴ Le terme «pauvreté extrême» se définit comme l'incapacité des ménages à acquérir un panier alimentaire de base (canasta básica, CBA) couvrant les besoins caloriques et énergétiques d'un adulte (âgé de 30 à 59 ans). En outre, le seuil de pauvreté est défini à partir du CBA et inclut d'autres dépenses nécessaires au quotidien comme le logement, l'habillement, les services publics (gaz, électricité, transports, etc.). Dans les travaux de la CEPALC consacrés à l'Amérique latine, l'utilisation de cette méthodologie pour le calcul de la pauvreté est la norme.

Tableau 1. Impact estimé de l'AUH sur la pauvreté et la pauvreté extrême par région, quatrième trimestre 2009 (en pourcentage)

Région	Pauvreté			Pauvreté extrême		
	Situation initiale	Avec l'AUH	Variation	Situation initiale	Avec l'AUH	Variation
Grand Buenos Aires	8,2	6,4	-21,4	2,2	1,3	-42,4
Nord-Ouest	12,4	9,6	-22,9	2,8	1,7	-37,9
Nord-Est	17,2	13,4	-21,8	5,1	2,7	-49,4
Cuyo	10,5	8,0	-23,5	2,8	1,4	-49,9
Pampa	7,1	5,5	-22,4	2,4	1,5	-40,8
Patagonie	4,3	3,7	-14,6	1,8	1,4	-26,6
Ensemble du pays	8,7	6,8	-21,9	2,5	1,4	-42,3

Source: Préparé par le secrétariat à la politique de sécurité sociale du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (MTESS), sur la base des données de l'enquête permanente auprès des ménages (EPH) (Institut national des statistiques et du recensement, INDEC).

L'autre estimation réalisée concerne les conditions d'ouverture des droits [pour le versement des allocations] aux termes du décret AUH, notamment le travail des membres du ménage dans l'économie informelle, un revenu inférieur au salaire minimum et ne pas être travailleur indépendant affilié à la sécurité sociale. La proportion de la population devant encore être couverte a ainsi été ajustée, ce qui a permis d'estimer les ressources financières nécessaires afin de parvenir aux objectifs fixés. Il a été calculé qu'entre 3,8 et 4 millions d'enfants pourraient bénéficier de l'allocation universelle pour enfant à charge (AUH).

Il convient tout particulièrement de noter que les mesures prises en faveur de l'extension du sous-système d'allocations familiales ont un impact plus grand dans les régions pauvres du pays, en particulier les régions du Nord-Ouest et du Nord-Est (tableau 1). Cette situation s'explique principalement par le niveau relatif des revenus, qui est inférieur à la moyenne nationale, et par la composition démographique des ménages vivant dans ces régions, en particulier le nombre d'enfants et/ou de personnes à charge. Parmi les raisons figure également la participation plus faible sur le marché du travail des femmes et des personnes âgées. L'impact le plus notable peut être observé dans la région du Nord-Est, où le taux de pauvreté a été réduit de près de 50 pour cent (à l'image de ce qui se passe dans le Nord-Ouest), alors que dans la région du Grand Buenos Aires, dont la densité démographique est la plus élevée du pays, cette réduction peut atteindre jusqu'à 42 pour cent. En matière de pauvreté, l'impact en fonction de la zone géographique varie de 24 pour cent dans la région occidentale des Andes de Cuyo à 15 pour cent en Patagonie, région la moins peuplée de l'Argentine.

Un autre aspect de cette stratégie de réduction de la pauvreté et de la pauvreté extrême est l'impact précédemment mentionné de l'AUH sur le revenu des ménages. Dans le cas des ménages les plus pauvres (indigents), leur revenu a quasiment doublé après obtention de l'AUH, tandis que dans le cas des ménages pauvres cet impact est inférieur, le revenu augmentant en moyenne de 30 pour cent (tableau 2).

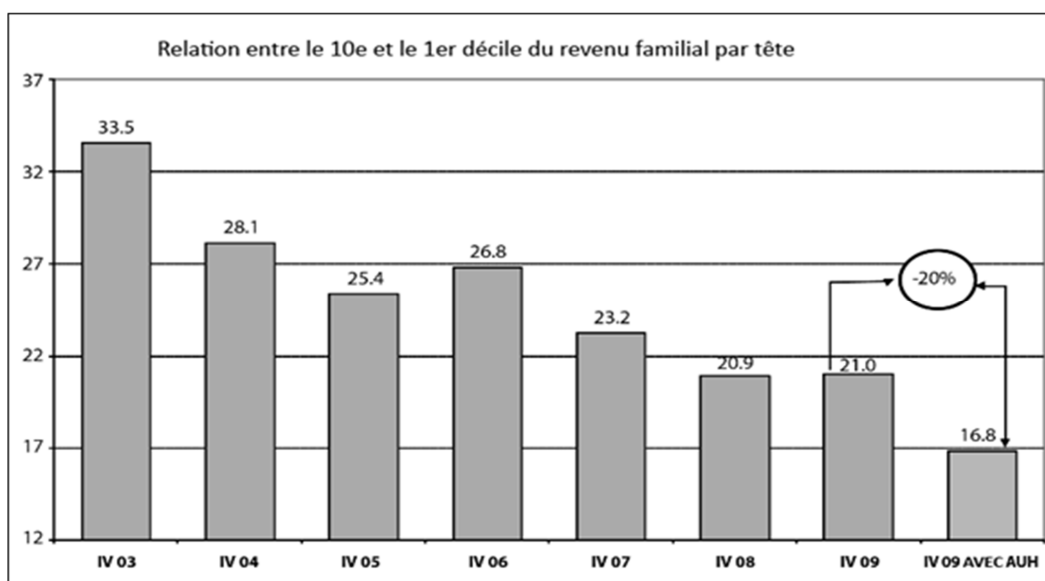
Tableau 2. Impact de l'AUH sur le revenu des ménages pauvres et extrêmement pauvres, quatrième trimestre 2009

Niveau de revenu du ménage	Situation initiale	Avec l'AUH	Variation (%)
Ménages extrêmement pauvres	295,02 pesos	538,51 pesos	82,5
	77,63 dollars	141,71 dollars	
Ménages pauvres	801,41 pesos	1 035,02 pesos	29,1
	210,89 dollars	272,37 dollars	

Source: Préparé par le sous-secrétariat à la politique de sécurité sociale du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (MTESS), sur la base sur des données de l'enquête permanente auprès des ménages (EPH) (Institut national des statistiques et du recensement, INDEC).

La répartition des revenus est un autre indicateur essentiel pour évaluer l'impact d'une politique de transfert de revenus comme celle mise en place après la promulgation du décret n° 1602 (portant création de l'allocation universelle pour enfant à charge, AUH). La répartition des revenus peut se mesurer soit à partir de l'écart entre le revenu moyen du décile le plus riche et le revenu du décile le plus pauvre (revenu médian du décile 10/revenu médian du décile 1, triés en fonction du revenu familial par personne), soit à partir du coefficient de Gini. Dans le premier cas, l'écart de revenu serait réduit d'environ 20 pour cent. Suite à la promulgation du décret AUH, le revenu du décile le plus élevé, qui était de 22 fois supérieur à celui du décile le plus bas, n'était plus que de 18 fois supérieur au revenu du décile le plus bas. Afin d'avoir une idée de la situation prévalant suite à la crise de 2001-2002, il faut préciser que ce chiffre était alors de 34. En d'autres termes, le revenu moyen du décile le plus élevé dépassait en proportion le revenu médian du décile le plus bas. La réduction de cet écart depuis 2003 (figure 3) est le résultat des politiques publiques concourant à l'amélioration de la répartition des revenus en augmentant la pension minimum, en étendant la couverture pour les personnes âgées et en ajustant périodiquement le salaire minimum et les pensions. Toutes politiques qui, de concert avec l'AUH, ont permis d'améliorer encore la répartition des revenus.

Figure 3. Evolution de la répartition du revenu et son impact sur l'AUH, quatrième trimestre 2003 – quatrième trimestre 2009



* Le revenu de la population totale est divisé en déciles. Le nombre de chaque colonne est le résultat de la division entre le revenu le plus élevé et le plus bas.

Source: Préparé par le sous-secrétariat à la politique de sécurité sociale du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (MTESS), sur la base des données de l'enquête permanente auprès des ménages (EPH) (Institut national des statistiques et du recensement, INDEC).

D'autres indicateurs d'inégalité, à l'instar du coefficient de Gini, attestent également d'importantes améliorations avant même le lancement de cette mesure. En effet, l'observation des chiffres à partir de 2003 révèle que les politiques menées depuis par les gouvernements successifs (par Néstor Kirchner et par Cristina Fernández) avaient et conservent toujours comme objectif l'amélioration continue de la répartition des revenus, dans la mesure où elles ont permis une augmentation continue du pouvoir d'achat des secteurs à revenu modeste et le développement d'un modèle utilisant le marché intérieur comme moteur de la croissance économique. Ainsi, entre 2002 et 2009, l'extension du système de protection sociale (hausse des pensions, allocations familiales contributives et AUH) a permis la réduction du coefficient de Gini de 15 pour cent, celui-ci passant de 0,54 en 2002 à 0,46 en 2009 (MTESS, 2010).

Le coût annualisé estimé est de plus de 10 000 millions de pesos (2 632 millions de dollars) pour l'ensemble des bénéficiaires potentiels et de près de 8 000 millions de pesos (2 105 millions de dollars) pour les 3,7 millions d'enfants déjà couverts (soit entre 0,6 pour cent et 1 pour cent du PIB argentin).

Tableau 3. Evolution de la mise en œuvre de l'AUH, novembre 2009 – mai 2010

	Novembre 2009	Décembre 2009	Janvier 2009	Février 2010	Mars 2010	Avril 2010	Mai 2010
Nombre d'enfants	3 439 314	3 550 138	3 356 121	3 518 692	3 677 409	3 677 409	3 684 441
Nombre de bénéficiaires	1 795 620	1 766 380	1 642 568	1 734 329	1 812 273	1 920 072	1 927 310
Nombre moyen d'enfants par bénéficiaire	1,9	2,0	2,0	2,0	1,9	1,9	1,9
Montants transférés (en milliers de pesos)	583 711	599 000	566 928	595 443	613 521	641 257	642 956

* Ces montants, annualisés, s'élèvent à 2 000 millions de dollars, ou 0,7 pour cent du PIB, la prestation moyenne par famille étant de 90 dollars.

Cadre institutionnel pour la mise en place de l'allocation universelle pour enfant à charge

Comme indiqué précédemment, l'allocation universelle pour enfant à charge (AUH) a été créée en 2009 par le décret n° 1602 du pouvoir exécutif. Par la suite, sa mise en place a été réglementée par la résolution n° 393/2009 de l'administration nationale de la sécurité sociale, l'agence responsable du paiement des prestations. Ce règlement énonce: (a) les personnes pouvant bénéficier de l'allocation, (b) les conditions d'attribution; (c) les sources de données à utiliser pour déterminer les bénéficiaires, (d) les moyens et les dates de versement aux bénéficiaires. Afin de faciliter la gestion opérationnelle, la résolution a créé un comité consultatif comprenant des représentants des ministères du Développement social; du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale; de la Santé; de l'Education et de l'Intérieur. En outre, en vertu des dispositions du décret 1602, la résolution n° 132/2010 a été adoptée afin d'assurer la remise des allocations, par l'administration nationale de la sécurité sociale, aux adultes responsables ayant le carnet national de sécurité sociale, santé et éducation pour tout enfant de moins de 18 ans à leur charge bénéficiant de l'AUH.

Antérieurement à la mise en place de l'AUH et à partir de l'annonce de sa création par le pouvoir exécutif national (comprenant le Président et les ministres de son cabinet), un plan a été mis en œuvre afin d'assurer une large campagne d'informations dans l'ensemble des médias, comprenant des annonces audiovisuelles, des présentations consacrées au sujet dans plusieurs domaines, la distribution de brochures à la population et une présence active de conseillers dans des lieux très fréquentés.

Observations supplémentaires concernant l'allocation universelle pour enfant à charge (AUH)

Dans le cadre de l'application du décret AUH, il convient de souligner l'obligation qui est faite aux parents ou aux titulaires des prestations de se conformer à certaines conditions prévues par la politique. Celles-ci concernent l'obligation de faire passer des bilans de santé aux enfants, garçons ou filles, de les faire vacciner et de les scolariser s'ils ont l'âge d'aller à l'école.

Afin de s'assurer du bon respect de ces conditions et d'en effectuer le suivi, le carnet national de sécurité sociale, de santé et d'éducation a été créé et distribué à tous les enfants (plus de 3,5 millions de carnets); il contient les données personnelles du bénéficiaire ainsi qu'une attestation sur l'honneur concernant sa situation professionnelle et son revenu. Ce carnet est un document juridique destiné à attester du bon respect des conditions par l'enfant, au moyen de certifications provenant des personnes responsables, qu'il s'agisse du médecin dans le cas de la vaccination et de la visite médicale ou bien du directeur d'école dans le cas de l'assiduité scolaire. L'existence de ce carnet est essentielle, car celui-ci permet d'assurer le suivi individuel des enfants bénéficiaires de l'allocation universelle pour enfant à charge (AUH). En outre, il est indispensable au retrait des 20 pour cent qui ont été retirés du montant initial de l'allocation (180 pesos) afin d'être déposés dans un compte d'épargne au nom du titulaire. Il constitue également un instrument inestimable pour permettre un suivi efficace des antécédents médicaux et du parcours scolaire de chaque enfant. La mise en place des conditions susmentionnées et leur application constituent très certainement le plus grand défi que doit relever l'AUH.

Conclusions

Les éléments principaux indispensables à l'analyse du programme d'allocation universelle pour enfant à charge (AUH) sont les suivants:

- Les allocations concernent plus de 1,9 million de foyers.
- Leur montant moyen par ménage est de 342 pesos (90 dollars).
- 32 pour cent des allocations accordées l'ont été dans la province de Buenos Aires, chiffre qui est de 8,5 pour cent pour Córdoba et Santa Fe. Ces trois provinces, en plus de Salta, Tucumán, Mendoza et Chaco (toutes aux alentours de 5 pour cent) comptabilisent près de 60 pour cent de la totalité des prestations accordées.
- En mai 2010, près de 3,7 millions de prestations de l'AUH ont été autorisées en plus des 6,8 millions d'allocations familiales du système national de la sécurité sociale et des programmes destinés à des fonctionnaires nationaux et provinciaux. Cela signifie que 85 pour cent des enfants argentins sont d'ores et déjà couverts par le sous-système des allocations familiales.
- 51 pour cent des enfants couverts par l'AUH n'ont reçu aucune aide sociale sous la forme de transferts en espèces, d'après les données des registres de l'administration nationale de la sécurité sociale.
- L'incidence de la pauvreté a diminué de 21,9 pour cent, ce qui signifie que plus de 700 000 enfants de moins de 18 ans sont sortis de la pauvreté.
- Le pourcentage de ménages extrêmement pauvres a diminué de 42,3 pour cent, ce qui signifie que plus de 400 000 enfants sont sortis de la pauvreté extrême.
- Les inégalités ont été réduites de 20 pour cent (mesurées à partir du rapport des revenus du premier décile sur ceux du dixième décile).

Bibliographie

- Dabusti, F. *Efectos distributivos del sistema de asignaciones familiares*, Secretaría de Seguridad Social, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social (MTEySS).
- Golbert, L.; Roca, E. (2010): «La seguridad social: desde la Sociedad de Beneficencia hasta los derechos sociales», *Revista del Trabajo*, No 8. Doscientos años de Trabajo. Edición Bicentenario.
- Lo Vuolo, R. M. (2010): *Alternativas. La economía como cuestión social*, Buenos Aires, Altimira.
- Marasco, N. et coll. (2007): *Family Protection Policy: Family Allowances Scheme and Major Social Programmes in Argentina*, Centre Interaméricain d'Etudes de Sécurité Sociale (CIESS) n° 6, Mexique.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (2010): *Ampliación de la Protección Social en Argentina*.
- Roca, E. (2008): «Evolución de la cobertura de la seguridad social y su relación con el mercado de trabajo», dans l'ouvrage compilé par M. Novick, G. Pérez Sosto: *El Estado y reconfiguración de la protección social, Parte IV. Siglo XXI-Inst. Di Tella-MTEySS*, Buenos Aires.
- Organisation des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) en Argentine. (2004): *Niñez y Adolescencia en la Prensa Argentina*, Rapport annuel 2004, Periodismo Social – Chapitre Infancia.

ⁱ Institut national des statistiques et du recensement (Instituto Nacional de Estadística y Censos, INDEC), 2010.

ⁱⁱ Organisation mondiale de la santé (OMS): *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, Organisation des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et Banque mondiale: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.

^v Banque mondiale: *Indicateurs de développement dans le monde*, 2008 et *Financement du développement à l'échelle internationale*, 2008.

^{vi} *Ibid.*

^{vii} Département des politiques économiques, ministère de l'Economie et de la Production, 2008.

^{viii} PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2009.

^{ix} Institut National de statistiques et de recensement, 2009.

^x PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2009.

2. Bolivie (Etat plurinational de)

Superficie	1 098 581 km ²
Population ⁱ	10 426 154
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	35,8
15-64 ans (%)	59,6
65 ans et plus (%)	4,6
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	41,7
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	68,5
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	64,2
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	222
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^{iv} courants ^v	1 683
PPA (en dollars internationaux courants)	
FMI ^{vi}	4 451
Banque mondiale ^{vii}	4 426
Monnaie locale constante ^{viii}	3 060
Taux de chômage (%) ^{ix}	6,8
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^x	113
Indicateurs de pauvreté IDH – rang pour l'indicateur de pauvreté humaine	52

Le revenu de dignité (*Renta Dignidad*): un système de pension de vieillesse universel

Marcelo Ticona Gonzales

Résumé

- Lancé en 2008 sous la forme d'une prestation universelle pour toutes les personnes de 60 ans et plus;
- pension universelle non contributive;
- des pièces d'identité sont nécessaires afin d'adhérer au système; l'adhésion biométrique est en cours de développement;
- la prestation peut être versée mensuellement ou être cumulée sur une période maximale de 12 mois. Le montant s'élève à environ 340 dollars par an; 75 pour cent du montant de la prestation annuelle est versé à des personnes recevant déjà une pension du système de sécurité sociale;
- 800 000 bénéficiaires (2010);
- 500 millions de dollars reversés;
- financé par une part fixe de la taxe directe sur les hydrocarbures (*impuesto directo a los hidrocarburos*, IDH - recettes pétrolières et gazières), en plus des contributions des différents échelons administratifs et des dividendes provenant des entreprises publiques capitalisées (partenariat avec les entreprises multinationales, en cours de nationalisation);
- impact: réduction de 5,8 pour cent de la pauvreté extrême entre 2007 et 2009 (en particulier dans les milieux ruraux).

A propos de l'auteur

Marcelo Ticona Gonzales, direction générale des pensions, ministère de l'Economie et des Finances.

Introduction

Au cours des deux dernières années, l'Etat plurinational de Bolivie a réduit ses indicateurs de pauvreté modérée et de pauvreté extrême de, respectivement, 2 et 6 pour cent. Avant cela, 60 pour cent des Boliviens vivaient sous le seuil de pauvreté et 38 pour cent vivaient dans la pauvreté extrême; situation analogue à celles existant dans les autres pays d'Amérique latine ainsi que dans les pays des Caraïbes et d'Afrique.

Face à cette réalité, vieille de plusieurs décennies, différentes écoles de sciences économiques et sociales ont débattu et réfléchi sur la pertinence et l'efficacité, en termes de développement économique et social, des subventions et des transferts directs en faveur des groupes vulnérables. Cependant, au-delà de cette discussion, il convient également d'informer la communauté internationale des résultats concrets de la mise en œuvre de mesures de protection sociale. Ces mesures, qui ont permis d'amplifier la réduction de la pauvreté, répondent aux objectifs politiques de l'Initiative pour un socle de protection sociale proposée par les Nations Unies et, plus généralement, permettent de rendre leur dignité aux personnes âgées boliviennes.

Dans le cas de la Bolivie, le fait de pouvoir désormais garantir un socle de protection sociale pour les personnes âgées a été l'une des plus importantes et des plus vastes réussites dans l'histoire du pays. Sans compter que, conjugué à d'autres mesures sociales, cela a également eu un impact évident sur la réduction de la pauvreté et sur la qualité de vie des citoyens. Ainsi, le revenu de dignité (*Renta Dignidad*), qui fait partie du système de sécurité sociale non contributif bolivien, a permis d'améliorer les conditions de vie de ses bénéficiaires.

Description des politiques

Afin de comprendre la référence constante à la dignité des personnes âgées dans les politiques publiques, il est nécessaire de se référer à la nouvelle Constitution politique de l'Etat plurinational de Bolivie, rédigée par l'assemblée constituante et le parlement boliviens, puis approuvée par près des deux tiers de la population en janvier 2009. Entrée en vigueur en février 2009, celle-ci énonce dans son article 67:

«I. Outre les droits reconnus dans la présente Constitution, toute personne âgée a droit à une vieillesse digne, de qualité et pleine de chaleur humaine.

II. L'Etat fournira une pension de vieillesse, dans le cadre du système intégré de sécurité sociale, conformément à la loi.»

Les versements au titre de la *Renta Dignidad* ont débuté en 2008, après adoption de la loi n° 3791 au mois de novembre de la même année. Suite à l'adoption de la nouvelle Constitution, la prestation a été intégrée aux droits constitutionnels du pays sous la dénomination de revenu universel de vieillesse, ou revenu dignité (*Renta Universal de Vejez, Renta Dignidad*).

Dans le cadre des politiques nationales de redistribution des revenus et de réduction de la pauvreté, et des mesures visant à assurer une vie digne à l'ensemble des citoyens, cette prestation garantit, pour la première fois dans l'histoire du pays, un revenu mensuel à vie à tous les Boliviens de 60 ans et plus.

La *Renta Dignidad* fait partie du système national de sécurité sociale universel, également qualifié de non contributif. Le montant annuel des prestations pour les personnes ne recevant pas d'autre retraite est de 2 400 bolivianos (340 dollars). Dans le cas des personnes touchant déjà une retraite, les prestations s'élèvent à 75 pour cent du montant initial, soit 1 800 bolivianos (255 dollars). L'idée principale derrière cette

distinction est de s'adresser prioritairement, au moyen d'un paiement plus élevé, à la partie de la population ne recevant aucune pension de vieillesse, tout en garantissant le droit universel à une pension.

Au cours de la première moitié de l'année 2010, parmi les 800 000 bénéficiaires de la *Renta Dignidad*, 83 pour cent ne recevaient aucune pension du système de sécurité sociale, car ils travaillaient dans l'économie informelle ou connaissaient de longues périodes de chômage. Aussi est-il possible d'affirmer que l'octroi de prestations plus élevées aux personnes ne recevant aucune retraite est conforme aux politiques de redistribution des revenus et de garantie d'une plus grande efficacité dans la mise en œuvre de la politique, étant donné que les personnes âgées qui ne reçoivent pas de pension sont celles qui en ont le plus besoin.

Une prestation pour frais funéraires a également été mise en place, sur le modèle de la *Renta Dignidad* et avec les mêmes sources de financement. Celle-ci offre 1 800 bolivianos (254 dollars) aux personnes en mesure de prouver le règlement des frais d'obsèques d'un bénéficiaire de la *Renta Dignidad*. L'objectif de cette prestation est de subvenir aux besoins de la famille suite à la mort d'un bénéficiaire. Dans la pratique, cette prestation permet d'assurer un meilleur suivi des décès des bénéficiaires. Elle encourage également les familles à déclarer le décès du défunt rapidement, afin d'éviter ainsi le vol d'identité.

Au titre de la politique nationale de redistribution des revenus, le financement de la *Renta Dignidad* est assuré par la taxe directe sur les hydrocarbures (*impuesto directo a los hidrocarburos*, IDH), découlant de l'exploitation des ressources en hydrocarbures, un secteur excédentaire de l'économie nationale. Elle est également financée par les dividendes provenant des entreprises publiques opérant dans les secteurs stratégiques. La gestion des ressources et du système de paiements en ligne, ainsi que le contrôle des transactions sont assurés par un organisme indépendant.

La création du programme

La *Renta Dignidad* est conforme dans sa formulation au principe d'universalité de la sécurité sociale. Il s'agit de la première politique nationale en faveur d'un socle de protection sociale dont les prestations sont garanties par la Constitution et concernent l'ensemble de la population âgée de 60 ans et plus résidant dans le pays. Avant d'y revenir plus en avant, il convient de mentionner, tout d'abord, les prestations antérieures, provenant de la réforme des pensions de 1996.

La réforme des pensions de 1996: l'expérience de la prime de solidarité

Mise en place en 1996 dans le cadre des réformes socio-économiques entreprises entre 1993 et 1997, la prime de solidarité (*Bono Solidario* ou *Bonosol*) était un transfert en espèces destiné aux citoyens boliviens de 65 ans ou plus. L'un des fondements des réformes économiques menées par le gouvernement a été la capitalisation des principales entreprises publiques stratégiques (opérant dans les secteurs du transport aérien et ferroviaire, du pétrole, de l'électricité et des télécommunications, entre autres). Le 31 décembre 1995, 50 pour cent des parts de chacune de ces entreprises ont été transférées à des investisseurs étrangers au moyen d'appels d'offres internationaux, alors qu'environ 48 pour cent ont été transférées aux citoyens boliviens âgés de plus de 21 ans (constituant les bénéficiaires de *Bonosol*). Les parts restantes ont été transférées à des actionnaires minoritaires. Les 48 pour cent provenant des entreprises capitalisées ont été alloués au fonds de capitalisation collective, qui a ainsi été doté initialement de plus de 1,5 milliard de dollars. La gestion du fonds a été dévolue, au moyen d'un processus d'appel d'offres

international, à deux administrateurs de fonds de pension ¹. Ceux-ci avaient pour rôle de représenter le fonds de capitalisation collective lors des réunions rassemblant les actionnaires des entreprises capitalisées et les conseils d'administration. Les concepteurs de la prestation sociale avaient prévu que les dividendes annuels générés par les entreprises capitalisées entreraient dans le fonds de capitalisation collective et permettraient de financer l'allocation *Bonosol*. Le montant de cette prestation pouvait être modifié après évaluation économique et financière.

Le financement de la prestation *Bonosol* était soumis aux politiques en matière de dividendes décidées lors des réunions d'actionnaires des entreprises capitalisées. Ces politiques oscillaient entre deux extrêmes: (a) le réinvestissement des bénéfices des entreprises capitalisées dans les secteurs stratégiques, ce qui se serait traduit par le non-versement de dividendes et, par conséquent, l'absence de ressources pour le financement de *Bonosol*; ou (b) le paiement de la prestation, entraînant la diminution des possibilités de réinvestissement dans ces industries et ainsi de leur accroissement. Les décisions prises devaient par conséquent assurer un équilibre entre le développement des secteurs stratégiques et la garantie des prestations en faveur des personnes âgées.

C'est en 1997 qu'a été effectué le premier versement annuel de 248 dollars en faveur des bénéficiaires de *Bonosol* âgés de 65 ans ou plus avant décembre 1995. Sur le plan logistique, il s'agissait de la première expérience de versements collectifs ayant entraîné des troubles au niveau des points de paiement.

Etant donné que ses bénéficiaires comprenaient uniquement les personnes âgées de plus de 21 ans en décembre 1995, la prestation *Bonosol* ne peut être qualifiée d'universelle, dans la mesure où celle-ci disparaîtra après le décès du dernier de ces bénéficiaires.

Au cours des dix années d'existence du fonds de capitalisation collective, le cadre précédemment décrit a permis de fournir des ressources pour le financement de la prestation non contributive. Dans le même temps, les administrateurs du fonds de pension ont géré les parts de la population. Durant les dernières années d'existence de *Bonosol*, les obligations du fonds ont atteint 100 millions de dollars par an, soit un chiffre supérieur au montant des dividendes reversés à ce dernier, ce qui menaçait sa viabilité financière et, par conséquent, la pérennité financière de la prestation.

Les prestations intermédiaires

Entre 1998 et 2007, le financement, les sommes reversées et les bénéficiaires de la prestation *Bonosol* ont été modifiés. De 1998 à 2001, celle-ci a été remplacée par une autre prestation, la «Bolivida», dont les bénéficiaires se limitaient aux personnes âgées de 50 ans ou plus en 1995. Le montant de la prestation a également été réduit, passant à environ 56-60 dollars par an.

En 2002, le versement des prestations non contributives a été suspendu, puis il a repris en 2003, sous son ancien nom de «Bonosol», avec ses caractéristiques originales: (a) en sont bénéficiaires les personnes âgées de plus de 21 ans en décembre 1995 (b) son

¹ AFP Futuro de Bolivia et AFP Previsión étaient les succursales respectives des groupes financiers Argentaria et Banco Bilbao Vizcaya. A l'heure actuelle, AFP Futuro de Bolivia est une succursale du groupe suisse Zurich Financial Services.

financement provient des dividendes des entreprises capitalisées, et (c) le montant du versement annuel, révisé tous les cinq ans, s'élève à 257 dollars.

En termes logistiques, le premier progrès accompli a été la mise en place d'une base de données recensant les bénéficiaires de la capitalisation en se basant pour cela sur les listes électorales. Le second a été l'instauration de paiements en ligne par l'intermédiaire du système financier, qui a entraîné la réduction du nombre de centres de paiement.

Le montant de la prestation devait être réévalué tous les cinq ans, dans le sens d'une augmentation ou d'une baisse, en fonction des ressources disponibles dans le fonds de capitalisation collective. Préalablement à la création de la *Renta Dignidad*, les ressources financières disponibles pour la prestation *Bonosol* ont été évaluées et il a été conclu qu'afin de maintenir la prestation, son montant aurait dû être réduit d'au moins 15 pour cent (le ramenant ainsi à environ 190 dollars par an), ce qui aurait entraîné un rejet immédiat ainsi qu'un conflit social.

Le contexte politique éclaire l'évolution de ces prestations non contributives, dans la mesure où cette modification du nom et du montant provenait de promesses électorales, et non des politiques économiques et sociales du gouvernement. Toutefois, préalablement à la création de la *Renta Dignidad*, aucun changement conceptuel important n'a été apporté à la prestation en termes d'universalisation et d'extension de son financement ou de son mode de paiement.

Un revenu de vieillesse universel

La *Renta Dignidad* est apparue dans un contexte différent de ceux ayant présidé aux prestations non contributives antérieures. Les politiques sociales, l'universalité de la sécurité sociale et la réduction de la pauvreté font désormais partie des priorités politiques d'une nouvelle conception du développement, dont l'aboutissement a été la mise en œuvre de la *Renta Dignidad*. En outre, contrairement aux prestations antérieures, celle-ci n'a pas été mise en avant à des fins électoralistes.

L'évolution économique du pays a également joué un rôle fondamental pour la mise en œuvre de la *Renta Dignidad*. Les bénéfices provenant des exportations de pétrole se sont accrus à partir de 2006, à la faveur de l'augmentation mondiale des cours et de l'adoption récente d'un nouveau cadre législatif relatif à la redistribution des recettes pétrolières, ce qui a permis d'accroître de manière substantielle les recettes fiscales provenant de ce secteur ainsi que les investissements dans sa chaîne de production.

Pour quelles raisons la *Renta Dignidad* a-t-elle pris la forme d'une politique de protection sociale universelle? Une explication pourrait être le contexte économique et politique favorable, et une décision opportune, s'appuyant sur une conception de la réduction de la pauvreté fondée sur la réalité sociale vécue par la population.

Les fondements juridiques du programme *Renta Dignidad*

Afin d'assurer la pérennité et l'efficacité des programmes de sécurité sociale, les politiques sociales boliviennes précisent que leur fondement juridique doit garantir deux éléments fondamentaux: (a) le droit d'accès et (b) l'obligation de s'appliquer à son respect. Dans le cas de la *Renta Dignidad* en Bolivie, ces principes sont assurés par la loi fondamentale du pays: la Constitution.

La première section de la loi sur la *Renta Dignidad* fait écho à l'article 67 de la Constitution, qui établit l'obligation pour l'Etat bolivien d'offrir des pensions de vieillesse,

en vertu du système de sécurité sociale, et le droit des personnes âgées à vivre dignement. La prestation a cependant été créée préalablement à la ratification de la nouvelle Constitution bolivienne, en 2007, alors que les versements ont débuté en 2008.

C'est dans ce contexte que le cadre constitutionnel et une loi particulière sont entrés en vigueur dans le pays, établissant le revenu de vieillesse universel (*Renta Dignidad*) en tant que droit universel pour l'ensemble de la population et fixant à 60 ans l'âge minimum pour bénéficier de la pension. Ainsi, la garantie de la pérennité du programme est inscrite dans la loi suprême du pays.

En matière de financement et de cadre juridique du programme, la loi sur la *Renta Dignidad* dispose que les sources de financement sont séparées de la politique économique structurelle. En effet, le financement est assuré par une part de la taxe sur les hydrocarbures revenant au Trésor public². Ainsi, outre leur inscription dans la loi particulière du programme, la garantie du financement et la pérennité du versement de la *Renta Dignidad* sont définies dans les normes du secteur des hydrocarbures relatives au transfert des excédents en direction des politiques sociales.

Sur la question de la gestion des versements de la *Renta Dignidad*, une série de décrets suprêmes et de résolutions administratives ont été émis par le pouvoir exécutif et par l'autorité responsable de la gestion de la pension, respectivement, afin de garantir le fonctionnement de la prestation. Ce cadre réglementaire permet quant à lui d'assurer la traduction dans la pratique, de manière souple et en temps utile, du droit et de l'obligation constitutionnels.

Financement

Conformément aux principes de solidarité et de durabilité de la sécurité sociale bolivienne, le financement de la *Renta Dignidad* est une illustration de la politique économique et sociale de redistribution des revenus des secteurs excédentaires vers les secteurs très vulnérables.

Le financement de la *Renta Dignidad* est assuré à partir de deux sources distinctes: la taxe directe sur les hydrocarbures et les dividendes provenant des entreprises publiques capitalisées.

La taxe directe sur les hydrocarbures (IDH) et la *Renta Dignidad*

L'Etat plurinational de Bolivie possède d'importantes réserves de pétrole. La production et l'exportation de cette ressource naturelle constituent une des principales parts de son produit intérieur brut (PIB). En 2003, la gestion politique du secteur a été modifiée. Au cours de cette même année, l'«Agenda d'octobre» a été mis en place en réponse à la mobilisation sociale des organisations de la société civile, qui exigeaient la réappropriation de ces ressources par l'Etat ainsi que des bénéfices tangibles pour le secteur.

Trois facteurs importants ont eu et continuent à avoir une influence sur les revenus provenant du secteur national des hydrocarbures:

² Contribution à hauteur de 30 pour cent des ressources issues de la taxe directe sur les hydrocarbures provenant des ressources des préfectures, des municipalités, du Fondo Indígena et du Trésor public.

-
- la modification du cadre réglementant le recouvrement des recettes de la taxe sur les hydrocarbures et sa répartition entre les différentes régions³. Jusqu'à 2005, la loi régissant le secteur des hydrocarbures prévoyait des taxes sur la chaîne de production qui n'entraînaient pas d'importantes recettes pour le Trésor public. Cependant, suite à son amendement et à la modification du taux d'imposition, les recettes fiscales provenant du secteur des hydrocarbures sont devenues plus conséquentes à partir de 2006 et représentent désormais une des principales sources de revenu pour l'Etat, aussi bien pour ses dépenses courantes que pour le financement de projets à long terme, tels que les investissements productifs, les projets sociaux à l'échelle nationale ou encore les projets publics à l'échelle locale;
 - l'évolution du cours du baril de pétrole, qui a entraîné une hausse du prix des exportations de gaz bolivien à destination de l'Argentine et du Brésil. Il est de notoriété publique que les cours des matières premières ont une influence considérable sur l'économie mondiale et ont connu un cycle de croissance historique ces dernières années. Etant donné que l'économie bolivienne est basée sur l'exportation de matières premières, ce cycle a permis une croissance significative des revenus provenant de la production et de l'exportation des hydrocarbures, et, par contre-coup, des recettes venant de ce secteur. Toutefois, il convient de noter qu'en raison du caractère exogène de ce facteur, il s'avère nécessaire de prendre des décisions préventives en matière de financement afin de pouvoir faire face aux soubresauts qui pourraient influencer sur les cours et les recettes générées par les hydrocarbures;
 - la nouvelle politique économique appliquée au secteur des hydrocarbures, qui a permis à l'Etat bolivien de reprendre le contrôle de la chaîne de production au moyen d'une participation au capital des entreprises stratégiques.

Ainsi, afin de permettre la mise en place de politiques globales, les entreprises du secteur, qui il y a dix ans avaient été privatisées et capitalisées, sont désormais gérées et représentées par l'Etat bolivien⁴. Cela rend possible l'articulation des investissements productifs et des prestations allouées, et de les adapter aux sources de revenu.

Les fonds destinés au financement de la *Renta Dignidad* émanant du secteur des hydrocarbures représentent 30 pour cent des recettes totales de la taxe directe sur les hydrocarbures (IDH), qui se sont élevées à 220 millions de dollars en 2008 et à 237 millions en 2009. La politique de protection sociale a transféré une partie des budgets régionaux et du budget national, tirés de l'IDH, sans cependant affecter la mise en œuvre des programmes d'investissement.

Le financement provenant du secteur des hydrocarbures a permis la mise en place d'une politique économique et sociale de redistribution utilisant les budgets régionaux et le budget national, le tout dans un environnement économique et politique favorable. Cependant, en raison de l'influence de facteurs exogènes sur le cours des hydrocarbures, il est important que la stratégie d'investissement du secteur prenne en compte le fait que

³ Le montant de la taxe directe sur les hydrocarbures (IDH) recueilli en 2008 et en 2009 était, respectivement, de 950 et 923 millions de dollars, soit 12 pour cent de plus que sous l'ancienne législation. La réduction en 2009 s'explique par la baisse du cours du baril.

⁴ L'entreprise publique Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos (YPFB) détient la majorité des parts des compagnies pétrolières qui ont été capitalisées par le capital étranger.

cette source de revenus devrait croître proportionnellement aux obligations de paiement au moyen d'améliorations dans la capacité de production et d'exportation.

Les dividendes provenant des entreprises publiques capitalisées

La deuxième source de financement de la *Renta Dignidad* provient des entreprises publiques capitalisées.

Tel que mentionné précédemment dans la première étape de la prestation *Bonosol*, suite à la privatisation des entreprises publiques (vente des parts de l'Etat bolivien dans les entreprises publiques stratégiques à des firmes multinationales), il a été décidé d'utiliser les dividendes distribués par ces entreprises pour le financement du système de sécurité sociale non contributif. Environ 48 pour cent des parts de toutes ces entreprises ont été attribuées aux personnes âgées de plus de 21 ans en décembre 1995 par l'intermédiaire d'un fonds administré par les responsables de fonds de pension privés: le fonds de capitalisation collective.

A l'heure actuelle, les dividendes provenant des entreprises capitalisées sont redistribués aux actionnaires, alors que les ressources de la population sont allouées au fonds de pension de vieillesse universelle.

A ce jour, sept des dix entreprises capitalisées en 1996 ont été nationalisées, leurs parts étant passées de la population à l'Etat. Grâce à la politique publique actuelle, ces mesures permettent de trouver un équilibre entre le réinvestissement dans les secteurs stratégiques et le financement des programmes d'assistance sociale, à l'instar de la *Renta Dignidad*.

Renta Dignidad: gestion et impact

La gestion des paiements

D'importantes avancées en matière logistique et technologique ont été réalisées dans la gestion des paiements de la *Renta Dignidad* à l'échelle nationale. En premier lieu, le gouvernement a développé une base de données des bénéficiaires. Celle-ci était à l'origine fondée sur les registres d'état civil et sur les listes électorales, avant que ceux-ci ne soient remplacés par d'autres sources de données relatives à l'identité des bénéficiaires. Grâce aux efforts en matière documentaire et informatique réalisés sur l'ensemble du territoire, cette base de données est mise à jour quotidiennement au gré des notifications de décès, des homonymies parfaites, des ajouts de nouveaux bénéficiaires et des modifications des données concernant l'identité, la résidence, l'adresse, etc.

La mise en place de nouvelles procédures et la mise à jour des nouveaux bénéficiaires et de la base de données relèvent des compétences de la structure assurant la gestion de la *Renta Dignidad*, qui transfère ces demandes aux organismes publics chargés de la régulation du système de pension. L'autorité de suivi et de contrôle social des pensions (*Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones*) valide l'information et apporte les modifications nécessaires. Elle gère au quotidien, en collaboration avec une structure privée de gestion des paiements, le versement de la *Renta Dignidad*, qui est réalisé en temps réel, assurant ainsi la disponibilité des paiements dans plus de 1 100 centres à l'échelle nationale, y compris dans les secteurs des institutions financières et des centres de paiement des forces armées nationales.

De son côté, le système de paiement des pensions a été amélioré afin d'inclure le montant de la *Renta Dignidad* dans l'avis de paiement mensuel adressé aux retraités. Cela

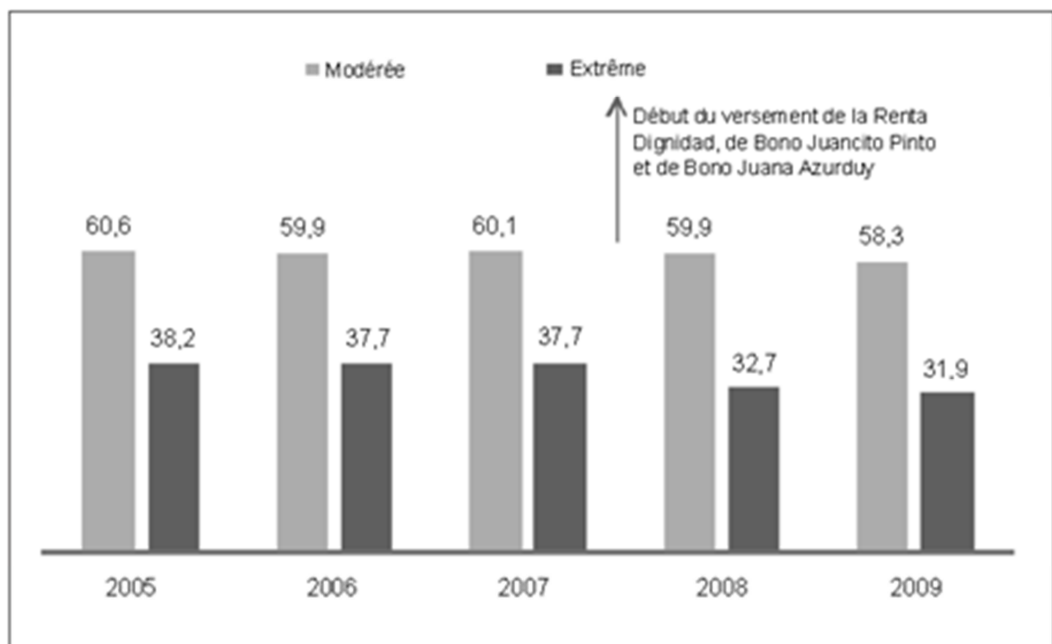
a son importance dans la mesure où le paiement des pensions est géré par six entités distinctes: le groupe assurant le versement des pensions en vertu du nouveau système de répartition des revenus, l'organisme d'assurance sociale militaire, les deux administrateurs des fonds de pension et les deux compagnies d'assurances qui gèrent les prestations de vieillesse au sein du système individuel par capitalisation.

Au niveau national, les centres de paiement sont accessibles dans plus de 900 plateformes d'institutions financières, qui effectuent des transactions en ligne en temps réel. En matière logistique, il convient d'insister sur l'innovation en termes fonctionnels que représente l'utilisation des forces armées pour le versement de la *Renta Dignidad*. Il existe plus de 200 points de paiement répartis entre les bases militaires et les unités militaires mobiles. Ces dernières disposent d'un équipement satellite mobile relié à la base de données principale des bénéficiaires, permettant aux personnes de recevoir leur versement en ligne, où qu'elles se trouvent. Le système offre également une couverture géographique plus étendue dans les milieux urbains et, davantage encore, dans les milieux ruraux. Dans le cas des retraités salariés, la prestation figure sur leur fiche de paie, tandis que dans le cas des retraités non salariés, celle-ci est accessible à partir des plateformes des systèmes financiers et des unités militaires mobiles, et peut être reversée tous les mois ou être accumulée sur un maximum de douze mois. Les observations montrent que les bénéficiaires font le choix d'accumuler la prestation sur trois ou quatre mois, et/ou demandent à la recevoir au cours de la période de fin d'année.

Universalité: l'impact de la Renta Dignidad

Le succès de la politique d'universalité appliquée à la sécurité sociale peut être quantifié par l'évolution des indicateurs de pauvreté et par leur impact social. Au niveau des indicateurs économiques, la *Renta Dignidad*, conjuguée à d'autres politiques sociales, a permis de soutenir la réduction de la pauvreté modérée et, plus particulièrement, de la pauvreté extrême. Cette dernière est passée de 37,7 pour cent en 2006 à 31,9 pour cent en 2009, soit une tendance à la baisse très nette (voir la figure ci-après).

Incidence de la pauvreté modérée et extrême (en pourcentage)



Source: Rapport fiscal 2009, ministère de l'Economie et des Finances

L'impact de la *Renta Dignidad* sur le quotidien de ses bénéficiaires est étroitement lié au contexte et au rôle que jouent les personnes âgées dans la société bolivienne, de même qu'à leur profil de dépenses. En matière de consommation, les bénéficiaires dépensent leur prestation mensuelle dans les trois secteurs suivants: l'alimentation, le logement et les services. Au niveau des dépenses alimentaires, ceux-ci contribuent au budget familial destiné à couvrir les besoins de base. En termes de dépenses dans les services, ils se concentrent en priorité sur le paiement des services de base tels que l'eau, l'électricité, le gaz et les transports publics. Le montant mensuel de la *Renta Dignidad* suffit à couvrir les dépenses moyennes en électricité, en eau et en gaz d'une famille composée de quatre personnes. Enfin, pour ce qui est du logement, la prestation aide les personnes âgées à honorer les paiements liés au loyer ou à l'hypothèque pour leur famille. En résumé, la *Renta Dignidad* a rendu leur dignité aux personnes âgées, leur permettant d'apporter leur contribution à la société et à la satisfaction des besoins de base de leur famille.

En termes numériques, le total des bénéficiaires de la prestation universelle *Renta Dignidad* était, dans la première moitié de 2010, d'environ 800 000, dont 55 pour cent de femmes. Depuis la création de la prestation, plus de 500 millions de dollars ont été reversés sous forme de prestations, avec un taux de croissance annuel de 8 pour cent.

La couverture du programme témoigne de son universalité. Le nombre de bénéficiaires ayant effectivement reçu une prestation mensuelle ou accumulée s'élève à 97 pour cent du nombre total de personnes éligibles. Ainsi, seuls 3 pour cent des personnes de plus de 60 ans ont besoin d'une aide administrative (généralement une correction des données concernant leur identité) afin de pouvoir ensuite bénéficier du versement.

Enfin, la mise en place de ces mesures sociales, notamment les transferts en espèces en faveur des secteurs vulnérables, a permis à la Bolivie de se hisser au rang de pays à revenu moyen⁵, son revenu par habitant ayant dépassé les 1 100 dollars. Cela a ouvert la possibilité de prendre part à des programmes de coopération internationale, à l'instar des autres économies émergentes de la région.

La relation avec le socle de protection sociale

Le concept de socle de protection sociale – défini comme une stratégie destinée à garantir un revenu mensuel minimal en espèces par l'intermédiaire de transferts – permet de mieux appréhender le champ d'action de la *Renta Dignidad* en Bolivie. En outre, les activités favorisant le développement d'un socle de protection sociale (de la réappropriation de la souveraineté sur les ressources naturelles grâce à l'«Agenda d'octobre» de 2003 à l'octroi de la prestation après évaluation de sa viabilité financière) permettent de mieux comprendre la mise en place et l'évolution de la prestation.

Mise en œuvre de la *Renta Dignidad*: processus du socle de protection sociale



Source: Auteur.

⁵ D'après le classement de la Banque mondiale de 2010, fondé sur le revenu par habitant.

La mise en place du programme *Renta Dignidad* marque une étape décisive et historique dans la stratégie de mise en œuvre d'un socle de protection sociale. Ce programme a permis de traduire dans les faits le droit social universel en faveur des personnes âgées établi dans la Constitution de l'Etat bolivien. Dans la pratique, celui-ci assure une couverture à l'ensemble de la population bolivienne âgée de 60 ans et plus par l'intermédiaire d'un programme de transferts économiques leur garantissant un revenu minimal.

Il convient de noter le développement d'une série de politiques sociales et économiques en faveur des groupes vulnérables. Ainsi, a été mis en place un transfert financier en faveur des élèves de l'enseignement primaire, la prestation *Bono Juancito Pinto*, qui encourage la poursuite d'études. Il existe également une subvention publique reversée aux femmes enceintes accouchant dans des centres de santé publics et non à domicile. Ayant pour nom *Bono Juana Azurduy*, cette prestation accorde également une subvention aux femmes lorsque celles-ci se rendent à des consultations prénatales dans un centre de santé et lorsqu'elles font passer des examens réguliers à leur enfant au cours de ses deux premières années de vie. La Bolivie possède en outre un programme destiné à étendre la couverture d'assurance-maladie gratuite à l'ensemble de la population âgée par l'intermédiaire du programme de sécurité sociale destiné aux seniors. Tous ces programmes font partie d'une stratégie globale d'assistance et de protection sociale en faveur des groupes très vulnérables et sont financés à partir de ressources publiques. En décembre 2009, pas moins de 27,7 pour cent de la population a bénéficié de transferts sociaux (encadré 1).

Encadré 1.

Les populations bénéficiant de transferts conditionnels en espèces

Les taux élevés de pauvreté, d'inégalité et de discrimination sociale existant en Bolivie ont rendu nécessaire la mise en œuvre d'un ensemble de mesures sociales destinées aux secteurs les plus défavorisés de la population. Depuis 2006, les transferts conditionnels en espèces ont constitué un outil fondamental à court terme, permettant de subvenir en partie aux besoins courants de la population grâce à des transferts directs en espèces et de lier cette prestation à des obligations, qu'il s'agisse d'assiduité scolaire, de consultations dans des cliniques médicales ou de visites dans des centres de secours dans le cas des personnes âgées.

En décembre 2009, pas moins de 27,7 pour cent de la population, soit 2 840 334 personnes, bénéficiaient de transferts en espèces: parmi eux, ils étaient 16,9 pour cent à avoir reçu une prestation *Bono Juancito Pinto*, destinée aux élèves inscrits de la première à la huitième année de l'enseignement primaire (formel) ainsi qu'aux élèves bénéficiant d'un enseignement spécialisé ou sous une autre forme; ils étaient 7,5 pour cent à avoir bénéficié de la prestation *Renta Dignidad*, en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus; alors que les 3,3 pour cent restants ont touché la prestation *Bono Juana Azurduy*, créée en mai 2009 et s'adressant aux femmes ainsi qu'aux enfants de moins de deux ans.

La *Renta Dignidad*, un programme de protection sociale universelle au succès incontestable, fait partie d'un ensemble de programmes qui dirigent les ressources en direction de mesures visant à garantir à la population une vie digne. Cette stratégie globale est très similaire à l'Initiative pour un Socle de protection sociale, dont elle partage les objectifs, dans la mesure où elle vise à faire respecter les droits fondamentaux de la population grâce à ses services et à ses transferts.

Conclusions et défis futurs

Conformément au consensus social et à la représentation politique, dans un contexte de restrictions économiques, une décision a été prise afin de faire face à la difficulté consistant à consacrer une partie des recettes provenant d'une des principales ressources naturelles du pays; décision qui commence à porter ses fruits. Cela ne fait aucun doute, tant en matière d'indicateurs socio-économiques qu'en termes d'impact socioculturel. Chaque

Bolivien est ainsi assuré de recevoir de l'Etat un revenu mensuel à vie au cours de ses vieux jours, lui permettant de continuer à aider sa famille et à demeurer un membre actif de la société.

Pour sa part, le droit fondamental et universel à disposer d'une pension de vieillesse a été garanti, celui-ci ayant été reconnu comme tel dans la Constitution de l'Etat bolivien, assurant par là sa pérennité. La nouvelle Constitution politique de l'Etat plurinational de Bolivie, approuvée au suffrage universel en janvier 2009, répond ainsi à la demande de la population et en fait un droit inaliénable.

Le financement de la *Renta Dignidad*, qui provient de la taxe sur les hydrocarbures, témoigne également du consensus politique, économique et social. La volonté du peuple de tirer profit de la propriété et de la souveraineté sur leurs ressources naturelles s'est traduite sous la forme d'une politique de redistribution des revenus. Un secteur excédentaire, celui des hydrocarbures, contribue directement au financement de la prestation universelle.

Cependant, tous les objectifs n'ont pas encore été atteints et les tâches à venir vont s'avérer délicates. Suit une liste de ces différentes difficultés auxquelles fait face la *Renta Dignidad*:

- La première difficulté consiste à renforcer le consensus politique au sein de la société, des régions assurant le financement de la *Renta Dignidad* et des bénéficiaires, à travers leurs représentants, afin de garantir l'inscription dans le droit de la prestation en faveur de l'ensemble de la population, toutes générations confondues. Il est également essentiel d'intégrer la politique de protection sociale universelle en faveur des personnes âgées à la culture bolivienne au moyen de la solidarité, afin de permettre ainsi l'allocation des ressources publiques des secteurs excédentaires aux secteurs vulnérables et de reproduire de telles mesures pour d'autres groupes vulnérables ou d'autres groupes devant faire face à la pauvreté.
- Etant donné que la source principale de financement provient des recettes pétrolières et gazières, qui dépendent des cours extérieurs, il est indispensable d'investir dans le secteur des hydrocarbures afin de maintenir les niveaux de revenu, voire de les accroître. En outre, une gestion prudente des fonds de la *Renta Dignidad* est nécessaire afin de mettre à profit les excédents et de procurer une aide financière dans les périodes au cours desquelles les recettes ne permettent pas un autofinancement. Si son financement est assuré, le montant de la prestation pourrait atteindre, à moyen terme, 679 bolivianos (97 dollars), soit l'équivalent du salaire minimum national. D'après l'analyse de l'impact sur l'allocation des ressources, l'augmentation du montant de la prestation devrait être progressive dans le cas des groupes plus fortement touchés par la pauvreté ou bénéficiant de revenus moindres.
- La loi sur la *Renta Dignidad* prévoit la possibilité de recevoir le versement en espèces ou en nature. Il est ainsi possible de mettre en place un type de transfert en vertu duquel le bénéficiaire est payé sous la forme de produits destinés à répondre aux besoins essentiels et d'orienter la production nationale en fonction de ce marché de bénéficiaires. Tout cela dépendra de l'intégration et de l'évaluation des politiques destinées à stimuler la production ainsi que des politiques de redistribution des revenus.
Etant donné les importants efforts financiers consentis par l'Etat pour le paiement des prestations, une partie de ces ressources pourrait être utilisée afin d'encourager la production, ce qui entraînerait la création d'emplois et le développement économique, et de permettre aux bénéficiaires de choisir le type de versement dont ils souhaitent bénéficier (en espèces ou en nature). De toute évidence, il sera également capital de parvenir à un consensus parmi les bénéficiaires.

- Du point de vue fonctionnel, il convient de compléter l'enregistrement biométrique des bénéficiaires. Cela permettrait de ne plus avoir à présenter des documents d'identité afin de recevoir la prestation et de réduire du même coup les risques de fraude. Parallèlement, un numéro de sécurité sociale individuel sera attribué à chaque bénéficiaire, permettant de lier l'identification des bénéficiaires à leur trajectoire professionnelle et aux prestations auxquelles ils peuvent prétendre au cours de leur vie.
- Une autre difficulté consiste à compléter le système de sécurité sociale bolivien au moyen d'un système de pension associant politiques économiques et politiques sociales, et incluant la *Renta Dignidad* et la pension de retraite de solidarité (*Pensión Solidaria de Jubilación*).

Enfin, tel qu'évoqué au début de la présente étude, une des principales conclusions concernant l'impact de la *Renta Dignidad* en Bolivie est l'amplification de la réduction de la pauvreté. Présenter cet exemple d'expérience réussie permet de démontrer l'impact réel de la mise en place de politiques de redistribution des revenus et d'assistance sociale sur les groupes vulnérables, à l'image des personnes âgées, qui peuvent désormais vivre dans la dignité.

Encadré 2.

La pension de retraite de solidarité: assurer une retraite décente aux travailleurs

Afin d'assurer une retraite décente à l'ensemble des travailleurs boliviens et de parvenir à la couverture universelle du système de retraite, la pension de retraite de solidarité (*Pensión Solidaria de Jubilación*) a été créée.

Celle-ci, au sein du système de sécurité sociale semi-contributif, vise à assurer une retraite minimale, dont le montant croît proportionnellement au nombre d'années de cotisations, aux travailleurs dépendants et indépendants ayant droit à une pension, au montant de loin inférieur, au titre du système par capitalisation.

Le premier groupe de bénéficiaires de cette pension comprend les travailleurs ayant l'âge de la retraite ne bénéficiant que de faibles montants de retraite, parfois inférieur au salaire minimum national, au titre du système individuel par capitalisation, en raison de longues périodes de chômage et, durant les périodes d'activité, de revenus et de contributions faibles (largement inférieurs au salaire moyen).

A moyen et à long terme, le deuxième groupe de bénéficiaires sera composé des travailleurs autonomes, parmi lesquels les routiers, les agriculteurs, les femmes au foyer, les dirigeants syndicaux, les consultants individuels, les ouvriers du bâtiment et les travailleurs d'autres secteurs, qui sont désormais encouragés à cotiser à un système de sécurité sociale à long terme grâce à la garantie d'une pension de retraite minimale, non soumise au capital accumulé dans le compte d'épargne-retraite.

L'âge minimal pour avoir droit à la *Pensión Solidaria de Jubilación* est de 58 ans et son montant augmente en fonction du nombre d'années de cotisation. Par exemple, un travailleur qui aura contribué pendant 15 ans aura droit à une pension d'un montant équivalant à 100 pour cent du salaire minimum national (97 dollars) tandis qu'un travailleur qui aura cotisé pendant 35 ans aura droit à une pension d'un montant situé entre 190 et 370 dollars, révisé sur une base annuelle afin de maintenir le pouvoir d'achat.

De par sa nature de politique de redistribution, son financement provient: (a) d'une cotisation patronale obligatoire de 3 pour cent basée sur la masse salariale; (b) d'une cotisation salariale de 0,5 pour cent; (c) des cotisations de solidarité versées par les personnes touchant un salaire mensuel d'un montant 20 fois supérieur au salaire minimum national (1 900 dollars); et (d) de 20 pour cent des primes de risque, sans que cela n'ait d'incidence sur le financement des pensions.

Enfin, la *Pensión Solidaria de Jubilación* a instauré des politiques modifiant les modalités d'accès en fonction du sexe du bénéficiaire, parmi lesquelles (a) la réduction de l'âge minimum nécessaire pour les mères actives d'un an par enfant (avec un maximum de trois ans) et (b) la mise en place d'un barème de mortalité uniforme pour les femmes et les hommes afin de calculer des pensions équitables au sein du système individuel par capitalisation.

ⁱ Institut national de statistiques, 2010.

ⁱⁱ *Ibid.*

ⁱⁱⁱ Ministère de la Santé et des Sports, 2008.

^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis

^v Institut national de statistiques, 2009.

^{vi} Fonds monétaire international: *Base de données Perspective de l'économie mondiale*, octobre 2010, données de 2009.

^{vii} Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde*, octobre 2010, données de 2009.

^{viii} Institut national de statistiques, 2009.

^{ix} Institut national de statistiques, Unité d'analyse des politiques économiques et sociales (UDAPE), 2009.

^x PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2009.

3. Brésil

Superficie	8 547 403 km ²
Population ¹	191 971 506
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	26,4
15-64 ans (%)	67,1
65 ans et plus (%)	6,6
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ²	18
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	76,2
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	68,8
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ³	110
PIB par habitant	
En dollars E.U. ⁴ courants ⁵	8 205
PPA (en dollars internationaux courants) ⁶	10 296
Monnaie locale constante	8 136
Taux de chômage (%)	7,3
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ⁷	75
Indicateurs de pauvreté IDH – rang pour l'indicateur de pauvreté humaine	43

L'élargissement de la protection sociale et l'intégration des politiques sociales

Rômulo Paes-Sousa

Aline Ribeiro Dantas de Teixeira Soares

Fernando Kleiman

Résumé	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Coordination des programmes de 19 ministères ainsi qu'un partenariat avec la société civile; ■ porter la question de la sécurité alimentaire et nutritionnelle à l'attention des pouvoirs publics (au Brésil et à l'étranger); ■ vise à assurer la production et la disponibilité pour tous de produits alimentaires adaptés ainsi que leur accès régulier. 	
Catégorie	Principaux programmes fédéraux
Accès à l'alimentation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transferts conditionnels en espèces: programme <i>Bolsa Família</i>; ■ programmes alimentaires et nutritionnels: alimentation à l'école (Programa Nacional de Alimentação Escolar), alimentation pour les indigènes et des groupes spécifiques de la population, citernes d'eau de pluie, restaurants communautaires, banques alimentaires, agriculture communautaire urbaine, suivi de l'alimentation et de la nutrition, distribution de suppléments de vitamines et de minéraux, programmes d'éducation à l'alimentation; ■ stimulants fiscaux: programme d'alimentation pour les travailleurs (Programa Nacional de Alimentação, PAT); ■ réduction d'impôts: prix réduits pour les produits alimentaires de base (panier alimentaire de base).
Création de revenus	<ul style="list-style-type: none"> ■ Formation professionnelle et sociale; ■ économie solidaire et insertion productive; ■ consortium sur la sécurité alimentaire et le développement local (<i>Consórcio de Segurança Alimentar e Desenvolvimento Local, CONSAD</i>); ■ partenariats productifs communautaires; ■ développement de coopératives de ramasseurs de matériaux recyclables; ■ programmes de microcrédit orientés vers la production.
Promotion du partenariat et mobilisation de la société civile	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre de référence de l'assistance sociale (<i>Centro de Referência de Assistência Social, CRAS</i>); ■ mobilisation sociale et éducation citoyenne; ■ renforcement des capacités des agents publics et sociaux; ■ campagnes et dons; ■ partenariats avec le secteur privé et les ONG; ■ organismes de développement social.
Mesures d'incitation aux petites exploitations agricoles	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programme national de renforcement de l'agriculture familiale (<i>Programa Nacional de Fortalecimento da Agricultura Familiar, PRONAF</i>); ■ assurance récolte; ■ assurance des petites exploitations agricoles; ■ programme d'achat des productions des petites exploitations agricoles (<i>Programa de Aquisição de Alimentos, PAA</i>).



A propos des auteurs

Rômulo Paes-Sousa, vice-ministre, ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim; doctorat en épidémiologie à la London School of Hygiene and Tropical Medicine, Université de Londres.

Aline Ribeiro Dantas de Teixeira Soares, conseillère à l'international auprès du ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim; maîtrise en éducation de l'Université de Brasilia.

Fernando Kleiman, conseiller auprès du vice-ministre, ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim; maîtrise en sociologie de l'Université de Brasilia.

Introduction

Les politiques de protection sociale au Brésil doivent être analysées dans leur trajectoire à long terme afin d'expliquer leurs principaux succès et certains des défis restant à relever. La présente étude de cas vise à décrire cette trajectoire dans le domaine du renforcement du système de protection sociale et détaille certaines des réussites accomplies ainsi que les défis à court terme. Elle comprend tout d'abord une brève description du processus grâce auquel les politiques sociales ont produit des droits concrets devant être assurés par l'Etat. Ensuite, afin de discerner la taille et la complexité du réseau brésilien de protection sociale, sont analysés les rôles, les politiques et les programmes du ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim (*Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome*, MDS), ainsi que ses efforts afin d'intégrer les prestations et les services offerts au moyen d'une approche systémique. S'ensuit une analyse des résultats récents les plus significatifs puis, enfin, une discussion des étapes nécessaires au renforcement de ces politiques sous la forme d'un réseau intégré de protection sociale.

Les politiques sociales

Le Brésil, qui compte 190 millions d'habitants, occupe plus de la moitié du territoire sud-américain. Son PIB par habitant est d'environ 10 296 dollars (PPA) (Banque mondiale, 2009) et il connaît actuellement une période de stabilité et de croissance économique. En dépit des progrès récents réalisés dans la réduction des inégalités socio-économiques, on recense toujours 30 millions de personnes pauvres, et 8,9 millions de personnes extrêmement pauvres¹, faisant du Brésil l'un des pays les plus inégalitaires du point de vue socio-économique. En dehors de ses inégalités historiques, le Brésil a connu pendant deux décennies un taux de croissance relativement faible (des années 1990 au début des années 2000) lorsqu'il est ramené à l'accroissement démographique.

Historiquement, il faut remonter aux années trente pour voir se dessiner un cadre plus structuré et plus articulé de politiques sociales, à destination principalement du marché du travail formel, bien qu'il y ait eu des initiatives isolées en matière de protection sociale auparavant. Dans les années trente, les politiques d'inspiration populiste mises en œuvre par le pouvoir dictatorial ont doté l'Etat d'une dimension sociale. Dans un premier temps, de telles concessions se sont limitées à certains travailleurs urbains organisés, toutefois, au fil du temps, d'autres secteurs ont progressivement été intégrés.

Pendant plus d'un demi-siècle, la majorité des avancées réalisées dans le renforcement du système de protection sociale n'ont été que graduelles et restreintes au domaine de la sécurité sociale contributive. D'autres initiatives de protection sociale ont été entreprises par des institutions privées, comprenant par exemple des dons à des œuvres caritatives et d'autres formes très répandues d'aide sociale. Ainsi, le système de protection sociale était faible et fragmenté, en plus d'être l'objet de jeux d'influences exercés par l'Eglise catholique sur les groupes tenant les rouages de l'Etat.

¹ Rapport OMD, Brésil, 2010; seuil de pauvreté basé sur le salaire minimum; la pauvreté extrême fait donc référence aux revenus inférieurs au quart du salaire mensuel minimum.

C'est au cours des débats entourant la Constitution et son adoption en 1988 qu'une nouvelle référence a été établie, puisque fut alors apparue un modèle de sécurité sociale universelle, s'enracinant dans les droits civiques. En réponse à la dictature militaire des années soixante-dix, différents groupes de citoyens et des mouvements locaux ont renforcé leur influence dans l'arène publique et ont ainsi pu soumettre leurs préoccupations à l'attention des pouvoirs publics. C'est dans cet environnement propice qu'a ainsi été mis en place un système de sécurité sociale s'appuyant sur les trois piliers que sont l'assurance sociale, la santé et l'assistance sociale.

Néanmoins, certains des droits énoncés dans le texte constitutionnel n'ont été approuvés que par des mesures soumises à des conditions juridiques, nécessitant l'adoption d'une réglementation spécifique afin de prendre effet. En dépit de l'élargissement des domaines et des groupes pouvant désormais avoir accès à ces droits, une grande partie de la population était toujours exclue des politiques de protection sociale.

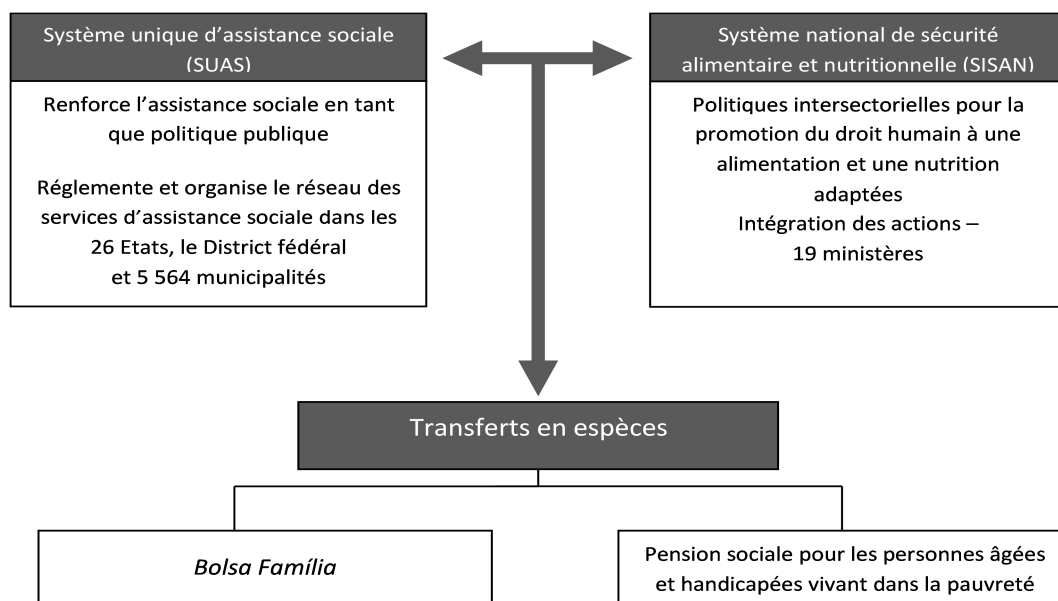
Cependant, il est important de noter que la Constitution de 1988 a introduit un nouveau paradigme au sein du secteur de la sécurité sociale au Brésil. Suite à sa ratification, il y a eu une évolution considérable dans sa mise en œuvre, et particulièrement ces dernières années en raison de la volonté politique du Président Lula.

L'architecture institutionnelle prévue par la Constitution est devenue une réalité au début des années quatre-vingt-dix, en conséquence de quoi, la mise en œuvre des nouveaux règlements constitutionnels a fortement modifié l'architecture et les structures opérationnelles du régime de protection sociale au Brésil. En ce qui concerne la mise en œuvre des politiques de santé et d'aide sociale au niveau sous-fédéral, 27 Etats (y compris le District fédéral) et plus de 5 500 municipalités ont joué un rôle important dans l'aménagement des nouvelles structures destinées à soutenir certaines politiques publiques qui peuvent être considérées comme étant à l'origine du système de protection sociale actuel. Et cela, bien que l'assurance sociale ne dispose pas d'une conception identique et ait vu, dans le même temps, sa conception et son fonctionnement centralisés. Le processus de décentralisation a cependant créé un important morcellement, ce qui, conjugué au manque de coordination entre les différents niveaux du gouvernement, a rendu quasiment impossible la mise en place d'un système de protection sociale global et efficace.

Le ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim

En janvier 2004, le gouvernement du Président Lula a décidé de promouvoir un nouvel agenda social comportant des politiques de protection sociale non contributives en faveur des populations pauvres et vulnérables. Il s'agissait d'améliorer l'articulation et la coordination des actions dans trois domaines différents: l'assistance sociale, la sécurité alimentaire et nutritionnelle et les transferts conditionnels en espèces. Ainsi, depuis son instauration en 2004, le ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim a joué un rôle important dans l'élargissement de la protection sociale et dans l'intégration des politiques sociales et de leurs contributions à la réduction de la pauvreté et des inégalités au Brésil (figure 1). A présent, la protection sociale est essentielle à la garantie des droits sociaux et à l'amélioration des résultats économiques.

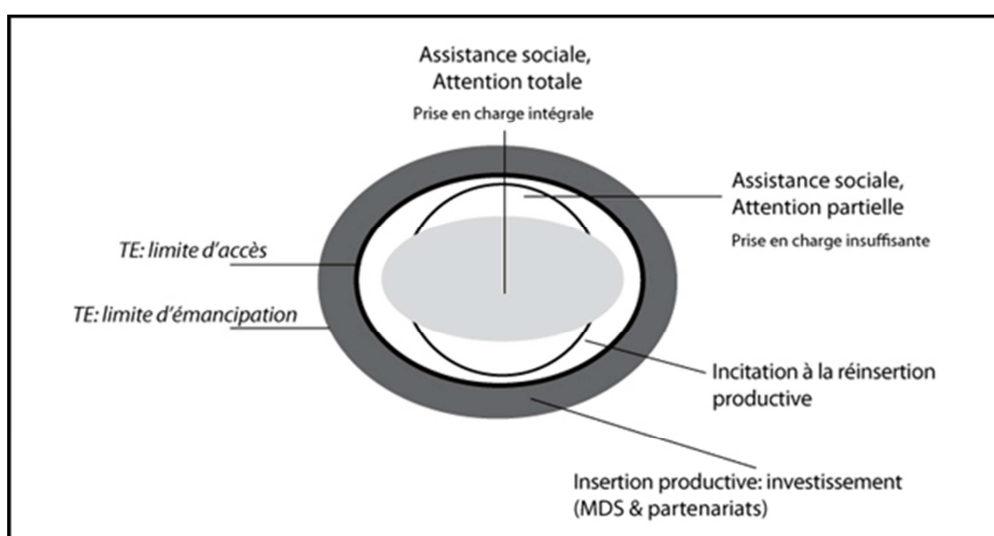
Figure 1. Domaines d'action du ministère du Développement social et de la lutte contre la faim



Source: Ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim, 2010.

En dépit de la configuration juridique du système de protection sociale, qui comprend des politiques contributives et non contributives (assurance sociale: pensions contributives; santé: Système national unique de santé et d'assistance sociale), le ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim ne prend en charge que ces dernières. Par conséquent, les domaines d'action du ministère englobent les politiques d'insertion productive et le programme actualisé de transferts conditionnels en espèces (*Bolsa Família*). Ils comprennent également les systèmes de politiques publiques conçus antérieurement: le Système unique d'assistance sociale (*Sistema Único de Assistência Social, SUAS*) et le Système national de sécurité alimentaire et nutritionnelle (*Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional, SISAN*). L'application de la plupart de ces politiques publiques est décentralisée et se fait en coopération avec les Etats et les municipalités. Les populations cibles couvertes par ces politiques et ces programmes sont indiquées dans la figure 2.

Figure 2. Cadre logique: accès des populations pauvres et indigentes aux programmes du MDS



Source: Paes-Sousa, R., 2009, p. 390.

A l'intérieur de la figure 2 se trouvent deux formes elliptiques représentant les indigents. La première ellipse gris pâle au centre correspond à la partie de la population ayant accès à l'ensemble des programmes du MDS. Le cercle blanc représente la partie de la population dont l'accès est encore partiel en raison d'une couverture insuffisante de certains programmes d'assistance sociale. La zone elliptique en blanc (indiquée par les mots «Incitation à la réinsertion productive») représente la population pauvre dont la demande d'aide sociale est plus faible. Bien que cette population ait accès à l'ensemble des politiques de transferts en espèces (TE), il est indispensable qu'elle ait accès aux programmes gouvernementaux d'insertion productive, de logement et à des services de santé et d'éducation de qualité.

La ligne elliptique noire représente la limite d'accès (critères basés sur le revenu et la vulnérabilité) aux programmes de transferts en espèces, alors que la ligne extérieure désigne la population à risque du fait de l'appauvrissement. Ainsi, il existe une demande, représentée par la zone gris-foncé (ellipse externe), de politiques de lutte contre la pauvreté, pouvant prendre la forme par exemple d'incitations à l'agriculture familiale. Les bénéficiaires des transferts conditionnels en espèces ont également besoin de ce type d'aides, car, après une certaine présence dans le programme, les légères augmentations créées dans le revenu familial peuvent entraîner la perte de leur droit aux prestations. En raison de ce type de situations de vulnérabilité et d'instabilité, il est indispensable d'avoir des politiques spécifiques destinées à promouvoir la durabilité et l'autonomisation afin de contrer les environnements économiques défavorables.

Un système unique d'assistance sociale

Pendant des décennies, et préalablement à la création d'un modèle systémique, les politiques d'assistance étaient composées de divers types d'infrastructures et d'initiatives mis en place dans l'ensemble du pays d'une manière complémentaire et compensatoire. Ainsi, la majorité du travail a été réalisée en l'absence d'une planification continue et d'un projet national d'élargissement de la couverture, étant donné que les municipalités, les Etats et les autres acteurs privés organisaient leurs activités au gré des besoins et des demandes. Ces actions dispersées ont abouti à un secteur éparé qui a adopté des politiques parfois qualifiées d'«assistanat palliatif» (Sposati, 2009). Il était alors nécessaire de construire et de renforcer un modèle conceptuel au sein duquel le système de protection sociale universel permettrait une articulation entre les politiques et les acteurs.

Grâce à la Constitution de 1988, ces initiatives allaient être intégrées au sein d'une politique nationale d'assistance sociale. A partir de ce moment, plusieurs mesures législatives se sont concentrées sur l'institutionnalisation de l'assistance sociale, en particulier la loi organique sur l'assistance sociale (*Lei Orgânica de Assistência Social*, LOAS), promulguée en 1993. Cette loi spécifique a attribué leurs compétences aux différents niveaux (fédéral, étatique et municipal) pour la mise en œuvre d'un modèle de gestion participatif et démocratique, et afin de renforcer le respect des normes pour les prestations et les services d'assistance sociale. Elle marque un jalon, en plus de l'expérience en cours de système national unique de santé, qui a été essentiel dans la décision de bâtir un système unique d'aide sociale.

En 2004, se sont tenues d'intenses négociations accompagnées de fortes mobilisations sociales au sujet du renforcement du document sur la Politique nationale d'assistance sociale (*Política Nacional de Assistência Social*, PNAS). Ces discussions ont servi de catalyseur au Conseil national pour l'assistance sociale (CNAS), fort de ces nouvelles perspectives politiques, pour la ratification de la résolution fondatrice du Système unique d'assistance sociale (SUAS) en 2005.

L'ensemble de ce processus a constitué une étape importante dans la création de structures publiques pour la planification et la mise en œuvre de l'obligation constitutionnelle de protéger les personnes pauvres au moyen d'un système de protection sociale global. C'est ainsi que l'assistance sociale a été intégrée aux politiques publiques de garantie des droits sociaux.

A présent, les services d'assistance sociale sont organisés et dispensés en fonction de différents niveaux de complexité, en particulier dans les institutions publiques de référence et de contre-référence comme le Centre de référence de l'assistance sociale (*Centro de Referência de Assistência Social*, CRAS) et le Centre de référence spécialisé dans l'assistance sociale (*Centro de Referência Especializado de Assistência Social*, CREAS), qui permettent le développement des différents projets et programmes, comme l'illustre le tableau 1.

Système national de sécurité alimentaire et nutritionnelle

La mise en œuvre du Système national de sécurité alimentaire et nutritionnelle (SISAN) a débuté bien avant son existence juridique en 2006. En d'autres termes, ce sont deux décennies de mobilisations sociales en faveur d'un système de sécurité alimentaire et nutritionnelle efficace qui auront été nécessaires à la réactivation du Conseil national pour la sécurité alimentaire et nutritionnelle (*Conselho Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*, CONSEA) et à la traduction dans les faits de la loi fédérale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle.

Tableau 1. Niveaux de complexité de l'assistance sociale: services et infrastructures

Services d'assistance sociale	
Protection sociale de base	Protection sociale spéciale
<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre de référence de l'assistance sociale (CRAS) En 2010, 3 919 centres cofinancés par le MDS dans 3 187 municipalités (70 % des municipalités brésiliennes); ■ programme d'attention intégrale à la famille (Programa de Atenção Integral à Família, PAIF); ■ services socio-éducatifs pour les adolescents (ProJovem Adolescente); ■ porte d'entrée au système de protection sociale du SUAS. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Centre de référence spécialisé dans l'assistance sociale (CREAS) – 2010: 1 235 CREAS dans 1 014 municipalités; ■ protection et services spéciaux pour les familles et les personnes; ■ programme d'élimination du travail des enfants (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil, PETI); ■ programme de lutte contre l'exploitation sexuelle des enfants et des adolescents; ■ services de protection sociale pour les victimes de violence, de mauvais traitements et d'autres violations des droits.

Source: Secrétariat national d'assistance sociale (*Secretaria Nacional de Assistência Social*, SNAS)/MDS, Brésil, 2010.

Le développement du système (SISAN) vise à défendre le droit humain à une alimentation adaptée au moyen d'une coordination des actions, des programmes et des politiques publiques, en plus de leur articulation avec la participation sociale et de leur prolongement au niveau des Etats et des municipalités.

Parmi les actions entreprises par le MDS pour la mise en œuvre de la politique nationale sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle, l'on peut mentionner notamment:

-
- les infrastructures publiques locales pour l'accès à l'eau et à l'alimentation en faveur des populations à revenu modeste (soupes populaires, banque alimentaire, cuisines communautaires, citernes);
 - les politiques d'approvisionnement en nourriture, la réforme agraire, les repas scolaires, l'éducation à l'alimentation, etc.;
 - les politiques de renforcement des exploitations agricoles familiales (financement, assistance technique et achats garantis par le gouvernement).

L'approbation d'un nouvel amendement constitutionnel en février 2010 marque l'inscription du droit à une alimentation adaptée dans la liste des droits fondamentaux, renforçant par là le rôle de l'Etat dans l'amélioration des mécanismes et des ressources nécessaires pour assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle au Brésil.

Les programmes de transferts en espèces

Le programme Bolsa Família

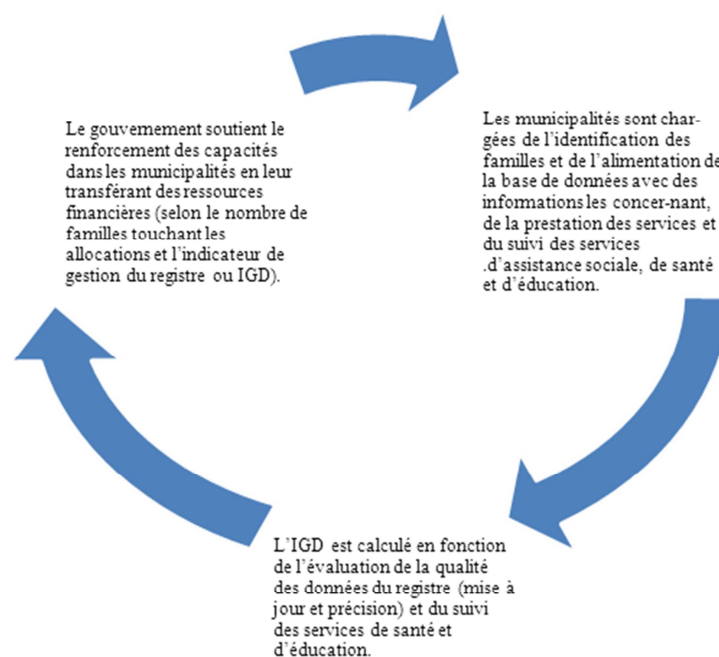
Bolsa Família est un programme de transferts en espèces soumis à conditions qui a été lancé en octobre 2003 et institué par la loi fédérale. Il a pour objectif principal de transférer des revenus à destination des familles les plus pauvres afin de lutter contre la faim et la pauvreté, ainsi que de promouvoir leur accès à des soins de santé, à l'éducation et aux services de protection sociale.

Au cours des dernières années, le programme *Bolsa Família* s'est avéré être un des axes stratégiques les plus importants pour l'intégration des politiques et des actions composant le réseau de protection sociale (figure 3). Le Registre unique des programmes sociaux du gouvernement fédéral (*Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal*, CadÚnico) est un ensemble cohérent de procédures, de techniques et de capacités pour l'enregistrement et la mise à jour des informations économiques relatives aux familles vivant dans la pauvreté. Il contient la base de données relative aux familles gagnant moins de la moitié du salaire minimum par personne.

L'objectif du registre unique est d'assurer la collecte et l'ajustement des données socio-économiques concernant les familles pauvres et très pauvres par les municipalités afin d'utiliser les poches de pauvreté et les régions en crise comme lignes directrices pour la planification, la mise en œuvre et le suivi des politiques publiques. Celui-ci permet également de favoriser l'intégration et l'articulation des différents programmes sociaux avec *Bolsa Família*, afin de renforcer les capacités familiales. Par ailleurs, la mise en place d'indicateurs multidimensionnels a permis d'évaluer la pauvreté et la vulnérabilité, et d'identifier les familles pouvant bénéficier du suivi de l'assistance sociale.

A présent, dans les 5 566 municipalités brésiliennes, les familles dont le revenu par personne est inférieur à 80 dollars, ce qui représente environ 12,4 millions de familles pauvres (presque 50 millions de personnes), bénéficient toutes du programme. L'un des aspects remarquables de *Bolsa Família* est la faiblesse de ses coûts de fonctionnement (seulement 5 pour cent du budget du programme): les dépenses en 2010 s'élevaient à 7,7 milliards de dollars (0,4 pour cent du PIB).

Figure 3. Bolsa Família: Rôles et responsabilités dans la structure du Registre unique des programmes sociaux du gouvernement fédéral (CadÚnico)



Source: Secrétariat national du revenu de citoyenneté (*Secretaria Nacional de Renda de Cidadania*, SENARC)/ministère du Développement social et de la Lutte contre la pauvreté (MDS), Brésil, 2010.

En dehors du revenu, d'autres critères supplémentaires ont été définis afin de permettre de se concentrer sur certains aspects susceptibles d'augmenter la vulnérabilité des familles, notamment le nombre d'enfants et de jeunes âgés de 16 à 17 ans, qui ont tendance à abandonner leurs études afin de pouvoir travailler et d'aider ainsi leur famille.

Les choix effectués dans les conditions requises pour le programme de transferts en espèces sont avant tout destinés à renforcer les droits fondamentaux, tels que l'éducation, la santé et les services d'assistance sociale. Le contrôle de ces conditions permet une identification efficace des familles les plus vulnérables dont le suivi est prioritaire. Il est également conçu comme un moyen de renforcer le partage des responsabilités entre les familles et l'Etat.

Tableau 2. Bolsa Família: critères de calcul des allocations (1 dollar ≈ 1,7 réal)

Type de prestation	Montant (en dollars)	Critères
Allocation de base	68	Famille ayant un revenu par personne allant jusqu'à 41 dollars; indépendamment du nombre d'enfants, d'adolescents et de jeunes
Allocation ajustable	12,90	Familles ayant un revenu par personne allant jusqu'à 82,30 dollars; limité à trois allocations pour les enfants ou les adolescents (moins de 15 ans).
Allocation ajustable pour les jeunes	19,40	Familles ayant un revenu par personne allant jusqu'à 82,30 dollars; limité à deux allocations pour les jeunes entre 16 et 17 ans qui sont scolarisés.

- Le montant par famille varie entre 12,90 et 117,60 dollars, selon la taille de la famille et le niveau de pauvreté.
- Le montant moyen mensuel des allocations versées aux familles est de 54 dollars.

Source: Secrétariat national d'assistance sociale (*Secretaria Nacional de Assistência Social*, SNAS)/MDS, Brésil, 2010.

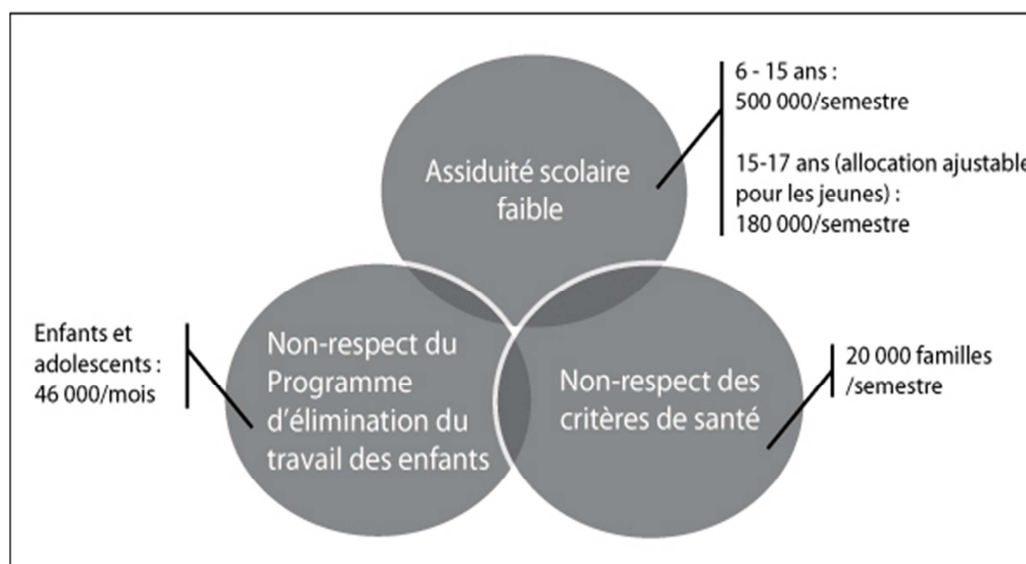
Le contrôle de l'observation de ces obligations est une responsabilité intersectorielle incombant aux ministères de la Santé, de l'Éducation et du Développement social. Ce processus implique une articulation et une mobilisation importantes, verticalement aussi bien qu'horizontalement. Lorsqu'une non-observation des obligations est identifiée (figure 4), les autorités fédérales et locales l'interprètent généralement comme un signe indiquant qu'une famille pourrait être à risque ou pourrait nécessiter des services d'assistance sociale supplémentaires. Les conséquences d'une non-observation sont graduelles. Elle entraîne d'abord l'émission d'un «avertissement», puis une mesure de rétention est prise, qui se transforme ensuite en suspension pour finalement conduire à une annulation des prestations.

Tableau 3. Conditions suivies par le programme *Bolsa Família*

Domaine	Conditions	Groupe cible
Santé	Suivi du calendrier des vaccinations, de la croissance et du développement des enfants	Enfants de moins de 7 ans
	Soins de santé prénatals et infirmiers	Femmes enceintes et mères allaitantes
Éducation	Inscription scolaire et assiduité mensuelle (85 pour cent au minimum)	Enfants et adolescents âgés de 6 à 15 ans
	Inscription scolaire et assiduité mensuelle (75 pour cent au minimum)	Adolescents âgés de 16 à 17 ans
Protection sociale	Activités socio-éducatives et communautaires (Programme d'élimination du travail des enfants)	Enfants jusqu'à l'âge de 15 ans

Source: Secrétariat national du revenu de citoyenneté (Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, SENARC) / MDS, Brésil, 2009.

Figure 4. Familles remplissant les principaux critères pour les services de suivi



Source: Secrétariat national du revenu de citoyenneté (Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, SENARC) / MDS, 2010.

D'importants efforts ont été déployés dans le développement de stratégies destinées à renforcer l'articulation entre les services de protection sociale et les prestations afin de faire face aux situations de vulnérabilité et de risque. A cette fin, le Protocole pour la gestion intégrée des services, prestations et transferts en espèces vise à offrir des services de suivi de l'assistance sociale aux bénéficiaires de *Bolsa Família* et de la pension sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées vivant dans la pauvreté (*Benefício de Prestação Continuada*, BPC). Ainsi, lorsqu'il y a non-observation des obligations du programme *Bolsa Família* ou du programme d'élimination du travail des enfants, par

exemple, l'accent doit être mis sur le diagnostic et la résolution des causes de vulnérabilité afin de briser le cycle intergénérationnel de pauvreté et de violation des droits.

La pension sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées

La pension sociale pour les personnes âgées et les personnes handicapées vivant dans la pauvreté (BPC) est un droit constitutionnel en vertu de la politique d'assistance sociale intégrée au Système unique d'assistance sociale. Il s'agit d'une pension non contributive destinée aux personnes pauvres, dont le but est de garantir une sécurité de revenu aux personnes âgées (plus de 65 ans) et aux personnes handicapées, quel que soit leur âge, qui ne sont pas en mesure de vivre de manière autonome ou de travailler.

Les bénéficiaires remplissant les critères perçoivent l'équivalent d'un salaire minimum mensuel (283 dollars). Entre 2003 et 2009, la couverture a été étendue à près de 80 pour cent des ayants droit. Actuellement, on compte parmi les bénéficiaires 1,6 million de personnes âgées et 1,8 million de personnes handicapées appartenant, dans les deux cas, à des familles pauvres disposant d'un salaire mensuel par personne inférieur au quart du salaire minimum (66 dollars).

En 2010, le budget alloué à cette pension sociale (BPC) était de 12 milliards de dollars, soit 0,6 pour cent du PIB brésilien.

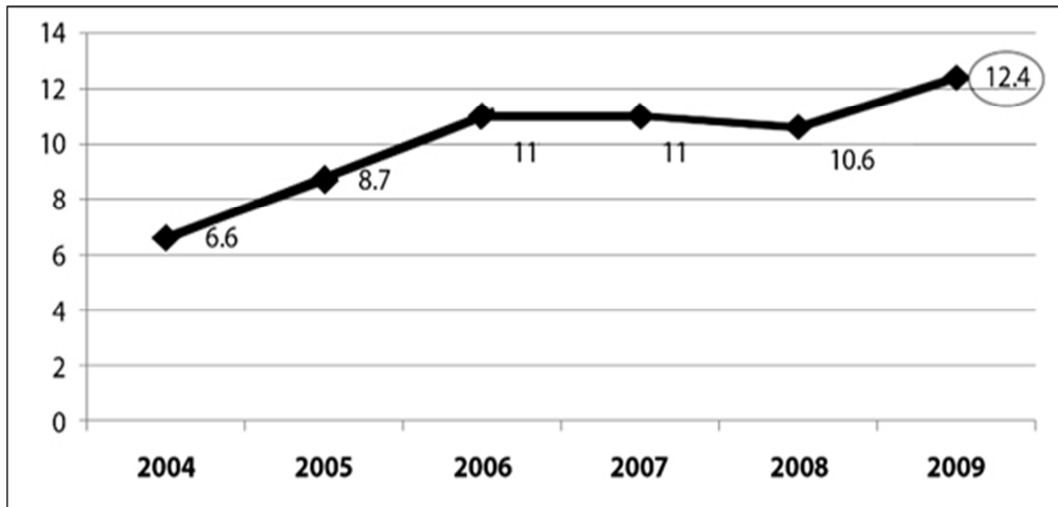
Les récents résultats du système de protection sociale

Lorsque l'on évalue les résultats des prestations et des services, il est important de noter que, si l'évaluation de l'impact des transferts en espèces peut se faire par un examen des statistiques et des indicateurs classiques, la même objectivité ne peut être appliquée dans l'évaluation des services. Dans la mesure où il n'existe pas de normes ou de méthodes pour l'évaluation qui soient universellement reconnues, les comparaisons n'en sont que plus difficiles. L'évaluation de l'impact de ces services est, en outre, encore quelque peu prématurée étant donné que l'extension de la couverture et la mise en place des normes de qualité ne sont toujours pas achevées.

Ce que l'on peut affirmer, en revanche, c'est que le réseau de protection sociale, renforcé par les programmes susmentionnés, a eu des effets considérables en matière de réduction de la pauvreté et de sécurité alimentaire pour les familles pauvres du Brésil. Par ailleurs, ces résultats paraissent encore plus impressionnants lorsque l'on observe uniquement l'impact des actions de transferts en espèces.

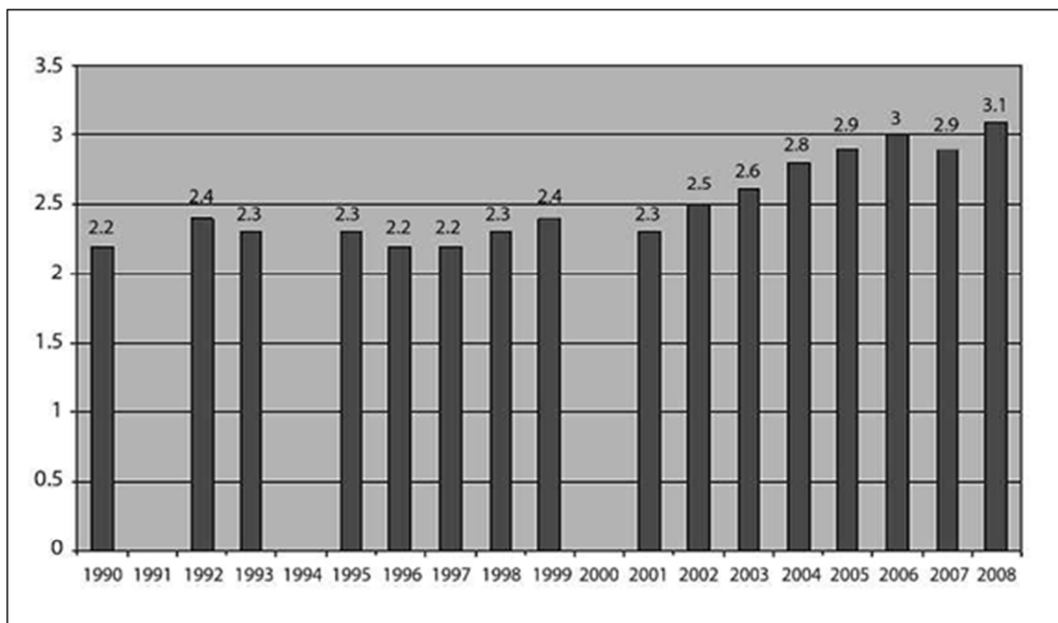
L'extension du programme *Bolsa Família* (figure 1) et de la pension sociale pour les personnes âgées et handicapées (figure 2) a ainsi eu des effets immédiats et considérables sur les conditions de vie des populations pauvres. Les familles bénéficiaires en ont directement profité et les résultats indiquent un accroissement de la sécurité alimentaire et nutritionnelle, ainsi qu'une réduction de la pauvreté et des inégalités.

Figure 1. Evolution de la couverture des prestations de *Bolsa Família*, nombre de familles, 2004-2009 (en millions)



Source: Secrétariat national du revenu de citoyenneté (Secretaria Nacional de Renda de Cidadania, SENARC) / MDS, Brésil, 2009.

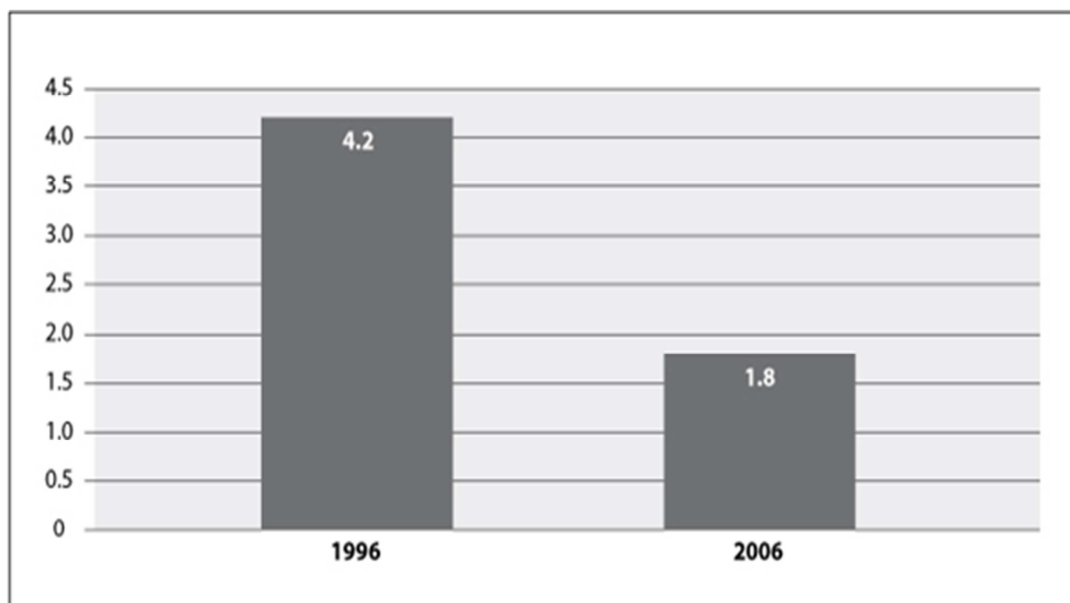
Figure 2. Extension de la pension sociale (BPC) pour les personnes âgées et handicapées (en millions)



Source: Secrétariat national d'assistance sociale (Secretaria Nacional de Assistência Social, SNAS)/MDS, Brésil, 2008.

Ces programmes ont également eu des répercussions très importantes sur la réduction du risque de travail des enfants ainsi que sur la malnutrition des enfants (figure 3). Par exemple, dans la région semi-aride, la participation au programme *Bolsa Família* a permis de réduire de 30 pour cent le risque de malnutrition chronique chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Le progrès le plus important a été enregistré dans le domaine de la malnutrition chronique des enfants âgés entre 6 et 11 mois, qui a été réduite de 62 pour cent.

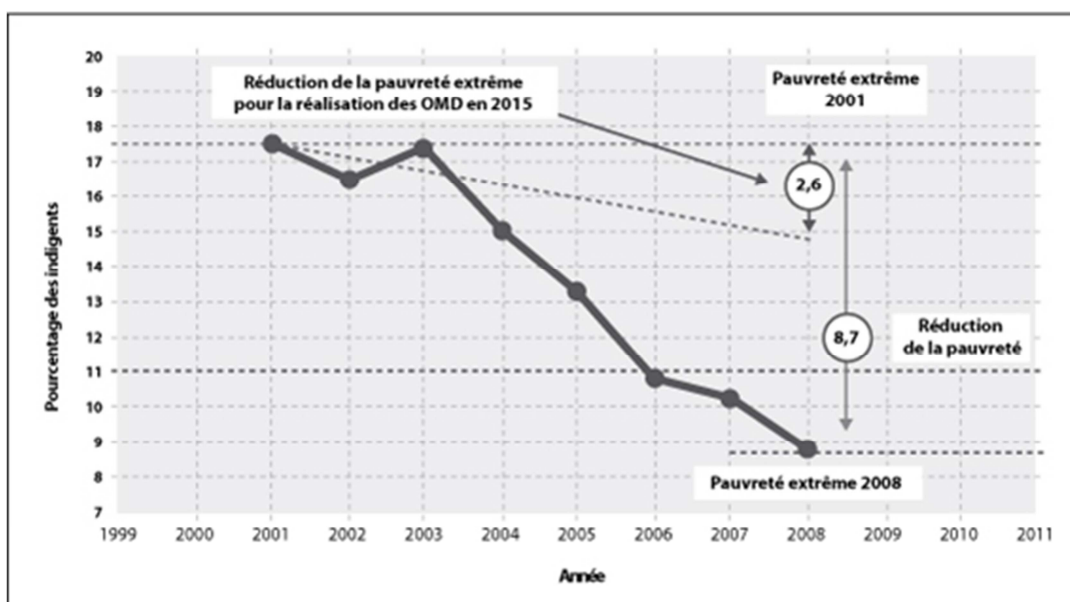
Figure 3. Pourcentage d'enfants âgés de 0 à 4 ans atteints de déficit pondéral, 1996 et 2006



Source: Enquête nationale sur la démographie et la santé des femmes et des enfants, Centre brésilien d'analyse et de planification (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento), 2009.

Pas moins de 19,4 millions de Brésiliens ont ainsi pu sortir de la pauvreté extrême depuis 2003 (*Fundação Getulio Uargas Center for Social Policies*) (figure 4). Par ailleurs, le Brésil a atteint la première cible des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) avec dix ans d'avance et s'est fixé un but plus élevé: réduire à nouveau la pauvreté extrême de moitié et éliminer la faim à l'horizon 2015.

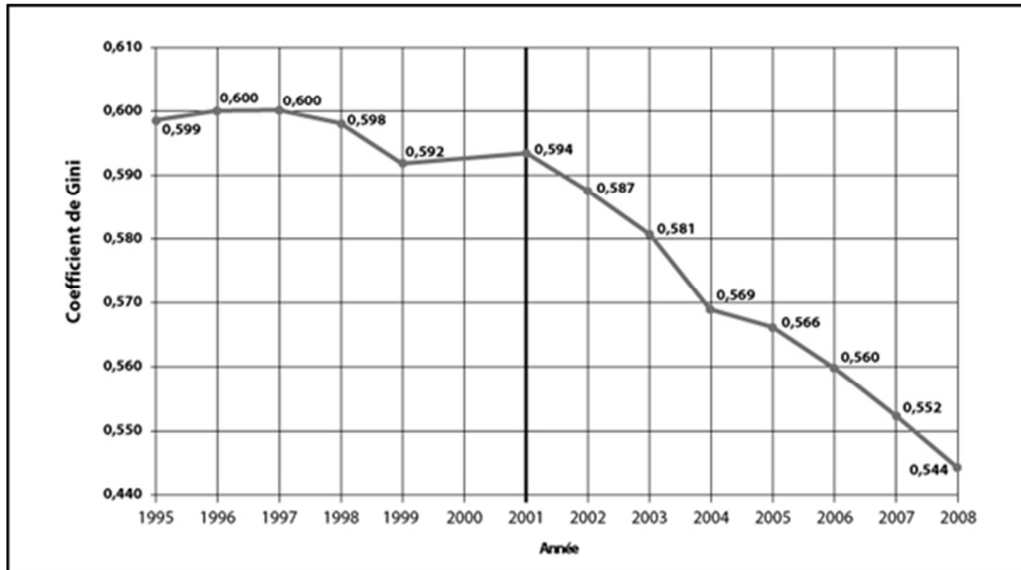
Figure 4. Evolution de la pauvreté extrême au Brésil, 2001-2008



Source: Barros, R.P., 2009.

Il a également été constaté une diminution des inégalités entre 2001 et 2008 (figure 5) du fait d'un accroissement du revenu six fois plus important chez les 10 pour cent les plus pauvres par rapport aux 10 pour cent les plus riches (*Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA*).

Figure 5. Distribution du revenu familial par personne d'après le coefficient de Gini, 1995-2008

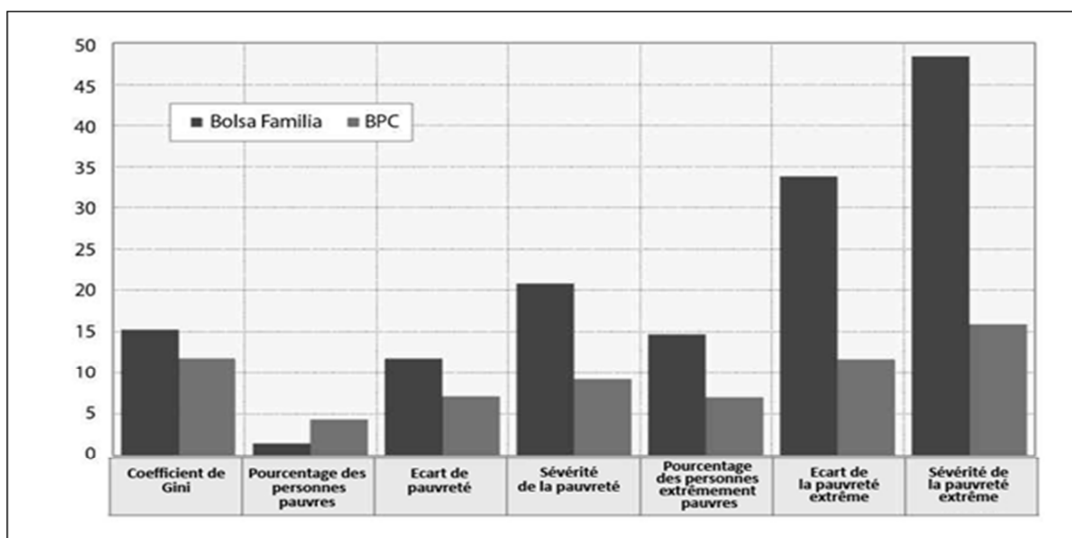


Source: Estimations basées sur l'enquête nationale menée auprès d'un échantillon représentatif des ménages (*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, PNAD) de 1995 à 2008.

D'après Sergei Soares (2008), le coefficient de Gini diminue au Brésil en moyenne de 0,7 point par an, soit un rythme supérieur à celui d'un groupe de pays choisis par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) car répondant au critère de mise en place récente d'un système d'assistance sociale cohérent. L'étude conclut sur la vitesse de diminution adaptée des inégalités, mais estime que le défi consistera à maintenir ce même rythme pendant encore deux ou trois décennies (Soares, 2008, p.16).

Les différentes évaluations ont toutes souligné l'apport des transferts en espèces dans la réduction des inégalités et de la pauvreté au Brésil (figure 6), et ce d'autant plus que la réduction immédiate de la pauvreté est l'un des principaux objectifs du programme *Bolsa Família*.

Figure 6. Contribution de *Bolsa Família* et de la pension sociale (BPC) à la réduction des inégalités et de la pauvreté, 2003-2008



Source: Estimations basées sur l'enquête nationale menée auprès d'un échantillon représentatif des ménages (*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*, PNAD), 2003-2008; Barros, R.P., Institut de recherche en économie appliquée (*Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*, IPEA), Brésil, 2009.

Il convient également de noter que les politiques sociales peuvent avoir deux effets externes principaux. En premier lieu, ces politiques octroient des droits sociaux aux personnes nécessitant une aide de l'Etat et qui peuvent ainsi la recevoir. Elles permettent, de plus, d'améliorer les résultats économiques en injectant de l'argent frais dans des régions en crise qui retrouvent ainsi un certain dynamisme grâce à la nouvelle demande de consommation et de production.

Il s'agit là d'une des principales raisons expliquant la décision du gouvernement d'accroître son investissement dans les politiques sociales au cours de la crise économique de 2008. Les prestations du programme *Bolsa Família* ont été élevées, sa couverture étendue, de même que ses prestations d'assurance-chômage. En outre, le maintien de la politique d'augmentation du salaire minimum a également joué un rôle important. La croissance économique durable basée sur l'insertion sociale et la redistribution des richesses a été maintenue, permettant ainsi la croissance des marchés intérieurs.

En 2009, le montant des ressources effectivement investies dans la pension sociale (BPC) et dans le programme *Bolsa Família* s'élevait à 17 milliards de dollars, soit environ un pour cent du PIB. De ce point de vue, les transferts en espèces ont démontré leur importance dans la redistribution économique: plus le revenu par habitant d'une région donnée est faible, plus l'importance des transferts pour l'économie locale est grande. Dans le Nord-Est (région la plus pauvre du Brésil), ceux-ci représentent 3 pour cent du PIB régional. Dans la mesure où ces transferts sociaux augmentent la capacité de consommation des familles, ils ont un effet multiplicateur immédiat sur l'économie.

Ainsi, il est évident que l'existence d'un réseau étendu de protection et de promotion sociale a joué un rôle important dans les réponses apportées à la crise au Brésil. La diminution de la pauvreté et des inégalités s'est poursuivie dans les six régions métropolitaines principales, où elle se conjugue à la dynamisation des économies locales.

Il convient également de noter que le programme *Bolsa Família* a permis l'élévation de la consommation et de la demande globales dans les économies locales. En outre, des études indiquent que le programme n'a pas d'incidence sur la volonté de travailler chez les bénéficiaires, puisque 77 pour cent d'entre eux ont un emploi (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*, IBGE, 2008). Bien au contraire, il offre la possibilité à nombre d'entre eux de chercher un nouvel emploi. Les données disponibles montrent que 99,5 pour cent des bénéficiaires n'ont pas quitté leur emploi après attribution d'une allocation (IBGE, 2008). Le programme *Bolsa Família* peut ainsi être considéré comme un système intégrant des possibilités d'insertion.

Le programme agit également en faveur de l'autonomisation des femmes étant donné que son acteur central est la mère, qui reçoit la prestation. D'après les données officielles, les femmes représentent à l'heure actuelle 92,4 pour cent des bénéficiaires. Différentes études d'évaluation d'impact indiquent que la participation des femmes aux décisions portant sur la consommation de biens durables a augmenté de 10 pour cent.

L'existence de données socio-économiques regroupées dans le Registre unique des programmes sociaux du gouvernement fédéral (CadÚnico) est une avancée positive de plus, s'ajoutant aux actions précédemment décrites. Grâce à ce registre unique, il a été possible de mettre à profit les informations concernant les familles bénéficiaires afin d'offrir des cours d'alphabétisation pour adultes sur mesure, des logements sociaux (programme *Minha Casa, Minha Vida*: ministère des Villes), des subventions pour l'électricité (programme *Luz para Todos*: ministère de l'Exploitation minière et de l'Energie), une insertion financière/bancaire et des actions créatrices de revenus, des qualifications professionnelles et une insertion dans le marché du travail (construction civile, tourisme: programme *Proximo Passo*).

Une compréhension plus poussée des impacts et des résultats de l'ensemble de ces programmes sera certainement possible à plus long terme. Parmi ces résultats, devrait figurer l'amélioration des services d'éducation et de santé, qui contribueront à briser le cycle intergénérationnel de pauvreté, envisagé à présent sous son aspect multidimensionnel, qui inclut non seulement les revenus, mais aussi l'accès aux services et aux droits.

Les défis à venir dans la consolidation des systèmes

En dépit des progrès récents qu'a connus le Brésil, le nombre de personnes touchées par la pauvreté demeure élevé (près de 30 millions, dont 8,9 millions vivent toujours dans la pauvreté extrême, selon le rapport OMD/Brésil, 2010). Les taux d'inégalité continuent à être parmi les plus élevés au monde (coefficient Gini 0.531 en 2008) et le pays doit faire face à des taux d'analphabétisme élevés et à des indicateurs de santé insuffisants.

Cette situation perdure plus particulièrement dans les régions les plus pauvres, comme la région Nord-Est du Brésil, où le taux de personnes pauvres est deux fois plus élevé que la moyenne nationale (IBGE, 2008). Par ailleurs, la pauvreté dans les zones rurales est trois fois plus importante que dans les centres urbains et le pourcentage de Noirs vivant dans la pauvreté est deux fois plus élevé que celui des Blancs.

En résumé, il est indispensable de maintenir la synergie entre croissance économique, distribution des revenus et insertion sociale pendant encore plusieurs années afin d'atteindre les normes de développement social souhaitées. Des changements qualitatifs dans l'orientation actuelle des politiques pourraient également s'avérer nécessaires.

Concrètement, les programmes sociaux devraient être réorganisés sur deux fronts. Il convient, en premier lieu, de se concentrer sur l'intégration des transferts en espèces et des prestations afin de parvenir à des résultats en matière de distribution des revenus et de réduction de la pauvreté à court terme, et, en second lieu, d'améliorer et de normaliser les services sociaux en fonction de ces programmes afin d'obtenir des résultats concrets à long terme.

Cette réorganisation est rendue nécessaire par le fait que l'on s'attend de plus en plus au sein de la classe politique et de la communauté universitaire à ce que les politiques de redistribution atteignent leurs limites dans les années 2020. Les politiques publiques, si elles s'appuient uniquement sur les prestations, pourraient perdre de leur efficacité et devenir otages de leur propre succès. Il convient d'envisager une nouvelle approche des services, qui mette l'accent sur la qualité, afin d'écrire les pages d'un nouveau chapitre dans l'architecture des politiques sociales qui semble débiter. Ainsi, il est possible d'affirmer qu'au cours de la deuxième décennie du XXI^e siècle, le développement socio-économique dépendra en grande partie d'une meilleure intégration des politiques de protection sociale, qui favorisera les approches multisectorielles dans le domaine du développement social.

Bibliographie

- Banque mondiale (2009): Base de données des Indicateurs du développement humain dans le monde, consulté le 15 septembre 2009.
- Barros, R.P. (2009): *Sobre a Recente da Pobreza e da Desigualdade*, Brasília, IPEA.
- Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (2009): *Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, PNDS, 2006, Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*, ministère de la Santé, Brasília.
- Instituto Brasileiro de Análises Sociais e Econômicas (IBASE) (2008): *Repercussões do Programa Bolsa Família na segurança alimentar e nutricional das famílias beneficiadas: Relatório síntese*, Rio de Janeiro, IBASE (disponible à l'adresse suivante: http://www.ibase.br/userimages/documento_sintese.pdf).
- Paes-Sousa, R. (2009): «Desafios das Políticas e Programas de Desenvolvimento Social» in *Concepção e Gestão da Proteção Social não Contributiva no Brasil*, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, Brésil, UNESCO Brasília/MDS.
- Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI), MDS (2010): *Impact Evaluation of Programa Bolsa Família*.
- Soares, S. (2008): *O ritmo de queda na desigualdade no Brasil é adequado? Evidências do contexto histórico e internacional*, Brasília, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), Texto para Discussão, n. 1339 (disponible à l'adresse suivante: <http://www.ipea.gov.br/default.jsp>).
- Sposati, A. (2009): *Horizontes da e para a Política de Assistência Social no Brasil de 2009: Elementos para discussão*, Texto da exposição por ocasião do Seminário FUNDAP (Fundação do Desenvolvimento Administrativo), «Políticas Públicas em Debate», 30 juin 2009 (disponible à l'adresse suivante: <http://debates.fundap.sp.go>).

ⁱ Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde*, 2008.

ⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale: *Observatoire mondial de la santé*, 2005.

^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.

^v Banque mondiale: *Indicateurs de développement dans le monde*, 2008 et *Financement du développement à l'échelle internationale*, 2008.

^{vi} Banque mondiale: *Base de données des Indicateurs de développement dans le monde*, consulté le 15 septembre 2009.

^{vii} PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2009.

4. Programme d'assurance sociale en milieu rural

Edvaldo Duarte Barbosa

Résumé

- Le modèle brésilien d'assurance sociale rurale est contributif. Cependant, en raison des particularités de l'activité en milieu rural, les règles en matière de cotisations diffèrent de celles applicables en milieu urbain et nécessitent un niveau élevé de subventions.
- Le modèle cible les travailleurs engagés dans des activités propres au secteur agricole, quel que soit leur lieu de résidence (milieu urbain ou rural)
- Les personnes assurées sous ce régime sont des travailleurs salariés, des producteurs (personnes physiques) et des personnes assurées dans un contexte particulier (familles de travailleurs agricoles).

Financement

- Pour les personnes assurées dans un contexte particulier, le montant des cotisations perçues est calculé à partir de la commercialisation de leur production (2,1 pour cent). Ces personnes peuvent également effectuer des cotisations volontaires et individuelles afin d'obtenir des prestations supérieures au niveau minimal.
- Le producteur rural qui est une personne physique cotise en fonction de la production commercialisée (2,1 pour cent, correspondant à la part de l'employeur) et du revenu déclaré en tant que contributeur individuel (part personnelle). La valeur de ce revenu sera toujours au moins égale au salaire minimum et la cotisation sera de 11 pour cent.
- Comme le travailleur en milieu urbain, le salarié en milieu rural cotise à hauteur de 8 pour cent, 9 pour cent ou 10 pour cent de son salaire mensuel.
- Le producteur en milieu rural qui est une personne légale cotise à hauteur de 2,6 pour cent de la valeur de la production commercialisée.

Prestations

- Prestations équivalant au moins au salaire minimum.
- Retraite en fonction de la durée de cotisation, pensions de vieillesse, d'invalidité, de maladie, de maternité, d'accidents, de survivants et de réclusion.
- Pensions de vieillesse à 60 ans (hommes) et 55 ans (femmes) après 15 ans de travail en milieu rural (pour les personnes assurées dans un contexte particulier) et 15 ans de cotisations (pour les producteurs en milieu rural qui sont des personnes physiques et les salariés en milieu rural).

Familles des travailleurs agricoles spécialement assurées

- Les personnes appartenant à la catégorie des personnes assurées dans un contexte particulier sont des personnes physiques vivant sur une propriété agricole ou dans une agglomération urbaine ou rurale voisine. Elles doivent travailler individuellement ou dans un régime d'économie familiale et peuvent éventuellement s'assurer l'aide de tiers pour une coopération mutuelle tant qu'elles sont: (a) un producteur (propriétaire d'exploitation, propriétaire exploitant, habitant, associé ou métayer¹, dépositaire ou loueur rural) dirigeant une exploitation agricole dans la limite de quatre modules fiscaux, ou un producteur de latex ou autre extracteur végétal faisant de cette activité sa source principale de revenus; (b) un pêcheur artisanal ou une personne employée dans une activité similaire et faisant de la pêche sa profession habituelle et sa source de revenus; (c) le conjoint ou l'enfant de moins de 16 ans (ou tout enfant à charge)

¹ *Meeiro ourtogados* ou métayer: petit exploitant qui n'est pas propriétaire de la terre qu'il travaille. Il existe en général un accord informel entre le propriétaire et le cultivateur qui stipule qu'une partie de la production est cédée contre le droit d'occuper et d'utiliser la terre, les équipements, les semis et les installations.

de la personne assurée comme défini aux points (a) et (b) ci-dessus et pouvant prouver avoir travaillé avec leur famille.

- Avec l'introduction du concept des personnes assurées dans un contexte particulier en 1992, le système d'assurance rurale a commencé à en garantir l'accès universel aux travailleurs ruraux masculins et féminins dans le cadre du régime des personnes assurées dans un contexte particulier.
- Les travailleurs ruraux appartenant à un régime d'économie familiale ont la garantie de recevoir le même traitement que les travailleurs urbains. A l'exception de la retraite qui est fonction de la durée de cotisation, les travailleurs ruraux ont droit aux mêmes prestations: vieillesse, invalidité et pension du survivant ainsi qu'une indemnité de maternité et une aide en cas d'accident, de maladie ou de réclusion.
- Dans la pratique, les droits à l'assurance sociale ont été étendus à des groupes spécifiques de travailleurs sans considération de leur capacité à cotiser à la sécurité sociale.

Le traitement différencié a résulté en une expansion considérable de la protection sociale parmi les travailleurs agricoles. En 2008, la couverture d'assurance en couvrait 79,8 pour cent, contre 65,9 pour cent des travailleurs employés dans d'autres secteurs économiques.

A propos de l'auteur

Edvaldo Duarte Barbosa est coordinateur du Département de coordination générale des études sur les services sociaux du ministère des Services sociaux.

Introduction

L'assurance sociale rurale brésilienne (*Previdência Social Rural*), qui a été étendue et consolidée par la constitution fédérale de 1988, a connu une évolution lente et progressive avant d'être finalement établie comme une véritable garante de la protection des travailleurs ruraux. Ces travailleurs sont soumis à une bien plus grande insécurité sociale que les travailleurs urbains, qui ont toujours un certain pouvoir de négociation grâce aux organisations syndicales.

Previdência Social Rural est officiellement un programme contributif. Pourtant, en raison des spécificités de l'activité rurale, ses règles de cotisation sont différentes des règles traditionnelles du régime urbain, qui comprend une part importante de subventions publiques. Le modèle est dirigé vers les travailleurs qui effectuent des activités propres au secteur agricole, sans considération du fait qu'ils vivent en zone urbaine ou rurale. Dans le cadre de ce régime, les personnes assurées peuvent être des salariés, des producteurs individuels ou des personnes appartenant aux catégories d'assurance spéciale (familles de travailleurs agricoles)².

Chaque assuré reçoit des prestations spécifiques aux règles de cotisation qui s'appliquent à lui. Dans le cas des individus appartenant à la catégorie des personnes assurées dans un contexte particulier, les cotisations sont collectées en fonction de la valeur de la production commercialisée. Cependant, cela n'empêche pas les assurés de cotiser volontairement en tant que contributeurs individuels pour obtenir des prestations supérieures au niveau minimum. Les producteurs ruraux qui sont des personnes physiques³ cotisent à la sécurité sociale en fonction de la valeur de la production commercialisée, ce qui correspond à la part de l'employeur. Avec la part individuelle (l'équivalent de la part employé), ils cotisent sur la base du revenu déclaré, qui est toujours au moins équivalent au salaire minimum. Les salariés ruraux cotisent sur la base de leur salaire mensuel, de la même façon que les employés en milieu urbain, tandis que les cotisations employeur sont un pourcentage de la valeur de la production commercialisée.

Le concept des personnes assurées dans un contexte particulier a été introduit dans la législation en 1991 avec l'intention d'offrir un traitement spécial à une partie des travailleurs ruraux vivant dans une économie familiale, étendant ainsi la protection sociale aux ménages entiers. Les revenus des personnes assurées dans cette catégorie sont fortement dépendants de certains mois de l'année et du type de production cultivée. De plus, le prix de vente de leur production varie souvent en fonction du pouvoir de négociation des acheteurs (en général, d'importants fournisseurs de denrées alimentaires) et de la présence d'intermédiaires qui reçoivent aussi un pourcentage des bénéfices au moment de la négociation. En raison de ce flux financier irrégulier, les personnes assurées dans un contexte particulier ont des

² Cela concerne les familles de travailleurs agricoles et de pêcheurs artisans dont l'activité primaire est l'agriculture ou la pêche, et qui font appel aux membres de leur famille pour leur exploitation. S'ils font appel à de la main-d'œuvre extérieure, c'est de façon ponctuelle et à petite échelle (moins de 120 journées travaillées par an). La surface de propriété sur laquelle sont réalisées ces activités ne peut pas dépasser les quatre modules ruraux (unité qui varie en fonction des régions au Brésil).

³ Les producteurs ruraux, qui sont des personnes physiques (et non morales), sont indépendants et exploitent une propriété dépassant les quatre modules ruraux. Ils peuvent faire appel ou non à une main-d'œuvre extérieure. Les producteurs ruraux sont également considérés comme ceux qui sont indépendants et exploitent moins de quatre modules de propriété, mais qui emploient une main-d'œuvre externe dans des quantités supérieures à celles autorisées pour la catégorie des personnes assurées dans un contexte particulier.

revenus et donc des cotisations très bas; ainsi, les ressources supplémentaires nécessaires pour le bon fonctionnement du régime doivent être apportées par l'Etat.

Ce modèle d'assurance sociale, qui est contributif tout en étant fortement subventionné par l'Etat, a été l'origine du paiement de 7,9 millions de pensions, soit un montant de 45,5 milliards de réaux (22,75 milliards de dollars⁴), en 2009. Au cours de la même année, le montant total des cotisations collectées a été de 4,6 milliards de réaux (2,3 milliards de dollars); l'Etat a donc dû financer le régime à hauteur de 40,9 milliards de réaux (20,45 milliards de dollars), soit 1,3 pour cent du PIB.

Des gains sociaux peuvent d'ores et déjà être soulignés, car ils ont permis aux travailleurs agricoles les plus âgés de vivre dignement. De plus, les pensions mensuelles versées par le système d'assurance sociale permettent de stimuler l'activité du commerce des biens, services et autres secteurs, notamment dans les villes les plus petites et les plus pauvres⁵.

Les données de l'Enquête nationale réalisée auprès de ménages (*Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio*, PNAD) montrent que les prestations de services sociaux sont une cause directe de la réduction de la pauvreté et de l'indigence⁶ dans les zones rurales. A partir de cette enquête, il est possible de comparer l'évolution des taux de pauvreté et d'indigence avec et sans l'effet des transferts sociaux en milieu rural depuis 1992 (figure 1). Il peut être observé que dans les deux cas, les taux ont diminué depuis 2001. En 1992, la différence entre les personnes pauvres et indigentes en milieu rural recevant des transferts, et celles n'en recevant pas, était de respectivement 4,5 et 8,6 points de pourcentage. En 2001, cette différence est passée à respectivement 8,9 et 13,5 points de pourcentage, et 14,6 et 15,1 points de pourcentage en 2008.

En 2008, 53,5 pour cent de la population rurale était toujours en situation de pauvreté, mais ce chiffre aurait atteint les 68,1 pour cent sans les transferts d'assurance sociale. En valeur absolue, cela représente une baisse de 4 millions de personnes. De même, 26,1 pour cent de la population rurale était indigente en 2008, mais sans les transferts sociaux, ce chiffre aurait atteint les 41,3 pour cent. Il y a donc eu une baisse de 4,1 millions de personnes.

La reconnaissance du fait que l'assurance sociale brésilienne urbaine et rurale a fortement contribué à la réduction de la pauvreté, notamment auprès des personnes âgées, ne fait qu'augmenter. Cela devient plus apparent dans les zones rurales du fait que les retraites sont la source principale de revenus pour de nombreuses familles rurales. Ainsi, la structure familiale elle-même a connu des changements importants: les retraités ont un meilleur niveau de vie et sont passés du rôle de personne dépendante à personne apporteuse de revenus au sein du ménage⁷.

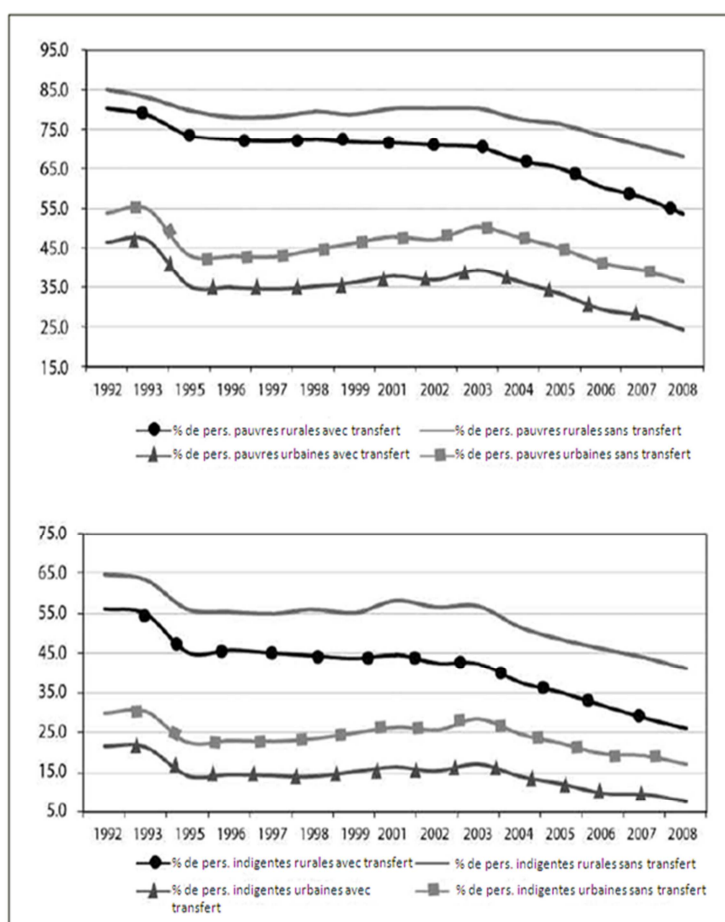
⁴ Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.

⁵ E. Costanzi, et R. Barbosa: «Previdência Social e Redistribuição de Renda Intermunicipal», *Informe de Previdência Social*, vol. 21, avril 2009.

⁶ Les personnes pauvres sont celles dont le revenu est inférieur à la moitié du salaire minimum; les personnes indigentes sont celle dont le revenu est inférieur au quart du salaire minimum.

⁷ Camarano: *Une population brésilienne vieillissante, différence des conditions de vie entre les zones rurales et urbaines*. Texte présenté au cours de la réunion de l'Institut de recherche des Nations Unies pour le développement social sur le vieillissement, le développement et la protection sociale, Madrid, avril 2002.

Figure 1. Pourcentage de la population pauvre et indigente, en milieu urbain ou rural, avec ou sans transferts sociaux, 1992-2008 (Hors régions du Nord, sauf Tocantins)



Source: PNAD/ Institut brésilien de géographie et de statistiques (IBGE), 2008.
Préparation: Secrétariat des politiques de sécurité sociale (PSS), ministère de l'assurance sociale (MPS).

Sécurité sociale et Socle de protection sociale au Brésil

L'assurance sociale brésilienne, y compris l'assurance sociale rurale, est ancrée dans le concept de sécurité sociale. Celui-ci a été défini par la constitution fédérale de 1988 comme un groupe coordonné d'actions initiées par l'État et la société et visant à garantir des droits en matière de santé, de services sociaux et d'assistance sociale.

La constitution fédérale de 1988 définit largement le concept de protection sociale et lui donne plusieurs éléments d'un socle universel de protection sociale, contributif et non contributif, pour l'appui aux enfants, aux personnes âgées, aux adultes dans l'incapacité de travailler et aux chômeurs, et met également en place le Système universel de soins de santé (*Sistema Único de Saúde*, SUS), reconnaissant ainsi le droit à des soins de santé universels. Ainsi, ce concept de sécurité sociale rejoint la récente initiative mondiale des Nations Unies de 2009. Pour répondre aux conséquences de la crise économique mondiale, l'initiative vise à mettre en œuvre un socle de protection sociale comprenant quatre garanties élémentaires: l'accès à des soins de santé de base pour tous; la sécurité économique des enfants; l'assistance pour les chômeurs et les personnes pauvres; et enfin la sécurité économique pour les personnes âgées et invalides.

Le Brésil a des programmes de transferts de revenus considérables, comme le programme *Bolsa Família*, qui cible les enfants. En 2009, *Bolsa Família* disposait d'un budget de 12,5 milliards de réaux et a profité à 12,4 millions de familles. Le Brésil a également versé des prestations aux personnes âgées et invalides en situation de pauvreté⁸, ou encore des Prestations continues en espèces (*Benefício de Prestação Continuada*, BPC), réglementées par la Loi organique sur l'assistance sociale (LOAS). En 2009, ce programme a distribué 17,6 milliards de réaux à 3,2 millions de bénéficiaires. Enfin, le système d'assurance sociale comprend le système d'assurance sociale rurale qui transfère des revenus, notamment à la catégorie des personnes assurées dans un contexte particulier.

Etant donné la taille du pays et la complexité de chacun des domaines d'activité, différents ministères sont chargés des programmes: le ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim (*Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome*, MDS) est responsable des programmes de transferts en espèces comme *Bolsa Família*; le MDS, conjointement avec le ministère de l'Assurance sociale (*Ministério da Previdência Social*, MPS), est chargé des prestations pour les personnes âgées et invalides en situation de pauvreté (BPC)⁹; le MPS supervise également le système d'assurance sociale (*Previdência Social*); et le ministère de la Santé (*Ministério da Saúde*, MS) met en œuvre le droit universel aux soins de santé.

Bien que les politiques sociales soient mises en œuvre par des ministères différents, elles demeurent sous le commandement unique du chef de l'Etat, qui rencontre régulièrement les ministères responsables des affaires sociales pour évaluer les programmes. Il y a une communication régulière entre les ministères, mais il n'y a concrètement pas de forum de coordination technique ni d'application de gestion accessible à tous les ministères impliqués dans la sécurité sociale et qui apporteraient une plus grande souplesse dans la prise de décisions. C'est peut-être précisément l'élément (encore) manquant du modèle de socle de protection sociale (SPS) au Brésil: un espace institutionnel pour la coordination des programmes du SPS.

Contexte

Le Brésil est situé à l'est de l'Amérique latine et a une superficie de 8 547 403,50 km². Le pays est divisé administrativement en 26 Etats, un district fédéral et 5 564 municipalités. La constitution fédérale de 1988 définit les droits et les devoirs des citoyens ainsi que l'organisation de l'Etat brésilien. Il y a trois pouvoirs établis: le pouvoir exécutif, le pouvoir législatif et le pouvoir judiciaire. Le Président est le chef de l'Etat et du gouvernement et il a un mandat de quatre ans renouvelable une fois.

Le pays a une population d'environ 193 millions d'habitants (estimations de l'IBGE en 2008), dont 80 pour cent vit en milieu urbain. La population rurale est relativement peu importante, ce qui facilite la large mise en œuvre de l'assurance sociale rurale. La dernière projection démographique de l'IBGE (2008) indique que le taux de croissance de la

⁸ Prestations liées aux ressources et dirigées vers les personnes âgées les plus pauvres, ainsi que vers les invalides (dans ce cas, sans considération d'âge) dont le revenu par tête est inférieur à un quart du salaire minimum.

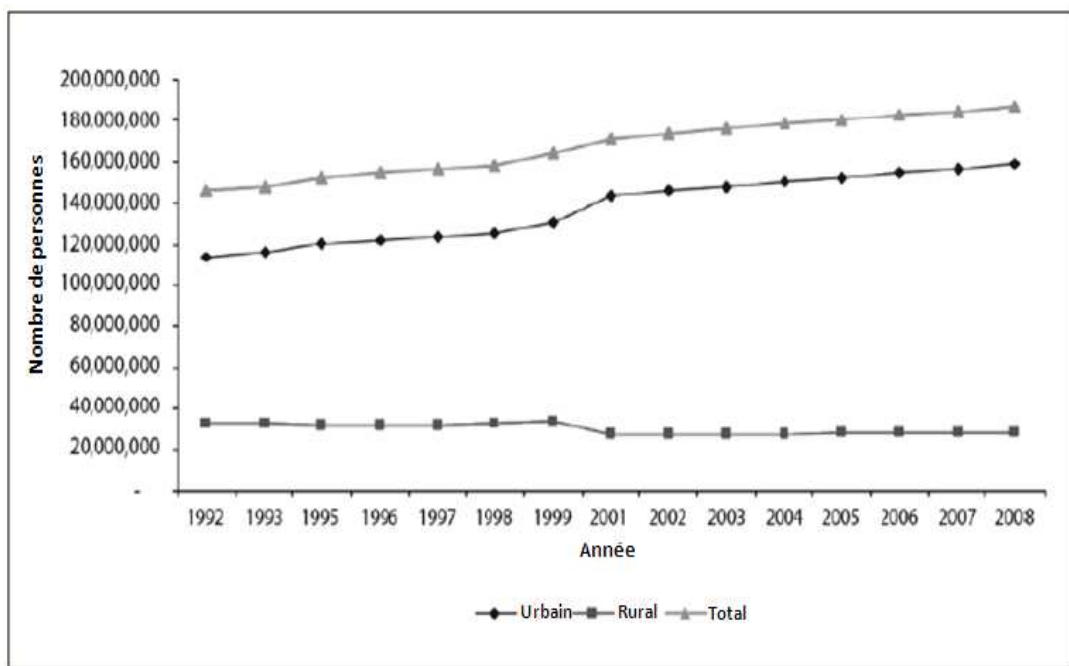
⁹ Le MPS est responsable de l'exécution des paiements et de l'octroi des prestations, alors que le MDS est en charge des règles et des décisions budgétaires et de gestion.

population baisse et que l'espérance de vie augmente, ce qui implique un vieillissement rapide de la population d'ici à 2050.

L'assurance sociale n'utilise pas le concept de résidence géographique pour déterminer les personnes à assurer parmi les personnes vivant en milieu rural. Dans le cadre du programme, les travailleurs ruraux sont définis par leur activité, qui doit être spécifique au milieu rural sans considération de l'endroit où celle-ci est effectuée. Ainsi, des habitants en milieu urbain peuvent être assurés comme travailleurs ruraux, et vice-versa.

La population rurale au Brésil a baissé depuis 1940, alors que la population urbaine continue d'augmenter. Le recensement de 1970 a été le premier à montrer que la population urbaine dépassait la population rurale. Depuis lors, le fossé n'a cessé de s'étendre entre les deux, le pays connaît donc un processus rapide d'urbanisation. En 2008, la population urbaine s'élevait à 159,1 millions d'habitants, soit 39,8 pour cent de plus qu'en 1992. La population rurale, elle, s'élevait à 27,8 millions d'habitants, soit une baisse de 13,5 pour cent entre 1992 et 2008 (figure 2). Cette tendance devrait se poursuivre au cours des prochaines années. Néanmoins, le Brésil a et continuera d'avoir un certain nombre de familles travaillant dans des petites exploitations, ce qui montre que l'assurance sociale rurale continuera de jouer un rôle important dans la protection sociale au Brésil.

Figure 2. Taille des populations rurale et urbaine, 1992-2008



Source: PNAD/IBGE, 2008.

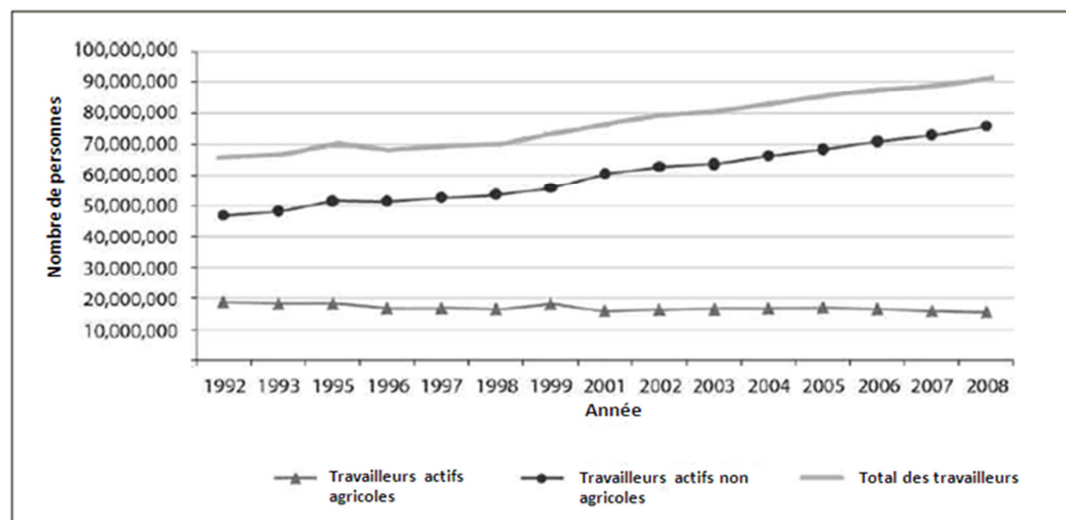
Préparation: Secrétariat des politiques de sécurité sociale, ministère de l'Assurance sociale.

Selon le ministère du Travail et de l'Emploi (*Ministério do Trabalho e Emprego*, MTE)¹⁰, le marché formel du travail au Brésil s'est étendu et a eu un impact direct sur le développement de la protection sociale. Entre 1955 et 2008, le nombre d'emplois a

¹⁰ Données du rapport annuel sur les informations sociales (*Relação Anual de Informações Sociais – RAIS*).

augmenté de 65,5 pour cent, avec des résultats considérables après 2003; les cinq années suivantes ont enregistré un taux de croissance de l'emploi de 33,6 pour cent. En 1995, le marché formel du travail comptait environ 23,8 millions d'emplois. Le total a atteint 28,7 millions en 2002 et 39,4 millions en 2008. Ainsi, 68 pour cent des emplois créés sur la période 1995-2008 l'ont été entre 2002 et 2008.

Figure 3. Population active par secteur d'emploi (agricole et non agricole) 1992-2008



Source: PNAD/IBGE, 2008.

Préparation: Secrétariat des politiques de sécurité sociale, ministère de l'Assurance sociale.

Le Brésil a officiellement adopté un indicateur ample¹¹ pour déterminer le niveau de protection sociale au sein des employés. La population employée assurée âgée de 16 à 59 ans comprend des contributeurs (personnes actives et assurées sous le Régime général d'assurance sociale (*Regime Geral de Previdência Social*, RGPS) ainsi que des actifs assurés sous les régimes spécifiques aux militaires et aux fonctionnaires); les personnes appartenant à la catégorie des familles d'agriculteurs spécialement assurées; et des non-contributeurs qui reçoivent des prestations continues de services sociaux ou d'assistance. Au total, la population active assurée regroupe (a) les personnes qui cotisent à un régime de services sociaux publics ou font partie de la catégorie des personnes assurées dans un contexte particulier; et (b) celles qui, malgré le fait qu'elles ne cotisent pas et ne soient pas spécialement assurées, bénéficient déjà du système d'assistance ou d'assurance sociales.

Il est important de souligner le fait que les indicateurs de protection d'assurance sociale comprennent les prestations d'assurance comme d'assistance versées comme pensions aux personnes invalides de tous âges en incapacité de travailler et aux personnes âgées (65 ans et plus) dont le revenu est considéré comme faible (revenu du ménage par tête inférieur au quart du salaire minimum officiel).

¹¹ La PNAD ne peut pas déterminer précisément si les personnes interrogées reçoivent réellement une prestation d'assistance continue ou une prestation de service social. Cela est dû au fait que même les personnes assurées ne savent pas toujours distinguer les deux types de prestations, car les prestations d'assistances sont versées par les agences de services sociaux même si elles sont payées par le MDS.

Selon les données de la PNAD de 2008, 63,4 pour cent de la population employée (entre 15 et 59 ans) avait une protection sociale en 1998. Cette proportion a baissé et est passée à 61,7 pour cent en 2002. A partir de 2003, cependant, la tendance s'est inversée et la proportion a atteint 65,9 pour cent en 2008.

Tableau 1. Protection d'assurance sociale des personnes âgées, * 2008

Catégorie	Hommes	Femmes	Total
Retraités	6 950 143	5 306 168	12 256 311
Pensionnés	126 099	2 237 270	2 363 369
Retraités et pensionnés	220 707	1 397 096	1 617 803
Contributeurs non bénéficiaires	678 869	273 703	952 572
Total des personnes protégées (a)	7 975 818	9 214 237	17 190 055
Habitants (b)	9 214 542	11 824 542	21 039 084
Couverture (%) ((a)/(b))	86,6	77,9	81,7

Les personnes âgées comprennent les hommes et femmes de 60 ans et plus.

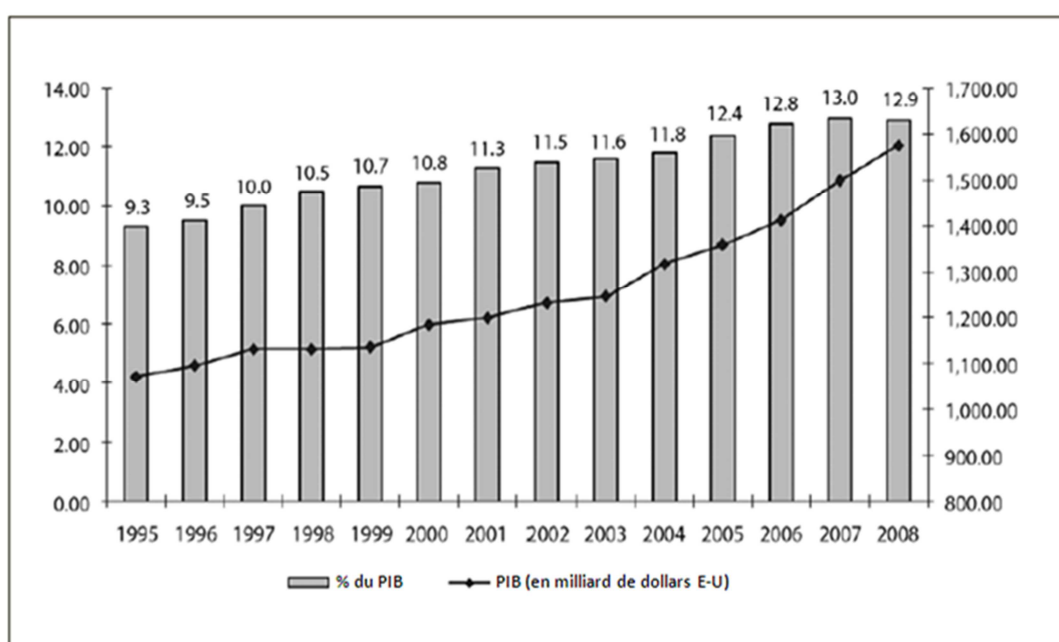
Source: PNAD/IBGE, 2008.

Préparation: Secrétariat des politiques de sécurité sociale, ministère de l'Assurance sociale.

L'assurance sociale a versé 19,5 millions de prestations en décembre 2000, et ce chiffre est passé à 27 millions en décembre 2009, soit une augmentation de 38,5 pour cent. La PNAD de 2008 a montré que, parmi les personnes âgées (plus de 59 ans), la protection sociale couvrait 81,7 pour cent de la population (tableau 1), et ce niveau est resté stable depuis 1995, quand 80,1 pour cent des personnes âgées étaient couvertes.

Il est important de souligner le fait que les dépenses fédérales de sécurité sociale au Brésil (y compris l'assurance et l'assistance sociales) ont augmenté. Les dépenses de sécurité sociale sont passées de 9,3 pour cent du PIB en 1995 à 12,9 pour cent en 2009 (figure 4).

Figure 4. Dépenses fédérales de sécurité sociale en pourcentage du PIB et en millions de dollars, 1995-2008



Evolution de l'assurance sociale rurale (*previdência social rural*)

La loi considérée comme le point de départ de la protection sociale au Brésil, la loi Eloy Chaves, a été votée en 1923 et n'incluait que certaines catégories de travailleurs. Dans les années 1950, presque tous les travailleurs urbains étaient concernés, mais pas les travailleurs ruraux. Parmi les raisons données pour exclure les travailleurs ruraux d'une protection sociale efficace, la principale était, selon H. Schwarzer¹², qu'ils «ne représentaient pas un groupe de pression avec suffisamment de capacité d'expression politique pour que l'Etat populiste paternaliste les considère comme un groupe social ayant besoin d'être intégré et récupéré avec une extension importante de la couverture des programmes sociaux».

La première tentative d'intégration officielle des travailleurs ruraux au système d'assurance sociale a eu lieu en 1945 avec la création de l'Institut de services sociaux et la volonté de combiner toutes les institutions de services sociaux existant à l'époque. Cependant, cette tentative d'universalisation des services sociaux n'a pas été mise en œuvre en raison d'un budget insuffisant. Après cela, de nouveaux efforts pour étendre la sécurité sociale aux populations rurales ont été réalisés en 1955 avec la création des Services sociaux ruraux. Ce programme, financé par des entreprises industrielles urbaines, visait à assister les populations rurales.

L'intégration efficace des travailleurs ruraux dans la législation sur l'assurance a eu lieu en 1963 avec la promulgation du statut des travailleurs ruraux et la création d'un Fonds d'assurance et d'assistance sociales pour les travailleurs ruraux (*Fundo de Assistência e Previdência do Trabalhador Rural, FUNRURAL*). Le FUNRURAL était financé par une cotisation que les producteurs (ou, selon un accord antérieur, l'acheteur) versaient, en fonction de la valeur de la première commercialisation de la production rurale. Il versait des prestations d'invalidité, de retraite, de pension du survivant, de maternité et de maladie ainsi qu'une assistance pour les frais médicaux et funéraires. Cependant, il y a eu un nouvel échec dans la mise en œuvre de l'assurance sociale rurale à cette époque. Cet échec semble avoir été lié à la source de financement du programme, qui reposait sur la commercialisation de la production rurale, ce qui n'apportait pas une base financière suffisante à l'exécution du programme et rendait la taxation et la collecte des cotisations impossibles.

En 1967, le statut des travailleurs ruraux a été reformulé, et l'Institut national d'assurance sociale (*Instituto Nacional de Previdência Social, INPS*) nouvellement créé a été chargé de la totalité du financement de la structure du FUNRURAL. Les prestations du programme se limitaient aux services sociaux et médicaux, et toutes les prestations en espèces ont été supprimées. De plus, le système de cotisations, qui était toujours fonction de la première commercialisation de la production rurale, a été quelque peu modifié. La

¹² H. Schwarzer: *Impactos socioeconômicos do Sistema de aposentadorias rurais no Brasil — Evidências empíricas de um estudo de caso no estado do Pará*. Brasília: IPEA, Texte pour discussion n° 729/Juin 2000, p.7 (disponible sur: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=3998:td-729-impactos-socioeconomicos-do-sistemade-aposentadorias-rurais-no-brasil-evidenciasempiricas-de-um-estudo-de-caso-no-estadodo-para&catid=170:presidencia&Itemid=2).

cotisation est passée sous la responsabilité de l'acheteur, et non celle du producteur, sauf si ce dernier transformait le produit de base. Plus tard, en 1969, le Plan d'assurance sociale de base (*Plano Básico da Previdência Social*) a été créé. Il devait rétablir un ensemble de prestations monétaires, mais il n'a pas été mis en œuvre en raison d'un manque de régulation du financement.

En 1971, le FUNRURAL a été effectivement rendu opérationnel par la création du Programme d'assistance pour les travailleurs ruraux (*Programa de Assistência ao Trabalhador Rural*, PRÓ-RURAL). Sa structure de financement repose sur une cotisation des acheteurs d'un montant de 2 pour cent de la valeur commercialisée de la production rurale et d'une cotisation complémentaire des entreprises urbaines qui correspond à 2,4 pour cent de leur paiement aux employés. Les prestations versées étaient liées ou non aux accidents du travail. Dans le cas de prestations non liées aux accidents du travail, la valeur versée était de 50 pour cent du salaire minimum et couvrait les pensions de retraite (plus de 65 ans), d'invalidité et de survivant. Dans le cas de prestations liées aux accidents du travail, la valeur versée était de 75 pour cent du salaire minimum et couvrait les prestations d'invalidité et de santé. Il est important de noter que, malgré les avancées réalisées par le FUNRURAL, le programme a eu un champ d'action plutôt limité. Il s'est seulement concentré sur les chefs de famille masculins (ses bénéficiaires) et a immédiatement exclu les femmes des retraites, sauf si elles vivaient seules.

Selon H. Schwarzer (2000) dans sa citation de Malloy (1976)¹³, PRÓ-RURAL représentait une double rupture avec les principes de l'assurance contributive du modèle bismarckien, ces mêmes principes qui ont caractérisé l'histoire de la sécurité sociale en Amérique latine au cours du XX^e siècle. Il y a eu une rupture avec l'idée que, premièrement, une cotisation doit correspondre à une prestation et que, deuxièmement, les prestations résultantes doivent être fonction du modèle de revenus antérieur de la personne assurée. Le fait que le programme introduise une redistribution des revenus des zones urbaines vers les zones rurales est une autre différence. Grâce aux cotisations des entreprises urbaines pour le financement de PRÓ-RURAL, une redistribution équilibre au moins partiellement les subventions implicites des zones rurales vers les zones urbaines, où la part de cotisation des employeurs est reflétée dans les prix des biens consommés dans les zones rurales.

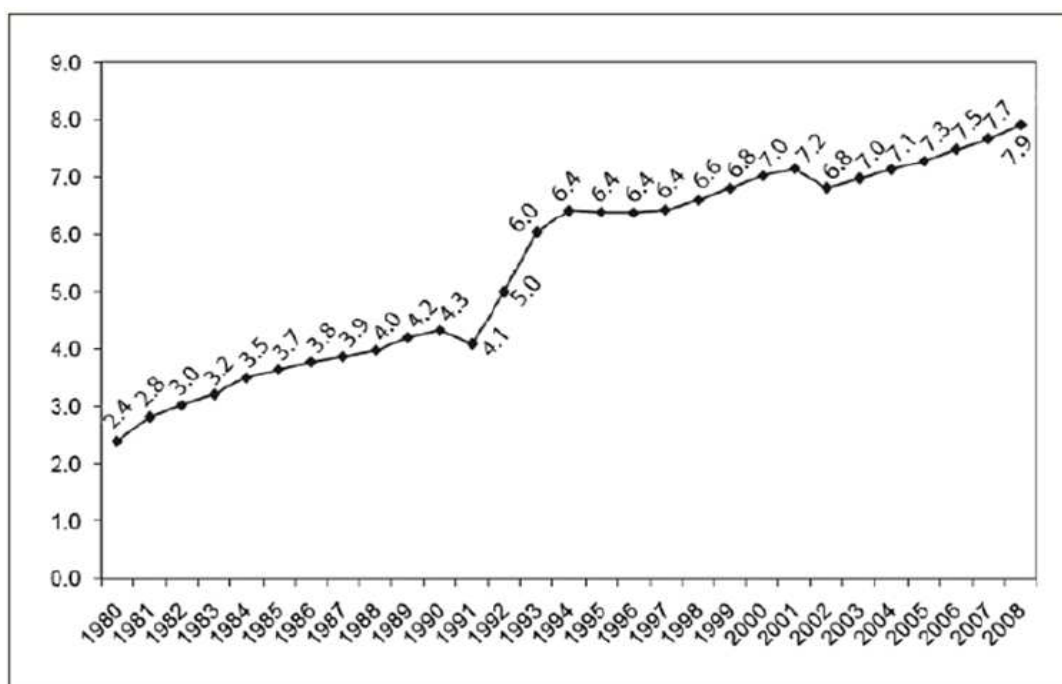
Avec l'introduction de la constitution de 1988, l'assurance sociale rurale a connu des modifications profondes qui ont apporté des améliorations considérables aux travailleurs ruraux. La protection sociale a été étendue en garantissant au conjoint le droit à une retraite sans considération du fait que le partenaire ait reçu ou non une assurance sociale. Pour les travailleurs agricoles masculins, l'âge d'éligibilité pour la retraite est passé de 65 à 60 ans. Pour les travailleuses agricoles, l'âge d'éligibilité a été fixé à 55 ans, soit 5 ans de moins que pour les personnes urbaines, pour lesquelles l'âge d'éligibilité est respectivement de 65 et 60 ans. Le montant minimum touché par les retraités ruraux a été fixé au salaire minimum, ce qui correspond au socle d'assurance sociale prévu par la constitution fédérale. Néanmoins, le montant de la retraite peut être plus important pour les salariés en milieu rural, qui cotisent en fonction de leur revenu, ou pour le contributeur volontaire, qui cotise en fonction du montant qu'il déclare.

Cette complète extension des droits a été établie par les lois 8.212 et 8.213 de 1991 (*Leis de Custeio e de Benefícios da Previdência Social*), dont la mise en œuvre a commencé en 1992. Ces lois ont engendré un profond changement conceptuel de

¹³ Idem, p. 10.

l'assurance sociale rurale. La nouvelle législation a conduit à une grande évolution dans l'attribution de nouvelles prestations rurales depuis 1992. Pour cette année-là, le nombre de prestations distribuées a atteint les 5 millions, chiffre qui est passé à 6,4 millions en 1994. Cette croissance historique s'est poursuivie, et le nombre de prestations a atteint 7,2 millions en 2001. En 2002, le nombre observé a baissé en raison du remplacement du concept de «prestations en cours» par le concept de «prestations actives»¹⁴, mais la tendance à la hausse a repris et, en 2008, le nombre atteignait les 7,9 millions de prestations actives (figure 5).

Figure 5. Evolution de la quantité de prestations rurales en cours et actives, 1980-2008* (en millions)



*Données recueillies en décembre de chaque année.

Source: *annuaire statistique annuel de la sécurité sociale*.

Préparation: Secrétariat des politiques de sécurité sociale, ministère de l'Assurance sociale.

Ainsi, dès 1992, l'assurance sociale rurale a été effectivement établie au Brésil, assurant un accès universel de ses prestations aux travailleurs des deux sexes qui rentrent dans la catégorie des personnes assurées dans un contexte particulier. Les travailleurs agricoles et leurs familles sont inclus dans le programme dans une catégorie de personnes assurées dans un contexte particulier dans la mesure où ils remplissent¹⁵ les critères suivants: ils doivent être une personne physique vivant sur une propriété rurale ou dans une agglomération urbaine ou rurale voisine. Ils doivent travailler individuellement ou dans un régime d'économie familiale et peuvent éventuellement s'assurer l'aide de tiers pour une coopération mutuelle tant qu'ils sont:

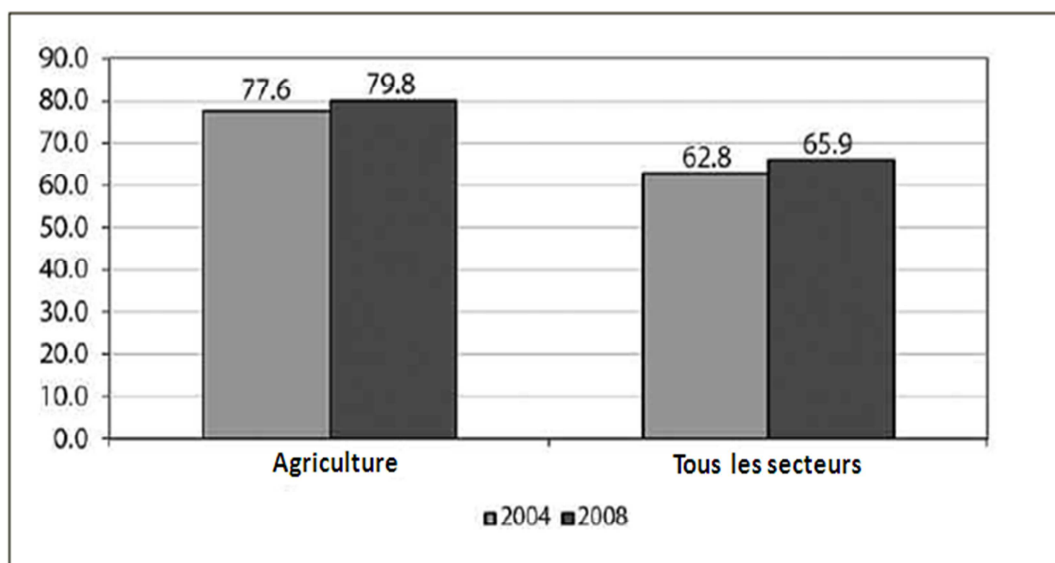
¹⁴ Le concept de «prestations actives» ne prend plus en compte les «bénéficiaires suspendus», raison de la baisse observée en 2002.

¹⁵ Les critères ont été modifiés par la loi 11.718/2008. Une description plus claire des personnes assurées dans un contexte particulier et l'établissement d'une surface maximum de la propriété rurale ont été introduits.

- (a) un producteur (propriétaire d'exploitation, propriétaire exploitant, habitant, associé ou métayer, dépositaire ou loueur rural) dirigeant une exploitation agricole dans la limite de quatre modules fiscaux, ou un producteur de latex ou autre extracteur végétal faisant de cette activité sa source principale de revenus;
- (b) un pêcheur artisanal ou une personne employée dans une activité similaire et faisant de la pêche sa profession habituelle et sa source de revenus;
- (c) le conjoint ou enfant de moins de 16 ans (ou tout enfant à charge) de la personne assurée comme défini aux points (a) et (b) ci-dessus et pouvant prouver avoir travaillé avec sa famille.

Les travailleurs ruraux, y compris ceux appartenant à un régime d'économie familiale, ont la garantie de recevoir le même traitement que les travailleurs urbains. A l'exception de la retraite qui est fonction de la durée de cotisation, les travailleurs ruraux ont droit aux mêmes prestations: vieillesse, invalidité et pension du survivant ainsi qu'une indemnité de maternité et une aide en cas d'accident, de maladie ou d'incarcération. Dans la pratique, ces droits ont été étendus à un groupe particulier de travailleurs sans considération de leur capacité à cotiser à la sécurité sociale. Cela a sans nul doute résulté en une expansion de la protection sociale parmi les travailleurs agricoles. Selon les données de la PNAD pour 2008, les services sociaux couvraient près de 80 pour cent des travailleurs du secteur agricole, contre 66 pour cent dans d'autres secteurs économiques (figure 6).

Figure 6. Expansion de la sécurité sociale pour les travailleurs, par secteur économique, en 2004 et 2008 (en pourcentage)



Source: préparation par la Coordination générale des études de la sécurité sociale (*Coordenação-Geral de Estudos Previdenciários*, CGEP)/le Département du régime général de la sécurité sociale (*Departamento de Regime Geral de Previdência Social*, DRGPS)/le Secrétariat des politiques de sécurité sociale/le ministère de l'Assurance sociale à partir des microdonnées de la PNAD de 2004 et 2008 sur les travailleurs âgés de 16 à 59 ans, y compris ceux vivant en zone rurale.

En ce qui concerne le financement de la protection sociale rurale, il faut garder à l'esprit que c'est un système contributif dont la base des cotisations est différente de celle de la protection sociale urbaine. Dans le cas des personnes assurées dans un contexte particulier, les cotisations sont uniquement fonction de la commercialisation de la production (2,1 pour cent), ce qui correspond à la part de la personne. Dans le cas des employeurs ruraux, les personnes morales et physiques cotisent à hauteur de

respectivement 2,1 pour cent et 2,6 pour cent de leur quota de commercialisation de propriétaire. Cette forme de financement n'implique pas que les personnes assurées dans un contexte particulier aient des droits restreints pour l'accès aux prestations. Tout ce qu'il faut pour garantir le droit des travailleurs ruraux à accéder à la retraite, au moins au niveau du salaire minimum, c'est la preuve qu'ils ont effectué une activité rurale pendant au moins 15 ans. Cette période correspond au nombre d'années minimums pendant lesquelles les personnes urbaines doivent cotiser pour avoir droit à une retraite.

En juin 2008, la législation sur l'assurance sociale a été mise à jour par la loi 11.718 dans le but de faciliter la reconnaissance des droits dans les zones rurales. Pour résumer, la loi: (a) détaille le concept des personnes assurées dans un contexte particulier, en précisant les conditions requises pour appartenir à cette catégorie; (b) étend le concept de «groupe familial»; (c) autorise les personnes assurées dans un contexte particulier à réaliser une activité rémunérée hors saison et entre les périodes de récolte sans perdre leur statut de personne spécialement assurée; (d) autorise l'embauche temporaire de travailleurs ruraux salariés; (e) détermine le fait que dans l'inscription des personnes assurées dans un contexte particulier, les groupes familiaux doivent être considérés comme un tout et que les informations doivent être collectées sur la propriété où l'activité agricole est réalisée.

Tableau 2. Evolution des revenus nets d'assurance sociale, des dépenses d'assurance sociale et solde de l'assurance sociale pour les destinataires urbains et ruraux, 2007-2009 (en millions de réaux) – Indice national des prix de la consommation (INPC)

Année	Destinataires	Total des contributions (a)	Prestations d'assurances (b)	Solde ((a)-(b))
2007	Urbains	154 498	168 804	-14 306
	Ruraux	4 819	41 515	-36 696
	Total	159 317	210 319	-51 002
2008	Urbains	168 611	170 108	-1 497
	Ruraux	5 298	42 518	-37 220
	Total	173 909	212 626	-38 717
2009	Urbains	179 946	182 680	-2 734
	Ruraux	4 632	45 512	-40 880
	Total	184 578	228 192	-43 614

Source: flux monétaires de l'institut national de sécurité sociale (*Instituto Nacional de Seguro Social, INSS*), ajusté par le Système d'information de gestion pour la collecte du service brésilien interne des revenus (*Sistema de informações Gerencias da Arrecadação da RFB*).

Préparation: Secrétariat des politiques de sécurité sociale, ministère de l'Assurance sociale.

En ce qui concerne les salariés ruraux, un accent spécial a été mis sur la formalisation de leur activité, car ces types de travailleurs sont souvent embauchés de façon temporaire, sans aucune forme de contrat, et sont donc exposés à toutes sortes de risques. La loi 11.718/2008 a simplifié l'embauche de travailleurs ruraux dans des exploitations à petite échelle. Il n'est plus nécessaire que l'employeur rural et la personne physique embauchent des travailleurs ruraux pendant au moins deux mois, et le petit producteur peut faire appel à de la main-d'œuvre salariée jusqu'à 120 jours par an sans perdre son statut au regard de l'assurance sociale. Pour les travailleurs ruraux salariés, dont beaucoup sont des travailleurs temporaires (connus au Brésil sous le nom *debóias-frias* ou asticots froids), la loi a établi des conditions spéciales pour déterminer le nombre de cotisations requis pour accéder aux prestations non contributives. Ces conditions nécessitent qu'un multiplicateur soit utilisé de la manière suivante: de 2011 à 2015, chaque mois d'emploi attesté sera

multiplié par trois, sans dépasser 12 mois. De 2016 à 2020, la durée d'emploi attesté sera doublée.

Difficultés rencontrées dans le modèle d'assurance sociale rurale et mesures prises pour les surmonter

Au cours des dernières années, l'assurance sociale rurale a commencé à montrer des besoins d'ajustements juridiques et opérationnels importants, voire indispensables à sa pérennité. Les besoins principaux sont liés à la difficulté de déterminer quelles sont les personnes assurées dans un contexte particulier (familles de travailleurs agricoles) en raison du manque d'un registre spécifique comme il en existe pour les travailleurs urbains. Cela vient du fait que le droit aux prestations ne repose pas forcément sur la collecte directe des cotisations. Ainsi, il est très rare que les travailleurs se présentent dans les agences de l'Etat pour s'identifier comme personnes assurées dans un contexte particulier; ils ne le font que quand ils veulent demander une prestation concrète.

Pour réduire cette difficulté, en 2006, le ministère de l'Assurance sociale a créé un groupe de travail chargé de proposer un système de tenue de registres pour ce type d'assurés. Le manque de documentation spécifique sur ces personnes empêche la reconnaissance de leurs droits, car cela rend le fournisseur de prestation incertain de leur éligibilité. Le document présenté par le groupe de travail proposait la création d'une déclaration spéciale pour les personnes assurées dans un contexte particulier, qui pourrait être jointe à un formulaire de déclaration obligatoire comme il en existe déjà, et qui nécessiterait une mise à jour régulière. Ce système de tenue de registres devrait pouvoir relier la personne à sa famille afin de garder un registre historique de la personne en tant que personne spécialement assurée et de l'activité de la famille. Il devrait aussi pouvoir identifier la vente des biens produits à une personne morale.

Pour aider à mettre en œuvre les propositions du groupe de travail, le MPS et l'Institut national de sécurité sociale (*Instituto Nacional de Seguro Social*, INSS) ont mis au point différents accords de coopération technique avec des organismes et agences gouvernementaux ayant une relation directe ou indirecte avec les personnes assurées dans un contexte particulier. Le but était d'identifier ces personnes et de déterminer la nature de leur activité. Les accords devaient apporter une cohérence juridique et une robustesse aux registres en promouvant les renvois d'informations des registres entre les différentes agences publiques, dont: le ministère du Développement agricole, le ministère de la Défense, le ministère des Finances, la Fondation nationale de l'Indien et le Secrétariat spécial chargé des politiques de promotion de l'égalité raciale. L'Entreprise de technologie et d'informations sur l'assurance sociale (*Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social*, DATAPREV) est chargée du développement complet d'un système de tenue de registres pour les personnes assurées dans un contexte particulier. L'outil sera ensuite testé et validé par l'Institut national de sécurité sociale.

Une autre difficulté rencontrée concerne le contrôle de la collecte de données sur les cotisations rurales. Bien que par nature très inférieures au montant nécessaire au financement des prestations, ces cotisations sont toujours sujettes à de nombreuses fraudes. La loi 8.212 de 1992 a introduit le mécanisme juridique de subrogation, qui est le transfert d'une obligation de payer d'un contributeur à un autre. Cela n'est possible que pour les personnes assurées dans un contexte particulier, étant donné l'insécurité économique de cette catégorie et l'importante fragmentation qui caractérise les petites exploitations rurales au Brésil. La catégorie des personnes assurées dans un contexte particulier ne justifie pas un investissement dans une structure fiscale conçue pour ce secteur.

C'est ainsi que la loi 8.540 de 1992 a étendu l'option de la subrogation aux producteurs ruraux qui sont des personnes physiques. Le fait de donner à ces producteurs

le même traitement qu'aux personnes assurées dans un contexte particulier est un point qui ne rentre pas dans l'objectif de la législation d'origine, car les personnes assurées dans un contexte particulier ont un volume de production bien inférieur et sont confrontées à plus de difficultés dans la vente de leur production que les producteurs ruraux. Cependant, il faut souligner le fait que, même si ce programme inclut les producteurs ruraux, il est vu par beaucoup comme une grande avancée. Cela est dû au fait que le programme facilite la taxation, qui est désormais concentrée sur le groupe des acheteurs de la production rurale, un groupe bien inférieur en nombre que le groupe des personnes assurées dans un contexte particulier et des producteurs ruraux qui sont des personnes physiques.

Les mesures en cours pour réduire les problèmes détectés comprennent: l'établissement d'un registre d'identification des personnes assurées dans un contexte particulier (familles de travailleurs agricoles), l'extension du concept de «groupe familial», l'identification et l'association de tout le ménage dans les petites exploitations rurales dans le but de faire rentrer les personnes dans la catégorie des personnes assurées dans un contexte particulier et enfin la possibilité pour les personnes assurées dans un contexte particulier de réaliser une activité pendant la soudure ou entre les récoltes sans risquer de perdre leur statut de personne spécialement assurée. Ces mesures doivent garantir que les actions des prestations d'assurance soient plus précises et également rendre plus aisée la reconnaissance des droits des bénéficiaires potentiels, réduire les fraudes et avoir un plus grand contrôle sur le versement des prestations.

En 2007, le ministère des Services sociaux a créé le Forum national pour l'assurance sociale (*Fórum Nacional de Previdência Social*, FNPS) avec pour objectif d'organiser et de structurer les discussions entre les représentants de différents groupes sociaux à propos de l'assurance sociale et sa pérennité à moyen et long terme. En ce qui concerne l'assurance sociale rurale, le FNPS a reconnu l'importance stratégique d'une politique d'assurance sociale visant les travailleurs ruraux et a déclaré que:

- Les différents critères de cotisation et d'accès aux prestations d'assurance pour les personnes rurales spécialement assurées doivent être maintenus.
- Etant donné les spécificités de l'activité rurale, les politiques publiques ciblant les travailleurs ruraux et mesurant leur impact sur les inégalités entre zones rurales et urbaines doivent être retenues. De plus, le FNPS a demandé au Conseil national d'assurance sociale (*Conselho Nacional de Previdência Social*) et au Conseil national de sécurité sociale (*Conselho Nacional de Seguridade Social*) de réaliser des études et des évaluations régulières sur les conditions de travail et la démographie des travailleurs ruraux, en testant la possibilité de faire converger l'âge d'éligibilité des travailleurs urbains et ruraux pour le départ à la retraite.
- Il recommande également la création de mécanismes pour promouvoir et faciliter la formalisation des contrats de travail impliquant les salariés ruraux, notamment ceux qui ont des activités temporaires.
- Enfin, étant donné que dans les zones rurales, l'emploi saisonnier prédomine pendant la soudure, le FNPS a recommandé que des mécanismes contributifs et non

contributifs soient mis en œuvre pour permettre aux travailleurs ruraux de recevoir des prestations de services sociaux pendant les 12 mois de l'année ¹⁶.

Considérations finales et défis à venir

L'assurance sociale rurale au Brésil joue un rôle important en tant qu'élément à part entière d'un socle de protection sociale de base ciblant les travailleurs ayant une capacité de cotisation faible ou nulle. Les prestations mensuelles ont fortement amélioré la vie de ces travailleurs, notamment les personnes âgées, et ont contribué au développement économique des municipalités brésiliennes, comme l'ont montré plusieurs études récentes. Le programme évolue et met en œuvre un registre d'identification des personnes assurées dans un contexte particulier et de leurs familles, ce qui devrait apporter au système d'assurance sociale une meilleure compréhension de la situation de ces assurés ruraux. Il doit aussi encourager une reconnaissance plus rapide des droits juridiques en fonction des registres individuels, comme c'est déjà le cas pour les bénéficiaires urbains. Dans le but d'étendre sa couverture, *Previdência Social* cible maintenant les ouvriers agricoles, qui ont été identifiés comme des acteurs particulièrement vulnérables dans les relations de travail étant donné la nature intrinsèquement temporaire de leur activité.

La reconnaissance du fait que l'assurance sociale rurale est un outil de protection sociale important rend plus évidente la nécessité de garantir sa pérennité pour les générations futures. Le chemin vers le futur a déjà commencé. Il comprend une meilleure connaissance des travailleurs ruraux et de leur activité de production, ainsi qu'une attention particulière aux travailleurs les plus vulnérables, qu'ils soient des petits exploitants ou des salariés. Un autre aspect de l'assurance sociale en son entier qui reste à renforcer est l'extension des programmes d'éducation sur la protection sociale et leur intégration dans le cursus éducatif brésilien. L'objectif ici est de former des citoyens qui connaissent l'importance de la protection sociale dans leur vie et pour la société dans son ensemble.

¹⁶ Forum national de l'assurance sociale, résumé des activités entreprises (*Síntese das atividades desenvolvidas*). Document final produit le 31/10/2007. Disponible sur: http://www.mps.gov.br/arquivos/office/4_081010-120045-048.pdf.

5. Burkina Faso

Population ⁱ	15 233 884
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	46,2
15-64 ans (%)	51,8
65 ans et plus (%)	2,0
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	92
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	54,3
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	51,7
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	700
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^{iv} courants ^v	522
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vi}	1 160
Monnaie locale constante	190 224
Taille de l'économie informelle ^{vii}	87,3%
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{viii}	177
Indicateurs de pauvreté IDH – rang pour l'indicateur de pauvreté humaine	131

Mise en place d'un Socle de protection sociale

Marie Eugénie Malgoubri Kyendrebeogo

Inousa Ouiminga

Olivier Louis dit Guérin

Résumé

2001: Début du processus de réflexion – L'idée d'une politique nationale de protection sociale est lancée, et aboutit à la rédaction d'un document: «Politique nationale de protection sociale au Burkina Faso» (2003). Celui-ci recensait un ensemble très large de besoins, sans être centré sur des objectifs précis, hiérarchisés et réalistes.

2008: Début du projet d'assurance-maladie universelle.

2009: Progressivement, les autorités ont constaté le besoin d'une politique nationale de protection sociale englobant les différentes initiatives. Ainsi, le Burkina Faso en est venu à s'intéresser au concept de socle de protection sociale et a initié un processus visant à l'intégration et à la consolidation des mesures favorisant l'accès aux services sociaux de base pour tous, et en particulier pour les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables. En septembre 2009, par la voix de son Premier ministre, le pays a entrepris des démarches afin de demander l'appui de l'Initiative pour un socle de protection sociale à son gouvernement pour le lancement d'un processus visant à la mise en place d'un socle de protection sociale au Burkina Faso.

2010: Constitution d'un Comité interministériel chargé du pilotage des efforts engagés afin de développer une politique nationale de protection sociale établissant une feuille de route présentant la vision globale de la protection sociale au Burkina Faso et fixant ses objectifs, ses champs prioritaires et ses mécanismes de suivi et d'évaluation. Le Comité interministériel est chargé de coordonner les efforts permettant de bâtir une politique nationale globale et unifiée.

Étapes du processus de mise en œuvre d'une politique nationale basée sur un socle de protection sociale:

1. Renforcer la capacité des acteurs nationaux;
2. Adopter une vision globale pour la protection sociale;
3. Créer une synergie entre les programmes respectifs;
4. S'entendre sur les critères permettant de définir la pauvreté et la vulnérabilité, et mettre en place des mécanismes de ciblage efficaces;
5. Mettre en place un système d'information statistique sur la protection sociale s'appuyant sur des mécanismes fiables de suivi et d'évaluation;
6. Développer des mécanismes innovants afin d'accroître le financement du secteur de la protection sociale.

A propos des auteurs

Marie Eugénie Malgoubri Kyendrebeogo, ministère de l'Économie et des Finances

Inousa Ouiminga, ministère de l'Économie et des Finances

Olivier Louis dit Guérin, Programme Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté (STEP), Bureau international du Travail (BIT), Dakar (Sénégal).

Introduction

Cette étude de cas rend compte des différents efforts menés actuellement au Burkina Faso pour mettre en œuvre un processus national destiné à établir un socle de protection sociale. Son but est de présenter le contexte et la base sur laquelle bâtir le socle, et non de décrire les composantes de ce socle, qui restent à définir.

En raison des diverses crises externes (la crise ivoirienne et les crises alimentaire, énergétique, financière et économique) que le Burkina Faso a subies durant la dernière décennie, il y eut une consolidation et une multiplication des programmes de protection sociale, et en particulier des filets de sécurité sociale. La protection sociale est progressivement devenue une priorité dans les politiques et stratégies sectorielles et nationales. Toutefois, il n'existe pas encore une politique nationale de protection sociale consolidée intégrant les dispositifs et les nombreux programmes des ministères, des partenaires bilatéraux et multilatéraux, ainsi que des organisations non gouvernementales (ONG) locales et internationales. En 2009, le Burkina Faso a adhéré au concept de socle de protection sociale et a démarré un processus de rationalisation et de consolidation des interventions en vue de promouvoir l'accès pour tous à des services sociaux de base, notamment des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables.

Cette étude de cas présente la mise en œuvre du processus avec tout d'abord un résumé du contexte dans lequel s'inscrit le développement économique et social du Burkina Faso et les raisons expliquant le besoin de protection sociale, suivi par un bref aperçu du cadre de protection sociale déjà existant. L'intérêt se portera ensuite sur les bases du processus en cours de mise en œuvre d'un socle de protection sociale, ainsi que les défis à relever, avant de conclure par un examen des prochaines étapes à suivre afin de continuer à aller de l'avant.

Contexte

Le Burkina Faso a connu une croissance solide mais irrégulière à la suite de la dévaluation du franc CFA en 1994 (en moyenne 6 pour cent par an de 1994 à 2008). Le produit intérieur brut (PIB) par habitant (constant à 2 000 dollars) a augmenté de façon irrégulière, passant de 214 dollars environ en 1995 à 260 dollars en 2007 (ou 430 dollars en termes réels en 2007)¹. Toutefois, le PIB demeure relativement faible, représentant à peine la moitié du PIB moyen en Afrique subsaharienne². Le Burkina Faso, pays enclavé et ne disposant quasiment pas de ressources naturelles, fait partie des pays les moins développés du monde.

Malgré une bonne gestion macroéconomique qui lui a valu d'être bien noté par le Fonds monétaire international (FMI) et la Banque mondiale (BM), le Burkina Faso reste encore largement dépendant de l'aide extérieure. L'économie burkinabé demeure grandement tributaire des aléas climatiques et des chocs exogènes, notamment du cours du coton, des prix de l'énergie, de la fluctuation du dollar, des prix des denrées alimentaires et des catastrophes naturelles. En outre, les secteurs secondaire et tertiaire contribuent

¹ Banque mondiale: *Indicateurs africains de développement*, 2007; et *Indicateurs du développement dans le monde*, 2008.

² Banque mondiale: *Mémoire économique sur le pays*, volume I, novembre 2009.

respectivement pour 25 pour cent et 45 pour cent à la formation du PIB. On observe une stagnation du secteur secondaire et une prépondérance du secteur informel et des services dans les activités du secteur tertiaire. Cela illustre la faible transformation structurelle de l'économie qui résulte, entre autres, de la faiblesse du capital humain et du coût élevé des facteurs de production grevant la compétitivité du pays et limitant l'éclosion d'un secteur privé dynamique et créateur d'emplois, notamment pour les femmes et les jeunes³.

Le Burkina Faso compte 15 millions d'habitants⁴, dont 52 pour cent de femmes et plus de 52 pour cent d'enfants, avec un fort taux d'accroissement démographique, estimé à 3,1 pour cent. Cette population est essentiellement rurale (77 pour cent) et dépend de l'agriculture pour sa subsistance.

Malgré la croissance économique, la réduction de la pauvreté est lente et aurait même régressé, selon les estimations de la Banque mondiale, suite à l'impact des chocs subis par le pays, comme indiqué dans le tableau 1.

Tableau 1. Evolution des taux de pauvreté entre 1998 et 2008 (en pourcentage)

Année	National	Rural	Urbain
1988	45,3	51,0	16,5
2003	46,4	52,4	19,9
2006	42,1	48,2	16,8
2007	42,6	48,6	18,6
2008	42,8	48,9	20,3
2009	43,2	48,8	20,6

Sources: 1998, 2003, Enquête intégrale sur les conditions de vie et des ménages (EICVM), Institut national de la statistique et de la démographie (INSD); Programme d'action prioritaire (PAP) - Documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) rapports 2007, 2008, 2009.

Cette pauvreté est essentiellement rurale. Les pauvres sont faiblement représentés dans les secteurs tirant actuellement la croissance économique et sont majoritairement présents dans le secteur agricole, qui reste fortement dominé par les cultures vivrières⁵.

Le document de Stratégie Nationale de Gestion des Risques et de Protection Sociale (SNGRPS, 2006, non adopté), définissait ainsi la pauvreté en 2005: «La pauvreté est essentiellement un phénomène rural. Elle est liée à l'éloignement et à l'enclavement. Elle est fortement associée à la taille des ménages. C'est ainsi qu'un enfant supplémentaire dans les zones rurales se traduit par une baisse de 18 pour cent à 30 pour cent de la dépense par tête selon l'âge de l'enfant. Ce phénomène est bien moins marqué dans les zones urbaines

³ Système des Nations Unies au Burkina Faso: *Plan cadre des Nations Unies pour l'aide au développement, PNUAD 2011-2015*, mars 2010.

⁴ Banque mondiale, 2008. Les projections de l'Institut National des Statistiques et de la Démographie (INSD) indiquent 15 730 977 habitants en 2010.

⁵ Burkina Faso UNDAF 2011-2015, mars 2010.

où l'impact sur la baisse de consommation n'est que de 1,4 pour cent seulement. La pauvreté baisse fortement avec le niveau d'éducation. Un ménage dont le chef a terminé l'école primaire a un niveau de consommation qui est de 13 pour cent plus élevé en milieu rural et de 22 pour cent plus élevé en milieu urbain qu'un ménage dont le chef n'est pas parvenu à ce niveau. L'occupation du chef de ménage a un impact important sur la dépense par tête du ménage. C'est ainsi qu'un ménage dont le chef travaille dans le secteur des services a un niveau de dépense par tête qui est plus de 30 pour cent plus élevé que celui dont le chef travaille dans l'agriculture»⁶.

Selon les résultats des enquêtes participatives sur les perceptions des dimensions du bien-être, de la pauvreté et de l'accessibilité des services sociaux de base en milieu urbain et rural, réalisées en 1998 et en 2003, la pauvreté, notamment économique, se traduit au niveau individuel par la non-satisfaction des besoins essentiels surtout en ce qui concerne l'alimentation, l'emploi ou les activités génératrices de revenus et la santé. Sur le plan collectif, elle se traduit plutôt par l'absence de facteurs naturels favorables, la famine et les situations d'épidémies. En outre, l'absence d'un environnement sécurisant (sécurité publique), le manque d'infrastructures socioéconomiques (écoles, marchés, dispensaires, etc.), l'enclavement de certaines zones et la faiblesse des moyens de transport accentuent cette notion de pauvreté collective ressentie par les populations.

L'incidence et la gravité de la pauvreté sont plus fortes pour les femmes que pour les hommes (52 pour cent contre 48 pour cent). Celles-ci connaissent une situation de vulnérabilité en raison d'un accès limité à la terre, à la prise de décision, aux facteurs de production et au bétail. L'enquête sur les conditions de vie des ménages de 2003 indiquait une progression de 11 pour cent du taux de pauvreté des ménages dont le chef de famille est une femme.

Par ailleurs, la jeunesse est fortement touchée par le chômage, la pénurie de travail, le manque d'alphabétisation et de qualifications. La population en âge de travailler (15 à 65 ans) représente 51,8 pour cent de la population totale, composée à 46 pour cent d'hommes et 54 pour cent de femmes. Cette population active, résidant essentiellement en milieu rural (73 pour cent) est faiblement instruite: seuls 23,2 pour cent ont un niveau d'instruction moyen. La situation de l'emploi, à travers les résultats de l'étude portant sur «les tendances de l'emploi et de la pauvreté au Burkina Faso 1998-2007»⁷, est caractérisée en 2007 par:

- un taux d'occupation de 80,9 pour cent;
- la prédominance du secteur agricole (79,5 pour cent des actifs) et de l'économie informelle urbaine (7,8 pour cent);
- la prédominance de l'emploi informel dans les villes (46,9 pour cent de la population occupée âgée de 15 ans et plus);
- le poids du chômage (8,6 pour cent) en milieu urbain, quatre fois supérieur dans les villes que dans la campagne (2,2 pour cent);

⁶ Stratégie Nationale de gestion des risques et de protection sociale, février 2006.

⁷ *Ibid.*

-
- le phénomène du sous-emploi visible qui touche un quart de la population occupée avec une proportion double en milieu rural (soit 26,7 pour cent en milieu rural contre 13,7 pour cent en milieu urbain);
 - la hausse de la productivité du travail de 12,5 pour cent entre 1998 et 2007 soit un taux de croissance moyen annuel de 1,4 pour cent, insuffisant au regard des défis à relever pour la réduction du sous-emploi ⁸.

Le cadre actuel de protection sociale

Dans le contexte décrit dans la section précédente, la promotion des services sociaux de base (santé, éducation, eau potable, nutrition, hygiène et assainissement) est une priorité de la stratégie de développement du Burkina Faso, depuis la première génération des stratégies de réduction de la pauvreté (SRP), puis, en 2006, la protection sociale a été ajoutée au second document de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP).

Depuis son indépendance, le Burkina Faso a mis en place progressivement un ensemble de dispositifs et de programmes de protection sociale axés sur l'assurance sociale, les filets sociaux et les services sociaux. Cette architecture s'est notamment renforcée ces dernières années pour mieux gérer les crises énergétiques, alimentaires, économiques et financières.

L'assurance sociale

Les dispositifs de sécurité sociale couvrent uniquement les travailleurs salariés des secteurs formels public et privé, ainsi que les personnes à leur charge. Les travailleurs du secteur privé sont couverts par la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) (tableau 2) qui est un établissement public de prévoyance sociale, placé sous la tutelle du ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MTSS). Ce régime ne couvre que les trois branches qui constituent les normes minimales définies par la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952 ⁹ de l'OIT, à savoir: les pensions vieillesse, d'invalidité et de survivants; les risques professionnels et les allocations familiales.

La CNSS présente un potentiel élevé pour la protection des travailleurs bénéficiant d'un emploi formel dans le secteur privé, mais se trouve confrontée à un certain nombre de difficultés, dont son coût élevé de fonctionnement et son faible taux de transformation des cotisations sociales. Le caractère informel accru des activités économiques réduit par ailleurs sa capacité de pénétration dans le marché du travail.

⁸ Ministère de l'Economie et des Finances: *Progrès et acquis du Burkina Faso 2000-2009*, avril 2010.

⁹ La convention n° 102 de l'OIT établit les normes minimums pour le niveau des prestations de sécurité sociale et les conditions sous lesquelles elles sont attribuées. Elle couvre les neuf branches principales de la sécurité sociale: soins de santé, maladie, chômage, vieillesse, accident de travail, famille, maternité, prestations d'invalidité et de survivants. Pour s'assurer qu'elle puisse être appliquée dans tous les contextes nationaux, la convention offre la possibilité de ratifier en acceptant au moins trois des neuf branches et d'accepter subséquentment les obligations des autres branches, en permettant aux membres de l'OIT d'atteindre progressivement tous les objectifs identifiés dans la convention.

La couverture des agents de la fonction publique, des magistrats et des militaires est assurée par la Caisse autonome de retraite des fonctionnaires (CARFO), dont les prestations s'articulent autour des pensions de retraite, d'invalidité et de survivants (tableau 2). Ces fonctionnaires bénéficient également d'allocations familiales par imputation dans le budget national.

Tableau 2. Couverture de la CNSS et la CARFO

	CNSS (2007)		CARFO (2008)	
	Nombre d'assurés	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'assurés	Nombre de bénéficiaires
Régime obligatoire				
Salariés secteur public			8 6700	
Salariés secteur formel privé	190 419			
Employeurs	24 969			
Régime volontaire				
Industriels, commerçants et professions libérales	1 231			
Gens de maison (travailleurs domestiques)	7618			
Pension				
Vieillesse		12 348		14 700
Veuves/veufs		11497		11 700
Orphelins		10730		
Invalidité		129		Budget Etat
Accidents du travail et maladies professionnelles		1 512		Non opérationnel
Prestations familiales et maternité				
Allocataires		46 438		Budget Etat
Conjoints d'allocataires		50 639		
Enfants d'allocataires		147 580		

Source: S. Soulama, Diagnostic des dispositifs de protection sociale au Burkina Faso, octobre 2008.

La couverture du risque maladie, qui constitue pourtant un besoin clairement exprimé par les partenaires sociaux, n'est pas assurée par ces dispositifs. Cette couverture est du ressort de l'Office de Santé des Travailleurs dont les prestations sont cependant peu fonctionnelles. De plus, dans le cadre de son document de politique nationale de protection sociale, le ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MTSS) a mis un accent particulier sur le développement des mutuelles de santé pour la couverture des travailleurs du secteur formel, mais aussi ceux de l'économie informelle urbaine et rurale. Pour ces derniers, un grand nombre d'expériences se sont développées, depuis les années 90, à travers le pays. Basées sur les pratiques de la microassurance santé, ces mutuelles interviennent au premier franc et sur la base de mécanismes de tiers payant pour la couverture des soins de santé primaires et, dans certains cas, secondaires. La viabilité de ces mutuelles, qui comptent en moyenne généralement moins de 1 000 bénéficiaires, reste précaire par leur couverture très limitée et par leur manque de capacités techniques de gestion (tableau 3).

Tableau 3. Inventaire des mutuelles de santé en 2005

Mutuelles de santé	Nombre de mutuelles de santé	Nombre de bénéficiaires
Mutuelles du secteur formel	25	41 800
Mutuelle de l'économie informelle urbaine et rurale	119	18 900

Source: Rapport de l'étude sur les schémas de financement communautaires de la santé au Burkina Faso, ministère de la Santé, août 2005.

Face à la faiblesse des mutuelles de santé, le MTSS a entrepris un projet d'assurance-maladie universelle. Envisagé lors de l'élaboration du CLSP¹⁰, ce projet de mise en œuvre d'une assurance-maladie universelle a été adopté lors du Conseil des ministres le 4 août 2008. Un comité national de pilotage, incluant des représentants des ministères techniques concernés, des organismes de prévoyance sociale, des établissements de santé, des mutuelles de santé, des partenaires et de la société civile, étudie actuellement les voies et moyens de mettre en place un système cohérent d'assurance-maladie devant permettre un large accès des populations aux soins de santé à l'horizon 2015, avec l'appui du BIT, et du programme commun des Nations Unies sur le HIV/SIDA (ONUSIDA) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le plan de travail de ce comité prévoit le démarrage des activités de cette assurance-maladie universelle en 2011 (tableau 4).

Tableau 4. Principaux jalons prévus pour le développement de l'assurance-maladie universelle

Etapas	2009/2010	2011	2013	2015
	Etudes et construction du système	Lancement de l'assurance-maladie (%)	Etape intermédiaire 1er évaluation (%)	1er stade de maturité (%)
Taux de couverture				
- Secteur formel		30	80	100
- Economie informelle		5	10	30
Nombre de bénéficiaires prévus		1 678 800	4 311 000	7 748 000

Source: Secrétariat permanent du projet d'assurance-maladie universelle. Prévus du plan de travail 2009, ces prévisions sont évolutives avec la réalisation des études de faisabilité.

Les filets sociaux

Une diversité de programmes de filets sociaux a été recensée et analysée dans le cadre d'une revue réalisée par l'UNICEF et la Banque mondiale (2010). Les filets sociaux font ici référence aux mécanismes de transferts sociaux non contributifs, ciblant les individus ou les ménages pauvres et vulnérables, et visant à soutenir la consommation et/ou l'accès aux services sociaux de base. Dix grandes catégories de programmes ont été ainsi recensées et sont résumées dans le tableau 5.

¹⁰ CSLP 2003-2010, p. 53: «L'Etat devra penser un système d'assurance englobant l'ensemble des pauvres. En effet, il est nécessaire de concevoir des systèmes évitant aux pauvres de payer les prestations (de santé) de leur poche, en augmentant le volume des règlements anticipés par un système d'imposition général, des contributions obligatoires à une assurance maladie ou par des initiatives volontaires et en subventionnant les plus pauvres».

Tableau 5. Synthèse des programmes de filets sociaux exécutés 2004-2009

Programmes	Agences	Type et nombre de bénéficiaires
Ventes à prix réduit de nourriture	Société nationale de gestion de stock de sécurité alimentaire (SONAGES), Conseil national de secours d'urgence et de réhabilitation (CONASUR)	Populations des zones en insécurité alimentaire; 18 400 ménages en 2008
Distribution alimentaire	Catholic Relief Services (CRS)	Personnes vulnérables comme les personnes vivant avec le VIH (PVVIH), les personnes âgées
Vivres contre éducation /infrastructures	Programme alimentaire mondial (PAM)	30 800 femmes et 31 400 hommes dans 18 provinces
Traitements contre la malnutrition	ONG, Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), UNICEF, PAM, ministère de la Santé	Groupes vulnérables
Cantines scolaires	CRS, ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (MEBA), ministère des Enseignements secondaire, supérieur et de la Recherche scientifique (MESSRS), PAM	Tous les élèves des écoles bénéficiaires; en principe, toutes les écoles publiques sont des bénéficiaires potentiels
Subventions pour les denrées alimentaires et le carburant	Ministère de l'Economie et des Finances (MEF)	Consommateurs de produits pétroliers et de certains produits alimentaires, consommés surtout dans les grandes villes
Transferts monétaires	Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST)	Les enfants vulnérables dans les provinces du Nahouri et du Sanmatenga; 3 250 ménages bénéficiaires (programme pilote 2008-2010)
Coupons alimentaires	CRS, PAM, ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN), Croix-Rouge burkinabé (CRB)	195 000 personnes pauvres dans les villes de Ouagadougou et Bobo
Subventions et exemptions des frais de santé	ONG, ministère de la Santé, Fonds national de Solidarité (FNS)	Une subvention de 80 pour cent par accouchement au centre santé (couverture nationale); exemptions pour les femmes enceintes, enfants de moins de 5 ans, et PVVIH (dans quatre districts pilotes); exemptions limitées pour les indigents (couverture nationale)
Travaux publics	HELVETAS Swiss Intercooperation / Ministère des Infrastructures et du Désenclavement (MID)	Projets d'ONG dans des communautés des quatre provinces de la région de l'Est

Source: K. Savadogo, Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso: Inventaire et analyse des programmes et filets sociaux existants, Rapport préliminaire, mars 2010.

Les mesures de protection sociale venant en appui aux politiques nationales de promotion de l'accès à l'éducation sont multiples, mais elles sont parfois isolées et réduites. Plusieurs programmes viennent en appui à la politique du ministère de l'Enseignement de Base et de l'Alphabétisation (MEBA) pour accroître les taux de scolarisation et réduire les disparités, tout en favorisant les investissements sur l'offre de services.

Ces programmes concernent:

- la suppression des frais de scolarité au niveau primaire et la réduction d'autres dépenses scolaires pour favoriser l'accès des filles aux cours primaires afin de réduire la disparité entre filles et garçons;

-
- la distribution de manuels scolaires pour tous les élèves des écoles primaires publiques et privées afin d'améliorer la qualité de l'éducation et diminuer la charge pour les ménages;
 - l'offre de bourses scolaires pour les élèves des ménages les plus démunis;
 - les cantines scolaires, qui constituent l'un des programmes de protection sociale les plus importants du pays, avec pour objectif d'améliorer la qualité de l'apprentissage, les résultats scolaires de l'éducation de base et la situation sanitaire et nutritionnelle des élèves, ainsi que d'encourager l'investissement dans le capital humain.

Plusieurs programmes de filets sociaux interviennent afin de promouvoir l'accès de tous aux services de santé, en synergie avec les programmes d'amélioration de la qualité et de la disponibilité des services de santé. Ces programmes portent sur:

- la politique de subvention, adoptée par le gouvernement burkinabé en 2006, pour couvrir 80 pour cent des soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU) pour tous, et 100 pour cent pour les femmes indigentes (pour un coût total de 30 milliards de francs CFA ou 63,9 millions de dollars E.-U. sur la période 2006-2015). Cette politique a eu un impact important d'augmentation de l'accès, surtout pour les plus pauvres. La mise en œuvre de la mesure d'exemption aux 100 pour cent des femmes indigentes est toutefois confrontée à des problèmes de ciblage, de communication, de compensation financière, etc. Des exemptions interviennent également pour le traitement gratuit de la méningite et de la rougeole en cas d'épidémie, le traitement gratuit du paludisme grave chez les enfants de moins de cinq ans et la gratuité des consultations préventives pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes;
- des initiatives de gratuité des soins, qui sont menées dans certains districts de santé en faveur des indigents et des groupes vulnérables (femmes enceintes, enfants de 0 à 5 ans).

Deux programmes novateurs de transferts monétaires (ou quasi monétaires) constituent des expériences pilotes pour le pays en matière de réduction de l'insécurité alimentaire et de la pauvreté:

- le programme de transferts sociaux pour les orphelins et les enfants vulnérables dans la Province du Nahouri. Ce programme, mené par le Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmissibles (CNLS-IST), avec l'appui de la Banque mondiale, vise à tester différents mécanismes de transferts monétaires pour les ménages pauvres en vue d'en mesurer l'impact et d'identifier un mécanisme pouvant être répliqué à l'échelle nationale;
- un mécanisme d'utilisation de coupons alimentaires pour réduire l'insécurité et la vulnérabilité alimentaire en milieu urbain (Ouagadougou et Bobo) est testé par le Programme alimentaire mondial (PAM) en faveur des ménages les plus pauvres et en vue de compenser la baisse de leur pouvoir d'achat suite à la hausse importante des prix des denrées alimentaires de base en 2007 et 2008. Cependant, leur niveau de vie a continué à baisser depuis.

Par ailleurs, la hausse des prix des denrées alimentaires ainsi que des produits pétroliers a également conduit le gouvernement à mettre en œuvre des subventions généralisées de certaines denrées et des carburants à travers la diminution des taxes. Ces subventions s'élevaient à 4 263 milliards de francs CFA (9 076 millions de dollars) en 2008 (mars à octobre) pour les produits alimentaires et 8 608 milliards de FCA (18 327 millions de dollars) en 2008-2009 pour les produits pétroliers ¹¹.

Enfin, un autre programme de réduction de la pauvreté repose sur l'approche des travaux à haute intensité de main d'œuvre. Le programme de pistes rurales mené par l'ONG Helvetas, dans la Région de l'Est, constitue dans ce cadre, une importante source d'enseignements.

Les services d'aide sociale

L'appui aux services d'aide sociale est une priorité du ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN) qui organise dans ce cadre des campagnes de sensibilisation, des services d'aides aux handicapés, aux réfugiés et sinistrés, aux enfants en situation particulièrement difficile, aux exclus sociaux, etc. De nombreuses ONG et structures décentralisées interviennent également en matière de services d'aide sociale.

Les services pour l'emploi et l'insertion dans le marché du travail

La Politique nationale de l'emploi (PNE), adoptée en 2006, en atelier tripartite, s'est fixé pour objectif d'augmenter les opportunités d'emplois décents, surtout pour les jeunes femmes et les jeunes hommes qui arrivent sur le marché du travail, afin de réduire la pauvreté au Burkina Faso. Cette politique vise, entre autres stratégies, à favoriser l'accès à l'emploi grâce à la formation professionnelle et à améliorer l'adéquation entre celle-ci et la réalité du marché du travail.

Dans ce cadre, différents fonds d'appui ont été mis en place (pour certains, depuis 1998) pour:

- promouvoir la création d'entreprises et d'activités génératrices de revenus: Fonds d'Appui aux Initiatives des Jeunes (FAIJ) et Fonds d'Appui au Secteur informel (FASI), le Fonds d'Appui à la Promotion de l'Emploi (FAPE);
- améliorer l'employabilité: Fonds d'Appui à la Formation professionnelle et à l'Apprentissage (FAFPA).

Les résultats des divers programmes de promotion de l'employabilité sont présentés dans le tableau 6.

¹¹ K. Savadogo: «Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso: Inventaire et analyse des programmes et filets sociaux existants», *Rapport préliminaire*, mars 2010.

Tableau 6. Résultats des programmes de promotion de l'emploi*

Indicateurs	Imputabilité	2008	2009
Nombre d'emplois créés	FAPE	82	267
	FASI	202	202
	FAIJ**		1 214
Nombre d'emplois consolidés	PNV		885
	FAPE	312	208
	FASI	2 094	1 892
	FAIJ		1 214

* Nouveaux objectifs fixés par le Projet de lutte contre le chômage des jeunes.

** Emplois directs et indirects.

Source: Revue des dépenses publiques, ministère de la Jeunesse et de l'Emploi (MJE), rapport, mars 2010.

Par ailleurs, dans le cadre du plan d'action opérationnel de la PNE, le ministère de la Jeunesse et de l'Emploi (MEJ) se fixe pour objectif de relancer les programmes de travaux publics. Un groupe de travail multisectoriel a été mis en place afin d'identifier les projets à mettre en œuvre.

La construction d'une politique nationale de protection sociale: les étapes réalisées et les défis rencontrés

Le processus de mise en œuvre

Evolution de la politique

La réflexion actuelle sur la protection sociale au Burkina Faso résulte d'un long processus engagé depuis le début des années 2000. Le pays s'est engagé en décembre 2001 dans l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale qui s'est traduite par un document (Politique nationale de protection sociale au Burkina Faso, février 2003) synthétisant les travaux de quatre comités multisectoriels (assurance et assistance sociale, risques de santé, risques économiques et cadre national de concertation sur la protection sociale) et devant servir de support à un forum national en vue de formuler un projet de loi sur la protection sociale. Toutefois, si ce document traduisait une réelle prise de conscience des enjeux de la protection sociale, il restait insuffisant pour élaborer une politique nationale. Il recensait en effet un ensemble, très large de besoins, sans être centré sur des objectifs précis, hiérarchisés et réalistes. Néanmoins, cette réflexion nationale a constitué un cadre de référence pour le développement d'approches sectorielles par différents ministères dont certaines sont résumées ici.

Le développement d'approches sectorielles de la protection sociale

Le ministère du Travail et de la Sécurité sociale

La réflexion initiée en 2001 a été reprise en 2006 sous l'égide du ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MTSS) qui a supervisé un processus interministériel visant à développer une politique nationale de protection sociale. Le document de politique ainsi élaboré (Politique nationale de protection sociale, janvier 2007) proposait une approche multisectorielle intéressante dans laquelle la protection sociale était considérée comme un

investissement et non comme une forme de secours. Ce document n'a pas été validé au niveau national et les différentes stratégies ministérielles qu'il développait n'offraient pas encore une vision complète et cohérente de la protection sociale. Cependant, il a servi de référence pour les actions du MTSS et pour l'élaboration en 2010 d'un projet de politique nationale du travail dont l'objectif stratégique 3 «Contribution à la construction d'un socle de protection sociale» vise à «promouvoir une politique sociale globale et cohérente permettant d'étendre la gamme des prestations offertes par le dispositif national de protection sociale, d'améliorer la qualité de ces prestations et d'étendre la couverture à tous les travailleurs.»¹²

Le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale

Créé en 2006, le ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale, a élaboré en avril 2007 un document de politique d'action sociale (Politique nationale d'action sociale, PNAS). L'objectif général de cette politique est d'assurer, d'ici 2015, la protection et la promotion des groupes sociaux spécifiques et marginalisés et de créer les conditions favorables à une consolidation et à la solidarité au sein des populations. Adoptée le 23 juillet 2007 (Décret n° 2007-480/PRES/PM/MASSN), cette politique fixe l'action du gouvernement dans le secteur de l'action sociale, de la promotion et de la solidarité.

Le ministère de la Santé

Le gouvernement s'est doté d'un document de politique sanitaire nationale en 2000 spécifiant les grandes orientations nationales en matière de santé et dont l'objectif est d'œuvrer à l'amélioration de l'état de santé des populations. Cette politique s'accompagne d'un plan national de développement sanitaire couvrant la période 2001-2010 et dont l'un des objectifs est l'amélioration de l'accessibilité financière des populations aux services de santé avec la mise en œuvre de programmes tels que la subvention des soins obstétricaux et l'introduction d'exemptions pour certains traitements comme la tuberculose (SONU).

Le ministère de l'Enseignement de base et de l'Alphabétisation

La politique «Education pour Tous» prévoit la gratuité de l'éducation pour tous les enfants âgés de 6 à 16 ans (Loi d'Orientation adoptée en 1996), par le biais de l'abolition des frais d'inscription dans les écoles publiques, et de distributions gratuites des fournitures scolaires de base dans les écoles publiques et privées. Ces mesures ont été initiées dans toutes les provinces à partir de l'année scolaire 2007-2008, et ont été accompagnées par une hausse des taux de scolarisation, notamment pour les filles.

Politiques et stratégies nationales

L'existence de diverses stratégies sectorielles de protection sociale traduit l'intérêt des autorités pour la mise en œuvre de dispositifs et programmes de protection sociale. Ces approches sectorielles ne sont pas encore unies et coordonnées dans une politique nationale globale de protection sociale. Elles sont toutefois prises en compte dans les stratégies nationales.

¹² MTSS, Projet de politique nationale du Travail, mai 2010.

La vision «Burkina 2025»

L'extension de la protection sociale est un élément clé de la stratégie de développement définie dans la vision de société «Burkina 2025»¹³ pour laquelle le développement économique du pays ne peut se faire sans s'accompagner d'une forte solidarité nationale et d'une redistribution des richesses afin d'assurer l'accès de tous à une éducation et une santé de qualité et lutter contre les discriminations sociales.

Les stratégies de réduction de la pauvreté

En 2000, le Burkina Faso a été le premier pays dans la région à mettre en œuvre une stratégie de réduction de la pauvreté (Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté, CSLP 2000-2003) qui s'est focalisée sur les secteurs sociaux (éducation et santé notamment) et sur l'accélération de la croissance économique. La deuxième génération du CSLP en 2003 (CSLP 2004-2006, prorogé jusqu'en 2010) a élargi les secteurs de couverture et a inclus la protection sociale comme priorité dans le second axe: «Garantir l'accès des pauvres aux services sociaux de base et à la protection sociale».

Au regard des résultats de la revue annuelle du CLSP en 2010, qui a noté des progrès limités en matière de réduction de la pauvreté et des crises qui se sont accélérées et accentuées depuis les trois dernières années, la troisième génération intitulée «Stratégie de croissance accélérée et du développement durable 2010-2015» (SCADD 2010-2015), en cours d'élaboration, devra renforcer la priorité donnée à la protection sociale.

Le Plan d'action 2009-2010 du gouvernement pour faire face aux effets de la crise financière et économique sur l'économie burkinabé

Adopté fin 2009, ce plan d'action prévoit notamment la mise en œuvre de programmes de filets sociaux et de mécanismes innovants d'allègement des charges des ménages.

La construction d'une politique nationale unifiée

L'adhésion du Burkina Faso à l'Initiative mondiale pour un socle de protection sociale

La persistance de la pauvreté et de la vulnérabilité, aggravée par les chocs exogènes, a amené les autorités à intensifier durant les années 2000 les programmes de filets sociaux existants et à en développer de nouveaux, pour certains avec l'appui des partenaires, afin de construire des réponses à court terme à la crise, mais surtout de bâtir à long terme des mécanismes de sortie de la pauvreté et de renforcement du bien-être économique des populations les plus pauvres et les plus vulnérables.

La multiplication de ces programmes, auxquels s'ajoute l'adoption en 2008 d'un projet d'assurance-maladie universelle, a progressivement amené les autorités à prendre conscience de la nécessité de se doter d'une politique nationale de protection sociale encadrant ces différentes initiatives. Ainsi, le Burkina Faso a-t-il été attentif à l'adoption, en avril 2009, de l'Initiative pour un socle de protection sociale adoptée par le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies. Et en septembre 2009, le Premier

¹³ Etude nationale prospective «Burkina 2025», Conseil national de la prospective et de la planification stratégique, CNPPS, 2005.

ministre a sollicité le soutien de cette initiative pour lancer un processus de construction d'un socle de protection sociale au Burkina Faso.

La constitution d'un Comité interministériel

Le contexte décrit précédemment a amené le gouvernement à organiser un Comité interministériel chargé de piloter l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale. Ce comité, officiellement institué en février 2010¹⁴, a pour objectif immédiat de bâtir une feuille de route présentant la vision globale de la protection sociale du Burkina Faso et fixant ses objectifs, ses axes prioritaires et son mécanisme de suivi-évaluation. Cette feuille de route permettra d'inscrire la protection sociale comme un des domaines prioritaires de la Stratégie de croissance accélérée et du développement durable (SCADD), en cours d'élaboration.

De plus, le comité a pour mission de coordonner la construction d'une politique nationale globale et unifiée de protection sociale se fondant notamment sur un ensemble de garanties visant à favoriser l'accès de tous aux services sociaux de base et reposant sur des mécanismes de transferts sociaux.

Ce comité est constitué par les secrétaires généraux des différents ministères, d'un représentant du Premier ministre, des représentants des partenaires techniques et financiers, de la société civile, de l'association des municipalités et de l'association des régions.

Placé sous la présidence du secrétaire général du ministère de l'Economie et des Finances, le comité dispose d'un secrétariat exécutif et de commissions spécialisées, l'une en charge des filets sociaux et l'autre de l'assurance sociale.

La mise en place d'un groupe de travail des partenaires techniques et financiers sur la protection sociale

Suite à la demande d'appui du Premier ministre à l'Initiative du socle de protection sociale, un cadre de rencontre entre partenaires intervenant dans le champ de la protection sociale s'est organisé fin 2009 en un groupe de travail afin d'unifier le soutien apporté au gouvernement.

Ce groupe de travail regroupe des agences des Nations Unies (BIT, FAO, OMS, PAM, UNICEF, etc.), le FMI, la Banque mondiale, l'Union européenne, des partenaires bilatéraux (Canada et Pays-Bas) ainsi que des organisations non gouvernementales qui se réunissent régulièrement et mettent en commun leurs actions de renforcement des capacités et d'appui au Comité interministériel de suivi de la politique nationale de protection sociale.

Le renforcement des capacités et la mise en œuvre d'un dialogue national

La mise en œuvre du processus de construction d'une politique nationale, fondée sur un socle de protection sociale, a débuté avec des actions de renforcement des capacités des acteurs nationaux. Ainsi en janvier 2010, le MASSN, le ministère de l'Economie et des

¹⁴ Arrêté n° 2010-051/MEF/SG/DGEP, portant sur la création et le fonctionnement d'un comité interministériel de suivi de la politique nationale de protection sociale, 25 février 2010.

Finances (MEF), avec l'appui de l'UNICEF et des partenaires, a organisé un atelier de formation d'une semaine sur la protection sociale, plus spécifiquement sur les filets sociaux et le projet d'assurance-maladie universelle. Cet atelier qui réunissait les principaux ministères (12) impliqués dans la protection sociale a été un premier moment de mise en commun et de discussion sur les approches et les programmes des différents ministères et secteurs, et a permis d'identifier les étapes à suivre et les actions à mener pour consolider, améliorer et institutionnaliser la protection sociale.

Suite à la revue des filets sociaux réalisée par la Banque Mondiale et l'UNICEF, et dans le cadre du processus, le ministère de l'Economie et des Finances, conjointement avec d'autres ministères (MTSS, MASSN, MEBA et MS) et avec l'appui de l'UNICEF et des partenaires, a organisé en avril 2010 un atelier technique national sur la protection sociale. Les objectifs de cet atelier étaient de:

- présenter les principes généraux de la protection sociale, son essor au niveau mondial et en Afrique sub-saharienne, et son rôle potentiel au Burkina Faso;
- partager l'information sur l'état des lieux des programmes existants de protection sociale au Burkina, les acquis, les lacunes, les défis et les opportunités;
- étudier le cadre stratégique de protection sociale au Burkina Faso en comparaison avec l'expérience internationale;
- faciliter la participation de la partie gouvernementale, des partenaires internationaux et de la société civile dans l'articulation d'une vision nationale de protection sociale.

Cet atelier peut être considéré comme le point de départ fédérateur du processus national de construction d'une politique unifiée de protection sociale, où les représentants du gouvernement, les partenaires internationaux et les représentants de la société civile ont partagé une vision commune des possibilités offertes et des défis à relever pour l'extension du système de protection sociale au Burkina Faso. Il concluait ainsi sur:

- la nécessité pour le Burkina Faso de définir sa propre vision de la protection sociale;
- l'importance de la protection sociale pour contrecarrer le ralentissement de la croissance et pour réduire la pauvreté;
- la nécessité d'un cadre national de coordination et d'orientation des interventions;
- l'importance d'élaborer une feuille de route contenant une vision globale de la protection sociale au Burkina Faso, sa définition, ses objectifs, ses axes prioritaires et ses mécanismes de suivi-évaluation.

Les défis

De la revue des filets sociaux par l'UNICEF et la Banque mondiale (2010), très brièvement résumée plus haut, plusieurs constats ont été tirés par les parties prenantes:

- les programmes et les projets pilotes sont dispersés et ne bénéficient pas des possibles synergies qu'il pourrait y avoir entre eux;
- la grande majorité des programmes ne fournissent qu'un appui ponctuel aux personnes pauvres et vulnérables, sans perspective de pérennisation;
- la couverture de tous les indigents n'est pas systématique, les interventions se faisant parfois sous la forme d'un projet, concentré dans une localité;

-
- de manière générale, la mise en place et le financement des programmes de filets sociaux dépendent de fonds étrangers;
 - l'Etat devra jouer un rôle d'organisation et de consolidation/pérennisation des différents volets des filets sociaux.

A ces constats s'ajoutent également les difficultés rencontrées par certains programmes, telles que les difficultés liées à l'acquisition et à la distribution des manuels scolaires dans le cadre de la promotion de l'accès à l'éducation, les difficultés de ciblage des individus et des ménages les plus pauvres, et de mobilisation des ressources.

Ce panorama de la protection sociale fait également ressortir:

- la multiplicité des acteurs institutionnels, locaux et des partenaires au développement;
- l'absence de synergie entre les différentes composantes de la protection sociale: assurance sociale, filets sociaux et services d'aide sociale.

Partant de ces réalisations et constats, la construction d'un socle de protection sociale au Burkina Faso devra encore relever de nombreux défis, d'une part, institutionnels et techniques et, d'autre part, économiques et financiers, avant de devenir une réalité.

Les défis institutionnels et techniques

La coordination et la cohérence des interventions des ministères

Plusieurs ministères sont engagés dans des activités de protection sociale. Une entente ainsi qu'une solide concertation entre ces ministères seront nécessaires dans le cadre d'un processus de décision afin de hiérarchiser les composantes clés en fonction du contexte socioéconomique et d'assurer leur mise en œuvre nationale.

La cohérence des politiques nationales

En l'absence d'une politique nationale consolidée, les décisions de mobilisation des financements pour des secteurs prioritaires se font dans le cadre de commissions ou lors de diverses tables rondes, souvent thématiques, des bailleurs de fonds avec le gouvernement. Le socle est cependant une combinaison de ces thématiques et doit être considéré comme une approche transversale.

La production d'informations de base pour appuyer les prises de décision

Il n'y a pas de données statistiques globales de la protection sociale. La nécessité d'une évaluation robuste des programmes, permettant le choix des instruments pertinents dans le contexte national, s'impose.

Un autre défi important à relever est celui de la définition de la vulnérabilité et des méthodes de ciblage des populations bénéficiaires des programmes.

Les défis économiques et financiers

Aucun mécanisme n'a été mis en place pour suivre les dépenses de protection sociale au niveau national. Dans le cadre de la méthodologie de mise en œuvre du socle de protection sociale, développée par les agences et partenaires membres de l'initiative conjointe mondiale¹⁵, le BIT a initié un processus de revue des dépenses et des performances de la protection sociale qui devra permettre la réalisation d'un budget social. Ce travail, réalisé en partenariat avec le ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MTSS) et le ministère de l'Economie et des Finances (MEF), prolonge la revue des filets de sécurité réalisée par l'UNICEF et la Banque mondiale, et devra permettre de disposer d'une situation globale des dépenses de protection sociale actuelles fin 2010.

En excluant le coût des subventions pour les denrées alimentaires et le carburant, qui ont largement profité aux groupes les plus aisés, la moyenne annuelle des budgets alloués aux programmes de filets sociaux entre 2005 et 2009 s'élevait à environ 0,6 pour cent du PIB. Ces budgets ont augmenté de 0,3 pour cent en 2005 et de 1 pour cent en 2009¹⁶, l'Etat ayant dû intensifier les programmes de protection sociale suite aux crises énergétique et alimentaire, et fournir des secours et une aide humanitaire aux sinistrés suite aux inondations de 2009.

Les crises subies par le Burkina Faso ont dégradé le bien-être économique de la population ainsi que les indicateurs sociaux. Elles ont également pesé sur la situation macroéconomique et budgétaire du pays. Dans ce contexte, promouvoir un accès universel à un paquet minimum de protection sociale nécessitera de modes de financement innovants, basés sur une collectivisation des risques et une rationalisation des ressources nationales¹⁷. A titre indicatif, les coûts estimatifs (UNICEF et Banque mondiale, 2010) des programmes nationaux de transferts monétaires pour les deux groupes cibles suivants, pour un niveau de transfert de 14 000 francs CFA par an, s'élèveraient à:

- pour les enfants de moins de 5 ans: 1 pour cent du PIB (3,6 pour cent du budget national);
- pour le décile le plus pauvre de la population: 0,6 pour cent du PIB (2 pour cent du budget national).

Une première modélisation financière de l'assurance-maladie universelle réalisée par le comité national de pilotage, avec l'appui du BIT et de l'OMS, a projeté le coût de l'assurance pour l'Etat jusqu'en 2018 (voir la figure ci-après), où il représenterait 0,6 pour cent du PIB (environ 3 pour cent du budget national) pour une couverture de 60 pour cent de la population¹⁸ (transferts de l'Etat pour subventionner les cotisations des ménages de l'économie informelle et la couverture du décile le plus pauvre, pour une couverture des

¹⁵ BIT et OMS: *L'Initiative des Nations Unies pour un socle de protection sociale, Manuel et cadre stratégique pour les opérations conjointes des Nations Unies par pays*, Genève, novembre 2009.

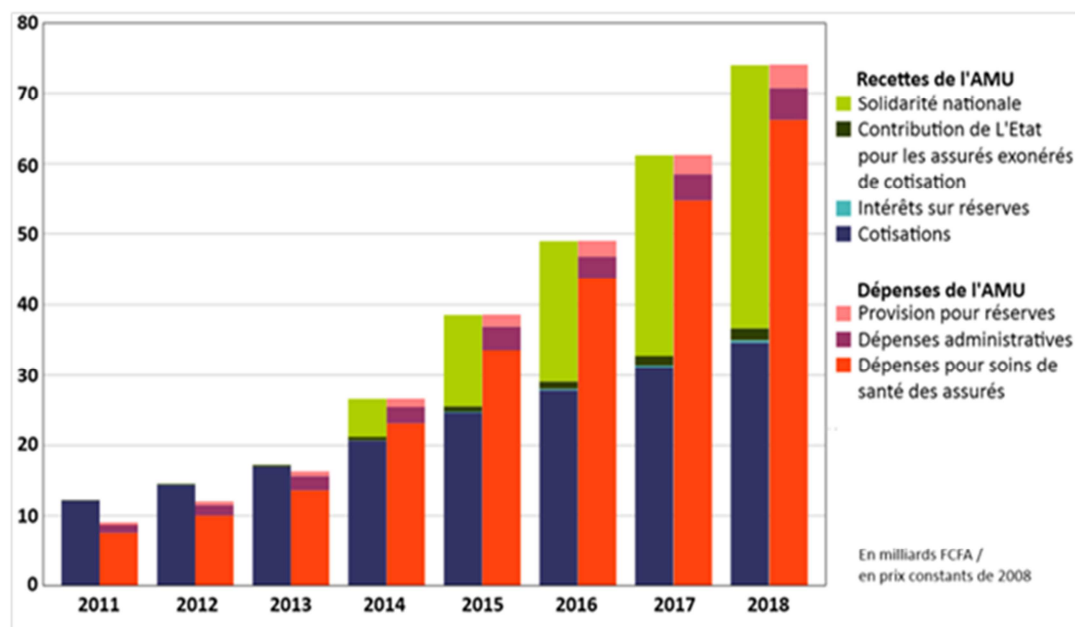
¹⁶ Banque mondiale: «Burkina Faso: Filets sociaux de sécurité», dans *La protection sociale au Burkina Faso: Etat des lieux et perspectives*, 2010.

¹⁷ *La protection sociale au Burkina Faso: Etat des lieux et perspectives*, 2010.

¹⁸ Secrétariat permanent Assurance Maladie Universelle (AMU), BIT, OMS: *Modélisation financière du système national d'assurance maladie*, ébauche, mai 2010.

soins de santé publics primaires et secondaires). Dans cette modélisation, l'assurance-maladie universelle s'étend d'abord surtout dans le secteur formel (régime contributif obligatoire) afin d'asseoir le fonctionnement de l'assurance et permettre par la suite le déploiement au sein de l'économie informelle (régime semi-contributif). Les transferts de l'Etat (solidarité nationale) deviennent nécessaires au fur et à mesure de ce déploiement.

Evolution des dépenses et des recettes de l'Assurance-maladie Universelle (AMU) – 1^{re} modélisation Simlms) (en millions de francs CFA, prix constants 2008)



Ces premières estimations, auxquelles il faudrait ajouter les coûts des transferts pour d'autres programmes de protection sociale, donnent déjà une indication des défis à relever pour le Burkina Faso, dont l'espace fiscal et l'espace budgétaire sont étroits. Il s'agira de réaliser de réels choix afin de hiérarchiser les besoins et d'engager les ressources nationales nécessaires. Même si l'Etat peut compter sur des financements extérieurs, il devra bâtir des garanties dont la viabilité et la pérennité devront reposer avant tout sur ses ressources nationales. La réalisation d'un budget social, dans le cadre de l'appui apporté par l'Initiative du socle de protection sociale, permettra à l'Etat de disposer d'un outil important de décision.

Les prochaines étapes du processus de construction d'un socle de protection sociale

De la revue des filets sociaux et de sa restitution et discussion lors d'un atelier technique national sur la protection sociale (avril 2010), il apparaît nécessaire de réorganiser le système de provision des filets sociaux au Burkina Faso. Alors qu'un système organisé fait défaut, les enquêtes montrent que la demande sociale pour une protection est forte. Par exemple, dans le domaine de l'alimentation, près de 20 à 30 pour cent de la population est en insécurité alimentaire sévère ou modérée. Il s'agit, en général, de ménages confrontés régulièrement aux facteurs de risque de maintien ou de basculement dans la pauvreté chronique. Dans un tel cas, les filets sociaux peuvent les aider en période de soudure ou de crise conjoncturelle et constituer un instrument de sortie de la pauvreté chronique.

Dans l'idéal, le système sera constitué de plusieurs programmes possédant les caractéristiques suivantes: ces programmes se complètent les uns les autres et agissent en

synergie avec d'autres politiques sociales. En guise d'exemple, le système des trois programmes suivants obéit à cette exigence:

- un programme de travaux publics visant les ménages pauvres pouvant travailler;
- un programme de transferts monétaires visant les ménages pauvres ne pouvant pas travailler, dans les zones bien desservies par les marchés alimentaires;
- un programme de transferts alimentaires visant les ménages pauvres ne pouvant pas travailler, dans les zones isolées et mal approvisionnées¹⁹.

Ce système devra par ailleurs s'appuyer sur les politiques et la législation, et compléter les régimes d'assurance sociale, notamment l'assurance-maladie universelle, afin de favoriser l'accès de tous aux soins de santé essentiels, et de développer des synergies avec les services sociaux de base.

Le développement de ce socle de protection sociale nécessitera à la fois la mise en place de réponses immédiates à la crise, ou leur renforcement, et une planification minutieuse des stratégies à long terme. Les défis à relever sont importants et la construction d'une politique nationale cohérente et unifiée devra pouvoir avant tout reposer sur:

- une volonté politique forte et durable;
- un consensus national;
- un travail technique.

Les étapes pour l'engagement et le déroulement d'un processus de mise en œuvre d'un socle de protection sociale, sur la base des réalisations en cours, sont résumées dans le tableau 7. Globalement, ces activités visent à:

- inscrire la protection sociale comme un domaine prioritaire dans la Stratégie de croissance accélérée et du développement (SCADD);
- dégager une vision globale de la protection sociale au Burkina Faso avec l'élaboration d'une politique nationale de protection sociale et son plan d'action;
- créer une synergie entre les différents programmes (existants ou à créer) de filets sociaux et les politiques plus larges de réduction de la pauvreté, telles qu'inscrites dans la Stratégie de croissance accélérée et du développement (SCADD);
- mettre en œuvre le système d'assurance-maladie universelle;
- s'accorder sur les critères de pauvreté et de vulnérabilité, et mettre en place des mécanismes de ciblage performants;
- mettre en place un système d'information statistique en matière de protection sociale s'appuyant sur des mécanismes robustes de suivi et d'évaluation;

¹⁹ K. Savadogo, 2010, *ibid.*

- développer des mécanismes innovants afin d'accroître les financements du secteur de la protection sociale.

Tableau 7. Etapes de construction d'un socle de protection sociale au Burkina Faso

Etapes	Activités en cours/prévues et acteurs
Sensibilisation	<ul style="list-style-type: none"> ■ Janv. 2010 – Formation sur la protection sociale (UNICEF, ministère de l'Action sociale et de la Solidarité nationale (MASSN) et ministère de l'Economie et des Finances (MEF)).
Groupe de travail national sur le socle de protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fév. 2010 – Création d'un Comité interministériel de pilotage de la politique de protection sociale et des groupes de travail (MEF et ministères techniques). ■ Avril 2010 – Atelier technique national sur la protection sociale (MEF et UNICEF avec le ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MTSS) et MASSN). ■ Avril 2010 – Production du document de base stratégique de la protection sociale (UNICEF pour MEF). ■ 2010 – Elaboration d'une feuille de route pour la protection sociale dans le cadre de la révision du Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté et pour une prise en compte de la protection sociale comme un axe prioritaire de la Stratégie de croissance accélérée et du développement (comité), proposée dans l'atelier national, à finaliser en juin 2010. ■ 2011 – Forum national sur la stratégie nationale de protection sociale (Comité interministériel). ■ Mai 2010 – Revue des filets sociaux de sécurité au Burkina Faso (UNICEF, Banque mondiale).
Bilan de la protection sociale	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2010 – Lancement d'une revue des dépenses et performance de la protection sociale (BIT/Union européenne, MEF, MTSS). ■ 2010 – Etude d'impact des coupons alimentaires (Programme alimentaire mondial (PAM)). ■ 2010 – Etude sur l'impact des transferts monétaires (Conseil national de lutte contre le sida et les infections sexuellement transmises (CNLS-IST) et Banque mondiale). ■ Fin 2010/début 2011 – Actualisation du profil de pauvreté et de vulnérabilité (Institut national de la Statistique et de la Démographie (INSD)).
Elaboration de mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Octobre 2010 – Finalisation de la SCADD (MEF). ■ 2011 – Identification de projets pilotes (coûts, couverture, dispositif de mise en œuvre et d'évaluation) (Comité interministériel).
Analyse	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2010 – Recherches sur les méthodes de ciblage des personnes pauvres (PAM, Banque mondiale, etc.). ■ 2010 – Etudes de faisabilité des options de filets sociaux, travaux à haute intensité de main d'œuvre, etc. (Comité interministériel et partenaires techniques et financiers (PTF)). ■ 2011 – Budgétisation sociale (Comité, MEF, PTF). ■ 2011 – Finalisation des études de faisabilité et mise en œuvre du projet de l'Assurance-maladie universelle (Comité national de pilotage, BIT, ONUSIDA, OMS).
Mise en œuvre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fin 2010 – Elaborer le plan d'action national de sécurité sociale (Comité interministériel). ■ 2011 – Développement ou démarrage des projets.
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2011 – Mise en place d'un système d'information statistique complet et cohérent en matière de protection sociale (Comité interministériel).

ⁱ Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde*, 2008.

ⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale: *Observatoire mondial de la santé*, 2005.

^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.

^v Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde 2008 et Financement du développement dans le monde*, 2008.

^{vi} *Ibid.*

^{vii} Stratégie nationale de gestion des risques et de protection sociale, février 2006.

^{viii} PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2009.

6. Cambodge

Population ⁱ	14 562 008
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	34,1
15-64 ans (%)	62,5
65 ans et plus (%)	3,4
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 enfants nés vivants) pour les deux sexes ⁱⁱ	69
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	62,8
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	59,2
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 enfants nés vivants) ⁱⁱⁱ	540
Dépenses publiques de protection sociale (% des dépenses publiques totales) ^{iv}	32
Economie informelle (%) ^v	72,8
PIB par habitant	
En dollars E.U. courants ^{vi}	711
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vii}	1 951
Monnaie locale constante ^{viii}	1 968 651
Taux de chômage (%) ^{ix}	1,68
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^x	137
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indicateur de pauvreté humaine	87

Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables: processus de développement

Vathana Sann

Résumé

- Le raisonnement derrière la stratégie: accélérer le processus d'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement du Cambodge afin de réduire la pauvreté, d'atteindre la sécurité socio-économique de la population et d'apporter une cohérence à la formulation et à la mise en œuvre des politiques;
- La stratégie donne la priorité au développement de filets de sécurité sociale durables et efficaces pour les personnes pauvres et vulnérables et établit le cadre d'une protection sociale durable et complète pour tous les Cambodgiens sur le long terme (y compris des régimes contributifs et non contributifs);
- Le Conseil pour le développement agricole et rural (CDAR) est l'organe gouvernemental mandaté pour coordonner et développer le cadre de protection sociale.

Cinq objectifs et interventions clés (basés sur l'analyse de la vulnérabilité et des manques de couverture et le processus de consultation de 2009 et 2010):

1. Les personnes pauvres et vulnérables reçoivent un soutien pour répondre à leurs besoins fondamentaux, y compris de la nourriture, des soins, de l'eau et un refuge en cas d'urgence ou de crise.
2. Les enfants pauvres et vulnérables bénéficient d'une protection sociale pour réduire la pauvreté et valoriser le développement du capital humain en améliorant la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant, en promouvant l'éducation et en éliminant le travail des enfants, particulièrement sous ses pires formes.
3. Les personnes pauvres et vulnérables en âge de travailler bénéficient de perspectives d'emplois leur garantissant un revenu, de la nourriture et de moyens de subsistance tout en contribuant à la création d'un ensemble d'infrastructures physiques et sociales durables.
4. Les personnes pauvres et vulnérables ont un accès effectif à une protection financière et médicale abordable et de qualité en cas de maladie.
5. Les groupes particulièrement vulnérables, comme les orphelins, les personnes âgées, les femmes seules avec enfants, les personnes invalides et les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose reçoivent une aide au revenu, un soutien en nature et psychosocial, et une protection sociale appropriée.

Instruments de protection sociale:

- Transferts en espèces et en nature, exemption de cotisations;
- Programmes de travaux publics;
- Services d'assistance sociale.

A propos de l'auteur

Vathana Sann, Secrétaire général adjoint, chef du Secrétariat général de la protection sociale, unité de coordination, Conseil pour le développement agricole et rural.

Introduction

Après trois décennies d'instabilité, le Cambodge a connu une croissance soutenue ainsi qu'une diminution de la pauvreté. Cependant, les Cambodgiens sont toujours confrontés à diverses formes de vulnérabilité, notamment en raison d'une agriculture dépendante des conditions météorologiques, de chocs idiosyncrasiques ainsi que du chômage et du sous-emploi. La couverture des programmes de protection sociale existants pour les personnes pauvres et vulnérables est très limitée, et l'existence d'importantes sources de vulnérabilité (malnutrition, chocs sanitaires et mauvaise qualité de l'éducation), auxquelles il est répondu de manière très irrégulière, entraîne les ménages pauvres vers toujours plus de dénuement.

Afin de promouvoir une croissance équitable à court et moyen terme, il est nécessaire de développer un système de protection sociale qui soutient les personnes pauvres et vulnérables en traitant les principales sources de vulnérabilité tout en promouvant le développement humain. Dans un futur proche, la priorité doit être donnée au développement de programmes de sécurité sociale efficaces et abordables pour les personnes pauvres et vulnérables afin d'atteindre ces objectifs.

Un système de protection sociale efficace promeut également une croissance équitable et engage le gouvernement à faire des réformes. Dans la mesure où elle encourage une prise de risque prudente et donne des opportunités aux personnes pauvres, la protection sociale peut être bénéfique pour la croissance économique. Elle peut également aider les gouvernements à entreprendre des réformes qui auront des répercussions positives à long terme sur l'efficacité économique.

Contexte

Au cours des trois dernières décennies, le Cambodge a changé de régime politique plus souvent qu'aucun autre pays de la région. La société cambodgienne, et notamment ses infrastructures sociales, a également connu des changements et des défis importants. Le gouvernement a réussi à stabiliser la famine qui sévissait en 1979 et, lentement mais sûrement, à remettre en place l'éducation et les soins de santé de base. La population a été organisée en «groupes solidaires». Ces processus ont permis d'assurer un accès égal à la main-d'œuvre masculine et aux animaux de trait disponibles en 1979-1980. Mais, quand l'économie a été relancée, la collectivisation est devenue un obstacle à la croissance. Une décollectivisation spontanée, formalisée par la libéralisation et la distribution des terres en 1989, a permis d'améliorer le rendement et a été accueillie par la plupart des habitants, bien que les plus vulnérables aient perdu l'accès à d'importantes formes de solidarité sociale (Frings, 1993).

D'excellents résultats ont pu être notés en matière d'infrastructures, de réhabilitation humaine et de développement. Le Cambodge s'est engagé dans une transition entre la guerre et la paix, et est passé d'un parti unique au pouvoir au multipartisme, et d'une économie isolée et planifiée à une économie de marché intégrée au commerce international. Depuis les Accords de paix de Paris en 1991, des élections libres et régulières ont eu lieu. Depuis 1993, le Cambodge est passé d'une société sortant d'un conflit à un pays en développement en paix.

Profil de la pauvreté au Cambodge

La dernière décennie a été caractérisée au Cambodge par une croissance économique élevée et soutenue dont le taux était d'en moyenne 7 pour cent du produit intérieur brut (PIB) par an entre 1997 et 2007. Au cours de la même période, le revenu par habitant a

doublé, passant de 285 à 593 dollars ¹ par an (en 2008, le PIB était de 711 dollars). Cette croissance a permis d'améliorer les conditions de vie et de réduire la pauvreté, dont on estime qu'elle est passée de 45-50 pour cent de la population en 1994 à 35 pour cent en 2004 et à 30 pour cent en 2007. La hausse des revenus et l'amélioration des services publics ont contribué à améliorer les indicateurs de développement humain. La croissance rapide et la diminution de la pauvreté ont été accompagnées de transformations structurelles: intégration à l'économie régionale et mondiale, passage progressif des emplois de l'agriculture à la production industrielle et migration de la population des zones rurales vers les villes.

Tableau 1. Indice et projections de la population cambodgienne

Indicateur démographique	1970	1980	1990	2000	2008*	2010	2020	2030
Population au milieu de l'année (* 1 000)	7 396	6 888	9 345	12 396	13 395	14 753	17 601	20 183
Taux de croissance (%)	-0,7	2,5	3,6	1,8		1,8	1,6	1,1
Taux de fécondité (naissances/femmes)	6,5	7,4	6	3,7		3	2,7	2,4
Taux brut de natalité/1 000 habitants	43	58	47	27		26	23	18
Espérance de vie à naissance (ans)	38	37	52	59		63	66	69
Taux de mortalité infantile/1 000 naissances	199	228	144	82		53	38	27
Taux de mortalité des moins de 5 ans/1 000 habitants	274	327	185	104		67	47	33
Taux brut de mortalité/1 000 habitants	24	28	15	9		8	7	7

* Données du recensement général de 2008.

Source: Institut national de statistiques.

Tableau 2. Profil des personnes pauvres

Etape	Quintile				
	Très pauvres	Pauvres	Moyen	Riches	Très riches
Titre de propriété d'un terrain agricole (%)	15,6	21,6	24,5	25,3	28,6
Distance de la route toutes-saisons la plus proche (km)	5,2	3,7	3,3	3,1	1,9
Distance d'un marché permanent (km)	10,8	9,6	8,1	7,1	4,2
Ménages disposant d'une pompe à eau (%)	3	8	9	12	13
Parcelles ayant accès à une source d'irrigation même en saison sèche (%)	6	10	12	13	12
Taux de dépendance (enfants et personnes âgées pour 100 adultes actifs économiquement)	96,9	84,5	76,6	64,9	54,3
Taux d'alphabétisation des plus de 15 ans (%)	29,3	38,3	43,2	51,1	60,8
Education (nombre de diplômes scolaires obtenus par adulte)	2,8	3,5	3,9	4,6	6,3

Source: Sondage économique et social du Cambodge.

¹ Sauf indication contraire, le dollar s'entend des Etats-Unis.

La pauvreté reste largement un phénomène rural. Malgré l'impressionnante réduction de la pauvreté, un individu sur trois continue de vivre sous le seuil de pauvreté. Alors que les taux de pauvreté ont baissé dans les zones urbaines comme dans les zones rurales, les inégalités et la fracture ville/campagne ont augmenté entre 1993-94 et 2007. Moins d'un pour cent de la population de Phnom Penh était considérée comme pauvre en 2007, contre plus de 20 pour cent pour les autres zones urbaines et près de 35 pour cent pour les zones rurales, où vit environ 80 pour cent de la population.

Tableau 3. Pauvreté et tendances des inégalités

	% population	Taux de pauvreté (%)			Coefficient de Gini	
		1993/1994	2004	2007	2004	2007
Phnom Penh	9,9	11,4	4,6	0,83	0,37	0,34
Autres villes	10,2	-	24,7	21,8	0,44	0,47
Zones rurales	79,8	-	39,2	34,7	0,34	0,36
cambodge	100	47	34,7	30,1	0,40	0,43

Source: Knowles (2008) pour les données de 2004 et 2007 et évaluation de la pauvreté au Cambodge para la Banque mondiale (2006) pour les données de 1993/1994. En raison d'une couverture limitée du sondage de 1993/1994, les données concernant la pauvreté au Cambodge pour 1993/1994 ont été extrapolées.

Tableau 4. Niveau de pauvreté des groupes de population sélectionnés

Groupe	% Population	% Personnes pauvres	Ecart de pauvreté
Personnes âgées (65 ans et plus)	4,3	25,9	5,5
Employés	53,3	28,3	6,6
Ménages avec une femme à leur tête	18,2	27,9	7,2
Ménages avec un homme à leur tête	81,8	31,2	7,5
Ménages avec un employé à leur tête	91,1	31,0	7,5
Personnes invalides	1,3	28,6	7,2
Minorités ethniques	2,2	36,1	10,0
Enfants en bas âge (moins d'un an)	4,0	38,9	10,0
Enfants (0-14 ans)	33,5	37,4	9,4
Cambodge	100	30,5	7,4

Source: Sondage économique et social du Cambodge.

Alors que les inégalités ont baissé à Phnom Penh, elles ont augmenté dans les autres zones urbaines et rurales, ce qui a conduit à une hausse globale des inégalités, et le coefficient de GINI est passé de 0,39 à 0,43 en seulement trois ans (2004-2007) (tableau 3). Une grande partie de la population reste pauvre et vulnérable aux chocs qui peuvent créer ou aggraver cette situation de pauvreté.

Un nombre croissant de ménages s'est aussi retrouvé sans terres depuis la redistribution des terres dans les années 1980. Une étude Oxfam de 2004 a estimé que 20 pour cent des ménages ruraux étaient privés de terres, un nombre qui croît de 2 pour cent par an. De plus, 25 pour cent des ménages disposent de moins de 0,5 hectare, une quantité insuffisante pour pouvoir en vivre. Les personnes pauvres manquent également des équipements de base, notamment les animaux de trait et les logements adaptés, qui apportent des revenus constants et peuvent servir de garantie pour un prêt. Ce manque d'équipements signifie aussi que les personnes pauvres disposent de peu de moyens de résister aux chocs ayant pour conséquence une perte de revenus.

La non-diversification de l'économie des ménages exacerbe la vulnérabilité des Cambodgiens ruraux. La plupart des ménages ruraux dépendent fortement de l'agriculture de subsistance pour vivre, alors que la culture du riz concerne 92 pour cent du total des zones cultivées et 80 pour cent de la population active. Le régime unique des eaux au Cambodge et un très faible niveau de couverture des infrastructures de contrôle des eaux font que la production agricole (et par conséquent la sécurité alimentaire des ménages) dépend fortement des conditions météorologiques et peut varier énormément d'une année à l'autre.

Tableau 5. Résumé de la couverture des risques principaux

Tranches d'âge	Principales vulnérabilités	Progrès à ce jour	Manques de couverture et défis
Jeunes enfants (0 à 4 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problèmes de croissance 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des programmes de nutrition de la mère et de l'enfant sont en place ■ Les pratiques d'allaitement maternel s'améliorent 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les services restent limités et de mauvaises qualité ■ La couverture n'est pas universelle
Ecole primaire (5 à 14 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fort taux de déscolarisation ■ Mauvaise qualité de l'éducation ■ Travail des enfants 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les programmes de bourses et de cantine scolaire améliorent l'assiduité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La qualité de l'éducation reste mauvaise ■ La couverture de services d'éducation est variable ■ La couverture des programmes de bourses et de cantines scolaire ne s'étend pas aux zones pauvres
Jeunes (15 à 24 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible productivité ■ Faible compétences et capital humain ■ Sous-emploi 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les bourses améliorent l'assiduité ■ Des programmes sont en place pour améliorer l'éducation et la formation professionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La qualité de l'éducation reste mauvaise ■ Faible fréquentation ■ La couverture n'est pas universelle ■ Il n'y a presque pas de programmes de seconde chance pour améliorer la productivité des travailleurs non qualifiés
Adultes (25 à 64 ans)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faible productivité ■ Faible compétences et capital humain ■ Sous-emploi 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les programmes de travaux publics apportent une aide pendant les périodes de soudure et les crises 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Couverture limitée ■ Le financement et l'assistance restent limités, ce qui va à l'encontre de leur rôle de filet de sécurité
Personnes âgées et invalides	<ul style="list-style-type: none"> ■ Faibles revenus ■ Sous-emploi 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pensions pour les fonctionnaires ■ Assistances sous forme de dons pour les invalides 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aucune pension pour les personnes pauvres, sauf les fonctionnaires ■ Très faible assistance aux invalides
Tous les groupes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Chocs sanitaires ■ Crises et catastrophes naturelles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des fonds de financement de la santé financent les soins de santé pour les personnes pauvres ■ Les travaux publics se sont avérés être de filets de sécurité sociale rapides à mettre en place et efficaces pendant les crises et les catastrophes naturelles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mauvaise qualité des soins de santé ■ La couverture et l'accès ne sont pas universels ■ La couverture des programmes de travaux publics existants est limitée ■ La couverture n'est pas universelle et elle dépend des financements disponibles

Dans la première partie de cette décennie, des inondations et des sécheresses inhabituelles ont touché une bonne partie de la campagne, ce qui a eu pour conséquences trois années de taux de croissance agricole négatifs. La production de riz reste l'une des plus faibles de la région, ce qui est dû à la faible utilisation de grains améliorés, d'engrais, de travail du sol et de gestion des eaux. Comme les possibilités de production extra-agricole sont limitées, les ménages ruraux ne disposent pas d'une alternative leur permettant de toucher des revenus stables ou de résister aux périodes de mauvaise récolte.

Tableau 6. Principales sources de vulnérabilité au cours de la vie

Groupe	Principales sources de vulnérabilité
Femmes enceintes	Forte mortalité maternelle
Nourrissons et enfants	Taux de malnutrition élevés Mauvaise qualité de l'éducation, forte déscolarisation Travail des enfants et exploitation sexuelle
Jeunes	Mauvaise qualité de l'éducation, forte déscolarisation Faible productivité
Population en âge de travailler	Faible productivité Incapacité
Personnes âgées	Incapacité à travailler
Vie entière	Chocs sanitaires Catastrophes naturelles Insécurité alimentaire Crise économiques et inflation des prix (des denrées)

Filets de sécurité sociale traditionnels et informels

Les importants changements socio-économiques et politiques des vingt dernières années ont eu un impact considérable sur le tissu social au Cambodge. La structure de la société cambodgienne a changé et sa structure a été désorganisée. Les femmes et les enfants sont les plus vulnérables face à ces bouleversements. Les familles, qui sont la première source de sécurité sociale pour la survie, la protection et le bon développement, ont été fragmentées et affaiblies par la guerre et la séparation. Les communautés ou villages, auparavant composés de réseaux familiaux étendus sur des générations, ont volé en éclats et ont été transformés par des mouvements, des déplacements et des rapatriements forcés de populations.

Le filet de sécurité sociale traditionnel existait au Cambodge sous forme de partage, d'entraide et, dans le cadre de la pagode, de la famille au sens large et du réseau de voisins, sous forme de charité et d'activités communautaires d'entraide. Les moines et la pagode jouaient un rôle important en offrant des repas et un abri temporaire aux personnes pauvres et vulnérables de la communauté. Les personnes âgées et très pauvres pouvaient bénéficier des services de la pagode, des communautés musulmanes et des églises chrétiennes, mais ces services ne concernent que peu de personnes. Grâce aux structures familiales étendues, la plupart des personnes pauvres et vulnérables recevaient une assistance en nature de la part des proches. L'assistance mutuelle traditionnelle et le soutien sous forme de nourriture et de prêts sans intérêts en période de besoins existent toujours dans les systèmes de parenté, les familles au sens large et les réseaux informels de groupes professionnels.

De plus, d'autres formes de solidarité sociale peuvent être observées dans l'histoire moderne du Cambodge: des familles riches, des fonctionnaires de haut rang, des hommes d'affaires et des communautés utilisent leurs revenus personnels pour assister et aider les personnes dans le besoin. Des arrangements informels reposant sur la parenté et la communauté, ainsi que des dons de groupes urbains aisés à des communautés rurales pauvres, apportent une protection contre les risques à certains ménages. Récemment, des formes de soutien humanitaire ont émergé: assistance d'urgence de la Croix Rouge et des partis politiques aux ménages touchés par des catastrophes, dons en espèces ou en nature de la part de partis politiques. Cette assistance est basée sur les besoins et est reçue par des travailleurs pauvres et vulnérables ayant été soumis à une évaluation. Cependant, une telle assistance, disponible seulement en tant que soutien d'urgence, ne saurait être une source de sécurité. Par ailleurs, elle peut avoir des enjeux politiques et est insuffisante pour assurer une récupération complète suite à une crise. Enfin, ces assistances se raréfient de nos jours (elles étaient plus courantes avant les élections de juin 2008).

Contexte de la protection sociale au Cambodge

Cadre légal et institutionnel existant pour la protection sociale

Après la guerre, le Cambodge est passé par une période de transition entre la guerre et la paix, et entre une culture de conflits permanents et une culture de compromis, de dialogue et de réconciliation. Pour relever les défis qui se présentaient, un Programme national de réhabilitation et de développement au Cambodge (*National Programme for Rehabilitation and Development of Cambodia*, NPRDC) a été et mis en place. Les grands objectifs du gouvernement ont été énoncés dans le NPRDC en février 1994 et élaborés dans le Plan de mise en œuvre du NPRDC en février 1995: «Volonté d'atteindre une croissance durable dans l'équité et la justice». L'expérience importante du Cambodge en matière d'interventions de sécurité sociale aux personnes depuis les périodes les plus difficiles (1979) à la réhabilitation (1991) et au développement national (après 1993) est l'une des réussites du pays.

Dans ce document, la guerre à la pauvreté a été déclarée et le développement des zones rurales est jugé crucial pour améliorer les conditions de vie de la majorité (80 pour cent) de la population cambodgienne. Depuis 1993, le développement rural a joué et continue de jouer un rôle actif dans la mise en œuvre et l'atteinte des objectifs fixés par les différents documents contenant les politiques du gouvernement, comme le NPRDC, le Plan de développement socio-économique (*Socio-economic Development Plan*, SEDP I-II) et la Stratégie nationale de réduction de la pauvreté (*National Poverty Reduction Strategy*, NPRS). Les travaux dans le secteur du développement rural ont contribué à réduire la pauvreté dans les zones rurales grâce à des approches décentralisées et participatives pour l'amélioration de l'accessibilité rurale et la création d'opportunités de développement pour les personnes en milieu rural. La vision du «Retour aux villages» a été et continue d'être le thème des activités de développement rural visant à réduire la pauvreté en mettant en œuvre des projets et des programmes, pour améliorer l'accès aux services socio-économiques dans les zones rurales et pour renforcer les organisations implantées au niveau local et leur conférer du pouvoir. L'objectif est d'obtenir un développement durable et d'atteindre l'autosuffisance.

En réponse aux besoins ruraux, une assistance externe a été fournie grâce à des prêts et des subventions pour des projets et programmes de développement rural. La Banque asiatique de développement, le Département britannique du développement international (*Department for International Development, DFID*), l'Union européenne, l'Agence allemande de coopération technique (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, GTZ*), l'Agence japonaise de coopération internationale (*Japan International Cooperation Agency, JICA*), l'Etablissement allemand de crédit pour la reconstruction (*Kreditanstalt für Wiederaufbau*), l'Agence suédoise de coopération internationale au développement (ASDI), la Banque mondiale et les Organisations des Nations Unies, l'Organisation internationale du Travail (OIT), le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), le Programme alimentaire mondial (PAM) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ainsi que d'autres partenaires, ont apporté une assistance financière et technique visant à améliorer l'accessibilité rurale et augmenter les opportunités pour les personnes vivant en milieu rural. Les activités en faveur du développement rural comprenaient entre autres: la réhabilitation des infrastructures rurales comme les routes, les marchés, l'approvisionnement en eau et les installations sanitaires; le développement des services de crédit rural et des activités génératrices de revenus; et le renforcement des capacités de ressources humaines et institutionnelles au niveau national, provincial et local.

Encadré 1.

Cadre juridique de la protection sociale tel qu'énoncé par la Constitution du Cambodge

Article 36: Les citoyens khmers des deux sexes ont le droit de bénéficier de l'assurance sociale et des avantages sociaux déterminés par la loi.

Article 46: L'Etat et la société créent les conditions pour permettre aux femmes, spécialement celles des zones rurales, de bénéficier de l'assistance en vue d'avoir une profession, de recevoir des soins médicaux, de scolariser leurs enfants et de vivre décemment.

Article 73: L'Etat se préoccupe des enfants et des mères. L'Etat crée des garderies et aide les femmes ayant beaucoup d'enfants à charge et n'ayant pas de soutien.

Article 74: L'Etat apporte assistance aux invalides et aux familles des combattants qui ont sacrifié leur vie pour le pays.

Article 75: L'Etat établit un régime de sécurité sociale pour les ouvriers et les employés.

Encadré 2.

Lois organique codifiant certains des aspects de la protection sociale au Cambodge

- Loi sur le travail (octobre 1998)
- Loi sur l'assurance (juin 2000)
- Loi sur les régimes de sécurité sociale pour les personnes tels que définis par les dispositions de la loi sur le travail (septembre 2002)
- Plan national d'action contre la violence envers les femmes, développé en accord avec la loi sur la prévention de la violence domestique et sur la protection des victimes (2005)
- Loi sur la suppression du trafic humain et de l'exploitation sexuelle (2007), d'après le protocole de Palerme des Nations unies
- Loi sur la protection et la promotion des droits des personnes invalides (2009)

Tableau 7. Cadre stratégique de la protection sociale au Cambodge

Institution	Dimension(s) de la protection sociale et des Politique/stratégie sectorielle actuelle filets de sécurité sociale	
Institutions nationales gouvernementales mandatées pour apporter des services sociaux aux populations et pour protéger des groupes vulnérables spécifiques contre les risques		
Ministère du Travail et de la Formation professionnelle	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fonds national de sécurité sociale pour les employés du secteur privé ■ Formation professionnelle ■ Programme d'élimination du travail des enfants 	
Ministère de l'Action sociale, des Anciens combattants et de la Réhabilitation des jeunes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fonds national de sécurité sociale pour les fonctionnaires ■ Services pour les anciens combattants ■ Services pour les personnes sans domicile et indigentes, les victimes de trafics, les enfants, les jeunes et les invalides ■ Assistanes d'urgence pour les victimes de catastrophes naturelles 	Plateforme de travail 2009-2013
Ministère des Affaires féminines		
Institutions nationales gouvernementales mettant en œuvre des interventions concernant des filets de sécurité sociale		
Ministère de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fonds de financement de la santé ■ Assurance maladie communautaire pour les personnes pauvres et vulnérables 	Plan stratégique de santé 2008-2015 Cadre stratégique pour le financement de la santé 2008-2015 Plan directeur pour l'assurance sociale de la santé 2003/2005
Ministère de l'Education, de la Jeunesse et des Sports	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programmes de bourses pour les pauvres 	Plan stratégique pour le secteur de l'éducation 2006-2010
Institutions nationales gouvernementales ayant des activités complémentaires		
Ministère de l'Agriculture, de la Forêt et des Pêches	<ul style="list-style-type: none"> ■ Production alimentaire, moyens de subsistance 	Stratégie pour l'agriculture et l'eau 2006-2010
Ministère des Travaux publics et du Transport	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mise en œuvre d'une politique nationale concernant tous les programmes de travaux publics 	
Ministère du Développement rural	<ul style="list-style-type: none"> ■ Travaux d'infrastructures rurales 	
Ministère des Ressources en Eau et de la Météorologie	<ul style="list-style-type: none"> ■ Travaux d'infrastructures rurales 	
Ministère de la Planification	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programmes d'identification des ménages pauvres 	Plan stratégique du Ministère de la Planification 2006-2010

Les interventions de sécurité sociale sont réparties entre plusieurs ministères (voir les tableaux 7 et 9). Chacun des ministères, de même que chacune des organisations non gouvernementales (ONG), a son propre mandat et son propre cadre politique concernant la protection sociale. En développant une NSPS pour les personnes pauvres et vulnérables, il faut prendre en considération les défis des cadres politiques séparés des différentes parties prenantes. Le ministère du Travail et de la Formation professionnelle, le ministère de l'Action sociale, des Anciens combattants et de la Réhabilitation des jeunes ainsi que le ministère des Affaires féminines sont tous mandatés pour gérer les services sociaux d'Etat pour la plus grande partie de la population et pour aider à la protection de groupes vulnérables spécifiques contre les risques. En collaboration avec le Programme alimentaire mondial, le ministère du Développement rural et le ministère des Ressources en eau et de la Météorologie mettent en œuvre un programme «Vivres contre travail» qui distribuera 3 500 tonnes de riz par an à environ 20 000 ménages.

Le ministère de l'Action sociale, des Anciens combattants et de la Réhabilitation des jeunes ainsi que le ministère du Travail et de la Formation professionnelle sont les deux organes principaux en charge des régimes de sécurité sociale. Le premier s'occupe de l'assistance aux fonctionnaires à la retraite, aux anciens combattants et aux personnes à charge, alors que le second supervise les régimes de sécurité sociale des travailleurs du secteur privé.

En 2005, le gouvernement (par le biais du ministère de l'Action sociale, des Anciens combattants et de la Réhabilitation des jeunes) a versé aux fonctionnaires, militaires, agents de police, personnes invalides et décédées ou à leurs proches, soit 120 000 personnes, des prestations s'élevant à 16,4 millions de dollars (tableau 8). Il est intéressant de noter que les personnes à charge comme les enfants et les conjoints ou proches de fonctionnaires ou de militaires décédés ont touché des pensions.

Tableau 8. Types de régimes de pensions et bénéficiaires

Type de pension	Nombre total de bénéficiaires estimés	Montant des prestations (en millions de dollars)
Fonctionnaire à la retraite*	19 489	4,024
Militaire à la retraite**	5 151	1,140
Militaire invalide (à la retraite)***	31 121	7,010
Fonctionnaire invalide (à la retraite)****	5 151	1,125
Personne à charge d'un militaire mort pour la patrie*****	54 895	2,400
Personne à charge d'un fonctionnaire mort pour la patrie	4 000	0,606
Total	119 807	16,305

*Fournit également des prestations à 13 364 conjoints et 13 820 enfants

**Fournit également des prestations à 4 417 conjoints et 12 132 enfants

***Fournit également des prestations à 28 607 conjoints et 91 328 enfants

****Fournit également des prestations à 102 007 parents et 103 788 enfants

*****Fournit également des prestations à 4 000 enfants

Tableau 9. Filets de sécurité sociale et cadres de protection sociale des différents ministères

Risque et chocs	Type de programmes	Programmes	Ministère responsable
1. Situation d'urgence et crises	Distribution de nourriture	Projet d'assistance alimentaire d'urgence (distribution gratuite de riz)	MEF
		Prévention et réaction face aux catastrophes; distribution générale de nourriture (typhon Ketsana)	NCDM
		Assistance d'urgence aux personnes vulnérable et aux victimes d'urgence (victime de mines terrestres)	MoSVY
	Soutien budgétaire	Politique de développement de la protection sociale pour les petits exploitants agricoles	MEF
	Transferts des communes pour l'aide d'urgence	Assistance d'urgence, assistance en nature ou en espèces aux communes pour l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le développement du Cambodge	MoL
2. Contraintes de développement humain			
Malnutrition des mères et des enfants	Programmes de nutrition	Survie des enfants: des composantes de l'amélioration de la santé de la mère et soins des nouveau-nés, promotion de pratiques clés de santé et de nutrition	MoH
		Programmes de santé et de nutrition des mères et des enfants Autres interventions	
	Sécurité sociale	Prestation de maternité pour tous les travailleurs HORS travailleurs domestiques, fonctionnaires, forces armées et police; 90 jours de congé maternité; indemnité équivalent à la moitié du salaire couverte par l'employeur (Loi sur le travail, Article 183)	MoLVT
Problèmes d'accès à l'éducation	Bourses en espèces	Initiative pour l'accélération de l'éducation (FTI) (10-12 ans), Projet de soutien de l'éducation au Cambodge (CESSP) (13-15 ans), Fonds japonais pour la réduction de la pauvreté (JFPR) (13-15 ans), projet de Formation et d'éducation de base des professeurs (BETT) (16-18), Projet de valorisation de la qualité de l'éducation (EEQP) (16-18 ans), projets de dortoirs (16-17 ans), différents projets (13-15 ans)	MoEYS
		Projet d'aide alimentaire d'urgence (11-12 ans et 14-15 ans)	MEF
Travail des enfants et ses pires formes	Intervention directe et amélioration des moyens de subsistance	Projet de soutien du Plan d'action national pour l'élimination des pires formes de travail des enfants (NPA-WFCL) 2008-2012	MoLVT
Problème d'accès à une formation de qualité	Programmes d'éducation de seconde chance	Programmes pilote de préparation à l'emploi, enseignement et formation technique et professionnels (EFTP)	MoLVT
		Traitement de la récolte, EFTP	
		Programme EFTP de coupons de formation (informel)	
3. Chômage saisonnier et perspectives de moyens de subsistance	Programmes de travaux publics (PTP)	«Vivre contre travail»	MRD
		«Vivre contre travail» (Projet d'assistance alimentaire d'urgence)	MEF
		«Argent contre travail» (Projet d'assistance alimentaire d'urgence)	MEF
	Alimentation scolaire	Alimentation scolaire Projet d'assistance alimentaire d'urgence	MoEYS
	Rations à emporter	Rations à emporter	MoEYS

Risque et chocs	Type de programmes	Programmes	Ministère responsable
4. Chocs sanitaires	Assurance	Fond national de sécurité sociale (NSSF), assurance maladie (prévu pour 2011)	MoLVT
		Couverture des accidents du travail par le NSSF	
		Assurance maladie pour les fonctionnaires à la retraite (prévu)	MoSVY
	Exemption de cotisations	Exemption dans les établissements ruraux pour les personnes pauvres	MoH
	Fonds de financement de la santé (HEF)	HEF dans 50 districts opérationnels (OD)	
	Assurance maladie communautaire (CBHI)	13 régimes de CBHI	
5. Groupes vulnérables spécifiques	Services sociaux pour les personnes âgées	Appui et services aux associations de personnes âgées	MoSVY
	Pensions	Pensions d'invalidité pour les parents et tuteurs de soldats décédés, aux conjoints de personnes invalides, aux retraités et aux personnes ayant perdu leur capacité à travailler	
	Services sociaux pour les familles avec des personnes invalides	Centres de rééducation physique/services de rééducation communautaires pour les personnes invalides	
	Services sociaux et politiques de développement pour les enfants et les orphelins	Orphelins: allocations, soins alternatifs, soins à domicile, enfants victimes de trafics, d'abus et d'exploitation sexuels, enfants en conflits avec la loi et enfants toxicomanes Protection de l'enfance: aide à l'élaboration de lois, de politiques et de normes, sensibilisation à la protection des enfants contre des risques particuliers	
	Services sociaux pour les familles touchées par le VIH/SIDA	Services sociaux et soins aux enfants et familles touchées par le VIH/SIDA: enfants en conflits avec la loi: enfants toxicomanes Programmes d'emplois VIH/SIDA pour les employés d'usines textiles Aide alimentaire aux personnes touchée par le VIH/SIDA	MoLVT MoH
	Pour les malades atteints de tuberculose	Aide alimentaire aux personnes atteints de la tuberculose	MoSVY
6. Autres	Pensions	Pension retraite pour les fonctionnaires et les anciens combattants	MoSVY
		Régime des pensions payées par les employeurs au NSSF (prévu)	MoLVT
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances		
MoEYS	Ministère de l'Education, de la Jeunesse et des Sports		
MoH	Ministère de la Santé		
MoL	Ministère de l'Intérieur		
MoLVT	Ministère du Travail et de la Formation professionnelle		
MRD	Ministère du Développement rural		
MoSVY	Ministère de l'Action sociale, des Anciens combattants et de la Réhabilitation des jeunes		
NCDM	Comité national de gestion des catastrophes		
NPA-WFCL	Plan d'action national pour l'élimination des pires formes de travail des enfants		

Le Fonds national de sécurité sociale pour les fonctionnaires (*National Social Security Fund for Civil Servants, NSSFC*), créé en 2008, assure le versement direct des prestations de sécurité sociale aux fonctionnaires grâce à un système communautaire qui fournit un certain nombre de prestations: pensions de retraite, d'invalidité, de maternité, d'accidents du travail, de frais funéraires et de survivants. Celles-ci concernent 180 000 de fonctionnaires et leurs familles. Le Fonds national de sécurité sociale des employés du secteur privé (*National Social Security Fund for Private-sector Employees, NSSF*), créé en 2008, doit d'ici 2012 garantir les éléments suivants à tous les employés du secteur privé au sein d'entreprises de plus de huit employés: (a) couverture des accidents du travail (une assurance contre les accidents du travail a été lancée en 2008 et, en décembre 2009, avait déjà couvert 350 000 travailleurs dans environ 900 entreprises); (b) assurance-maladie; et (c) couverture des pensions.

Les ONG ont joué un rôle important en aidant les ménages en difficulté. En 2007, les ONG ont transmis environ 26 pour cent du total de l'Aide publique au développement (APD) au Cambodge (base de données APD du Conseil pour le développement au Cambodge (*Council for the Development of Cambodia, CDC*)), avec des dépenses de protection sociale s'élevant à 65 millions de dollars pour la seule année 2007. Dans le secteur de la santé, la plupart des aides sont attribuées aux soins de santé primaires et à l'accès aux hôpitaux et cliniques. Dans le secteur de l'éducation, elles sont concentrées sur l'éducation de base pour les personnes pauvres et sur la formation professionnelle. Les ONG sont également très actives dans la prestation de services sociaux communautaires par le biais d'orphelinats et d'une assistance générale aux enfants et aux jeunes vulnérables.

Manques de couverture et défis pour les prestations de protection sociale

Le gouvernement a également identifié les contraintes institutionnelles et de mise en œuvre concernant la prestation efficace et efficiente de protection sociale:

- La mise en œuvre des filets de sécurité sociale reflète souvent les priorités immédiates (comme le besoin de réponse aux crises alimentaires et financières) et non pas une vision à long terme du développement de la sécurité sociale.
- Les programmes sont souvent mis en œuvre avec les structures gouvernementales nationales et la capacité des autorités locales à gérer progressivement les filets de sécurité sociale n'est pas développée, ce qui engendre un cercle vicieux de faible capacité locale et d'un maintien de la mise en œuvre des programmes par des structures parallèles.
- La coordination limitée entre les interventions de protection sociale a engendré une couverture inégale, une duplication des efforts, un manque de durabilité et un impact global faible.
- La couverture géographique des programmes existants, même les plus importants, est loin d'être universelle. De plus, les programmes ne donnent pas nécessairement la priorité aux zones pauvres.
- La mise en œuvre de filets de sécurité sociale n'a pas été accompagnée d'un ciblage précis et centralisé, et la plupart des programmes de filets de sécurité sociale continuent de reposer sur des procédures ad hoc dont la précision n'a pas été étudiée, ce qui augmente les coûts de transaction et l'inefficacité.

- Peu de programmes ou d'institutions recueillent réellement des informations de suivi au-delà des facteurs de production, des résultats et d'une simple liste des bénéficiaires, ce qui rend difficile l'évaluation de l'efficacité des programmes en cours et leur amélioration constante. Ils sont encore moins nombreux à utiliser des données de suivi pour améliorer continuellement leurs procédures. De plus, il existe peu d'évaluations complètes et rigoureuses des interventions de filets de sécurité sociale existantes, il est donc difficile de déterminer leur performance au regard des normes internationales ainsi que les possibilités d'amélioration.
- Les systèmes de réclamations et de résolution des différends, qui sont le pilier central de la garantie d'une bonne gouvernance, de la transparence et de l'efficacité des programmes de sécurité sociale, restent sous-développés. Très peu de programmes ont évalué l'efficacité de leurs systèmes de réclamations.
- Autre défi sous-jacent, le budget de mise en œuvre des filets de sécurité sociale reste faible, la majorité du financement étant apportée par les partenaires du développement et réservée à des interventions souvent mises en œuvre en parallèle des systèmes gouvernementaux nationaux.

Tableau 10. Manques et défis des interventions existantes

Principaux risques et chocs	Groupes les plus vulnérables	Progrès dans les réponses à ce jour	Manques et défis dans les réponses à ce jour
1. Situation d'urgence et crise	Crise économiques	■ Personnes très pauvres et pauvres	■ La couverture et la coordination des programmes de travaux publics existants sont limitées
	Climat, environnement, catastrophes naturelles	■ Personnes très pauvres et pauvres ■ Personnes vivant dans des zones d'inondation et de sécheresse	
2. Contraintes de développement humain	Malnutrition des mères et des enfants	■ Filles et femmes en âge de procréer ■ Femme enceintes ■ Jeunes enfants (0-5 ans)	■ Les services de nutrition des mères et des enfants restent limités et de mauvaise qualité ■ La couverture de ces services n'est pas universelle ■ D'autres besoins annexes ne sont pas pris en charge (pratiques d'alimentation et de soins)
	Faible accès à l'éducation	■ Enfants en âge d'aller à l'école (6-14 ans)	
			■ La qualité de l'éducation reste mauvaise ■ La couverture des services d'éducation est variable ■ La couverture des programmes de bourses et de cantine scolaire ne s'étend pas aux zones pauvres

Principaux risques et chocs	Groupes les plus vulnérables	Progrès dans les réponses à ce jour	Manque et défis dans les réponses à ce jour
Faible accès aux programmes de seconde chance	<ul style="list-style-type: none"> ■ Jeunes (15-24 ans) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Elaboration de programmes de formation professionnelle ■ Certains programmes de seconde chance sont en place 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La qualité de la formation professionnelle reste mauvaise ■ L'offre des programmes de seconde chance est minimale ■ Peu de liens entre les offres de formation et les besoins des employeurs ■ Pas de système de certification/accréditation pour le secteur privé
3. Chômage saisonnier perspective de moyens de subsistance	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnes très pauvres et pauvres ■ Femmes enceintes ■ Jeunes enfants (0-5 ans) ■ Familles avec un taux élevé de dépendance des personnes âgées ■ Personnes sans terre ou avec peu de terres 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Distributions alimentaires ciblées ■ Cantine scolaire ■ Les programmes de travaux publics apportent une aide pendant les périodes de soudure et les crises 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La couverture et la coordination des programmes de travaux publics existants sont limitées ■ Le financement et l'assistance demeurent changeants
4. Chocs sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnes très pauvre et pauvre ■ Femmes enceintes ■ Jeunes enfants (0-5 ans) ■ Personnes âgées ■ Personnes invalides 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des fonds de financement de la santé financent les soins de santé pour les personnes pauvres dans certaines régions 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La qualité des soins de santé reste mauvaise ■ La couverture et l'accès aux HEF ne sont pas universels
5. Groupes vulnérables spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Personnes âgées ■ Invalides ■ Personnes souffrant de maladie chronique ■ Minorités ethniques ■ Orphelins ■ Travailleurs-enfants ■ Victimes de violence d'exploitation et d'abus ■ Anciens combattants ■ Familles de migrants 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pensions pour les fonctionnaires, Fonds national de sécurité sociale pour les employés du secteur privé ■ Assistances sous forme de dons pour les invalides ■ Assistance pour les minorités ethniques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de pensions pour les personnes pauvres ■ Très peu d'assistances pour les invalides ■ Assistances limitées pour les autres groupes vulnérables

Progrès sur le développement de filets de sécurité sociale

Exercice de cadrage et de projection des programmes de filets de sécurité sociale existants

Le gouvernement du Cambodge a admis le fait que la première étape consiste en un exercice de projection visant à déterminer la nature des prestations des filets de sécurité sociale existants et à identifier les manques des politiques et des institutions afin de développer un système de filets de sécurité sociale plus systématique et intégré. Pour entamer ce processus, la responsabilité du cadrage et de la mise en correspondance est attribuée au Groupe de travail technique sur la nutrition et la sécurité alimentaire (*Technical Working Group on Food Security and Nutrition, TWG-FSN*) (encadré 3),

présidé par le Conseil pour le développement agricole et rural. L'analyse et le développement des filets de sécurité sociale en découlant nécessiteront un engagement considérable de la part des ministères du secteur social.

Le point de départ d'un programme de travail pour le Groupe de travail technique sur la nutrition et la sécurité alimentaire sera la préparation d'une note conceptuelle sur l'évaluation de la situation générale du pays en matière de sécurité sociale. Les partenaires du développement appuieront le développement de la Stratégie de filet de sécurité sociale (*Social safety-net strategy*, SSNS) en contribuant à sa rédaction et en apportant une assistance technique dans la mesure du possible. Le gouvernement, en collaboration avec les partenaires du développement, notamment le Groupe de travail intérimaire sur les filets de sécurité sociale du Groupe de travail technique sur la nutrition et la sécurité alimentaire, dirigera les efforts vers une stratégie de filets de sécurité sociale. Le PAM, co-instructeur du groupe de travail technique et principal partenaire du développement de la SSNS, se chargera de la coordination avec les autres partenaires du développement. Du côté du gouvernement, le Conseil pour le développement agricole et rural coordonnera les programmes de sécurité sociale des nombreuses agences gouvernementales concernées par la question. La Stratégie nationale de protection sociale est le résultat positif d'un long processus de collaboration entre le gouvernement, les partenaires du développement et les autres parties prenantes concernées, l'initiative provenant de la volonté du gouvernement.

Encadré 3.

Rôle initiale du Conseil pour le développement agricole et rural (CDAR) dans les exercices de cadrage et de projection des filets de sécurité sociale actuels

Le Groupe de travail technique sur la nutrition et la sécurité alimentaire, en collaboration avec les institutions gouvernementales et les partenaires au développement concernés, s'est engagé à remplir le mandat délivré par le gouvernement comme suit:

- Cadrage et projection pour la fin mai 2009, avec l'appui de la Banque mondiale, fondés principalement sur les éléments de la note conceptuelle, et collecte de toutes les informations disponibles dans un document central pour le Forum national du mois de juillet;
- Travail parallèle sur la rédaction de politiques possibles à présenter au cours du Forum national sur les filets de sécurité sociale du mois de juillet, avec l'appui de la Banque mondiale et en collaboration avec le PAM et d'autres partenaires du développement du Groupe de travail technique sur les filets de sécurité sociale;
- Documents sur les politiques possibles à finaliser pour septembre 2009, dirigé par le CDAR et le Groupe de travail technique sur la nutrition et la sécurité alimentaire, avec l'appui des partenaires au développement; et
- Stratégie sur les filets de sécurité sociale pour décembre 2009, dirigée par le CDAR, avec l'appui des partenaires au développement.

Consultation technique sur la stratégie et les options de protection sociale

En préparant la Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables, le Conseil pour le développement agricole et rural (CDAR) a, en 2009 et 2010, tenu des réunions et réalisé des consultations techniques avec un large panel de parties prenantes, donnant l'opportunité aux représentants du gouvernement (nationaux et locaux), aux partenaires du développement, aux représentants de la société civile et aux autres intervenants dans le domaine du développement d'explorer en profondeur les possibilités et les priorités (tableau 11).

Tableau 11. Résumé de la consultation sur la Stratégie nationale de sécurité sociale pour les personnes pauvres et vulnérables

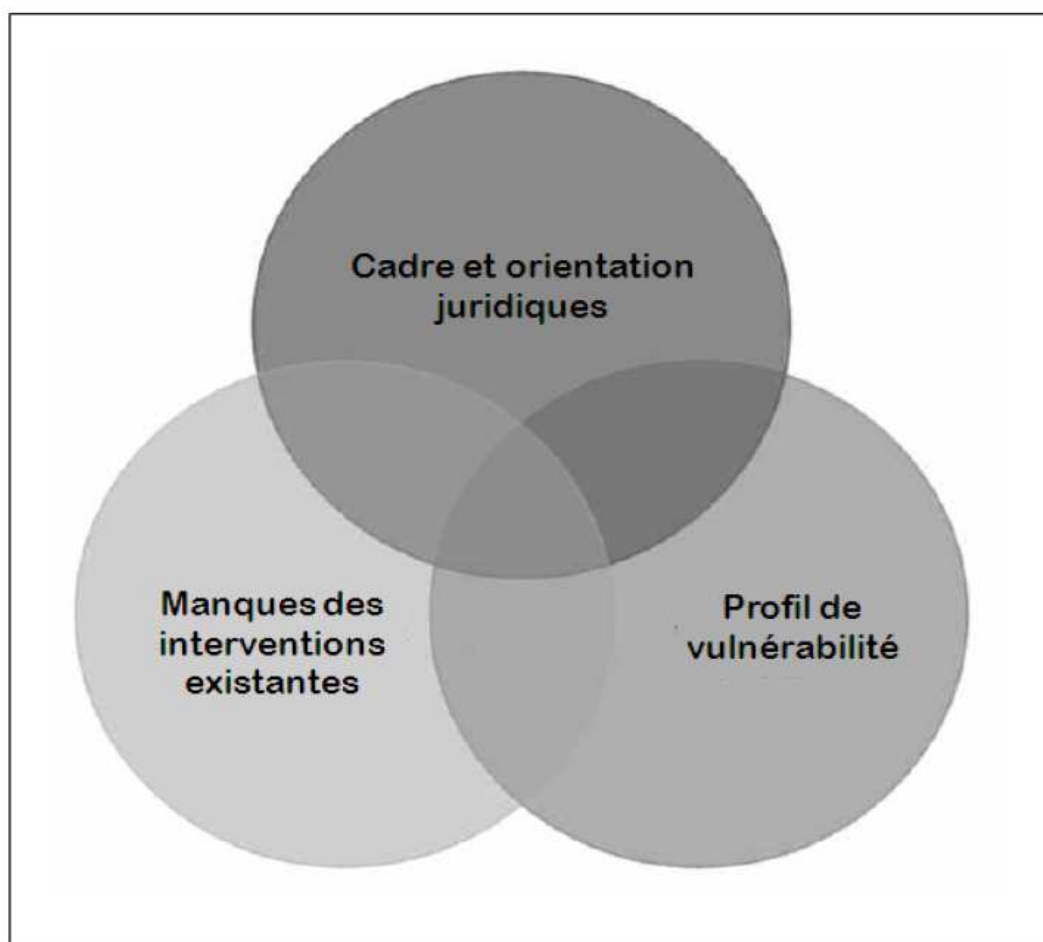
Date	Activité/événement	Résultats
3-4 décembre 2008	Forum de coopération sur le développement au Cambodge	Engagement du gouvernement à développer et mettre en œuvre une stratégie nationale intégrée sur les filets de sécurité sociale
Janvier-Juin 2009	Groupe de travail intérimaire sur les filets de sécurité sociale (sous l'égide du Groupe de travail technique sur la nutrition et la sécurité alimentaire)	Partage des connaissances et recherche de consensus sur les concepts clés et la direction globale pour le développement de politiques et l'inventaire des interventions de protection sociale en cours
6-7 Juillet 2009	Forum national sur la nutrition et la sécurité alimentaire avec pour thème les filets de sécurité sociale au Cambodge	Au cours des deux jours du Forum, 400 participants (gouvernement, partenaires au développement et société civile) ont tenu des discussions et le Premier Ministre Hun Sen a prononcé le discours de clôture
19-22 octobre 2009	Consultation technique sur les transferts en espèces, Accent mis sur la lutte contre la malnutrition de mères et des enfants	Les membres du gouvernement, les partenaires au développement et la société civile ont été consultés au cours d'un atelier à Phnom Penh. Un groupe de participants a également visité des centres de services de santé et d'éducation et a tenu des discussions avec des conseils de communes et les représentants de la province de Kampong Speu. La consultation a été couronnée par une session de recherche d'idées avec les principales parties prenantes qui a débouché sur la (Note sur les transferts en espèces)
12-14 janvier 2010	Consultation technique sur les travaux publics	Plus de 80 participants (gouvernement, partenaires au développement et société civile) ont été consultés au cours d'un atelier à Phnom Penh. Le groupe central (environ 30 participants) a également visité les sites de projets «Argent contre travail» et «Vivre contre travail» (interventions soutenues par la Banque asiatique de développement et le PAM) à Kampong Chhnang, et a consulté les différents représentants d'un conseil de commune et de bénéficiaires des projets. La consultation a été couronnée par une réunion entre le CDAR et un groupe central de partenaires concernant les étapes à venir en matière de développement et par la production d'une «Note sur les Travaux publics».
3-4 février 2010	Consultation technique sur le rôle d'une stratégie nationale de sécurité sociale dans le développement du capital humain grâce à la promotion de l'éducation, la réduction du travail des enfants et la suppression de ses pires formes	Plus 100 participants (gouvernement, partenaires au développement et société civile) ont été consultés au cours d'un atelier de deux jours à Phnom Penh. La consultation a permis de rechercher un consensus sur l'intégration des questions de l'éducation et du travail des enfants dans la NSPS, notamment sous forme d'instruments comme les transferts en espèces. Elle a également permis un consensus sur la nécessité de rechercher un plus grand accès aux régimes de sécurité sociale pour éviter le travail des enfants et en faire sortir les enfants vulnérables, particulièrement pour les pires formes. La «Note sur le travail des enfants et l'éducation» a été rédigée par un groupe de partenaire du développement en tant que contribution à la NSPS.
Mars-Avril 2010	Consultation sur la rédaction d'une Stratégie nationale de protection sociale (NSPS)	Une équipe adjointe de rédaction a été mise en place pour préparer et consolider les données de l'ébauche de la NSPS. Plusieurs ébauches ont été partagées et discutées dans le cadre de la forme étendue du Groupe intérimaire de travail sur les filets de sécurité sociale. Plusieurs séries de consultation sur le contenu de la NSPS et les objectifs proposés ont eu lieu pour façonner une stratégie cohérente.

Ce processus de consultation transparent et rigoureux a permis de garantir le fait que les données d'analyses et de politiques aient été soumises à discussion à plusieurs reprises et soient le résultat des efforts combinés de toutes les parties prenantes. La coordination assurée par le CDAR et son rôle de point central de dialogue pour toutes les parties prenantes, qui ont chacune leurs propres politiques et programmes, afin d'aboutir à cette stratégie, est une grande réussite pour le Cambodge.

Développement d'une protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables

Le développement d'une Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables est une autre réussite du Cambodge. Elle a principalement reposé sur la triangulation de trois environnements spécifiques (fig.1). Les conventions nationales signées par le Cambodge sont également importantes. Entre temps, l'identification des manques des programmes de protection sociale existants a apporté une forte expérience d'apprentissage sur la façon de développer une stratégie. Plusieurs programmes et interventions en protection sociale ont été mis en œuvre avec succès dans différents secteurs.

Figure 1. Triangulation des environnements à développer dans la Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables



Source

La motivation principale derrière une NSPS pour les personnes pauvres et vulnérables est le besoin d'accélérer la progression en direction des objectifs du Millénaire pour le développement du Cambodge. L'atteinte de ces objectifs a été récemment retardée par la crise alimentaire, pétrolière et financière qui a eu un impact négatif sur la pauvreté et a aggravé les disparités sociales. La protection sociale, un domaine politique transversal, peut relever les défis en matière de réduction de la pauvreté, des inégalités et des disparités. Comme souligné par la Stratégie rectangulaire, Phase II, le Plan stratégique national de développement et les plans et politiques sectoriels, l'objectif stratégique de la NSPS est d'apporter la sécurité socio-économique à la population et d'obtenir une cohérence dans la formulation et la mise en œuvre de politiques. Il faut aussi tenir compte de la pauvreté chronique engendrée par trois décennies de guerre civile et la crise économique récente qui pousse les populations dans une situation de nomadisme et de pauvreté.

Champs d'action

Le gouvernement national présente l'investissement dans la sécurité sociale comme une contribution aux objectifs de réduction de la pauvreté sur le long terme et une mesure de réaction face aux chocs et aux situations d'urgence à court terme pour combattre les conséquences de crises. La pauvreté et la vulnérabilité d'un grand nombre de Cambodgiens ont été exacerbées depuis 2007 par l'inflation du prix des denrées et la crise économique et financière mondiale. Cette dernière a affecté les secteurs les plus dynamiques de l'économie (notamment l'industrie textile, la construction et le tourisme) et a eu pour conséquence une détérioration de l'emploi, des revenus, des transferts et de l'accès aux services essentiels. La protection sociale est un investissement en matière de réduction de la pauvreté, de développement du capital humain et de croissance inclusive. Cette dernière doit agir sur la pauvreté, qui s'est aggravée à la suite de la crise économique. La NSPS doit donc jouer un rôle crucial dans la réduction de la pauvreté et des inégalités.

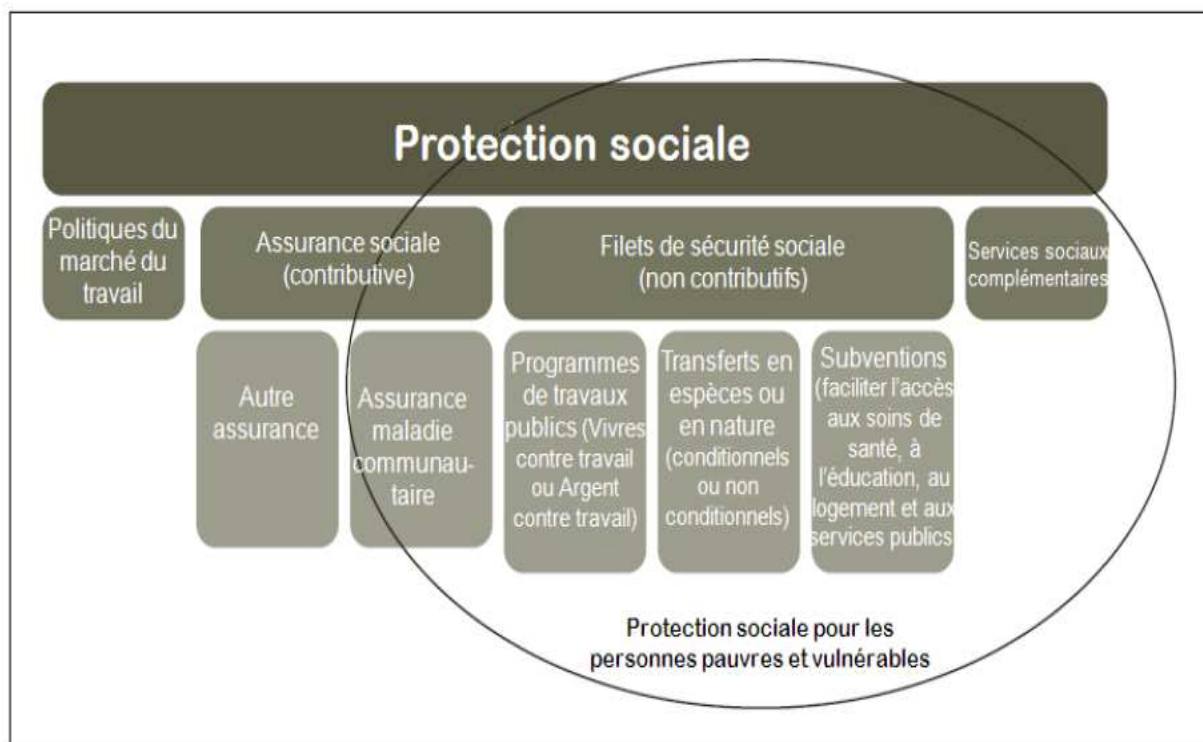
En suivant les orientations des politiques mises en évidence par la Stratégie rectangulaire pour la croissance, l'emploi et l'équité, Phase II, le gouvernement national développe la protection sociale pour le secteur formel tout en donnant la priorité à l'extension des interventions ciblées principalement sur la réduction de la pauvreté, de la vulnérabilité et des risques pour les personnes pauvres et vulnérables.

A moyen terme, la NSPS se concentre sur la protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables, lesquelles sont définies comme suit:

- personnes vivant sous le seuil de pauvreté national; et
- personnes n'étant pas en mesure de résister aux chocs ou étant très exposées aux chocs (parmi celles-ci, les personnes vivant sous ou aux alentours du seuil de pauvreté ont tendance à être les plus vulnérables) ainsi que les nourrissons et les enfants, les jeunes filles et les femmes en âge de procréer, les ménages dans l'insécurité alimentaire, les minorités ethniques, les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies chroniques, les personnes vivant avec le VIH et les invalides (groupes vulnérables de la NSPS).

La NSPS donne la priorité au développement de programmes de sécurité sociale efficaces et durables pour les personnes pauvres et vulnérables, et des services sociaux pour les groupes vulnérables spécifiques, comme les personnes vivant avec le VIH et les orphelins rendus vulnérables ou touchés par le VIH ². L'intervention de l'assurance-maladie contributive communautaire est également incluse, car elle cible les personnes vulnérables qui risquent de tomber dans la pauvreté à cause de chocs sanitaires (voir tableau 4). La figure 2 illustre le champ d'action de la NSPS.

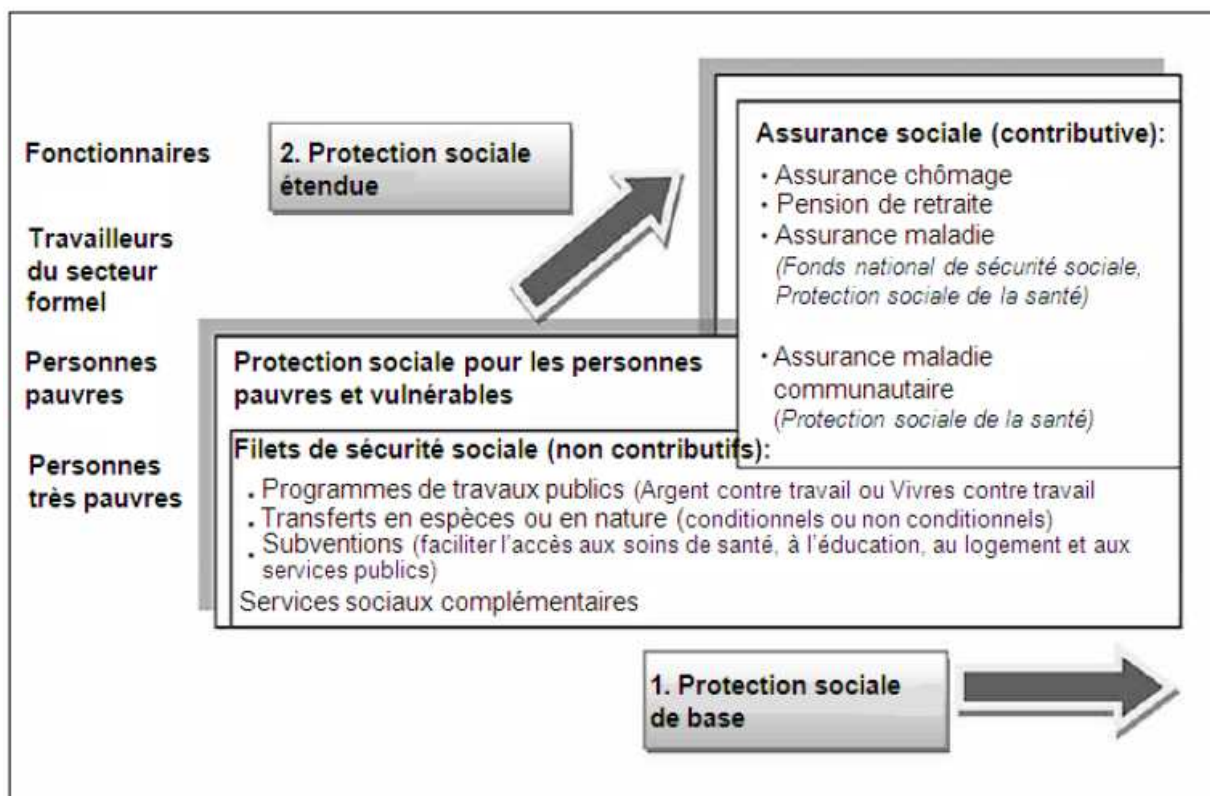
Figure 2. Champ d'application de la NSPS ciblé sur les personnes pauvres et vulnérables



Dans le même temps, la NSPS fixe un cadre pour une protection sociale durable et complète pour tous les Cambodgiens sur le long terme. Celui-ci comprend des régimes contributifs et non contributifs. La figure 3 illustre la relation entre la couverture d'une protection sociale de base non contributive pour tous et une assurance sociale contributive pour les revenus plus élevés, notamment pour les travailleurs du secteur formel. La figure peut être vue comme un socle de protection sociale à étapes où la protection sociale de base repose largement sur les prestations du filet de sécurité sociale (comme point focal du Plan national stratégique de développement) et où le système contributif parallèle (NSSF) est étendu. Avec le développement économique et social, toujours plus de personnes seront couvertes au fil du temps par un régime d'assurance basé sur un mécanisme de protection sociale.

² La Loi sur le VIH (Article 26) comprend également le droit des personnes vivant avec le VIH de bénéficier gratuitement des services de santé primaires dans le réseau public du secteur de santé.

Figure 3. Progression graduelle vers une protection sociale complète en ce qui concerne la vision à long terme de la Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables (NSPS)



Le développement d'une protection sociale complète implique la garantie que les composantes pertinentes (contributives et non contributives) soient développées parallèlement à un système durable où ceux qui peuvent se permettre une protection sociale y auront accès en fonction de leurs contributions formelles, et ceux qui ne peuvent pas recevront l'appui de l'Etat jusqu'à ce qu'ils soient en mesure de contribuer. Entre temps, des régimes de protection sociale partiellement subventionnés peuvent être développés pour les travailleurs du secteur informel et leurs familles, car ils ont une capacité de contribution limitée. Il y a une interdépendance et une complémentarité entre les deux composantes principales d'un tel système de protection sociale complet³.

³ Y compris la couverture complémentaire des prestations et des services pour les groupes de population ayant différentes capacités contributives, et des mécanismes de financement complémentaires pour une durabilité fiscale, où le système contributif (dans une large mesure) finance le développement du système non contributif grâce à sa fonction transversale et des contributions directes aux revenus publics, ainsi que grâce à un appui plus fort de la société au système, notamment par le biais d'impôts. Le but de ce système double et graduel est d'assurer une couverture universelle de protection de la population contre les risques, les chocs et les situations et vulnérabilités chroniques.

Vision, buts et objectifs

La Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables envisage de faire bénéficier tous les Cambodgiens, et particulièrement les personnes pauvres et vulnérables, de filets de sécurité sociale et d'une sécurité sociale améliorés faisant partie intégrante d'un système national de protection sociale abordable et efficace. L'objectif principal de la NSPS est de protéger de façon croissante les Cambodgiens pauvres et vulnérables contre la pauvreté chronique, la faim, les chocs, le dénuement et l'exclusion sociale, et de leur faire bénéficier d'investissements dans le capital humain.

Pour atteindre cet objectif, il est inadapté de continuer à programmer la protection sociale selon les pratiques habituelles. La prédominance actuelle du soutien d'urgence et des travaux publics est également une boîte à outils limitée. Sur le chemin de l'introduction de tels programmes nationaux de sécurité sociale, les objectifs plus larges et l'éventail des instruments de protection sociale sont concentrés sur la lutte contre la vulnérabilité, et pas seulement contre la pauvreté. La figure 4 fait correspondre les groupes vulnérables et les populations ciblées avec un large éventail d'interventions et instruments de réponse à ces vulnérabilités.

Dans cette optique, la NSPS comporte les objectifs suivants (voir également le tableau 12):

- Les personnes pauvres et vulnérables reçoivent un soutien pour répondre à leurs besoins essentiels, y compris de la nourriture, des soins, de l'eau et un refuge en cas d'urgence ou de crise.
- Les enfants pauvres et vulnérables bénéficient d'une protection sociale pour réduire la pauvreté et l'insécurité alimentaire, et valoriser le développement du capital humain en améliorant la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant, en favorisant l'éducation et en éliminant le travail des enfants, particulièrement sous ses pires formes.
- Les personnes pauvres et vulnérables en âge de travailler bénéficient de perspectives d'emplois leur garantissant un revenu, de la nourriture et des moyens de subsistance tout en contribuant à la création d'un ensemble d'infrastructures physiques et sociales durables.
- Les personnes pauvres et vulnérables ont un accès effectif à une protection financière et médicale abordable et de qualité en cas de maladie.
- Les groupes particulièrement vulnérables, comme les orphelins, les personnes âgées, les femmes seules et les enfants, les personnes invalides et les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose, reçoivent une aide au revenu, un soutien en nature et psychosocial, et une protection sociale appropriée.

Figure 4. Correspondance entre les groupes ciblés et les instruments/interventions servant à combattre les vulnérabilités

	Aliments et nutrition	Eau, installations sanitaires et refuge	Accès à des soins de santé abordables et de qualité	Education, lutte contre le travail des enfants	Sécurité des revenus (Programmes de travaux publics)	Services sociaux
Populations en situation d'urgence	X	X	X			
Enfants, femmes et mères	X		X	X	X	
Personnes pauvres et vulnérables en âge de travailler			X		X	
Tous les groupes			X			
Groupes vulnérables spécifiques*			X		X	X

*Y compris le orphelins, les femmes seules avec des enfants, les personnes invalides, les personnes atteintes du VIH/SIDA ou de la tuberculose.

Pour atteindre ces objectifs, il faut un ensemble de programmes couvrant la pauvreté chronique et la pauvreté transitoire ainsi que la lutte contre la faim et l'aide à la promotion du capital humain. La priorité sera donnée simultanément à la lutte contre les principales sources de vulnérabilité et à l'établissement des fondations d'un système de filets de sécurité sociale efficaces qui pourra ensuite être développé. Suivant ces priorités, les instruments suivants sont à privilégier pour une mise en œuvre à court et moyen terme:

- transferts en espèces et en nature, et exemption de cotisations (tel que déjà appliqué dans la santé et l'éducation, avec de nouveaux programmes de transferts en espèces pour combattre la malnutrition et les pires formes de travail des enfants);
- programmes de travaux publics (approches améliorées à haute intensité de main-d'œuvre, initiatives «Argent contre travail» et «Vivres contre travail» remaniées, questions intégrées de l'éducation et du travail des enfants) et;
- services sociaux pour les groupes vulnérables spécifiques.

La Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables propose des réponses à court et moyen terme pour lutter contre les conséquences des chocs auxquels sont confrontés les citoyens cambodgiens et pour offrir un cadre à long terme pour un système de protection social complet afin de contribuer à une réduction durable de la pauvreté.

Tableau 12. Objectifs de la Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables

Domaines prioritaires et Objectifs du millénaire pour le développement (OMD)	Objectifs	Options à moyen-terme pour les instruments programmatiques
Réponses aux besoins fondamentaux de personnes pauvres et vulnérables en situation d'urgence et de crise (OMDC 1,9)	1. Les personnes pauvres et vulnérables reçoivent un soutien pour répondre à leurs besoins fondamentaux y compris de la nourriture, des soins, de l'eau et un refuge en cas d'urgence ou de crise	<ul style="list-style-type: none"> ■ Distribution ciblée de nourritures ■ Distribution d'outils agricoles ■ Autres interventions de soutien d'urgence
Réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité des mères et des enfants, et amélioration de leur développement humain (OMDC 1, 2, 3, 4, 5)	2. Les enfants pauvres et vulnérables bénéficient d'une protection sociale pour réduire la pauvreté et valoriser le développement du capital humain en améliorant la nutrition et la santé de la mère et de l'enfant, en favorisant l'éducation et en éliminant le travail des enfants, particulièrement sous ses pires formes.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Transferts en espèces, alimentaires ou en nature pour les enfants et les femmes vers un programme intégré (par ex. transferts en espèces cibles sur la nutrition des mères et des enfants: transferts en espèces pour promouvoir l'éducation et la réduction du travail des enfants; transferts de nourriture enrichie pour les femmes enceintes, les femmes enceintes, les femmes allaitant et les enfants) ■ Cantines scolaires, rations à emporter ■ Services de sensibilisation et programmes de seconde chance pour les jeunes déscolarisés et services sociaux d'aide
Réponse au chômage saisonnier et au sous-emploi et création de perspective de moyens de subsistance pour les personnes pauvres et vulnérables (OMDC 1)	3. Les personnes pauvres et vulnérables en âge de travailler bénéficient de perspectives d'emplois leur garantissant un revenu, de la nourriture et des moyens de subsistances tout en contribuant à la création d'un ensemble d'infrastructures physiques et sociales durables.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Programmes nationaux de travaux publics à forte intensité de main d'œuvre ■ Régimes Vivres contre travail et Argent contre travail
Promotion de soins de santé abordables pour les personnes pauvres et vulnérables (OMDC 4, 5, 6)	4. Les personnes pauvres et vulnérables ont un accès effectif à une protection financière et médicale abordable et de qualité en cas de maladie.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Expansion des Fonds de financement de la santé (aux personnes pauvres) et des assurances santé communautaires (pour les moins pauvres) comme prévu par le Plan directeur de la protection sociale (en attente d'approbation du Conseil des ministres)
Amélioration de la protection sociale pour les groupes vulnérables spécifiques (OMDC 1, 6, 9)	5. Les groupes particulièrement vulnérables, comme les orphelins, les personnes âgées, les femmes seules et les enfants, les personnes invalides et les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose, reçoivent une aide au revenu, un soutien en nature et psycho-social, et une protection sociale appropriée.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Services sociaux pour les Groupes vulnérables spécifiques ■ Transferts sociaux et pensions sociales pour les personnes âgées et les personnes invalides au souffrant d'une maladie chronique

Tableau 13. Options pour le futur proche

Principaux risques et chocs	Progrès dans les réponses à ce jour	Manques et défis dans les réponses	Options pour le futur proche
Situation d'urgence et crises	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les travaux publics se sont avérés être rapides à mettre en place et efficaces pendant les crises et les catastrophes naturelles 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Couverture et coordination limitées des programmes de travaux publics existants 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Harmoniser les programmes de travaux publics et garantir un financement stable ■ Etablir une unité au sein du gouvernement en charge des travaux publics pour le développement rural et les situations d'urgence
Chômage saisonnier et perspectives de moyens de subsistance	<ul style="list-style-type: none"> ■ Distributions ciblées de nourritures ■ Cantine scolaire ■ Les programmes de travaux publics apportent une aide pendant les périodes de soudure et les crises 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Couverture et coordination limitées des programmes de travaux publics existants ■ Le financement et l'assistance demeurent changeants 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Harmoniser les programmes de travaux publics et garantir un financement stable ■ Etablir une unité au sein du gouvernement en charge des travaux publics pour le développement rural et les situations d'urgence
Chocs sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des fonds de financement de la santé financent les soins de santé pour les personnes pauvres dans certaines régions 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La qualité des soins de santé reste mauvaise ■ La couverture de ces services et leur accès ne sont pas universels 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer et étendre la protection sociale aux personnes pauvres et vulnérables (Fonds de financement de la santé et assurance maladie communautaire)
Contraintes de développement humain	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des programmes de nutrition des mères et des enfants sont en place ■ Les pratiques d'allaitement maternel s'améliorent 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Les services de nutrition des mères et des enfants restent limités et de mauvaise qualité ■ La couverture de ces services n'est pas universelle ■ D'autres besoins annexes ne sont pas pris en charge (pratiques d'alimentation et de soins) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer et étendre les services de nutrition ■ Développer le programme de transferts en espèces en ciblant les familles pauvres avec enfants ■ Concevoir des programmes de transferts en espèces dans la santé et l'éducation afin de les harmoniser, les coordonner ou les fusionner
Contraintes de développement humain (suite)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Des programmes de bourses et de cantine scolaire améliorent l'assiduité ■ Elaboration de programmes de formation professionnelle ■ Certains programmes de seconde chance sont en place 	<ul style="list-style-type: none"> ■ La qualité de l'éducation reste mauvaise ■ La couverture des services d'éducation est variable ■ La couverture des programmes de bourses et de cantine scolaire ne s'étend pas aux zones pauvres ■ La qualité de la formation professionnelle reste mauvaise ■ L'offre des programmes de seconde chance est minimale ■ Peu de liens entre les offres de formation et les besoins des employeurs ■ Pas de système de certification/accréditation pour le secteur privé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Améliorer la qualité de et l'accès à l'éducation ■ Entendre les programmes en répondant à la demande (notamment les bourses) en couvrant tous les niveaux de l'éducation de base ■ Améliorer la coordination des programmes d'éducation et de lutte contre le travail des enfants ■ Encourager les programmes de seconde chance ■ Améliorer la qualité de la formation professionnelle en faisant correspondre les formations et les besoins des employeurs ■ Développer des systèmes de certification et d'accréditation pour réguler la qualité des formations proposées
Groupe vulnérable spécifiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pensions pour les fonctionnaires. Fonds national de sécurité sociale pour les employés du secteur privé ■ Quelques aides sous forme de dons pour les invalides 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pas de pension pour les personnes pauvres ■ Très peu d'aides pour les invalides ■ Aides limitées pour les autres groupes vulnérables spécifiques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Identifier et piloter des programmes de protection sociale pour les personnes pauvres âgées et invalides ainsi que les autres groupes vulnérables spécifiques ■ Etendre les programmes de transferts en espèces ciblant les personnes âgées et les invalides

Pour le long terme, la NSPS établit le cadre d'une protection sociale durable et complète pour tous les Cambodgiens. Le but est d'atteindre une couverture universelle pour les risques et les vulnérabilités avec un ensemble de transferts et de services de base proportionnel au développement économique du pays d'après l'Initiative pour un socle de protection sociale. Cet ensemble comporte des mécanismes contributifs de sécurité sociale pour le secteur formel et des filets de sécurité sociale améliorés pour le secteur informel.

Mise en oeuvre

La mise en œuvre relève de la responsabilité des ministères concernés et des institutions gouvernementales décentralisées. L'implication active des structures gouvernementales décentralisées (conseils de province, de district et de commune) est essentielle pour une mise en œuvre réussie. Certaines des interventions clés mentionnées plus haut sont déjà en cours. La Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables complète ainsi les efforts des ministres responsables dans l'atteinte des objectifs sectoriels en utilisant les mesures de protection sociale existantes dans les différents secteurs. Pour augmenter leur impact, la couverture de ces mesures doit être étendue, ou bien leur mise en œuvre doit être rationalisée et harmonisée.

D'autres interventions, nouvelles pour le Cambodge, seront pilotées, évaluées et étendues en fonction de leur efficacité et de leur durabilité. Ces nouveaux programmes rempliront les manques actuels de couverture de la sécurité sociale pour les personnes pauvres et vulnérables en soulageant la pauvreté chronique, en favorisant l'équité et en investissant dans le capital humain.

Coordination

La valeur ajoutée de la NSPS est d'offrir un cadre de soutien aux ministères et aux institutions locales dans la prestation d'interventions durables, efficaces et efficientes. La plupart des programmes de la NSPS sont par nature intersectoriels et nécessitent une coordination entre les ministères et les agences gouvernementales pour éviter les chevauchements thématiques et géographiques, pour harmoniser les procédures de mise en œuvre et pour coordonner l'utilisation efficace et efficiente des fonds disponibles venant du budget national et des partenaires du développement. La coordination implique aussi le dialogue actif avec les partenaires du développement et les organisations de la société civile.

Selon la Mise à jour du Plan national stratégique de développement 2009-2013, le CDAR⁴ est mandaté pour s'assurer que des mécanismes de coordination interministérielle efficaces sont en place, comprenant les ministères et les agences gouvernementales responsables des programmes de filets de sécurité sociale pour les personnes pauvres et vulnérables. Au cours du troisième Forum cambodgien de coopération pour le développement, le CDAR doit mettre sur pied l'Unité provisoire de protection sociale. Ses

⁴ Le CDAR est une structure permanente du gouvernement chargée de la coordination des activités de développement agricole et rural, ayant pour tâche spécifique le développement d'une stratégie de protection sociale. Le CDAR regroupe les représentants d'environ 27 ministères et secrétariats d'Etat. Dans le cadre de son mandat, le CDAR coordonne, mais ne met pas en œuvre les programmes (cette situation est différente dans d'autres pays où ce genre de conseil essayait de mettre en œuvre son propre programme de protection sociale).

premières tâches seront d'évaluer l'importance de la charge de travail concernant la coordination de la mise en œuvre des interventions de protection sociale au niveau national et sous-national et de calculer les coûts du programme de protection sociale. La coordination du développement, de la mise en œuvre et du suivi d'une NSPS efficace et abordable comprend le contrôle, le suivi et l'évaluation des politiques, la gestion des connaissances et des informations ainsi que le renforcement des capacités.

Cela implique les actions suivantes:

1. Etablissement d'une structure appropriée et de mécanismes pour coordonner le développement et la mise en œuvre de la Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables et qui assureraient le contrôle des politiques, le partenariat, le dialogue, le suivi et l'évaluation ainsi que la gestion des connaissances et des informations.
2. Etablissement d'un cadre de surveillance et d'évaluation pour la NSPS de façon à assurer une mise en œuvre efficace, efficiente et transparente et à offrir un retour reposant sur des données concrètes pour le développement ultérieur des programmes et des interventions de la NSPS.
3. Développement d'un rapport annuel de progression de la NSPS fondé sur un processus de consultation technique.
4. Renforcement de la gestion des connaissances et des informations sur la protection sociale afin d'assurer une collecte, une génération et une dissémination des informations pour toutes les parties prenantes.
5. Développement de la capacité à assurer la compréhension et à développer les compétences pour une mise en œuvre effective de la NSPS au niveau national et décentralisé.

Un suivi et une évaluation attentifs des interventions et des programmes de même que de la stratégie dans son intégralité, ainsi qu'une gestion effective des connaissances, seront cruciaux pour le développement stratégique en cours.

Financement d'une stratégie de protection sociale

L'évaluation consolidée des coûts de la stratégie globale doit être développée entre juin et décembre 2010. Deux scénarios ont été proposés: l'évaluation des coûts de la coordination ainsi que l'évaluation des coûts de pilotage des priorités à court et moyen terme. L'exercice d'évaluation des coûts s'intégrera dans un exercice d'établissement d'un budget social plus large, y compris un examen des dépenses de sécurité sociale et une modélisation des futures dépenses et recettes de sécurité sociale prenant en compte les hypothèses de l'extension de la couverture (nombre de personnes couvertes et niveau de couverture, etc.) des régimes existants et prévus. Cet exercice serait très utile pour évaluer la viabilité et la durabilité financières des différents régimes prévus, et devrait mener à une discussion sur l'espace budgétaire et fiscal de la protection sociale (ainsi que les engagements nécessaires à long terme du gouvernement, des partenaires du développement et des autres sources de financement). De plus, il aidera à redéfinir la conception des régimes prévus et à fournir des données sur le choix le plus adapté ou le scénario le plus réalisable.

La structure budgétaire actuelle ne permet pas de déterminer le niveau de dépenses du gouvernement pour la protection sociale. Les dépenses du gouvernement pour ce poste s'élevaient au total à 181 millions de dollars pour toutes les agences gouvernementales en

2008, soit une hausse de 55 pour cent par rapport à 2007. Néanmoins, étant donné le niveau d'agrégation du budget, il est impossible de déterminer quelle part de cette somme a été attribuée à des activités de protection sociale, et quelle part à d'autres types d'interventions sociales. La plupart des dépenses explicites de protection sociale ciblent actuellement les employés du secteur public et les travailleurs du secteur formel.

Tableau 14. Coût estimé d'un programme de transfert en espèces

Poste	Montant
Population totale, 2007	13 395 682
Part de la population vivant en zone rurale, 2007 (%)	79,80
Population vivant en zone rural, 2007	10 689 754
Taux d'extrême pauvreté dans les zones rurale, 2007 (%)	20,78
Nombre de personne en situation d'extrême pauvreté, 2007	2 221 331
Composition des ménages: enfants de moins de 5 ans dans le quintile le plus bas (%)	11,5
Nombre total d'enfants de moins de 5 ans en situation d'extrême pauvreté	255 453
Nombre de femmes enceintes en situation d'extrême pauvreté	43 302
Nombre total de bénéficiaires	298 755
Montant de la prestation par enfant ou mère (\$)	15
Fréquence annuelle	4
Montant total annuel du transfert par enfant (\$)	60
Coût total annuel des prestations seules (\$)	17 925 293
Frais administratifs (%)	10
Coût total du programme (\$)	19 717 823
Produit intérieur brut, 2008 (\$)	9 573 000 000
Coût total du programme en pourcentage du PIB	0,21

Source: Programme de transferts en espèces pour appuyer les personnes pauvres en combattant la malnutrition de la mère et de l'enfant: une note de discussion, mars 2010.

Défis

Les programmes de protection sociale au Cambodge sont confrontés à différents défis concernant leur mise en œuvre, à des problèmes de financements et à des défis institutionnels. Du point de vue de la mise en œuvre, le défi concerne le passage d'ici 2013 d'interventions fragmentées et basées sur des projets à un programme plus intégré et systématique. Alors que les interventions actuelles de filets de sécurité sociale excluent des groupes vulnérables importants, la Stratégie nationale de protection sociale pour les personnes pauvres et vulnérables (NSPS) élaborée récemment doit inclure des objectifs plus larges et un éventail d'instruments de protection sociale, et doit être chargée de combattre la vulnérabilité.

En raison des nombreuses sources de vulnérabilité auxquelles les personnes pauvres du pays sont confrontées, les filets de sécurité sociale doivent être une composante clé du développement de la protection sociale. Le Cambodge a mis en œuvre des projets et programmes importants financés par des dons pour réintégrer, réhabiliter et améliorer la sécurité alimentaire; pour répondre efficacement aux situations d'urgence; et pour améliorer le niveau de vie de tous les Cambodgiens pauvres. Cependant, le pays n'a pas encore réellement fait appel à des programmes de filets de sécurité sociale ayant prouvé leur succès dans d'autres pays (par exemple, les transferts en espèces conditionnels,

programmes qui effectuent des transferts en espèces à des ménages sous la condition que ceux-ci utilisent des services publics). D'un point de vue institutionnel, l'expérience en matière de filets de sécurité sociale n'est pas nouvelle au Cambodge, mais les termes et la compréhension semblent être conceptuellement différents. Au cours des 18 derniers mois, un dialogue participatif d'une importance cruciale a eu lieu entre les ministères responsables, les institutions gouvernementales et les partenaires du développement. Ce processus doit être poursuivi sur le long terme. Enfin, en raison de contraintes budgétaires, le financement du programme de sécurité sociale doit être considéré comme un investissement plutôt que comme une dépense.

Bibliographie

Banque mondiale (2009): *Poverty Profile and Trend in Cambodia 2007*, juin 2009.

Frings, V. (1993): «The Failure of Agricultural Collectivization in the People's Republic of Kampuchea (1979-1989)», Document de travail n° 80, Center for Southeast Asian Studies, Monash University.

Knowles, J. (2008): «Poverty Estimates for Cambodia, 2007». Phnom Penh, Rapport de la Banque mondiale pour les pays d'Asie du Sud-Est.

Ministère de la Planification (2010). *Cambodian Millennium Development Goals Report* (Phnom Penh, Cambodge).

ⁱ Banque mondiale: *World Development Indicators 2008*.

ⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale: *Observatoire mondial de la santé*, 2005.

^{iv} Banque mondiale: *World Development Indicators 2008* et *Global Development Finance 2008*.

^v Statistiques nationales, 2009.

^{vi} Banque mondiale: *World Development Indicators 2008* et *Global Development Finance 2008*.

^{vii} *Ibid.*

^{viii} *Ibid.*

^{ix} Statistiques nationales, 2008.

^x PNUD: *Human Development Report 2009*.

7. Chili

Population ⁱ	16 803 952
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	23,2
15-64 ans (%)	68,1
65 ans et plus (%)	8,8
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	7
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	81,7
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	75,6
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	16
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^{iv} courants ^v	10 084
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vi}	14 436
Monnaie locale constante	3 848 916
Taux de chômage ^{vii}	8,6
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{viii}	44
Indicateurs de pauvreté IDH – rang pour l'indicateur de la pauvreté humaine	10

Red Protege, système de protection sociale, 2006-2010

Clarisa Hardy

Résumé

Le système de protection sociale, *Red Protege*, inclut des composantes intersectorielles (principalement l'éducation, la santé, le logement et la sécurité sociale) et s'articule autour de 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*);
- le système de protection sociale au travail.

Elaboré entre 2006 et 2010, le système de protection sociale:

- aide et oriente les personnes tout au long de leur vie;
- considère la famille, dans toute sa diversité, comme bénéficiaire et non seulement comme contributeur de la protection sociale;
- combine les transferts monétaires directs (actions distributives immédiates) avec les initiatives de promotion et de développement destinées à créer et à égaliser les opportunités;
- garantit les droits sur la base du cadre juridique qui régit la protection sociale.

A propos de l'auteur

Clarisa Hardy, directrice exécutive de la *Fundación Dialoga* et ancien ministre de la Planification (2006-2008) sous la présidence de Michelle Bachelet.

Introduction

Au Chili, la transition d'une logique fondée sur la satisfaction des besoins de base à une logique fondée sur des droits garantis représente le changement d'orientation le plus important impulsé dans le domaine des politiques sociales au cours de ces vingt dernières années (c'est-à-dire à partir de 1990, au retour de la démocratie après le coup d'Etat de 1973).

Bien que les premiers gouvernements démocratiques, membres de la concertation des partis pour la démocratie (*Concertación de Partidos por la Democracia*), aient consenti des efforts pour faire avancer le développement social, la plupart des mesures publiques prises avaient pour objectif de faire face à l'ampleur de la pauvreté, héritage de la dictature. Ce n'est qu'à partir de la fin des années 1990 – témoins d'immenses progrès réalisés par deux gouvernements successifs pour éradiquer la pauvreté – que la mise en place d'un nouveau modèle politique fondé sur des droits sociaux garantis a été envisagée.

Les premières initiatives ont vu le jour sous la présidence de Ricardo Lagos (2000-2006). Parmi ces initiatives, un nouveau programme pour lutter contre la pauvreté, *Chile Solidario*, qui a pour objectif de fournir des prestations minimales garanties aux familles les plus pauvres du pays. Par la suite, la réforme de la santé, qui avec son plan d'accès universel contenant des garanties explicites (*Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas*, AUGE) établit des garanties explicites pour un ensemble de pathologies. Enfin, une assurance-chômage pour les travailleurs de l'économie formelle est mise en place.

Par la suite, le gouvernement de Michelle Bachelet (2006-2010)¹ a repris ces orientations. Il avait pour objectif de: garantir les droits sociaux à la population (en incluant toutes les politiques sociales tout au long de la vie pour les familles, étendre ces dernières aux secteurs les plus pauvres, et les institutionnaliser sous la forme d'un système de protection sociale, intitulé *Red Protege*, afin de faciliter sa diffusion au sein de la population.

La présente étude de cas vise à donner une image globale du système de protection sociale *Red Protege*. Dans une première partie, elle traite des événements qui ont concouru à la création de ce système, c'est-à-dire le contexte économique et les politiques sociales qui le précédèrent (entre 1990 et 2006). Cette partie est suivie d'une analyse des fondations, concrètes et conceptuelles, qui soutiennent le système. La troisième partie présente les caractéristiques et les composantes du système de protection sociale, ainsi que les outils qui ont aidé à le mettre en œuvre. Enfin, la quatrième partie dresse la liste des mécanismes juridiques et financiers qui permettent au *Red Protege* d'être considéré, non pas comme un programme gouvernemental, mais plutôt comme une politique publique, afin qu'il ne soit pas remis en question après chaque changement de gouvernement.

¹ Au cours du gouvernement Lagos, une réforme a réduit le mandat présidentiel de six à quatre ans. Cette réforme est entrée en vigueur à l'arrivée au pouvoir du gouvernement suivant.

Contexte historique (1990-2006)

En matière de réalisations sociales, les gouvernements démocratiques se sont engagés à : éradiquer la pauvreté, assurer une transition de la dictature vers la démocratie et accroître la légitimité de la coalition gouvernementale de centre gauche à gérer de manière responsable l'économie. Cet ensemble de priorités – établir la démocratie, gouverner de façon responsable l'économie du pays et mieux intégrer les plus pauvres à la société chilienne – a permis à l'alliance de centre gauche de rester à la tête du gouvernement pendant vingt ans. En effet, quatre gouvernements différents se sont succédé et ont garanti une progressivité et une continuité institutionnelles, permettant de réduire considérablement la pauvreté et d'offrir un accès universel aux prestations sociales à tous les Chiliens.

Entre 1990 et 2006, année de prise de fonction du gouvernement Bachelet et de mise en œuvre du système de protection sociale, le taux de croissance de l'économie se situait autour de 5 pour cent (même en tenant compte de la période de récession économique chilienne due à la crise asiatique), le revenu par habitant a été multiplié par trois, passant de 3 000 dollars à 10 000 dollars environ², la pauvreté a baissé de 38,7 pour cent à 13,7 pour cent et l'extrême pauvreté de 13 pour cent à 3,1 pour cent. Par rapport aux autres pays d'Amérique latine, le Chili est passé de la cinquième place en termes de pauvreté en 1990, au pays avec le moins de pauvreté en 2006³.

Au cours de la même période, de nombreux progrès ont été faits en matière d'accès universel aux prestations sociales, dont: la scolarisation primaire universelle, la réduction du taux d'abandon dans l'enseignement secondaire (ce taux est maintenant inférieur à 15 pour cent), la diminution notable de la mortalité maternelle (de 65 pour mille en 1990 à 16 pour mille en 2006) et de la mortalité infantile (de 18 pour mille en 1990 à 8 pour mille en 2006), la disparition de la malnutrition (qui est passée, en moins de quinze ans, de 5 pour cent à 0,5 pour cent chez les enfants) et l'augmentation de l'espérance de vie (avec une longévité similaire aux pays les plus développés)⁴. Ces indicateurs sont parmi les plus pertinents et les plus utiles pour expliquer la position obtenue par le Chili dans le classement de l'indice de développement humain. En effet, le Chili se situe parmi les pays les mieux classés et obtient, avec l'Argentine et l'Uruguay, les meilleurs résultats sociaux en Amérique latine⁵.

Depuis l'arrivée au pouvoir du gouvernement de Ricardo Lagos en 2000, la réduction de la pauvreté et les progrès réalisés concernant les indicateurs d'intégration sociale

² A la fin du mandat de Michelle Bachelet (en mars 2010), le revenu par habitant était d'environ 15 000 \$. Cela a permis au Chili d'intégrer le groupe de pays d'Amérique Latine à revenus moyens. Il est important de garder ce chiffre à l'esprit pour comprendre l'étendue du système de protection sociale du Chili et pour en tirer des leçons au niveau des pays avec les mêmes réalités socio-économiques. Source: ministère des Finances, gouvernement du Chili.

³ Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (Comisión Económica para América Latina, CEPAL): *Panorama Económico Social*, Chili, 2006.

⁴ Sources: Institut national de statistiques, ministère de la Santé, ministère de l'Éducation et ministère de la Planification et de la Coopération (Ministerio de Planificación y Cooperación, MIDEPLAN). Gouvernement du Chili, 1990-2006.

⁵ PNUD: *Informe de Desarrollo Humano*, Chile (Rapport sur le développement humain au Chili) 2004, 2005 et 2006.

correspondent à des choix de politiques sociales. Sur la base de la règle relative à l'équilibre structurel, ces choix ont garanti une intensification des dépenses sociales, et ainsi permis de contrebalancer les effets des crises économiques et d'empêcher ces dernières d'avoir un effet négatif sur les dépenses et les investissements sociaux. Le Chili a donc pu surmonter les crises économiques en augmentant sans cesse les dépenses sociales, qui représentent actuellement deux tiers des dépenses publiques totales.

Ces résultats remarquables en matière d'intégration sociale ont permis à de nombreux groupes de la population de briser le cercle vicieux de la pauvreté dans lequel ils se trouvaient et d'améliorer leur intégration sociale. Néanmoins, les inégalités de distribution restent inchangées et les discriminations liées aux droits des citoyens perdurent (pour des raisons socio-économiques, ethniques et territoriales ou à cause des différences hommes-femmes et entre les âges)⁶. Cette réalité met en évidence le problème des risques sociaux et du manque de défense des droits sociaux qui touche des milliers de ménages sans protection sociale, même lorsqu'ils ne sont pas pauvres ou pour une autre raison extérieure à leur pauvreté.

Ce scénario où se mêlent progrès économique, responsabilité fiscale et politique anticyclique, ainsi que baisse de l'ampleur de la pauvreté et universalisation progressive de l'accès aux prestations sociales, mais également des inégalités, a entraîné un virage des politiques sociales à partir de l'an 2000, lequel a été renforcé au cours du gouvernement Bachelet grâce à la mise en place d'une approche fondée sur les droits garantis pour un ensemble vaste de politiques sociales.

Fondements conceptuels et empiriques

Deux éléments sont à l'origine du virage amorcé dans les politiques sociales où les personnes ne sont plus considérées comme des «individus ayant des besoins» mais comme des «individus ayant des droits»: d'une part, la population est de plus en plus informée, elle est aussi plus consciente de ses droits et plus exigeante en ce qui concerne leur application; et d'autre part, le changement socio-économique rapide a été ressenti par la population chilienne dans un court délai.

En ce qui concerne le premier élément, au fur et à mesure qu'est opérée la transition vers la démocratie et que sont établis les droits politiques et civils, la population est de moins en moins dépendante et subordonnée. Elle connaît ses droits et exige qu'ils soient respectés. A partir de la fin des années 90, après dix ans de gouvernements démocratiques, la mobilisation sociale s'est accrue, notamment au sein des secteurs négligés et parmi les travailleurs qui, craignant le retour d'un régime autoritaire, n'avaient jusqu'alors pas affirmé leurs exigences.

Cette nouvelle réalité politique s'inscrit dans une période où de nombreux bouleversements socio-économiques ont lieu: toutes les données empiriques tendent à montrer qu'il ne s'agit pas seulement d'un processus accéléré de réduction de la pauvreté, mais de la transformation de la pauvreté traditionnelle en pauvreté moderne (augmentation du taux de scolarisation, accès à de meilleures conditions de logement et à des services

⁶ Ministère de la Planification et de la Coopération: «Resultados de Trabajo e Ingresos», «Resultados de Mujeres», «Resultados de Pueblos Indígenas», CASEN, 2006.

sociaux de base, etc.)⁷. Par ailleurs, le nombre de personnes qui se situent au-dessus du seuil de pauvreté, mais qui ont des niveaux de revenu bas et des emplois précaires⁸ s'est accru, entraînant un accès de masse à des prestations dont la qualité diffère⁹. Ces nouvelles inégalités sont à l'origine de frustrations et d'un sentiment d'insécurité, ainsi que de grandes attentes relatives à la mobilité sociale.

Comme le montrent des études longitudinales réalisées au sein des mêmes familles nucléaires depuis dix ans¹⁰, la rotation de la pauvreté constitue, d'une part, un indicateur de taille supplémentaire de ces changements et, d'autre part, une manifestation des phénomènes d'inégalités. En effet, selon ces études, environ un tiers des familles qui sont sorties de la pauvreté ont de nouveau traversé un épisode de pauvreté à un moment de leur cycle de vie. De plus, les familles qui ne sont pas pauvres ont dû, elles aussi, faire face à des problèmes de pauvreté. Les politiques de réduction de la pauvreté sont efficaces, néanmoins, elles ne réduisent pas les risques de tomber dans la pauvreté. Par ailleurs, en raison de la répartition inégale des vulnérabilités au sein d'une société qui présente de grandes lacunes socio-économiques (70 pour cent des ménages ont des revenus inférieurs au revenu moyen national)¹¹, les individus ont plus ou moins de risques de tomber dans la pauvreté.

En d'autres termes, persister à prendre des mesures de protection sociale destinées uniquement aux plus pauvres peut entraîner une régression des politiques, compte tenu de l'étendue des secteurs non pauvres vulnérables qui, sans aucune aide contre les risques, doivent faire face aux incertitudes et à l'instabilité du travail ou à de bas niveaux de salaire, voire aux deux¹².

⁷ La modernisation généralisée des tendances de consommation montrent cette évolution, qui peut être observée en comparant les deux derniers recensements de la population (Institut national de statistiques, 1992 et 2002, Chili) ainsi que les changements, notamment en termes d'accès de masse aux prestations et services sociaux, au logement et aux infrastructures sociales de base, aux téléphones et à internet (ministère de la Planification et de la Coopération, CASEN de 1990 à 2006).

⁸ Ministère de la Planification et de la Coopération: «Resultados de Trabajo e Ingresos», CASEN 2000, 2003 et 2006.

⁹ Selon plusieurs sondages d'opinion qui reflètent les perceptions de l'opinion publique et qui sont confirmés par les lacunes en termes de performances scolaires entre, d'une part, les élèves du public et ceux des écoles privées subventionnées et, d'autre part, les élèves des écoles privées dont les parents paient entièrement leur scolarité. *Source*: Système d'évaluation de la qualité de l'éducation (*Sistema de Medición de Calidad de la Educación, SIMCE*), ministère de l'Éducation.

¹⁰ Les enquêtes CASEN 1996, 2000 et 2006 ont été réalisées auprès du même échantillon de 5 000 familles.

¹¹ Ministère de la Planification et de la Coopération: «Serie 2: Distribución del Ingreso e Impacto Distributivo del Gasto», et «Resultados de Trabajo e Ingresos», CASEN, 2006.

¹² Les données désagrégées par déciles pour le CASEN 2006, en ce qui concerne l'éducation, le taux national de participation au marché du travail et le taux de participation des femmes, le chômage, le logement, les ménages dirigés par des femmes et la part du revenu national, montrent une haute vulnérabilité pour les deux premiers déciles, mais également l'existence de différents types et degrés de vulnérabilités entre le troisième et le septième décile (ministère de la Planification et de la Coopération, «Serie 2...» et «Resultados de Trabajo...»).

Les données relatives à l'impact des dépenses sociales, en termes de distribution, sont très intéressantes. En effet, la distribution de l'aide gouvernementale aux groupes les plus pauvres est très nette alors qu'elle est considérablement inférieure dans les groupes qui ne sont pas pauvres, mais dont les revenus sont faibles et le degré de vulnérabilité très élevé. Grâce aux subventions gouvernementales pour la scolarité et la santé, ainsi qu'aux transferts en espèces, le décile le plus pauvre de la population voit ses revenus tripler. Pour le décile suivant, l'aide accordée par l'Etat lui permet de doubler ses revenus. Cependant, à partir du troisième décile, les transferts se réduisent considérablement, et leur montant est particulièrement bas entre le quatrième et le septième décile. Les familles appartenant à ces déciles ont donc (comme mentionné auparavant) des revenus inférieurs au revenu moyen, déjà très bas.¹³

Pour résumer, deux tiers des familles chiliennes ont des revenus qui se situent bien en dessous de la moyenne nationale, et un peu moins de la moitié de ces familles bénéficie de transferts suffisants.

Ainsi, à son arrivée au pouvoir, le gouvernement Bachelet devait trouver des solutions non pas pour atténuer la pauvreté, comme cela avait été le cas dix ans plus tôt, mais pour empêcher l'apparition et la reproduction de la pauvreté, d'une part, et pour garantir une protection sociale (le respect des droits sociaux) à toutes les personnes qui en ont besoin et qui, en raison de leur pauvreté ou de leurs vulnérabilités, ont plus de risques de s'appauvrir davantage, d'autre part.

Le gouvernement Bachelet a donc mis au point *Red Protege*, système de protection sociale, en se fondant sur une notion de droits des citoyens dans sa totalité (droits politiques et civils, mais aussi économiques, sociaux et culturels) et en prenant en compte la réalité sociale des inégalités qui influe sur la répartition des opportunités et des capacités.

La réalité socio-économique prédominante et la volonté d'une politique sociale destinée à faire face aux vulnérabilités sociales ont conduit le gouvernement Bachelet à reconnaître que la couverture de protection sociale devait être étendue même à ceux qui ne se trouvaient pas en situation de pauvreté. Néanmoins, l'extension de la couverture du système de protection sociale n'a pas été uniforme et a été définie en fonction des cadres budgétaires préalablement déterminés par les autorités en charge de l'économie et des finances. Ainsi, dans son ensemble, elle ne s'est pas fondée sur l'analyse des différents types de risques et de vulnérabilités.

Dans la pratique, *Red Protege* était conçu pour combattre, entres autres, la pauvreté avec une prise en charge différente pour chaque bénéficiaire (d'une protection de 20 pour cent des revenus les plus bas à la couverture universelle). L'idée d'offrir à toute la population une couverture uniforme, dont la définition déterminerait les besoins budgétaires, a été abandonnée. Cette question est donc restée sans réponse jusqu'à la fin du

¹³ A titre d'exemple en peso chilien, le revenu moyen du décile le plus pauvre est de CH\$ 63 866. Avec les transferts en espèces, la santé et l'éducation, ce revenu atteint CH\$ 164 595. Le deuxième décile a, quant à lui, un revenu moyen de CH\$ 144 442, qui avec les transferts en espèces équivaut à CH\$ 229 621. Les autres déciles suivent la même tendance, mais le septième décile, dont le revenu moyen est de CH\$ 437 417, ne perçoit en prestations sociales que CH\$30 000, à peine de quoi couvrir les dépenses pour l'éducation – notamment l'éducation supérieure – ou les maladies catastrophiques ou chroniques, etc. (ministère de la Planification et la Coopération, 2006, «Serie 2...».)

gouvernement Bachelet. Par ailleurs, l'extension de la protection sociale à la classe moyenne a été au cœur de la campagne de 2009 (et est au centre des débats politiques actuels).

Le système de protection sociale, 2006-2010: caractéristiques, composantes et outils

Les caractéristiques principales du système de protection sociale, élaboré entre 2006 et 2010, peuvent se résumer comme suit:

- **soutenir les personnes tout au long de leur vie.** Pour la première fois, le système de protection sociale met en évidence le besoin d'aider les bénéficiaires de manière continue tout au long de leur vie, de leur naissance à leur décès, sans restreindre l'aide à des périodes déterminées ou à des groupes sélectionnés en fonction de leur âge¹⁴;
- **considérer la famille, dans toute sa diversité¹⁵, comme le bénéficiaire et non comme le soutien de la protection sociale.** Toutes les familles se composent de membres dont les âges diffèrent; ces familles nucléaires doivent donc être vues comme des noyaux nécessitant une protection (et leurs membres ne doivent pas être protégés indépendamment des autres). Ce système permet donc la synergie des différentes protections fournies aux membres de la famille, ainsi que la demande d'actions sectorielles qu'implique une telle approche. En outre, parce qu'il ne définit pas de critères précis quant aux familles à protéger et qu'il couvre tous les types de familles existantes (elles peuvent définir de manière libre et privée leurs membres), le système n'exclut pas les familles non traditionnelles. Une des caractéristiques les plus importantes de ce système est qu'il considère que la famille dans son ensemble a besoin d'une protection et que ce n'est pas à elle d'assumer le coût de cette protection pour tous ses membres. Cette caractéristique est illustrée par les mesures adoptées dès 2006 et destinées aux enfants en bas âge, de la crèche jusqu'à la maternelle, afin de permettre à leur mère d'étudier ou de travailler sans compromettre le développement cognitif et émotionnel de l'enfant;
- **combinaison des transferts monétaires directs (actions distributives immédiates) avec des initiatives de promotion et de développement, afin de créer et d'égaliser les opportunités (investissement social avec effet distributif sur le moyen terme).** Il s'agit de l'aspect central de la nouvelle orientation donnée à la protection sociale, qui définit ouvertement l'option de redistribution immédiate grâce aux transferts d'argent et aux allocations familiales. Cette option est associée à des mesures visant à distribuer équitablement les opportunités, en tant que stratégie menée sur le moyen

¹⁴ De nombreux modèles relatifs au bien-être social n'ont pas opté pour cette logique et ont privilégié les personnes âgées, avec des régimes ou des prestations de retraites, aux dépens des enfants ou de leur protection, qui est souvent, en partie ou totalement, marginalisée. La responsabilité de la protection de l'enfant incombe donc, partiellement ou entièrement, aux familles (mères). Ce phénomène a pour effet de maintenir les enfants sans protection et, compte tenu de la nature des rapports entre les sexes à la fois dans les foyers et au travail, d'augmenter le poids du rôle de mère qu'occupent les femmes dans la société (non sans effet sur leur capacité à participer au marché du travail).

¹⁵ Les changements effectués depuis 2006 dans les programmes et les transferts en espèces ont permis l'extension des prestations à différents types de familles, ne se limitant pas aux couples mariés, qui ne représentent en réalité que la moitié des familles chiliennes.

terme grâce à des investissements, principalement, mais pas exclusivement, dans l'éducation et la santé. L'articulation de ces deux composantes et leur détermination mutuelle permettent aux transferts monétaires de s'intégrer aux politiques d'opportunité (sans les remplacer);

- **garantir les droits sur la base du cadre juridique qui régit la protection sociale, en spécifiant les lois qui garantissent les droits et leur étendue.** Les lois et les règlements du cadre juridique de la protection sociale font clairement mention, entre autres, de la couverture maladie grâce au plan d'accès universel avec garanties explicites (*Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas*, AUGE), du nombre d'années de scolarisation garanties, de la couverture des allocations familiales, des pensions de solidarité de base, de la protection de la maternité et des soins aux enfants. Par conséquent, ces composantes modifient, au fur et à mesure, les dispositions précédentes relatives au type de droits à prendre en charge et à leur étendue.

Le système de protection sociale se décompose en trois éléments centraux:

- **le système de protection sociale contre la pauvreté et la vulnérabilité, *Chile Solidario***, qui était en 2003, initialement destiné aux familles vivant dans une extrême pauvreté. Une fois que le système a prouvé son efficacité dans la lutte contre la pauvreté, il a inclus d'autres groupes de la population, notamment les pauvres non-indigents et les groupes souffrant de vulnérabilités spécifiques, telles les personnes âgées ou sans domicile et les familles comptant un membre handicapé. Les mesures prises pour garantir les droits des familles bénéficiaires de *Chile Solidario* s'appliquent dans divers domaines tels que la scolarisation des enfants jusqu'à l'âge adulte, les soins de santé pour tous les membres de la famille, ainsi que les programmes d'employabilité et de génération de revenus pour les chefs de famille. L'une des caractéristiques les plus innovantes de ce système réside dans le soutien psychologique personnalisé que reçoit chaque famille. En effet, des psychologues s'efforcent de renforcer la dynamique familiale afin de restaurer ou de renforcer la coexistence familiale, dans le but d'encourager l'intégration sociale de ses membres et l'exercice de leurs droits. La plus grande réussite de *Chile Solidario* est d'être parvenu à offrir des services publics aux plus pauvres et aux plus vulnérables, en d'autres termes, à ceux qui, bien qu'ils soient en droit de bénéficier de ces services, n'étaient pas en mesure d'y accéder de manière effective, soit par manque d'informations ou d'initiatives (propres à la résignation acquise face à la pauvreté), soit en raison de l'inefficacité du système public. En outre, grâce à une gestion et à des activités menées de manière décentralisée, le système a généré une coordination sectorielle.
- **le système complet de protection sociale pour l'enfance, *Chile Crece Contigo***, destiné aux enfants de leur naissance jusqu'à leur entrée dans le système scolaire. *Chile Crece Contigo* ne prend pas en compte uniquement les droits des enfants entre 0 et 4 ans, il inclut également la protection de la maternité et favorise le travail socialement protégé pour les femmes. Parmi les droits garantis, il existe des allocations spécialement destinées aux femmes enceintes (durant toute la grossesse) et aux enfants (de leur naissance à leurs 18 ans) qui sont fournies à 40 pour cent des ménages les plus vulnérables. De plus, des jardins d'enfants et des crèches accueillent les enfants gratuitement selon des horaires adaptés, afin de permettre aux mères de famille de travailler, d'étudier, voire de rechercher un emploi. Cette mesure s'adresse aujourd'hui à 40 pour cent des ménages les plus vulnérables, mais devrait s'étendre à 60 pour cent d'ici 2010. *Chile Crece Contigo* a deux autres objectifs qui consistent à humaniser l'accouchement grâce au système de santé public, ainsi qu'à appuyer le développement psychologique des enfants dans les premières années de leur vie. 40 pour cent des ménages les plus vulnérables comptant un enfant handicapé pourront

bénéficier du fonds de développement des enfants handicapés, mais aussi d'allocations pour le logement, d'une assistance juridique, ainsi que de formations professionnelles pour les parents. Comme pour le système *Chile Solidario*, la gestion décentralisée de *Chile Crece Contigo* permet la synergie des services sectoriels présents dans toutes les communautés, avec pour point d'entrée la première visite de contrôle de la grossesse. Il est important de garder à l'esprit que 80 pour cent des mères sont prises en charge par le système de santé public.

- **le système de protection sociale au travail**, conçu pour promouvoir le travail décent des travailleurs et des travailleuses. Ce système est à l'origine des réglementations relatives à la sous-traitance, de la mise en place de sanctions en matière de pratiques antisyndicales, et de la création de tribunaux du travail et d'un Conseil du travail (d'autres initiatives restent en suspens, notamment celles relatives aux négociations collectives). Le système permet également l'amélioration de l'assurance-chômage. Dans le but de protéger les personnes âgées lorsqu'elles arrêtent de travailler, la réforme du système de retraite prévoit le renforcement des piliers de solidarité non contributifs. Ainsi, toutes les personnes âgées n'ayant pas épargné pour leur retraite sont protégées par le système qui leur verse des allocations de solidarité de base. Ces dernières couvriront 40 pour cent des ménages à faibles revenus dans un premier temps et 60 pour cent dans un second temps (à compter de 2010). Cette réforme relative au pilier de solidarité comprend également des contributions de l'Etat pour les pensions modestes, des cotisations à la sécurité sociale pour les jeunes, ainsi qu'une prime destinées aux femmes pour chaque enfant vivant. De cette manière, les femmes peuvent augmenter le montant de leurs allocations pour deux raisons: soit parce que ce sont des travailleuses affiliées, soit parce qu'elles reçoivent une allocation de solidarité de base.

Ces trois axes s'articulent autour de composantes intersectorielles, telles que la santé, la scolarité et le logement. La santé a un rôle central tout au long de la vie, c'est pourquoi les mesures suivantes sont mises en place: soutien bio-psycho-social pendant la grossesse et l'année suivant l'accouchement; renforcement des prestations sanitaires destinées aux familles, notamment pendant la grossesse et la croissance de l'enfant; santé reproductive et prévention des grossesses chez les adolescentes; médecine et sécurité du travail; soins spécifiques et gratuits destinés aux personnes âgées alitées.

Le tableau suivant dresse la liste des principales prestations offertes à la population tout au long de la vie, de l'enfance à la vieillesse, en passant par la jeunesse et l'âge adulte. Il montre l'ampleur avec laquelle le système de protection sociale, *Red Protege*, protège la population chilienne.

Composantes du système de protection sociale *Red Protege*, tout au long de la vie

Période de la vie	Prestations
Petite enfance (de la grossesse jusqu'à l'entrée à l'école)	<p>Chile Crece Contigo</p> <ul style="list-style-type: none"> - soutien pendant la grossesse et la première année de l'enfant; - soutien bio-psycho-social pendant la première année de l'enfant; - extension des soins aux nouveaux nés adoptés; - jardins d'enfants et crèches gratuites (de 0 à 3 ans) pour 60 pour cent des ménages dont les revenus sont les plus bas; - allocations familiales automatiques pour 40 pour cent des ménages dont les revenus sont les plus bas;

Période de la vie	Prestations
Enfance et jeunesse	<ul style="list-style-type: none"> - maternelles gratuites (de 4 à 5 ans); - écoles primaires et secondaires obligatoires; - extension du système éducatif; - diversification du soutien apporté aux élèves (nourriture, matériel et transports scolaires); - extension des bourses versées aux élèves de l'enseignement supérieur (instituts techniques et universités) et du troisième cycle; - allocations pour le logement versées aux jeunes; - subventions pour embaucher les jeunes travailleurs.
Âge adulte	<ul style="list-style-type: none"> - égalité des salaires entre les hommes et les femmes; - programme antidiscrimination et Code de bonnes pratiques de travail dans le secteur public; - prestations fournies aux mères pour chaque enfant vivant; - formation professionnelle; - allocation pour le logement pour 40 pour cent des ménages dont les revenus sont les plus bas;
Vieillesse	<ul style="list-style-type: none"> - allocation de solidarité de base pour 60 pour cent des ménages et des personnes handicapées dont les revenus sont les plus bas; - cotisation de solidarité pour les ménages à plus faible revenu; - primes pour les individus qui ont à leur charge des personnes alitées.

Pour sa mise en œuvre, le système *Red Protege* nécessite des moyens d'identification des facteurs de pauvreté et de vulnérabilité. Cette identification permettra d'orienter les prestations en fonction des problèmes rencontrés par les ménages et les personnes, et en fonction des caractéristiques des régions dans lesquelles les familles résident (ce sont ces caractéristiques qui limitent ou aggravent les conditions de vie des ménages).

Le gouvernement a donc mis en place des outils capables de déterminer les situations de précarité sociale et territoriale, et d'attribuer les services requis de manière adéquate:

- **formulaire de protection sociale:** il s'agit d'un outil personnalisé d'accès au système de protection sociale qui identifie, sur demande, les familles et les individus bénéficiaires des différents programmes et prestations à l'échelle de la communauté. Plus de 10 millions de Chiliens (soit la moitié de la population totale) ont rempli ce formulaire de protection sociale dans leur municipalité.
- **carte régionale de vulnérabilité:** ces cartes mettent en évidence les unités territoriales où la population ne bénéficie pas ou peu de services, et où les conditions de vie et environnementales se détériorent. Ces unités servent de base pour l'élaboration d'un modèle d'intervention complet et décentralisé de la protection sociale. Par conséquent, ces cartes permettent de donner un ordre de priorité quant à l'investissement social dans les services de base, notamment la connectivité, l'énergie, l'eau et l'assainissement, ainsi que le traitement des eaux usées.
- **enquête de caractérisation socio-économique (CASEN):** il s'agit d'un instrument essentiel pour identifier, caractériser et mesurer en termes d'amplitude la population pauvre et exposée à des vulnérabilités (ces dernières seront alors couvertes par le système de protection sociale). Néanmoins, le but principal de la CASEN est d'évaluer les mesures sociales et l'impact de la répartition des dépenses sociales. A l'heure actuelle, l'enquête est menée tous les trois ans, mais un débat est ouvert pour savoir si elle ne devrait pas être réalisée plus régulièrement, à savoir tous les ans. Outre cet outil, il existe également un processus d'évaluation a posteriori pour estimer

les investissements et les programmes ayant un impact social. Chaque année, ce processus évalue un certain nombre de programmes, et ses résultats servent de base à la discussion sur la loi du budget. En effet, ces derniers permettent de déterminer si un des programmes en question doit être mis en place, poursuivi, ou transformé; le budget alloué est déterminé en termes de conformité aux recommandations de l'évaluation ¹⁶;

- **système intégré d'informations sociales (SIIS):** ce système a pour fonction de fournir régulièrement des informations sociales pertinentes et détaillées sur le réseau de prestations sociales dont bénéficient les familles grâce au système de protection sociale *Red Protege*. Ces informations permettent le contrôle du réseau ainsi que son suivi, et implique, par conséquent, que le secteur public soit capable de réagir immédiatement aux besoins spécifiques de protection sociale des familles. Ce système, dont la mise en place n'est pas complète, requiert que toutes les informations provenant des ministères soient numérisées et que toutes les données administratives soient centralisées. Il s'agit, avec le système intersectoriel de protection sociale, d'une obligation juridique.

Conditions de faisabilité financière et politique

Cette étude de cas au Chili montre que la faisabilité d'un système de protection sociale est fondée sur son institutionnalisation, c'est-à-dire qu'elle repose sur des institutions et des normes juridiques garantissant son fonctionnement et ses modalités de gestion.

Conditions politiques: délibération démocratique et participation

Red Protege n'est pas un programme gouvernemental, mais un système de protection sociale règlementé juridiquement qui fournit diverses prestations, et dont le financement est garanti par la loi. Ainsi, la mise en œuvre de *Red Protege* a été une réussite grâce au système politique chilien, lequel a permis aux initiatives du réseau d'aboutir à des normes, conséquences de délibérations démocratiques de grande ampleur au sein du Congrès national. Ces dernières ont, en fin de compte, permis d'obtenir un engagement identique de la part de l'opposition et du gouvernement en vigueur, assurant l'institutionnalisation et la continuité du système, quel que soit le parti au pouvoir.

Les initiatives mises en place par le dernier gouvernement de la Concertation sous la présidence de Bachelet ont représenté l'une des variations les plus intéressantes de ce processus démocratique. Ces initiatives avaient pour but d'encourager la participation des partis politiques et ont permis notamment que des réformes sociales et leur institutionnalisation soient appliquées au moyen d'un système de protection sociale. Bien que l'opposition les ait vivement critiquées à cette époque, ces initiatives ont été répétées par le nouveau gouvernement composé des forces politiques qui les avaient attaquées. Des instances participatives, également dénommées Commissions consultatives

¹⁶ Le ministère des Finances ainsi que le Congrès national ont autorisé cette procédure en 1998, et cette dernière a été utilisée depuis pour évaluer plus de 300 programmes, une ou plusieurs fois.

présidentielles ¹⁷, ont permis la ratification d'accords transversaux entre les forces politiques divergentes au sein du parlement. Les commissions se réunissaient pour traiter des réformes relatives à la protection sociale, en portant une attention particulière aux mesures de protection des enfants (ce qui a donné naissance à *Chile Crece Contigo*) et à la réforme des retraites (précurseur de la réforme des retraites actuellement en vigueur). Les commissions relatives à l'enseignement, au travail et à l'équité n'ont pas été aussi efficaces que les autres. En effet, de nombreux désaccords n'ont pu être résolus. Néanmoins, ces commissions sont parvenues à créer des initiatives législatives parmi lesquelles la création d'un ensemble d'institutions responsables de la qualité de l'éducation (Commission relative à l'éducation), et d'une prime pour l'embauche de jeunes travailleurs (Commission sur le travail et l'équité).

Ces mécanismes participatifs ont permis que les acteurs clés discutent de nombreux accords et désaccords, et ce avant la ratification d'une loi au parlement, réduisant considérablement le délai d'attente pour l'approbation de ces lois par le Congrès. En effet, suite aux délibérations des membres des commissions consultatives présidentielles et des audiences publiques, des rapports contenant des propositions ainsi que des positions contradictoires (dans une moindre mesure) ont été publiés. Grâce à ces rapports, qui présentaient l'état du débat politico-technique, le gouvernement a pu rédiger des propositions de loi qui, une fois présentées au Congrès, ont facilité les discussions et les accords entre les parlementaires.

En résumé, grâce à ce procédé, il aura fallu moins d'un an pour que la *loi Chile Crece Contigo* sur la protection des enfants, ainsi que la réforme sur les retraites soient ratifiées et entrent en application au cours du même mandat présidentiel. En comparaison, trois ans de débats parlementaires avaient été nécessaires pour que la réforme du système de santé et le Plan AUGE soient mis en œuvre par la précédente administration.

Conditions financières: faisabilité financière et de gestion

Dans le système politique chilien, seule la branche exécutive du gouvernement peut prendre des initiatives juridiques qui requièrent un financement. Par conséquent, toutes les initiatives et réformes proposées par la branche exécutive du parlement doivent faire l'objet d'une présentation relative à leur financement, ainsi qu'à l'engagement des sources de financement qui rendent possibles ces initiatives et réformes. En effet, ces dernières permettent leur durabilité et par conséquent leur maintien en tant que politique publique, en supprimant le risque d'être mises à l'écart par les gouvernements successifs.

¹⁷ Les Commissions consultatives présidentielles, qui ont vu le jour au cours de premiers mois du mandat Bachelet, avaient pour but de traiter des questions soulevées pendant la campagne présidentielle, parmi lesquelles des réformes essentielles exigeant des accords parlementaires vastes. Afin d'ouvrir la voie aux débats parlementaires et de tenir compte des visions pluralistes des initiatives sur les sujets abordés, ces commissions intégraient des experts multidisciplinaires avec des valeurs et des opinions politiques différentes, ainsi que des acteurs sociaux impliqués dans ces réformes potentielles. En outre, presque toutes les commissions ont organisé des consultations régionales et des audiences avec des organisations de la société civile, augmentant par conséquent la participation des différents acteurs à l'élaboration des propositions de réformes. Dans un délai de six mois, les rapports émanant de ces commissions ont servi de base à l'Etat pour rédiger les lois, qui ont quasiment toutes été soumises au parlement. Les commissions relatives à la protection des enfants, à la réforme des retraites, à la qualité de l'éducation, à la qualité du travail et à l'équité faisaient partie des commissions les plus représentatives du domaine de la protection sociale.

Le cadre juridique sur lequel se basent toutes les initiatives de *Red Protege* prévoit la mise à disposition des ressources financières nécessaires à leur mise en œuvre, depuis leur développement jusqu'à leur mise en application.

Les changements juridiques introduits, qui ont conduit à l'approbation d'initiatives fondées sur des droits sociaux garantis, ont généré un phénomène nouveau. Pour la première fois depuis la mise en place des allocations en espèces dans le cadre de *Red Protege* et d'une réglementation relative à la couverture sociale, le ministère des Finances s'est vu dans l'obligation de fournir des ressources à tous les citoyens qui en avaient besoin (et qui remplissaient les conditions pour pouvoir bénéficier des prestations). À l'inverse, dans le passé, des personnes qui remplissaient toutes les conditions pour bénéficier des prestations se retrouvaient sur des listes d'attente et ne touchaient pas d'allocation, puisque la mise à disposition des ressources était déterminée annuellement par les autorités budgétaires avec la loi du budget.

Suite à la mise en application du système de protection qui garantit des droits au moyen de la loi, de nombreuses obligations se sont ajoutées au budget public. La loi stipule notamment que les dépenses en matière de protection sociale ne peuvent être réduites ou redirigées vers d'autres utilisations.

La politique d'équilibre structurel est un instrument de politique fiscale en accord avec ce système, qui peut être assimilé à une garantie pour l'exécution des obligations financières en termes de dépenses sociales. Tel que cela a été mentionné auparavant, cette politique a aussi permis l'accroissement des dépenses sociales au fil du temps, et ce, indépendamment de la conjoncture économique. Bien que le Chili ne fasse pas partie des pays d'Amérique latine ayant les dépenses sociales les plus élevées, ces dernières ont néanmoins augmenté de manière régulière ces dernières années. En outre, les dépenses sociales représentaient la plus grande part des dépenses publiques totales: en 1990, les dépenses sociales par habitant équivalaient à 370 dollars et ces dépenses représentaient 61,2 pour cent des dépenses totales publiques, alors qu'en 2008, les dépenses sociales par habitant ont augmenté à 830 dollars et leur total représentait 68 pour cent des dépenses publiques totales¹⁸. En conséquence, la marge de manœuvre budgétaire a pour but d'assurer la nécessaire mise en place du système de protection sociale.

Il faut cependant noter que les citoyens demandent un élargissement de leurs droits, ainsi que leur extension à d'autres secteurs de la société, ce qui sera indéniablement source de pressions financières. Au-delà des efforts pour cibler les populations les plus pauvres, des pressions émanent de la classe moyenne qui ne bénéficie d'aucune protection, et dont les vulnérabilités ont été beaucoup plus visibles après le tremblement de terre et le tsunami de février 2012 que pendant la crise économique.

Dans ce contexte, un débat relatif à la réforme de la fiscalité est nécessaire et inévitable afin de réexaminer le poids des impôts actuels (qui ne dépassent pas les 18 pour cent du PIB: ce qui correspond à la moyenne des pays d'Amérique latine où les impôts représentent un moindre fardeau financier par rapport aux pays européens), ainsi que leur composition actuelle¹⁹.

¹⁸ CEPALC (CEPAL): *Panorama Económico Social*, Chili, 2009.

¹⁹ CEPALC (CEPAL): *Tributación en América Latina*, Chili, 2009.

Il est important de noter que *Red Protege* assignait également des ressources aux niveaux centraux des ministères sectoriels respectifs (étant donné que le Chili est un pays centralisé). Néanmoins, un processus de décentralisation de la gestion vient de débiter, et une partie de ces ressources financières est maintenant distribuée aux municipalités au moyen d'une méthode progressive, mais encore en cours d'élaboration.

En somme, le caractère graduel des processus, la marge de manœuvre budgétaire et sa progressivité, ainsi que son institutionnalisation, assurent à la protection sociale de ne pas être remise en question en cas de changement de gouvernement. Du point de vue des engagements financiers et des programmes, ils garantissent également sa durabilité au moins en ce qui concerne les droits et le niveau de couverture atteint en mars 2010.

Conclusions

Il est plus judicieux de faire le bilan de la mise en place d'un système de protection sociale au Chili, au moment de l'élection d'un nouveau gouvernement, c'est-à-dire d'un réel bouleversement politique. Ce changement de gouvernement s'est produit en mars 2010 quand, après deux décennies de gouvernement de coalition de centre gauche, le centre droit a remporté les élections.

En raison de ce virage politique, il est légitime de se demander si l'existence de *Red Protege* est en danger, notamment au vu de l'expérience historique chilienne (1973-1990), qui a minimisé le rôle social de l'Etat, mais également des expériences des autres pays d'Amérique latine où la poursuite des programmes a été compromise suite à l'arrivée d'un nouveau gouvernement au pouvoir.

Toutes les informations concernant le contexte historique du Chili qui se trouvent dans cette étude de cas permettent d'affirmer que le système de protection actuellement en vigueur (qui sans aucun doute peut et devrait être étendu, approfondi et perfectionné) ne court aucun risque. Il peut néanmoins ne connaître aucune évolution dans les niveaux atteints, si la gestion ou les résultats doivent eux-mêmes être améliorés avant que le système ne puisse évoluer. Ce scénario est cependant improbable, étant donné que la protection sociale est consolidée par l'évaluation positive de la population et était l'un des thèmes abordés par les candidats à la présidentielle lors des dernières élections.

Il est alors aussi important de noter que, à la fois au niveau de la société civile qu'au niveau des acteurs politiques, il existe un consensus sur les avantages de la protection sociale. En effet, cette dernière ne consiste pas en des mesures d'urgence et transitoires, mais génère des droits sociaux acquis de haute lutte. Cela représente une grande force qui soutient la protection sociale en tant que réussite démocratique. Jusqu'à présent, cette réalité s'est confirmée par l'approbation de la loi du budget annuel, qui attribue de plus en plus de ressources aux programmes du système de protection sociale fondés sur des normes qui institutionnalisent le système de protection actuellement en vigueur. Ce cadre juridique et l'espace fiscal garantissent le fonctionnement du système et son développement par étapes au moins à des niveaux déjà garantis par les lois actuelles. (Comme mentionné précédemment, parmi les composantes les plus importantes de *Red Protege*, les droits en santé garantis par le Plan AUGE, la protection des enfants grâce à *Chile Crece Contigo*, la pension de solidarité de base garantie et la réforme des retraites, ont assuré juridiquement une extension continue de la couverture.)

L'expérience acquise en gestion constitue une autre force. En effet, elle garantit les performances des programmes et des actions sociales. Bien que les mesures politiques puissent faire preuve d'une plus grande efficacité et effectivité, leur excellence et leur professionnalisme sont déjà reconnus, notamment parce que ces mesures participent à

l'élaboration d'une gestion publique intersectorielle plus complète qui marque une rupture avec le sectarisme excessif des mesures sociales traditionnelles.

Au moment de la rédaction de la présente étude de cas, le gouvernement du Chili venait de publier les résultats de l'enquête de caractérisation socio-économique (CASEN). L'enquête a été réalisée auprès de 73 000 familles durant la crise économique de 2009 (pour la première fois depuis 1990, la CASEN était menée en période de récession). Les résultats de cette enquête ont montré une légère augmentation de la pauvreté (d'environ 1,1 point) comparé aux données de l'étude de 2006 réalisée en pleine croissance économique. Selon les analystes les plus reconnus du pays, cette augmentation est due à un phénomène mondial de hausse inégale des prix alimentaires (particulièrement les prix des denrées alimentaires de base qui aident à déterminer le seuil de pauvreté). Depuis la réalisation de cette enquête, ces derniers ont diminué, ce qui s'est traduit par une baisse automatique du seuil de pauvreté quelques mois après.

Paradoxalement, la même enquête réalisée en 2009 montre que, malgré une augmentation du taux de pauvreté, l'accès à l'enseignement a été étendu (l'extension s'est faite à tous les niveaux: de la maternelle à l'enseignement supérieur), l'affiliation aux systèmes de santé s'est universalisée et les services de base se sont étendus. Plus frappant encore, les transferts ont aisément compensé la réduction des revenus dont ont souffert les ménages les plus pauvres en raison de la perte d'emploi due à la crise. En effet, en tenant compte des transferts d'argent en espèces, les revenus totaux de ces ménages étaient même supérieurs à ceux enregistrés lors de la précédente enquête datant de 2006, lorsque le pays était en pleine croissance économique.

Ces résultats montrent l'impact positif qu'a eu *Red Protege* pendant la crise économique et confirment le besoin de mettre en place des socles de protection sociale garantis. D'après les résultats de l'enquête réalisée en 2009, les Chiliens ont donc de bonnes raisons pour attribuer aux mesures de protection sociale une telle valeur.

Néanmoins, toujours selon les mêmes données, il semble que ce soit les plus pauvres qui aient le plus souffert des effets de la crise. En effet, ce sont les premiers à perdre leur emploi et, même s'ils parviennent à conserver leur emploi, leurs revenus restent très bas en raison notamment de l'accroissement de l'emploi précaire. Ces données démontrent également que *Red Protege*, qui est à la fois une politique de mitigation des risques (grâce aux transferts en espèces) et une politique de création d'opportunités et de développement des capacités (notamment grâce à l'éducation et à la santé), n'est pas parvenu à coordonner ses activités avec celles des politiques de travail et d'emploi de qualité. Cela semble être la seule question à laquelle le Chili, ainsi que d'autres systèmes de protection sociale, ne sont à l'heure actuelle pas capable d'apporter une réponse. Cette question méritait un approfondissement relatif à la redéfinition des socles de protection sociale.

Bibliographie

Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) (CEPAL)
(2006): *Panorama Económico Social* (Chili).

— (2007): *Tributación Económico Social* (Chili)

— (2009): *Panorama Económico Social* (Chili)

Ministère de la Planification et de la Coopération (MIDEPLAN) (de 1990 à 2009):
«Resultados de Pobreza», Enquête de caractérisation socio-économique (Encuesta de
Caracterización Socioeconómica, CASEN).

— (1996, 2000 et 2006): Encuestas Panel, CASEN.

— (2006): «Serie 2: Distribución del Ingreso e Impacto Distributivo del Gasto», CASEN.

— (2000, 2003 et 2006): «Resultados de Trabajo e Ingresos», CASEN.

— (2006): «Resultados de Mujeres», CASEN.

— (2006): «Resultados de Pueblos Indígenas», CASEN.

— (2009): «Resultados de Distribución del Ingreso», CASEN.

PNUD (2004, 2005 et 2006): *Informe de Desarrollo Humano* (Chili).

Autres sources

Institut national de statistiques (INE), gouvernement du Chili, 1990-2006.

Ministère de la Santé, gouvernement du Chili, 1990-2006.

Ministère de l'Éducation, gouvernement du Chili, 1990-2006.

ⁱ Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde*, 2008.

ⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP), Banque mondiale et Observatoire mondial de la santé, 2005.

^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des États-Unis.

^v Banque mondiale: *World Development Indicators 2008* et *Global Development Finance*, 2008.

^{vi} *Ibid.*

^{vii} Institut national de statistiques (Instituto Nacional de Estadísticas, INE), 2010.

^{viii} PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2009.

8. Chine

Superficie	9 640 821 km ²
Population ⁱ	1 335 000 000
Population urbaine (%)	46,6
Population rurale (%)	53,4
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	20,5
15-64 ans (%)	71,5
65 ans et plus (%)	7,9
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	18
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	74,9
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	71,4
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	45
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^{iv} courants ^v	3 267
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vi}	5 971
Monnaie locale constante	22 698
Dépenses totales dans la sécurité sociale en pourcentage du PIB	4,19
Dépenses publiques dans la sécurité sociale en pourcentage du PIB	3,87
Dépenses publiques dans la sécurité sociale en pourcentage des dépenses publiques totales	18,61
Taux de chômage ^{vii}	4,3
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{viii}	92
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indice de pauvreté humaine	36

Remarque: dans la présente étude de cas, les valeurs utilisées sont 1 dollar = 6,77 RMB/yuans au taux de change officiel et 1 dollar = 3,8 RMB/yuans PPA.

Vers un système d'assurance-maladie de base en milieu rural

Zhenzhong Mao

Wei Fu

Xuefei Gu

Yuanping Wang

Résumé

Le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural (*New Cooperative Medical Scheme*, NCMS) et le régime d'assistance médicale (*Medical Assistance Scheme*, MAS) ont été créés indépendamment l'un de l'autre en 2002. Ce sont les principaux régimes d'assurance-maladie destinés aux personnes vivant en milieu rural et aux populations pauvres de Chine.

Le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural (NCMS):

- la population cible se compose de l'ensemble des personnes vivant en milieu rural;
- l'accès se fait sur une base volontaire;
- une partie des dépenses de santé des bénéficiaires est remboursée dans le cas de soins hospitaliers ou ambulatoires, pour certaines maladies graves prédéfinies ou encore pour un accouchement ou des examens médicaux. Le taux de remboursement des soins hospitaliers était d'environ 39,82 pour cent en 2009;
- 833 millions de personnes étaient assurées à la fin 2009 et le taux d'inscription était de 94 pour cent de la population cible, soit environ 62 pour cent de la population chinoise;
- les ressources financières proviennent de sources multiples: les prestations reversées aux bénéficiaires sont financées aussi bien par l'Etat central que par les autorités locales. Les ménages des paysans bénéficiaires reversent en outre des cotisations et le financement est complété par des dons en provenance du secteur social.

Le régime d'assistance médicale (MAS):

- la population cible se compose des personnes pauvres habitant en zone rurale;
- une assistance financière est fournie, ainsi que des exonérations aux groupes pauvres et à faible revenu pour les dépenses de santé extraordinaires et certaines maladies courantes;
- le financement provient principalement des recettes publiques (Etats locaux et Etat central, y compris de la loterie pour le bien-être social) et de donations du secteur social.

Grâce à ces deux régimes, l'aide apportée aux ménages vivant en milieu rural, en particulier aux ménages pauvres, afin de leur permettre de faire face aux dépenses de santé, a été considérablement renforcée. Ainsi, la part des dépenses à la charge du patient est passée de 80 à 60 pour cent environ, alors qu'au même moment, celles à la charge des paysans, en pourcentage net de leur revenu par personne, passaient de 74 pour cent à 44 pour cent.

Cependant, les frais d'hospitalisation à la charge des patients restent très élevés (environ 60 pour cent contre 70 pour cent quelques années auparavant), excluant de facto les populations pauvres. C'est pourquoi le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural ne peut à lui seul résoudre le problème de l'accessibilité et de l'équité. Dans les faits, ces derniers utilisent un nombre de services de loin inférieur au reste de la population. Cet état de fait ne saurait changer qu'à la faveur d'une intégration du régime d'assistance médicale (MAS) au NCMS, et du remboursement partiel ou intégral des dépenses incombant à ces populations pauvres, afin que la part des dépenses à leur charge ne dépasse pas les 20 pour cent.

En 2009, les dépenses totales au titre du NCMS s'élevaient à environ 92,29 milliards de yuans, contre 5,99 milliards de yuans pour le MAS. Rapportées au PIB global (33 535,3 milliards de yuans), ces dépenses sont toutefois négligeables. Celles-ci représentent des prestations nettes en faveur des bénéficiaires (hors dépenses administratives, financées sur les recettes publiques et non publiées).

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Dépenses au titre du NCMS (100 millions de yuans)	26,4	61,8	155,8	346,6	662,0	922,9
Dépenses au titre du MAS (100 millions de yuans)	4,4	7,8	--	28,1	38,3	59,9
Produit intérieur brut (100 millions de yuans) pour l'exercice considéré	159 878	183 217	211 924	257 306	300 670	335 353

Source: 2010 Chinese Health Statistical Digest, ministère de la Santé (disponible à l'adresse: <http://www.moh.gov.cn/publicfiles/business/htmlfiles/zwgkzt/ptjty/digest2010/index.html>).

A propos des auteurs

Zhenzhong Mao, professeur, responsable du département d'économie de la santé, Université du Sichuan.

Wei Fu, ministère de la Santé.

Xuefei Gu, Institut chinois d'économie de la santé, ministère de la Santé.

Yuanping Wang, Institut chinois d'économie de la santé, ministère de la Santé.

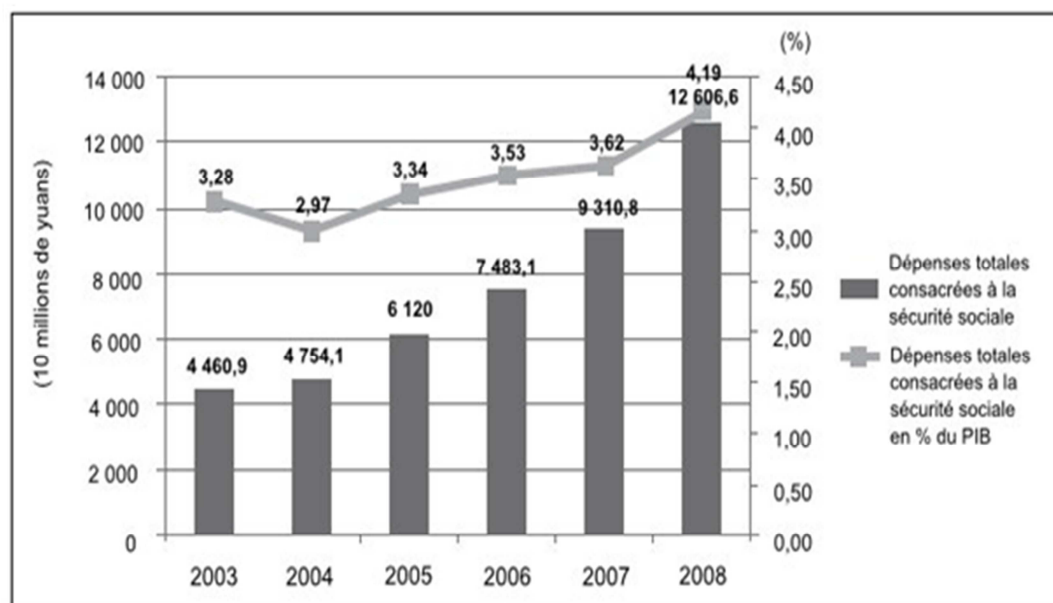
Introduction

Le XXI^e siècle a été le témoin des nombreuses améliorations portées au système d'assurance-maladie chinois en milieu rural. En outre, de nouvelles possibilités s'offrent à la Chine en raison de la place de choix qu'occupe désormais le système d'assurance-maladie dans la réforme actuelle de la protection sociale. La présente étude de cas se propose de donner un aperçu du système d'assurance-maladie en milieu rural, en le situant dans le contexte général, afin de permettre une meilleure compréhension de son développement et de son état actuel.

Contexte

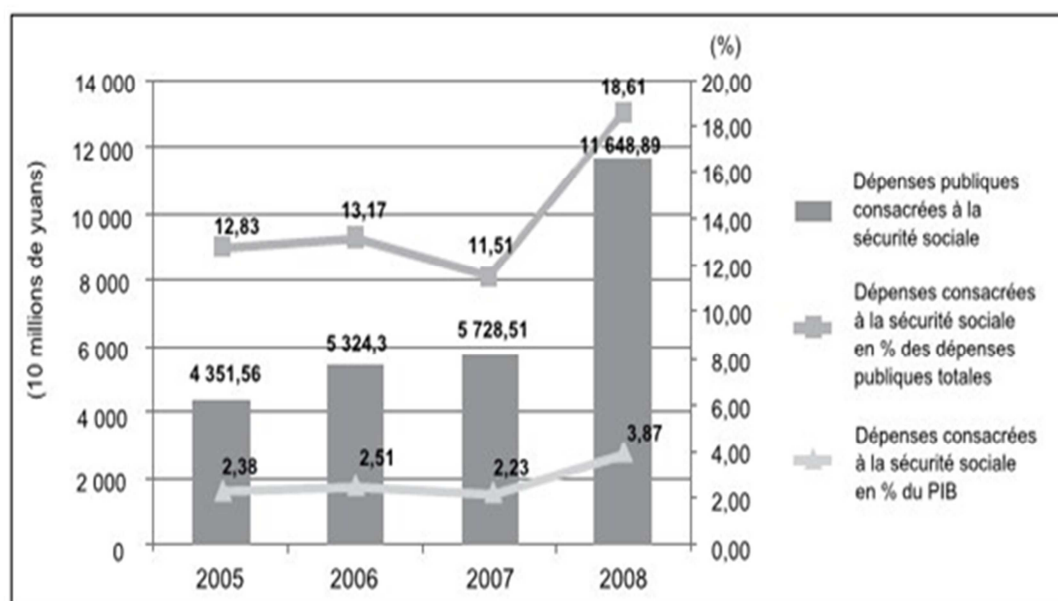
Au cours des 30 années qui ont suivi la réforme, la Chine a enregistré des progrès considérables dans pratiquement tous les domaines relatifs au développement humain, qu'il s'agisse de la lutte contre la pauvreté, de l'éducation, de la santé ou de la sécurité sociale. Au même moment, les dépenses totales consacrées à la sécurité sociale, de même que leur part dans le PIB, se sont rapidement accrues (figure 1), passant entre 2003 et 2008 de 44,6 milliards de yuans à 126,1 milliards de yuans (soit un facteur de 2,83) respectivement, et de 3,28 pour cent à 4,19 pour cent. De la même manière, les dépenses publiques consacrées à la sécurité sociale en pourcentage du PIB et des dépenses publiques totales ont fortement augmenté, comme l'illustrent les figures 1 et 2.

Figure 1. Evolution des dépenses totales consacrées à la sécurité sociale et de leur part dans le PIB



Sources: les dépenses consacrées à la sécurité sociale comprennent les dépenses de 2003-2008 au titre du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural, telles que publiées dans le *2010 China Health Statistics Summary* disponible sur le site du ministère de la Santé; ainsi que les dépenses pour l'assurance retraite, l'assurance-maladie, l'assurance-chômage, l'assurance contre les accidents du travail et l'assurance maternité publiées dans le *2003-2009 Statistical Statement on Labour and Social Security Undertakings* sur le site du ministère des Ressources humaines et de la Sécurité sociale. Les données relatives aux dépenses consacrées à la protection sociale et à l'assistance sociale proviennent du *2003-2009 Statistical Report on Civil Affairs Development*, publié sur le site du ministère des Affaires civiles. Les données concernant le PIB proviennent du *2009 China Statistical Yearbook* du Bureau national des statistiques.

Figure 2. Dépenses totales consacrées à la sécurité sociale en pourcentage des dépenses publiques totales et du PIB



Sources: les données concernant les dépenses consacrées à la sécurité sociale proviennent du tableau relatif à la sécurité sociale et à l'emploi publié dans le *2005-2008 National Financial Settlement Report* du ministère des Finances¹. Les données relatives aux dépenses publiques en matière de santé liées à la sécurité sociale ont été publiées dans le *2009 Study Report on China's National Health Account*². Les données concernant les dépenses fiscales proviennent du *2005-2008 National Financial Settlement Report* du ministère des Finances et celles relatives au PIB sont tirées du *2009 China Yearbook* du Bureau national des statistiques.

Dans le même temps, la croissance rapide et durable que connaît la Chine a permis d'augmenter le nombre d'emplois, d'accroître les revenus et de réduire la pauvreté. En Chine, fin 2009, 35,97 millions de personnes résidaient en zone rurale et vivaient sous le seuil de pauvreté rural officiel, fixé à 1 196 yuans par les autorités nationales en 2009. D'après le rapport de la Banque mondiale³, 254 millions de Chinois vivaient encore avec moins de 1,25 dollar par jour en 2005 (en parité de pouvoir d'achat), faisant de la Chine le deuxième pays comptant le plus de pauvres, derrière l'Inde.

¹ Comportant différents volets, dont les services de sécurité sociale et de l'emploi, la gestion des affaires civiles, les ressources financières allouées au financement de la sécurité sociale, les primes du fonds national de sécurité sociale, les subventions pour la réforme des entreprises, les pensions de retraite, l'aide à l'emploi, les pensions en cas de décès, la réinsertion des militaires révoqués, la protection sociale, les services en faveur des personnes handicapées, les indemnités de subsistance en faveur des citoyens, d'autres services d'aide sociale dans les villes et les collectivités, l'aide sociale en milieu rural, l'aide d'urgence en cas de catastrophe naturelle et les services de la Croix-Rouge.

² Ces dépenses comprennent l'assurance-maladie de base pour les salariés urbains, l'assurance-maladie de base pour les résidents urbains, le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural, le régime d'assistance médicale dans les régions urbaines et rurales, les coûts de fonctionnement liés à la santé des unités de service public et les indemnités pour les dépenses médicales des salariés d'entreprise.

³ Banque mondiale, 2009, estimations de la Banque mondiale de 2005 à partir d'enquêtes.

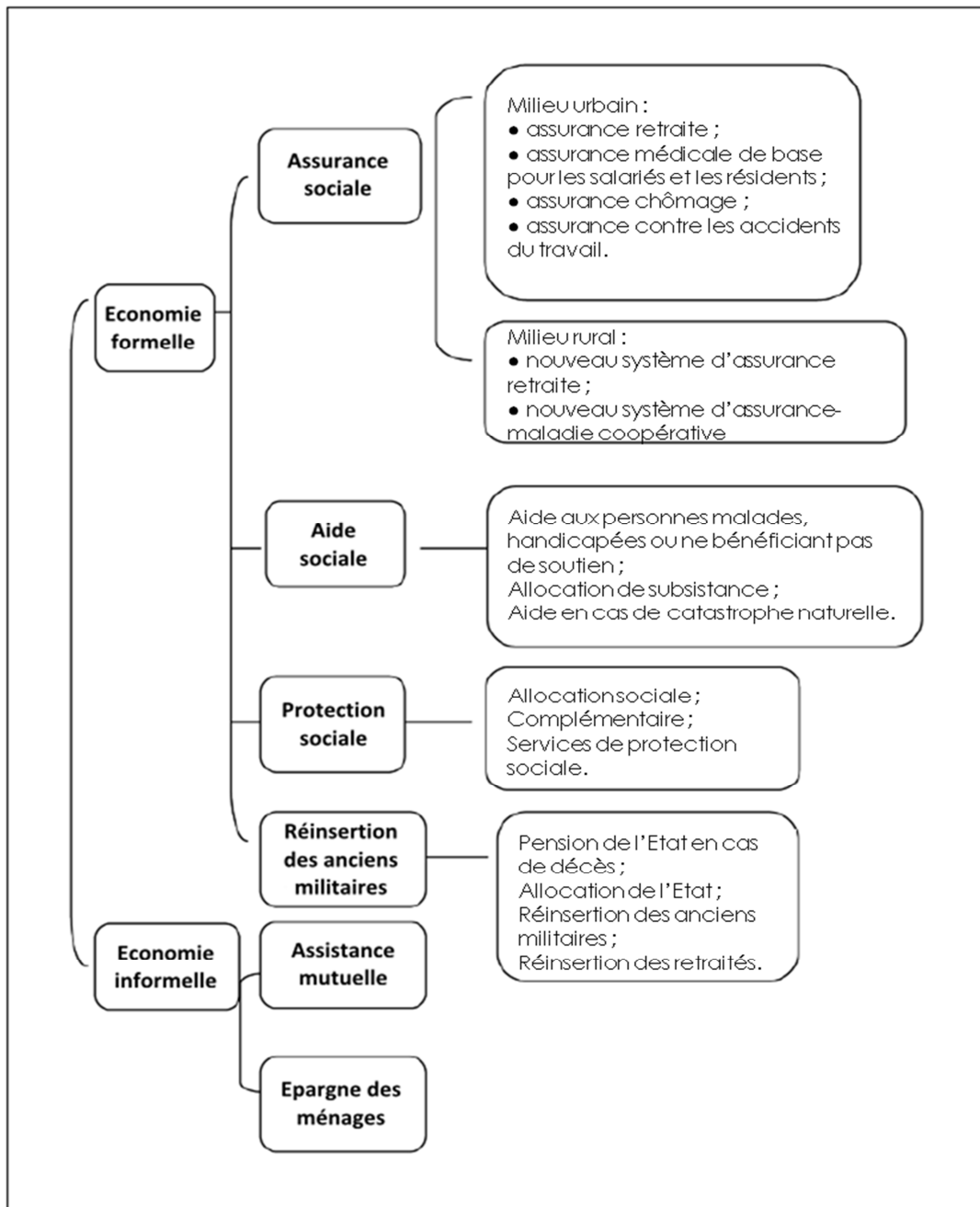
Les progrès réalisés dans les réformes sociales et économiques ont permis à la population chinoise de bénéficier de meilleures conditions de vie, d'un plus haut degré d'instruction et d'une espérance de vie supérieure, comme en témoigne la hausse considérable de l'indice de développement humain (IDH) du pays. En 2009, celui-ci était de 0,793, avec une valeur de 0,773 en matière d'espérance de vie et respectivement 0,923 et 0,683 pour l'éducation et le PIB. Des chiffres de loin supérieurs à ceux de 2000, qui s'élevaient alors à 0,726 pour l'IDH, à 0,80 pour l'espérance de vie, à 0,76 pour l'éducation et à 0,61 pour le PIB.

Le système de sécurité sociale en Chine

Dans les premières décennies qui ont suivi la réforme économique, les politiques étaient axées sur le développement économique par le jeu des forces du marché. Ce faisant, le développement social, et avec lui le secteur social ont été laissés de côté.

La ligne directrice de l'Etat central a cependant évolué. S'appuyant sur le Concept de développement scientifique comme principe pour le développement national, l'Etat a érigé la création d'une société harmonieuse en principal objectif du progrès social, tout en replaçant la population au centre des préoccupations de l'administration publique pour le XXI^e siècle. Il a pris l'engagement solennel de garantir l'accès universel à la sécurité sociale, et a élaboré pour cela un système de sécurité sociale, couvrant les régions urbaines et rurales, et faisant partie intégrante de ses actions destinées à accroître les moyens de subsistance, favoriser les progrès socio-économiques et assurer la stabilité sociale. Les progrès accomplis par la Chine à cet égard sont éloquentes. A l'heure actuelle, la sécurité sociale comprend l'assistance sociale, le placement des anciens militaires, l'aide sociale, un service de logement et l'assurance sociale, cette dernière constituant l'élément central (schéma 1). Dans les villes, l'Etat a mis en place un système d'assurance sociale reposant sur cinq piliers et comprenant l'assurance retraite, une assurance médicale de base en faveur des personnes travaillant ou habitant en ville, une assurance-chômage, une assurance contre les accidents du travail et une assurance maternité (tableau 1). Des programmes d'aide sociale ont également été créés, offrant notamment des allocations de subsistance ou une assistance médicale. En milieu rural, l'Etat a instauré le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative et devrait prochainement mettre en place un système d'allocations de subsistance. Il envisage, en outre, la création d'un système d'assurance retraite.

Schéma 1. Le système de sécurité sociale en Chine



Source: Li Zhen, *Theory of Social Security*, China Labor and Social Security Publishing House, 2000; livre blanc intitulé «Sécurité sociale et politiques de sécurité sociale en Chine», Bureau de l'information du Conseil d'Etat de la République populaire de Chine, septembre 2004.

Tableau 1. Groupes de population couverts par les différents programmes de sécurité sociale

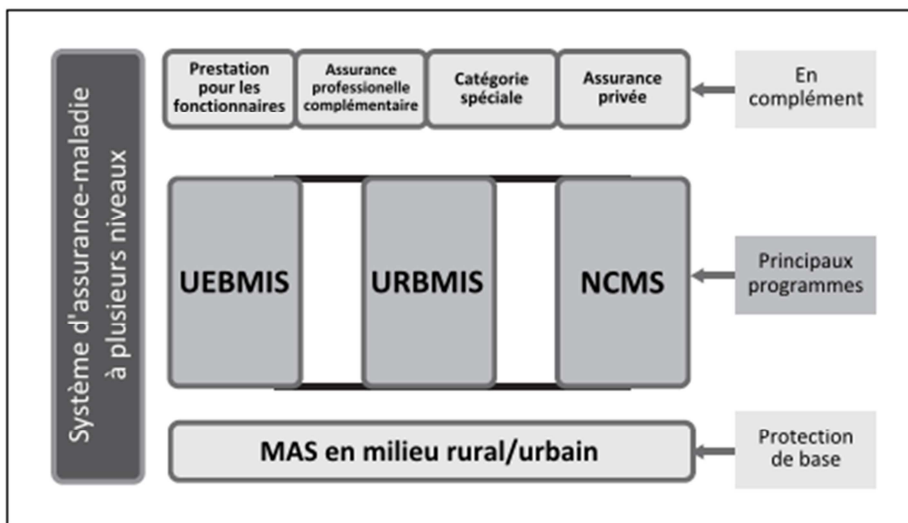
	Dispositif	Dénomination	Population concernée	
Assurance sociale	Assurance retraite	Assurance retraite de base pour les salariés urbains	Les salariés atteignant l'âge obligatoire de départ à la retraite (60 ans pour les hommes, 55 ans pour les femmes fonctionnaires et 50 ans pour les travailleuses) et ayant cotisé au moins 15 ans.	
		Assurance retraite complémentaire des salariés	Lorsque cela est possible, les entreprises peuvent offrir une assurance retraite complémentaire à leurs salariés, en plus de l'assurance retraite de base obligatoire.	
		Nouvelle assurance retraite en milieu rural	Les personnes de plus de 16 ans vivant en milieu rural (hors étudiants) non affiliées à l'assurance retraite de base.	
	Assurance-maladie	Assurance-maladie de base pour les salariés urbains	Assurance-maladie de base pour les salariés urbains	Salariés et retraités de tous les secteurs, dont les organismes publics, les unités de service public, les entreprises, les organisations de la société civile et les unités privées à but non commercial. Les salariés de l'économie informelle peuvent également adhérer.
			Assurance-maladie de base pour les résidents urbains	Les élèves (y compris les étudiants) et les enfants résidant en ville, ainsi que les citoyens non actifs.
		Assurance-maladie complémentaire	Lorsque cela est possible, les entreprises peuvent offrir une assurance-maladie complémentaire en plus de l'assurance-maladie de base.	
		Système d'allocation médicale pour les fonctionnaires	Les fonctionnaires et les employés d'unités de service public bénéficient d'une assurance médicale de l'Etat.	
	Assurance-chômage	Système d'assurance-maladie coopérative en milieu rural	Nouveau système d'assurance-maladie coopérative en milieu rural	La population rurale.
			Système d'assurance-chômage	Les entreprises, les unités de service public et leurs employés; les personnes cotisant à l'assurance-chômage depuis plus d'un an; les personnes ayant perdu leur emploi; les personnes déjà inscrites au chômage et désireuses de retrouver un emploi.
	Assurance contre les accidents du travail	Système d'assurance contre les accidents du travail	Les entreprises et les particuliers ayant des salariés.	
Assurance maternité	Système d'assurance maternité	Les entreprises en milieu urbain et leurs salariés. Dans certaines régions, les employés d'organismes publics, d'unités de service public, d'organisations de la société civile ou d'entreprises sont couverts.		
Aide sociale		Aide à la subsistance à divers groupes	Les personnes âgées, les handicapés et les mineurs n'ayant pas de responsable légal statutaire ou ayant un responsable légal statutaire incapable d'offrir un soutien, n'ayant aucune compétence professionnelle ou n'ayant aucune source de revenu.	
		Système d'allocation de subsistance	Les personnes vivant en milieu rural ou urbain dont le ménage dispose d'un revenu par personne inférieur au niveau de vie minimum local; les personnes n'ayant aucune ressource pour vivre ni de représentant légal statutaire.	
		Assistance médicale	Les personnes pauvres, en milieu rural ou urbain, touchées par la maladie.	
		Aide en cas de catastrophe naturelle	Les personnes victimes d'une catastrophe naturelle.	
		Aide aux sans-abris	Les sans-abris et les indigents dans les villes.	
Protection sociale	Services de protection sociale	Les personnes âgées, les orphelins, les handicapés et d'autres catégories de la population.		
Réinsertion des anciens militaires	Système de réinsertion des anciens militaires	Les bénéficiaires d'allocations de réinsertion, principalement les militaires et les personnes à leur charge.		

Source: *Social Security Status and Policies in China* (Livre blanc sur la sécurité sociale en Chine), Bureau de l'information du Conseil des affaires d'Etat de la République populaire de Chine, septembre 2004.

Le développement du système d'assurance-maladie

La Chine a mis en place un système d'assurance-maladie à plusieurs niveaux. Ses principales composantes sont le régime d'assurance-maladie de base des salariés urbains (*Urban Employees' Basic Medical Insurance Scheme*, UEBMIS), le régime d'assurance-maladie de base des résidents urbains (*Urban Resident Basic Medical Insurance Scheme*, URBMIS) et le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural (NCMS). Le régime d'assistance médicale (MAS) couvre quant à lui les populations urbaine et rurale les plus démunies, tandis que divers organismes d'assurance-maladie fournissent des prestations complémentaires (schéma 2). L'un des principaux objectifs de la réforme actuelle du système d'assurance-maladie est d'accélérer le développement et l'optimisation des différents régimes d'assurance-maladie et, en somme, de garantir à l'ensemble de la population l'accès aux soins de santé de base.

Schéma 2. Système d'assurance-maladie chinois.



La décision du Conseil d'Etat relative à la mise en place du régime d'assurance-maladie de base des salariés urbains (UEBMIS), rendue par le Conseil d'Etat en 1998, mettait en avant l'instauration de l'UEBMIS ainsi que d'un système d'assurance-maladie à plusieurs niveaux, et dressait la liste des tâches à réaliser et des principes qu'une telle réforme du système de santé engendre. Le programme UEBMIS s'est par la suite étendu aux travailleurs urbains de l'économie informelle, aux travailleurs d'entreprises mixtes et du secteur privé, ainsi qu'aux travailleurs migrants habitant en milieu rural. Les cotisations proviennent des employeurs et des salariés (environ 6 pour cent et 2 pour cent du salaire, respectivement) et sont placées sur des comptes d'épargne individuels et sur des fonds sociaux communs à l'échelle des municipalités ou des cantons. Les prestations couvrent aussi bien les soins hospitaliers que les soins ambulatoires.

Le régime d'assurance-maladie de base des résidents urbains (URBMIS) a pour sa part été expérimenté dans 79 villes du pays suite à la publication par le Conseil d'Etat, en 2007, d'un avis relatif au régime pilote d'assurance-maladie de base des résidents urbains. Ce régime, dont l'affiliation se fait sur une base volontaire, s'adresse aux élèves (y compris les étudiants) et aux enfants résidant en ville, ainsi qu'aux citoyens non actifs. Les cotisations, qui dépendent de la taille du ménage, sont mises en commun à l'échelle de la ville et reversées sous forme de prestations par l'Etat. En 2009, ce régime, qui couvre les dépenses extraordinaires pour les soins hospitaliers et ambulatoires, est parvenu à une couverture universelle avant même la date fixée.

Depuis la mise en place de ces deux régimes, le nombre de bénéficiaires s'est rapidement accru. Fin 2009, pas moins de 401,47 millions de personnes disposaient d'une assurance-maladie de base en milieu urbain. Parmi ces dernières, 219,37 millions bénéficiaient de l'UEBMIS, contre 182,1 millions pour l'URBMIS. Les recettes annuelles du fonds destiné à l'assurance-maladie de base en milieu urbain s'élevaient à 367,2 milliards de yuans (54,239 milliards de dollars ou 96,632 milliards de dollars PPA), alors que les dépenses totales se chiffraient à 279,7 milliards de yuans (41,315 milliards de dollars ou 73,605 milliards de dollars PPA). L'excédent ainsi accumulé atteignait 288,2 milliards de yuans (42,570 milliards de dollars ou 75,842 milliards de dollars). Grâce à des capacités renforcées, la couverture du système d'assurance-maladie en milieu urbain a pu être étendue, et le montant des remboursements accru.

Les ressources destinées au financement des différents régimes d'assurance-maladie sont en augmentation, comme en témoigne le tableau 2.

Tableau 2. Financement du système d'assurance-maladie chinois (en milliards)

	2005		2006		2007			2008				
	RMB	Dollar PPA	RMB	Dollar PPA	RMB	Dollar PPA	RMB	Dollar PPA	Dollar PPA			
Recettes annuelles de l'UEBMIS	140 554	20 761	36 988	174 710	25 806	45 976	221 424	32 707	58 269	288 550	42 622	75 934
Recettes annuelles de l'URBMIS										15 493	2 288	4 077
Cotisations de l'Etat										7 449	1 100	1 960
Cotisations des particuliers										6 775	1 001	1 783
Recettes annuelles du NCMS	7 534	1 113	1 983	21 359	3 155	5 621	42 796	6 321	11 262	78 458	11 589	20 647
Cotisations de l'Etat	4 235	0 626	1 114	15 048	2 223	3 960	32 591	4 814	8 577	65 571	9 686	17 256
Cotisations des particuliers	2 873	0 424	0 756	5 801	0 857	1 527	9 576	1 414	2 520	12 068	1 783	3 176
Intérêts et autres	0 427	0 063	0 112	0 510	0 075	0 134	0 629	0 093	0 166	0 819	0 121	0 126
MAS	0 890	0 131	0 234	1 954	0 289	0 514	4 249	0 628	1 118	6 800	1 004	1 789
Total	148 978	22 006	39 205	198 023	29 250	52 111	271 020	40 032	71 321	389 302	57 504	102 448

Source: *Health Expenditure Report 2009*, Institut chinois d'économie de la santé, ministère de la Santé.

Mise en place et développement de l'assurance-maladie en milieu rural: le nouveau régime d'assurance-maladie coopérative et le régime d'assistance médicale

L'une des plus grandes réussites du système d'assurance-maladie chinois est la mise en place et l'optimisation permanente du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative (NCMS) et du régime d'assistance médicale (MAS).

Mise en place et développement du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative (NCMS)

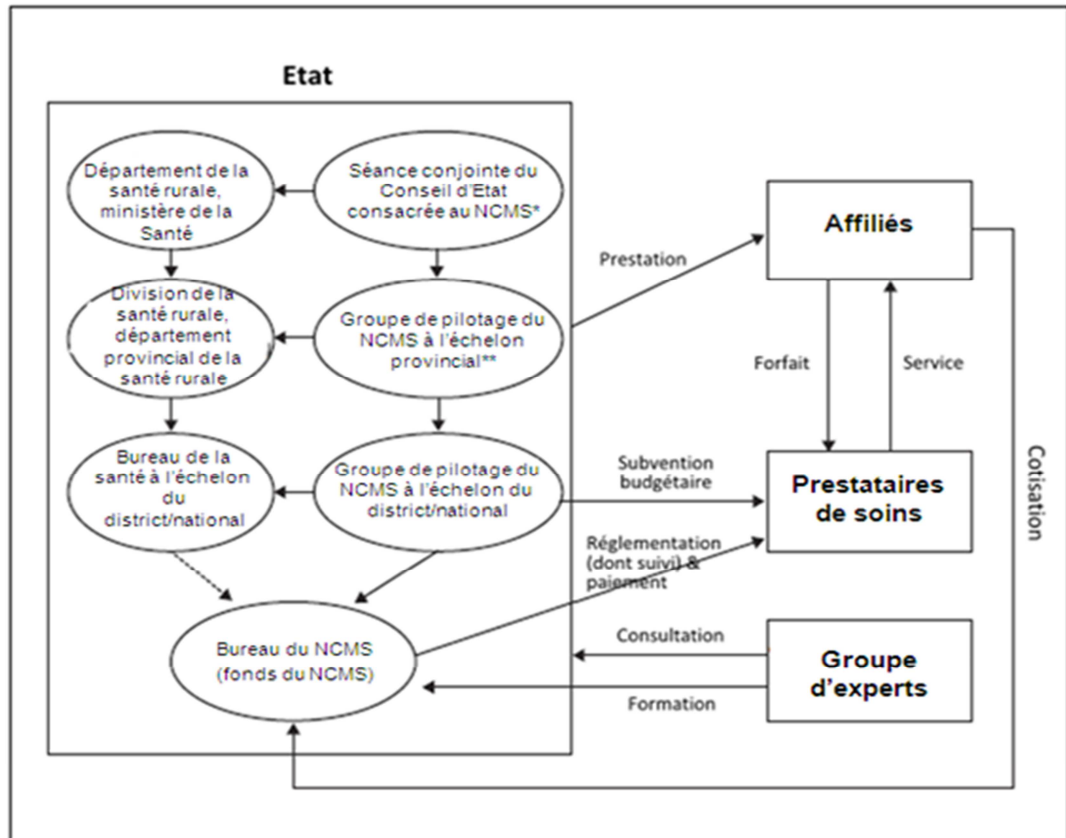
Dans les années soixante, le régime traditionnel d'assurance-maladie coopérative (ou «ancien» régime) s'est rapidement développé dans l'ensemble du pays jusqu'à couvrir la quasi-totalité de la population rurale dans les années soixante-dix. La mutualisation des risques était réalisée à l'échelle des villages, le financement provenant de l'épargne collective du village et les villageois assurant le financement des frais de gestion du régime. Ce dernier a joué un rôle essentiel dans la prestation de soins de santé primaires aux paysans. Il s'est cependant effondré dans la plupart des régions rurales du fait de l'affaiblissement de son financement (l'épargne collective). Dans les années quatre-vingt-dix, le gouvernement chinois a entrepris, sans succès, de ressusciter ce régime et a dû faire face à la difficile question de l'assurance-maladie en milieu rural.

En 2002, dans leur *décision concernant le renforcement du système de santé en milieu rural*, le Comité central du Parti communiste chinois (PCC) et le Conseil d'Etat proposent la mise en place du NCMS et du MAS dans les régions rurales. En 2003, les ministères de la Santé et des Affaires étrangères ont publié conjointement un *avis concernant la mise en place du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative*, dans lequel étaient détaillées l'organisation et la mise en œuvre du régime. Le NCMS y était décrit comme un régime mutualisé d'assurance-maladie destiné aux paysans, organisé, géré et appuyé par l'Etat, dont le financement serait assuré par les individus, la collectivité et l'Etat, et qui couvrirait principalement les dépenses de santé extraordinaires au moyen de fonds communs. Par rapport au régime précédent, le NCMS se démarque par les aspects suivants:

- **un système d'organisation et de gestion adapté avec une division claire des tâches et des responsabilités** (figure 3). Les services d'administration du NCMS sont intégrés aux organismes de santé à l'échelle locale et nationale. L'organisme de gestion du NCMS a été mis en place à l'échelle du pays et a pour responsabilité de gérer les fonds du NCMS, de suivre les performances des prestataires de soins conventionnés de traiter les demandes et de remboursement, ainsi que d'assurer d'autres tâches quotidiennes. Il dispose d'un personnel salarié à temps plein et son financement provient des fonds locaux;
- **un mécanisme de financement à sources multiples**. Les fonds proviennent aussi bien de l'Etat, à l'échelle locale et nationale, que des cotisations des paysans bénéficiaires, auxquels viennent se greffer les dons du secteur social. Les prestations reversées par l'Etat central sont passées, entre 2003 et 2010, de 10 yuans (1,477 dollar ou 2,632 dollars PPA) par personne à 60 yuans (8,863 dollars ou 15,789 dollars PPA) par personne dans les régions du centre et de l'ouest. En moyenne, le montant des cotisations par personne perçues des différentes sources de financement est passé de 30 yuans (4,431 dollars ou 7,895 dollars PPA), en 2003, à 150 yuans (22,156 dollars ou 39,474 dollars PPA);
- **un ensemble de prestations centrées sur les soins hospitaliers (frais d'hospitalisation)**. Les localités sont cependant libres d'intégrer ou non les soins ambulatoires dans les prestations offertes. Depuis 2008, le ministère de la Santé encourage les localités à combiner la mise en commun des fonds pour les soins hospitaliers et pour les soins ambulatoires, afin de trouver une solution efficace pour couvrir le remboursement des frais ambulatoires, étendre les prestations et accroître le taux de remboursement;
- **le principe d'adhésion volontaire**. L'adhésion au NCMS se fait sur une base volontaire et concerne le ménage tout entier. En outre, une grande attention est prêtée à l'évaluation publique et à la transparence;

- la mise en place d'un fonds commun au niveau cantonal (un canton compte en moyenne 300 000 habitants). Depuis 2008, le ministère de la Santé encourage les régions disposant de ressources suffisantes à accroître les moyens du fonds commun et leur contrôle à l'échelle municipale.

Schéma 3. Le NCMS



* Y participent les dirigeants de 12 ministères, dont ceux de la Santé, des Finances, des Ressources humaines et de la Sécurité sociale, et des Affaires civiles, ainsi que la Commission nationale pour le développement et la réforme.

** Y participent les dirigeants de douze départements ministériels provinciaux, dont ceux de la Santé, des Finances, des Ressources humaines et de la Sécurité sociale, et des Affaires civiles, ainsi que la Commission nationale pour le développement et la réforme.

Mise en place et développement du régime d'assistance médicale

Le régime d'assistance médicale (MAS), dont le financement est assuré par l'Etat et par des dons volontaires provenant des secteurs sociaux, offre une assistance financière spécifique aux ménages qui n'arrivent pas, ou difficilement, à faire face à d'importantes dépenses de santé. Il facilite en outre l'accès aux soins de santé des groupes cibles, leur permettant ainsi d'être en meilleure santé. Il s'agit d'un dispositif institutionnel officiel contrôlé par l'Etat. Le ministère des Affaires civiles est chargé de sa mise en œuvre.

En novembre 2003, le ministère des Affaires civiles, de concert avec les ministères de la Santé, des Finances et de l'Agriculture, a publié un avis sur la mise en place du régime d'assistance médicale en milieu rural, dans lequel étaient identifiés les objectifs, les principes, la couverture, les formes que prendrait l'assistance, les procédures et conditions d'adhésion et d'acceptation, le financement et la gestion des fonds, ainsi que l'organisation et la mise en œuvre du régime. Y figurait également une description type détaillée du

régime d'assurance-maladie, dont l'extension à l'ensemble des zones rurales des cantons devait être effective en 2005. Les caractéristiques de ce régime sont les suivantes:

- **groupe cible:** les ménages bénéficiant des programmes Wu Bao (les ménages à «cinq garanties») et Di Bao (les ménages ayant droit au système de sécurité de revenu minimum chinois), ainsi que les paysans pauvres remplissant les conditions arrêtées par les autorités locales;
- **financement diversifié:** le financement provient principalement des recettes publiques (Etats locaux et Etat central, y compris la loterie pour le bien-être social) et de dons des secteurs sociaux;
- **assistance à plusieurs niveaux:** dans les zones pilotes du NCMS, le MAS assure en premier lieu l'adhésion de ses bénéficiaires au NCMS et règle les cotisations individuelles afin de permettre l'octroi des prestations; d'autre part, le MAS offre à ses bénéficiaires une assistance financière supplémentaire (deuxième remboursement) lorsque la charge financière des dépenses de santé reste trop importante et risque de mettre en péril leurs moyens de subsistance essentiels. En outre, dans certaines régions, le MAS octroie aux ménages bénéficiant du programme Wu Bao, aux ménages pauvres, ainsi qu'à d'autres groupes spécifiques, des prestations supplémentaires pour les services ambulatoires, en complément des comptes d'épargne individuels du NCMS destinés aux soins ambulatoires. Dans les régions ne disposant pas du NCMS, le MAS fournit des prestations adaptées directement aux personnes devant faire face à des dépenses de santé mettant en péril les moyens de subsistance essentiels de leur ménage.

Mise en place du système d'assurance-maladie en milieu rural

La mise en place du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural (NCMS) et du régime d'assistance médicale (MAS) s'est opérée rapidement, jusqu'à couvrir l'ensemble de la population du pays.

Mise en place du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative en milieu rural

Dans son rapport annuel de 2008, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évaluait les régimes d'assurance-maladie sur la base de trois critères: l'étendue (population couverte), la portée (services couverts et niveaux de remboursement) et la part des remboursements dans les dépenses de santé. Les données relatives au NCMS ont été recueillies dans 563 cantons. Attendu que la mise en place du NCMS dans ces différents cantons a débuté entre 2003 et 2005 (à l'exception des cantons/districts de Beijing, Shanghai et Tianjin), l'OMS a évalué la mise en œuvre du régime à partir de ces données, ainsi que des données nationales publiées.

Financement et couverture

A la fin 2009, le NCMS couvrait 94 pour cent de la population cible, soit 833 millions de personnes, et était proche d'atteindre la couverture universelle dans les régions rurales. Pas moins de 55,2 millions de personnes vivant dans la pauvreté étaient couvertes, soit un taux de couverture de 94 pour cent. Les cotisations totales s'élevaient à 94,435 milliards de yuans (13,949 milliards de dollars ou 24,851 milliards de dollars PPA), soit 113 yuans (16,691 dollars ou 29,737 dollars PPA) par personne, dont 74,822 milliards de yuans

(11,052 milliards de dollars ou 19,690 milliards de dollars PPA), soit 79,2 pour cent, provenaient de l'Etat.

D'après les données du NCMS sur 563 cantons, l'extension de la couverture a été progressive, atteignant 94,55 pour cent en 2009 (tableau 3). La proportion de la population pauvre couverte était pour sa part de 95 pour cent (tableau 4). Les cotisations par personne se sont également accrues, pour atteindre 126,51 yuans (18,69 dollars ou 33,29 dollars PPA) en 2009 (tableau 5).

Tableau 3. Couverture du NCMS dans 563 cantons (en pourcentage)

Année	National	Région de l'est	Région centrale	Région de l'ouest
2005	74,92	79,03	71,84	68,47
2006	83,49	86,80	81,18	78,30
2007	89,33	90,87	88,38	86,82
2008	93,25	94,01	92,83	92,24
2009	94,55	94,96	94,55	93,71

Tableau 4. Couverture du NCMS en proportion de population pauvre des 563 cantons (en pourcentage)

Année	National	Région de l'est	Région centrale	Région de l'ouest
2005	70,41	69,54	69,61	71,43
2006	87,61	89,70	86,07	86,67
2007	89,14	93,69	86,27	86,94
2008	89,71	94,96	88,26	86,47
2009	96,25	97,83	94,78	95,83

Tableau 5. Cotisations pour le NCMS dans 563 cantons (en yuans par personne)

Année	National			Région de l'est			Région centrale			Région de l'ouest		
	RMB	dollar	dollar PPA	RMB	dollar	dollar PPA	RMB	dollar	dollar PPA	RMB	dollar	dollar PPA
2005	37,78	5,58	9,94	43,85	6,48	11,54	30,20	4,46	7,95	28,70	4,24	7,55
2006	53,03	7,83	13,96	58,92	8,70	15,51	46,42	6,86	12,22	43,79	6,47	11,52
2007	65,61	9,69	17,27	75,16	11,10	19,78	53,65	7,92	14,12	53,71	7,93	14,13
2008	104,45	15,43	27,49	118,22	17,46	31,11	89,41	13,21	23,53	87,84	12,97	23,12
2009	126,51	18,69	33,29	145,35	21,47	38,25	102,63	15,16	28,01	105,93	15,65	27,88

Le NCMS étant un système volontaire, la sélection adverse a été une préoccupation des premiers instants. Il ne s'agit cependant pas d'un problème dans les faits, étant donné que les paysans ont pratiquement tous adhéré. L'augmentation de la couverture est imputée à trois facteurs différents: le financement par l'Etat à hauteur de 80 pour cent; les efforts d'information et de sensibilisation entrepris par l'Etat; et la perspective de prestations tangibles pour les bénéficiaires.

Prestations octroyées

Le NCMS rembourse les dépenses des patients pour les soins hospitaliers, les services ambulatoires, certaines maladies graves, les accouchements sous surveillance médicale et

les examens médicaux (tableau 6). Le régime se concentre en priorité sur les soins hospitaliers. Ainsi, en 2009, les remboursements au titre des frais d'hospitalisation représentaient 82,6 pour cent des sommes reversées. A l'inverse, les remboursements des soins ambulatoires, des maladies graves et des accouchements s'élevaient, respectivement à 13,2 pour cent, 1,29 pour cent et 1,32 pour cent des fonds versés.

Tableau 6. Services couverts par le NCMS, 2008-2009 (nombre de remboursements, en milliers)

Année	Soins hospitaliers	Soins ambulatoires (mutualisés*)	Maladies graves figurant dans la liste	Accouchement à l'hôpital
2008	51 086,3	486 161,4	3 366,5	3 231,6
2009	61 721,4	489 935,8	5 037,3	3 702,5
Croissance (%)	20,82	0,78	49,63	14,57

* Ce chiffre concerne uniquement les cantons qui prévoient la mutualisation des risques liées aux soins ambulatoires à leur échelle. Les autres cantons fonctionnent sur le modèle des comptes d'épargne individuels pour ce type de services.

Remboursements en faveur des bénéficiaires

A partir de l'exemple des soins hospitaliers, les tableaux 7, 8 et 9 fournissent les données relatives aux remboursements reversés aux bénéficiaires du NCMS.

Tableau 7. Taux d'hospitalisation dans 563 cantons (en pourcentage)

Année	Global	Région de l'est	Région centrale	Région de l'ouest
2005	3,05	2,82	3,18	3,60
2006	4,04	3,79	4,02	4,83
2007	4,85	4,58	4,69	5,80
2008	5,76	5,27	5,81	6,96
2009	6,64	6,03	6,75	8,12

Tableau 8. Taux effectif de remboursement des soins hospitaliers dans 563 cantons (en pourcentage).

Année	Global	Région de l'est	Région centrale	Région de l'ouest
2005	22,79	21,97	24,25	25,75
2006	26,06	24,20	29,50	31,40
2007	29,46	28,00	31,26	34,49
2008	36,11	33,72	40,03	40,73
2009	39,82	38,04	41,67	44,78

Grâce aux ressources financières supplémentaires mises à leur disposition, l'utilisation des services d'hospitalisation par les paysans s'est accrue, de même que le taux de remboursement effectif. La proportion des dépenses réglées par le patient est passée d'environ 80 pour cent à près de 60 pour cent. Ce taux de remboursement reste cependant relativement bas.

Les dépenses à la charge du patient représentent 74 pour cent des revenus nets des paysans par personne avant remboursement contre 44 pour cent après. Dans plus de 70 pour cent des cantons, ce taux se situait en dessous de 50 pour cent après remboursement. Il dépassait cependant 150 pour cent dans 19 pour cent des cantons. De

manière générale, les prestations du NCMS ont permis d'alléger la charge financière des paysans pour les dépenses médicales.

Tableau 9. Dépenses d'hospitalisation et revenu: répartition des dépenses réglées par le patient en fonction de leur part dans le revenu par personne, avant et après remboursement (en pourcentage)

Année	<0,5*		0,50 – 1,0		1,0 – 1,5		1,5 –		Moyenne	
	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après	Avant	Après
2005	9,15	23,76	54,48	59,05	25,23	12,80	11,15	4,39	0,97	0,75
2006	13,14	36,32	60,22	53,84	20,80	8,76	5,83	1,08	0,86	0,62
2007	14,88	47,85	63,08	46,06	18,83	5,37	3,24	0,72	0,80	0,56
2008	16,73	60,61	64,21	35,62	14,22	3,42	4,86	0,36	0,79	0,50
2009	21,46	70,35	62,13	27,61	13,42	1,87	2,99	0,19	0,74	0,44

* Signifie que la dépense réglée par le patient représente moins de 0,5 pour cent de son revenu.

Mise en place du régime d'assistance médicale (MAS) en milieu rural

Dès 2005, le régime d'assistance médicale (MAS) couvrait l'ensemble des cantons. Les recettes et les dépenses du MAS sont en augmentation constante (tableau 10), de même que le nombre de personnes bénéficiant de l'assistance médicale pour les dépenses d'hospitalisation et les cotisations du NCMS (tableau 11).

Tableau 10. Recettes et dépenses de l'assistance médicale en milieu rural, 2005-2009 (en millions de yuans, de dollars et de dollars PPA)

Année	Recettes			Dépenses			Prestations au titre des cotisations au NCMS			Aide financière pour les dépenses de santé extraordinaires		
	Millions de yuans	Millions de dollars	Millions de dollars PPA	Millions de yuans	Millions de dollars	Millions de dollars PPA	Millions de yuans	Millions de dollars	Millions de dollars PPA	Millions de yuans	Millions de dollars	Millions de dollars PPA
2005	1 090	161,00	286,84	780	115,21	205,26	95	14,03	25,00	480	70,90	126,32
2006	2 300	339,73	605,26	1 310	193,50	344,74	260	38,40	68,42	880	129,99	231,58
2007	4 100	605,61	1 078,95	2 810	415,07	739,47	480	70,90	126,32	2 050	302,81	539,47
2008	5 070	748,89	1 334,21	3 830	565,73	1 007,89	710	104,87	186,84	2 740	404,73	721,05
2009	8 040	1 187,59	2 115,79	6 460	954,21	1 700,00	1 050	155,10	276,32	4 940	729,69	1 300,00

Source: *Statistical Report on Civil Affairs, 2005-2009*, ministère des Affaires civiles.

Tableau 11. Bénéficiaires de l'assistance médicale en milieu rural, 2005-2009 (en millions)

Année	Nombre total de bénéficiaires	Bénéficiaires du NCMS	Bénéficiaires de l'aide en cas de dépenses importantes
2005	8 545	6 549	1 996
2006	15 590	13 171	2 419
2007	28 944	25 173	3 771
2008	41 919	34 324	7 595
2009	47 357	40 591	6 766

Source: *Statistical Report on Civil Affairs, 2005-2009*, ministère des Affaires civiles.

Tout cela démontre l'importance qu'attache l'Etat à la santé des populations pauvres. Le régime a été continuellement amélioré: le seuil d'admission au sein du régime a été baissé, les procédures ont été simplifiées, l'utilisation des ressources a été améliorée, un accès à davantage de services a été offert et la charge financière des dépenses de santé pour le groupe cible a été réduite. *L'avis concernant l'amélioration du régime d'assistance médicale dans les régions rurales et urbaines* adopté par les ministères des Affaires civiles, de la Santé, des Finances et des Ressources humaines et de la Sécurité sociale en 2009 proposait un service de «guichet unique» et un règlement en temps réel des dépenses de santé, des remboursements ainsi que de l'assistance afin (a) d'accroître le nombre de groupes à faible revenu au-delà des ménages bénéficiant de Wu Bao et de Di Bao, et (b) de ne plus se concentrer uniquement sur l'aide pour les «dépenses de santé extraordinaires», mais de l'étendre aux maladies courantes. D'après les données nationales (tableau 12), l'assistance médicale demeure relativement faible et son rôle dans le système d'assurance-maladie doit encore être renforcé.

Tableau 12. Montant moyen par prestation de l'assistance médicale en milieu rural, 2005-2009
(en yuans, en dollars et en dollars PPA)

Année	Cotisations au NCMS par personne			Aide financière pour les dépenses importantes par prestation*		
	yuans	dollars	dollars PPA	yuans	dollars	dollars PPA
2005	11,1	1,64	2,92	240,5	35,52	63,29
2006	19,7	2,91	5,18	366	54,06	96,32
2007	19,1	2,82	5,03	543	80,21	142,89
2008	20,7	3,06	5,45	360,3	53,22	94,82
2009	25,9	3,83	6,82	676,6	99,94	178,05

Source: *Statistical Report on Civil Affairs, 2005-2009*, ministère des Affaires civiles.

* D'après les statistiques du ministère des Affaires civiles, la prévention des maladies graves est le principal (mais non l'unique) objectif de l'aide financière pour les dépenses d'hospitalisation.

Combinaison du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative et du régime d'assistance médicale

En raison du faible taux de remboursement du nouveau régime d'assurance-maladie coopérative (NCMS) et de la part importante des dépenses à la charge du patient, les populations pauvres sont de facto exclues de l'utilisation des services de santé. Afin de leur garantir l'accès à des prestations adaptées fournies par le NCMS et par le régime d'assistance médicale (MAS), et de renforcer l'équité, il est indispensable de combiner ces deux régimes sur le plan des prestations, de la gestion et des services.

A cet égard, l'ensemble des prestations, ainsi que les régimes de remboursement et d'assistance peuvent être combinés selon les niveaux suivants (les services hospitaliers sont ici utilisés à titre d'exemple):

- **Niveau 1:** Faire adhérer le groupe cible de MAS au NCMS. Il s'agit de la condition *sine qua non* pour que les deux régimes soient associés et que le groupe cible de MAS bénéficie du NCMS.
- **Niveau 2:** Réduire ou supprimer la part des prestations du NCMS déductible pour les bénéficiaires du MAS. Ils devraient ainsi pouvoir accéder plus facilement aux services hospitaliers et disposer d'une couverture plus étendue.

-
- **Niveau 3:** Compléter le remboursement accordé au titre du NCMS par une assistance médicale, c'est-à-dire, réduire la part des dépenses à la charge du patient grâce à une aide. Les retombées pour le groupe cible du MAS seront d'autant plus tangibles qu'il existera une synergie entre les deux régimes.
 - **Niveau 4:** Octroyer une aide provisoire en cas de dépenses d'un montant supérieur au seuil des compensations du NCMS. Lorsqu'une personne ne fait pas partie du groupe cible du MAS et doit faire face à d'importantes difficultés financières, en dépit des remboursements plafonnés octroyés au titre du NCMS, le MAS lui rembourse les dépenses au-delà de ce seuil à deux reprises, par le biais d'une aide provisoire ou d'autres formes d'assistance. Le but est d'empêcher que cette catégorie de la population (potentiellement appauvrie) ne tombe en dessous du seuil de pauvreté. Une action préventive est plus efficace en termes de coûts que l'octroi par la suite d'une aide régulière.

En matière de gestion et de services, dans l'idéal, les bénéficiaires du MAS ne devraient avoir à déboursier d'argent que lorsqu'ils ne vont pas chez des prestataires de soins conventionnés. Ils ne devraient pas avoir à régler l'intégralité des frais à l'avance et attendre d'être remboursés plus tard. Il est, en outre, indispensable d'assurer la combinaison harmonieuse du MAS et du NCMS sur le plan de l'administration des ressources financières, du contrôle des prestataires et de la gestion des informations. Toutes ces mesures permettront de réduire les frais de gestion, d'augmenter l'efficacité, de faciliter l'octroi des prestations et de supprimer les obstacles à l'utilisation des services pour les bénéficiaires du MAS. Une étude de cas de ce type de combinaison mis en place à Changshu, dans la province du Jiangsu, est exposée ci-dessous.

La ville de Changshu a instauré le NCMS en 2003 et a, ces dernières années, maintenu un taux de couverture supérieur à 98 pour cent. Sept ans plus tard, et après de nombreuses améliorations, celui-ci a été étendu aux zones urbaines. Dans le même temps, la ville a mis en place un régime intégré dans les régions rurales et urbaines (système BMI-NCMS), couvrant l'ensemble des citoyens titulaires d'un Hukou (carte de résident) local mais exclus du régime d'assurance-maladie de base des salariés urbains (UEBMI).

En 2010, le montant total des cotisations annuelles pour le régime s'élevait à 400 yuans (59,08 dollars ou 105,26 dollars PPA) par personne. Sur ce montant, 150 yuans (39,47 dollars PPA) proviennent des finances municipales, 150 yuans des cantons et 100 yuans (26,32 dollars PPA) sont versés par les affiliés.

Par exemple, la ville de Changshu a adopté un modèle de mutualisation des frais de soins hospitaliers et ambulatoires. La prestation comprend le remboursement des dépenses courantes en soins ambulatoires, des dépenses chroniques pour les soins ambulatoires dans le cas de certaines maladies, des frais d'hospitalisation et des dépenses d'examen médical.

Dans la pratique, le régime d'assistance médicale (MAS) est intégré au nouveau régime d'assurance-maladie coopérative (NCMS):

- **le groupe cible du MAS:** les ménages bénéficiaires de Wu Bao, de Di Bao, les populations cibles potentielles de Di Bao, les personnes gravement handicapées, les personnes nécessitant des soins spéciaux, les enfants de salariés vivant dans la pauvreté extrême, les étudiants universitaires de familles pauvres et les personnes faisant face à d'importantes difficultés en raison de frais de santé annuels supérieurs à 50 000 yuans (13 157,89 dollars PPA);
- **les subventions pour les personnes cotisant au BMI-NCMS:** les populations cibles potentielles du programme Di Bao, ainsi que les personnes gravement handicapées exclues de Di Bao doivent verser des cotisations. Les cotisations individuelles des

autres populations cibles du MAS sont prises en charge par le Bureau des finances de leur collectivité de résidence;

- **l'aide pour les dépenses courantes en soins ambulatoires:** les bénéficiaires du MAS n'ont à s'acquitter d'aucune somme forfaitaire pour les dépenses courantes en soins ambulatoires couvertes par le BMI-NCMS. Les dépenses pour les soins ambulatoires supérieurs à 1 500 yuans (394,74 dollars PPA) (limite annuelle de remboursement par personne au titre du BMI-NCMS) peuvent être prises en charge par les fonds du MAS. Le taux de remboursement est de 90 pour cent pour les bénéficiaires de Wu Bao et de Di Bao, et les étudiants universitaires de familles pauvres, contre 60 pour cent pour les populations cibles potentielles du système Di Bao, les personnes gravement handicapées exclues de Di Bao, les personnes nécessitant des soins spéciaux et les enfants de salariés vivant dans la pauvreté extrême;
- **l'aide pour les frais d'hospitalisation et les dépenses chroniques en soins ambulatoires pour certaines maladies:** les bénéficiaires du MAS n'ont aucune somme forfaitaire à régler au titre du BMI-NCMS. Le MAS a octroyé une aide financière pour le coût réel à la charge des bénéficiaires. Le taux de remboursement est de 90 pour cent pour les bénéficiaires des programmes Wi Bao et Di Bao, et les étudiants universitaires de familles pauvres, contre 60 pour cent pour les populations cibles potentielles du système Di Bao, les personnes gravement handicapées exclues de Di Bao, les personnes nécessitant des soins spéciaux et les enfants de salariés vivant dans la pauvreté extrême;
- **les procédures d'octroi de l'aide:** les ménages bénéficiaires des systèmes Wu Bao et Di Bao, les populations cibles potentielles de Di Bao, les personnes gravement handicapées, les personnes nécessitant des soins spéciaux, les enfants de salariés vivant dans la pauvreté extrême et les étudiants universitaires de familles pauvres n'ont qu'à apporter leur carte médicale et les papiers nécessaires aux prestataires de services désignés afin de bénéficier de soins. Ils se contentent de régler la part des dépenses à leur charge. Cela signifie qu'ils peuvent obtenir leurs remboursements et leurs aides en temps réel. Le centre local de gestion du BMI-NCMS détermine le montant des soins couvert par les ressources du MAS, auprès des prestataires désignés, en fonction de la réglementation en vigueur;
- **l'aide provisoire:** le MAS octroie une aide provisoire adaptée aux bénéficiaires du BMI-NCMS ayant des difficultés financières régulières en raison de dépenses de santé annuelles supérieures à 50 000 yuans (13 157,89 dollars PPA). Le montant de l'aide varie entre 2 000 yuans (526,32 dollars PPA) et 100 000 yuans (26 315,79 dollars PPA);
- **les effets de l'aide:** le taux d'hospitalisation de la population cible du MAS était de 32,3 pour cent, soit un taux supérieur au reste de la population. D'après le tableau 13, les taux finaux de remboursement pour les soins médicaux étaient, respectivement, de 73,09 pour cent, de 65,42 pour cent et de 47,52 pour cent dans le cas des prestataires locaux à l'échelle de la collectivité, au niveau municipal et à l'échelon non local. La charge financière pour les bénéficiaires a été fortement réduite. Ainsi, dans le cas des dépenses chroniques en soins ambulatoires pour certaines maladies, le taux de remboursement final était de 83,95 pour cent (tableau 14), ce qui a permis de régler en grande partie le problème des frais pour les soins ambulatoires, trop élevés pour la population cible.

Tableau 13. Remboursements au titre des frais d'hospitalisation pour les bénéficiaires du régime d'assistance médicale à Changshu, 2009

Type de prestataire	Nombre d'hospitalisations	Coût par hospitalisation (en yuans) (en dollars PPA)	Remboursement moyen provenant du BMI-NCMS par hospitalisation (en yuans) (en dollars PPA)	Assistance fournie par le MAS par hospitalisation (en yuans) (en dollars PPA)	Remboursement total par hospitalisation (en yuans) (en dollars PPA)	Taux de remboursement final (%)
Municipalité	1 861	2 981,22 (784,53)	1 600,76 (421,25)	578,14 (152,14)	2 178,91 (573,40)	73,09
Ville	1 421	9 941,89 (2 616,29)	4 430,96 (1 166,04)	2 073,38 (545,63)	6 504,34 (1 711,67)	65,42
Non local	81	18 205,80 (4 791,00)	5 607,72 (1 475,72)	3 042,80 (800,74)	8 650,51 (2 276,45)	47,52
Total/Moyenne totale	3 363	6 289,07 (1 655,02)	2 893,15 (761,36)	1 269,30 (334,03)	4 162,45 (1 095,38)	66,19

Tableau 14. Remboursement au titre des dépenses ambulatoires chroniques pour les bénéficiaires du régime d'assistance médicale à Changshu, 2009

Type de prestataire	Nombre de visites en service ambulatoire	Coût par visite (en yuans) (en dollars PPA)	Remboursement moyen en provenance du BMI-NCMS par visite (en yuans) (en dollars PPA)	Aide provenant du MAS (en yuans) (en dollars PPA)	Remboursement total par visite (en yuans) (en dollars PPA)	Taux de remboursement final
Municipalité	151	71,08 (18,71)	19,60 (5,16)	29,44 (7,75)	59,04 (15,54)	83,07
Ville	11 071	443,28 (116,65)	204,76 (53,88)	168,02 (44,22)	372,78 (98,10)	83,99
Non local	19	4 937,55 (1 299,36)	2 578,50 (678,55)	1 475,00 (388,16)	4 053,51 (1 066,71)	82,1
Total/Moyenne totale	11 241	446,43 (117,48)	206,28 (54,28)	168,50 (44,34)	374,78 (98,63)	83,95

Principaux enseignements de l'expérience chinoise

Depuis 2003, année au cours de laquelle ont été instaurés les régimes NCMS et MAS, la Chine met en place un système d'assurance-maladie couvrant plus de 800 millions de paysans dans 2 716 cantons (districts). La création, la mise en œuvre et l'amélioration du système ont été réalisées de manière ordonnée, sans incidents ni revers. Ce succès est largement salué par toute la population chinoise. Le MAS est devenu un programme-cadre, offrant une protection similaire à toute personne vivant dans la pauvreté. À partir de ces expériences passées, divers enseignements ont pu être tirés:

- 1. Guidé par le concept officiel de développement scientifique, l'Etat chinois témoigne d'une réelle volonté politique de promotion du secteur de la santé et du système d'assurance-maladie en milieu rural. Il s'agit du principal facteur expliquant la mise en place et le développement rapide du NCMS et du MAS dans les immenses campagnes chinoises.**

Dans leur ensemble, les paysans chinois travaillent sur les terres familiales, vivent dispersés et (malgré leur nombre important) ne disposent pas de moyens d'expression ou de défense de leurs intérêts. C'est la raison pour laquelle, bien qu'il s'agisse d'un

problème de longue date, la société chinoise ne s'est pas suffisamment préoccupée de l'absence d'un système d'assurance-maladie pour ses paysans.

C'est le concept de développement scientifique qui a permis d'améliorer le développement social en milieu rural (et notamment le système de sécurité sociale). Inspiré par la philosophie du rapport présenté au cours du 17^e congrès du parti, l'Etat chinois a investi d'importantes sommes dans la création du fonds d'assurance-maladie et a mobilisé des ressources humaines et matérielles colossales pour développer un système de gestion pour le NCMS. Tous ces efforts traduisent le principe fondamental du NCMS: son caractère public. Lors de la création du NCMS en 2003 et pour la première fois, l'Etat subventionnait la demande (20 yuans par personne) à partir des recettes fiscales, mettait en place un fonds d'assurance-maladie et finançait les soins de santé en faveur des paysans. En 2009, les subventions publiques attribuées au NCMS s'élevaient à 74,822 milliards de yuans. A l'heure actuelle, une équipe de gestion à l'échelle cantonale, composée de 38 671 personnes, est responsable de la gestion et de la mise en œuvre du régime. L'Etat central a également octroyé 6 millions de yuans aux provinces du centre et de l'ouest pour l'élaboration d'un système de gestion des informations. En outre, des groupes de pilotage du NCMS provenant du Conseil d'Etat sont présents à tous les niveaux, des cantons aux provinces/districts. Ils sont chargés de formuler des mesures et des lignes directrices globales destinées à garantir le bon fonctionnement du régime.

2. La coordination des différents départements ministériels garantit, sur le plan institutionnel, la bonne mise en œuvre du NCMS et du MAS.

Le développement du système d'assurance-maladie en milieu rural ne relève pas des compétences exclusives du ministère de la Santé, mais rassemble de nombreux départements ministériels, dont ceux des ministères des Finances, des Affaires civiles, des Ressources humaines et de la Sécurité sociale, et le Comité national pour le développement et la réforme. Equilibrer les obligations et les intérêts de chacun est une préoccupation constante. Lors de la séance conjointe du Conseil d'Etat consacrée au NCMS, l'organisation de la mise en œuvre du régime a été confiée au ministère de la Santé et il a été demandé aux autres ministères d'appuyer ce dernier dans cette tâche. Un département de la santé en milieu rural a été mis en place au sein du ministère de la Santé, et ce dernier est chargé de piloter le NCMS sur l'ensemble du territoire. Le ministère des Finances s'est vu attribuer la responsabilité du financement, du suivi et de la gestion des ressources financières du NCMS. Le ministère des Affaires civiles s'occupe des problématiques liées à la pauvreté dans les régions rurales. Le ministère des Ressources humaines et de la Sécurité sociale, de concert avec le ministère de la Santé, se charge des modalités de recrutement du personnel ainsi que de la mise en place et du fonctionnement du mécanisme d'organisation et de gestion du régime. Le Comité national pour le développement et la réforme joue un rôle de premier plan dans le développement du système d'information et du système de prestation des services du NCMS. Les départements de la sécurité sociale du NCMS et de la santé se consultent fréquemment afin de coordonner les systèmes d'assurance-maladie dans les zones rurales et urbaines.

La coordination de ces ministères s'explique par trois facteurs différents. Tout d'abord, conformément au Concept de développement scientifique, l'assurance-maladie en milieu rural est une responsabilité partagée entre plusieurs départements et revêt une importance toute particulière dans le cadre d'un développement équilibré et durable. Deuxièmement, la séance conjointe du Conseil d'Etat consacrée au NCMS, mécanisme de contrôle adapté, est un moyen supplémentaire de coordination. Il permet aux départements ministériels d'échanger directement des idées et assure ainsi la cohérence des directives. Troisièmement, il n'y a aucune opposition entre les

différents ministères, chacun ayant intérêt au développement du NCMS. En conséquence, la coordination ne représente pas un problème majeur.

La combinaison du NCMS et du MAS en témoigne. Les ministères des Affaires civiles et de la Santé ont travaillé de pair à leur intégration dans certaines régions, afin de permettre aux populations pauvres d'avoir accès aux soins de santé au même titre que le reste de la population. A cette fin, le MAS reverse à ses bénéficiaires une prime du NCMS et rembourse une partie de leurs dépenses. Grâce à cette combinaison, l'utilisation des services de santé chez les populations pauvres égale, voire dépasse, celle du reste de la population. Les deux ministères ont étendu le programme pilote à l'ensemble du pays.

3. L'adhésion volontaire respectant le choix des paysans et le mode de financement à sources multiples sont deux éléments indispensables.

Si l'Etat se charge «d'organiser et de guider» les paysans pour qu'ils adhèrent au NCMS, la décision finale appartient à ces derniers et le NCMS s'y conforme en tous points. Dans les faits, la plupart des paysans font le choix d'y adhérer, en raison, en grande partie, de la part importante des cotisations prise en charge par l'Etat. En 2003, alors que le NCMS faisait tout juste son apparition, les aides reversées par l'Etat à chaque bénéficiaire étaient de 20 yuans, soit 66,7 pour cent des cotisations totales. En 2009, l'ensemble des cotisations s'élevait à 94,435 milliards de yuans (24,851 milliards de dollars PPA), dont 74,882 milliards financés par l'Etat (19,690 milliards de dollars PPA), soit 79,23 pour cent. Alors que l'adhésion concerne la famille entière, les cotisations sont, pour leur part, individuelles. En 2009, la prime par personne était de 23,5 yuans (6,18 dollars PPA). Le département des Affaires civiles a également reversé 917 millions de yuans (241,32 millions de dollars PPA) au titre des primes en faveur des populations pauvres. Le NCMS dispose en outre d'autres sources de financement, comme les dons.

La nature volontaire du programme et son mode de financement à sources multiples ne pourront être pérennes qu'à la condition expresse que les paysans bénéficient de prestations plus élevées et fassent systématiquement le choix de s'affilier.

4. Le processus décisionnel rationnel et démocratique aide, sur le plan technique, au développement ordonné et sans revers du NCMS.

Le NCMS et le MAS sont deux régimes d'assurance-maladie d'envergure ayant des répercussions sur la vie de centaines de millions de paysans. La moindre négligence pourrait avoir des conséquences fâcheuses et conduire à la perte de crédibilité de l'Etat et à la baisse de confiance des paysans.

Pour la mise en place et l'extension du NCMS, la Chine a adopté une stratégie d'extension graduelle précédée d'un projet pilote permettant de recueillir des informations et d'accroître son savoir-faire. Tout au long du processus, la priorité a été donnée à la collaboration entre fonctionnaires et chercheurs. Un groupe de pilotage technique a été créé dès le départ, chargé de mener les travaux de recherches essentiels et d'assurer la supervision sur le terrain, ce qui l'a amené à communiquer les problèmes rencontrés aux responsables du programme, qui ont ainsi pu les résoudre au mieux. Le groupe a effectué des activités de recherche et de suivi en continu dans des domaines tels que le financement, la conception des paniers de soins, la gestion et la sécurisation des ressources financières, le statut des prestataires de soins et la maîtrise des coûts. En outre, il a étudié les régions de l'est, du centre et de l'ouest du pays et a fait état des résultats aux décideurs. Au cours de séances conjointes, divers experts ont été désignés pour recueillir les données relatives à cinq provinces préalablement sélectionnées et les transmettre à la session conjointe

suivante. Ces diverses mesures permettent d'assurer la stabilité, la cohérence et la faisabilité des politiques en la matière.

La plupart des membres du personnel affecté au NCMS ne possédaient pas suffisamment de connaissances ou d'expérience. Afin de les former et de leur permettre de répondre à la cadence rapide d'extension des deux régimes, le ministère de la Santé a fait appel à des experts et à des fonctionnaires expérimentés pour organiser des séances régulières de formation à l'échelle nationale. Ces formations portent sur le fonctionnement sur le plan institutionnel du NCMS, son organisation et sa gestion, le financement, la gestion des risques médicaux, la nature des prestations, le statut des prestataires, la maîtrise des coûts, la gestion et la sécurité des ressources financières, ainsi que la gestion des systèmes d'information.

5. L'amélioration du système de prestation des services et les progrès réalisés au sein du système d'assurance-maladie sont concomitants et permettent à ce dernier de protéger le droit à la santé et les intérêts de la population.

Afin de garantir l'accès aux soins de santé pour tous, des mécanismes financiers à l'image du NCMS sont indispensables, mais s'avèrent cependant insuffisants. L'offre de services de santé est au moins aussi importante. C'est pourquoi la prestation de services et l'assurance-maladie doivent aller de pair.

L'allocation des ressources destinées à l'assurance-maladie était auparavant déséquilibrée; celles-ci étaient généralement concentrées dans les grandes villes et les principaux hôpitaux. Afin de modifier cet état de fait, le gouvernement a mis en place un système d'assurance-maladie en milieu rural et a investi d'importantes ressources pour la création d'un système de prestations de soins en milieu rural.

a. Amélioration de l'infrastructure médicale en milieu rural

La Chine suit son *calendrier de développement du système de prestation de soins de santé en milieu rural* depuis 2006. De 2004 à 2009, l'Etat a dépensé 21,684 milliards de yuans (5,706 milliards de dollars PPA) pour rénover ou construire 36 000 structures rurales de santé. Parmi ces structures, on dénombre 24 000 centres de santé à l'échelle des collectivités. Les prestataires disposent ainsi de meilleures conditions et de capacités de service renforcées dans les régions rurales.

En 2009, l'Etat central a affecté 20 milliards de yuans (5,263 milliards de dollars PPA) à la construction de 986 hôpitaux de cantons, de 3 549 centres de santé dans les collectivités et de 1 154 centres de services de santé communautaires.

Les progrès rapides dans la reconstruction du système de soins de santé suite au tremblement de terre dans les régions du Sichuan, du Gansu et du Shaanxi ont permis d'accélérer la mise à niveau des systèmes d'assurance-maladie de ces trois provinces. Fin novembre 2009, pas moins de 1 531 projets avaient débuté, parmi lesquels 760 étaient déjà achevés, et les investissements réalisés atteignaient 12,36 milliards de yuans (3,253 milliards de dollars PPA).

b. Renforcement du personnel médical dans les régions rurales

De 2005 à 2009, l'Etat central a consacré 2,145 milliards de yuans (0,564 milliard de dollars PPA) à la formation de professionnels de la santé, et notamment de directeurs de centres de santé dans les collectivités, d'internes en médecine et de médecins, dans les villages des régions du centre et de l'ouest.

c. Encourager les prestataires urbains à soutenir leurs homologues en milieu rural

De 2005 à 2009, l'Etat central a accumulé 1,04 milliard de yuans destinés à la création d'un programme de partenariat en faveur des hôpitaux de cantons et des centres de santé municipaux, dans 592 cantons nationaux touchés par la pauvreté et quelques cantons provinciaux. En 2009, on dénombrait ainsi 900 hôpitaux tertiaires associés à 2 200 hôpitaux de cantons.

Du fait de l'existence du système d'assurance-maladie, les paysans sollicitent davantage de soins de santé. Seul un système de prestation de soins adapté peut permettre de répondre à cet accroissement de la demande et de protéger, dans les faits, le droit à la santé des paysans. Dans l'ensemble, depuis l'introduction du NCMS, les hôpitaux au niveau des cantons et les centres de santé des collectivités ont fourni des services à environ 82 pour cent des patients hospitalisés, signe du développement réussi d'établissements médicaux dans les régions rurales.

Quel ministère devrait être responsable de la gestion du NCMS? Cette question a dans un premier temps prêté à controverse. Le Conseil d'Etat a décidé d'en attribuer la responsabilité au ministère de la Santé, ce qui est tout à fait fondé. En outre, l'expérience montre que le mécanisme de gestion actuel permet d'équilibrer les ressources financières destinées à l'assurance-maladie et à la prestation de soins, de maîtriser pleinement les coûts et de garantir la sécurisation des ressources financières. A partir des données du Centre d'information statistique sur la santé et de l'Institut de recherche sur le NCMS, la moyenne nationale des coûts d'hospitalisation a pu être comparée à la moyenne de ces mêmes coûts pour les bénéficiaires du NCMS. En 2005, cette dernière était de 3 260 yuans (857,9 dollars PPA), contre 4 662 yuans (1 226,84 dollars PPA) pour la moyenne nationale. En 2009, ces chiffres atteignaient, respectivement, 3 590 yuans (944,74 dollars PPA) et 5 464 yuans (1 437,89 dollars PPA) (en valeurs nominales), soit une hausse de 9,2 pour cent et de 17,2 pour cent. En 2005, le coût d'hospitalisation moyen dans les hôpitaux de cantons était de 3 556 yuans (935,79 dollars PPA) pour les bénéficiaires du NCMS et de 3 381 yuans (889,74 dollars PPA) à l'échelle nationale. En 2008, ces chiffres étaient respectivement de 3 791 yuans (997,63 dollars PPA) et de 4 115 yuans (1 082,89 dollars PPA), soit une hausse de 6,6 pour cent et de 21,7 pour cent.

Défis futurs

En dépit de progrès importants, la Chine doit toujours faire face à de nombreux défis au sein de son système d'assurance-maladie en milieu rural:

1. La couverture demeure insuffisante et il est primordial de mettre en œuvre un mécanisme de financement pérenne.

En 2009, le montant total des cotisations par personne n'était que de 113 yuans. Le taux de remboursement effectif était seulement de 41 pour cent, bien que 87 pour cent des ressources financières totales aient été utilisées pour le remboursement des hospitalisations. La compensation au titre des soins ambulatoires atteignait à peine 18 yuans (4,74 dollars PPA) par visite. Il existe deux manières d'améliorer les prestations. L'une consiste à augmenter les cotisations, l'autre implique la maîtrise de l'augmentation des coûts des soins de santé.

A l'heure actuelle, la détermination du montant des cotisations (versées par l'Etat et les ménages bénéficiaires) et de son augmentation relève de décisions administratives, qui sont cependant soumises à de nombreuses incertitudes. Les ressources financières du NCMS ne peuvent augmenter au même rythme de la croissance économique et des revenus des paysans que s'il existe un mécanisme d'accroissement des ressources s'appuyant sur des lois et des réglementations. Il est, de ce fait, urgent de doter le système d'assurance-maladie en milieu rural de ces lois et règlements afin de combiner l'accroissement des ressources allouées au NCMS à la croissance économique. En 2009, les recettes fiscales de l'Etat central s'élevaient à 6 847,7 milliards de yuans (1 801,8 milliards de dollars PPA), alors que les ressources destinées au NCMS étaient de 29,662 milliards de yuans (7,8058 milliards de dollars PPA), soit seulement 0.39 pour cent des recettes. Ce chiffre devrait atteindre 0,8 pour cent des recettes fiscales si les taux de remboursement pour les frais d'hospitalisation et les services ambulatoires au titre du NCMS passaient, respectivement, à 70 ou 80 pour cent, et à 60 pour cent. Une réglementation est indispensable afin de définir les mesures à prendre. C'est là une condition essentielle pour le développement équilibré et pérenne du NCMS.

Les cotisations individuelles annuelles versées par un paysan s'élèvent à 30 yuans (7,89 dollars PPA). En supposant que le revenu net par personne d'un paysan est inférieur à 5000 yuans (1 315,79 dollars PPA), ces dépenses ne représentaient, en 2009, que 0,6 *pour cent* de ses revenus. Il est également nécessaire d'inscrire dans les réglementations le principe d'augmentation des cotisations individuelles en fonction de l'accroissement des revenus, selon un rapport défini. La plupart des experts s'accordent à dire que la proportion des cotisations par rapport au revenu devrait se situer entre 1 et 2 pour cent.

2. Maîtriser la croissance démesurée des frais médicaux et favoriser une meilleure utilisation des services: deux objectifs à long terme.

En raison des investissements réalisés dans le secteur de la santé dans les régions rurales, du renforcement des plateaux techniques et des services, les frais médicaux ont tendance à augmenter. La prédominance actuelle des paiements à l'acte incite les prestataires à offrir davantage de services que nécessaire. Des cas d'abus (prescriptions ou examens inutiles) sont ainsi quelquefois constatés. La croissance des coûts est en outre excessive (plus de 10 pour cent) dans certaines régions. Il en résulte que la maîtrise des coûts est un défi majeur pour le NCMS. A cette fin, certaines régions ont expérimenté des réformes du système de paiement, en remplaçant le paiement à l'acte par un paiement forfaitaire ou une indemnité journalière pour les services hospitaliers, et par un honoraire fixe pour les services ambulatoires. De leur côté, de nombreuses localités s'appuient encore davantage sur la gestion informatisée et renforcent le contrôle des prestataires de soins au moyen de techniques informatiques modernes. Toutes ces réformes sont cependant toujours au stade expérimental. Des efforts supplémentaires sont nécessaires afin de parvenir à une meilleure utilisation des ressources financières du NCMS, de favoriser une meilleure utilisation des services et d'augmenter les retombées en faveur des bénéficiaires. Dans le même temps, la qualité des services a souvent été négligée. Il convient de parvenir à un équilibre entre les coûts, d'une part, et la qualité, d'autre part.

3. Des progrès supplémentaires sont nécessaires afin de parvenir à l'équité et à l'accès effectif des populations pauvres et des travailleurs migrants.

La part des dépenses à la charge des bénéficiaires dans le coût des soins ambulatoires est toujours très élevée, puisqu'elle atteint environ 60 pour cent (elle s'élevait même 70 pour cent quelques années auparavant), excluant de facto les populations pauvres. Ainsi, le NCMS ne peut pas à lui seul régler les problèmes d'accessibilité et d'équité

pour les populations pauvres. Dans la pratique, ces derniers utilisent un nombre de services de loin inférieur au reste de la population. Cette situation ne saurait changer qu'à la faveur d'une combinaison du MAS et du NCMS, et du remboursement partiel ou intégral, au titre du MAS, des dépenses à la charge des populations pauvres, afin que la part des dépenses leur incombant ne dépasse pas 20 pour cent. Les ressources financières actuelles du MAS ne le permettent cependant pas.

Une évaluation approximative des ressources nécessaires a été conduite. D'après les statistiques du ministère des Affaires civiles, 62,677 millions de personnes bénéficiaient du MAS en 2009. L'aide financière qui leur a été reversée s'élevait à 8,04 milliards de yuans (2,116 milliards de dollars PPA), soit 128,3 yuans (33,76 dollars PPA) par personne.

Les données relatives au NCMS provenant de 563 cantons montrent qu'en 2009, les bénéficiaires ont eu des frais hospitaliers s'élevant en moyenne à 3 780 yuans (994,74 dollars PPA) par hospitalisation, alors que le taux de remboursement effectif était pour sa part de 41 pour cent. Si ces chiffres devaient être identiques pour les bénéficiaires du MAS, alors les frais à leur charge seraient de 2 230 yuans (586,84 dollars PPA) par hospitalisation, après remboursement du NCMS. A eux deux, ces régimes ne peuvent prendre en charge 80 pour cent du coût que si le taux de remboursement du MAS est de 39 pour cent, soit 1 474 yuans par hospitalisation. En supposant que le taux d'hospitalisation soit de 9,9 pour cent, cela signifierait que le nombre de bénéficiaires du MAS hospitalisés s'élèverait à 6 205 023 et que ceux-ci seraient en droit de réclamer 9,15 milliards de yuans (2,408 milliards de dollars PPA). A l'heure actuelle, sur l'ensemble des remboursements versés au titre du MAS, le rapport des remboursements pour les soins ambulatoires sur ceux pour les soins hospitaliers est d'environ 3 pour 7 (hors coût des maladies chroniques non transmissibles et des dépenses de santé extraordinaires). A partir de là, les ressources nécessaires pour le MAS s'élèveraient à 13,07 milliards de yuans. En 2009, le ministère des Affaires civiles est venu en aide à 43,66 millions de paysans pour leurs cotisations au NCMS. A supposer que la cotisation par personne soit de 30 yuans (7,89 dollars PPA), cela signifierait un remboursement total de 1,3 milliard de yuans (342 millions de dollars PPA). Dans cette hypothèse, les ressources nécessaires seraient de 14,37 milliards de yuans (3,782 milliards de dollars PPA) en 2009, alors que les ressources réellement disponibles n'étaient que de 8,04 milliards (2,116 milliards de dollars PPA), soit une différence de 6,33 milliards de yuans (1,667 milliard de dollars PPA).

Même en disposant de ressources supplémentaires, sans intégration effective avec le NCMS, le MAS ne peut pas optimiser ses remboursements en faveur des personnes pauvres. Actuellement, seuls quelques cantons ont entrepris cette combinaison effective. Des instruments administratifs sont indispensables à son extension à l'ensemble du pays.

On dénombre environ 120 millions de travailleurs migrants dans les régions rurales. Etant loin de chez eux, ils ont davantage besoin de services médicaux. Cependant, du fait de capacités administratives insuffisantes, le NCMS refuse assez souvent de rembourser, ou ne rembourse que très faiblement, les dépenses médicales (les soins ambulatoires par exemple) effectuées dans leur région d'activité. Cela a une incidence négative sur l'utilisation des services et les prestations des travailleurs migrants. Il faut espérer que la mise en place d'un réseau d'information à l'échelle nationale permettra aux bénéficiaires de percevoir leurs remboursements, y compris en dehors de leur région de résidence. Cependant, dans les conditions actuelles, un tel système est hors de portée.

4. Les capacités de gestion du NCMS doivent être améliorées afin de répondre aux besoins grandissants du système d'assurance-maladie grandissant en milieu rural.

A l'heure actuelle, un employé du NCMS doit s'occuper de 38 000 bénéficiaires et nombre d'employés auraient besoin d'une formation technique. En outre, les coûts de fonctionnement sont en moyenne de 600 000 yuans (157 894,7 dollars PPA) par canton et l'on dénombre en moyenne 310 000 bénéficiaires par canton. Dans une telle situation, offrir des services d'assurance-maladie de qualité est difficile.

L'assurance-maladie en milieu rural est un projet à long terme. Afin d'assurer son développement équilibré, il est indispensable de disposer d'un personnel qualifié, de lui offrir différentes formations et de posséder des ressources financières suffisantes pour couvrir les frais de fonctionnement. De telles conditions ne sont cependant pas réunies actuellement.

Il convient également d'améliorer les prestations du NCMS. Les problématiques à résoudre concernent la répartition des ressources entre les prestations destinées au remboursement des soins hospitaliers, des soins ambulatoires et des dépenses de santé extraordinaires, et l'optimisation de la portée de la couverture, sans pour autant entraîner de déficit. Ces dernières années, certains cantons ont enregistré des déficits pendant que d'autres, au même moment, enregistraient un excédent élevé. Il est de toute évidence possible d'ajuster les prestations.

Le niveau de développement des systèmes de gestion de l'information pour l'assurance-maladie dans les zones rurales varie en fonction des cantons, certains n'ayant que peu progressé dans ce domaine au cours des dernières années. Les systèmes provinciaux de gestion de l'information sont notamment insuffisants, et empêchent d'offrir des services de remboursement adaptés aux bénéficiaires. Il est par conséquent urgent d'accélérer le développement de ces systèmes.

5. La combinaison des systèmes d'assurance-maladie dans les régions urbaines et rurales

Un développement équilibré passe par la combinaison des systèmes entre les régions urbaines et rurales. Cependant, des différences existent entre ces systèmes en matière de cotisation. En outre, les motifs de consultation diffèrent selon que les personnes vivent dans une région rurale ou urbaine. Les citoyens préfèrent les hôpitaux de qualité en ville alors que les paysans se rendent généralement chez les prestataires de base. Afin de combiner les deux systèmes, il convient de s'attacher tout particulièrement à la protection des intérêts des paysans et d'éviter que les citoyens ne tirent profit de la situation aux dépens de ces derniers. Cela suppose un soutien des régions urbaines aux régions rurales et de l'industrie à l'agriculture. Néanmoins, ce principe n'est pas respecté dans certains cas, entraînant une utilisation des services et des prestations de loin inférieure pour les paysans par rapport aux citoyens. De quelle manière convient-il d'intégrer les systèmes d'assurance-maladie dans les régions urbaines et rurales? Quelles conséquences cette intégration aura-t-elle sur le système de gestion institutionnel? Toutes ces questions doivent encore trouver une réponse.

La Chine est actuellement en train de réformer son système de santé. L'objectif fondamental est d'assurer l'accès à tous, sur un pied d'égalité, aux soins de santé et d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. L'une des principales composantes de ces réformes est la consolidation du système d'assurance-maladie, qui permet d'enclencher une nouvelle dynamique et offre de nouvelles possibilités d'amélioration du système de soins en milieu rural. La Chine dispose des capacités nécessaires pour relever les défis et surmonter les difficultés qui se présentent à elle, et faire de son système d'assurance-maladie en milieu rural une réussite.

ⁱ Statistiques nationales, 2009.

ⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, *Observatoire mondial de la santé*, 2005.

^{iv} Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde 2008* et *Financement du développement dans le monde 2008*.

^v *Ibid.*

^{vi} Taux de chômage déclaré dans les villes et les collectivités, 2009.

^{vii} PNUD: *Rapport sur le développement humain 2009*.

^{viii} Banque mondiale, 2009, estimations de la Banque mondiale de 2005 à partir d'enquêtes.

9. Colombie

Superficie	1 141 748 km ²
Population ⁱ	45 012 096
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	29,6
15-64 ans (%)	65,1
65 ans et plus (%)	5,4
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	16
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	76,8
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	69,4
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	130
PIB par habitant ⁱⁱⁱ	
En dollars ^{iv} E.U. courants ^v	5 416
PPA (en dollars internationaux courants)	8 797
Monnaie locale constante	6 234 943
Dépenses totales consacrées à la santé (en pourcentage de PIB) ^{vi}	7,44
Taux de chômage ^{vii}	12,2
Taille de l'économie informelle (en pourcentage) ^{viii}	57
Pauvreté (en pourcentage de population) ^{ix}	45,5
Pauvreté extrême (en pourcentage de population) ^x	16,4
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{xi}	77
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indice de pauvreté humaine	34
Salaire minimum mensuel en dollars (2010)	221

Le régime d'assurance santé subventionné au sein du système de protection sociale

Elisa Carolina Torrenegra Cabrera

Résumé

En 1993, la réforme de la santé a permis le passage d'un système de santé national à un système de subventions (prestations monétaires destinées aux personnes pauvres) administré par des compagnies d'assurance privées, dénommées entités promotrices de santé (*entidades promotoras de salud*, EPS), qui assignent les ressources du budget général national aux institutions chargées de prodiguer des soins de santé, tels les hôpitaux et les cliniques.

- Le Système général de sécurité sociale en santé (*Sistema general de seguridad social en salud*, SGSSS) est constitué de deux régimes: un régime contributif pour les personnes qui en ont les moyens et un régime subventionné pour les personnes pauvres.
- L'objectif est d'atteindre une couverture de santé universelle et de permettre l'accès à divers services de santé.
- Le système assure 41 millions de citoyens, sur les 45 millions que compte la Colombie.
- Les bénéficiaires des deux régimes ont accès à un ensemble de prestations, mais ceux appartenant au régime contributif reçoivent des services supplémentaires.
- Les personnes ayant souscrit auprès d'assureurs publics ou privés (caisses de santé) ont le droit de bénéficier d'un paquet prédéfini de prestations sociales et de recevoir des soins, aussi bien dans des institutions publiques que privées.
- Le système de santé prévoit la séparation des fonctions de financement, de gestion et de répartition des prestations.
- L'introduction d'un fonds de péréquation nationale (Caisse de solidarité et de garantie, *El Fondo de Solidaridad y Garantía*, FOSYGA) permet de fournir un financement croisé entre les riches et les pauvres, entre les malades et les bien portants, entre les jeunes et les personnes âgées, ainsi que de protéger le financement de la santé en période de crise économique.
- L'établissement d'une cour constitutionnelle et de mécanismes juridiques garantit la protection des droits individuels, accroît l'accessibilité des tribunaux au public et contribue au respect du droit à la santé.
- Le système est financé par les cotisations des employeurs et des employés, ainsi que par des impôts généraux.
- En conséquence, les dépenses en santé, privées et publiques, ont augmenté, tout comme la couverture d'assurance santé.

Régime d'assurance santé subventionné:

- La population cible est constituée de personnes pauvres et de travailleurs de l'économie informelle.
- En tenant compte de certains critères, les autorités municipales sélectionnent les personnes pauvres et les travailleurs informels susceptibles de bénéficier de ce régime.
- Le financement s'effectue au moyen d'impôts généraux collectés par le gouvernement national et transférés aux municipalités, et est renforcé par des cotisations départementales et municipales, ainsi que par le versement de 1,5 pour cent de l'ensemble des cotisations issues du système contributif.

Régime contributif de santé:

- La population cible concerne les personnes qui ont les moyens de cotiser. Toute personne disposant d'un contrat de travail ou touchant un revenu supérieur au double du salaire minimum (pour les travailleurs indépendants) doit être affiliée.
- Le financement est assuré par des cotisations salariales – cotisations équivalentes à 12 pour cent du revenu déclaré, dont les deux tiers sont financés par l'employeur et un tiers par l'employé.

A propos de l'auteur

Elisa Carolina Torrenegra Cabrera, Directrice exécutive, Gestarsalud.

Contexte socio-économique du régime subventionné

Le régime subventionné colombien date des années 1990, période durant laquelle étaient promus à l'échelle internationale les concepts de solidarité, de participation des communautés, d'accès à des services de santé en zone rurale, d'autogestion de la santé, de prévention grâce à des soins de santé et d'attention portée aux populations pauvres et vulnérables.

En Colombie, ces concepts se sont consolidés par l'élaboration de programmes de subventions pour la santé destinés aux populations pauvres (Programme d'entreprises solidaires pour la santé, *Programa de Empresas Solidarias de Salud*, ESS). Etablis par le gouvernement national, avec le soutien de la Banque interaméricaine de développement, ces programmes ont pris en considération les concepts politiques de santé publique, déjà reconnus à l'échelle internationale et répandus dans les discussions, les analyses et les processus de prise de décision au sein des systèmes de santé du monde entier. Ils ont permis d'améliorer l'organisation des communautés rurales et des communautés ayant un statut socio-économique plus faible, enseignant aux personnes comment prendre soin d'elles et comment adopter un style de vie sain. Ces concepts sont à l'origine du système de santé colombien et ont ainsi facilité l'amélioration des conditions de vie de la population.

Dans les années 1990, les dépenses totales en santé s'élevaient à environ 6,2 pour cent de l'ensemble du produit intérieur brut (PIB) (tableau 1). Elles incluaient principalement les paiements directs par les patients, qui représentaient presque 3 pour cent et avaient un impact considérable sur le niveau de pauvreté (voir tableau 2 pour les dépenses en santé par habitant).

Tableau 1. Dépenses totales consacrées à la santé (en pourcentage du PIB)

	1993	1997	2000	2003
Dépenses totales en santé	6,2	9,6	7,7	7,8
Dépenses publiques totales en santé	1,4	3,4	3,2	3,1
Dépenses de sécurité sociale en santé	1,6	2,8	3,0	3,5
Dépenses privées en santé	3,3	3,4	1,5	1,2
Dépenses de paiements directs en santé	2,7	2,9	0,9	0,6

Source: Barón, G. (2007) Cuentas de salud de Colombia 1993-2003: El gasto nacional en salud y su financiamiento, ministère de la Protection sociale et Département national de planification.

Tableau 2. Dépenses en santé par habitant

	1993	1997	2000	2003
En pesos courants	87 979	290 805	316 894	392 571
En pesos constants (2000=100)	255 717	403 147	316 894	320 074
En dollars courants	112	255	152	136
En dollars constants (2000=100)	102	317	152	111

Source: *Ibid.*

Durant la seconde moitié des années 1990, l'indice de concentration de Gini était de 0,56 (tableau 3).

Tableau 3. Statistiques sur la pauvreté

Année	Croissance du PIB (%)	Taux de chômage	Indice de Gini	Revenu / Seuil de pauvreté (SP) (%)	Besoins essentiels non satisfaits (BES) (%)	Nombre de déplacés internes par an (PDI)
1995	5,4	8,7	0,569	55,0	n/d	89 000
1996	2,0	11,9	0,544	53,8	n/d	181 000
1997	3,2	12,1	0,555	54,2	26,9	257 000
1998	0,57	15,7	0,563	55,7	26,3	308 000
1999	-4,2	22,0	0,556	60,1	26,1	225 000
2000	1,56		0,566			

Source: Sarmiento Anzola, Libardo, Exclusión y Desarrollo Societal. Nov. Ed, Desde Abajo. Datos de Desplazamiento Forzado (Données sur les déplacements contraints): Codees Informa No. 26, p.3.

Suite à l'instauration de ce programme en 2003, et à la mise en œuvre de nouvelles mesures sociales visant à réduire les niveaux de pauvreté et à améliorer la répartition des ressources, l'indice de Gini a atteint 0,59 en 2008. La pauvreté touchait 55 pour cent de la population totale à la fin des années 1990. En 2002, le taux de pauvreté a diminué, laissant 53,7 pour cent de la population totale dans des conditions de pauvreté, avant de chuter en 2008 pour ne concerner plus que 46 pour cent de la population. Le niveau d'indigence a également baissé, passant de 19,7 pour cent en 2002 à 16,4 pour cent en 2008. Il est toutefois resté presque inchangé pour les autres territoires du pays.

La comparaison de ces données avec les dépenses en santé de 1993, en suivant la même méthodologie, montre que le principal changement porte sur le passage de dépenses privées (en particulier, les paiements directs par les patients) à des dépenses financées par une assurance (grâce à des cotisations de sécurité sociale). En effet, les dépenses privées en santé (en tant que pourcentage de PIB) ont diminué, passant de 3,3 pour cent en 1993 à 1,2 pour cent en 2003 (3,4 pour cent en 1997) et les paiements directs par les patients ont chuté de 2,7 pour cent en 1993 à 0,6 pour cent en 2003 et à 0,38 pour cent en 2009. Entre 2002 et 2010, le gouvernement a défini et institutionnalisé des stratégies de sécurité sociale visant dans un premier temps à assurer la population économiquement active, puis, pour certains risques, les populations pauvres et vulnérables (tableau 4).

Tableau 4. Consolidation financière menée par les associations impliquées dans le secteur de la santé, par rapport aux ressources disponibles pour la santé, 2009

Type	Source	Dollars
Régime contributif	Cotisations à la Caisse de solidarité et de garantie (FOSYGA)	4 654 694 725
	FOSYGA Promotion et prévention (PP) – entités promotrices de santé (EPS)	141 671 029
	FOSYGA surplus	391 656 363
	Co-paiements et frais moyens	122 835 717
	Total	5 310 857 834
Régime subventionné	FOSYGA	1 218 053 089
	Système général de participation (SGP)	1 351 633 716
	Autres – ressources des institutions régionales	312 022 433
	Surplus	278 249 561
	Total	3 159 958 799
Les Vinculados (personnes non affiliées au régime contributif ou subventionné, mais bénéficiant de prestations)	Système général de participation (SGP)	517 779 685
	Transferts aux départements	173 444 576
	Ressources des institutions régionales	520 862 032
	Catastrophes naturelles et accidents de la route (ECAT), Assurance obligatoire pour les accidents de la route (<i>Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito</i> , SOAT), soutien aux entreprises sociales de l'Etat (ESE)	52 219 751
	Total	1 264 306 044
Régime spécial	Total	1 029 758 424
Risques professionnels	Couverture d'assistance (25% de la prime courue totale)	143 730 979
SOAT (Assurance obligatoire pour les accidents de la route)	Couverture d'assistance (95% des cotisations minimales nettes)	290 724 014
	Caisse d'assurance pour les accidents de la route (suite à la réforme, la subvention que reçoit le premier quintile de la population en termes de revenus, soit les personnes les plus pauvres du pays, est passée de 6,2% en 1992 à 49,2% en 2003 (tableau 8))	79 487 131
	Cotisation supplémentaire SOAT	143 991 233
	Total	514 202 378
Santé publique	Système général de participation (SGP)	210 023 085
	FOSYGA	117 240 898
	Budget national	70 109 747
	Ressources régionales	246 363 858
	Fonds pour la sûreté des routes	11 923 200
	Total	655 660 788
Autres ressources privées	Médicaments prépayés, services ambulanciers prépayés (SAP) et régimes d'assurance complémentaire (PAC)	747 345 662
	Assurance personnelle en cas d'accident	411 736 652
	Dépenses pour les canaux de distribution des médicaments	1 380 625 443
	Paiements directs par le patient	836 699 940
	Total	3 376 407 697
Total		15 454 882 943

Le système de protection sociale

Le système de protection sociale colombien a été établi afin de remplir deux objectifs:

- protéger la population contre des risques économiques, aussi bien individuels que nationaux;
- aider les personnes pauvres à s'extraire de la misère.

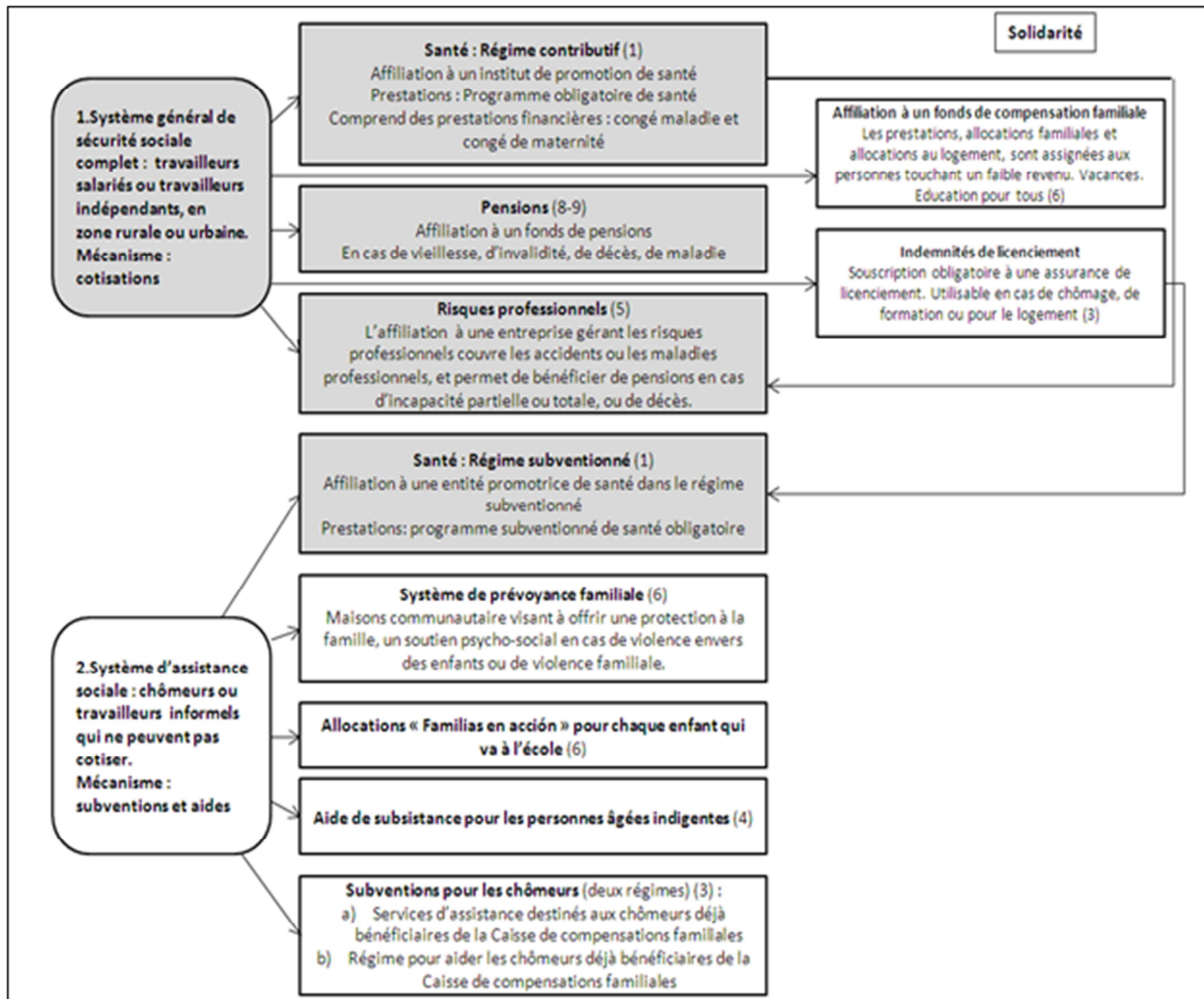
Le système général inclusif de sécurité sociale et l'ensemble des institutions d'assistance existantes ont accompli le premier objectif. Le second a été atteint grâce à l'établissement d'un système d'assistance sociale, formé en partie par le régime de santé subventionné, le Réseau conjoint (*Red Juntos*), l'association Familias en acción, le Service national d'apprentissage (*Servicio Nacional de Aprendizaje*, SENA), le programme d'aide aux personnes âgées et l'Institut colombien du bien-être familial (*Instituto Colombiano de Bienestar Familiar*, ICBF).

Ces divers programmes et stratégies d'assistance sociale couvrent les personnes en cas de maladie, de malnutrition, d'abandon de l'école, d'incapacité à travailler, d'extrême pauvreté et de vieillesse. Cette liste englobe toutes les étapes de la vie et couvre toutes les conditions nécessaires pour qu'une personne ou une famille ait accès au marché du travail, perçoive un revenu et soit à même d'améliorer sa qualité de vie en atteignant un niveau optimal de bien-être. En réalité, cependant, la coordination de ces efforts fait défaut, les stratégies élaborées pour couvrir ces risques sont incomplètes et la coordination intersectorielle est insuffisante, ce qui réduit l'efficacité du système d'assistance sociale.

La protection sociale se compose d'un système général de sécurité sociale complet et d'un système d'assistance sociale. Chacune de ces deux composantes contient des éléments répondant aux prestations établies dans la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952, comme le montre la figure 1, sans toutefois couvrir l'ensemble de la population:

- 1) soins médicaux;
- 2) indemnités de maladie;
- 3) prestations de chômage;
- 4) prestations de vieillesse;
- 5) prestations en cas d'accidents du travail;
- 6) allocations familiales;
- 7) prestations de maternité;
- 8) pensions d'invalidité;
- 9) prestations en cas de décès.

Figure 1. Système de protection sociale en Colombie



Le système général de sécurité sociale complet

Datant de 1993, le système général de sécurité sociale complet a pour objet de faire respecter les droits inaliénables de la personne et de la communauté afin de garantir une qualité de vie qui soit en accord avec la dignité humaine, au moyen d'une protection en cas d'imprévu (article 10, loi n°100 de 1993). Il se fonde sur les principes de (a) l'efficacité (utilisation optimale des ressources), (b) l'universalité (protection pour tous, sans aucune discrimination), (c) la solidarité (pratique de l'entraide mutuelle entre les personnes, les générations, les secteurs de l'économie, les régions et les communautés), (d) l'intégralité (couverture pour tous les imprévus qui ont trait à la santé, au niveau de revenu et aux conditions de vie en général de l'ensemble de la population), (e) l'unité (organisation de politiques, d'institutions, de régimes, de procédures et de prestations afin d'atteindre les objectifs de la sécurité sociale) et (f) la participation (intervention de la communauté). Le système comporte quatre éléments de base: les pensions, la santé, les risques professionnels et l'assistance sociale.

Le système général de pensions

Caractéristiques générales

Le système général de pensions a pour but, d'une part, de protéger la population contre les imprévus liés à la vieillesse, à l'invalidité et au décès, au moyen de pensions et de prestations prévues par la loi, et d'autre part, d'étendre progressivement la couverture sociale aux couches de population non couvertes par un système de pensions (article 10, loi n°100 de 1993).

Le système dispose d'un régime d'affiliation obligatoire et d'un régime d'affiliation volontaire. L'affiliation est obligatoire pour toutes les personnes liées par un contrat de travail ou un contrat de prestations de services, ainsi que pour les fonctionnaires, les travailleurs indépendants et les agents publics qui ont commencé à travailler pour Ecopetrol (compagnie pétrolière colombienne) après le 29 janvier 2003. L'affiliation volontaire est possible pour tous les citoyens du pays, les Colombiens expatriés non soumis à une affiliation obligatoire et n'ayant pas fait l'objet d'une exclusion par la loi, et les étrangers, liés par un contrat de travail, qui résident dans le pays et ne sont couverts par aucun régime de pensions dans leur pays d'origine et qui souhaitent cotiser auprès d'une caisse de retraite.

Le système d'assurance contre les risques professionnels

Le système d'assurance contre les risques professionnels couvre les accidents et les maladies professionnels (*Atención en accidentes de trabajo y enfermedad profesional*, ATEP), en versant notamment des pensions en cas d'incapacité totale, permanente ou partielle, ainsi qu'en cas de décès.

L'affiliation à ce système est obligatoire pour:

- les travailleurs colombiens ou étrangers liés par un contrat, ainsi que les fonctionnaires;
- les retraités ou les bénéficiaires de pensions (excepté ceux touchant une pension d'invalidité), qui reviennent dans la vie active en tant que travailleurs indépendants, liés par contrat, ou comme fonctionnaires.

Seuls à cotiser à ce système, les employeurs ont l'obligation d'y inscrire leurs employés dès leur embauche. Ainsi, avec cette procédure, tous les employés disposent d'un contrat d'affiliation établi avec une entité gérant les risques professionnels (*administradora de riesgos profesionales*, ARP). L'ARP reçoit les cotisations de la part des employeurs, ce qui permet de prévenir les risques liés aux accidents du travail ou à des maladies professionnelles (ATEP) et de bénéficier d'une couverture de pensions en cas d'invalidités ou de décès survenus par ou pendant le travail.

Protection supplémentaire

Une protection supplémentaire est assurée par:

- **Des allocations familiales:** il s'agit de prestations sociales qui peuvent être versées en espèces, en nature ou en tant que services fournis aux travailleurs touchant des revenus moyens ou faibles, en fonction du nombre de personnes qui dépendent d'eux.

Leur objectif principal consiste à alléger le fardeau financier des familles, celles-ci constituant l'unité de base de la société. Les employeurs collaborent avec la Caisse de cotisations familiales: ils reversent 4 pour cent du salaire mensuel de leurs employés, lesquels sont inclus dans les 9 pour cent du salaire mensuel du salarié que les entreprises doivent consacrer aux cotisations sociales. Les employés qui touchent un salaire mensuel n'excédant pas quatre fois le montant du revenu mensuel minimum peuvent bénéficier de prestations, qui sont calculées en prenant en compte le revenu du conjoint ou du concubin et tout autre revenu professionnel.

- **Des indemnités de licenciement:** épargne débloquée en cas de licenciement. Il s'agit de prestations sociales d'une nature spécifique, qui correspondent généralement à un salaire mensuel pour chaque année de service et qui sont réparties de manière proportionnelle pour chaque partie de l'année. Les prestations sont versées annuellement, et la loi oblige les personnes à cotiser à une caisse spécifique. Chaque membre a la possibilité d'ouvrir un compte individuel et la caisse a un taux d'intérêt minimum garanti. Conformément à la législation en vigueur, des retraits partiels sont possibles pour:
 - a) constituer, rembourser ou lever une hypothèque sur le logement;
 - b) permettre au conjoint ou aux enfants d'intégrer une institution d'enseignement supérieur reconnue par l'Etat;
 - c) acquérir des bons du trésor public;

Le retrait complet n'est possible qu'en cas de résiliation du contrat de travail.

Le système général de sécurité sociale en sante

Objectifs principaux

Le Système général de sécurité sociale en santé (Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS) a pour objectif d'assurer:

- une couverture universelle à l'ensemble de la population colombienne;
- un accès à des soins de santé essentiels de bonne qualité au moyen de cotisations équitables;
- efficacité: amélioration de la situation sanitaire au moyen d'une réorientation des ressources vers la prévention et les soins primaires dans les zones pauvres et rurales, et réduction des pertes financières dans la prestation de services;
- qualité: s'assurer que les soins fournis à tous atteignent un niveau de qualité de base et qu'ils soient de la meilleure qualité possible en fonction des ressources disponibles.

Instruments politiques fondamentaux

Le Système général de sécurité sociale en santé a pour objectif:

- de permettre à la population de s'affilier à des entités promotrices de santé, ainsi que de collecter des cotisations de ceux qui doivent contribuer;

-
- d'informer les consommateurs sur leurs droits, leurs obligations et la qualité des services, afin de les aider à choisir l'entité promotrice de santé qu'ils souhaitent;
 - d'établir des mécanismes fiables de suivi et d'allocation des ressources, afin d'assurer la stabilité du système;
 - de définir précisément le panier de prestations auquel les ménages ont droit (programme obligatoire en santé);
 - de déterminer l'ajustement des cotisations afin de financer ces prestations (paiement par capitation ajusté en fonction des risques);
 - de définir des systèmes de paiement adaptés afin de favoriser leur efficacité et leur qualité;
 - de mettre en place des institutions, de développer des procédures et de favoriser l'information afin d'améliorer la qualité des services;
 - de créer une base juridique pour le système;
 - d'établir une politique duale pour les zones dans lesquelles il n'y a pas un niveau suffisant de concurrence sur le marché, dans le but d'en accroître l'efficacité et la qualité.

Concepts et principes généraux

Le Système général de sécurité sociale en santé se fonde sur la solidarité. Il vise à établir une réglementation des services essentiels de santé publique et des conditions d'accès, pour toutes les personnes et pour tous les types de soins.

Outre les principes généraux contenus dans la Constitution, les concepts et principes qui orientent le système et la prestation de services de santé publique sont les suivants: (a) l'équité, (b) le caractère obligatoire, (c) la protection complète, (d) le libre choix, (e) l'autonomie des institutions, (f) la décentralisation administrative, (g) la participation sociale, (h) la consultation et (i) la qualité.

La gestion du système est assurée par le ministère de la Protection sociale, par la Commission nationale de réglementation de la santé, qui joue un rôle de régulation, ainsi que par la Haute Autorité de santé (Supersalud), chargée du suivi, de l'inspection et du contrôle.

Le Système général de sécurité sociale en santé doit assurer l'accès à des soins de santé essentiels à l'ensemble de la population présente sur le territoire national, de manière progressive et permanente, ainsi qu'à des aides financières pour les personnes liées par des contrats de travail et les travailleurs indépendants qui versent des cotisations au système.

Le système se fonde sur un mécanisme assurantiel avec la participation d'organisations d'assurance publiques et privées et de l'Etat, et s'organise en deux régimes: l'un contributif et l'autre subventionné.

Agences administratives

Selon les lois définies par la Commission nationale de réglementation et le ministère de la Protection sociale, il incombe aux entités promotrices de santé (EPS)¹ d'enrôler leurs membres et d'assurer à l'ensemble de la population un accès à des soins de santé.

Les prestataires de soins de santé (*instituciones prestadoras de servicios de salud*) sont des institutions privées ou partiellement publiques, tels que les Instituts nationaux de santé et l'Institut de cancérologie national, qui sont rattachées au ministère de la Protection sociale.

La Caisse de solidarité et de garantie (FOSYGA) est une caisse nationale avec une personnalité juridique établie afin de lever des fonds de solidarité pour le Système général de sécurité sociale en santé. Elle se divise en quatre sous-catégories:

- le compte pour la répartition et la compensation des ressources du régime contributif;
- le compte de solidarité pour cofinancer le régime subventionné;
- le compte pour couvrir les catastrophes naturelles et les accidents de la route;
- le compte pour la promotion et la prévention destiné aux membres du régime contributif.

Organisation et financement

1. Le régime de santé contributif

Le régime de santé contributif se compose des personnes disposant de moyens suffisants pour contribuer à la sécurité sociale. Les membres de ce système sont affiliés à un régime d'assurance-maladie de base (lequel est conforme à l'objectif de couvrir l'ensemble de la population colombienne) et reçoivent des indemnités pour les congés d'incapacité et les congés de maternité. Le programme de base de ce régime couvre les interventions décrites dans le régime obligatoire d'assurance-maladie (plus d'informations sont disponibles sur le site: www.pos.gov.co). Ces prestations sont garanties par les EPS, dont les principales fonctions consistent à gérer l'affiliation des personnes qui choisissent librement de rejoindre le régime qui est obligatoire pour les employés, à collecter les cotisations correspondantes, à organiser le réseau de distribution pour assurer le bon fonctionnement du régime d'assurance-maladie de base, à être un défenseur des usagers et à fournir des mécanismes permettant la participation des usagers dans le Système général de sécurité sociale en santé. Ce régime s'étend sur tout le territoire national, ce qui signifie que l'accès aux prestations n'est pas lié au fait de résider dans une zone géographique particulière.

¹ Afin de mettre un terme au monopole de l'Institut de sécurité sociale sur l'administration de l'assurance-maladie obligatoire, des entreprises privées (à but lucratif ou non), des entreprises coopératives et d'autres entreprises publiques ou mixtes ont été autorisées à entrer en compétition avec l'Institut de sécurité sociale. L'ensemble de ces organisations est appelé «entité promotrice de santé».

Dans ce régime, l'affiliation se fait par famille. En d'autres termes, la cotisation d'un membre profite également au conjoint ou au concubin, aux enfants de moins de 18 ans, aux enfants entre 18 et 25 ans qui dépendent financièrement de leurs parents, ainsi qu'aux personnes handicapées de manière permanente.

Financement

Le régime est financé par les cotisations versées par ses membres. Celles-ci représentent 12,5 pour cent du salaire ou du revenu mensuel déclaré: 8,5 pour cent sont pris en charge par l'employeur et 4 pour cent par l'employé. Les travailleurs indépendants doivent payer l'intégralité de la cotisation, laquelle est établie en fonction du revenu qu'ils déclarent au moment de leur affiliation au régime. La base contributive ne doit en aucun cas être inférieure au salaire mensuel légalement en vigueur. Pour les retraités et les travailleurs indépendants, la cotisation mensuelle au régime de santé subventionné est fixée à 12 pour cent du revenu de la pension mensuelle correspondante. Une fois accumulés 25 mois de salaire mensuel minimum, la base contributive est limitée à ces pourcentages.

Les cotisations sont versées aux EPS. Ces dernières ont ensuite la responsabilité de transférer l'argent à la Caisse de solidarité et de garantie (FOSYGA). A son tour, la FOSYGA transmet une unité de paiement par capitation (*unidad de pago por capitación*, UPC) aux EPS, permettant de couvrir les primes des assurés. L'unité de paiement par capitation ajustait initialement le risque selon trois variables: l'âge, le sexe et la zone géographique.

Les ressources collectées par les EPS sont intégrées dans le sous-compte de compensation de la FOSYGA au moyen de mécanismes de compensation, afin d'identifier l'unité de paiement par capitation pour les membres et les personnes bénéficiaires en fonction de leur âge et de leur sexe. Ce sous-compte couvre 1,5 pour cent du financement du régime de santé subventionné.

2. Le régime de santé subventionné

a) *Les origines du programme*

Dans les années 1980, avant la réforme de 1993, le Système général de sécurité sociale en santé ne couvrait pas plus de 20 pour cent de la population colombienne. La couverture s'étendait uniquement aux employés gouvernementaux affiliés à l'Institut d'assurance sociale (*Instituto de Seguros Sociales*, ISS), caisse de prévoyance locale, ainsi qu'aux enseignants et aux militaires. Le principal problème du système reposait sur la difficulté à assurer un accès aux services de santé aux couches pauvres et vulnérables de la population, en raison des différences régionales significatives et du manque d'entraide entre les personnes pauvres.

Un rapport de l'Université de Harvard datant de mars 1996 explique que l'organisation institutionnelle manquait d'efficacité, ce qui avait pour conséquence de produire des résultats hautement inadaptés pour les dépenses du secteur et de conduire à l'insatisfaction grandissante des usagers.

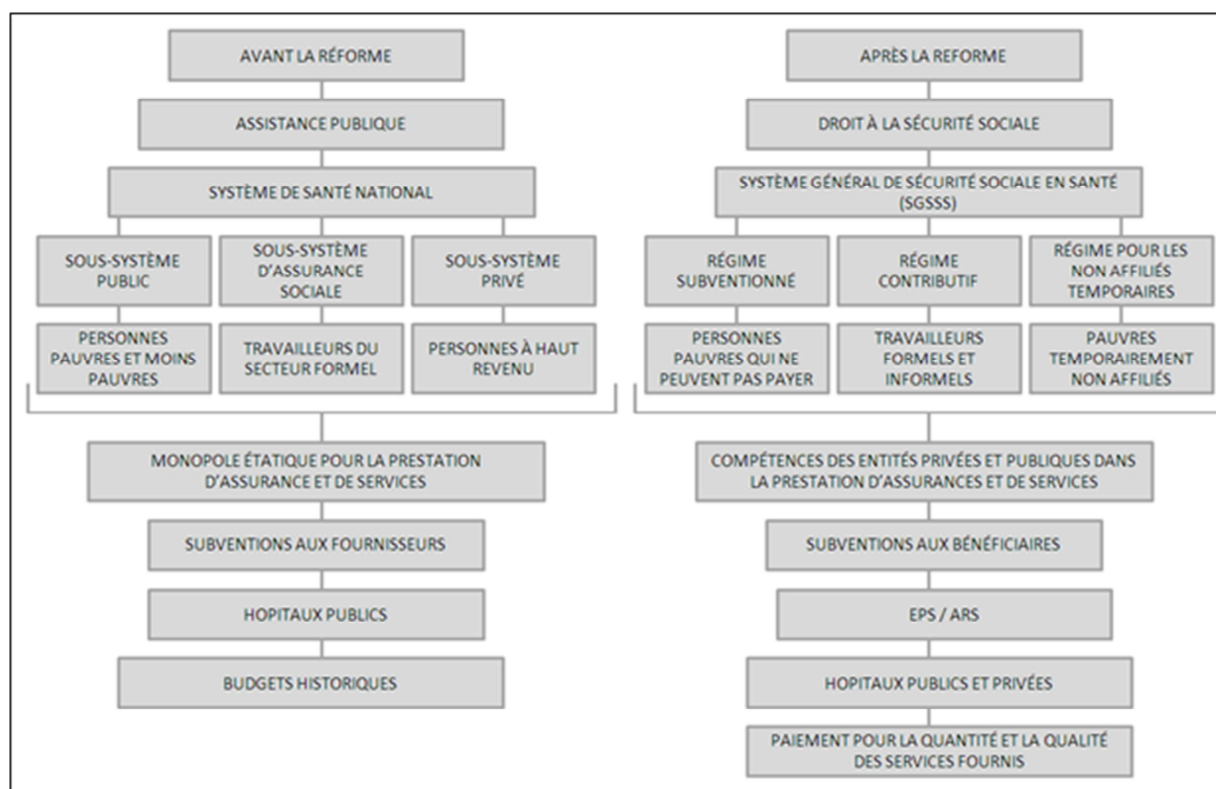
Avant la réforme, grâce à un régime «caritatif», les personnes n'appartenant pas au Système général de sécurité sociale en santé avaient tout de même accès à des soins de santé dans des centres ou des hôpitaux publics. Concrètement, cela signifiait que l'accès aux meilleurs soins de santé était exclusivement réservé aux personnes qui disposaient de moyens suffisants pour les payer eux-mêmes. La limite du montant des soins dispensés était établie par le prestataire public et variait d'une région à l'autre et d'une institution à l'autre. Il n'existait aucun système de contrôle coordonné et intégré, ni aucun système de référence permettant de répondre de manière adéquate aux problèmes de santé existants.

Bases légales du régime de santé subventionné

1. Constitution colombienne, articles 1 et 2, titre II et chapitre II.
2. Loi n° 100 de 1993, qui établit le Système de sécurité sociale complet et détermine de nouvelles dispositions.
3. Loi n° 715 de 2001, qui définit le règlement relatif aux ressources et aux devoirs de la Constitution politique conformément aux articles 151, 288, 356 et 357 (loi n° 01 de 2001), et détermine de nouvelles dispositions en ce qui concerne l'organisation, entre autres, de la prestation des services de santé et de la scolarisation.
4. Loi n° 1122 de 2007, qui incorpore des changements au Système général de sécurité sociale en santé et détermine de nouvelles dispositions.
5. Décret n° 1011 de 2006, qui établit le Système obligatoire d'assurance qualité pour les soins de santé fournis dans le cadre du Système général de sécurité sociale en santé.
6. Décret n° 050, qui prévoit des mesures pour optimiser le flux de trésorerie du régime subventionné vers le Système général de sécurité sociale en santé.
7. Résolution n° 415 de 2009, qui définit la structure et les conditions de fonctionnement du Système général de sécurité sociale en santé et détermine de nouvelles dispositions.
8. Décret n° 1964 de 2010 – Nouveau flux de ressources.
9. Ordonnance n° 2086 de 25010 – Procédure accélérée relative au répertoire des médicaments.
10. Résolution n° 2114 de 2010 – Procédures de transferts.
11. Résolution n° 1805 de 2010 – Amendements aux comptes principaux.
12. Circulaire externe n° 017 de 2010 du ministère des Finances – Règlement des contrats.
13. Circulaire de 2010 relative à la signature numérique.
14. Décret n° 1964 de 2010 sur le recrutement.

Comme dans de nombreux pays en développement, les principales causes de décès ou de maladie sont liées au manque d'installations sanitaires de base et d'infrastructures de services publics. Cependant, des maladies chroniques et dégénératives ont commencé à apparaître, en particulier celles liées au style de vie et à l'amélioration de l'espérance de vie, comme le diabète, l'hypertension, les cancers et les maladies rénales. Cette réalité requiert un changement dans l'approche de l'assurance-maladie, et notamment une plus grande implication de la société, ainsi qu'une démarche plus préventive que curative. Pour atteindre cet objectif, le gouvernement colombien a suivi les tendances internationales des années 1990, entraînant un impact sur la conception et la mise en œuvre de politiques dans le pays.

Figure 2. Principales différences entre le système de santé national et la réforme de la sécurité sociale de 1993



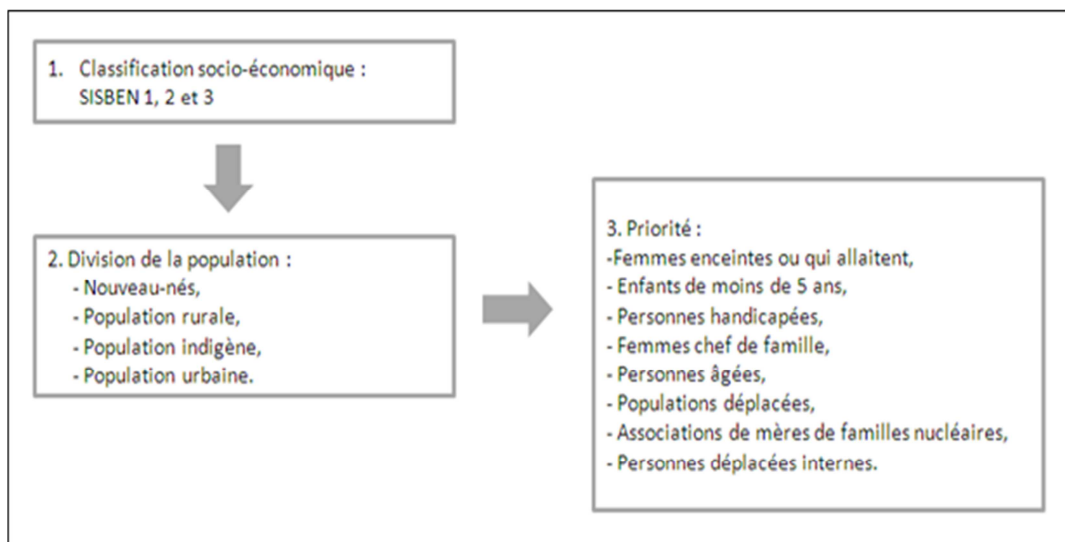
Note: EPS = Entités promotrices de santé; ARS = Administrateurs du régime subventionné.

b) Description

Bien que pouvant être classé dans l'assistance sociale, le régime de santé subventionné est considéré comme une des composantes du Système général de sécurité sociale en raison de son système de financement. Le programme est destiné aux personnes pauvres et indigentes. Ces dernières doivent s'inscrire dans leur municipalité et se soumettre à une évaluation portant sur leurs moyens d'existence. Si elles perçoivent moins qu'un certain niveau de revenu, elles sont sélectionnées et autorisées à s'affilier au régime. Le nombre d'affiliations de personnes pauvres pour chaque municipalité dépend des ressources disponibles.

L'évaluation des moyens d'existence, conçue afin d'identifier les personnes les plus vulnérables au sein d'une municipalité, consiste en un questionnaire nommé Système national d'identification des bénéficiaires des programmes sociaux (*Sistema nacional de identificación de beneficios de programas sociales*, SISBEN). L'indice SISBEN est calculé à l'échelle des ménages et se compose de six niveaux, le premier étant composé des ménages les plus pauvres. Les personnes obtenant un résultat compris entre les niveaux 1 et 3 peuvent être affiliées au régime de santé subventionné.

Figure 3. Sélection des bénéficiaires



Les bénéficiaires potentiels sont choisis parmi la liste de personnes prioritaires. Le nombre de bénéficiaires respecte les objectifs de couverture définis et varie selon les ressources disponibles dans chaque municipalité. Idéalement, les familles sont affiliées en priorité, bien que cela ne soit pas toujours le cas. Ainsi, l'affiliation d'une personne peut être assurée s'il y a des contraintes budgétaires, notamment dans des situations impliquant des enfants âgés de moins de 5 ans.

En outre, certains groupes de population doivent recevoir une protection spéciale. Ils ne sont pas identifiés au moyen d'enquêtes SISBEN, mais grâce à une liste de recensement préparée par les autorités compétentes dans chaque cas. Ces groupes sont: (a) les enfants abandonnés, (b) les personnes indigentes, (c) les populations en situation de déplacement forcé, (d) les communautés indigènes, (e) les personnes déplacées internes, (f) les personnes âgées abandonnées ou à faible revenu et (g) les populations rurales migrantes.

c) *Financement*

De nombreuses sources de financement, ainsi que l'implication d'organisations et d'agences ont permis de couvrir l'ensemble de la population et de fournir des services sélectionnés à l'origine dans la couverture de base offerte aux personnes affiliées au régime contributif. Le financement du régime de santé subventionné est assuré par trois mécanismes: les transferts nationaux provenant des impôts généraux, les cotisations de solidarité en provenance du régime contributif et les efforts des municipalités et des districts:

- l'état grâce aux cotisations du budget national;
- 1,5 pour cent des cotisations reçues par le régime contributif et transférées par la Caisse de garantie et de solidarité (FOSYGA);
- la Caisse de compensation familiale avec 5 ou 10 pour cent des revenus des allocations familiales;
- les institutions régionales (départements, municipalités, districts) grâce aux ressources transférées par l'Etat au moyen du Système général de participation (SGP), et aux fonds accumulés grâce à des mesures régionales relatives aux taxes sur les jeux d'argent et sur les transferts vers les Entreprises territoriales pour la santé (Empresa Territorial para la Salud, ETESA);

- les départements et districts de la capitale, avec les transferts des ressources vers les départements;
- 15 pour cent des ressources supplémentaires reçues par les municipalités, les districts et les régions, dans le cadre de l'impôt sur le revenu pour les entreprises pétrolières situées dans les régions de Cupiagua et de Cusiana;
- la performance financière des ressources mentionnées auparavant.

A l'heure actuelle, 3 159 958 799 dollars ont pu être réunis pour répondre aux besoins des plus pauvres et des plus vulnérables, grâce à l'ensemble des sources de financement mentionné ci-dessus, au financement croisé entre ceux qui ont les moyens et ceux qui ne peuvent pas se le permettre, aux paiements d'impôts généraux, départementaux et municipaux, ainsi qu'aux paiements directs par les patients. Cette somme a permis le renforcement de la couverture, jusqu'à un niveau proche de l'universalisation, et désormais, plus de 23 millions de personnes pauvres et vulnérables bénéficient d'un accès à des soins de santé.

Tableau 5. Couverture du Système général de sécurité sociale en santé (SGSSS), 2009-2010

	Nombre	Population (%)
Population nationale*	45 508 205	100
Membres du régime contributif**	18 062 855	39,7
Employés liés par contrat et membres du régime subventionné***	23 597 291	51,9
Membres du régime subventionné de la Base de données unique des affiliés (BDUA)	20 772 333	45,6
Régimes spéciaux****	2 222 126	4,9
Nombre total d'affiliés	41 057 314	90,2
Nombre total de personnes prises en charge	43 882 272	96,4
Population sans emploi affiliée au régime subventionné	2 824 958	6,2
Population nationale sans prise en charge	1 625 933	3,6

*Source: Département administratif national de statistiques (DANE), Projection de population 2010.
**Source: Direction générale de la Planification et de l'Analyse politique (Dirección General de Planeación y Análisis de Política), jusqu'à décembre 2009.
***Jusqu'au 28 mai 2010.
****Source: Direction générale de la Planification et de l'Analyse politique, jusqu'à juin 2010.

d) Affiliation

Le processus d'affiliation doit respecter les étapes suivantes: a) identification et établissement d'un ordre de priorité des personnes à affilier ainsi que des ressources permettant d'assurer la viabilité de l'affiliation, b) obtention de l'autorisation de la Haute Autorité de santé (SuperSalud) pour que les entités promotrices de santé, remplissant les conditions d'admission ou de performances, puissent appliquer le régime d'assurance santé subventionné dans la région de la municipalité concernée, et c) remise par la municipalité concernée de la déclaration d'inscription et de l'autorisation permettant aux EPS d'appliquer le régime subventionné.

Une fois que les conditions préalables sont satisfaites, les districts et les municipalités ont l'obligation d'organiser un appel d'offres qui se doit d'être transparent. Avant cela, toutes les personnes qui pourraient bénéficier du régime subventionné sont appelées selon l'ordre de priorité établi, et en fonction du quota de bénéficiaires déterminé. Les EPS sont conviées à participer à cet appel d'offres pour permettre aux futurs bénéficiaires de choisir librement et équitablement une EPS à laquelle s'affilier. Six à sept mois sont nécessaires

entre la publication de la liste des bénéficiaires potentiels (90 – 120 jours) et la tenue de l'appel d'offres. Au cours de cet événement, les personnes invitées doivent choisir l'EPS qu'elles souhaitent, en faire part à un fonctionnaire de la municipalité et remplir le formulaire unique d'affiliation. Elles doivent ensuite se présenter, avec ce formulaire, au stand de l'EPS choisie afin d'être affiliées au régime et de recevoir une carte d'affilié.

Les EPS communiquent ensuite la liste des personnes affiliées pour mettre à jour la base de données unique des affiliés (BDUA). Cette liste a un rôle majeur dans la gestion et la vérification des droits des affiliés, pour le versement de l'unité de paiement par capitation pour chaque personne en droit de bénéficier de l'assurance, ainsi que dans le suivi du système et l'élaboration de statistiques. Une mise à jour mensuelle est alors possible, facilitant le processus de résiliation et de modification d'affiliation.

L'affiliation au régime subventionné se fait à l'échelle municipale et reste effective tant que le bénéficiaire ne s'installe pas dans une autre municipalité. Selon les termes du contrat, lorsqu'un affilié déménage dans une autre municipalité, il doit en avvertir l'EPS, quitter le régime après avoir mis fin à son contrat, puis se réinscrire en tant que bénéficiaire potentiel dans sa nouvelle municipalité.

Il se peut également que, pendant la durée du contrat, le revenu ou l'activité des personnes affiliées au régime subventionné changent et leur permettent de cotiser au régime contributif. C'est pourquoi, tous les mois, les bases de données des deux régimes doivent être recoupées afin d'exclure, de manière temporaire ou permanente, les personnes qui remplissent ces conditions.

Ces situations ne permettent pas une portabilité nationale, un accès aux services de santé garantis en cas de mobilité, ni la transition d'un régime à un autre dans des délais limités. Ces questions représentent le défi majeur auquel est confronté le système adopté par le nouveau gouvernement. Ainsi, selon la réforme nouvellement appliquée, la responsabilité de la base de données unique des affiliés incombe à la Caisse de solidarité et de garantie, à qui les EPS fournissent des bulletins mensuels qui font état, entre autres, des résiliations d'affiliation en raison d'un déménagement vers une autre municipalité ou de la décision de certains affiliés de basculer vers une autre EPS.

Le contrat d'assurance

Une fois que le processus d'affiliation entre en vigueur, un contrat d'assurance est établi entre les institutions locales et l'EPS choisie. Ce contrat prévoit le nombre de personnes couvertes, le montant de l'unité de paiement par capitation (définie pour la période déterminée, par la Commission de régulation en santé – *Comisión de Regulación en Salud*, CRES), les ressources versées par chaque source de financement, la base de données des membres répondant aux caractéristiques définies, ainsi que les conditions de mise en place du régime subventionné.

Ces contrats, qui ont été modifiés récemment, présentent désormais les caractéristiques suivantes: ils sont électroniques, identiques au sein d'une municipalité et multilatéraux. L'uniformisation de la procédure d'affiliation avec le régime contributif constitue néanmoins un réel défi. En effet, les bénéficiaires du régime contributif sont liés à l'EPS par un formulaire d'adhésion, et non par un contrat. Ces formulaires et les bases de données permettent alors aux EPS d'apporter l'aide nécessaire aux adhérents.

L'institution locale est responsable du suivi et du contrôle des résiliations de contrat par l'EPS qui administre le régime sur le territoire. Cette institution doit donc superviser de manière régulière et officielle l'EPS, et doit contrôler le respect des obligations contractuelles, qui conditionne le versement périodique des ressources.

L'attention portée aux utilisateurs, ainsi que les informations qui leur sont données constituent un autre mécanisme de suivi du système, grâce auquel les usagers peuvent exprimer leur mécontentement ou faire des suggestions, afin que les services de santé répondent à leurs besoins.

e) *Gestion de l'assurance santé*

Une fois le contrat d'assurance signé, l'EPS doit garantir un accès aux services de santé fournis dans le cadre du régime obligatoire de santé subventionné (*Plan Obligatorio De Salud Subsidiado*, POSS), services dont la qualité a été définie avec les autorités locales et validée par le Système d'assurance qualité (*Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad*, SOGC).

Dans un premier temps, le Système d'assurance qualité sélectionne et conventionne un certain nombre de prestataires de soins de santé satisfaisant les conditions définies dans la réglementation. Ensuite, il négocie les prix des services fournis, ainsi que des mécanismes de suivi, d'audit, d'identification, de paiement des services et d'accords. Les conditions acceptées par les EPS et par les prestataires de soins de santé (*Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud*, IPS) font l'objet d'un contrat qui établit, en annexe, la base de données des personnes couvertes par ledit contrat.

Seuls 8 pour cent de l'unité de paiement par capitation perçue par l'EPS peuvent être utilisés pour les frais de gestion administrative. Les 92 pour cent restants doivent servir à garantir l'accès aux services de soins aux membres. De ces 92 pour cent, 60 pour cent doivent faire l'objet d'un contrat avec des institutions publiques de la région.

En outre, les EPS s'engagent à mettre en place un système de référence et de contre-référence permettant aux bénéficiaires d'accéder aux services, quel que soit le niveau de soins requis. Grâce à des partenariats et à des associations d'usagers, les EPS encouragent les bénéficiaires des soins de santé à participer à ce système, afin que leur opinion soit prise en compte et que des ajustements soient faits pour améliorer le système de soins dans son ensemble.

Afin d'offrir une gamme variée de garanties aux risques rencontrés, les EPS entreprennent une étude démographique de la population qu'elles couvrent, ainsi qu'un diagnostic des risques pour la santé. Elles développent ensuite un programme d'assurance-maladie, dans le cadre du régime obligatoire de santé subventionné, et élaborent un modèle de soins garantissant l'accès aux initiatives de promotion de la santé, de prévention et de détection précoce, de guérison ainsi que de réadaptation.

Les EPS sont responsables, d'une part, du suivi régulier des indicateurs de qualité des soins de santé et des impacts sur la santé, comme le requiert le Système d'assurance qualité et les accords signés, et d'autre part, de faire part aux autorités de toute défaillance observée et des mesures mises en place avec les prestataires de soins pour s'assurer du respect des obligations contractuelles. Le tableau 6 montre les résultats de l'évaluation des indicateurs de qualité entre 2007 et 2009.

Tableau 6. Indicateurs de qualité des EPS, 2007-2009

Indicateurs	2007-1	2007-2	2008-1	2008-2	2009-1	2009-2
Renvoi opportun vers un médecin généraliste (pour un bilan de santé général) (en jours)	2,8	3,1	2,6	2,3	2,8	2,6
Renvoi opportun vers un médecin spécialiste (en jours)	6,6	7,3	7,5	7,4	7,3	8,8
Nombre de <i>tutelas</i> (décision d'une juridiction pour assurer le respect des droits fondamentaux) en cas d'absence de service du POS* ou du POSS*	8 960	66 645	307 690	7 358	4 034	4 262
Prescription de médicaments adaptée, POS (%)	85,5	86,8	87,6	93,5	90,4	90,2
Opérations chirurgicales nécessaires et planifiées (en jours)	12,8	13,9	15,4	15,6	14,2	11,8
Renvoi opportun vers un dentiste général (en jours)	3,7	4	3,9	3,4	3,8	4
Renvoi opportun pour de l'imagerie médicale (en jours)	4,1	4,2	4,1	4	3,6	3,1
Renvoi opportun vers les EPS, ARS, CCF, EA, MP (en heures)	3,7	2,2	2,3	2,6	4,5	5
Proportion des régimes nécessaires de vaccination des enfants de moins de 1 an (%)	54	45,5	66,5	51,8	50	64
Détection à temps du cancer du col de l'utérus (%)	48,1	44,1	58,8	59,4	69,5	59,8
Taux de mortalité dû à une pneumonie chez les personnes de plus de 65 ans (taux x 1 000)	13	10,5	14,6	7,2	8,7	12,2
Taux de mortalité dû à une pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans (taux x 1 000)	4,4	2,1	3,5	2,8	2,6	3
Taux de mortalité maternelle (x 1 000)	51,9	40,6	47,1	41,3	53,2	44,6
Taux de satisfaction générale (%)	71,2	78,7	81,5	81,8	87,1	91,1
Proportion de plaintes résolues dans les 15 jours (%)	83	84,3	74,2	73,5	83	80,4
Taux de transferts depuis les EPS*, ARS*, CCF*, EA*, MP* (%)	0,8	0,4	0,6	1	1,2	0,8

* ARS: Administrateur du régime subventionné (*Administradora del régimen subsidiado*). * CCF: Caisse de compensation familiale (*Caja de Compensación Familiar*). * EA: Entreprise chargée de l'administration (*Empresa administradora*). * EPS: Entité promotrice de santé (*Entidad promotora de salud*). * MP: Médicaments prépayés (*Medicina pre-pagada*). * POS: Régime obligatoire de santé (*Plan Obligatorio de Salud*). * POSS: Régime obligatoire de santé subventionné (*Plan Obligatorio de Salud Subsidiado*).

f) Programme de prestations

Le régime obligatoire de santé subventionné (POSS) fournit un certain nombre des prestations qui ont été définies à l'origine pour le régime contributif dans le cadre du régime obligatoire de santé (POS - destiné aux employés). Néanmoins, le POSS n'offre pas une gamme complète de services et de prestations, c'est pourquoi il requiert une mise à jour et des améliorations².

Le régime obligatoire de santé subventionné se compose comme suit:

- soins complets pour les femmes pendant la grossesse, l'accouchement et l'année suivant la naissance de l'enfant;

² La loi n° 100 prévoit deux paquets de santé uniformes: le Régime obligatoire de santé (Plan Obligatorio de Salud, POS) pour les personnes qui cotisent, et le Régime obligatoire de santé subventionné (Plan Obligatorio de Salud Subsidiado, POSS) pour les personnes touchant des allocations. Le paquet de santé du POSS est moins complet, mais inclut des services d'urgences et de soins.

-
- soins avec des niveaux de complexité plus faibles: promotion de la santé, prévention des maladies et mesures pour la guérison prises en charge par les médecins généralistes, les professionnels de la santé sans spécialisation et le personnel d'appui et/ou les auxiliaires médicaux ainsi que par les services de radiologie et les laboratoires médicaux (pour les cas dont la complexité est faible);
 - soins avec des niveaux de complexité moyens: consultations d'ophtalmologie et d'optométrie pour les personnes de moins de 20 ans et de plus de 60 ans, traitement du strabisme pour les enfants de moins de 5 ans, de la cataracte, des traumatismes et orthopédiques, au moyen notamment de l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de chirurgies (appendicectomie, hystérectomie, cholécystectomie, hernies inguinales, crurales et ombilicales, stérilisation masculine et féminine);
 - cas les plus complexes: troubles cardiaques, aortes thoracique et abdominale, veine cave, artères pulmonaire et rénale, chirurgie destinée aux patients souffrant de maladies du système nerveux central, d'insuffisances rénales chroniques ou aiguës, soins aux personnes brûlées, soins aux patients séropositifs ou atteints du sida, soins aux personnes atteintes de cancers, pose de prothèses totales ou partielles au niveau de la hanche ou du genou, et soins intensifs.

Le défi majeur auquel est confrontée la Colombie en termes de contenu de santé consiste à offrir des programmes de prestations universelles, mises à jour et équitables, quelle que soit la situation de travail des personnes couvertes. En conséquence, la Commission de régulation en santé (Comisión de Regulación en Salud, CRES) met au point des orientations techniques qui visent à couvrir les différentes pathologies. En outre, le nouveau gouvernement a défini des stratégies pour atteindre le financement nécessaire à l'uniformisation des programmes de prestations pour toute la population colombienne, d'ici 2014 au maximum.

g) *Paiement par capitation*

L'unité de paiement par capitation (*unidad de pago por capitación*, UPC) correspond à la valeur annuelle de la subvention pour la santé, qui est définie par la Commission de régulation en santé, et est identique pour toutes les personnes affiliées au régime subventionné. Régulièrement, les différentes sources de financement transfèrent l'UPC sur un compte principal, auquel les municipalités, les districts et les départements doivent se conformer. Les sommes reçues sont mises en commun avec les ressources provenant des municipalités, des districts et des départements – disponibles sur le compte principal – et doivent être versées aux EPS avec deux mois d'avance. Ce flux de ressources a engendré des retards et a conduit à des pertes financières. Ainsi, le nouveau gouvernement doit faire face à un défi inédit: assurer le transfert des ressources directement vers les EPS, afin de permettre à ces dernières de «suivre» un affilié même s'il déménage ou si son statut socio-économique évolue.

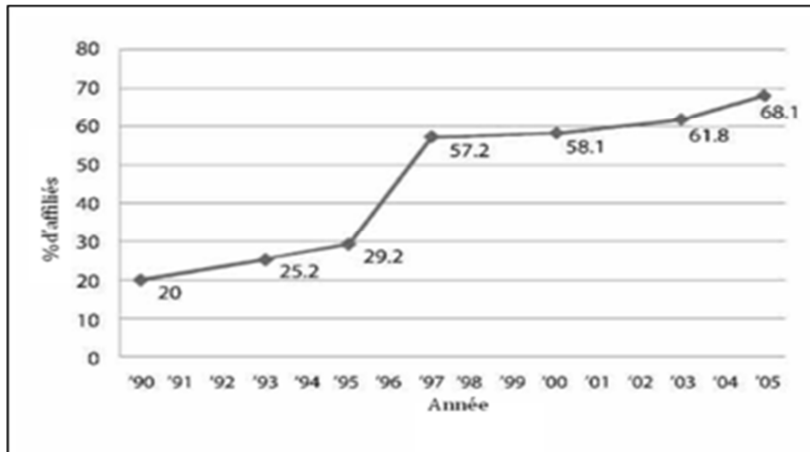
Dans certaines régions, l'unité de paiement par capitation est ajustée en fonction des risques. En effet, dans les zones les plus reculées de la Colombie, les grandes villes et leurs alentours, la population requiert davantage de prestations et de services de santé, et présente une plus forte concentration de maladies coûteuses à traiter.

h) Effet du régime subventionné

Accès

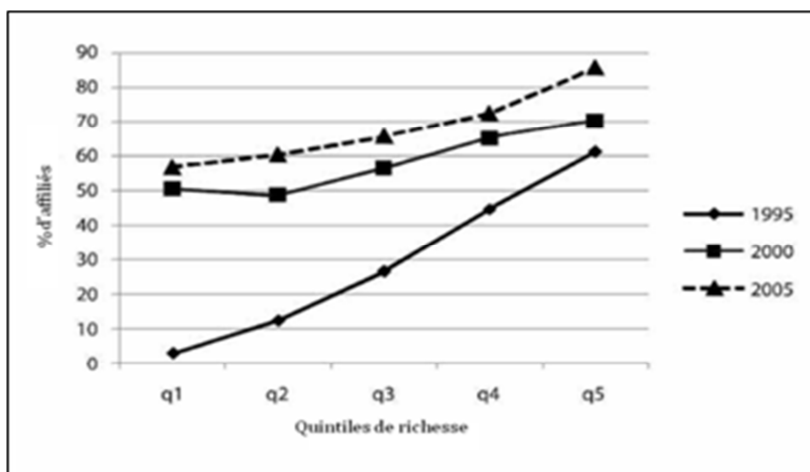
En Colombie, les progrès réalisés et les défis relevés en termes d'équité en santé montrent que, suite à la réforme de 1993, l'accès au Système général de sécurité sociale en santé a augmenté, passant de 20 pour cent en 1990 à 68,1 pour cent en 2005.

Figure 1. Affiliation au Système général de sécurité sociale en santé, 1990-2005



Les données montrent que l'affiliation a augmenté, indépendamment du lieu ou de la région de résidence, du sexe ou du niveau de richesse des personnes. De plus, c'est au sein des groupes les plus pauvres que le taux d'affiliation est le plus augmenté.

Figure 2. Affiliation au Système général de sécurité sociale en santé, par quintiles de richesse, 1995-2005



Selon les données relatives à l'état de la couverture en Mars 2010 (tableau 7), 89,8 pour cent de la population de la Colombie bénéficient d'une couverture santé effective. En outre, une fois que le quota de financement d'affiliation au régime subventionné sera appliqué, la couverture totale atteindra 95,1 pour cent de la population.

Tableau 7. Population couverte par le Système général de sécurité sociale en santé, 2009.

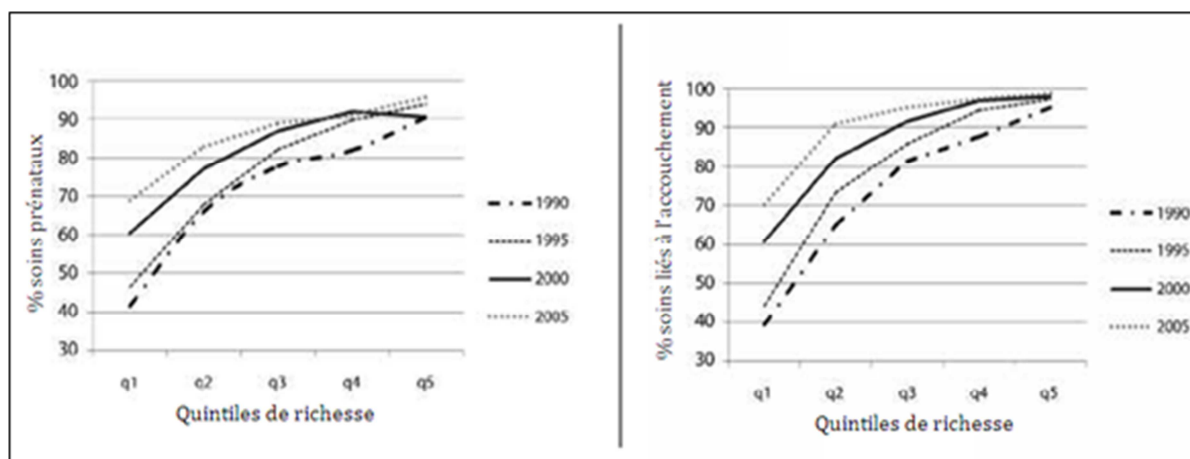
	Valeur	Pourcentage
Population nationale*	45 399 789	100,0
Membres du régime contributif**	17 687 031	39,0
Membres sous contrat du régime subventionné	23 300 617	
Dont les membres du régime subventionné BUAD	20 888 536	46,0
Régimes spéciaux***	2 192 197	4,8
Nombre total de membres	40 767 764	89,8
Nombre total de personnes financées	43 179 845	95,1
Population sans emploi affilié au régime subventionné	2 412 081	
Population nationale sans financement	2 219 944	4,9

* Département administratif national de statistiques (DANE), Projection de population, jusqu'au 24 mars. ** Conseil d'administration général pour l'analyse de politiques et de programmes, moyenne des membres pour une période de cotisations. *** Ministère de la Protection sociale, jusqu'à décembre 2009.

Utilisation des services: les soins professionnels

Le régime subventionné a favorisé l'utilisation des services de santé, notamment au sein des groupes les plus pauvres et de la population rurale qui utilisent cinquante pour cent plus de services de santé que les personnes non assurées. Malgré une diminution des inégalités en termes d'utilisation des soins, il existait toujours en 2005 des cas d'iniquité – relatifs essentiellement au niveau de richesse (figure 3). Les progrès réalisés en matière de réduction des inégalités font suite à la réforme du système de santé, et plus précisément à la mise en place du régime subventionné. En effet, l'affiliation à ce dernier permet aux personnes les plus pauvres d'accéder plus facilement aux services de santé.

Figure 3. Pourcentage de soins prénataux et de soins liés à l'accouchement en fonction des quintiles de richesse, 1995-2005.



Équité

La réforme de la santé a eu pour conséquence d'augmenter la subvention de santé versée aux groupes de population les plus pauvres, de 6,2 pour cent en 1992 à 49,2 pour cent en 2009 pour le premier quintile de la population.

Tableau 8. Transfert en tant que pourcentage du revenu

1992		2003			
(Molina, Giedion, 1995) ¹		(la présente étude de cas)			
Quintile	Population totale	Population totale	Membres du régime contributif	Membres du régime subventionné	Population non affiliée
1	6,2	49,2	20,9	120,1	45,4
2	3,7	16,2	7,5	40,4	13,4
3	1,8	8,7	2,7	24,4	7,0
4	1,0	3,7	-1,3	15,3	4,1
5	0,1	-2,9	-4,8	7,1	1,3
Moyenne	1,2	1,9	-1,2	18,2	4,7

¹ Molina, C.G Giedion, U Rueda, M, C. et Alviar, M., «El Gasto Público en Salud y Distribución de Subsidios en Colombia», *Estudio de Incidencia del Gasto Público Social*, FEDESARROLLO, Département national de Planification, Santafé de Bogotá, 1994.

En 2003, les sommes versées aux groupes les plus pauvres de la population, au titre de l'affectation de ressources publiques et de la solidarité du système général, ont représenté une augmentation de cinquante pour cent des revenus des familles appartenant à ces groupes.

Effets du régime sur la pauvreté

Les transferts nets réalisés par le Système général de sécurité sociale en santé et visant à fournir des services de santé ont réduit la pauvreté de plus de deux points de pourcentage, et les inégalités de plus de trois points. Etant donné que les populations les plus pauvres touchent davantage de prestations, le niveau d'équité s'est amélioré. Suite aux transferts réalisés par le système, les trois indicateurs de pauvreté (incidence, intensité et gravité) ont reculé, notamment au sein des groupes les plus pauvres de la population.

i) Coordination avec les autres programmes

Chaque programme ou système a pour vocation d'empêcher, de mitiger ou de vaincre les risques sociaux et professionnels. Ces programmes sont à l'origine de la réduction, plus ou moins importante, du degré de vulnérabilité des familles et des individus, et fournissent une protection en cas de perte d'emploi ou de revenu, de problèmes de santé ou de diminution de la capacité à travailler, etc. Les régimes subventionné et contributif interagissent directement entre eux, notamment en ce qui concerne la mobilité des affiliés entre les deux régimes et la cotisation de solidarité de 1,5 pour cent. Maintenir les programmes de protection des différents groupes de la population, y compris de ceux qui n'ont pas les moyens de cotiser, est essentiel pour garantir que ces derniers ne tombent pas dans la pauvreté lorsqu'ils vieillissent ou dans le cas où leur statut socio-économique se détériore.

Une coordination des programmes (voir section suivante) en fonction des résultats de santé de la population, ainsi qu'une complémentarité entre les mesures spécifiques visant à assurer la santé sont nécessaires pour avoir davantage de poids sur les indicateurs de santé et sur l'éradication de la pauvreté, au sein des groupes les plus pauvres et les plus vulnérables de la population. Les mesures visant à assurer la santé devraient constituer une passerelle vers un système de protection sociale garanti par des éléments d'assistance sociale.

j) *Situation des bénéficiaires après affiliation*

En prenant en charge les dépenses directes pour les patients, le régime subventionné a grandement participé à la réduction de la pauvreté chez ses affiliés. En effet, il leur permet de couvrir d'autres dépenses, d'améliorer leur statut socio-économique et de remplir les conditions pour intégrer le marché du travail.

Une articulation et une coordination des programmes de protection sociale assurent une augmentation conséquente de la population en état de travailler et une diminution marquée du taux de pauvreté après l'introduction de mesures visant à assurer la santé.

De la même façon, afin de garantir aux bénéficiaires du régime subventionné de meilleures conditions de vie qui sont essentielles à la population tout entière, il est nécessaire d'assurer un degré de mobilité entre les deux régimes, de continuer à protéger les prestations sociales des travailleurs, de poursuivre l'extension de la protection des revenus, et d'améliorer les prestations fournies aux personnes pauvres.

Le programme d'assistance sociale

Le programme d'assistance sociale se compose de différents mécanismes qui fournissent, à ceux qui n'ont pas la capacité ou les moyens financiers, des allocations pour leur permettre de mener une vie digne, notamment au cours des stades critiques de la vie.

- **Formation professionnelle.** Grâce au Service national d'apprentissage (Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA), le système offre des formations techniques aux salariés et sous-employés pour leur permettre d'intégrer le marché du travail. Le SENA organise également des activités relatives au développement technologique, à la communauté et au commerce. Le financement de ce service est assuré avec 2 pour cent des ressources provenant des cotisations sociales des entreprises.
- **Renforcement des liens familiaux et de la protection de mineurs.** Le Système de prévoyance familiale (Servicio Público de Bienestar Familiar, SPBF) est un service public dont la responsabilité incombe à l'Etat. En outre, il fait l'objet d'un régime juridique établi par la loi.

Le système de prévoyance familiale renforce les liens entre les membres des familles et leur permet d'accéder à des formations et à une scolarisation continues. Afin de permettre aux enfants et aux jeunes adultes de s'épanouir, le système travaille avec les familles et la communauté pour leur offrir un soutien permanent et continu.

Le SPBF donne la priorité aux résidents des zones rurales et urbaines pauvres, aux personnes vulnérables, ainsi qu'aux enfants dont le risque de négligence, de malnutrition, de danger psychologique et/ou physique est élevé.

- **Programme «Familias En Acción».** Il s'agit d'une initiative nationale du gouvernement qui vise à fournir des subventions alimentaires et éducatives aux enfants provenant des familles les plus pauvres, des familles déplacées et des familles appartenant à des communautés indigènes. Le programme prévoit une aide financière directe destinée aux mères de famille, sous réserve d'un engagement de la famille en termes d'éducation (assurer l'assiduité scolaire des enfants) et de santé (s'engager à amener les enfants aux bilans de santé prévus).
- **Régime de protection pour les chômeurs.** Créé pendant la crise économique et géré par le ministère de la Protection sociale, ce régime a pour objectif de fournir des allocations temporaires aux chômeurs. Cette aide n'est versée qu'à la demande de

l'Etat et après approbation du Conseil national des politiques économiques et sociales. Les ressources financières de ce régime proviennent: a) du budget national; b) de sommes allouées par les autorités locales pour les programmes et les projets de protection sociale, c) de dons, d) du retour sur investissement des sommes mentionnées au préalable, et e) des rendements financiers des excédents de liquidités et, en général, des autres fonds reçus. Ces ressources sont déposées sur un compte spécial, la Caisse d'allocation pour le travail et le chômage, dont la responsabilité incombe au ministère du Travail et de la Sécurité sociale.

Ce régime fournit des services aux personnes au chômage qui étaient affiliées à la Caisse de compensation familiale. Les bénéficiaires, ainsi que les personnes à leur charge, peuvent ainsi avoir accès au système éducatif, aux formations, ainsi qu'aux programmes de tourisme social et de divertissement (à la charge de la Caisse de compensation familiale). L'accès à ces services reste identique à celui dont ils bénéficiaient avant d'avoir quitté le régime, et est valable un an à partir du moment où la dernière caisse à laquelle les bénéficiaires étaient affiliés les déclare au chômage.

En outre, les travailleurs qui ont cotisé à une Caisse de compensation familiale pendant 25 ans ou plus et qui touchent une retraite, sont en droit d'accéder aux programmes de tourisme social, de formation et de divertissement, aux taux les plus bas pratiqués par chaque Caisse de compensation familiale. Il existe deux autres régimes destinés aux chômeurs. Le premier est le système d'assistance destiné aux chômeurs ayant été affilié au Caisse de compensation familiale. Les chefs de familles qui se retrouvent au chômage après avoir cotisé à cette caisse pendant au moins un an au cours des trois dernières années précédant leur demande d'assistance ont accès aux prestations mentionnées ci-dessous, dans la limite d'une seule utilisation et jusqu'à épuisement des ressources les prestations sont prises en charge par le Fonds pour la promotion de l'emploi et protection des chômeurs:

- a) une allocation dont le montant équivaut à une fois et demie le salaire minimum obligatoire. Le versement de cette allocation, qui est échelonné sur 6 mois, s'effectue au moyen de prestations de santé et/ou de coupons alimentaires et/ou de services éducatifs. Le fonds alloue, à cette fin, 30 pour cent de ses ressources à la promotion de l'emploi et à la protection des chômeurs;
- b) une formation pour permettre le placement dans l'emploi. La Caisse de compensation familiale utilise pour ce programme, au maximum, 25 pour cent des ressources destinées à la promotion de l'emploi et à la protection des chômeurs.

Le deuxième régime a pour vocation de **soutenir les personnes au chômage qui n'ont pas été affiliées à la Caisse de compensation familiale**. Ce dernier a mis en place un régime d'assistance et de promotion de l'emploi pour les chefs de famille n'ayant jamais cotisé à la Caisse de compensation familiale. Cette caisse consacre à cette fin, 5 pour cent des ressources du Fonds pour la promotion de l'emploi et la protection des chômeurs. Les bénéficiaires reçoivent alors une allocation dont le montant équivaut au salaire minimum obligatoire. Le versement de cette allocation qui est échelonné sur 6 mois s'effectue au moyen de prestations de santé et/ou de coupons alimentaires et/ou de services éducatifs. Les bénéficiaires prioritaires sont les artistes, les écrivains et les sportifs qui étaient membres d'associations relatives à leur activité, ou qui peuvent prouver qu'il s'agissait de leur véritable occupation professionnelle. Conformément aux termes et conditions établis dans la réglementation, ces personnes doivent justifier d'une incapacité à payer, pour pouvoir bénéficier de ces prestations.

En raison du manque de coordination entre les autres régimes de protection destinés aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables, les bénéficiaires sont confrontés à un problème majeur: il leur est difficile d'accéder aux mesures de protection sociale.

Améliorations et défis futurs

Les défis futurs du Système général de sécurité sociale en santé consisteront à:

- Garantir la viabilité du programme en mettant en place des mécanismes pour protéger les ressources financières contre l'instabilité économique. A l'heure actuelle, toutes les unités de paiement par capitation proviennent de trois sources de financement qui doivent être renouvelables sur le long terme: ressources de solidarité des contribuables, ressources du système général de participation perçues des impôts provinciaux, et un certain pourcentage des impôts locaux et provinciaux. Quand les pronostics relatifs à la croissance de l'emploi ne se révèlent pas justes, la deuxième source de financement la plus importante, c'est-à-dire la Caisse de solidarité et de garantie (FOSYGA), est menacée.
- Garantir un niveau de transférabilité entre les régimes d'assurance subventionnés permettant aux bénéficiaires d'exercer leur droit à une protection, indépendamment de leur mobilité.
- Mettre en œuvre des mécanismes automatiques permettant aux personnes, qui ne sont plus en mesure de payer leurs cotisations ou inversement qui ont les moyens de payer, de modifier leur affiliation à un régime. Pour cela, il faut que le mode opératoire des régimes soit très similaire.
- Identifier et diffuser à grande échelle les progrès réalisés par le système. En effet, ce dernier doit être mis en place et renforcé grâce à une stratégie de communication en santé visant à accroître le sentiment d'appartenance au système et à favoriser la communication entre les utilisateurs concernant les processus de prise de décision.

-
- ⁱ Banque mondiale: *Indicateur du développement dans le monde*, 2008.
- ⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.
- ⁱⁱⁱ OMS, UNICEF, UNFPA et la Banque mondiale: *Observatoire mondial de la santé*, 2005.
- ^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.
- ^v Banque mondiale: *Indicateur du développement dans le monde* et *Global Development Finance*, 2008.
- ^{vi} Comisión intergremial, 2009.
- ^{vii} Département administratif national de statistiques (Departamento Administrativo Nacional de Estadística), 2009.
- ^{viii} DANE (Département administratif national de statistiques), 2009.
- ^{ix} Département de Planification nationale, 2009.
- ^x *Ibid.*
- ^{xi} PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2009.
- ^{xii} Projet de réforme du système de santé en Colombie, *Report on Colombia Health Sector Reform and Proposed Master Implementation Plan*, Harvard School of Public Health, Boston, 1996.
- ^{xiii} Molina, C. G., Giedion, U., Rueda, M. C. et Alviar, M., « *El Gasto Público en Salud y Distribución de Subsidios en Colombia* », *Estudio de Incidencia del Gasto Público Social*, FEDESARROLLO, Département national de Planification, Santafé de Bogotá, 1994.

10. Equateur

Superficie	272 045 km ²
Population ^I	14 204 900
Répartition par âge ^{II}	
0-14 ans	31,5 %
15-64 ans	62,2 %
65 ans et plus	6,4 %
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ^{III}	21
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	78,2
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	72,2
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^{IV}	210
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^V courants ^{VI}	4 056
PPA (en dollars internationaux courants) ^{VII}	8 014
Monnaie locale constante	1 745
Dépenses publiques consacrées à la sécurité sociale en pourcentage du PIB ^{VIII}	8,41
Dépenses totales consacrées à la sécurité sociale en pourcentage du PIB ^{IX}	10,6
Taux de chômage ^X	7,44
Rang pour l'indice de développement humain ^{XI} (IDH)	80
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indicateur de pauvreté humaine.	38
Salaire minimum mensuel en dollars ^{XII}	240

Vers un système universel de garantie des pensions

Ruth Alicia Lucio Romero

Résumé

2010: Processus de mise en place d'un système de sécurité sociale qui favorisera la création d'un système de pensions universel, équitable et financièrement viable:

- système de pensions universel de base;
- régime contributif. Pour quelques exceptions bien définies uniquement, régime non contributif dans lequel l'Etat prend en charge les cotisations des personnes pauvres;
- financement: travailleurs et employeurs. L'initiative prévoit l'instauration d'une subvention publique, progressive et équitable, fondée sur le revenu des cotisants.

Etapes importantes

1. Collaboration avec le Président et les membres du gouvernement pour que la proposition de réforme soit approuvée.
2. Création du Secrétariat national de la sécurité sociale.
3. Elaboration d'une loi organique relative à la sécurité sociale.
4. Mise en place du Service unique d'inscription, d'adhésion et de collecte de la sécurité sociale.
5. Etablissement sur le plan institutionnel des conditions administratives et organisationnelles nécessaires à l'intégration de la population équatorienne au système.

Acteurs principaux: ministères, institutions de sécurité sociale, syndicats et organisations commerciales.

Coordination des acteurs: assurée par le ministère de la Coordination du développement social, jusqu'à la mise en place de l'organisme de réglementation.

Réforme institutionnelle	→	Optimisation de l'adhésion, des cotisations et du contrôle
Viabilité financière	→	Réforme des paramètres du système et modification de la participation de l'Etat
Extension de la couverture	→	Couverture universelle intégrant les piliers contributifs et non contributifs
Efforts budgétaires	→	Réorientation de l'espace budgétaire et fiscal en lien avec le pilier non contributif
Modifications des subventions	→	Les subventions de l'Etat améliorent la répartition des revenus

A propos de l'auteur

Ruth Alicia Lucio Romero, coordinatrice de l'équipe chargée de la réforme de la sécurité sociale en Equateur, experte de la santé auprès du ministère de la Coordination du développement social, en liaison avec le ministère de la Santé.

Contexte

Couverture et régimes de sécurité sociale

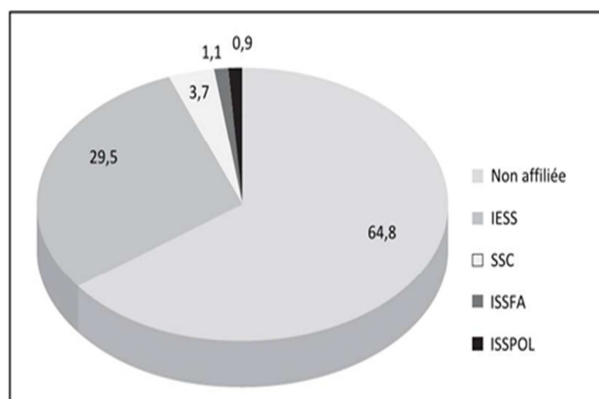
Actuellement, seul un cinquième de la population équatorienne, soit un tiers de la population active, est couvert par l'un des quatre régimes de sécurité sociale existants: l'Institut équatorien de sécurité sociale (*Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS*)¹, l'Assurance sociale agricole (*Seguro Social Campesino, SSC*), l'Institut de sécurité sociale des forces armées (*Instituto de Seguridad Social de Fuerzas Armadas, ISSFA*) et l'Institut de sécurité sociale de la police nationale (*Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional, ISSPOL*). Ces différents régimes fonctionnent séparément et il n'existe pas de coordination entre eux (figure 1).

Les personnes occupant un emploi formel disposent souvent d'une protection sociale. Par contre, celle-ci ne s'étend pas à leurs familles, sauf dans le cas des régimes pour les policiers, les forces armées et les agriculteurs. Elles bénéficient alors d'une couverture très basique. Grâce à cette couverture, les familles peuvent avoir accès aux services de santé du réseau de l'institut auquel le cotisant est rattaché. Dans le cas de l'Institut équatorien de sécurité sociale (IESS), l'adhésion est individuelle et n'a été que récemment étendue aux enfants de moins de 6 ans et aux conjoints, afin de leur permettre d'accéder aux services de santé.

Le faible taux de couverture constitue le principal défi à relever dans le système de sécurité sociale équatorien. Sur l'ensemble de la population active, la proportion de cotisants oscille autour de 35 pour cent (tableau 1), ce qui signifie que sur 100 personnes actives, 65 ne versent pas de cotisations.

Dans le cas de la protection sociale destinée aux populations pauvres, l'Etat a également mis en place (depuis 1998) un programme de transferts conditionnels en espèces, dénommé Bon de développement humain (Bono de Desarrollo Humano, BDH), qui s'adresse aux personnes âgées ne touchant pas de retraite et vivant dans des conditions de pauvreté. En 2008, le minimum vieillesse a été sensiblement relevé, passant à 35 dollars par mois et par personne, et il couvrait alors 371 000 personnes âgées.

Figure 1. Population active affiliée, 2009



Source: Organismes de sécurité sociale, 2009, Institut national de statistiques et de recensement équatorien (INEC).

¹ L'IESS gère les programmes suivants: la sécurité sociale agricole (soins de santé et allocations de vieillesse), l'assurance-maladie en faveur des individus et des familles (comprenant les prestations en espèces), l'assurance contre les risques professionnels, ainsi que l'assurance générale, composée de l'assurance-invalidité, l'assurance-vieillesse et l'assurance-décès.

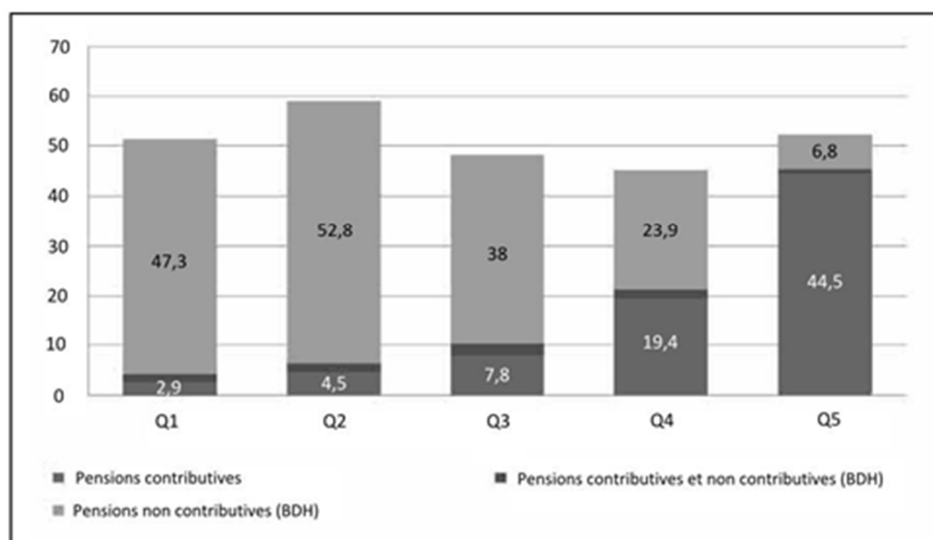
Tableau 1. Structure de la population couverte par la sécurité sociale, 2009

Régime d'affiliation	Population affiliée	Population disposant d'une couverture santé	%
Institut équatorien de sécurité sociale (IESS)	2 367 305	3 602 713	86,26
Institut de sécurité sociale des forces armées (ISSFA)	74 674	223 058	5,53
Institut de sécurité sociale de la police nationale (ISSPOL)	56 352	210 531	5,22
Nombre total de personnes affiliées	2 498 331	4 036 302	100,00
Population affiliée/population équatorienne totale, 2009			17,8
Population assurée/population équatorienne totale, 2009			28,8
Population affiliée/population active			37,8

Source: documents institutionnels, Institut national de statistiques et de recensement (INEC). Elaboration: ministère de la Coordination du développement social (Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social).

Grâce à la prise en compte du minimum vieillesse, le nombre de personnes non couvertes par la sécurité sociale représente à présent moins de 50 pour cent de la population totale. Néanmoins, le manque de couverture reste important, en particulier pour les quintiles à faible revenu, comme l'illustre la figure 2. En moyenne, 31 pour cent des personnes âgées sont couvertes par le minimum vieillesse, 18 pour cent par les pensions de sécurité sociale et 1 pour cent par ces deux systèmes.

Figure 2. Population couverte par les pensions, par quintile de revenu, 2009 (en pourcentage)



Source: Institut national de statistiques et de recensement (INEC), enquête sur l'emploi et le chômage, 2009. Publié par le ministère de la Coordination du développement social.

Le financement, les avancées et la viabilité

Telles que réparties actuellement, les subventions publiques pour la sécurité sociale sont très régressives dans la mesure où elles se concentrent dans les déciles les plus riches de la société équatorienne (tableau 2). L'Etat transfère aux 20 pour cent les plus riches (9e et 10e déciles de revenu) l'équivalent de 370 millions de dollars par an, sous la forme de subventions pour les pensions.

Par conséquent, aux fins de la réforme du système, il est primordial non seulement d'étendre la couverture, mais également de concevoir une structure progressive qui permettra le versement des subventions aux segments de la population qui en ont le plus besoin, afin d'aboutir ainsi à un système plus juste.

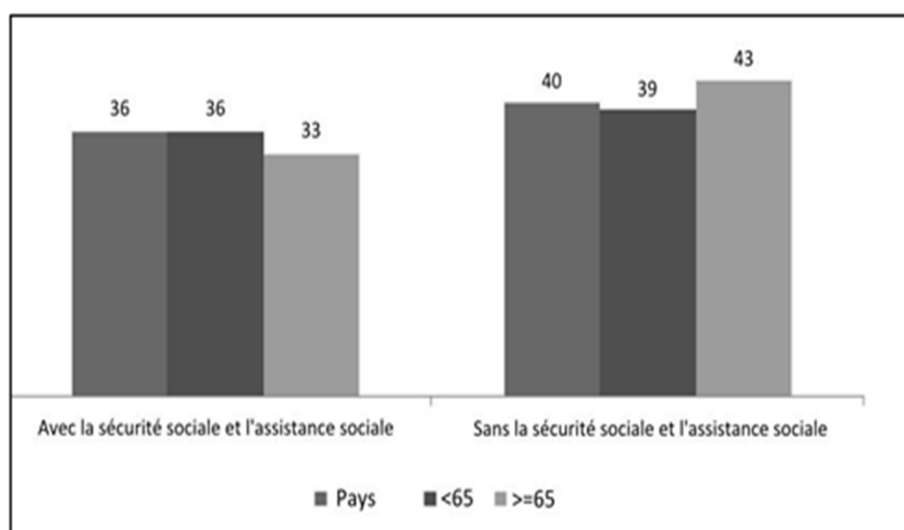
Tableau 2. Répartition des subventions de pensions par décile de revenu, 2009

Décile de revenu	Montant mensuel moyen (en dollars)	Montant annuel total (en dollars)	%
1	27	1 644 348	0,3
2	37	3 274 176	0,6
3	46	4 500 828	0,9
4	74	8 851 764	1,7
5	74	12 774 360	2,5
6	72	14 539 224	2,9
7	98	34 612 596	6,8
8	114	57 439 956	11,3
9	123	110 805 492	21,7
10	176	261 191 844	51,3
Total	128	509 631 588	100,0

Source: Institut national de statistiques et de recensement (INEC), Enquête sur l'emploi et le chômage, 2009. Elaboré par le ministère de la Coordination du développement social.

Un autre défi de taille consiste à faire en sorte, grâce à des mesures de protection sociale, qu'une partie de la population ne tombe pas dans la pauvreté. Une analyse de l'impact de la protection sociale sur la pauvreté, par le biais de ses deux composantes principales, à savoir la sécurité sociale et l'assistance sociale (Bon de développement humain, BDH), indique qu'en 2009, grâce aux politiques actuelles, il a été possible d'éviter à environ 11 pour cent de personnes âgées de plus de 65 ans de basculer dans la pauvreté (figure 3).

Figure 3. Taux de pauvreté, 2009



Source: Institut national de statistiques et de recensement (INEC), enquête sur l'emploi et le chômage, 2009. Publié par le ministère de la Coordination du développement social.

Les cotisations de sécurité sociale

A l'heure actuelle, le financement des systèmes de sécurité sociale existants est assuré par les adhérents et les employeurs. Dans le cas des pensions, il repose sur les nombreuses contributions de l'Etat aux régimes destinés à la population en général, à la police et aux forces armées.

Afin de maintenir le niveau de cotisations nécessaires, le budget consacré à la sécurité sociale pour 2010 a été estimé à 8,4 pour cent du produit intérieur brut (PIB). Il convient toutefois de remarquer que, chaque année, 20 à 30 pour cent des ressources prévues dans le budget ne sont pas affectées en raison de l'inertie bureaucratique². En outre, les dépenses consacrées à la santé via le Système national de santé, calculées à 2,2 pour cent du PIB, devraient également figurer dans le budget de la sécurité sociale. Le budget total pour 2010 (figure 4) est ainsi porté à 10,6 pour cent du PIB. En y ajoutant 1,2 pour cent pour le Bon de développement humain (BDH), le total s'élève alors à 11,8 pour cent du PIB.

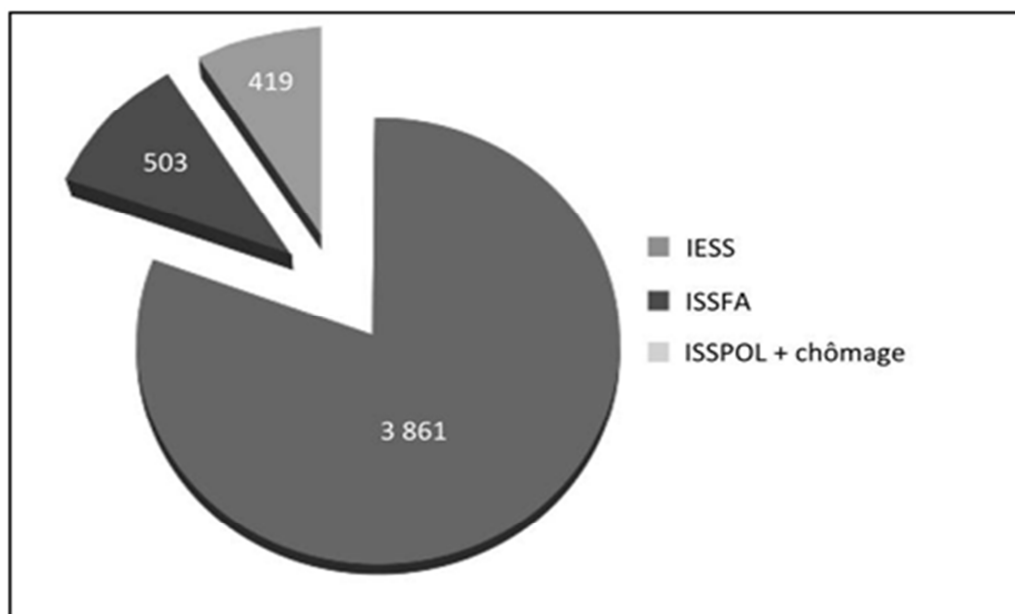
Tableau 3. Taux de cotisations à la sécurité sociale, 2010 (en pourcentage)

Cotisations par rapport aux salaires (revenu déclaré)	Institut équatorien de sécurité sociale (IESS)	ISSFA régime des forces armées	ISSPOL régime des forces de police
Pensions			
- Invalidité, vieillesse et décès	Entre 9,74 et 11,74		
- Retraite, invalidité et décès		25,55	23,27
Indemnités de licenciement	3,00	12,50	15,75
Maladie et maternité	5,71	9,20	5,50
Accidents du travail	0,55	0,30	0,15
Fonds de prévoyance	8,33	8,33	8,33
Assurance-vie			1,01
Services funéraires		0,40	0,38
Fonds pour le logement		1,05	2,40
Fonds de réserve			0,50
Indemnités professionnelles			0,14
Cotisations totales des travailleurs	9,35-11,35	23,00	23,10
Cotisations totales des employeurs	17,48-19,48	34,33	34,33
Cotisations totales des travailleurs et des employeurs	26,83-30,83	57,33	57,43
Cotisations par rapport au total des pensions			
Contributions de l'état au total des pensions	40% du total des pensions du système civil	60% du total des pensions du système militaire	60% du total des pensions du système de la police nationale

Source: Loi et organismes de réglementation. Elaboré par le ministère de la Coordination du développement social.

² L'inertie bureaucratique est à l'origine des différences entre les prévisions et les réalisations, notamment dans des secteurs tels que les soins de santé, dans lesquels les services de santé prévus n'ont pas été mis en place. Cette situation évolue rapidement grâce à des modifications et des améliorations apportées aux services administratifs dans certaines régions. Ainsi, dans les régions de Pichincha, de Santo Domingo, de Los Tsachilas et d'Esmeraldas, où les administrations locales ont récemment connu des changements, le problème des délais dans le versement de plusieurs millions de dollars aux prestataires de soins ont été résolus en l'espace d'un semestre.

Figure 4. Budget de la sécurité sociale (en millions de dollars)



Source: Budget institutionnel. Publié par le ministère de la Coordination du développement social. Remarque: IESS = Institut équatorien de sécurité sociale; ISSFA = Institut de sécurité sociale des forces armées; ISSPOL = Institut de sécurité sociale de la police nationale.

La part la plus élevée du budget consacré à la sécurité sociale (environ 52 pour cent, en moyenne) est allouée aux pensions (tableau 4). Les différences de chiffres entre les régimes dénotent l'absence d'un système de sécurité sociale uniforme.

Tableau 4. Budget consacré à la sécurité sociale par régime, 2010 (% du total)

	Institut équatorien de sécurité sociale (IESS)	Institut de sécurité sociale des forces armées (ISSFA)	Institut de sécurité sociale de la police nationale (ISSPOL)	Budget consacré à la sécurité sociale
Pensions	48,24	77,79	57,66	51,78
Maladie et maternité	34,40	8,80	15,23	30,71
Indemnités de licenciement	11,21	13,09	24,22	12,13
Accidents du travail	2,08	0,52	2,89	1,97
Assurance sociale des agriculteurs	4,06			3,42
Total	100,00	100,00	100,00	100,00

Source: Budgets institutionnels de 2010. Elaboration: ministère de la Coordination du développement social.

L'initiative pour la protection sociale: vers un modèle de pensions universel

La proposition d'étendre le système de protection sociale n'est pas une initiative nouvelle. Elle a été avancée à plusieurs reprises au cours des dix dernières années, mais il aura fallu attendre la prise de fonction du nouveau gouvernement, en 2008, pour que soit mise en pratique une disposition constitutionnelle en faveur d'un modèle universel.

Parmi les principales orientations de la Constitution figure l'instauration de la sécurité sociale en tant que droit inaliénable. Le devoir de faire appliquer et respecter ce droit

incombe à l'Etat, à qui revient également la responsabilité de légiférer, de réglementer et de contrôler les activités touchant à la sécurité sociale, tout en garantissant le caractère public et universel du système.

Outre ce nouveau cadre juridique et politique, le Président Correa et le mouvement politique qui le soutient constituent les moteurs de la réforme de la sécurité sociale équatorienne actuellement menée. Afin que cette réforme soit un succès, il est indispensable de s'appliquer à la création d'une loi organique qui réunisse l'ensemble des lois régissant les différents régimes, ce qui permettra ainsi d'effectuer les modifications qui ont jusqu'ici fait défaut au système de sécurité sociale équatorien.

L'objectif du système de sécurité sociale, par l'intermédiaire d'une assurance universelle obligatoire, est d'offrir une couverture à l'ensemble de la population – quelle que soit la situation professionnelle des personnes – pour diverses circonstances, notamment en cas de maladie, de maternité, de paternité, d'accident du travail, de licenciement, de chômage, de retraite, d'invalidité, de handicap ou de décès.

Un climat politique favorable

En Equateur, pour la première depuis de nombreuses décennies, un gouvernement est capable de mettre en avant une réforme structurelle complète de la sécurité sociale. En effet, il s'agit d'un domaine où les règles sont généralement fixées par des groupes de pression, ce qui explique que la plupart des gouvernements antérieurs se soient abstenus de toucher au moindre élément dans la structure du système. Le gouvernement de Rafael Correa dispose de nombreux atouts, parmi lesquels: la popularité du Président, la volonté politique de réformer le pays, l'expérience acquise dans la résolution d'autres difficultés touchant la société équatorienne, et l'apparition de conditions inédites jusqu'alors, comme la majorité parlementaire et des organismes techniques fiables et indépendants. Autant de facteurs qui concourent à rendre cette approche sérieuse, pertinente et réalisable sur le plan politique.

Le processus de mise en place du système de pensions

Il convient de préciser que les orientations énumérées ci-après sont provisoires et feront certainement l'objet de modifications durant la phase d'analyse technique par le bureau du Président, les autres membres du gouvernement et leurs équipes techniques.

L'extension de la couverture

Actuellement, l'Institut équatorien de sécurité sociale (IESS) couvre 1,8 million d'employés, tandis que l'Institut de sécurité sociale des forces armées (ISSFA) compte 37 700 adhérents et que l'Institut de sécurité sociale de la police nationale (ISSPOL) en dénombre, pour sa part, 39 300.

La proposition de réforme du système de sécurité sociale vise à étendre la protection sociale afin d'inclure toute personne n'y ayant pas encore accès. Pour cela, deux stratégies ont été prévues: accroître de manière significative le nombre de salariés cotisants (c'est-à-dire, toucher les personnes n'ayant pas d'affiliation alors qu'elle est obligatoire) et intégrer les travailleurs indépendants cotisants et les personnes pauvres. L'objectif est de parvenir à une couverture universelle. A cette fin, différentes stratégies obligatoires et incitatives ont été minutieusement et spécialement élaborées dans le but d'inclure l'ensemble de la société équatorienne.

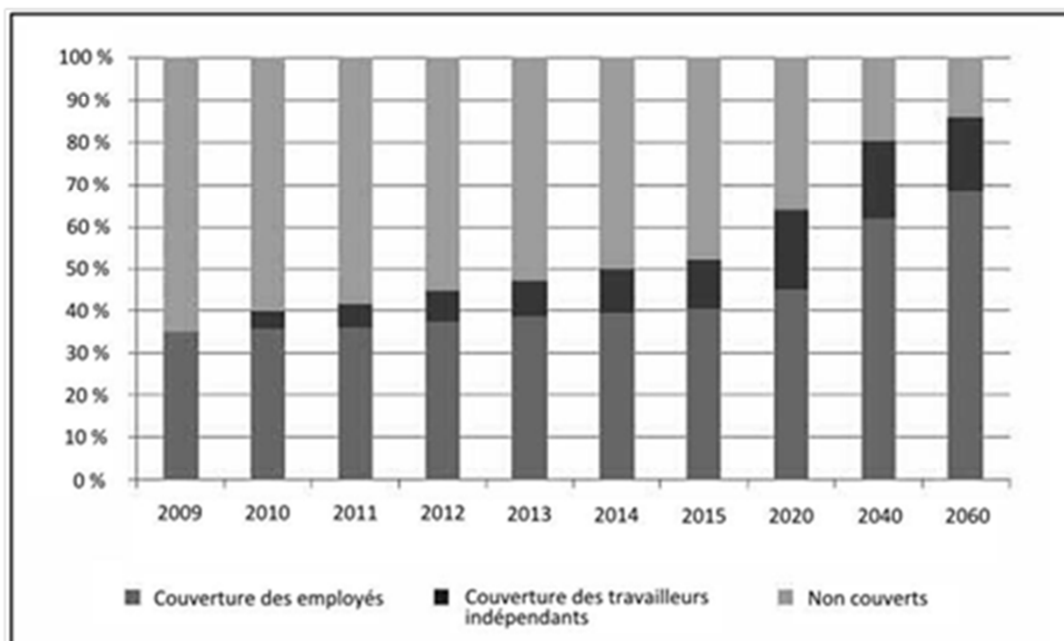
Au fil du temps, la couverture de sécurité sociale n'a cessé de s'accroître, en particulier pour les couches de population disposant de conditions de vie et de travail relativement élevées, en raison des structures existantes sur les plans institutionnel, administratif et juridique au sein des institutions de sécurité sociale. Au cours de ces deux dernières années notamment, la participation des salariés a été élevée et, d'après certaines évaluations, dans les prochaines années, ce sont entre 5 et 10 pour cent de personnes supplémentaires par an qui devraient être intégrées.

Dans la perspective actuelle, l'extension progressive de la couverture vers une protection universelle est considérée comme l'un des principaux objectifs de la réforme. C'est pourquoi des stratégies ont été élaborées pour intégrer au système de sécurité sociale les travailleurs indépendants, à un rythme de 5 pour cent par an, afin de parvenir à couvrir 70 pour cent de cette population, avec comme point de départ une couverture de 10 pour cent en 2010. La possibilité de fixer des buts plus ambitieux afin de parachever le processus au cours des dix prochaines années est également en cours d'analyse.

Par ailleurs, il a également été prévu que la couverture minimale des personnes pauvres soit étendue à un rythme de 5 pour cent par an, pour ainsi couvrir 85 pour cent de cette population. Celle-ci ayant déjà été recensée, son ciblage et son intégration en seront d'autant plus faciles. Il sera par conséquent indispensable de mettre au point un mécanisme efficace afin d'intégrer au système ces nouveaux affiliés au moment opportun.

Il convient d'indiquer que la modélisation employée est nettement moins ambitieuse: elle considère l'intégration des nouveaux adhérents comme un processus à moyen terme qui devrait prendre au moins une vingtaine d'années (figure 5). Bien évidemment, si le rythme d'intégration devait être plus rapide, la probabilité de pérennité du système de sécurité sociale n'en serait qu'accrue.

Figure 5. Couverture progressive de la population équatorienne par le système de sécurité sociale



Source: modèles actuariels et études spécialisées du BIT. Elaboration: ministère de la Coordination du développement social.

Dans tous les cas, les stratégies initiales d'extension de la couverture de sécurité sociale prévoient de privilégier des mécanismes avantageux et souples qui tiennent compte des groupes à inclure et du meilleur moyen de les affilier. L'objectif est d'intégrer au système de protection sociale, d'ici 2040, au moins 75 pour cent de la population équatorienne et de maintenir ce taux de couverture dans les décennies suivantes.

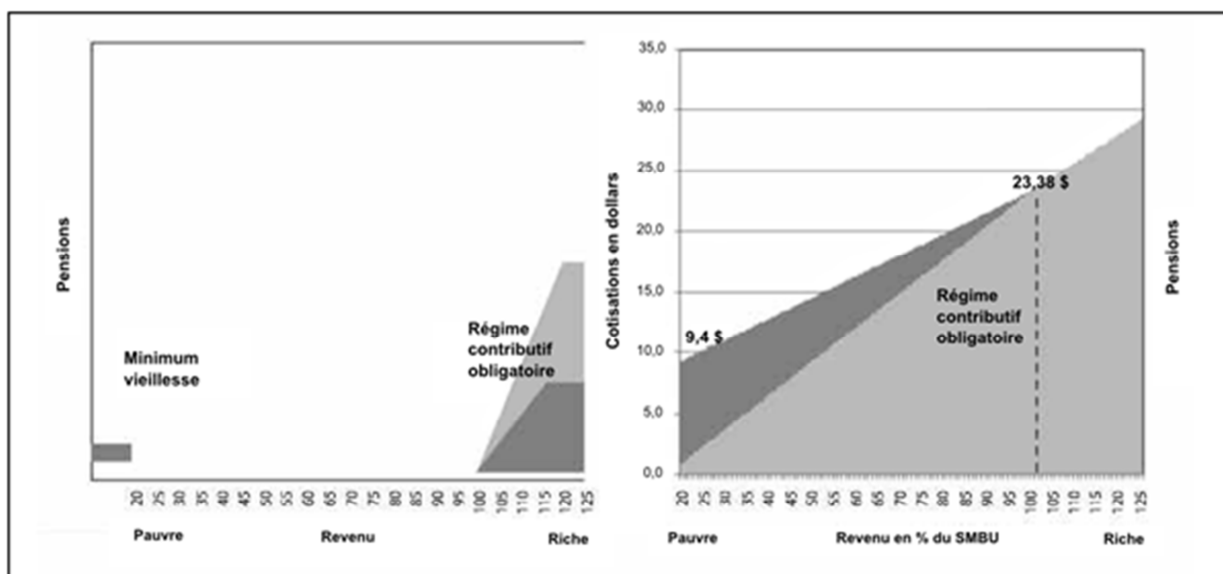
Les cotisations

La proposition prévoit l'universalisation des droits et des cotisations, qui passerait par l'extension du système contributif à la majeure partie de la population, en l'obligeant pour cela à s'affilier, y compris les personnes vivant dans la pauvreté et dont la capacité de cotisation pour la retraite est faible (figure 6). L'Etat prendrait en charge la totalité de la cotisation pour les personnes indigentes uniquement. En somme, la proposition met en avant un régime contributif et, dans certains cas bien définis, un régime non contributif dans lequel l'Etat financerait les cotisations des personnes les plus démunies.

De plus, au sein du système de sécurité sociale, il est prévu que le financement du régime de pension contributif devra être assuré par les travailleurs et les employeurs. Cela ouvre la possibilité de supprimer, pour la première fois depuis plusieurs décennies, la contribution publique au système, qui s'élève à 40 pour cent. A la place, il est prévu de mettre en place une subvention publique progressive et équitable, qui se fonde sur le revenu des cotisants et dont l'approche sera détaillée ultérieurement.

La contribution actuelle de l'Etat au régime de pensions s'élève à 40 pour cent des dépenses totales pour les pensions, ce qui équivaut à environ 5,62 pour cent de la masse salariale. Cette contribution sera remplacée par les cotisations des employeurs à l'assurance-maladie (3,41 pour cent de la masse salariale). Les 2,21 pour cent de cotisations restants sont en cours d'analyse afin d'être répartis au niveau des travailleurs, des employeurs ou de l'Etat. Il est indispensable que le niveau de cotisation soit similaire (5,62 pour cent) pour le financement de la caisse retraite.

Figure 6. Vers un modèle universel et équitable



Remarque: SMBU = salaire minimum de base unifié.

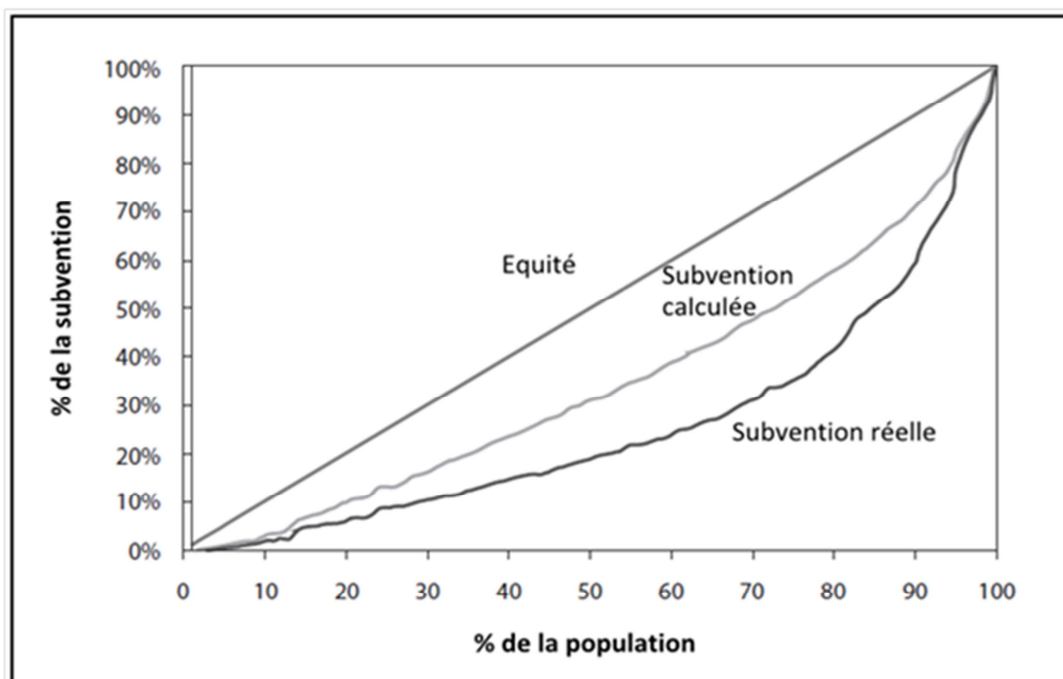
En outre, afin d'équilibrer le système de sécurité sociale, l'Etat devrait financer entièrement le secteur de la santé et, par conséquent, s'engager à couvrir les sommes nécessaires pour assurer la couverture santé. Cette responsabilité est très clairement énoncée dans le cadre constitutionnel.

En plus de mettre en place une cotisation supplémentaire pour la couverture générale des pensions, l'Etat devrait également envisager d'instaurer une subvention équitable en faveur des travailleurs indépendants dont le revenu moyen est inférieur au salaire minimum de base unifié (SMBU), soit 240 dollars en 2010.

Au moyen d'une contribution destinée à compléter de manière inversement proportionnelle les revenus déclarés et à atteindre le seuil minimal de cotisation, l'Etat souhaite contrebalancer sensiblement la nature régressive de la subvention et, ainsi, renforcer visiblement l'équité au sein de la société équatorienne (figure 7).

Concernant les régimes de sécurité sociale des policiers et des militaires, l'homogénéisation de ces deux systèmes de pensions est envisagée afin de les aligner sur le régime général en termes de cotisations et de prestations. Cependant, s'agissant de systèmes fermés avec un nombre de cotisants relativement faible, il va de soi que la proposition devra prendre en compte le fait que la pérennité de ces systèmes passe par l'existence d'une subvention publique.

Figure 7. Subventions du système public de retraite (réelle et calculée)



Après évaluation de la viabilité financière, l'Etat devra faire preuve de transparence et indiquer dans quelles proportions il financera chaque régime afin de permettre à la population équatorienne de connaître précisément les montants des cotisations. Si cette option est mise en œuvre, se posera ensuite la question de la durée de la période de transition nécessaire afin d'unifier les cotisations et de ce qu'il convient de faire dans le cas des cotisations individuelles des soldats et des fonctionnaires de police, qui sont à l'heure actuelle supérieures à celles des civils.

Comment l'Etat peut-il subventionner le système?

Il convient tout d'abord de prendre en compte la création d'un nouveau régime obligatoire pour les travailleurs indépendants. Dans le cadre de ce système, ces derniers ne cotisent que si leur revenu est au moins équivalent à 20 pour cent du salaire minimum de base unifié (SMBU). Il s'agira du revenu minimum de cotisation (RMC) (qui était de 48 dollars en 2010). Toutefois, afin de calculer la subvention, il est nécessaire d'évaluer le revenu estimé, qui devra représenter au moins 40 pour cent du SMBU (soit 96 dollars). Ce revenu servira de base de calcul pour le montant des subventions à reverser (tableau 5).

En outre, dans un souci d'équité globale du système, une cotisation générale de 9,74 pour cent, dont la répartition entre employeurs et employés est actuellement discutée, a été mise en place.

Tableau 5. Exemples de calcul des subventions publiques en faveur des travailleurs indépendants (en dollars)

Revenu déclaré	Revenu estimé	Cotisations totales	Cotisations individuelles	Subventions publiques
20 % du SMBU	40 % du SMBU	9,74 % de 40 % du SMBU	1 \$	8,35 \$
25 % du SMBU	43,75 % du SMBU	9,74 % de 43,75 % du SMUB	1,88 \$	7,83 \$

Pour des raisons d'équité, il n'est pas possible de mettre en place une pension minimale identique pour les employés et les travailleurs indépendants. Afin de respecter le principe selon lequel une cotisation plus élevée doit donner droit à une pension d'un montant supérieur, la pension minimale doit dépendre du nombre de cotisations reversées. En vertu de cette définition, et afin de calculer les pensions des travailleurs indépendants, il convient de prendre comme référence un «revenu estimé» (à partir duquel sont évalués les montants des subventions publiques et des pensions) qui prenne directement en compte l'importance des efforts consentis par le cotisant.

Afin de comprendre le modèle proposé pour la subvention et les estimations qui ont été réalisées, les variables nécessaires et la formule de calcul de la subvention sont indiquées dans le tableau 6.

Tableau 6. Formules de calcul de la subvention

Abréviation	Variable	Formule
0 SBU	Salaire de base unifié	Défini et ajusté par l'Etat
1 SMA/MIC	Salaire minimum ou revenu de cotisation	$20\% \text{ SBU minimum} = 0,2 \times 240 = 48 \$$
2 Y	Revenu déclaré	
3 YMP	Revenu minimum estimé	$40\% \text{ SBU minimum} = 0,4 \times 240 = 96 \$$
4 YP	Revenu estimé	$Y + (YMP - MIC) \times PR$
5 PR	Poids relatif	$PR = (SBU - Y) / (SBU - SMA)$
6 9,74 %	Taux de cotisation total	TAT (défini et ajusté par la loi)
7 TYMP	Taux individuel de cotisation sur le revenu	$1 \$ / YMP = 1 \$ / 96 \$ = 1\%$
8 TSMP	Taux de cotisation publique (subvention)	$TSMP = (TAT - TYMP) \times PR$

A partir de ces formules, il est possible de mettre en place un système accordant des subventions publiques progressives en fonction des efforts consentis par les citoyens dans le versement de cotisations. Les cotisations publiques seront proportionnelles au revenu des employés et supérieures dans le cas des couches de la population disposant de ressources moindres. Le montant des pensions dépendra également des cotisations individuelles, ce qui permettra de valoriser ainsi directement les efforts consentis. Cependant, dans un souci de disposer d'un système qui soit non seulement équitable, mais également juste, le montant des pensions sera calculé à partir de formules d'évaluation afin de faire en sorte que la pension minimum permette aux bénéficiaires de vivre correctement.

Réforme des paramètres

Outre les problématiques afférentes à la réorganisation des cotisations et des responsabilités financières, la discussion a également porté sur la possibilité d'introduire de légères modifications dans les paramètres. Celles-ci auraient pour but d'assurer la viabilité de la réforme, en prenant en compte la structure du marché du travail ainsi que les aspects historiques du travail en Equateur, de même que les conventions internationales. La proposition actuellement avancée est résumée dans le tableau 7.

Tableau 7. Réforme des paramètres

Paramètre	>= 45 ans (scénario actuel)		< 45 ans (nouveau système)	
Conditions d'accès aux pensions	40 années de cotisation			
	30 années de cotisation	/60 ans	30 années de cotisation	/60 ans
	15 années de cotisation	/65 ans	15 années de cotisation	/65 ans
	10 années de cotisation	/70 ans		
Base de calcul	Moyenne des 5 meilleures années		Moyenne des 10 dernières années de cotisation	
Formule du taux de remplacement	43,75%+1,25%*(nombre de cotisations-5)		50%+0,67%*(nombre de cotisations-15)* Moyenne (10 ans de cotisations) Valeur actuelle	
			50%+0,67%*(nombre de cotisations-15)* Moyenne (années de cotisations) Pension réduite	
	50% du SMBU	10 années de cotisation	Proposition de formule pour les pensions minimales en faveur des employés	
	60% du SMBU	11-20 années de cotisation	50%+0,67%*(nombre de cotisations-15)* SMBU	
	70% du SMBU	21-30 années de cotisation		
	80% du SMBU	31-35 années de cotisation	Proposition de formule pour les pensions minimales en faveur des employés	
	90% du SMBU	36-39 années de cotisation	50%+0,67%*(nombre de cotisations-15)* SMBU	
	100% du SMBU	40 années et plus		

La faisabilité financière: les efforts budgétaires et fiscaux

La réforme des paramètres mentionnée dans la section antérieure devrait avoir d'importants effets sur l'économie nationale. Mais, avant tout, elle ouvre la voie à une possible modification des sources de recettes fiscales, concourant ainsi à la durabilité d'un système de sécurité sociale plus complet et moins coûteux pour l'Etat et, par conséquent, pour la population équatorienne (tableau 8).

Tableau 8. Contribution de l'Etat au financement de la pension, Institut équatorien de sécurité sociale (IESS) (en pourcentage)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2020	2040	2060
Régime actuel Totale (% du BIP)	1,0	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,2	1,3	2,5	5,0
Nouveau régime Total (% du BIP)	0,3	0,3	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,9	1,1	0,7

Les modifications qui seront apportées devraient permettre de rééquilibrer la charge fiscale, de sorte que, à partir de 2030 et à la faveur du nouveau modèle, l'effort attendu sur le plan fiscal s'écartera de plus en plus de ce qui aurait été nécessaire en l'absence de réforme.

La réforme s'attache ainsi à assurer l'équilibre et la viabilité du système équatorien en faveur de la population civile.

Par conséquent, cette réforme est essentielle, non seulement afin de garantir la pérennité du système de sécurité sociale universel sur le plan budgétaire, mais, d'abord et avant tout, afin de bâtir un système progressif protégeant l'ensemble de la population du pays.

La faisabilité technique et administrative

Grâce aux principales institutions que compte son système de sécurité sociale, l'Equateur dispose des compétences et des connaissances nécessaires afin de mener à bien le processus de réforme. Les analyses conduites pour progresser vers un régime de protection sociale ont mis en avant la nécessité d'inclure les institutions de sécurité sociale, déjà existantes et de les associer au sein d'un même système de sécurité sociale. Elles ont également identifié les procédures permettant d'adapter et d'étendre les fonctions remplies actuellement afin de renforcer les aptitudes administratives du système.

Ainsi, l'Equateur possède tous les outils et les ressources nécessaires, même si ses besoins devraient croître par la suite. Le pays devrait pouvoir faire face à cet accroissement à court terme grâce ses ressources humaines et financières. Cependant, à moyen terme, il sera de toute évidence indispensable de disposer de personnes expertes dans le domaine de la sécurité sociale, afin de mener à bien la restructuration du système de sécurité sociale et d'assurer sa pérennité.

Les institutions et les acteurs engagés dans la réforme

L'un des aspects positifs de la réforme du système a été l'intensification des discussions techniques au sein d'un ministère chargé de la coordination, dans le cas présent, le ministère pour la Coordination du développement social. Cela a permis d'intégrer la dimension sociale et d'obtenir des réponses favorables aux demandes de rencontre et de dialogue ouvert avec les institutions financières, politiques et économiques du pays, ainsi que celles responsables de l'assurance, alors qu'il est généralement difficile d'engager un dialogue avec elles.

Cet aspect a également marqué un tournant pour l'application future d'une loi organique, qui mettra en œuvre les principaux éléments présents dans la réforme, un environnement favorable aux discussions techniques ayant déjà été créé. Dans le cadre de la transition vers une politique sociale reposant sur des droits garantis, cet environnement est propice au renforcement d'un système institutionnel dont les rôles et les fonctions

auront été redéfinis, le démarquant ainsi du système antérieur et lui permettant de remplir son rôle.

Le système de sécurité sociale prévoit:

- La constitution d'un secrétariat national afin de donner les indications et les orientations générales nécessaires au renforcement d'un véritable système de sécurité sociale et à la gestion efficace par chacun des administrateurs de sous-systèmes ou régimes;
- la création d'un organisme unique de gestion des bases de données nationales, dont les fonctions d'enregistrement et de collecte permettent d'assurer la coordination nécessaire (qui n'existait pas jusqu'alors);
- l'instauration d'exigences en matière de suivi et de contrôle de la qualité au sein des institutions existantes afin de renforcer leur rôle de contrôle et de suivi, en favorisant pour cela la gestion efficace des ressources de la sécurité sociale.

Les défis à relever

En conclusion, la sécurité sociale constitue les fondements sur lesquels s'articule la protection sociale équatorienne et à partir desquels tous les autres programmes de développement humain peuvent mettre en place des niveaux d'aide supplémentaires ou complémentaires. Par conséquent, la réussite de la réforme est une priorité stratégique pour la politique sociale du pays, qui se fixe comme objectif d'assurer un développement durable et équitable pour les décennies à venir.

Bien que la mise en œuvre de la réforme ait débuté, l'un des principaux défis concerne la préparation nécessaire pour parvenir à l'universalisation de l'assurance. En effet, dans le cas d'un marché éclaté, cette préparation requiert l'existence d'une relation étroite entre le modèle de croissance économique et les ajustements sur le marché du travail entraînés par ce modèle.

En outre, le principal défi pour l'Equateur sera d'organiser le système, d'éviter le chevauchement des activités et des subventions dans le but d'étendre la couverture existante, en utilisant au mieux les ressources, et de s'assurer que les ressources publiques s'adressent bien aux personnes en ayant le plus besoin. Il s'agirait dans ce cas de l'opération de redistribution la plus importante que le pays n'ait jamais connue.

Enfin, le défi essentiel sera de parvenir à créer, dans un laps de temps très court, une culture de la cotisation et du respect de la loi, et non uniquement de l'assistance publique. La société devra pour cela passer par une phase d'apprentissage afin d'abandonner le copinage et d'adopter la coresponsabilité. La création d'une telle culture, fondée sur l'éducation à la protection sociale, accroîtra considérablement la viabilité de la réforme proposée.

Les longs mois de préparation et d'analyse ont permis de tirer de nombreux enseignements, notamment en ce qui concerne la nécessité de faire reposer l'argumentation sur des analyses techniques éprouvées. Ainsi, dans la prise des décisions cruciales adaptées sur le plan technique et destinées à surmonter ces diverses difficultés, il a été particulièrement important de faire preuve d'ouverture d'esprit lors de la collaboration avec les experts et des rencontres avec des équipes formées dans ce domaine.

Bibliographie

Ministère de la Coordination du développement social (2010): Etudes et notes techniques internes (Quito).

Institut national de statistiques et de recensement équatorien (INEC) – Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL) (2003): «Estimaciones y proyecciones de población 1950-2025» (Quito, Equateur).

ⁱ Institut national de statistiques et de recensement (INEC) - Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL), 2003.

ⁱⁱ Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

^{iv} OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale: *Observatoire mondial de la santé*, 2005.

^v Sauf indication contraire, le dollar s'étend du dollar des Etats-Unis.

^{vi} Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde, 2008 et Financement du développement dans le monde*, 2008.

^{vii} *Ibid.*

^{viii} Ministère de la Coordination du développement social, 2010, budget de la sécurité sociale publique = budget de l'Institut équatorien de sécurité sociale (IESS) et de la Sécurité sociale agricole (SSC) + budget de l'Institut de sécurité sociale des forces armées (ISSFA) + budget de l'Institut de sécurité sociale de la police nationale (ISSPOL).

^{ix} Ministère de la Coordination du développement social, 2010, protection sociale = sécurité sociale publique + budget de la santé publique.

^x Banque centrale de l'Equateur, septembre 2010.

^{xi} PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2009.

^{xii} Ministère du Travail, 2010, dollars courants.

11. Inde

Superficie	3 287 263 km ²
Population ⁱ	1 173 108 018
Structure par âge	
0-14 ans (%)	31,3
15-64 ans (%)	61,3
65 ans et plus (%)	7,4
Taux de mortalité infantile (par 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	52
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	65
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	62,1
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	450
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^{iv} courants ^v	1 017
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vi}	2 946
Monnaie locale constante	31 663
Dépenses totales par habitant consacrées à la santé (en dollars internationaux courants PPA) ^{vii}	109
Dépenses privées consacrées à la santé en pourcentage des dépenses totales consacrées à la santé	73,8
Taux de chômage (%) ^{viii}	10,7
Population active	467 millions
Pourcentage de la population active dans l'économie informelle	94%
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{ix}	134
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indicateur de la pauvreté humaine	88
Indicateurs de santé de l'IDH – rang pour l'indicateur d'espérance de vie à la naissance	128
Indicateurs d'éducation de l'IDH – taux d'alphabétisation des adultes et taux brut de scolarisation	120

Rashtriya Swasthya Bima Yojana

Anil Swarup

Nishant Jain

Résumé

Groupe cible:	la population vivant en dessous du seuil de pauvreté.
Population cible:	300 millions d'ici 2012.
Prestations:	la prise en charge des frais d'hospitalisation à hauteur de 30 000 roupies (650 dollars) par an pour une famille de cinq personnes; la prise en charge des frais de transport à hauteur de 1 000 roupies (22 dollars) par an; la prise en charge des maladies préexistantes dès le premier jour; la prise en charge d'un jour de pré-hospitalisation et de cinq jours de post-hospitalisation; aucune limite d'âge.
Financement:	le gouvernement central et les Etats reversent la prime à l'assureur choisi; le bénéficiaire paie 30 roupies de frais d'inscription par an.
Fonctionnement:	chaque bénéficiaire inscrit reçoit une carte à puce biométrique; le bénéficiaire peut se rendre dans tous les hôpitaux certifiés du pays; le bénéficiaire n'a pas à avancer d'argent pour les soins; les demandes réalisées par les hôpitaux auprès des compagnies d'assurances sont dématérialisées.

A propos des auteurs

Anil Swarup, directeur général chargé de la protection des travailleurs, du développement et de la mise en place des programmes sociaux en faveur des travailleurs, ministère du Travail et de l'Emploi.

Nishant Jain, Agence allemande de coopération internationale (*Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, GIZ*), Inde.

Contexte

Les décideurs sont de plus en plus conscients du fait que l'absence de structures de sécurité sociale étendues n'affecte pas uniquement les travailleurs en tant qu'individus, mais plus généralement l'économie et la société dans leur ensemble. Aussi, des initiatives claires ont-elles été prises afin de favoriser la croissance inclusive et permettre ainsi à des secteurs marginalisés de la société de bénéficier du développement. Garantir la sécurité sociale à l'ensemble des travailleurs, et notamment les travailleurs de l'économie informelle, est devenu l'une des principales préoccupations du pays.

Le taux de croissance élevé (environ 8 pour cent par an en moyenne pendant les deux dernières décennies) a permis de prendre différentes mesures de protection sociale en faveur de la population. Cela a également permis de dégager la marge de manœuvre budgétaire nécessaire à la mise en place de telles mesures. La loi de 2008 sur la sécurité sociale des travailleurs de l'économie informelle a été adoptée dans le but de créer le cadre nécessaire pour garantir la protection sociale de cette importante frange des travailleurs (430 millions). Parmi les mesures, figuraient également des dispositions relatives, entre autres, à l'assurance-vie et d'invalidité, à la garantie de l'emploi et à la retraite.

En Inde, les soins de santé sont financés par divers moyens, dont les paiements à la charge des patients, les recettes fiscales du gouvernement central et des Etats, l'aide extérieure et les bénéfices des entreprises privées. Les données nationales sur la santé de 2004-2005 montrent que les différents gouvernements, aux échelles nationales, étatique et locale, ne participent qu'à hauteur d'environ 20 pour cent aux dépenses de santé en Inde. Plus de 78 pour cent des dépenses de santé proviennent de fonds non mutualisés et des patients eux-mêmes, ce qui en fait l'un des taux les plus élevés au monde. L'aide extérieure en faveur du secteur de la santé ne représente que deux pour cent du total des dépenses de santé.

Le gouvernement indien a admis l'existence d'inégalités dans les prestations de santé et dans le financement des infrastructures, et a mis en place diverses mesures destinées à les corriger. L'une de ces mesures consiste à augmenter le budget alloué à la santé. Le gouvernement prévoit d'augmenter ses dépenses en la matière pour les faire passer de 1,1 pour cent du produit intérieur brut (PIB) à 3 pour cent du PIB. Cependant, l'augmentation du budget alloué aux soins de santé n'est pas une solution en soi. Il existe en effet des limites à la capacité d'absorption du système de santé public, indépendamment de l'utilisation qui est faite des fonds.

Les raisons de la création du régime Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)

Au cours des quatre à cinq dernières années, les différents gouvernements que compte l'Inde ont introduit divers mécanismes de financement de la demande afin de garantir la sécurité financière des secteurs les plus vulnérables de la société. Parmi ces mécanismes figurent des régimes d'assurance-maladie tels que le régime d'assurance-maladie universelle (UHS), lancé par le ministère des Finances en 2003, et les régimes d'assurance-maladie étatiques, lancés par les Etats du Pendjab, du Kerala et de l'Assam. Cependant, la plupart de ces régimes, dont le financement est assuré par le gouvernement central ou les Etats, ont eu à faire face à des problèmes en raison de la mauvaise conception des politiques, du flou concernant les responsabilités au niveau étatique, de l'absence d'efforts soutenus dans leur mise en œuvre, de la faiblesse du suivi et de l'évaluation, d'une définition imprécise des rôles et des responsabilités des différents acteurs et d'une méconnaissance des programmes chez les bénéficiaires. Il existe

cependant des exceptions, à l'image du programme *Arogyasri* dans l'Etat de l'Andhra Pradesh.

Le gouvernement central a estimé qu'il était nécessaire de mettre en place un régime d'assurance-maladie à l'échelle nationale garantissant la sécurité financière des secteurs vulnérables de la société. En se basant pour cela sur les expériences d'autres grands régimes d'assurance-maladie existant en Inde, publics et non publics, il a décidé de créer un système d'assurance-maladie qui prendra par la suite le nom de *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY). La population vivant en dessous du seuil de pauvreté a été définie comme cible prioritaire du régime. Il était indispensable de prendre en compte les caractéristiques du groupe cible. Dans un premier temps, étant donné l'absence de ressources des bénéficiaires, il n'était pas possible de leur demander d'avancer de l'argent. Il s'agissait par conséquent de créer un système sans espèces. En outre, en raison de l'illettrisme d'un grand nombre d'entre eux, il était exclu de les submerger de documentation. Aussi le système devait-il être dématérialisé. Enfin, du fait des caractéristiques migratoires d'une partie de la population cible, le système devait être en mesure de fournir des prestations partout en Inde. Il convenait donc de mettre en place un système mobile à travers tout le pays.

Les caractéristiques du régime Rashtriya Swasthya Bima Yojana

Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY) est un régime d'assurance-maladie créé le 1er avril 2008 par le ministère du Travail et de l'Emploi. Son principal objectif est de garantir la sécurité financière des bénéficiaires vivant en dessous du seuil de pauvreté en matière de frais d'hospitalisation et d'améliorer l'accès à des soins de santé de qualité. Il vise également à responsabiliser les bénéficiaires en leur laissant le choix du prestataire de soins, qu'il soit public ou privé. Le but qui a été fixé est de couvrir l'ensemble des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté, soit environ 300 millions de personnes, d'ici 2012. Le nombre des familles vivant en dessous du seuil de pauvreté a été estimé au moyen d'une enquête sur les ménages ruraux menée par différents Etats.

Le régime RSBY prend en charge les frais d'hospitalisation à hauteur de 30 000 roupies (environ 650 dollars) maximum par an pour une famille de cinq personnes, sur une base sujette à variations. Les frais de transport sont également pris en charge à hauteur de 1 000 roupies (environ 22 dollars) par an, avec une limite de 100 roupies (environ 2,20 dollars) par hospitalisation. Outre ces prestations, sont également prises en charge les dépenses d'hospitalisation engagées un jour avant l'hospitalisation et jusqu'à cinq jours après la date de sortie de l'hôpital. Une autre particularité du régime est la prise en charge à partir du premier jour des maladies préexistantes, contrairement aux régimes d'assurance-maladie classiques pour lesquels celles-ci sont exclues. Il n'y a en outre aucune discrimination à l'encontre des personnes âgées, étant donné qu'il n'y a pas d'âge limite.

Le régime RSBY utilise des cartes à puce pour l'inscription des bénéficiaires. Une carte à puce biométrique est attribuée à toute famille vivant en dessous du seuil de pauvreté. Elle permet à ses membres de bénéficier personnellement des prestations du programme dans tout le pays. L'ensemble des Etats et des territoires de l'Union devrait être progressivement couvert d'ici 2012.

Un bénéficiaire du RSBY peut se rendre dans n'importe quel hôpital faisant partie du réseau de prestataires de soins. Ce réseau est en cours de création à travers l'Inde et passe par une certification se basant sur des critères prédéfinis. En juillet 2010, environ 6 000 hôpitaux (dont plus de 70 pour cent sont privés) faisaient partie du réseau. Les prestataires sont certifiés par la compagnie d'assurances désignée par l'Etat. Un prestataire de soins

certifié par un des assureurs faisant partie du RSBY est automatiquement reconnu par tous les autres assureurs. Afin d'être certifiés, les hôpitaux doivent s'engager à installer le matériel et les logiciels nécessaires pour effectuer les opérations au moyen de la carte à puce des bénéficiaires. Ils doivent également mettre en place un centre d'accueil disposant d'un personnel qualifié. Une fois la certification obtenue, un numéro d'identification national unique est généré afin de permettre le suivi des opérations de chaque hôpital. Tout hôpital certifié est relié au serveur de district de la compagnie d'assurances. Cela permet de faciliter le transfert quotidien des données relatives aux hospitalisations.

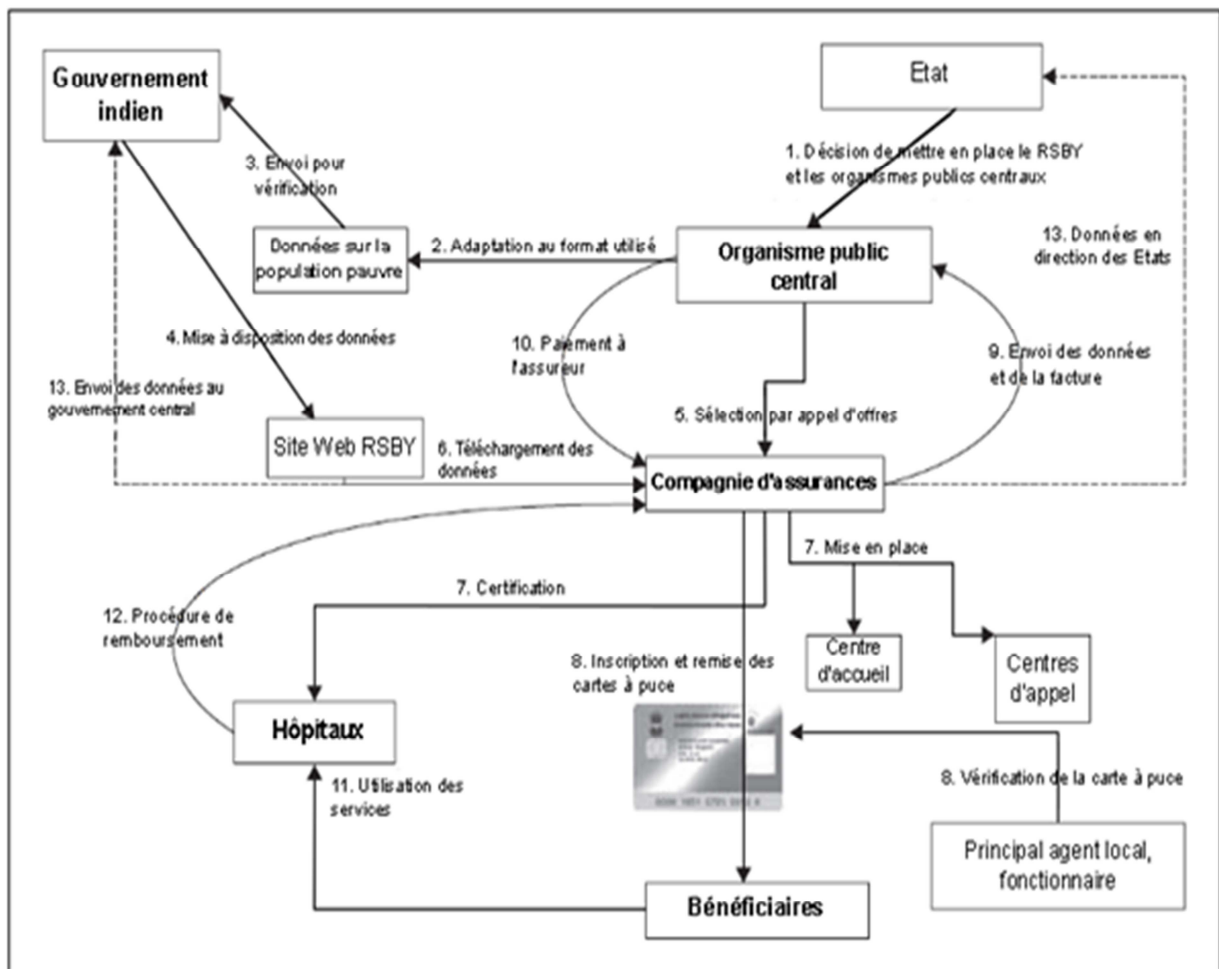
Le fonctionnement du régime RSBY

Le régime RSBY implique un ensemble de processus complexes et bien définis (figure 1). Son fonctionnement est le suivant:

- Une fois qu'un Etat décide de mettre en œuvre le régime RSBY, un organe indépendant, prenant la forme d'un organisme public central, est mis en place.
- L'organisme public recueille les données concernant les populations vivant en dessous du seuil de pauvreté et les adapte au format utilisé par le régime RSBY.
- Une fois ces opérations effectuées, une compagnie d'assurances est désignée au moyen d'une procédure d'appel d'offres ouverte.
- Chaque année, l'Etat communique aux assureurs une liste au format électronique des ménages vivant en dessous du seuil de pauvreté pouvant bénéficier du régime. Un calendrier d'inscription pour chaque village, dans lequel apparaissent les dates prévisionnelles, est établi par la compagnie d'assurances en coordination avec les fonctionnaires du district. Celle-ci dispose de quatre mois pour inscrire l'ensemble des familles vivant en dessous du seuil de pauvreté de chaque district.
- Les compagnies d'assurances sont tenues d'employer des intermédiaires afin d'atteindre les bénéficiaires avant même leur inscription. En outre, la liste des familles est affichée dans chaque village au bureau d'inscription, ainsi que dans d'autres lieux visibles, préalablement à la campagne d'inscription. La date et le lieu où celle-ci se tiendra sont également annoncés à l'avance.
- Des bureaux d'inscription mobiles sont installés dans des centres locaux (par exemple, les écoles publiques) dans chaque village au moins une fois par an. L'assureur équipe ces bureaux du matériel nécessaire à la collecte des informations biométriques (empreintes digitales) et des photographies des membres du ménage couvert, ainsi que d'une imprimante servant à imprimer les cartes à puce munies d'une photo. Une fois réglés les frais d'inscription de 30 roupies (0,70 dollar), les personnes inscrites se voient remettre une carte à puce ainsi qu'une brochure informative détaillant l'ensemble des prestations, des hôpitaux faisant partie du réseau, etc. Cela prend généralement moins de 10 minutes.
- Afin d'attester de l'inscription, un fonctionnaire du district (principal agent local) doit être présent dans le bureau et insérer sa propre carte à puce, qui lui aura été remise par le gouvernement, en plus de fournir ses empreintes digitales. Ainsi, pour toute personne inscrite, il est possible de remonter au fonctionnaire ayant effectué l'inscription. Outre le fonctionnaire, un représentant de la compagnie d'assurances ou de l'entreprise émettrice des cartes à puce est également présent lors de la campagne d'inscription.

- A la fin de la campagne d'inscription, l'assureur communique la liste des ménages inscrits à l'organisme central. La gestion de la liste est centralisée.
- Préalablement à la procédure d'inscription, la compagnie d'assurances certifie des hôpitaux, aussi bien publics que privés. Tout ménage inscrit se voit remettre une carte l'autorisant à se rendre à l'hôpital. Il s'agit d'une carte à puce sur laquelle figure un numéro d'identification unique.
- Une fois la carte à puce remise et la police d'assurance entrée en vigueur, le bénéficiaire peut se rendre dans n'importe quel hôpital certifié dans tout le pays et bénéficier des prestations.

Figure 1. Fonctionnement du régime RSBY



Les technologies utilisées

L'un des aspects remarquables du régime RSBY est l'usage qu'il fait des technologies. Il s'agit sans aucun doute d'un des rares programmes existant dans les pays en voie de développement mettant à profit la technologie pour l'octroi des prestations sociales.

Lors de son inscription, toute famille vivant en dessous du seuil de pauvreté se voit remettre une carte à puce, préalablement créée et imprimée sur place par l'assureur dans chaque village. Comme indiqué précédemment, elle peut être utilisée dans l'ensemble des hôpitaux certifiés du pays afin de recevoir un traitement. Outre la carte à puce, la technologie biométrique est également utilisée afin d'assurer une meilleure protection contre la fraude et un meilleur ciblage. Les empreintes digitales de l'ensemble des bénéficiaires du ménage sont recueillies lors de l'inscription dans chaque village et stockées dans la carte à puce. Elles permettent de vérifier l'identité des bénéficiaires une fois à l'hôpital.

Afin de garantir la sécurisation des procédures de délivrance des cartes à puce et de leur utilisation, un système de gestion évolué est également utilisé, contribuant à la réduction de la fraude et à l'autonomisation des différents acteurs. Suivant ce système, un fonctionnaire, appelé «principal agent local», doit être présent dans le bureau d'inscription. Il a pour tâche d'attester de l'inscription de chaque famille bénéficiaire en utilisant pour cela sa carte à puce personnelle ainsi que ses empreintes digitales. Cela permet de garantir l'émission de la carte par l'assureur au bon bénéficiaire. Des procédures similaires sont utilisées dans tous les endroits nécessitant une carte à puce.

La dématérialisation du régime RSBY a été rendue possible grâce à la technologie. Les opérations entre les hôpitaux et les assureurs, qu'il s'agisse de la gestion des prestations ou des paiements, sont effectuées en ligne. En outre, un système de gestion des données secondaire est en cours de développement et devrait permettre d'améliorer la circulation des données du régime RSBY en temps réel, à destination des Etats ou du gouvernement central, dans l'ensemble du pays.

L'objectif du programme est d'utiliser la technologie non seulement à des fins de contrôle de la fraude et de surveillance, mais également afin de trouver des solutions innovantes. Les logiciels d'inscription ont ainsi été conçus afin de garantir l'inscription automatique des épouses dans la liste des personnes assurées dans chaque famille.

Le financement du régime RSBY

Le financement du régime RSBY est public, ainsi les primes sont financées à partir des recettes fiscales générales. Ce financement provient aussi bien du gouvernement central que des Etats: les primes sont financées par le gouvernement central à hauteur de 75 pour cent (90 pour cent dans le cas des Etats du Jammu-et-Cachemire et du Nord-Est indien) et à hauteur de 25 pour cent par les Etats respectifs (10 pour cent dans le cas des Etats du Jammu-et-Cachemire et du Nord-Est indien). Le montant de la prime d'assurance est déterminé à l'échelle nationale. Les assureurs enregistrés se livrent concurrence lors d'une procédure d'appel d'offres ouverte. Le gouvernement a également décidé que les bénéficiaires devront s'acquitter d'un montant symbolique pour les frais d'inscription de 30 roupies (0,70 dollar). Cela doit permettre d'accroître le sentiment d'appropriation du régime par les bénéficiaires. Les recettes provenant des frais d'inscription sont utilisées par les Etats afin de couvrir les coûts administratifs.

Quelques données concernant le régime RSBY

Après deux années de fonctionnement, le régime RSBY s'est étendu à 23 Etats dans l'ensemble du pays, chiffre qui était de deux lors de sa création. Les principaux résultats du régime à la fin du mois de juillet 2010 sont indiqués dans le tableau 1.

Tableau 1. Principaux résultats du régime RSBY à la fin du mois de juillet 2010

Données générales	
Nombre de familles inscrites	environ 18 millions
Nombre de personnes inscrites	environ 70 millions
Personnes couvertes en pourcentage de la population cible	24 %
Nombre d'Etats ayant mis en place le RSBY	23
Pourcentage d'Etats ayant commencé à mettre en place le RSBY	80 %
Nombre d'hôpitaux certifiés	5 945
Nombre de personnes ayant reçu un traitement	850 000
Taux moyen d'hospitalisation	3 %
Données économiques	
Dépenses totales consacrées au financement des primes du RSBY jusqu'au 31 juillet 2010	8 000 millions de roupies 174 millions de dollars
Dépenses consacrées aux primes du RSBY en pourcentage du PIB	0,013 %
Dépenses administratives consacrées au RSBY par le gouvernement indien	50 millions de roupies 1,09 million de dollars

Source: ministère du Travail et de l'Emploi.

Les différents acteurs et leurs rôles respectifs

Le régime RSBY symbolise l'évolution réussie d'un régime grâce à la coopération des différents acteurs. Dans les premières étapes de constitution du régime, différentes organisations, à l'instar de la Banque mondiale et de l'Agence allemande de coopération internationale (GIZ), ont soutenu les processus de conception et de développement. Le régime compte six acteurs principaux: le gouvernement central, les Etats, les organismes publics centraux, les compagnies d'assurances, les hôpitaux et les organisations non gouvernementales (ONG). Les rôles de tous ces acteurs y sont clairement définis (tableau 2).

Tableau 2. Rôles des différents acteurs du régime RSBY

	Gvt central	Etat	Organisme public central	Assureur/administrateur indépendant	ONG/autres partenaires	Prestataires de soins
Contrôle du régime	X		X			
Mise en place de l'organisme central		X				
Financement du régime	X	X				
Définition des paramètres (prestations, critères de certification, critères de pauvreté)	X	X				
Spécifications techniques (systèmes, cartes à puce, etc.)	X					
Gestion des contrats avec les assureurs			X			
Accréditation/certification des prestataires				X		
Perception des frais d'inscription				X		
Inscriptions			X	X	X	
Gestion/planification financière	X		X			
Analyse actuarielle				X		
Définition du barème des taux pour les services/ des taux de remboursement	X		X			
Traitement des prestations et des paiements				X		
Sensibilisation auprès des bénéficiaires			X	X	X	
Prestation de services						X
Développement d'un système d'information clinique pour le suivi/évaluation	X		X			
Suivi de l'utilisation au niveau des Etats et d'autres informations sur les patients	X		X	X		
Suivi des données sur le régime à l'échelle nationale	X					
Service client				X	X	X
Formation	X		X	X		

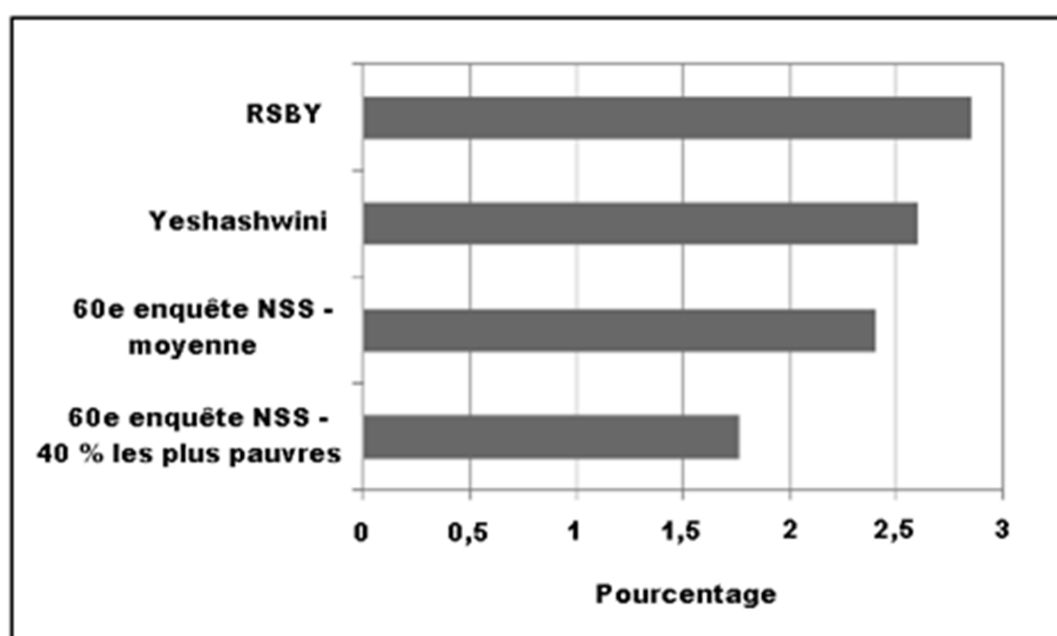
L'impact initial

Le régime RSBY n'est en place que depuis un peu plus de deux ans, cependant son impact est déjà manifeste. Les données en provenance du régime et de différentes évaluations externes ont mis en lumière:

- **l'amélioration de l'accès aux soins de santé.** L'accès aux soins de santé des populations cibles du régime s'est considérablement amélioré au cours des deux dernières années. Les données provenant des différentes études indiquent que le taux d'hospitalisation dans les 92 districts concernés à l'origine par le régime est de 2,8 pour cent, alors qu'il n'est que de 1,75 pour cent ailleurs, dans le cas des populations les plus pauvres (d'après les données recueillies par la 60^e enquête réalisée par l'ONSS, l'organisme indien chargé des statistiques) (voir figure 2). Il semblerait également qu'un nombre croissant de femmes ont désormais accès à ces structures, voire même dépassent les hommes dans certains districts;

- **la réduction des dépenses de santé à la charge des patients.** Un des objectifs du régime était de réduire les dépenses de santé à la charge de la population pauvre. Les résultats de l'enquête consacrée au régime dans l'Etat du Kerala montrent que les patients pauvres non affiliés dépensent en moyenne six fois plus d'argent à l'hôpital que les bénéficiaires du régime;
- **la mise en place d'infrastructures de santé dans les zones rurales.** Les données mettent en évidence l'intérêt croissant du secteur privé dans la mise en place d'infrastructures dans des régions qui jusqu'alors n'en disposaient pas. Cela provient principalement de la demande en services de santé dans les zones rurales créée par le régime, qui incite les acteurs privés à mettre en place des hôpitaux;
- **un niveau de satisfaction élevé.** Différentes enquêtes menées dans les Etats de Kerala et de Delhi ont montré que plus de 90 pour cent des bénéficiaires ayant reçu un traitement en passant par le régime sont satisfaits du traitement et des services offerts dans les hôpitaux.

Figure 2. Pourcentage des personnes affiliées au régime RSBY hospitalisées.



Les difficultés rencontrées

Plusieurs difficultés ont dû être surmontées afin de mettre en place le régime RSBY:

- **l'accord des différents acteurs.** La première difficulté de taille préalable à la mise en œuvre du régime a été d'obtenir l'accord, non seulement des fonctionnaires au sein du gouvernement central et des Etats, mais également du secteur de l'assurance et des fabricants de cartes à puce. Des réunions ont été organisées avec l'ensemble de ces acteurs afin d'exposer le fonctionnement du régime et d'obtenir leur approbation;
- **la mise à disposition du matériel et des logiciels nécessaires.** L'adhésion des fabricants a permis de satisfaire l'importante demande en équipements et d'importer le matériel non disponible afin d'assurer le fonctionnement du système de cartes à puce;

-
- **le développement d'un système de gestion évolué.** L'une des caractéristiques principales du régime était qu'il devait disposer d'un système sécurisé infaillible afin d'éviter tout abus ou fraude. Il a ainsi fallu développer un système de gestion évolué assurant une sécurité suffisante aux différents niveaux;
 - **l'adhésion et la sensibilisation de la population cible.** L'impression et la remise des cartes à puce dans les villages constituent l'une des principales difficultés. Les cartes à puce doivent être remises sur place dans des conditions difficiles. Une fois les cartes à puce remises, il convient également de sensibiliser les bénéficiaires à leur utilisation;
 - **la faiblesse des capacités à différents niveaux.** Le renforcement des capacités à tous les niveaux afin de mettre en œuvre un régime complexe tel que le RSBY représentait un défi supplémentaire. Il convenait par conséquent de renforcer les capacités de l'ensemble des acteurs, qu'il s'agisse des fonctionnaires, des compagnies d'assurances, des hôpitaux ou des ONG.

Les facteurs de réussite

Les différents facteurs expliquant la réussite du régime RSBY sont les suivants:

- **une approche fondée sur le partenariat.** Dès la phase de conception du régime, le gouvernement s'est attaché à gagner la confiance des différents acteurs. Une approche fondée sur le partenariat a été adoptée de concert avec l'ensemble des acteurs privés;
- **la normalisation.** Afin de fonctionner de manière uniforme dans l'ensemble du pays, un régime national tel que le RSBY nécessite un degré élevé de normalisation. En plus des documents essentiels, l'ensemble des logiciels et du matériel a été normalisé et des recommandations ont été émises concernant leur élaboration, leur utilisation et leur homologation;
- **la souplesse.** Le régime est en constante évolution depuis sa création. Divers processus et mesures ont été modifiés afin de l'adapter aux réalités du terrain;
- **l'attention aux détails.** L'ensemble des processus et des étapes dans la mise en œuvre du régime ont été répertoriés. De même, les rôles des différents acteurs ainsi que leurs relations ont été clairement définis afin d'éviter toute ambiguïté;
- **l'autonomisation des bénéficiaires.** Les bénéficiaires, dans le cas présent les personnes les plus pauvres, ont vu leur autonomie renforcée en raison de la possibilité qui leur a été offerte de choisir parmi les différents hôpitaux publics et privés du pays;
- **le modèle économique.** Il s'agit très certainement du premier régime de protection sociale disposant d'un modèle économique d'une telle envergure, associant dans une même dynamique les compagnies d'assurances et les hôpitaux, à obtenir un succès aussi notable dans la lutte contre la pauvreté.

Le régime RSBY sauve une vie, et bien plus encore

Sudhir vit dans un petit village près de Bijnor, dans l'Uttar Pradesh. Il a un fils, Santosh, qui est handicapé mental. Ce dernier a eu la jambe gauche gravement brûlée au cours d'un accident. Sudhir, avec son salaire journalier, parvient à peine à joindre les deux bouts, il n'avait donc pas les moyens d'offrir à son fils un traitement dans un hôpital de qualité. Il dut se résigner à ne lui offrir qu'un maigre traitement prescrit par un médecin de la région et peu susceptible de soulager sa douleur. Santosh avait toujours aussi mal.

En raison de son handicap, Santosh était de plus incapable de faire part de sa souffrance et de ses douleurs. Il devenait inexorablement un corps sans vie. La famille n'avait d'autre choix que d'assister, impuissante, à la détresse de Santosh, qui risquait d'être paralysé à vie s'il n'avait pas accès à un traitement à temps. Vendre leur petite hutte ou contracter un prêt n'aurait fait qu'accroître leur misère.

Le régime RSBY leur est venu en aide. Lorsque Sudhir a eu connaissance du régime, il a d'abord été réticent. Cependant, après avoir compris tout ce qu'une carte à puce pouvait apporter, il a décidé de s'inscrire. Par chance, le programme prenait également en charge les pathologies préexistantes.

Non seulement, sur simple présentation de sa carte, Santosh a-t-il pu obtenir un traitement de qualité à l'hôpital Beena Prakash, un hôpital privé situé dans la petite ville de Bijnore dans l'ouest de l'Uttar Pradesh, mais, de plus, son traitement ne lui a pas coûté un centime. A vrai dire, on lui a même donné 100 roupies (2,20 dollars) pour rembourser les frais de déplacement. Il a ainsi pu se remettre rapidement de sa blessure. Le régime RSBY lui a sauvé la vie.

Aujourd'hui, les services de l'hôpital de Beena Prakash et de nombreux autres hôpitaux similaires ne désemplissent plus. Les habitants affirment que cette affluence accrue de patients est «sans précédent». En outre, détail encore plus inhabituel, la plupart de ces patients appartiennent à la population vivant en dessous du seuil de pauvreté. Le régime RSBY leur a permis de se rendre à l'hôpital et d'y recevoir un traitement, sans avoir à avancer d'argent, au moyen d'une simple carte à puce.

ⁱ Estimations nationales, 2010.

ⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et Banque mondiale: *Observatoire mondial de la santé*, 2005.

^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'étend du dollar des Etats Unies.

^v Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde, 2008 et Financement du développement dans le monde*, 2008.

^{vi} *Ibid.*

^{vii} Budget du gouvernement indien, 2009.

^{viii} Estimations nationales, 2009.

^{ix} PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2009.

12. Loi nationale de garantie de l'emploi en milieu rural Mahatma Gandhi (MGNREGA)

Amita Sharma

Résumé	
Programme d'emploi public mis en œuvre progressivement entre 2006 et 2008.	
Garantie fondée sur le droit	
Groupe ciblé:	Ménages des zones rurales.
Bénéficiaires:	52,5 millions de ménages (2009-2010).
Prestation:	Offrir chaque année au moins cent jours d'emploi garanti dans des programmes de travaux publics créateurs de biens et rémunérés au salaire minimum à chaque ménage rural dont les adultes se portent volontaires pour réaliser des travaux non spécialisés, pour l'amélioration de la sécurité des moyens de subsistance.
Mise en œuvre matérielle:	Les adultes appartenant à un ménage rural peuvent s'inscrire auprès du <i>gram panchayat</i> (autorité locale au niveau des villages et des petites villes) et, en retour, recevoir un permis de travail, qui est le document juridique essentiel à tout ménage pour demander un travail. Dans les quinze jours suivant la demande, un emploi doit être fourni dans un rayon de cinq kilomètres autour du village (si la distance est plus importante, une majoration de 10 pour cent doit être apportée au salaire) ou une allocation de chômage doit être versée aux frais de l'Etat.
Financement:	Dans le cadre de cette loi, le gouvernement central assure le financement des salaires et les gouvernements des Etats assument les coûts des allocations de chômage.

A propos de l'auteur

Amita Sharma, fonctionnaire en service discontinu du Service administratif indien née en 1981, actuellement secrétaire adjointe pour la Loi nationale de garantie de l'emploi en milieu rural au ministère du Développement rural.

Introduction

La Loi nationale de garantie de l'emploi en milieu rural Mahatma Gandhi (*Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee Act – MGNREGA*) a été votée le 7 septembre 2005 comme «une loi visant à améliorer les moyens de subsistance des ménages vivant dans les zones rurales du pays en offrant à chaque ménage la garantie d'au moins cent jours d'emploi salarié par année fiscale».

Les objectifs de la MGNREGA sont:

- d'offrir des perspectives d'emploi salarié;
- de créer des moyens de subsistance durables en milieu rural en régénérant les ressources naturelles disponibles, c'est-à-dire en augmentant la productivité et en appuyant la création d'actifs durables; et
- de renforcer la gouvernance rurale par la décentralisation et des processus de transparence et d'imputabilité.

La MGNREGA a été mise en œuvre progressivement dans 200 districts, où la première phase a démarré le 2 février 2006, suivie par 130 autres districts en avril 2007, avant d'entrer en vigueur dans les districts restants le 1^{er} avril 2008. Elle est maintenant effective dans les zones rurales de tout le pays et couvre 619 districts. Les étapes de mise en œuvre ont été décidées selon le critère du niveau de développement, fondé sur un mélange d'indices démographiques, sociaux et économiques comme le pourcentage de populations appartenant à des *Scheduled tribes* (tribus défavorisées) et à des *Scheduled castes* (castes défavorisées), la productivité agricole du district et les salaires minimums indiqués au préalable pour les travailleurs agricoles des différents Etats.

Genèse de la politique

Si la MGNREGA a amorti la crise économique récente dans les zones rurales, ce n'était pas une réponse à une crise particulière. C'était plutôt l'un des pans d'une politique gouvernementale de longue haleine intégrés dans le rôle de l'Etat en matière de réduction de la pauvreté. Alors que la pauvreté en Inde est passée de 36 pour cent en 1993-1994 à 28 pour cent en 2004-2005, près de 300 millions de personnes (soit 27,5 pour cent de la population) vit toujours dans une situation de pauvreté chronique avec moins d'un dollar par jour. Le chômage et le chômage technique forcé pour les travailleurs agricoles sont de 104 jours par an (76 jours pour les hommes et 141 jours pour les femmes)¹. Environ 73 pour cent des personnes pauvres vivent en milieu rural, plus de 77 pour cent de la population active indienne est rurale et 85 pour cent des femmes actives vivent en milieu rural.

La pauvreté est répartie de manière très inégale: les castes et les tribus défavorisées, ainsi que les ménages ayant une femme à leur tête sont les plus touchés. L'exploitation des ressources naturelles de base au cours des cinquante dernières années a eu pour

¹ Commission nationale des entreprises des secteurs non syndiqués, rapport sur les conditions de travail et la promotion des moyens de subsistance dans les secteurs non syndiqués, gouvernement indien.

conséquences de terribles catastrophes naturelles qui ont affecté la productivité agricole et les perspectives d'emploi en milieu rural.

La pauvreté croissante et le chômage ont conduit à la fragmentation des terres et à une hausse conséquente du nombre de travailleurs agricoles, qui est passé de 56 millions en 1981 à 107 millions en 2008. Dans le même temps, la part de lots de terrains cultivables appartenant à des exploitants petits ou marginaux est passée de 70 pour cent en 1971 à 82 pour cent en 2001.

La réponse politique à la pauvreté et aux inégalités a été la croissance inclusive. L'architecture de la croissance inclusive consiste à donner la priorité à des zones de résultats clés par le biais de programmes importants visant à offrir des résultats rapidement, à savoir des infrastructures (routes rurales, logements, électricité, eau et assainissement), le développement du capital humain par l'éducation de base, et l'amélioration de la santé et des moyens de subsistance par le biais de la formation continue, de la génération de revenus et particulièrement d'un programme d'emploi public (ici, la MGNREGA). De plus, l'intérêt pour des mesures de sécurité sociale, comme les pensions de retraite et l'assurance-maladie, ne fait qu'augmenter.

Il y a aussi eu une révolution conceptuelle vers des politiques fondées sur les droits, comme la Loi sur le droit à l'information de 2005, la MGNREGA de 2005, la Loi sur les droits à la forêt en 2009 et plus récemment la Loi sur le droit à l'éducation de 2009 ainsi que la Loi pour la sécurité alimentaire (en préparation). Celles-ci reconnaissent les besoins fondamentaux de développement comme des droits que peuvent revendiquer tous les citoyens, engagent les ressources gouvernementales et réforment même certains des systèmes en place.

La MGNREGA a évolué à contrecourant du contexte de pauvreté et d'inégalité persistantes et est intégrée dans l'architecture politique de croissance inclusive et de politiques fondées sur les droits, mettant au premier plan les obligations de l'Etat *sous forme de lois*. En 2004, l'Alliance progressiste unie (*United Progressive Alliance*, UPA), une coalition gouvernementale dirigée par le Parti du congrès, a voté la promesse suivante dans son programme minimum commun: «le gouvernement de l'UPA promulguera immédiatement une Loi nationale de garantie de l'emploi. Celle-ci permettra d'offrir chaque année à chaque ménage rural au moins cent jours d'emploi dans des programmes de travaux publics créateurs de biens et rémunérés au salaire minimum.»

Le gouvernement de coalition UPA, profitant d'une majorité confortable au Congrès, est revenu au pouvoir en 2009, renforçant son engagement pour une croissance inclusive et ses programmes en faveur des personnes pauvres, ce qui a été suivi de façon manifeste par la MGNREGA. Une analyse indépendante a identifié la MGNREGA comme un facteur déterminant du retour au pouvoir du parti du Congrès avec plus de puissance, soulignant le fait que les politiques publiques qui se concentrent sur les groupes vulnérables par le biais de programmes de protection sociale stimulent le développement équitable et les retombées politiques positives.

Conception de la MGNREGA: entre continuum et innovation

Les programmes d'emploi public ne datent pas d'hier en Inde, où ils répondent aux besoins quotidiens de subsistance des travailleurs temporaires, qui constituent la majeure partie de la population active rurale. Les programmes de génération de revenus dépendent d'articulations et de marchés extérieurs, et il faut du temps avant d'en voir les retombées. Les moyens de subsistance supplémentaires apportés par les programmes d'emploi public créent du travail productif et de la sécurité sociale. La conception de la MGNREGA a bénéficié de l'expérience des programmes d'emploi public passés, faisant appel à l'action

des travaux publics à haute intensité de main-d'œuvre, aux salaires et à l'autosélection. La caractéristique fondamentalement innovante de la MGNREGA est qu'elle offre une garantie juridique et un cadre fondé sur les droits. Cela garantit également la durabilité du programme.

Le cadre fondé sur les droits de la MGNREGA comporte les composantes clés suivantes: droits des travailleurs, transparence, imputabilité et emplois productifs respectueux de l'environnement.

Droits des travailleurs

- **L'autosélection:** aucun critère d'éligibilité ou compétences particulières n'est requis.
- **Un principe fondé sur la demande:** tous les ménages ruraux prêts à réaliser des travaux manuels non qualifiés peuvent s'inscrire auprès de leur *gram panchayat* (autorité locale au niveau des villages et des petites villes) afin d'être éligibles pour obtenir un emploi dans le cadre de la Loi. Suite à leur inscription, les candidats peuvent obtenir un permis de travail, qui permet à tout travailleur de demander un travail. Ce dernier sert également de registre des droits des travailleurs. Pour obtenir un emploi dans le cadre de la MGNREGA, le titulaire du permis doit faire une demande écrite d'emploi auprès du *gram panchayat* ou du fonctionnaire en charge du programme au niveau du quartier en précisant la période pour laquelle il recherche un emploi.
- **Une garantie de délais d'exécution limités dans le temps:** la candidature du travailleur à un emploi est validée par un reçu daté émis par l'autorité locale du village, le *gram panchayat* ou le fonctionnaire en charge du programme. Cela démarre le processus de garantie de réponse à la demande. Le droit à l'emploi est garanti dans des délais précis: quinze jours pour attribuer un emploi, quinze jours pour réaliser les paiements. Une allocation de chômage est versée au candidat par le gouvernement de l'Etat concerné en cas de retard dans l'attribution d'un emploi.
- **L'emploi doit être local** et situé dans les cinq kilomètres du lieu de résidence, faute de quoi des indemnités de transport doivent être versées ou le salaire doit être majoré de 10 pour cent.
- **Le système est flexible** et les travailleurs peuvent participer en fonction de leurs besoins.
- **Le paiement des salaires** doit être effectué, conformément au montant du salaire notifié, dans la semaine, et au maximum dans les quinze jours.
- **Les entrepreneurs privés et les machines** ne sont pas autorisés.
- **Les travaux à haute intensité de main-d'œuvre** ont un rapport entre coûts des salaires et coûts du matériel (y compris le travail qualifié et semi-qualifié) de l'ordre de 60/40.

Transparence et imputabilité

Les droits des travailleurs sont protégés par la transparence et des dispositions d'imputabilité publique:

- **Documents juridiques** comme les permis de travail des travailleurs, qui gardent trace des reçus des travailleurs.
- **Droit à l'information** par le biais d'une communication publique en amont et d'un libre accès à l'information pour les citoyens.
- **Audits sociaux** conduits par l'assemblée du village (*gram sabha*).
- **Mécanismes de réparation des préjudices.**
- **Amende** de 1 000 roupies (22 dollars) en cas de violation de la Loi.

Emplois productifs respectueux de l'environnement

Le travail de la MGNREGA permet de générer des salaires et de créer des biens productifs. Les travaux possibles dans le cadre de la Loi d'après l'Annexe 1 sont, par ordre de priorité: (a) récupération et conservation de l'eau; (b) protection contre la sécheresse (y compris reboisement et plantation d'arbres); (c) canaux d'irrigation, ainsi que de petits travaux d'irrigation; (d) mise en place de dispositifs d'irrigation, de plantations horticoles et de dispositifs d'aménagement du territoire pour les terres des ménages appartenant aux castes et tribus défavorisées, aux familles vivant sous le seuil de pauvreté, aux bénéficiaires de réformes agraires ou de la réforme Indira Awaas Yojana² du gouvernement d'Inde, aux exploitants petits et marginaux, tel que défini dans les réformes Effacement de la dette agricole et Régime de soulagement de la dette (2008); (e) rénovation des plans d'eau existants, y compris le *désiltage* de réservoirs; (f) aménagement du territoire; (g) travaux de contrôle et de protection contre les inondations, y compris le drainage de zones engorgées; (h) connectivité rurale pour permettre un accès quelles que soient les conditions météorologiques; et (i) tous les autres travaux pouvant être identifiés comme des travaux possibles par le gouvernement central en consultation avec les gouvernements des Etats, comme actuellement la construction de centres de connaissances au niveau des villages et des quartiers (*Bharat Nirman Rajiv Gandhi Sewa Kendras*). Presque tous les travaux sont en lien avec la régénération des ressources et combattent des causes de pauvreté chronique comme l'érosion des sols, le manque d'eau et la dégradation des terres. En créant des emplois respectueux de l'environnement, les travaux de la MGNREGA constituent une stratégie d'adaptation au réchauffement climatique et contribuent au développement durable.

²*Indira Awaas Yojana* est un régime phare du ministère du Développement rural qui vise à apporter une assistance financière à la construction d'un logement aux personnes pauvres en milieu rural et vivant sous le seuil de pauvreté.

Encadré 1.
Réduction de la vulnérabilité grâce à la Loi nationale de garantie de l'emploi en milieu rural

Le changement climatique implique des actions de réduction des impacts et d'adaptation. La Loi nationale de garantie de l'emploi en milieu rural contribue à l'adaptation. Le changement climatique a un impact différent sur chaque personne, et les personnes pauvres y sont les plus vulnérables. Le MGNREGA, en encourageant les travaux pour la récupération de l'eau, la protection contre les inondations, le reboisement et la plantation d'arbres, permet de protéger les communautés locales contre les conséquences négatives du changement climatique. Selon les résultats de l'étude pilote conduite dans le district de Chitradurga dans l'État du Karnataka, le niveau des nappes phréatiques et de filtration de l'eau a augmenté, et l'amélioration de la fertilité du sol a permis l'augmentation de la productivité des terres. Les résultats avancent également une diminution de la vulnérabilité face au manque d'eau et de moyens de subsistance dans ces régions.

Source: Services environnementaux, Réduction de la vulnérabilité et conservation des ressources naturelles par les activités de la MGNREGA: Etudes de cas de district de Chitradurga (Environmentale Service, vulnerability Reduction and Nature Resource Conservation from NREGA Activities: case study of chitradurg District), Institut Indien des sciences, Bangalore.

Impact: premières tendances et premiers résultats

La MGNREGA, au cours de ses quatre années de rapide expansion qui l'ont vue passer de 200 à 619 districts, a obtenu d'excellents résultats, notamment: offrir un emploi à plus de 52 millions de ménages, ce qui a permis d'augmenter leurs revenus; apporter une perspective économique à des groupes défavorisés; diminuer l'exode rural; avoir un impact positif sur l'environnement géographique et écologique; et améliorer la connectivité des zones rurales (meilleures routes, infrastructures d'informations et de communication, etc.).

Augmentation de l'emploi

Main-d'œuvre non qualifiée

Quand la MGNREGA a commencé à couvrir l'ensemble du pays en 2008-2009, elle a généré 2,16 milliards de journées de travail, et 2,83 milliards en 2009-2010. Le régime a offert un emploi à environ 52,5 millions de ménages.

Main-d'œuvre qualifiée

La MGNREGA a ouvert des perspectives d'emploi à grande échelle à une main-d'œuvre qualifiée au niveau des quartiers et des villages dans les zones rurales et ce, grâce au déploiement à grande échelle de responsables, d'ingénieurs, d'assistants pour les villages, de comptables, de responsables informatiques (par exemple, 0,18 million de *Gram Rozgar Sahayaks* ont été nommés au niveau des *gram panchayat*, de même que 23 102 assistants techniques, 6 966 comptables et 9 296 assistants informatiques au niveau des quartiers). Des perspectives d'emploi pour les travailleurs instruits et qualifiés se créent à la fois au niveau du système administratif du régime et indirectement sous la forme de débouchées d'activités ouvertes par la MGNREGA dans le réseau postal, la finance et les services de technologies de l'information et de la communication (TIC).

Valorisation des revenus

Au cours des étapes initiales, les salaires de la MGNREGA étaient indexés sur le salaire minimum des travailleurs agricoles. Or celui-ci a été augmenté dans la plupart des Etats, passant de 65 roupies (environ 1,40 dollar) à 91 roupies (environ 2 dollars) par jour entre 2006 et 2010.

Ciblage efficace des groupes défavorisés

La MGNREGA est conçue pour permettre d'accorder l'égalité des chances aux femmes dans l'accès au travail et à l'emploi public. Le taux de participation de la population active féminine a dépassé la norme minimum de 33 pour cent par an, atteignant 48 pour cent pour l'année fiscale 2009-2010 au niveau national.

Des études indépendantes montrent que les perspectives économiques créées par la MGNREGA induisent une tendance positive et l'autonomisation des femmes. Ce point s'illustre particulièrement dans l'émergence d'une identité féminine; dans la contribution croissante des femmes à la subsistance du ménage et à la prise de position pour les dépenses, notamment pour la nourriture, les biens de consommation, l'éducation des enfants et les soins de santé; ainsi que dans le remboursement des dettes. Les femmes commencent également à être plus actives dans la sphère publique rurale en assumant leur travail et leurs responsabilités. Les facteurs qui motivent l'implication des femmes au travail comprennent la disponibilité de travail local, une réduction des risques associés à la migration, la flexibilité dans le choix du travail et dans la participation, des salaires fixés et la parité des salaires avec les hommes, les bonnes conditions de travail comparées à d'autres options plus risquées, et enfin la régularité et la prévisibilité des horaires de travail. La suppression des entrepreneurs privés élimine les risques d'exploitation et de discrimination en fonction de la caste ou de la communauté, et permet ainsi de restaurer la dignité et l'estime de soi.

La MGNREGA est un exemple de la différence quantitative et qualitative observée dans un ménage en fonction de la source du revenu. Si c'est la femme qui apporte le revenu, cela améliore les chances des enfants, ce qui améliore à son tour les échanges intergénérationnels. La part de la population active composée de castes et tribus défavorisées était de 49 pour cent pour l'année fiscale 2009-2010. Des études professionnelles indépendantes ont corroboré le fait que la part de la population active est importante dans les groupes marginalisés.³

Encadré 2.

Dans le district de Villupuram, la garantie de l'emploi a changé la vie des femmes

La MGNREGA a également tenu sa promesse d'apporter des changements de premier ordre dans la vie des femmes. En effet, plus de 80 pour cent des travailleurs de la MGNREGA dans le district de Villupuram (et même dans l'Etat du Tamil Nadu dans son ensemble) sont des femmes. En tant que travailleuses agricoles, elles gagnent la somme dérisoire de 30 roupies par jour pour quatre ou cinq heures de travail harassant. Désormais, elles gagnent le salaire minimum de 80 roupies par jour avec la MGNREGA. Comme l'a dit Maheshwari de Poiarasur, «Quand nous travaillons en tant que travailleurs agricoles, nous gagnons 30 roupies par jour, mais cela ne nous mène nulle part. Depuis que nous avons commencé à travailler pour la MGNREGA, nous parvenons à gagner 400 roupies en une semaine. Pour la première fois, nous pouvons épargner». Elle a mis une partie de ses gains de côté en prévision du prochain accouchement de sa fille. Krishnaveni, du village de Chinnaneriuppam (quartier de Mailam), a connu une histoire similaire. (Nous pouvons maintenant nous permettre d'emprunter, car nous savons que nous pourrions rembourser.) Pour la première fois de sa vie, elle a commencé à contribuer à un fonds de prêts entre particuliers (*chit fund*).

Source: Jeau Drèze, *The Hindu*, 2 août 2007.

³ Une liste des études sur la MGNREGA commissionnées par le ministère du Développement rural, y compris des liens, est disponible à l'adresse suivante: <http://www.nrega.net/pin/pin-members-and-coverage/>.

Hausse des salaires

A l'origine, les salaires étaient indexés sur les salaires minimums des travailleurs agricoles, le salaire minimum des travailleurs agricoles a considérablement augmenté dans tous les Etats, passant de 50 roupies par jour (environ 1 dollar) à 100 roupies par jour (environ 2 dollars) dans plusieurs Etats. Le salaire doit être indexé sur le coût de la vie pour donner un salaire réel de 100 roupies par jour. Les travailleurs ont donc un salaire assuré par la MGNREGA, ce qui leur permet de négocier avec les employeurs privés.

Flux migratoires

Les résultats d'études indépendantes indiquent que la mise en œuvre de la MGNREGA a fait baisser l'exode rural.

Encadré 3.

Le régime stoppe l'émigration des travailleurs vers les zones urbains dans l'Etat de l'Uttar Pradesh

La réussite de la mise en œuvre de la Loi nationale de la garantie de l'emploi en milieu rural (MGNREGA) a permis de stopper l'exode rural des populations du district de Gorakhpur vers les zones urbaines et d'éviter qu'elles ne quittent leur villages natal. «Après la mise en œuvre de la MGNREGA dans notre village, nous n'avons plus eu besoin d'aller dans les villes pour trouver du travail. Ici, nous pouvons réaliser de nombreux types de travaux, comme la construction de routes et le travail dans des usines de briques et de fossés de drainage. Ce régime nous a tous beaucoup aidés: nous pouvons maintenant prendre soin de notre famille et de nos terres en travaillant dans notre village», dit Murataza Hussain, un villageois. Il a ajouté que la prestation de perspectives d'emploi par la MGNREGA est très bon rempart contre l'insécurité alimentaire. La MGNREGA garantit l'égalité des chances face à l'emploi et permet aux femmes de travailler.

«La mise en œuvre de la MGNREGA a aidé les gens de mon village. Ils n'ont plus besoin d'aller en ville pour travailler ils peuvent trouver un emploi sur place. Pour ce seul village, 360 permis de travail ont été octroyés», dit Indravati Devi, un chef de village.

Source: <http://news.oneindia.in>.

Accroissement de la productivité

Les travaux de la MGNREGA comprennent le creusage d'étangs et de petites digues, l'aménagement du territoire et le reboisement. Des études ont confirmé le fait que les actifs créés grâce à la MGNREGA ont été propices à l'environnement géographique et écologique, ont été utiles et ont contribué à la régénération des ressources naturelles. Les résultats comprennent: une augmentation de la disponibilité de l'eau; un impact positif sur l'agriculture grâce à une meilleure irrigation, ce qui a eu pour conséquences une plus grande diversité des récoltes et une double récolte, particulièrement sur les terres des tribus et castes défavorisées ainsi que celles des personnes vivant sous le seuil de pauvreté. Les surfaces nettes irriguées ont aussi augmenté, ainsi que l'espace brut de récolte, car suffisamment d'eau d'irrigation a été retenue et le sol était suffisamment humide pour permettre une deuxième récolte (et même parfois une troisième). Les puits installés sur les terres de la MGNREGA ont rendu possible le prêt d'eau. Cela a apporté un revenu supplémentaire à ces ménages et les a aidés à résoudre le problème du manque d'eau potable. L'entretien de vieilles structures a aussi été effectué dans le cadre de la MGNREGA, apportant la possibilité de réhabiliter les biens communs.

La MGNREGA peut à juste titre être décrite comme un acte écologique, car elle équilibre les actions humaines et les ressources naturelles. Les activités de la MGNREGA ont le potentiel pour apporter des services environnementaux en conservant et en valorisant les ressources naturelles.

Encadré 4.

Gestion de l'eau par le biais d'une valorisation rurale participative

Le village d'Astapara, dans le district de West Mednipur, Etat du Bengale-Occidental, souffre d'une grave pénurie d'eau, ce qui a des conséquences négatives sur son agriculture. Pour bénéficier de la MGNREGA, les villageois ont développé un modèle participatif d'utilisation des ressources. Une carte du village a été peinte sur le sol pour aider les villageois à identifier ce qu'ils considéraient être des priorités pour leur communauté. Une analyse de l'écosystème local a révélé que les problèmes liés à l'eau pourraient être résolus en recréant et en remettant en place une digue de récupération des eaux pleines de limon à Raibandh. Une réunion s'est tenue avec le magistrat du district. Pour la première fois, les habitants d'Astapara ont présenté leurs plans de développement et décidé des travaux de développement nécessaires.

L'administration a cautionné le projet d'un coût de 900 000 roupies indiennes (19 000 dollars) et s'intégrant dans le cadre de la MGNREGA. Le sol creusé était de bonne qualité et a permis d'améliorer les routes du village sans engendrer de coûts supplémentaires. Les travaux ont permis une implication active du comité *Unnayan* du village, ainsi que du *Gram Panchayat*. Des installations supplémentaires pour les travailleurs, comme des camps sanitaires, ont été mises en place sur chacun des chantiers. Un suivi régulier a également été conduit pour garantir une meilleure transparence et une meilleure imputabilité des travaux mis en œuvre dans le cadre du régime.

Avant l'arrivée de la MGNREGA dans cette communauté, les décisions étaient toujours prises par quelques groupes influents et ne bénéficiaient pas à l'ensemble de la communauté. Ce processus participatif a aidé les habitants à donner leur avis et à prendre leur vie en main.

Source: *Rozgar sutra* 2009, ministère du Développement durable. Histoire rapportée par le gouvernement du Bengale-Occidental.

Expansion de la connectivité

La MGNREGA améliore la connectivité rurale de plusieurs manières.

Routes rurales

Des routes praticables par beau temps relient ces zones de l'arrière-pays non concernées par des programmes de réseaux ruraux plus importants, et bénéficient notamment à des hameaux clairsemés. Des routes internes aux villages et des fossés de drainage ont également été commencés. Cela apporte à ceux-ci un lien vital avec les marchés, les écoles et les services de santé.

Intégration financière

Quatre-vingt-dix millions de comptes ont été ouverts dans les banques et les bureaux de poste pour le paiement des salaires des travailleurs de la MGNREGA, ce qui en fait le plus grand régime d'intégration financière pour les personnes pauvres en milieu rural. Ces comptes ont aussi encouragé l'épargne chez les familles les plus pauvres. Enfin, le paiement des salaires par le biais des comptes de travailleurs a permis de réduire la fuite des paiements.

Technologies de l'information et de la communication dans les zones rurales

L'atteinte des régions très isolées et l'aplanissement des niveaux de gestion pour l'efficacité et la transparence ont eu pour conséquences le renforcement des infrastructures TIC dans les zones rurales. Actuellement, 92 pour cent des bureaux de quartier ont des ordinateurs, et 55 pour cent une connexion internet. Les Etats ont pu étendre les installations TIC au niveau des *gram panchayat* pour rendre les centres de ressources et de connaissances de villages nouvellement proposés compatibles avec les TIC, et pour en

faciliter l'accès des citoyens, ce qui leur permet d'accéder à des informations et de faire valoir leurs droits. Dans ce but, au cours des dernières années, la MGNREGA a été particulièrement active dans la promotion des innovations en matière de TIC, notamment la biométrie, les appareils portatifs à bas coût et les distributeurs automatiques, tout cela permettant aux personnes pauvres en milieu rural de faire valoir leurs droits. Soutenue par des ressources financières et encouragée par une garantie juridique la guidant vers les zones qui ne sont pas encore concernées, la MGNREGA apparaît comme une stratégie accélérée de connexion des personnes et des zones pauvres avec d'importantes possibilités.

Encadré 5.

Informations et suivi: TIC pour les droits, la gouvernance et la transparence

Au bureau du conseil du village ou *Panchayat Samiti*, quartier de Suwana, district de *Bhilwara*, Etat du Rajasthan, les paroles d'une chanson résonnent depuis une arrière-salle: *dhole geth i pavdo ladere nrega me chal bharo naam mandade re* (achète-moi une pelle et un instrument de découpe et conduis-moi à un bureau d'inscription à des travaux du NREGP (Programme national de garantie de l'emploi en milieu rural – *National Rural Employment Guarantee Programme*)) tandis qu'un groupe de travailleurs du NREGP fait la queue devant un kiosque d'informations à écran tactile. Le besoin d'informations a attiré de nombreux travailleurs au bureau du *Panchayat*. Grâce à une technologie biométrique ou reposant sur les empreintes digitales, les travailleurs peuvent, grâce à ces kiosques d'informations, accéder à des informations à jour sur l'état de leur candidature, le nombre de jours travaillés, le paiement des salaires dus et, tout aussi important, des informations sur les travaux actuelle en cours dans les districts environnants. De plus, c'est un portail pratique et rapide pour inscrire les villages à la MGNREGA. Toutes les informations dont le travailleur a besoin peuvent être envoyées par SMS à l'aide d'un téléphone portable.

Rekha Devi, un travailleur de la MGNREGA âgé de 33 ans, dit: «Le fait d'avoir ces informations au bout de mes doigts me fait sentir plus indépendant. Je n'ai pas besoin de me reposer sur qui que ce soit pour avoir des informations sur le régime.» Près de 4000 personnes sont inscrites dans les 10 villages utilisant la technologie biométrique. Selon Ranjeeta, membre du quartier au *Gram Panchayat* de Swana, l'impact potentiel sur la gouvernance est conséquent. «La possibilité d'accéder aux informations si facilement ôtera de nombreuses craintes liées à corruption au sein de la MGNREGA. Notre objectif est que chaque travailleur puisse connaître suffisamment ses droits pour pouvoir aller voir le superviseur du site ou le responsable et lui demander des informations,» dit-elle.

Source: Projet pilote d'innovation à Bhilwara, Rajasthan.

Défis de mise en œuvre

Les prérequis pour la mise en œuvre effective de la Loi sont:

- **La capacité des personnes à faire valoir leurs droits.** Dans ce cas, un manque d'alphabétisation, d'organisation ou de ressources, ainsi que la hiérarchie sociale existante sont un frein à la valorisation des droits.
- **La capacité du système administratif à planifier, mettre en œuvre et faire appliquer** les projets. Les mécanismes actuels de distribution des prestations des institutions sont souvent limités en matière de ressources et de capacités.
- **Les systèmes d'imputabilité et de transparence.** Ce sont les deux principaux défis étant donné les capacités limitées du côté de l'offre comme de la demande.
- **Le budget adéquat.** Une loi reposant sur la demande défie les systèmes budgétaires existants en termes de processus et de capacité de financement.

Innovations politiques

Les innovations politiques ont évolué pour répondre aux défis opérationnels. La conception de la MGNREGA équilibre la flexibilité et le cadre normatif.

Décentralisation

Pour gérer un programme à grande échelle réparti sur 260 000 villages, la décentralisation a été l'un des principes centraux de l'administration, les institutions du *Panchayati Raj* jouant le rôle principal dans la planification, la mise en œuvre et le suivi des projets. L'institution au niveau du village, ou *gram panchayat*, implique la communauté locale dans l'identification des projets et dans la réalisation des audits sociaux au cours de *gram sabhas* réunions de l'assemblée du village. Dans le cadre de la MGNREGA, des fonds, des fonctions et des fonctionnaires ont été attribués aux *gram panchayat*. Au cours de l'année fiscale 2008-2009, la moyenne des fonds disponibles par *gram panchayat* était de 1 500 000 roupies (environ 33 000 dollars) pour les travaux de la MGNREGA; les dépenses moyennes par *gram panchayat* étaient de 1 100 000 roupies (environ 24 000 dollars)⁴. Cela correspond à une augmentation de 90 pour cent par rapport au montant que recevaient les *gram panchayat* dans le cadre des programmes d'emploi public précédents. La MGNREGA a permis de renforcer la gouvernance locale.

La décentralisation a eu pour conséquence la mobilisation d'instances locales dans la mise en œuvre de la MGNREGA. En termes de coûts dans le cadre de la MGNREGA, au moins 50 pour cent des travaux sont mis en œuvre par les *gram panchayat*. Dans la plupart des Etats, près de 90 pour cent des travaux sont exécutés par les *gram panchayat*. Cette implication des *gram panchayat* dans la mise en œuvre de la MGNREGA a mobilisé la population active locale. Comme les villageois sont impliqués dans la planification, la mise en œuvre et l'exécution des projets, ils se les approprient plus facilement.

Mobilisation sociale

Les initiatives de mobilisation sociale comprennent des processus de communication multimédia et sur la culture locale, des assemblées de villages, des sondages porte-à-porte, des conventions de travailleurs et des campagnes de sensibilisation sur la loi.

Lancement des travaux à grande échelle

La principale stratégie de mobilisation des travailleurs et de sensibilisation à propos de la MGNREGA a été celle de l'ouverture des travaux à tous les *gram panchayat* et villages. Pour cela, les fonds doivent être facilement disponibles aux *gram panchayat* pour permettre un lancement rapide des travaux.

⁴ <http://www.nrega.nic.in>.

Innovations sur les chantiers

Un certain nombre d'innovations sur les chantiers ont eu lieu pour améliorer la gestion des travaux. Des études d'ergonomie des travaux pour définir des grilles de salaires réalistes pour les travaux à haute intensité de main-d'œuvre dans différentes conditions géomorphologiques ont été conduites dans le but de permettre des gains salariaux appropriés. Les personnes au niveau local, y compris les femmes, ont été formées comme responsables de chantier pour améliorer l'exécution des travaux et les gains salariaux. Sur les chantiers, des démonstrations sur l'exécution des travaux et les mesures ont été introduites dans certains districts pour former les travailleurs.

Encadré 6.

Le district de Jalore, dans l'Etat du Rajasthan, assure une meilleure transparence dans la mise en œuvre de la loi grâce à des responsables femmes

Près de 1 000 femmes superviseurs de chantiers (connues sous le nom de responsables) ont été formées et déployées sur les chantiers du district de Jalore pour assurer une meilleure transparence dans la mise en œuvre de la Loi nationale sur la garantie de l'emploi rural. C'est une avancée considérable, car le district l'un des taux d'alphabétisation les plus faibles de l'Etat, avec, seulement 28 pour cent des femmes sachant lire et écrire. Le suivi initial de la loi et les inspections de chantier ont démontré que le salaire moyen dans le district de Jalore était bien inférieur au salaire minimum de l'Etat du Rajasthan: 45 roupies contre 73. Dans cet Etat, le montant des salaires est proportionnel au travail produit. Si la mesure combinée d'un chantier est inférieure à celle calculée par la grille de salaire et le nombre de travailleurs, les salaires moyens baissent. Grâce à une évaluation participative, il a été observé que la répartition des travaux sur les sites était inégale entre les travailleurs, et que la culture de travail qui prévalait permettait à certains d'obtenir des résultats en dessous du seuil, ce qui faisait baisser le résultat collectif. La vraie difficulté était de permettre aux travailleurs honnêtes de toucher le salaire qu'ils méritaient

Le district a introduit un système de mesure des tâches par groupe. Avec ce système, les travailleurs sur le chantier étaient répartis par groupes de cinq et une mesure était prise pour chaque groupe. Un tel système permet d'identifier ceux qui ne jouent pas le jeu et d'encourager le travail. Cependant, il nécessite un suivi attentif et, avec un personnel limité, il est impossible de concevoir une inspection quotidienne de chaque chantier.

Des responsables ont été chargés du suivi et de la mesure du travail produit chaque jour, et l'administration a décidé de donner la priorité aux femmes dans le recrutement. Des femmes ayant un diplôme d'école primaire ont été sélectionnées et formées grâce à des ateliers d'orientation systématique et des démonstrations sur les chantiers. On leur a également donné des calculatrices pour faciliter les calculs sur le chantier. Ces ateliers de renforcement des capacités ont non seulement apporté des compétences de gestion efficace, mais ont également permis à ces femmes de gagner en confiance.

Les résultats ont été immédiats et importants. Entre mai et décembre 2007, le salaire moyen dans le district est passé de 45 à 70 roupies. De plus, les responsables femmes étaient mieux à même de tenir à jour les registres, et de réaliser des mesures et de noter l'assiduité quotidiennement. Cela a été une avancée considérable pour ces femmes.

Sources: hff/www.nrega.nic.in.

Installations sur les chantiers

Les installations sur les chantiers doivent disposer de crèches, d'eau potable et d'un kit de premiers secours.

Accent mis sur le développement durable

Le développement durable est visé par au moins quatre composantes clés.

Activités qui régénèrent les ressources naturelles

Les travaux autorisés rechargent intrinsèquement le sol et l'eau, contribuant au rendement des terres, à la disponibilité de l'eau et à la connectivité rurale, qui sont les trois besoins principaux de développement dans les zones rurales. Dans son étude ⁵, l'Institut indien des Sciences (*Indian Institute of Science, IISC*) de Bangalore décrit les travaux de la MGNREGA comme des travaux de sécurité de désiltage des sols qui régénèrent les ressources naturelles et restaurent l'équilibre écologique nécessaire au développement durable.

Entretien

L'entretien des actifs et les activités répétées visant à maintenir les bénéfices créés sont autorisés dans le cadre de cette loi.

Propriété individuelle

Encourager la propriété individuelle en la mettant en lien avec le travail de la ferme aide à augmenter la productivité agricole et la valeur ajoutée. Des travaux de la MGNREGA peuvent être effectués sur les terres individuelles de tribus et castes défavorisées, sur celles de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté ainsi que sur celles d'exploitants petits et marginaux. Cela a des résultats positifs observés, notamment à travers des dans les systèmes de récoltes améliorés et des productions plus importantes. L'aménagement du territoire, les puits creusés, les plantations et le travail sont des contributions de la MGNREGA. Les pompes, les semis, les pesticides, etc., proviennent d'autres régimes ou des économies ou prêts personnels des paysans.

Convergence

La MGNREGA offre une bonne base pour une convergence planifiée des investissements. Des directives de convergence ont été publiées avec des programmes sur la forêt et l'environnement, les ressources en eau, l'agriculture, le partage des eaux et les routes. La convergence inclut le renforcement premier du travail de la terre dans le cadre de la MGNREGA; la planification spatiale; l'intégration d'activités multiples comme le partage des eaux et l'horticulture; la valeur ajoutée comme la pêche dans des réservoirs de la MGNREGA, le lombricompostage et la culture des champignons; et enfin la sériculture sur les terres développées, irriguées et ensemencées dans le cadre de la MGNREGA, notamment les terres individuelles concernées par cette loi.

⁵ *Environmental Services and Vulnerability Reduction through NREGA* (Services environnementaux et réduction de la vulnérabilité grâce à la MGNREGA), Prof. Ravindnath, Institut indien des sciences, Bangalore.

Encadré 7.

Le district de Betul, dans l'Etat du Madhya Pradesh, gère les ressources pour le futur grâce à un reboisement efficace

Dans le cadre de la MGNREGA, la communauté du village de Deopur kotami a développé 45 hectares d'espace forestier pour planter des arbres fruitiers et des légumes. Le travail de reboisement a été entrepris par quatre groupes d'entraide comptant en tout 40 membres. Des étangs et des systèmes de récupération ont également été créés pour garantir un bon approvisionnement en eau. Chaque membre gère environ un hectare de terrain et peut vendre sa production sur le marché local.

Les villageois ont pu vendre pour 30 000 roupies de légumes sur le marché local et ont également créé des liens avec les écoles locales grâce au régime visant à l'amélioration des repas scolaires. De plus, ces groupes ont été formés à de nouvelles techniques de cultures et ont été formés à de nouvelles techniques de culture et ont appris à faire pousser des fleurs et des arbres à soie.

Les habitants du district de Betul ont non seulement trouvé du travail dans leur propre village, mais se sont également assurés une source stable de revenus.

Sources: *Razgar sutra 2009*, ministère du Développement rural. Histoire rapportée par le gouvernement du Madhya Pradesh.

Les travailleurs de la MGNREGA bénéficiaires de prestations sociales supplémentaires

La proposition d'apporter à tous les travailleurs de la MGNREGA une couverture maladie dans le cadre du *Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)*, un régime national d'assurance-maladie destiné à des catégories spécifiques de bénéficiaires, est actuellement pris en considération. Le ministère espère également identifier un membre par ménage comme candidat possible pour le développement des compétences et un programme de placement dans le cadre de la Mission nationale pour les moyens de subsistance. La convergence entre la MGNREGA et le Régime intégré de développement des enfants (*Integrated Child Development Scheme, ICDS*), ayant pour but la prestation de services sociaux destinés aux femmes et aux enfants sur les chantiers, est également encouragée.

Appui administratif

Le pouvoir central détermine les dépenses administratives qu'il finance entièrement. Actuellement, les Etats peuvent générer des dépenses administratives allant jusqu'à 6 pour cent du coût total des régimes pour le personnel et les processus tels que le suivi, la formation, l'information, l'éducation et la communication, les audits sociaux et les systèmes d'information de gestion.

Transparence et imputabilité

La transparence a été traduite dans la Loi par des documents et des processus:

- En termes de processus, le droit à l'information a été intégré à la MGNREGA d'au moins trois façons. D'abord, la Loi stipule que toutes les informations doivent être placées dans le domaine public de façon anticipée. Ensuite, toutes les informations demandées doivent être fournies gratuitement. Enfin, les audits sociaux faits par les assemblées de villages (*gram sabha*), qui vont au-delà du droit à l'information, garantissent l'imputabilité et recherchent des mesures correctrices. Le contrôleur et vérificateur général réalise également des audits des régimes.

-
- Pour la réparation des préjudices, des médiateurs de district sont mis en place en tant qu'autorités indépendantes de gestion des préjudices, ils peuvent exiger du gouvernement de l'Etat qu'il redresse les situations et pénalise les contrevenants, et peuvent remplir des rapports préliminaires sur ces derniers. Bien que le médiateur n'ait pas de pouvoir juridique, il pourra cependant sensibiliser les habitants sur leurs droits et obliger le système administratif à les appliquer.

Système d'information de gestion (SIG) exploitable sur internet

Un SIG exploitable sur internet et disponible sur le site www.nrega.nic.in, systématise un vaste réseau de fonctionnaires sur le terrain, d'organes locaux et de travailleurs grâce à un moteur de déroulement des opérations cohérent et centralisé qui englobe le pays entier. Un couplage serré des entrées empêche les saisies arbitraires. Le logiciel SIG fonctionne également hors ligne et peut être personnalisé en fonction des exigences et des langues locales.

Le SIG est une base de données sur les ménages qui enregistre toutes les informations sur la demande d'emploi, les travaux effectués, le montant gagné et les journées de travail effectuées. Les fonds peuvent être suivis depuis le point d'approbation au niveau du pouvoir central jusqu'au point de dépense au niveau du village. Une liste des carences et des manquements aux garanties implique des actions administratives. Une option de fonctionnement avec sons et icônes permet aux travailleurs d'interagir.

Centres de ressources sur les connaissances

Des infrastructures physiques sont nécessaires à une transaction transparente des droits dans lesquelles les obligations doivent être remplies en un temps limité. Cela est facilité par l'intégration au sein des travaux autorisés de la construction de centres de ressources sur les connaissances au niveau du *gram panchayat* et du quartier, avec des installations TIC visant à apporter l'appui de ressources infrastructurelles pour les processus de la MGNREGA centrés sur les citoyens.

Services financiers de proximité pour les zones rurales

Des efforts sont fournis pour étendre le modèle d'activité actuel aux zones ne bénéficiant pas de services bancaires et pour introduire la biométrie par le biais d'appareils portatifs afin d'apporter aux travailleurs une solution à toutes les étapes, de la candidature au paiement en passant par la participation.

Suivi et évaluation

La MGNREGA est suivie de près par des mécanismes de suivi interne et externe.

Suivi interne

Le retour sur la mise en œuvre des programmes est discuté et analysé avec les gouvernements des Etats au cours d'une réunion trimestrielle du Comité de révision des résultats ainsi que par des visites sur le terrain et des révisions régulières au niveau des Etats.

Suivi externe

Des contrôleurs indépendants au niveau national suivent régulièrement la MGNREGA. Le Conseil central de garantie de l'emploi, un mécanisme institutionnel dont l'autorité est conférée par la loi, suit également le régime. Le contrôleur et vérificateur général réalise quotidiennement des audits des rapports des médias pour le suivi avec les Etats. Les méthodes innovantes d'évaluation comprennent les points suivants:

- Le **réseau institutionnel professionnel** est un réseau d'institutions, dont l'Institut indien de gestion, l'Institut indien de technologie, des universités agricoles, des groupes de réflexion, des organisations de la société civile et d'autres instituts professionnels. C'est une structure intégrée de formations, de suivi parallèle, d'évaluation, de diagnostics sur les contraintes de mise en œuvre et de recommandations sur des solutions d'actions et des interventions durables.
- **100 citoyens éminents** ont été choisis pour assurer le suivi du régime.
- La **ligne nationale d'assistance**, fonctionnant avec les TIC, est utilisée pour enregistrer les réclamations et y répondre efficacement et rapidement.

Systemes financiers

Partage central de l'assistance financière

Le modèle de l'assistance venant du pouvoir central, tel que défini par la Loi, est un moyen très important d'inciter les Etats à mettre en œuvre le programme. Le centre prend en charge 90 pour cent des coûts, et 100 pour cent des frais administratifs dans la limite autorisée, pour l'application de la Loi.

Budgets de travaux fondés sur la demande

Le budget est fondé sur le principe de la demande, et non sur des allocations fixes. Une provision budgétaire initiale est faite et peut être augmentée si la demande de travail augmente. Les budgets de travail sont préparés par les districts et discutés pour évaluer les fonds ainsi que les travaux nécessaires pour répondre à la demande de travail estimée. Les projections budgétaires pour le travail se trouvent sur le site internet de la MGNREGA et sont accessibles à tous. Pour la première attribution d'assistance par le pouvoir central, le budget pour le travail estimé est un financement initial de six mois. A mesure que la saison de travail avance et que les véritables tendances de la demande se dessinent, l'assistance centrale est apportée en fonction de ces tendances ainsi que des tendances de la saison précédente.

Financement de l'Etat

Les Etats ont également été encouragés à mettre en place un financement de l'Etat géré par une agence autorisée (comme une société enregistrée) de sorte que les fonds venant de l'Etat central soient transférés aux Etats puis aux districts en fonction de la demande.

Engagement des ressources budgétaires

La garantie juridique a contraint l'allocation de ressources financières au programme; même quand l'économie s'est ralentie à la suite de la crise mondiale, l'appui budgétaire de la MGNREGA s'est maintenu. Ce dernier était de 401 milliards de roupies (environ 8,77 milliards de dollars) pour l'année fiscale 2010-2011, alors qu'il était de 391 milliards de roupies (environ 8,55 milliards de dollars) pour l'année fiscale 2009-2010. Le chiffre a augmenté d'entre 139 à 156 pour cent par rapport aux programmes d'emploi public précédents et la moyenne des flux par district est passée à 810 millions de roupies (environ 17,73 millions de dollars) avec la MGNREGA, contre 310 millions de roupies (environ 6,79 millions de dollars) avec les programmes d'emploi public précédents.

Structure d'incitation et de dissuasion

L'assistance du pouvoir central vise à créer des emplois. Les allocations de chômage, pour les cas où l'Etat fédéré ne parvient pas à offrir un emploi au candidat, sont à la charge des Etats.

Partage des études, de la documentation et des connaissances

Des études indépendantes ont été menées et sont disponibles sur le site www.nrega.nic.in. Des études de cas documentent les meilleures pratiques pouvant être reproduites. Des films et des documents d'introduction contribuent aux ressources de connaissances pour l'apprentissage par les pairs. Le réseau de connaissances numériques a été mis en place pour relier les intervenants et les politiciens pour des enquêtes opérationnelles, la résolution de problèmes ainsi que la diffusion des meilleures pratiques et des solutions locales.

Leçons importantes à tirer de la MGNREGA

La MGNREGA démontre qu'un programme de protection sociale fondé sur les droits peut évoluer et devenir une plate-forme pour l'autonomie sociale et le développement durable, et atténuer les risques futurs en ne se contentant pas de réduire les vulnérabilités face à l'adversité économique et naturelle, mais en construisant également les ressources qui donnent au peuple l'autonomie de faire des choix plus équitables et libérateurs. Certains enseignements peuvent être tirés de la MGNREGA.

Impulsion et cadre politique

- L'appropriation et la volonté politiques sont nécessaires.
- Un cadre de protection sociale doit être partie intégrante d'une politique de croissance inclusive et ne doit pas uniquement être la réponse à une crise.
- Un cadre juridique fondé sur les droits avec une flexibilité opérationnelle accélère les actions de l'Etat envers les groupes les plus vulnérables.

Gouvernance

Renforcement administratif

- L'appui professionnel doit être assuré à tous les niveaux.
- Chacun devrait avoir droit à une formation de grande qualité.
- Le personnel doit avoir droit à un emploi stable.
- La restructuration des processus, et la démystification et la simplification des procédures sont nécessaires. Les TIC, les ONG et les réseaux professionnels doivent aider à atteindre ces objectifs.
- De forts systèmes de suivi interne et externe ainsi que des études parallèles aident les mesures de diagnostic et de réparation.
- Des engagements budgétaires garantis et un transfert adéquat des fonds sont nécessaires.
- La décentralisation permet la transparence, l'imputabilité et la participation des parties prenantes. Elle doit être accompagnée de normes déterminantes et d'une intégration structurelle des différentes agences, avec des rôles bien définis et des mécanismes de coordination.

Imputabilité et transparence

- Des réseaux professionnels indépendants créent un espace public pour la surveillance des performances.
- Les audits sociaux sont efficaces pour la transparence et l'imputabilité, et la participation des travailleurs doit être assurée.
- Les TIC démystifient le système et font tomber les barrières pour la participation des parties prenantes.
- La séparation des fonctions entre les agences pour la mise en œuvre et l'attribution assure l'efficacité et l'imputabilité.
- Des mécanismes indépendants de réparation des préjudices doivent faire partie intégrante de la conception.

Durabilité

- Le principe élémentaire, qui doit être reflété dans les processus de sélection, le travail et les salaires, est l'équité.
- La capacité des travailleurs à jouir de leurs droits doit être intégrée dans la conception.
- Pour que la planification des projets soit possible, il faut intégrer un processus participatif et les technologies appropriées.
- Les programmes d'emploi public doivent s'aligner avec d'autres politiques de protection sociale et d'emploi.

- Un processus de convergence impliquant les ressources naturelles, la productivité, le développement humain (santé, éducation), la couverture des risques (décès, maladie) et l'éventail des compétences doivent faire partie de la conception du projet.
- Les programmes doivent être rationalisés en intégrant des stratégies et des ressources pour être abordables et de qualité.

Tableau 1. Vue d'ensemble nationale de la MGNREGA

	(AF* 2006-2007) 200 Districts	(AF*2007-2008) 330 Districts	(AF* 2008-2009) 615 Districts	(AF* 2009-2010) 619 Districts
Emplois fournis aux ménages	21 millions	33,9 millions	45,1 millions	52,5 millions
JOURNEES DE TRAVAIL (en millions)				
Total	905	1 435,9	2 163,2	2 825,8
SC*	229,5 [25%]	393,6 [27%]	633,6 [29%]	863,1 [31%]
ST*	329,8 [36%]	420,7 [29%]	550,2 [25%]	585,7 [21%]
Femmes	367,9 [41%]	611,5 [43%]	1 035,7 [48%]	1 374,0 [49%]
Autres	345,6 [38%]	621,6 [43%]	979,5 [45%]	1 376,9 [49%]
Nombre moyen de journées de travail par ménage	43 jours	42 jours	48 jours	54 jours
DETAILS FINANCIERS				
Dépenses budgétaire (en milliards de roupies)	113	120	300	391
Dépenses centrales (en milliards de roupies)	86,41	126,10	299,40	335,07
Total des fonds disponibles (y compris le budget original) (en milliards de roupies)	120,74	193,06	373,97	495,30
Dépenses (en milliards de roupies)	88,23	158,57	272,50	379,38
Salaires moyen par jour	65 roupies	75 roupies	84 roupies	91 roupies
DETAILS DES TRAVAUX				
Total des travaux entrepris (en millions)	0,84	1,79	2,78	4,60
Total des travaux terminés (en millions)	0,39	0,82	1,21	2,09
Conservation de l'eau	[54%]	[49%]	[46%]	[51%]
Prestation d'installations d'irrigation sur les terres de SC/ST/BPL/S&MF et bénéficiaires de la IAY*	[10%]	[15%]	[20%]	[17%]
Connectivité rurale	[21%]	[17%]	[18%]	[17%]
Aménagement du territoire	[11%]	[16%]	[15%]	[14%]
Autres activités	[4%]	[3%]	[1%]	[2%]

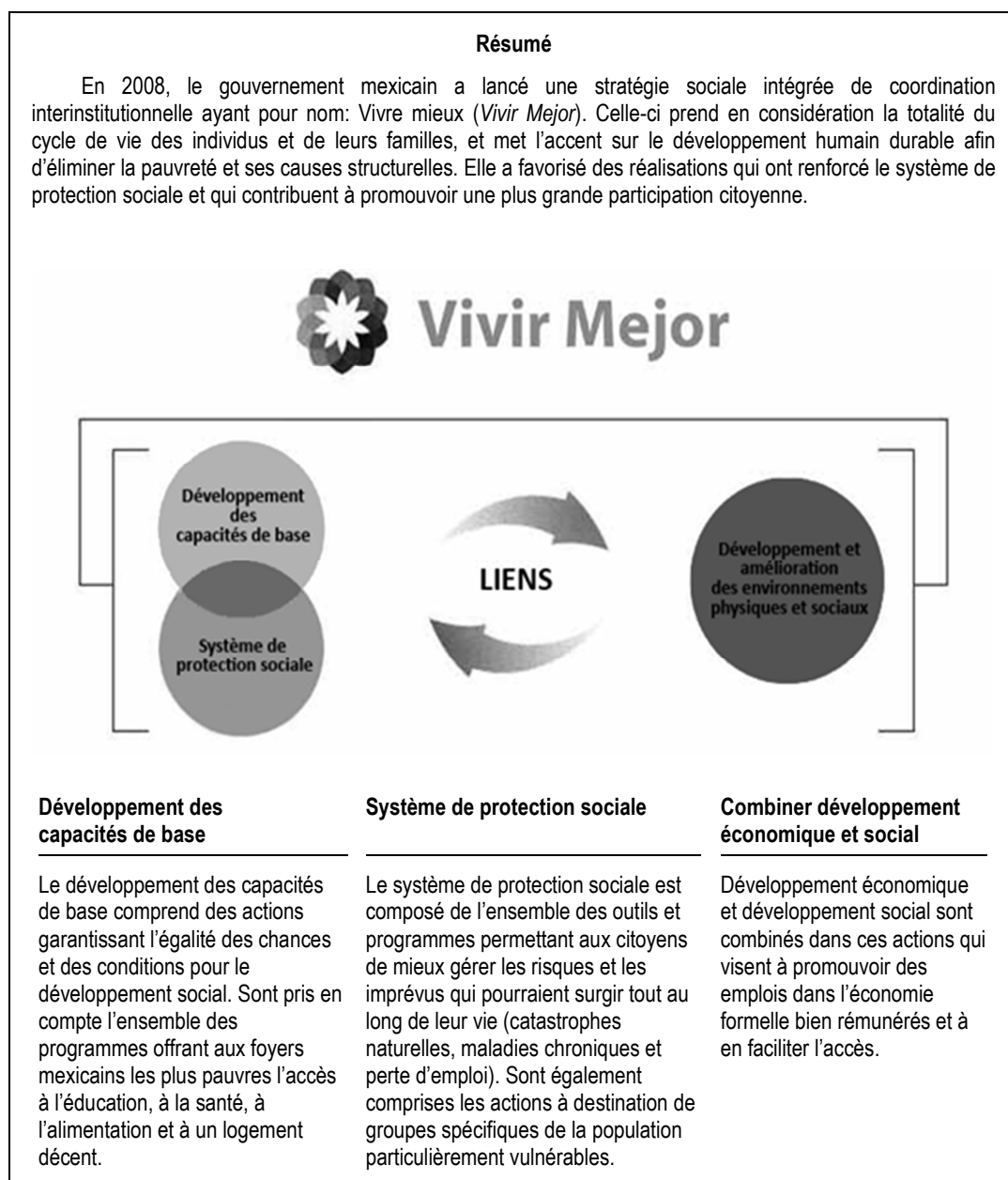
*AF= Année fiscale; SC= castes défavorisées; ST=Tribus défavorisées; BPL=Personnes vivant sous le seuil de pauvreté; S&MF=Petits exploitants et exploitants marginaux; IAY=Indira Awaas Yojana.

13. Mexique

Superficie	1 959 284 km ²
Population ⁱ	108 400 000
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	29,1
15-64 ans (%)	64,7
65 ans et plus (%)	6,2
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	14,2
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes ⁱⁱⁱ	77,8
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes ^{iv}	73,1
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^v	53,3
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^{vi} courants ^{vii}	10 232
PPA (en dollars internationaux courants) ^{viii}	14 570
Monnaie locale constante	83 955
Dépenses totales pour la protection sociale publique (% du PIB) ^x	7,4
Taux de chômage (%) ^x	5,3
Taille de l'économie informelle ^{xi}	28,8
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{xii}	53
Indicateurs de pauvreté IDH – rang pour l'indicateur de pauvreté humaine ^{xiii}	23

Un Socle de protection sociale

Blanca Lila Gracia López



A propos de l'auteur

Blanca Lila Gracia López, directrice des Affaires internationales, ministère du Développement social (*Secretaría de Desarrollo Social, SEDESOL*).

Introduction

La présente étude de cas décrit l'évolution des politiques de protection sociale au Mexique en utilisant pour cela les données provenant d'un questionnaire qui prend en compte deux dimensions de la politique sociale: les institutions sociales et la stratégie sociale. Elle étudie les programmes que comportent ces politiques et en tire des conclusions pour le développement d'un socle de protection sociale.

L'expérience montre que les politiques de protection sociale nécessitent un cadre institutionnel solide. Ce n'est pas tellement le type ou le nombre de programmes qui importe, mais bien plutôt la manière dont ces programmes s'articulent dans une stratégie nationale qui se concentre sur des objectifs de développement social et qui permet d'y converger.

Contexte

La protection sociale au Mexique a été façonnée au fil des années par divers facteurs sociaux, économiques et politiques. Aujourd'hui, elle est intégrée à une stratégie globale de politiques sociales, s'appuyant sur un cadre légal et institutionnel, qui coordonne et vient compléter l'ensemble des programmes sociaux du gouvernement dans le but de promouvoir l'accès à une protection sociale pour tous et d'assurer une protection pour les groupes les plus vulnérables de la population.

Les principaux aspects de la protection sociale

Au Mexique, la protection sociale existe depuis très longtemps. Elle remonte aux droits sociaux consacrés dans la Constitution de 1917, qui introduit également la sécurité sociale dans son article 123 relatif à la régulation des relations de travail. Selon ce même article, les employeurs ont obligation d'assurer aux travailleurs une retraite, un logement et des services de santé, entre autres.

La sécurité sociale est entrée pleinement en vigueur dans les années 1940 avec la création de l'Institut mexicain de sécurité sociale (*Instituto Mexicano de Seguridad Social*, IMSS) qui visait à protéger les travailleurs du secteur privé. Plus tard, en 1960, a été créé l'Institut de sécurité sociale et de services sociaux pour les fonctionnaires (*Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*, ISSSTE).

La sécurité sociale repose sur ces deux systèmes: l'IMSS et l'ISSSTE. Il existe, en outre, d'autres systèmes de sécurité sociale au sein des organismes fédéraux au niveau des Etats, des organismes semi-publics et des banques de développement.

Malgré ses avancées notables dans le domaine de la sécurité sociale, le Mexique a connu un développement inégal et privilégiant les secteurs les plus organisés de la population: celui des salariés et des employés syndiqués. En conséquence de quoi, une proportion élevée de la population, non affiliée aux régimes contributifs liés au travail, a été exclue du système de sécurité sociale. Les paysans ainsi que les travailleurs de l'économie informelle ont été parmi les groupes les plus touchés.

Ce modèle de sécurité sociale n'a pas eu à faire face à de grandes difficultés au cours de la période comprise entre 1940 et 1981 du fait que l'économie connaissait alors une croissance soutenue de 6,3 pour cent en moyenne par an. Cependant, après 1982, la situation a changé, en raison d'une crise économique. Entre 1982 et 1988, le Mexique a connu une croissance de son PIB de 1,8 pour cent, ce qui correspond à un taux moyen annuel de 0,23 pour cent. Cela a conduit à des pertes d'emploi, à une diminution du revenu

réel des ménages, à une augmentation de la pauvreté et à la prolifération de l'économie informelle. Par la suite, au cours de la période allant de 1989 à 1994, l'économie s'est quelque peu redressée et a atteint un taux moyen annuel de croissance du PIB de 1,99 pour cent.

Le Mexique a conservé un taux de croissance faible et a vécu des crises économiques répétées en 1982, 1995 et 2009. Celles-ci ont davantage creusé les écarts d'accès à des niveaux minimums d'aide sociale entre les Mexicains. Néanmoins, à la fin des années soixante-dix, l'Etat a entrepris une action de lutte contre la pauvreté par le biais des premiers programmes ciblés d'aide sociale. Ceux-ci comprenaient le programme d'investissements publics pour le développement rural (*Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural*, PIDER), créé en 1973; la Coordination générale du plan national en faveur des régions pauvres et des groupes marginalisés (*Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados*, COPLAMAR) en 1977; le Système alimentaire mexicain (*Sistema Alimentario Mexicano*, SAM) en 1980; le programme national de solidarité (1990-1995) et le programme d'éducation, de santé et d'alimentation (*Programa de Educación, Salud y Alimentación*, PROGRESA) qui a été lancé en 1997 et qui est devenu, en 2002, le programme de développement humain (*Oportunidades*).

Ces programmes ont conduit à des progrès non négligeables, mais insuffisants. Les expériences antérieures démontrent que l'amplitude de la pauvreté dépasse le cadre d'un programme gouvernemental et rend, au contraire, nécessaire la présence d'un cadre institutionnel et d'une coopération entre les divers organismes et les différents niveaux de pouvoir au sein de l'Etat afin de bâtir une politique sociale globale.

En 2000 a été entamé un processus destiné à poser les fondations d'une politique sociale publique. Celui-ci intégrait les expériences accumulées et créait de nouveaux outils permettant de lutter contre la pauvreté. En janvier 2004, la loi générale sur le développement social (*Ley General de Desarrollo Social*, LGDS) est entrée en vigueur. Elle garantit le plein exercice des droits sociaux inscrits dans la Constitution et assure l'accès au développement social pour tous. Les instruments qui ont été créés garantissent le budget et assurent le maintien de l'évaluation des programmes sociaux et de la transparence des investissements en ressources financières. Le système national de développement social a été mis en place et permet d'identifier les institutions chargées du développement social et les mécanismes visant à assurer la participation des différents niveaux du gouvernement et les différents secteurs de la société.

Les multiples dimensions de la pauvreté ¹

Le Mexique est un pays aux contrastes marqués. Son économie est la deuxième plus importante d'Amérique latine et son revenu de 10 232 dollars (Banque mondiale, 2008) le situe au niveau des pays à revenu intermédiaire-supérieur. De fortes inégalités et la pauvreté dominent toutefois.

Au cours de la période allant de 1994 à 1996, le pays a subi une crise économique sévère qui a eu comme conséquence une augmentation de la pauvreté liée au patrimoine ², qui est passée de 52,4 pour cent à 69 pour cent. Cependant, dans les années suivantes, le pays a connu une réduction importante de son niveau de pauvreté. Ainsi, au cours de la période allant de 1996 à 2008, le pourcentage de la population en situation de pauvreté liée au patrimoine a été réduit de 22 pour cent, celui-ci passant de 69 pour cent à 47 pour cent. C'est-à-dire qu'environ 13,4 millions de personnes ont échappé à la pauvreté. De même, au cours de cette période, le pourcentage de la population en situation de pauvreté alimentaire est passé de 37,4 pour cent à 18,2 pour cent, ce qui représente en chiffres absolus 15,1 millions de personnes. Ce changement positif est dû à la stabilité macroéconomique et à la mise en œuvre d'une politique de développement social solide.

Entre 2006 et 2008, les données mesurant la pauvreté monétaire indiquent une augmentation de l'incidence de la pauvreté liée au patrimoine, qui est passée de 42,6 pour cent à 47,4 pour cent (figure 1). L'incidence de la pauvreté alimentaire a également crû, passant de 13,8 pour cent à 18,2 pour cent. En termes absolus, cela représente 5,9 millions (pauvreté liée au patrimoine) et 5,1 millions (pauvreté alimentaire) de personnes supplémentaires. Soit un nombre de personnes en situation de pauvreté passant, respectivement, de 44,7 à 50,6 millions et de 14,4 à 19,5 millions.

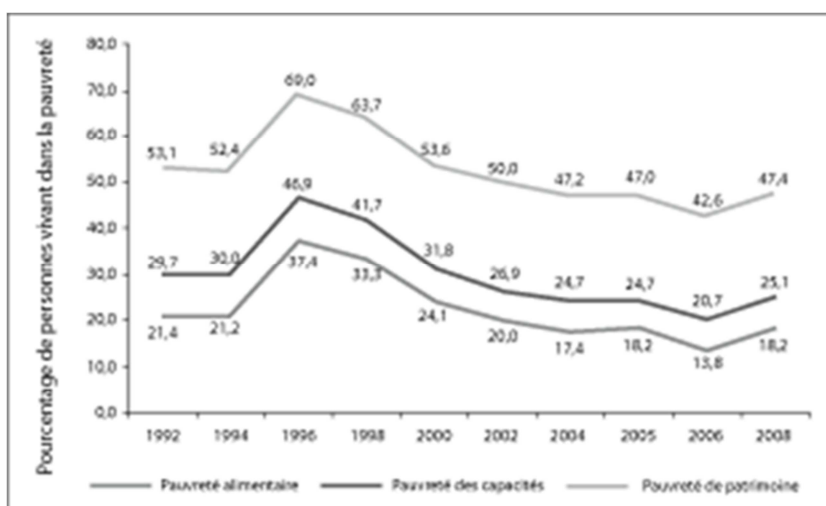
Cette situation doit être analysée dans le contexte de la crise économique et alimentaire mondiale qui a frappé le Mexique, provoquant une diminution du taux de croissance du PIB de 3,6 pour cent en 2007, puis de 1,4 pour cent en 2008 et enfin de -6,5 pour cent en 2009.

¹ D'après la méthodologie utilisée pour évaluer la pauvreté monétaire, la «pauvreté» se définit comme suit:

- a) pauvreté alimentaire: incapacité à acquérir un panier alimentaire de base, même si l'ensemble des revenus disponibles du ménage était consacré uniquement à l'achat des biens composant ce panier;
- b) pauvreté des capacités: insuffisance du revenu disponible pour acquérir le panier alimentaire et réaliser les dépenses nécessaires pour la santé, le logement et l'éducation, même si l'ensemble des revenus du ménage était consacré à cette seule fin;
- c) pauvreté de patrimoine: insuffisance du revenu disponible pour acquérir le panier alimentaire et réaliser les dépenses nécessaires pour la santé, l'habillement, le logement, les transports et l'éducation, même si l'ensemble des revenus du ménage était consacré uniquement à l'achat de ces biens et services.

² Le Mexique fournit différentes courbes de pauvreté, fondées sur le revenu par habitant et qui reflètent la pauvreté alimentaire, la pauvreté de patrimoine et la pauvreté des capacités. La pauvreté des capacités comprend l'accès à un logement décent, aux soins de santé et à l'éducation. Voir: <http://www.coneval.gob.mx/>.

Figure 1. Evolution de la pauvreté monétaire, 1992-2008 (en pourcentage de la population)



Source: Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL), estimations basées sur l'enquête auprès des ménages, Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH), de 1992 à 2008.

La mise en place d'un socle de protection sociale

L'impact de la dernière crise sur les groupes les plus vulnérables de la population a été moins important que n'aurait pu le laisser penser l'ampleur de la baisse du PIB. Cela est dû, entre autres raisons, à l'institutionnalisation d'une politique de développement social, à la création d'un système de sécurité sociale et, en particulier, à l'important rôle qu'a joué le programme de développement humain *Oportunidades*.

D'après Gustavo Merino, sous-secrétaire chargé de la planification et de l'évaluation du développement social auprès du ministère du Développement social (SEDESOL) (août 2008-juillet 2010):

Une politique sociale efficace se manifeste en comparant l'impact de la crise économique que nous vivons actuellement par rapport à la crise de 1994, qui est d'une ampleur similaire en termes de PIB. A cette époque-là, le nombre de pauvres a augmenté de 17 millions, passant de 52,4 pour cent à 69 pour cent. En revanche, entre 2006 et 2008, la pauvreté liée au patrimoine est passée de 42,5 pour cent à 47 pour cent, nous ramenant à des niveaux similaires à ceux de 2005. Et bien que ces chiffres ne reflètent pas l'impact de la crise dans son ensemble, aucune estimation sérieuse n'annonce un impact aussi élevé qu'en 1994. Le CONEVAL estime qu'en l'absence de programmes tel que *Oportunidades*, le nombre de personnes vivant dans la pauvreté extrême aurait augmenté de 2,8 millions entre 2006 et 2008, dans la mesure où ces programmes, tout en s'attaquant aux causes structurelles de la pauvreté, protègent également les ménages contre les pertes de revenu.» («Política social, economía y combate a la pobreza », *El Universal*, 4 mai 2010).

Afin de contrer les effets de la crise de 2008-2009 et pour revenir à une réduction constante et continue de la pauvreté, le gouvernement fédéral a non seulement augmenté les dépenses sociales, mais il a également renforcé les programmes sociaux en élargissant l'étendue de la protection et en améliorant les interactions entre les politiques sociales et économiques.

A l'intérieur de ce processus, un intérêt tout particulier devrait être accordé à la stratégie «Vivre mieux» (*Vivir Mejor*), mise en œuvre en mars 2008. Il s'agit en effet d'une stratégie de politique sociale qui va dans le sens d'une approche élargie de la protection sociale, celle-ci étant entendue comme devant mettre l'accent sur le développement des compétences de base; sur les liens entre, d'une part, un contexte social qui détermine à la fois l'accès à l'emploi et les possibilités de création de revenu et, d'autre part, l'environnement et la protection contre la perte de revenus; sur la pauvreté et sur l'exclusion sociale qui mettent les gens dans des situations de vulnérabilité et de risque social.

Cette stratégie vise à associer lutte contre la pauvreté et lutte contre les inégalités tout en encourageant la cohésion sociale.

De 1996 à 2008, ont été jetées les bases de l'institutionnalisation et du renforcement du programme *Oportunidades*, programme de développement humain qui tient son origine du programme PROGRESA. Le but du programme *Oportunidades* est d'assurer une protection sociale à 5,8 millions de familles en 2010, chiffre en nette progression par rapport aux 300 000 familles du programme PROGRESA à ses débuts, en 1997.

Un système de protection sociale a ainsi été mis en place. Il a été conçu comme un mécanisme servant à la coordination et à la mise en œuvre des différents programmes sociaux et réunissant la sécurité sociale traditionnelle et l'offre de services sociaux et de transferts en espèces soumis à conditions. Il prend également en compte le cycle de vie de l'individu et de sa famille, de la femme enceinte à la personne âgée; et comprend les nombreuses expressions de la pauvreté qu'implique la discrimination fondée sur le sexe. De ce fait, le Mexique possède désormais un socle de protection sociale, fruit d'une maturation de plusieurs décennies.

L'expérience montre que les politiques de protection sociale nécessitent un cadre institutionnel solide. Ce n'est pas tellement le type ou le nombre de programmes qui importe, mais bien plutôt la manière dont ces programmes s'articulent dans une stratégie nationale qui se concentre sur des objectifs de développement social et qui permet de s'y diriger.

Les principaux instruments de l'institutionnalisation de la politique sociale

La loi générale sur le développement social

L'efficacité et l'orientation de tout programme social, au-delà de la qualité de sa conception, dépendent en grande partie du cadre institutionnel sur lequel il s'appuie. Le cadre institutionnel renvoie à un ensemble de facteurs favorisant l'évolution et l'amélioration continues d'un politique sociale à long terme.

Au Mexique, la loi générale sur le développement social (*Ley General de Desarrollo Social*) pose les bases d'une politique étatique de développement social. Elle institutionnalise divers processus de politique publique, favorise la coordination entre les différents niveaux de gouvernement et les institutions du pouvoir exécutif, et encourage l'évaluation et la transparence.

Cette loi énonce que la politique nationale de développement social doit inclure différentes dimensions afin de lutter contre la pauvreté dans les domaines suivants: éducation, santé, aide alimentaire, création d'emploi et de revenu, travail indépendant et formation sécurité sociale et programmes d'aide sociale, développement régional, infrastructures sociales de base, et promotion du secteur social de l'économie.

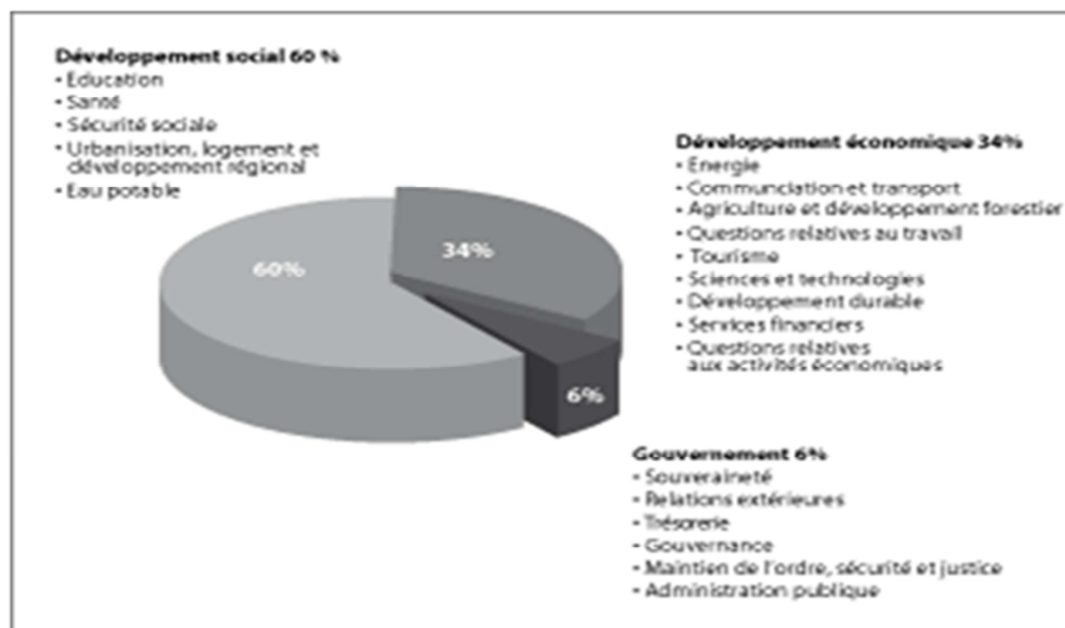
La loi comprend également l'évaluation systématique de la politique de développement social afin de vérifier périodiquement sa conformité avec les objectifs sociaux des programmes, des buts et des actions de la politique sociale dans son ensemble. C'est à cette fin qu'a été créé le Conseil national pour l'évaluation de la politique sociale (CONEVAL). La loi régit l'ensemble des programmes sociaux et des activités des institutions et des divers secteurs de la société.

Les caractéristiques principales du cadre institutionnel sont:

- a) **La loi générale sur le développement social.** Cette loi, appliquée en 2004, stabilise les politiques sociales, garantit le plein exercice des droits sociaux, assurant ainsi l'accès pour tous au développement social, et institutionnalise certaines activités telles que:
- la définition et la mesure de la pauvreté;
 - l'évaluation des programmes;
 - l'intégration des listes de bénéficiaires;
 - les responsabilités des trois niveaux de gouvernement;
 - la création du Système national de développement social, conçu comme un mécanisme favorisant la participation des différents niveaux de gouvernement, du pouvoir législatif et des secteurs sociaux et privés, ainsi que leur coordination;
 - la protection du budget destiné au développement social;
- b) **Le budget.** Il est adopté chaque année conformément à la loi générale sur le développement social, à la loi fédérale sur le budget et la responsabilité fiscale, et au budget des dépenses de la Fédération.

Le budget fédéral consacré aux dépenses sociales ne peut être inférieur, en termes réels, au budget de l'année fiscale précédente. L'augmentation des dépenses doit au minimum être égale à la croissance du PIB attendue. Les ressources financières proviennent majoritairement des impôts payés par les citoyens et du revenu de la vente de produits et des services publics. Les dépenses du gouvernement fédéral en 2010 se répartissent de la façon suivante: 60 pour cent pour le développement social (éducation, santé, aide sociale, urbanisation, logement et développement régional, approvisionnement en eau, gestion des eaux usées, assistance sociale); 34 pour cent pour le développement économique et 6 pour cent pour les dépenses publiques (voir figure 2). Les principaux objectifs qui guident les dépenses pour 2010 sont: la lutte contre la pauvreté et le renforcement de la croissance et de la sécurité publique.

Figure 2. Dépenses sociales, 2010



- c) **La coordination interinstitutionnelle.** Cet aspect admet le besoin de mécanismes de participation et de coordination entre le gouvernement, le parlement, la société civile et les initiatives privées afin d'atteindre les objectifs du développement social. Au niveau du gouvernement fédéral se situe le cabinet social, dont la création résulte de la loi générale sur le développement social et dont la direction est assurée par le Président de la République. Le cabinet examine, discute, et suit les mesures relatives aux programmes du secteur social.

La **Commission interministérielle pour le développement social**, composée de 14 agences présidées par le SEDESOL, est une autre des autorités. Celle-ci pilote le développement de la politique sociale.

Par ailleurs, un engagement fort a été pris dans le sens d'un renforcement des mécanismes de coordination entre les différents niveaux du gouvernement et le pouvoir législatif. Celui-ci passe par la promotion d'une plus grande implication de ces acteurs dans le développement des programmes et le renforcement des budgets qui assurent leur participation parallèle dans les activités de développement. Un Comité national pour le développement social a été créé. Il comprend des représentants du gouvernement fédéral, des gouvernements des Etats et des gouvernements municipaux, ainsi que des représentants de la Chambre des députés et des sénateurs.

Le secteur privé et les organisations de la société civile collaborent au travers du Conseil consultatif sur le développement social, présidé par le SEDESOL et réunissant universitaires, entreprises et société civile;

- d) **Définition et mesure de la pauvreté: instruments pour l'orientation et l'évaluation des politiques sociales.** C'est en 2002 qu'a eu lieu la première démarche officielle destinée à définir et à mesurer les trois différents types de pauvreté monétaire. Il en résulte qu'il est désormais possible de diagnostiquer l'ampleur du problème au niveau national, tant dans les zones rurales qu'urbaines. De plus, ces mesures peuvent servir d'outil pour le ciblage et l'allocation des ressources. La pauvreté est évaluée tous les deux ans. La méthodologie employée ainsi que les bases des données sont publiques, ce qui en assure la fiabilité.

En février 2010, le CONEVAL a publié sa méthodologie de mesure de la pauvreté multidimensionnelle, qui est désormais la méthodologie officielle de mesure de la pauvreté au Mexique (tableau 1). La mesure de la pauvreté multidimensionnelle intègre trois aspects des conditions de vie de la population: le contexte économique, les droits sociaux et le contexte territorial.

D'après ce nouveau concept, une personne est considérée comme étant dans une situation de pauvreté multidimensionnelle lorsque son revenu est insuffisant pour acquérir les produits et services nécessaires à la satisfaction de ses besoins et lorsqu'elle fait face à une carence dans au moins un des six indicateurs suivants: éducation, accès aux services de santé, accès à la sécurité sociale, qualité et taille logement, services de base au sein du logement et accès à la nourriture.

Grâce à cette nouvelle méthodologie de mesure de la pauvreté, le CONEVAL remplit la mission que lui a confiée la loi générale sur le développement social concernant la définition et la mesure de la pauvreté. Par ailleurs, cette méthodologie contribue à la production d'informations sur des aspects de la pauvreté et des inégalités sociales qui persistent au Mexique. Les données ainsi que la méthodologie sont publiées à l'adresse suivante: www.coneval.gob.mx.

Tableau 1. Mesure de la pauvreté multidimensionnelle, Mexique, 2008

Indicateurs d'incidence	Pourcentage	Nombres de personnes (en millions)
Pauvreté multidimensionnelle		
Population en situation de pauvreté multidimensionnelle	44,2	47,19
■ Population en situation de pauvreté multidimensionnelle modérée	33,7	35,99
■ Population en situation de pauvreté multidimensionnelle extrême	10,5	11,20
Population vulnérable à l'exclusion sociale	33,0	35,18
Population vulnérable aux bas revenus	4,5	4,78
Population n'étant pas en situation de pauvreté multidimensionnelle ni de vulnérabilité	18,3	19,53
Exclusion sociale		
Population souffrant d'au moins une sorte de carence sociale	77,2	82,37
Population souffrant d'au moins trois sortes de carence sociale	30,7	32,77
Indicateurs d'exclusion sociale*		
Retard scolaire	21,7	23,16
Accès aux soins de santé	40,7	43,38
Accès à la sécurité sociale	64,7	68,99
Qualité et taille du logement	17,5	18,62
Accès aux services de base au sein du logement	18,9	20,13
Accès à la nourriture	21,6	23,06
Bien-être		
Population au revenu inférieur au niveau de vie minimum	16,5	17,64
Population au revenu inférieur au niveau de vie	48,7	51,97

*pourcentage de a population en situation de carences sociales

Source: Estimations du CONEVAL basées sur les modules des conditions socio-économiques (MCS) et l'enquête nationale sur les revenus et les dépenses des ménages (ENIGH) 2008.

-
- e) **Evaluation externe des programmes.** L'évaluation externe est essentielle à la planification et à la refonte des programmes sociaux. L'ensemble des programmes sociaux est soumis à des évaluations externes menées par le CONEVAL. Les résultats sont remis à l'Assemblée nationale et publiés sur les sites Web des ministères chargés du secteur social. En fonction des résultats de l'évaluation, des critères sont établis afin d'améliorer la conception des programmes et par là même la réactivité du gouvernement.
- f) **Registre des bénéficiaires: cibler les actions clés.** En 2002, la création d'un registre de bénéficiaires a permis d'améliorer le ciblage des programmes sociaux. Le registre est public et disponible sur Internet. Il favorise ainsi la transparence et la responsabilité, et il facilite la coordination interministérielle. Le SEDESOL a une carte d'identité pour chaque bénéficiaire, contenant des informations les concernant eux ainsi que leur famille, qui sert à suivre leurs besoins et à y répondre au moyen des programmes qui sont sous sa responsabilité. A l'heure actuelle, des efforts sont déployés afin de regrouper les informations dans un registre de bénéficiaires unique.
- g) **Règles de fonctionnement des programmes, un mécanisme pour la transparence et la responsabilité.** Actuellement, conformément à la loi, les programmes au Mexique doivent tous définir leurs règles de fonctionnement afin d'éviter que la conception et la mise en œuvre des programmes ne se fassent à la seule discrétion des fonctionnaires responsables du programme. Ces règles de fonctionnement comprennent: le choix de l'étendue de la couverture, le ciblage de la population, les critères d'admission, les types d'aides et leur montant, les organisations impliquées, le *modus operandi*, les droits et obligations des bénéficiaires, les indicateurs d'évaluation et les questions relatives aux plaintes de la population. Toutes ces informations sont publiques. A l'heure actuelle, les programmes fédéraux possèdent tous des règles de fonctionnement mises à jour et publiées tous les ans dans le Journal officiel de la Fédération.
- h) **Un bouclier électoral pour soutenir la mise en œuvre des droits sociaux.** Un tel mécanisme permet d'empêcher de possibles manipulations politiques des programmes sociaux. En vertu de ce mécanisme, des actions spécifiques sont prises afin d'éviter que les programmes sociaux ne soient utilisés lors des campagnes électorales. Ces actions comprennent des formations à destination du personnel et des bénéficiaires, et des campagnes de sensibilisation au sujet des possibilités de détournement de fonds à des fins politiques et électorales auprès de la population et plus particulièrement de la population ciblée par les programmes. Par ailleurs, la loi générale régleme la publicité faite autour des programmes.

A cette fin, le SEDESOL collabore avec les trois niveaux du gouvernement, les organismes semi-publics, la société civile et des organisations internationales.

- i) **La responsabilité, une alliée pour éviter l'arbitraire et favoriser la transparence.** Le SEDESOL favorise la transparence et la responsabilité au travers de divers mécanismes: a) la vérification des comptes, qui comprend le contrôle des dépenses réalisées dans le cadre des programmes par l'organe supérieur de contrôle de la Fédération (niveau législatif) et l'organisme de contrôle interne (niveau du gouvernement fédéral); (b) des rapports budgétaires trimestriels publiés, où figurent les résultats, les progrès réalisés et le budget de fonctionnement pour les programmes sociaux; et (c) la diffusion de l'information.

Les informations concernant les programmes sociaux sont publiques et disponibles gratuitement, en vertu des dispositions de la loi fédérale sur la transparence et l'accès à l'information publique.

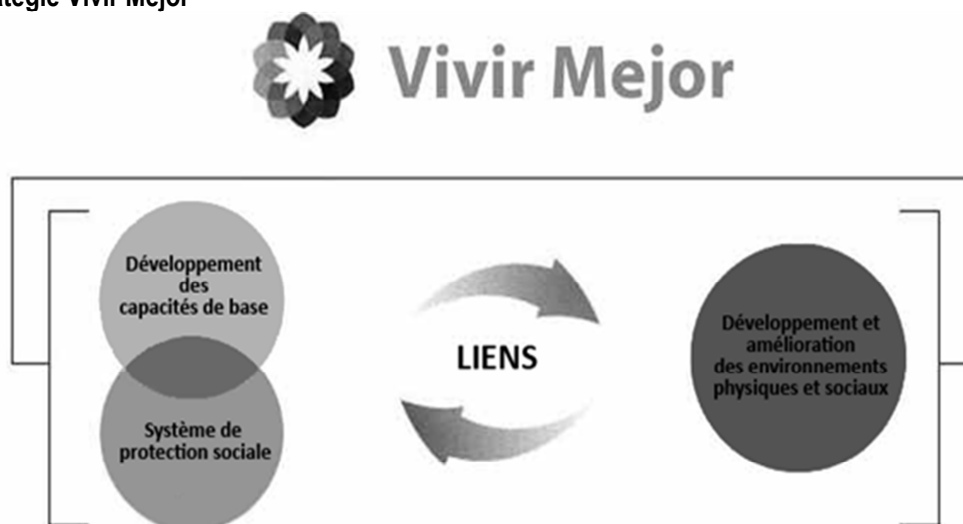
Au cours des dix dernières années, le Mexique est parvenu à institutionnaliser sa politique de développement social. L'administration du gouvernement fédéral s'effectue principalement au travers du SEDESOL.

La stratégie *Vivir Mejor*: exemples de programmes

Les principaux objectifs et défis que s'est fixés le gouvernement mexicain sont améliorer les conditions de vie, atteindre le développement humain et élever la qualité de vie de la population mexicaine, et en particulier des groupes aux ressources faibles et historiquement plus vulnérables aux aléas, qu'il s'agisse de crises économiques, de phénomènes météorologiques ou encore du changement climatique.

Afin d'atteindre ces objectifs, le gouvernement met tout en œuvre pour construire un système de sécurité sociale protégeant les familles touchées par des imprévus, comme les crises économiques, le chômage, les catastrophes naturelles ou les maladies pouvant avoir un impact négatif sur le patrimoine familial et le développement personnel.

Figure 3. Stratégie *Vivir Mejor*



Afin de parvenir à cet objectif, le gouvernement mexicain a créé la stratégie *Vivir Mejor* qui regroupe l'ensemble des actions et des programmes qui constituent la politique sociale du gouvernement et, en général, la politique publique de l'administration actuelle.

La stratégie *Vivir Mejor*

Vivir Mejor est une stratégie qui oriente les actions entreprises par le gouvernement fédéral vers un même objectif, celui du développement social humain, empêchant ainsi les chevauchements ou les mesures inefficaces, et permettant d'utiliser au mieux les ressources publiques.

Elle favorise l'égalité des chances pour les personnes pauvres afin de renforcer la participation sociale et de réduire ainsi les inégalités au sein de la population et entre les régions.

Ses objectifs sont les suivants:

- garantir à tous les Mexicains un accès approprié à l'alimentation, à l'éducation, à la santé, au logement et aux services de base dans leurs foyers et leurs communautés;

-
- protéger la population contre des conditions de vulnérabilité et des risques tels que la maladie, le chômage ou les catastrophes naturelles;
 - réduire les inégalités entre les régions et en leur sein, tout en renforçant les liens communautaires;
 - garantir des possibilités d'emploi et de revenu plus nombreuses et de meilleure qualité;
 - réaliser ces actions en respectant l'environnement naturel des communautés.

Le défi principal de cette stratégie est de s'assurer que l'ensemble de la population dispose des outils nécessaires à l'amélioration de sa qualité de vie par ses propres moyens, sans s'en priver par un manque de possibilités ou sans compromettre l'héritage des générations futures.

Vivir Mejor témoigne d'un engagement manifeste à préserver la dignité des personnes, et en particulier de celles disposant de peu de ressources et de celles marginalisées en raison de leur âge, d'un handicap, de leur lieu de résidence ou d'un manque de possibilités.

Par son biais, des actions sont entreprises afin de faire respecter les droits fondamentaux des personnes afin qu'elles puissent jouir pleinement d'une bonne qualité de vie, que leur insertion sociale complète soit facilitée et qu'elles profitent du développement économique.

La stratégie *Vivir Mejor* cherche à promouvoir les aspects suivants:

- le développement des compétences en vue d'accroître le patrimoine et la productivité des individus, ce qui passe par l'égalité des chances pour l'ensemble de la population, et en particulier pour les filles et les enfants, en assurant pour cela l'accès à la nourriture, à l'éducation, à la santé et en garantissant une personnalité juridique;
- un réseau de protection social qui vise à préserver et à restaurer le capital physique et humain, à garantir l'accès à des services sociaux de base et à éviter toute exclusion ou marginalisation provoquée par des situations d'urgence. Ce réseau a pour but de fournir une protection contre la perte d'emploi, de réduire les coûts de santé exorbitants et de fournir de l'aide aux personnes et aux groupes vulnérables pour faire face aux catastrophes naturelles et aux conjonctures économiques difficiles;
- la création de liens entre les politiques sociales et économiques afin d'améliorer les compétences et les aptitudes des individus de manière à les intégrer pleinement au développement économique;
- le développement ou l'amélioration de l'environnement dans lequel vivent les familles afin d'assurer des conditions favorables au développement, à l'amélioration de la qualité du logement, l'incitation à se constituer un patrimoine familial et personnel, et un meilleur accès aux infrastructures sociales de base, tous ces éléments ayant un impact majeur sur des domaines comme la santé, l'éducation et la communication.

Vivir Mejor articule l'ensemble des programmes sociaux fédéraux (tableau 2). Cette stratégie repose sur la coordination interinstitutionnelle et implique le SEDESOL ainsi que d'autres organismes fédéraux, tels que les ministères de l'Éducation; de la Santé; du Travail et de la Protection sociale; et de l'Économie, l'Agriculture, l'Élevage, le Développement rural, la Pêche et l'Alimentation. Des informations supplémentaires sont disponibles à l'adresse suivante: www.presidencia.gob.mx/vivirmejor/.

Tableau 2. Vivir Mejor et les programmes du SEDESOL, 2010

Développement des capacités	Systèmes de protection sociale
<ul style="list-style-type: none">■ Programme de développement humain <i>Oportunidades</i>■ Aide alimentaire■ Programme d'approvisionnement rural■ Distribution de lait	<ul style="list-style-type: none">■ Programme <i>70 y más</i>■ Emplois temporaires■ Programme d'assistance aux ouvriers agricoles migrants■ Programme de soutien aux organismes de la femme pour la prévention contre la violence
Ponts socio-économiques	Développement de l'environnement
<ul style="list-style-type: none">■ Programme de garderies pour soutenir les mères actives■ Programme de garderies pour soutenir les mères actives■ Options de production■ Fonds national pour la promotion de l'artisanat	<ul style="list-style-type: none">■ Programme pour le développement des zones prioritaires■ Programme «3X1» pour les migrants■ Aide aux citoyens ayant un faible patrimoine pour légaliser les zones d'habitat informel■ Programme «Habitat»■ Sauver les espaces publics■ Programme <i>Tu Casa</i>■ Logement rural■ Programme de co-investissement social

N.B.: les informations concernant les divers programmes sociaux du SEDESOL sont disponibles à l'adresse suivante: www.sedesol.gob.mx.

Les programmes remarquables coordonnés par le SEDESOL

Le gouvernement mexicain, par le biais du SEDESOL, a mis en place des programmes qui, grâce à des évaluations internes et externes, sont reconnus pour leurs succès dans le domaine du développement social et humain des personnes vivant dans la pauvreté. Les gouvernements étrangers ont pris note de ces réussites, parmi lesquelles figurent le programme de développement humain *Oportunidades*, le programme de garderies et le programme *70 y más*.

Programme de développement humain *Oportunidades*

L'objectif du programme *Oportunidades* est de contribuer à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté extrême par l'accroissement des capacités dans les secteurs de l'éducation, de la santé et de la nutrition pour les familles vivant dans la pauvreté dans les zones rurales et urbaines.

Le programme de l'année 2010 fournit les prestations suivantes:

- **une aide alimentaire** (en espèces et par la livraison de compléments alimentaires) destinée à améliorer l'alimentation des membres des familles bénéficiaires, et en particulier des enfants, des femmes enceintes et des mères qui allaitent;
- **des bourses** en espèces pour les étudiants dans l'enseignement primaire et secondaire qui poursuivent et achèvent leurs études;
- un accès garanti à un paquet de services de santé de base pour améliorer la santé et la nutrition des membres des familles bénéficiaires;

-
- **une aide supplémentaire** pour renforcer le développement des enfants de 0 à 9 ans consistant en une indemnisation aux familles pour l'augmentation du coût de la nourriture et de l'énergie, pour améliorer la qualité de vie des adultes de 70 ans et plus, et pour encourager la poursuite des études et l'achèvement du deuxième cycle de l'enseignement secondaire.

Afin de percevoir l'aide du programme, les familles admissibles doivent se conformer aux diverses exigences ou coresponsabilités, qui comprennent: une assiduité scolaire minimale, la présence à des rendez-vous médicaux fixés au préalable et la participation à divers ateliers consacrés à la santé, à l'hygiène et à la nutrition.

Le programme a commencé en 1997 sous la forme d'un projet pilote dénommé programme pour l'éducation, la santé et la nutrition (PROGRESA) et concernant 300 000 familles. Depuis 2002, celui-ci a adopté une approche plus large et plus exhaustive en plus d'une perspective prenant en compte le cycle de vie afin de répondre aux besoins de tous les membres de la famille, de la femme enceinte aux personnes âgées. Par la suite, son nom a été changé en *Oportunidades*.

Ce processus a renforcé l'architecture institutionnelle et les outils du programme, qui ont été placés sous un régime de coordination interinstitutionnel avec les ministères du Développement social, de l'Éducation et de la Santé. Son budget est le plus élevé parmi les programmes de lutte contre la pauvreté. En 2009, il était de 47 575 millions de pesos (environ 3,8 millions de dollars) tandis qu'il est de 62 335 millions de pesos (5,1 millions de dollars) en 2010. Il convient de noter que le programme *Oportunidades* a un coût opérationnel de moins de trois pour cent pour chaque dollar investi, ce qui en fait l'un des programmes de transferts sociaux les plus efficaces au monde.

En 2000, ce sont 2,5 millions de familles qui ont reçu une aide par le biais du programme, mais son objectif en 2010 est de couvrir 5,8 millions de familles. Cela signifie que plus d'un quart de la population totale recevra une aide en provenance du programme *Oportunidades*. Il convient de noter que depuis 2009, il inclut un nouveau modèle permettant de renforcer la lutte contre la pauvreté urbaine.

Ces dernières années, le programme a été adapté aux contextes national et international. Au cours de cette période, le monde a connu deux des crises les plus graves auxquelles l'humanité ait eu à faire face: la crise alimentaire de 2008 et la crise économique de 2009, qui ont eu pour conséquence un accroissement de la pauvreté dans le monde, y compris au Mexique.

Où en est la situation au Mexique? La pauvreté extrême est en train de se déplacer des campagnes vers les villes alors qu'*Oportunidades* avait renforcé sa présence dans les zones rurales. Ainsi, antérieurement à la crise, il s'avérait nécessaire d'entreprendre l'élargissement du programme afin de lutter contre la pauvreté extrême dans les zones périurbaines du pays. Par conséquent, en 2010, le programme a élargi non seulement l'étendue de sa couverture, mais aussi le niveau des aides.

Oportunidades 2010 intègre un nouveau modèle de service dans les zones urbaines. Les caractéristiques principales de ce modèle sont les suivantes:

- ciblage multidimensionnel au niveau des ménages;
- accès à une couverture plus large de services de santé qui répondent aux dynamiques des villes et aux problèmes épidémiologiques qui leur sont propres;
- augmentation des montants des bourses d'études du fait de coûts d'opportunité plus élevés observés dans les zones urbaines;

-
- une aide compensatoire aux ménages avec de jeunes enfants (0 à 9 ans) pour parvenir à une couverture quasiment universelle dans les écoles primaires;
 - des primes à la réussite scolaire;
 - un nouveau système de coresponsabilités offrant plus de souplesse dans sa mise en œuvre et prenant en compte les activités, le transport et les horaires des personnes dans les zones urbaines;
 - une méthode de paiement électronique afin de faciliter les transactions à destination des bénéficiaires ne possédant pas de compte bancaire et d'améliorer la transparence du fonctionnement du programme.

En 2010, *Oportunidades* va étendre sa couverture à 600 000 familles supplémentaires et va augmenter les prestations à destination des familles, en octroyant une aide à tous les enfants de moins de neuf ans. Grâce à cette extension, le programme concernera désormais 5 800 000 familles, soit un Mexicain sur quatre.

Afin de s'assurer que soient incluses uniquement les familles véritablement dans le besoin, une technologie de pointe est utilisée afin de permettre l'identification des familles admissibles en quelques secondes seulement, avec une précision de 100 pour cent.

Les résultats des évaluations qui ont été conduites (études d'impact de 2003, 2004 et 2001-2006, INSP) montrent que le programme a eu des effets positifs sur:

- **l'éducation dans les zones rurales, ayant pour résultats:**

- 85 pour cent d'inscriptions en première année à l'école secondaire
- la probabilité que 42 pour cent des garçons et 33 pour cent des filles intègrent l'école secondaire;
- un allongement d'une année de scolarisation prévu chez les élèves âgés de 15 à 18 ans;

- **la santé:**

- une augmentation des examens médicaux préventifs de l'ordre de 35 pour cent dans les zones rurales et de 20 pour cent dans les zones urbaines;
- une réduction de 20 pour cent, dans les zones rurales, du nombre moyen de jours de maladie par famille pour le groupe d'âge des 0-5 ans (l'équivalent de deux jours par an) et de 11 pour cent pour le groupe des 16 à 49 ans (équivalent à 6 jours par an);
- une réduction de 11 pour cent de la mortalité maternelle et une diminution de 2 pour cent de la mortalité infantile;

- **l'alimentation dans les zones urbaines:**

- une augmentation de la taille des enfants, les enfants de moins de 24, 12 et 6 mois inclus dans le programme avant d'avoir 6 mois mesurant en moyenne 1,42 cm de plus;
- une augmentation de la consommation totale des familles de l'ordre de 22 pour cent dans les zones rurales et de 16 pour cent dans les zones urbaines;

■ **les autres impacts:**

- une probabilité de 33 pour cent plus grande que les ménages s'engagent dans des activités de microentreprise;
- une tendance nette associant une plus grande autonomisation des femmes et une meilleure protection contre la violence³.

Un impact positif pour faire face à la crise

- En 2008, la population vivant en situation de pauvreté alimentaire ou de pauvreté extrême s'élevait à 19,5 millions. Toutefois, d'après les estimations du CONEVAL, sans les transferts du gouvernement fédéral, la population touchée par la pauvreté alimentaire aurait augmenté de 2,6 millions, ce qui signifie qu'elle compterait aujourd'hui 22,1 millions d'individus (soit 13,5 pour cent).
- Se basant sur l'enquête nationale sur les revenus et les dépenses des ménages (ENIGH) menée par l'Institut national de statistiques et de géographie (INEGI), le SEDESOL estime qu'en 2008, en l'absence du programme *Oportunidades*, pas moins de 9,6 pour cent de la population aurait été touchée par la pauvreté alimentaire, soit 21,3 millions d'individus.
- Ces résultats démontrent l'importance des programmes de transferts en provenance du gouvernement fédéral et plus particulièrement la pertinence du programme *Oportunidades*.

Programme de garderies pour soutenir les mères actives

Le programme de garderies pour soutenir les mères actives vise à réduire la vulnérabilité des familles ayant des enfants, garçons ou filles, âgés entre 1 an et 3 ans 11 mois, et dont le chef de famille est une mère ou un père célibataire actif. Toutefois, le programme a également pour but de venir en aide aux ménages pauvres ou risquant de basculer dans la pauvreté qui ne disposent pas d'un second revenu, en augmentant pour cela leurs chances d'accéder au marché du travail.

Aujourd'hui, 93 pour cent des bénéficiaires sont des actifs, 3 pour cent sont actifs et poursuivent en même temps des études, 2 pour cent poursuivent des études et 5 pour cent sont à la recherche d'un emploi. Ces chiffres soulignent l'importance du fait que 55 079 femmes obtiennent un premier emploi grâce au réseau de garderies soutenant les mères actives. Celui-ci a créé 43 139 sources directes d'emploi parmi les gestionnaires et les personnes responsables des établissements en s'occupant de leurs propres enfants et des enfants de leurs voisins.

Le programme 70 y más

Le programme *70 y más* a débuté en 2007 et vise à contribuer à la réduction des inégalités sociales rencontrées par les personnes âgées de plus de 70 ans par le biais d'actions orientées vers la promotion de la protection sociale.

³ Voir l'étude: «El Programa de *Oportunidades* examinado desde el Género, Coordinado por María de la Paz López y Vania Salles», ed. UNIFEM, Colegio de México et *Oportunidades*, décembre 2006.

De par son statut de système de retraite non contributif, le programme garantit une aide économique de 500 pesos par mois aux personnes âgées vivant dans les villes de plus de 30 000 habitants. Par ailleurs, des activités supplémentaires leur sont proposées afin d'améliorer leur qualité de vie.

Le programme est coordonné avec d'autres programmes et institutions afin d'offrir au groupe cible l'accès à d'autres services et à d'autres aides.

L'assurance sociale au travers du programme d'assurance-maladie *Seguro Popular*

Dans le cadre de l'action menée par le réseau de protection sociale, le programme *Seguro Popular* (assurance-maladie) est exemplaire. Administrée par le ministère de la Santé, cette assurance publique volontaire fournit un ensemble préétabli de services de santé, réduisant ainsi le nombre de familles qui s'appauvrissent chaque année en raison du coût des soins de santé.

Le programme s'adresse aux personnes à faible revenu, aux sans-emploi et aux travailleurs autonomes.

Les bénéficiaires de *Seguro Popular* ont accès aux traitements des maladies inclus dans le Catalogue universel de services de santé essentiels, qui couvrent 100 pour cent des services médicaux offerts dans les centres de santé (premier niveau) et 95 pour cent des services dans les hôpitaux (deuxième niveau) et des médicaments associés. Ils ont également accès aux traitements de maladies compris dans un fonds de protection contre les dépenses catastrophiques.

Au 31 octobre 2010, *Seguro Popular* avait réussi à attirer environ 40 millions de personnes à travers le pays. En 2011, la couverture maladie universelle devrait être atteinte, ce qui signifie que 49 millions d'individus auront accès aux services médicaux et à des médicaments gratuits.

Conclusions

Au fil du temps, le Mexique a mis en place un système de sécurité sociale et s'est doté d'outils de protection sociale dans le but d'assurer le bien-être de tous les Mexicains. Ces dernières années, le gouvernement mexicain s'est donné comme priorité la lutte contre la pauvreté par des programmes ciblés, des transferts de revenus et des programmes différenciés.

Au XXI^e siècle, en raison des exigences imposées par la transition démocratique du pays, de l'intégration au sein des marchés mondiaux et des objectifs du Millénaire pour le développement, le gouvernement mexicain a cherché à créer des synergies positives entre la croissance économique et la justice sociale. Dans le contexte de modernisation économique, celui-ci a voulu innover et concevoir un système de protection sociale qui prenne en compte les équilibres macroéconomiques et favorise la démocratie participative et inclusive.

En 2008, une stratégie intégrée de coordination interministérielle, la stratégie *Vivir Mejor*, a été lancée. Celle-ci prend en considération la totalité du cycle de vie des individus et de leurs familles, et met l'accent sur le développement humain durable afin d'éliminer la pauvreté et ses causes structurelles. Elle a favorisé des réalisations qui ont renforcé le système de protection sociale et qui contribuent à promouvoir une plus grande participation de la population.

Le Mexique a développé, sur une longue période, des systèmes de sécurité sociale et une protection sociale. Il a ainsi pu réaliser des progrès significatifs sur les questions institutionnelles et améliorer l'étendue de la couverture et la qualité des infrastructures et des services. L'expérience montre qu'afin d'avoir un impact réel sur les causes de la pauvreté et des inégalités, et de soutenir les politiques sociales qui assurent un respect des droits sociaux de tous ainsi qu'une protection sociale pour tous (surtout pour les populations risquant de perdre leur emploi, les personnes âgées, les personnes malades, les personnes faisant face à des risques de catastrophes naturelles, etc.), il est nécessaire d'insérer ces programmes dans une stratégie globale et de se doter d'une architecture institutionnelle assurant la stabilité des politiques sociales.

En somme, il s'avère qu'au Mexique les programmes de transferts et les autres programmes ayant démontré un succès dans la réduction de la pauvreté et la promotion du développement humain sont ceux qui sont intégrés dans une stratégie nationale de politique sociale, au sein d'un cadre institutionnel favorisant leur articulation, la coordination entre les organismes et la participation de tous les secteurs de la société.

ⁱ Estimations nationales, Conseil national de la population (*Consejo Nacional de Población*, CONAPO), 2010.

ⁱⁱ *Ibid.*

ⁱⁱⁱ *Ibid.*

^{iv} *Ibid.*

^v Ministère de la Santé (Secretaría de Salud), 2010.

^{vi} Sauf indication contraire, le dollar s'étend du dollar des Etats-Unis.

^{vii} Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde 2008* et *Financement du développement dans le monde 2008*.

^{viii} *Ibid.*

^{ix} Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), 2005.

^x Institut national de statistiques et de géographie, (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI), deuxième trimestre 2010.

^{xi} *Ibid.*

^{xii} PNUD: *Rapport sur le développement humain, 2009*.

^{xiii} *Ibid.*

14. Mozambique

Population ⁱ	22 382 533
Répartition par âge (%)	
0-14 ans	44,1
15-64 ans	52,7
65 ans et plus	3,2
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	93
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	48,7
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	47,1
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	520
PIB par habitant	
En dollars E.U ^{iv} courants ^v	473
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vi}	981
Monnaie locale constante	7 223
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{vii}	165
Indicateurs de pauvreté IDH – rang pour l'indicateur de la pauvreté humaine	127

Mise en place d'un Socle de protection sociale

Miguel Mause

Nuno Cunha

Résumé

Le Mozambique a récemment approuvé la stratégie nationale pour la sécurité sociale de base (avril 2010) et le règlement sur la sécurité sociale de base (décembre 2009) qui ont ouvert la voie à un modèle intégré qui peut être considéré comme une nouvelle étape vers la création d'un Socle national de protection social (SPS).

Auparavant, en 2007, la loi sur la Protection sociale (4/2007) avait déjà amorcé cette création en organisant un système de protection à trois niveaux avec une sécurité sociale de base, une sécurité sociale obligatoire et une sécurité sociale complémentaire.

Par conséquent, en mettant en place des mécanismes de financement divers (contributifs et non contributifs) et en offrant un ensemble de prestations et de mécanismes possibles qui coïncident avec la définition du SPS, le cadre juridique crée une base légale inclusive. Ce règlement constitue un pas en avant dans la mesure où il considère l'universalisation de la sécurité sociale comme un objectif et souligne, en outre, que l'extension de la protection sociale devra être progressive et dépendre des capacités nationales.

Le règlement sur la sécurité sociale de base divise la sécurité sociale de base en quatre zones d'intervention en rapport avec le Socle de protection sociale:

- *Action sociale directe.* Gérée par le ministère de la Femme et de l'Action sociale, elle comprend des transferts sociaux qui visent à répondre aux besoins des populations les plus vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladies chroniques et ménages comptant des orphelins et des enfants vulnérables) et à apporter une réponse aux situations de vulnérabilité transitoire;
- *Action sociale pour la santé.* Gérée par le ministère de la Santé, elle assure l'accès universel des populations les plus vulnérables aux soins de santé primaires;
- *Action sociale pour l'éducation.* Gérée par le ministère de l'Education, elle encourage les populations les plus vulnérables à prendre part au système éducatif;
- *Action sociale productive.* Cogérée par différents secteurs, et notamment celui de l'insertion sociale, à travers des programmes de travail, elle s'adresse aux femmes chefs de famille, aux personnes handicapées et aux personnes vivant dans la pauvreté absolue.

L'adoption du règlement sur la sécurité sociale de base constitue une avancée de taille dans la mise en œuvre du socle de protection sociale au Mozambique, mais représente également un défi majeur, compte tenu de la capacité institutionnelle des organismes nationaux concernés.

Parmi les sujets de discussion se trouvent l'efficacité des dispositifs, la définition des priorités et le financement de la stratégie et de l'espace fiscal.

A propos des auteurs

Miguel Mause, directeur national de l'action sociale au ministère de la Femme et de l'Action sociale du Mozambique.

Nuno Cunha, coordinateur du projet STEP (Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et le Pauvreté) pour le Mozambique, Département de la Protection sociale, Bureau international du Travail.

Introduction

Le Mozambique a récemment adopté une stratégie (stratégie nationale pour la sécurité sociale de base) ainsi qu'un règlement (décret n° 85/2009) relatif au sous-système de sécurité sociale de base. Ce dernier, avec la loi n°4/2007 (loi de protection sociale) et le règlement pour une sécurité sociale obligatoire, établit la base pour un modèle intégré qui peut être considéré comme une avancée vers la création d'un socle de protection sociale.

Ce cadre juridique crée une base légale inclusive, en mettant en place des mécanismes de financement divers (contributifs et non contributifs) et en offrant un ensemble de prestations et de mécanismes possibles qui coïncident avec la définition du socle de protection sociale. Le règlement pour le sous-système de sécurité sociale de base constitue un véritable progrès; en effet, il protège les droits fondamentaux, se fixe comme objectif l'universalisation de la protection sociale et souligne, en outre, que l'extension de la protection sociale sera progressive et dépendra des capacités nationales.

Ainsi, grâce à l'adoption de ce nouveau règlement, le Mozambique dispose désormais d'un ensemble complet d'instruments juridiques. D'une part, la loi de protection sociale établit trois piliers de protection sociale: la sécurité sociale de base non contributive, la sécurité sociale obligatoire ou contributive et l'assurance privée complémentaire. D'autre part, le règlement relatif au sous-système de sécurité sociale de base définit quatre zones d'intervention: l'action sociale directe (transferts en espèce ou en nature), l'action sociale pour la santé, l'action sociale pour l'éducation et l'action sociale productive. De plus, le règlement pour une sécurité sociale obligatoire prévoit l'extension des mécanismes d'assurance sociale aux travailleurs indépendants.

Les trois piliers de protection sociale fournissent diverses solutions pour parvenir à l'extension de la couverture sociale et à la mise en œuvre d'un socle de protection sociale. Néanmoins, bien qu'il constitue une avancée importante, un bon cadre juridique ne suffit pas à assurer une édification réussie d'un socle de protection sociale.

La présente étude de cas porte sur les avancées les plus récentes en matière de sécurité sociale destinées aux populations les plus vulnérables qui instaurent un «ensemble de droits et de transferts sociaux essentiels» selon les termes de la définition retenue par l'Initiative pour un Socle de protection sociale.

Sur le plan politique, la stratégie nationale pour une sécurité sociale de base (*Estratégia Nacional de Segurança Social Básica*, ENSSB) définit trois objectifs: a) l'extension de la couverture et de l'impact des programmes, b) l'amélioration de l'efficacité du système et c) la gestion de la coordination des différents programmes et services. La définition de la stratégie a été réalisée sous la direction du ministère de la Femme et de l'Action sociale (MMAS) qui sera responsable de sa mise en œuvre. Celle-ci nécessitera néanmoins une étroite coordination avec d'autres ministères ainsi qu'avec des partenaires nationaux et internationaux.

Différents mécanismes de coordination existent déjà. Le règlement prévoit la création d'un Conseil national de la sécurité sociale de base, qui sera dirigé par le ministère de la Femme et de l'Action sociale, ainsi que la participation de ministères d'autres secteurs qui prendront part à la mise en œuvre de la stratégie. Au niveau politique, le Groupe de travail sur l'action sociale, à l'origine des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP), a joué un rôle consultatif majeur en définissant la stratégie. Il constitue également un espace de discussions entre le gouvernement et les partenaires de coopération nationaux et internationaux. Le gouvernement et les partenaires voient le groupe de travail comme un espace privilégié pour définir les stratégies communes destinées à promouvoir l'agenda pour l'extension de la sécurité sociale. Un deuxième groupe de travail qui appuie le

Programme de subvention alimentaire (*Programa Subsídio de Alimentos*, PSA) se concentre davantage sur les développements au niveau opérationnel.

Il n'est pas inutile de rappeler que le Mozambique possède l'un des plus vieux programmes de transferts non contributifs d'Afrique, le Programme de subvention alimentaire (PSA). Il s'agit d'un programme public à l'échelle nationale, créé par l'Institut national d'action sociale il y a de cela 20 ans environ, ce qui en fait l'inspirateur des mesures actuelles destinées à étendre les prestations de sécurité sociale de base. Ce programme sera abordé plus en détail dans une partie ultérieure.

Bien que ces progrès représentent une réelle réussite pour le secteur, une extension à grande échelle de la protection reste un défi important. La manière dont le secteur parviendra à faire face aux difficultés qu'engendrera la stratégie dans les années à venir sera primordiale pour l'avenir de la protection sociale dans le pays. L'efficacité des programmes, la définition des priorités, le financement de la stratégie et la marge de manœuvre budgétaire figureront très certainement parmi les principales problématiques qu'aura à aborder le ministère de la Femme et de l'Action sociale dans un avenir proche.

Contexte

Information générale

Le Mozambique est situé dans le sud de l'Afrique et occupe un territoire d'environ 800 000 km². Il dispose d'un littoral de 2 500 km sur l'Océan Indien et est bordé par six pays. Avec une population de plus de 22 millions de personnes, le Mozambique est sans conteste un pays avec un fort potentiel qui devra toutefois relever différents défis. Au sortir de la guerre civile en 1992, le Mozambique était l'un des pays les plus pauvres au monde, avec, entre autres, des infrastructures anéanties, une économie fragile, un manque de travailleurs qualifiés et une fragilité extrême. Dans les décennies qui ont suivi les premières élections libres en 1994, le pays a été montré en exemple pour ses bonnes performances économiques. L'indice de développement humain est notamment passé de 0,195 en 1990, à 0,224 en 2000 et à 0,284 en 2010, et la pauvreté absolue a été fortement réduite (de 69 pour cent en 1997 à 54 pour cent en 2003). Cependant, les données du dernier rapport national d'évaluation de la pauvreté montrent que peu d'efforts ont été faits pour éradiquer la pauvreté entre les années 2002 et 2008. La pauvreté absolue est encore élevée avec un taux de 54,7 pour cent comparé à 54,1 pour cent en 2002, les inégalités sociales ont augmenté, et le travail informel et l'emploi rural jouent toujours un rôle majeur dans l'économie. Pour cette raison, une part importante de la population est toujours exclue des systèmes de protection sociale.

Croissance économique

Le Mozambique a connu une période de croissance économique qui a duré plus de 15 ans. Entre 2001 et 2006, le produit intérieur brut (PIB) a augmenté en moyenne de 8,7 pour cent par an¹. Malgré un ralentissement de la croissance en 2008, le gouvernement table sur le maintien d'une croissance constante dans les années à venir (Plan d'action pour la réduction de la pauvreté absolue, *Plano de Acção para a Redução da Pobreza Absoluta II*, ou document de stratégie pour la réduction de la pauvreté). Ce développement économique

¹ PNUD: *Mozambique National Human Development Report*, 2007.

est fondé sur l'investissement privé dans le capital physique et sur des niveaux plus élevés de dépenses publiques. Ces investissements servent en grande partie au financement de grands projets d'infrastructures, à l'image de la fonderie Mozal destinée à la production d'aluminium. Ils ont également été utilisés pour réparer et restaurer les infrastructures après la guerre.

Actuellement, le développement de l'industrie extractive offre d'importantes perspectives de croissance économique; à cet égard, plusieurs investissements d'envergure ont d'ores et déjà été réalisés pour la construction d'un oléoduc et d'autres infrastructures. La question de savoir comment le pays devrait gérer ces opportunités représente donc le débat principal parmi les membres du gouvernement et de la population du Mozambique. La taxation de ces investissements est une autre question particulièrement intéressante. Certains considèrent que les retombées de ces grands projets sur la population dans son ensemble ont été limitées. La manière dont le gouvernement a mené à bien certains contrats d'extraction et a fait bénéficier certaines entreprises de mesures d'exemption fiscale est au cœur des débats. L'un des défis consistera à trouver un compromis entre, d'une part, la promotion de la croissance économique et, d'autre part, les recettes tirées de cette croissance.

La pauvreté et la vulnérabilité

Les données du dernier rapport national d'évaluation de la pauvreté (ministère de la Planification et du Développement, 2010) indiquent que 54,7 pour cent de la population du Mozambique vit en dessous du seuil de pauvreté. Malgré une forte baisse de 15,3 pour cent entre 1997 et 2002 (passant de 69,4 à 54,1), le taux de pauvreté semble stagner, au moins en termes de consommation.

L'Enquête à indicateurs multiples (MICS) réalisée en 2008 montre également des tendances intéressantes. Par exemple, la mortalité juvénile a chuté de 15 points au cours des cinq années précédant l'enquête, pour passer de 153 à 138 décès pour 1 000 naissances vivantes (ce qui équivaut à une réduction de 9,8 pour cent). Sur le plan alimentaire, l'étude révèle que 44 pour cent des enfants souffraient de malnutrition chronique, contre 48 pour cent en 2003. Néanmoins, toujours selon l'enquête, 18 pour cent des enfants de moins de cinq ans accusent des insuffisances pondérales pour leur âge.

De plus, certains indicateurs se sont améliorés; c'est le cas de l'IDH qui est passé de 0,224 en 2000 à 0,284 en 2010². Au cours de la même période, le taux brut de scolarisation dans les secteurs primaire, secondaire et supérieur est passé de 37,3 à 54,8 pour cent. Enfin, la longévité, mesurée par l'espérance de vie à la naissance, a légèrement augmenté de 0,8 pour cent³.

Si ces avancées sont indéniables, leurs effets n'ont pas été ressentis à un même degré par les divers groupes sociaux du pays. Des inégalités causées par une croissance rapide persistent entre les habitants des zones rurales et des zones urbaines, entre les hommes et les femmes ainsi qu'entre les plus pauvres et les plus riches, et pourraient diminuer

² Fondé sur une nouvelle méthode de calcul, disponible sur: <http://hdrstats.undp.org/fr/pays/profils/MOZ.html>.

³ PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2010.

l'impact positif de la croissance économique sur la réduction de la pauvreté⁴. Ces inégalités se retrouvent également entre les différentes régions. Par exemple, le PIB par habitant pour la ville de Maputo est en moyenne trois fois supérieur à la moyenne nationale⁵. Sans compter les inégalités dans l'accès aux services.

Les principaux risques auxquels sont confrontés les ménages les plus pauvres dans les zones urbaines et rurales sont la faim, la maladie ou le décès d'un membre de la famille, le chômage et les pertes de récolte⁶. Bien que la réduction de la pauvreté ait été plus importante dans les zones rurales, les ménages les plus pauvres se situent toujours de manière disproportionnée dans le secteur agricole, en raison de leur plus grande vulnérabilité aux aléas climatiques, comme les sécheresses ou les crues saisonnières, et aux variations saisonnières du revenu. Les données de l'enquête sur la pauvreté et la vulnérabilité réalisée en 2006 montrent une amélioration continue de l'accès aux services publics, notamment dans les domaines de la santé et de l'éducation. D'importantes disparités entre les hommes et les femmes existent également en matière de pauvreté, car, en général, ces dernières ne disposent pas (particulièrement dans les zones rurales) des mêmes possibilités de génération de revenus.

Une autre menace de taille à laquelle fait face le Mozambique est le VIH et le sida. En 2010, la prévalence du VIH à l'échelle nationale était de 11,5 pour cent (Institut national des statistiques/ministère de la Santé). L'augmentation des taux d'infection est due à la plus grande mobilité des travailleurs, à l'urbanisation et au phénomène de féminisation de l'épidémie. Si des solutions ne sont pas trouvées pour remédier à ces facteurs, et si les stratégies de traitements ne sont pas davantage étendues, le nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables augmentera et le nombre de personnes qualifiées diminuera, entraînant une réduction de la main d'œuvre⁷.

Le cadre juridique et institutionnel de la protection sociale

La mise en place d'un socle de protection au Mozambique est facilitée par la présence d'un cadre de travail légal complet et large. Le premier élément de ce cadre de travail est la loi n° 4/2007 (la loi de protection sociale) qui jette les bases de l'organisation du système de protection sociale. Cette loi définit les principaux composants du système de protection sociale et attribue les responsabilités pour les prestations de protection sociale à trois niveaux, qui correspondent aux différentes dimensions du socle de protection sociale⁸.

⁴ Banque mondiale: *Beating the Odds: Sustaining inclusion in Mozambique's Growing Economy*, 2008.

⁵ PNUD: *Mozambique National Human Development Report*, 2007.

⁶ Banque mondiale: *Beating the Odds: Sustaining Inclusion in Mozambique's Growing Economy*, 2008.

⁷ *Ibid.*

⁸ La métaphore permettant d'illustrer l'extension de la couverture de la sécurité sociale est celle d'un escalier de la sécurité sociale. Le rez-de-chaussée comprend un ensemble de garanties élémentaires pour tous. Pour les personnes ayant les moyens de payer des impôts ou de reverser des cotisations, un niveau supérieur de protection peut être offert sous la forme d'un droit (juridiquement défini et garanti par rapport aux niveaux minimum) et, enfin, pour celles qui ont besoin ou éprouvent le désir

Elle sert également de base aux différents groupes de mécanismes de financements (impôts et assurances) en accord avec la répartition des fonds prévue par l'initiative pour un socle de protection sociale.

De plus, la loi n°4/2007 établit une liste de principes qui coïncident avec le socle de protection sociale: universalité et solidarité. Selon les termes de la loi, la responsabilité de la coordination générale du système incombe à la Commission consultative du travail (organisme tripartite composé de représentants du gouvernement, des travailleurs, des employeurs et de la société civile).

Le premier niveau du système de protection sociale correspond à une sécurité sociale de base qui a pour objectif de prévenir les besoins et de promouvoir l'intégration sociale des groupes les plus vulnérables. Ce niveau, dont les caractéristiques de répartition se fondent sur le concept de solidarité nationale, est financé essentiellement par l'Etat. Il s'adresse aux ménages les plus pauvres, aux personnes âgées, aux personnes handicapées, aux personnes souffrant de maladies chroniques, et aux ménages comptant des orphelins ou des enfants vulnérables. Le ministère responsable des affaires sociales (l'actuel ministère de la Femme et de l'Action sociale) est responsable de la coordination de ce premier niveau de protection sociale.

Le deuxième niveau correspond à la sécurité sociale obligatoire et inclut les prestations provenant des divers mécanismes d'assurance sociale ou contributifs. L'organisme responsable de ce niveau est l'Institut national de sécurité sociale (INSS), qui dépend du ministère du Travail. Créé il y a 20 ans, l'INSS couvre les salariés du secteur privé. Il existe à ce niveau un sous-système destiné aux fonctionnaires, dont la responsabilité incombe au ministère des Finances. Ce deuxième niveau inclut actuellement: les retraites, les prestations maladie et de maternité en espèces, les hospitalisations, les allocations au décès en espèce et les allocations pour les frais funéraires.

Seuls les salariés sont couverts par l'assurance sociale, ce qui correspond à une faible proportion de la population active. Ainsi, en 2008, sur une population active estimée à 9,7 millions de personnes, seuls 234 311 des 730 934 salariés inscrits au système ont reversé des cotisations. Les salariés inscrits représentent 7,5 pour cent de la force de travail économiquement active et parmi ces derniers, seuls 2,4 pour cent paient des cotisations, soit moins d'un tiers des travailleurs enregistrés. Seuls 26 437 retraités touchent une pension⁹.

Sur le plan juridique, la loi n° 4/2007 encourage l'adoption de mesures en faveur de l'extension de la sécurité sociale aux travailleurs de l'économie informelle. Aussi bien cette loi que le règlement relatif à ce niveau de sécurité sociale obligatoire visent à étendre la couverture aux travailleurs indépendants qui représentent la majorité des personnes en âge de travailler. Ils créent ainsi une possibilité juridique d'extension de la couverture aux travailleurs de l'économie informelle. Néanmoins, cette extension reste un défi à relever qui nécessite une restructuration des mécanismes et des procédures de l'Institut national de la sécurité sociale (INSS) dont le premier but originel était de ne couvrir que les

de niveaux de protection plus élevés, un «étage supérieur», comprenant des dispositifs d'assurances facultatives supplémentaires, peut être mis en place.

⁹ Institut national de la sécurité sociale (INSS) *Developing an Effective Pension System in Mozambique*, 2008, et USAID, 2009.

travailleurs salariés. Actuellement, cet institut travaille à l'établissement de conditions permettant d'inclure les travailleurs de l'économie informelle au système de protection.

Le troisième niveau de protection sociale correspond à la sécurité sociale complémentaire, qui a été mise en place pour couvrir les mécanismes privés qui viennent compléter les prestations du deuxième niveau. La responsabilité de ce niveau incombe à l'autorité nationale d'assurance. Ce niveau a principalement été conçu pour prendre en compte l'assurance privée des personnes souhaitant disposer d'une couverture supplémentaire à celle de l'INSS.

Ces trois niveaux permettent au système de protection d'offrir de nombreuses solutions pour étendre la couverture de sécurité sociale et pour mettre en place le socle de protection sociale. Néanmoins, il est important de reconnaître que s'il constitue une étape importante, un cadre juridique adapté ne suffit pas pour réussir la mise en place du socle de protection sociale.

Le règlement sur la sécurité sociale de base

Au titre du règlement relatif à la sécurité sociale de base (décret 85/2009), le système a défini des détails supplémentaires relatifs à la mise en application de la loi n°4/2007 pour des questions associées au sous-système de sécurité sociale de base. Ainsi, ce règlement détermine les droits en matière de protection sociale des groupes les plus vulnérables, définit en termes généraux les types de prestations conformes à ces droits et établit que la mise en application de ces prestations devra être progressive et dépendra des ressources du gouvernement.

Le règlement de la sécurité sociale de base crée quatre domaines d'intervention différents, relativement similaires à l'ensemble de prestations sociales garanties par le socle de protection sociale:

- **l'action sociale directe:** gérée par le ministère de la Femme et de l'Action sociale, elle comprend différents transferts sociaux destinés à répondre aux besoins des populations les plus vulnérables (personnes âgées, personnes handicapées, personnes souffrant de maladies chroniques et ménages comptant des orphelins et des enfants vulnérables) et à apporter une réponse aux situations de vulnérabilité transitoire;
- **l'action sociale pour la santé:** supervisée par le ministère de la Santé, elle garantit aux populations les plus vulnérables un accès universel aux soins de santé de santé primaires;
- **l'action sociale pour l'éducation:** sous la responsabilité du ministère de l'Education, elle encourage la participation des populations les plus vulnérables au système éducatif;
- **l'action sociale productive:** cogérée par différents secteurs, elle s'adresse aux femmes chefs de foyers, aux personnes handicapées et aux personnes vivant dans la pauvreté extrême, en travaillant notamment à l'inclusion sociale via des programmes de travail.

Le règlement prévoit également la création d'un conseil national pour la sécurité sociale de base. Il s'agira d'un groupe interministériel auquel pourraient venir se greffer des partenaires de la société civile.

La stratégie nationale pour la sécurité sociale de base

Suite à l'approbation du règlement sur la sécurité sociale de base, le besoin d'unifier et d'orienter les efforts des divers acteurs de la sécurité de base s'est fait ressentir.

Le conseil des ministres a donc approuvé la stratégie nationale pour la sécurité sociale de base (ENBSS) pour la période s'étendant de 2010 à 2014. Un de ses objectifs principaux est de promouvoir, dans le domaine de la sécurité sociale de base, une approche intégrée de la protection sociale. En outre, cette stratégie doit servir à renforcer les liens entre la sécurité sociale de base et les mesures en faveur du développement socio-économique du pays.

L'élaboration de la stratégie a nécessité la participation de différents acteurs et notamment la consultation de partenaires (agences et donateurs internationaux ainsi qu'organisations nationales de la société civile). Le Groupe de travail sur la protection sociale qui se réunit dans le cadre du plan d'action pour la réduction de la pauvreté absolue (PARPA) a joué un rôle important dans l'extension du dialogue à d'autres partenaires gouvernementaux ainsi qu'aux organisations de la société civile et aux partenaires internationaux.

Dans ce contexte, et selon la stratégie, «la sécurité sociale de base contribue à l'avènement d'une société plus inclusive, dans laquelle le développement profite aux populations les plus pauvres et les plus vulnérables, et concourt à la lutte contre la pauvreté». La sécurité sociale de base est donc considérée comme l'une des mesures nécessaires pour permettre l'intégration des personnes exclues de la société et a pour objectif que les groupes les plus exclus bénéficient des retombées économiques du Mozambique.

Ce point de vue implique donc de reconnaître que la croissance économique n'a pas été répartie également entre les différents secteurs économiques de la société et que certains groupes nécessitent une attention particulière, tel que le montrent les derniers chiffres sur la pauvreté.

Les mesures pour réduire la pauvreté, qui constituent l'élément central des objectifs de la politique du gouvernement, peuvent être en danger, et une partie de la population pourrait basculer dans la pauvreté. La stratégie nationale pour la sécurité sociale de base montre la complémentarité entre la sécurité sociale de base et le développement économique, et devrait permettre d'inclure la protection sociale au sein des politiques nationales de développement. La stratégie reconnaît, en outre, qu'il ne s'agit pas d'une tâche aisée et que des efforts supplémentaires devront être consentis dans le domaine de la sécurité sociale de base. A cet effet, elle définit sa mission de la manière suivante: «unifier et orienter les efforts des acteurs publics et privés dans les processus de planification et de mise en œuvre des mesures en faveur des personnes les plus vulnérables, afin que la sécurité sociale constitue un instrument efficace et effectif de lutte contre la pauvreté». A nouveau, il s'agit avant tout de concourir aux principaux objectifs nationaux, cependant, dans le cas présent, l'attention se porte sur les questions de coordination, d'impact et d'efficacité. Ces questions sont depuis toujours considérées comme des domaines où devraient être réalisés des progrès significatifs, et leur présence dans la définition de la mission de la stratégie témoigne de leur importance.

La stratégie définit un ensemble de principes essentiels: l'universalité, la progressivité, l'équité, l'insertion, la dimension multisectorielle, l'efficacité, la solidarité, la subsidiarité, la participation et la responsabilité. Ces principes devraient guider l'établissement des mesures clés dans les différents domaines, et ce, pendant la période de mise en œuvre de la stratégie.

Pour résumer, la stratégie nationale pour une sécurité de base a trois objectifs principaux pour la période 2010-2014. Ces objectifs, qui peuvent être définis en prenant en compte la vision, la mission et les principes de cette stratégie, sont:

- étendre la couverture et l'impact des interventions;
- améliorer l'efficacité du système;
- assurer la coordination des différents programmes et services.

Conformément à ce que prévoit le règlement, la stratégie décrit plus en détail les domaines d'intervention.

L'action sociale directe comprend trois éléments différents:

- **les transferts en espèces inconditionnels et réguliers** (qui peuvent inclure les transferts aux foyers comptant des personnes âgées ou des enfants). En se fondant sur le cas du Programme de subvention alimentaire, la stratégie perçoit la nécessité d'analyser les moyens les plus appropriés pour procéder à l'extension de ce type de prestation, en prenant en compte la dynamique de la vulnérabilité, la viabilité institutionnelle et financière, ainsi que les complémentarités avec les autres mécanismes;
- **les transferts sociaux pour une période déterminée** qui comprennent l'aide, en espèces ou en nature, apportée en cas de vulnérabilité transitoire. Deux sortes d'interventions sont envisagées: d'une part, une aide ponctuelle afin de permettre au bénéficiaire de faire face à des problèmes épisodiques; et d'autre part, une aide permettant de faire face aux problèmes temporaires à moyen terme;
- **les services sociaux**¹⁰. La stratégie définit la nécessité de répertorier l'ensemble des services sociaux (publics et privés) afin de définir des règles et des directives relatives à leur contrôle.

L'action sociale directe fait également référence au droit des bénéficiaires de disposer d'une aide pour accéder aux services de l'état civil.

La stratégie anticipe la nécessité de définir un cadre opérationnel pour l'action sociale directe, afin de disposer d'un plan détaillé de l'application des principales mesures qu'elle a préalablement définies. Actuellement, le ministère de la Femme et de l'Action sociale travaille sur la définition de ce type de prestation, en entreprenant une évaluation détaillée des coûts et la collecte d'informations à partir des processus d'évaluation, et en organisant des débats au sein du ministère et avec des partenaires. L'objectif est d'inclure d'ores et déjà certaines des prestations dans le plan et le budget de l'Etat pour l'année 2011 et, si nécessaire, de prévoir une analyse plus approfondie au titre du plan ministériel de 2011.

¹⁰ Par «services sociaux», la stratégie désigne les services fournis par différentes organisations à des groupes spécifiques de la population. Ces organisations incluent les établissements sociaux accueillant les personnes vulnérables vivant dans la pauvreté, abandonnées ou marginalisées. (Il s'agit, par exemple, de crèches, de centres d'aide pour les personnes âgées ou de centres de transit pour la prise en charge des personnes handicapées).

L'action sociale pour la santé, gérée par le ministère de la Santé, comprend les mesures visant à améliorer la santé des populations les plus vulnérables, et en particulier à favoriser l'accès aux soins de santé de base.

L'action sociale pour l'éducation englobe les mesures destinées à promouvoir la participation des enfants provenant des ménages les plus vulnérables au système éducatif. Gérée par le ministère de l'Éducation, elle peut prendre la forme, par exemple, de programmes de cantines scolaires pour les enfants du primaire, d'aides directes pour les écoles primaires ou de subventions pour l'achat de matériel scolaire destiné aux écoliers.

L'action sociale productive entre dans le cadre des actions entreprises pour favoriser l'insertion socio-économique des personnes les plus vulnérables en état de travailler. La stratégie prévoit la création d'un programme national d'action sociale productive dont la responsabilité incomberait à différents ministères (ministères des Femmes et de l'Action sociale, de l'Agriculture, des Travaux publics, de l'Administration d'État, du Travail). Ce programme doit permettre de lutter contre l'insécurité alimentaire chronique, qui s'est accentuée ces dernières années en raison des risques et des chocs structurels, ainsi que de l'impact des changements environnementaux. Sa mise en œuvre devrait être assurée à l'échelle des districts, dans une optique plus large de décentralisation. Dans le cadre du programme, un transfert social devrait s'accompagner de travaux publics en faveur de la communauté, comme l'entretien des routes, la mise en place de dispositifs d'irrigation, la gestion de l'eau, etc. La stratégie prévoit en outre la possible saisonnalité des transferts, de préférence liée à la saison de la faim, et leur attribution aux populations les plus vulnérables.

Un des principaux objectifs de la stratégie est de combiner la politique de sécurité sociale aux autres mesures politiques nationales. C'est pourquoi, comme mentionné précédemment, elle prend en compte le processus de décentralisation et souhaite assigner la responsabilité de la mise en place de certains programmes aux administrations des districts. Elle vise également à lier la sécurité sociale aux actions destinées à lutter contre l'insécurité alimentaire. Par ailleurs, des efforts sont déployés afin de mettre en évidence le lien entre les programmes de sécurité sociale de base et l'atténuation des risques (plus précisément, en cas de catastrophe naturelle). En raison de la fréquence élevée des catastrophes naturelles, les stratégies de prévention et d'atténuation de leurs effets sont une priorité de l'agenda politique national.

Le financement constitue un autre domaine dans lequel la stratégie porte des idées progressistes. Elle contient des suggestions relatives à certaines sources possibles de financement pour la sécurité sociale de base, à savoir, la création d'un fonds d'action sociale et d'un groupe de travail sectoriel avec des donateurs. Une étude analysant les différentes options à disposition devrait être réalisée très prochainement.

Le programme de subvention alimentaire

Comme mentionné précédemment, l'un des modèles de base pour l'extension de la couverture aux populations les plus vulnérables du Mozambique peut se trouver parmi l'un des transferts sociaux déjà existants: le Programme de subvention alimentaire (Programa Subsídio de Alimentos, PSA).

Il s'agit du principal programme qui entre dans le cadre de la sécurité sociale de base en termes de couverture et de longévité, et figure parmi les rares exemples de programme de sécurité sociale public et non contributif en Afrique dont le financement est assuré depuis près de 20 ans. Créé en 1990 pour faire face aux effets négatifs des politiques d'ajustement structurel, ce programme a par la suite évolué jusqu'à sa forme

institutionnelle actuelle en 1997. Il s'agit, en outre, du seul programme de sécurité sociale de base mozambicain disposant d'un statut juridique (décret 19/93).

Le Programme de subvention alimentaire peut être considéré comme une prestation sociale ayant certaines des caractéristiques des pensions de vieillesse et des prestations sociales en faveur des handicapés et des personnes souffrant de maladies chroniques. A l'origine, il a été conçu pour subvenir aux besoins alimentaires de base dans un contexte d'ajustements structurels. Toutefois, beaucoup considèrent aujourd'hui qu'il a également des répercussions sur l'amélioration du capital humain et de la croissance économique.

Le programme cible les personnes vivant dans la pauvreté extrême, c'est-à-dire, les individus dans l'incapacité de travailler et ne pouvant par conséquent pas subvenir aux besoins fondamentaux de leur famille:

- les personnes âgées (femmes de plus de 55 ans et hommes de plus de 60 ans, qui ne peuvent plus travailler et qui vivent seuls ou qui sont chefs de familles vivant dans la pauvreté extrême);
- les personnes handicapées (femmes ou hommes de plus de 18 ans qui se trouvent dans l'incapacité permanente de travailler et qui vivent seules ou qui sont des chefs de ménages vivant dans la pauvreté extrême);
- les personnes souffrant de maladies chroniques (femmes ou hommes de plus de 18 ans souffrant de maladies chroniques reconnues par les services médicaux).

Auparavant, le programme s'adressait également aux femmes enceintes souffrant de malnutrition. Cependant, les dernières procédures ont eu pour effet de les rediriger vers d'autres programmes de l'Institut national d'action sociale (INAS). Les données les plus récentes montrent que les personnes âgées sont les principales bénéficiaires du programme, à hauteur de 93,5 pour cent. Arrivent ensuite les personnes handicapées (5,5 pour cent) et les personnes souffrant de maladies chroniques (1 pour cent). Les bénéficiaires sont à 63 pour cent des femmes et à 37 pour cent des hommes.

Le montant octroyé aux bénéficiaires dépend de la taille du ménage (nombre de personnes à charge par bénéficiaire). La prestation mensuelle du programme de subvention alimentaire se situe entre 100 meticals (environ 2,85 dollars) pour un ménage constitué d'une seule personne et 300 meticals (environ 8,50 dollars) pour un ménage comptant cinq membres ou plus. Le ministère de la Femme et de l'Action sociale travaille de concert avec le ministère des Finances à la création d'un mécanisme qui indexera automatiquement le montant de la prestation au salaire minimum. Cela permettra de réduire les effets de l'inflation, qui ont été considérables ces dernières années, sur le pouvoir d'achat des bénéficiaires. Néanmoins, s'il est indéniable que le montant est inférieur aux besoins des ménages, certains indicateurs tendent à montrer que, même à ce niveau, il peut avoir des retombées sur le bien-être des bénéficiaires, en complétant d'autres formes de revenu.

Le financement du programme provient principalement du budget de l'Etat. Depuis 2008, il a été complété par des contributions en provenance de partenaires en matière de coopération: le Département du développement international britannique (DFID) et l'ambassade du Royaume des Pays-Bas.

Sa mise en œuvre est assurée par l'Institut national de l'action sociale (INAS). L'INAS est le maître d'œuvre des politiques définies par le ministère de la Femme et de l'Action sociale. A l'échelon communautaire, il fonctionne grâce à des agents locaux. Ces derniers, appelés «permanents» («Permanentes»), sont des volontaires choisis par leur communauté et sont gratifiés d'une rémunération mensuelle de 300 meticals (8,50 dollars). Leur rôle est de favoriser les liens entre les délégations de l'INAS et la communauté,

d'aider à l'identification des personnes vulnérables pouvant prétendre au statut de bénéficiaire et de gérer les centres de paiement les jours des versements.

L'INAS bénéficie également d'une aide technique et institutionnelle de l'Organisation internationale du Travail (OIT) et du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). Des organisations non gouvernementales (ONG), telles que HelpAge International et Save the Children, expérimentent également la mise en place de nouvelles modalités d'octroi de l'aide, et contribuent ainsi à l'étude sur les moyens d'augmenter l'efficacité du programme.

Ce programme est actuellement mis en œuvre dans l'ensemble des districts que compte le pays, par l'intermédiaire de 30 délégations installées dans chacune des 11 provinces. Malgré les efforts importants entrepris afin de l'étendre aux zones rurales, le programme n'est pas parvenu à couvrir l'ensemble des bénéficiaires potentiels, en raison de la répartition géographique de la population et des limites budgétaires imposées par le ministère des Finances.

Utilisé de manière stratégique, le programme peut servir d'instrument clé dans la lutte contre la pauvreté et dans la réduction de l'impact des crises (VIH et sida, crises financières, alimentaires et naturelles). Sachant qu'une part importante des bénéficiaires (les personnes âgées) s'occupe d'orphelins et d'enfants vulnérables, le programme pourrait jouer un rôle important dans l'atténuation des conséquences du VIH et du sida. Par exemple, conjugué avec une pension sociale universelle, le programme pourrait bénéficier à plus de 1,5 million d'enfants.

L'INAS mène actuellement, avec l'appui des Nations Unies, une évaluation de l'impact réel du programme. Les résultats devraient permettre de sensibiliser davantage la population du Mozambique aux transferts sociaux et à leur capacité de concourir à la réduction de la pauvreté et au développement économique local grâce à des aides données à la demande, qui augmentent ainsi les rentrées d'argent dans les économies communautaires réduites.

D'après les données du dernier recensement, environ 900 000 ménages comptent des personnes âgées. Ces dernières constituent un des groupes les plus vulnérables face à la pauvreté. Le taux de pauvreté officiel est d'environ 54 pour cent. On estime que moins de 35 pour cent des personnes âgées vivant dans la pauvreté sont couvertes par le programme. Néanmoins, le nombre de personnes couvertes a progressé au cours des dernières années, passant de 96 572, en 2006, à 217 471, en 2010 (soit une augmentation de plus de 125 pour cent en quatre ans), et devrait atteindre environ 254 000 en 2011. La stratégie nationale pour la sécurité sociale de base a pour objectif de faire passer ce nombre à 523 000 en 2014, ce qui représenterait 1,31 pour cent des ressources budgétaires de l'Etat. Ces chiffres sont encore l'objet de discussions avec le ministère des Finances et des calculs supplémentaires sont en cours à partir des dernières données démographiques.

Dans le même temps, les dernières directives s'intéressent davantage aux personnes âgées vivant avec des enfants, afin de réduire les effets du VIH et du sida. Le montant des prestations a également été augmenté, en particulier la part que reçoivent les bénéficiaires qui ont des personnes à leur charge. Néanmoins, certaines informations indiquent que, sur le terrain, le programme n'a pas été en mesure d'atteindre tous les membres des ménages. Il est également possible que la sélection des ménages n'ait pas inclus les ménages comptant davantage d'enfants. Des travaux sont actuellement entrepris, avec l'appui d'agences des Nations Unies, pour évaluer le coût de l'extension de la couverture aux enfants qui auraient ainsi pu être exclus.

Le processus de dialogue

Un aspect qui a été important dans le processus d'extension de la protection sociale au Mozambique, et qui pourrait l'être encore plus par la suite est la concertation accrue entre l'Etat et ses partenaires (donateurs, agences des Nations Unies, ONG internationales et organisations nationales de la société civile). Cette collaboration entre les différentes parties favorise certainement le développement d'un socle de protection sociale dans le pays. Par exemple, la création du Conseil national pour la sécurité sociale de base, dans le cadre du règlement récemment adopté, a permis de disposer d'un forum de haut niveau pour la coordination. L'idée sous-jacente est d'amener les ministres de différents domaines, touchant de près ou de loin à la protection sociale, à prendre part au conseil et à collaborer.

A un autre niveau, le Groupe de travail sur l'action sociale DSRP (qui doit sa création au document de stratégie pour la réduction de la pauvreté) joue un rôle essentiel en offrant un espace pour des discussions techniques. Ce groupe de travail a été créé dans le cadre du mémorandum d'entente signé entre les donateurs du groupe de travail (dénommés G19) et l'Etat. Le groupe est coordonné par le ministère de la Femme et de l'Action sociale et accueille des membres de la société civile et des partenaires internationaux (donateurs et agences des Nations Unies).

En vertu du mémorandum, le groupe de travail est chargé, entre autres, de mener une évaluation conjointe de l'efficacité du secteur de la protection sociale. Cette évaluation comprend une estimation des taux d'exécution, une comparaison entre les objectifs et les prévisions en termes de couverture, ainsi qu'un exposé des avancées et difficultés principales. Ce document est réalisé conjointement par le gouvernement et ses partenaires, permettant ainsi d'offrir un espace de discussion et de favoriser la formation d'une vision commune aux différents partenaires et le renforcement de leur capacité institutionnelle. Le document sera par la suite communiqué à d'autres secteurs afin de disposer d'un soutien à plus grande échelle.

Parmi les activités notables figurent également les réunions régulières entre le ministère des Finances et les groupes de travail sectoriels. Lors de ces réunions, chaque secteur (représenté par le gouvernement et ses partenaires) a la possibilité de faire part de son analyse de l'exécution budgétaire et des ressources pour l'année à venir. La présence de ces différents acteurs permet de créer une importante zone de débat sur l'augmentation de la somme allouée au secteur de la protection sociale et de discuter d'autres aspects techniques en lien avec le budget du secteur.

Outre les réunions susmentionnées, le Groupe de travail sur l'action sociale a également servi de plate-forme privilégiée pour la tenue de discussions techniques. Ainsi, pour la définition de la stratégie nationale sur la sécurité sociale de base, de nombreuses réunions de consultation ont été menées avec l'aide du groupe de travail. Les partenaires utilisent également cette plate-forme pour renforcer leur coordination. A cette fin, un sous-groupe de partenaires, qui se réunit tous les deux mois, a été créé. Ces réunions servent à informer les partenaires des dernières avancées dans le secteur de la protection sociale et à partager les informations relatives aux activités menées par les différents partenaires, afin de créer des synergies et d'éviter les chevauchements.

Les activités du groupe de travail ont également permis de renforcer la confiance mutuelle entre le gouvernement et les partenaires. La nécessité de collaborer à la rédaction de rapports favorise la connaissance mutuelle et offre ainsi la possibilité de faire converger les positions.

Sur la base du mémorandum, un deuxième groupe a été créé afin d'appuyer le Programme de subvention alimentaire. Les membres de ce groupe sont l'Institut national de l'action sociale, le ministère de la Femme et de l'Action sociale, l'UNICEF, l'OIT, le

DFID et l'ambassade du Royaume des Pays-Bas. Ils se réunissent tous les deux mois et s'occupent davantage des aspects techniques du programme, qu'il s'agisse du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre, de l'analyse et des questions financières et fiduciaires, ou des discussions relatives aux procédures liées au changement institutionnel. Les discussions portent principalement sur le système d'information, l'appui au système de financement et de gestion, et la révision des méthodologies de paiement. En raison du financement direct fourni par les donateurs, l'INAS produit des rapports et des plans annuels. Ces derniers font l'objet de discussions, et de leur approbation dépend la poursuite des financements annuels.

En 2008, une organisation de la société civile pour la protection sociale a été créée. Elle sert d'interlocuteur au gouvernement, aide à organiser les initiatives de la société civile et peut également jouer un rôle important de sensibilisation.

Les difficultés et les possibilités actuelles

Comme le montre cette étude de cas, le secteur de la protection sociale a été le théâtre d'importants développements et de réalisations remarquables au Mozambique.

Le travail à accomplir reste pourtant considérable, au vu de l'écart entre le nombre de personnes actuellement couvertes et le nombre de personnes ayant besoin d'une couverture, ou encore du rôle que pourrait jouer la protection sociale dans le pays. Comme le savent tous les partenaires, la couverture peut encore être considérablement étendue et l'efficacité des programmes, grandement améliorée. La stratégie nationale pour la sécurité sociale de base définit les objectifs primordiaux et une partie des actions principales qui devraient permettre d'y parvenir. Loin de se limiter à la description du résultat final, la stratégie et le règlement définissent l'agenda pour les années à venir, laissant clairement apparaître l'ampleur des défis futurs.

Ainsi, sur le plan de la mise en œuvre, les programmes devront être révisés. Certains seront réorientés, d'autres seront supprimés et de nouveaux seront créés. Actuellement, le ministère de la Femme et de l'Action sociale met à profit l'appui technique fourni par certains partenaires afin d'analyser les moyens les plus adaptés pour parvenir à couvrir les différents groupes vulnérables. Diverses options relatives au ciblage de ces groupes ont déjà été avancées. Lors de l'élaboration de la stratégie, une première analyse des coûts pour les différentes possibilités a été effectuée. Désormais, une analyse plus approfondie est en cours et il est probable que des choix devront être arrêtés en termes de priorités. Des comités techniques sont mis en place afin de débattre des différentes options, mais il est d'ores et déjà clair qu'une attention particulière sera accordée aux ménages comprenant des enfants vulnérables.

Parallèlement, le programme national d'action sociale productive doit être conçu de façon à couvrir les personnes les plus vulnérables aptes à exercer un travail efficacement. La connexion de ce programme à d'autres mesures publiques pourrait permettre de garantir un financement suffisant pour couvrir une part substantielle de la population.

En outre, l'extension du Programme de subvention alimentaire fait l'objet de débats, de même que l'établissement d'un objectif ambitieux et toutefois réaliste. Cette extension devrait permettre d'intégrer l'ensemble des bénéficiaires indirects (soit les enfants des ménages bénéficiaires directs), et d'augmenter ainsi considérablement l'impact sur le développement de ce transfert en espèces.

Dans le même temps, un dialogue avec le ministre des Finances est nécessaire pour trouver la meilleure manière de promouvoir la création d'un mécanisme automatique d'indexation du montant de la prestation sur l'inflation. Il s'agit là d'un aspect capital, car il

permet d'éviter que l'impact du transfert sur le bien-être de ses bénéficiaires ne diminue d'année en année.

Renforcer l'efficacité du programme à l'échelle institutionnelle représente également un défi. Des efforts doivent être entrepris afin de parvenir à une plus grande transparence à l'intérieur du système, ce qui implique, entre autres choses, l'amélioration des mécanismes de ciblage, des systèmes d'information et des directives pour la mise en œuvre sur le terrain. Un autre aspect important concerne la réduction des coûts administratifs, qui passe par la baisse des coûts de distribution des prestations, et l'augmentation du montant destiné aux bénéficiaires. Une restructuration des procédures est pour cela indispensable. Actuellement, les débats portent sur l'utilisation du mécanisme de tiers payant.

Enfin, deux autres difficultés, toutes deux liées, seront au cœur des discussions dans les années à venir. L'une a trait aux contraintes budgétaires. En raison de ces contraintes, le ministère de la Femme et de l'Action sociale doit trouver des solutions lui permettant de financer l'extension proposée dans la stratégie. Cette dernière prévoit la création d'un fonds d'action social, qui peut comprendre, au moins à court terme, l'utilisation des ressources des donateurs. Cependant, à moyen et long termes, la question du financement dépassera les compétences du ministère de la Femme et de l'Action sociale. Cette question relève de problématiques liées à l'économie politique, comme l'élargissement de l'espace fiscal. Une discussion intéressante actuellement en cours concerne l'imposition des industries minières et autres projets d'envergure. Dans certains pays, les recettes en provenance de ces industries ont permis de résoudre, au moins partiellement, le problème du financement.

Se pose alors la deuxième question qui concerne le rôle de la protection sociale dans les stratégies de développement du Mozambique. Le niveau de ressources destinées à ce secteur dépendra du degré de priorité accordé à la protection sociale dans le programme politique du pays. Cela impliquera par conséquent d'importants efforts de sensibilisation auprès des différentes parties prenantes que compte le pays, soit en d'autres termes, auprès des décideurs politiques. La stratégie peut inclure parmi ses projets l'élaboration d'un programme de sensibilisation. Il sera essentiel que différents secteurs de la société se sentent concernés, mais cela dépendra de la capacité à apporter des preuves concrètes de l'efficacité de l'investissement dans la protection sociale en matière de réduction de la pauvreté.

Les perceptions du public et des hommes politiques à l'égard de la protection sociale, par exemple concernant la question du risque de développement d'un certain «assistantat», doivent être prises en compte lors des discussions portant sur les propositions politiques. A l'inverse de certaines de ces perceptions, les études consacrées aux principaux programmes à l'échelle internationale ne montrent pas d'effet négatif sur l'offre de main d'œuvre. Afin de mener à bien l'extension de la protection sociale, il est nécessaire de parvenir à un consensus autour de la mise en œuvre et du déploiement du programme, et ce, en prenant en compte les perceptions du public.

Malgré toutes ces difficultés, la phase actuelle est très certainement une période opportune pour la protection sociale au Mozambique. Après l'adoption de la stratégie et du règlement pour la sécurité sociale de base, la protection sociale est au cœur des discussions sur la rédaction de l'avant-projet d'un nouveau DSRP. Le nouveau mémorandum portant sur les politiques économiques et financières signé entre le Fonds monétaire international et le gouvernement mozambicain fait clairement référence à la nécessité d'instaurer des mécanismes de filets de sécurité viables, en mettant en œuvre pour cela la stratégie nationale pour la sécurité sociale de base. Le domaine de la protection sociale productive, en particulier, a éveillé l'intérêt de nombreux ministères et partenaires internationaux.

En effet, les données récentes concernant l'éradication de la pauvreté peuvent être interprétées comme un signe indiquant que le modèle de croissance économique et de

réduction de la pauvreté mis en place après la guerre est à bout de souffle et a des difficultés à atteindre les populations les plus pauvres. Cela laisse donc suggérer la nécessité d'adopter des mesures spécifiques en faveur de ces groupes. Le fait qu'une part importante de la population se sente exclue du processus de développement économique est l'une des principales causes de l'instabilité sociale. Les émeutes de février 2008 et de septembre 2010 doivent être analysées dans ce contexte de difficultés majeures en matière de développement. Vu sous un autre angle, les troubles sociaux causés par l'absence de progrès dans la lutte contre la pauvreté peuvent avoir des conséquences négatives sur l'environnement économique, dans la mesure où la stabilité sociale est l'une des principales variables guidant les décisions des agents économiques au moment d'investir dans un pays.

ⁱ Banque mondiale: *Indicateurs du développement dans le monde*, 2008.

ⁱⁱ Enquête à indicateurs multiples, Institut national de statistiques (*Instituto Nacional de Estadística*, INE), 2008.

Organisation mondiale de la santé (OMS), *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP) et Banque mondiale, *Observatoire mondial de la santé*, 2005.

^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.

^v Fond monétaire international (FMI): *Perspectives de l'économie mondiale*, 2010.

^{vi} *Ibid.*

^{vii} PNUD: *Rapport sur le développement humain*, 2010.

15. Rwanda

Population ⁱ	10 117 029
Superficie	26 338 km ²
Répartition par âge ⁱⁱ	
0-14 ans	42,2
15-64 ans	55,3
65 ans et plus	2,5
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱⁱ	72
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	52
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	48,4
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ^{iv}	1 300
PIB par habitant	
En dollars E.U. courants ^v	458
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vi}	1 027
Monnaie locale constante	99 490
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{vii}	167
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indicateur de pauvreté humaine	100

Protection sociale: un processus continu

Theophile Ruberangeyo

Crispus Ayebare

Astrid de Laminne de Bex

Résumé

Afin de réduire la pauvreté de la population et d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), le gouvernement du Rwanda élabore et met en œuvre différents régimes et interventions dans le secteur de la protection sociale. Au cours des 10 dernières années, ce secteur a évolué et s'est énormément développé, en jouant un rôle de plus en plus prépondérant dans la réduction de la pauvreté. Après l'élaboration d'une politique de protection sociale en 2005 et l'évaluation des dépenses publiques en 2006, le gouvernement a identifié la protection sociale comme l'un des secteurs prioritaires de la Stratégie de Développement Economique et de Réduction de la Pauvreté (EDPRS) de 2007.

Divers programmes ont été mis en place par différentes institutions pour contribuer à la réduction de la pauvreté et à l'amélioration des conditions de vie des Rwandais. Dans le secteur de la santé, différents régimes coexistent et se complètent. Pour le secteur formel, la Rwandaise d'assurance-maladie (RAMA), l'Assurance médicale militaire (MMI) et les compagnies d'assurance privées couvrent respectivement les fonctionnaires, les membres de la Force rwandaise de défense et leur famille proche et les employés des entreprises privées. Tous les travailleurs du secteur formel dépendent également de la Caisse de sécurité sociale du Rwanda (*Social Security Fund of Rwanda*, SSFR) qui couvre les risques professionnels. Le secteur informel et les populations rurales adhèrent à d'autres régimes, intitulés mutuelles de santé. Ces régimes couvraient 91 pour cent de la population en 2010.

Dans le secteur de l'éducation, tous les Rwandais peuvent bénéficier d'une éducation de base gratuite (neuf ans). Un programme appuie également l'accès au logement des groupes vulnérables.

En plus de ces régimes, il existe d'autres transferts sociaux, notamment les pensions de retraite des employés du secteur formel. Un programme phare a également été développé dans le cadre de l'EDPRS: le programme *Vision 2020 Umurenge*. Il comporte trois volets: les travaux publics, les services d'appui direct et les services financiers. En termes de réduction de la pauvreté, ce programme a fait ses preuves auprès des bénéficiaires. Le programme et l'approche *Ubudehe* sont une autre initiative rwandaise (ciblage communautaire grâce à la cartographie sociale). Le Fonds de soutien et d'assistance aux rescapés du génocide perpétré contre les Tutsi et autres crimes contre l'humanité a été créé pour soutenir les rescapés du génocide dans différents domaines (logement, éducation, santé, assistance sociale, activités lucratives). Pour contribuer à la réintégration des soldats démobilisés, la Commission de démobilisation et de réintégration du Rwanda a mis au point des programmes pour soutenir ce groupe particulier. Un projet a également contribué à l'amélioration des moyens de subsistance, de fertilité du sol et de statut alimentaire en fournissant une vache laitière aux familles pauvres.

D'autres groupes vulnérables, tels que les personnes handicapées, les orphelins et les enfants vulnérables sont aussi ciblés par certaines de ces interventions et bénéficient également d'autres interventions.

Au Rwanda, divers mécanismes de coordination existent à différents niveaux pour améliorer l'efficacité et l'impact des interventions dans le secteur de la protection sociale.

Une stratégie de protection sociale était en cours de développement en 2010 et des discussions ont eu lieu avant son approbation finale. Cette étude de cas porte sur plusieurs interventions centrées sur l'amélioration et l'harmonisation, dans la mesure du possible, de la protection sociale de la population rwandaise.

A propos des auteurs

Theophile Ruberangeyo, Directeur général, ministère de l'Administration locale.

Crispus Ayebare, expert de suivi et d'évaluation de la protection sociale, ministère de l'Administration locale.

Astrid de Laminne de Bex, administratrice professionnelle, département de la Protection sociale, Organisation internationale du Travail.

Introduction

Cette étude de cas présente le secteur de la protection sociale et son développement au cours des cinq dernières années au Rwanda. Après une description de la situation économique du pays, l'étude de cas portera sur l'évolution de la protection sociale. Ensuite, plusieurs projets principaux seront examinés afin d'exposer la situation actuelle et la mise en œuvre de la protection sociale au Rwanda. La troisième partie de cette étude de cas présentera la nouvelle stratégie et les perspectives pour les vingt prochaines années.

Contexte

Le Rwanda est un pays enclavé de l'Afrique centrale dont la population avoisine les 10 millions d'habitants. Avec une densité pouvant atteindre jusqu'à 467 personnes au kilomètre carré, il compte parmi les pays les plus densément peuplés du continent africain. Sa population est essentiellement jeune: en 2005, les personnes de moins de 25 ans représentaient les deux tiers de la population.

Le Rwanda doit faire face à une importante croissance démographique. Un taux de fécondité de 6,1 en 2005 et une baisse de la mortalité infantile font du taux de croissance démographique rwandais un des plus élevés en Afrique (autour de 2,7 pour cent par an). En mai 2000, le gouvernement rwandais a adopté une politique de décentralisation et une stratégie de mise en œuvre de celle-ci. La structure administrative du pays est entrée dans sa deuxième phase de décentralisation en 2006, ce qui a entraîné l'organisation du pays en provinces, districts, secteurs et cellules. Les districts constituent la principale entité politique administrative décentralisée, tandis que les secteurs sont leurs unités de mise en œuvre. La plus petite unité politique administrative est la cellule. Elle sert de lien entre les communautés et les niveaux supérieurs.

Au lendemain du génocide contre les Tutsi (1996-2000), le produit intérieur brut (PIB) réel a augmenté de plus de 10 pour cent par an tandis que le Rwanda se relevait d'une faible croissance. Cette reprise a été suivie d'une période de stabilisation (2001-2006) durant laquelle la croissance réelle a chuté pour atteindre un taux annuel de 6,4 pour cent.¹

Le Rwanda a connu une croissance économique satisfaisante au cours des dix dernières années. Entre 2004 et 2008, la croissance annuelle moyenne du PIB réel était de 8,6 pour cent, dépassant ainsi l'objectif de l'EDPRS fixé à 7 pour cent. Cependant, parallèlement à cette croissance impressionnante, le Rwanda n'a que faiblement progressé en matière de réduction de la pauvreté.²

Les taux de pauvreté sont passés de 60,4 pour cent en 2000 à 56,9 pour cent en 2006. Mais ces chiffres ne suffisent pas à atteindre les objectifs fixés par le programme Vision 2020 ou les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).³ En outre, 36,9 pour cent de la population vivaient dans la pauvreté extrême en 2006. Il est aussi préoccupant de

¹ Stratégie EDPRS (Economic Development and Poverty Reduction Strategy), 2008-2012, septembre 2007.

² EDPRS, 2007.

³ *Ibid.*

constater l'augmentation du nombre absolu de personnes pauvres (de 4,8 millions en 2001 à 5,4 millions en 2006), principalement due à la croissance démographique.⁴

Le défi que constituent des niveaux élevés de pauvreté est exacerbé par des niveaux élevés d'inégalité qui ne cessent d'augmenter. Selon l'EDPRS, «le degré d'inégalité mesuré par le coefficient de Gini est passé du chiffre déjà élevé de 0,47 en 2000 à 0,51 en 2006».⁵

La pauvreté est concentrée chez certains groupes. Dans l'enquête initiale *Ubudehe* du milieu des années 2000, les communautés ont classifié les «veuves, les personnes sans terre, malades et âgées ou les ménages ayant un enfant à leur tête» comme étant les catégories de la population les plus pauvres et les plus vulnérables.⁶

Les leçons tirées des documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté (DSRP) (2002-2005) suggèrent de combattre la pauvreté extrême en améliorant la sécurité alimentaire et les programmes ciblés de création d'emplois et de protection sociale. En tant que priorité pour l'EDPRS⁷, il est urgent que de nouvelles opportunités d'emploi soient créées pour les jeunes qui arrivent sur le marché du travail.

Le gouvernement a placé les OMD au centre de son cadre politique. Pour atteindre ces objectifs, il a prévu un effort considérable d'intensification des interventions des OMD grâce au programme *Vision 2020 Umurenge* et à d'autres d'initiatives axées sur la réalisation des objectifs fixés.

Evolution du processus de développement

Les origines de la protection sociale au Rwanda

Les interventions en protection sociale ont bénéficié d'une attention croissante au cours des cinq dernières années. Ils sont considérés comme des moyens de contribution à la croissance économique, à l'intégration des personnes sur le marché du travail, au ralentissement de la croissance de la population, à l'amélioration du développement humain grâce à un meilleur accès à la santé et à l'éducation, et à la réduction de la pauvreté.

En 2003, une nouvelle Constitution a été adoptée par référendum pour remplacer l'ancienne Constitution de 1991. L'article 14 stipule que «L'Etat, dans les limites de ses capacités, prend des mesures spéciales pour le bien-être des rescapés démunis à cause du génocide commis au Rwanda du 1er octobre 1990 au 31 décembre 1994, des personnes handicapées, des personnes sans ressources, des personnes âgées ainsi que d'autres personnes vulnérables.» La Constitution insiste également sur les enfants dans l'article 28: «Tout enfant a droit, de la part de sa famille, de la société et de l'Etat, aux mesures spéciales de protection qu'exige sa condition, conformément aux droits national et international.»

⁴ *Ibid.*

⁵ *Ibid.*, p.5.

⁶ *Ibid.*, p.13.

⁷ *Ibid.*, p.36.

La protection sociale en 2005

En 2005, le ministère de l'Administration locale a élaboré une politique de protection sociale grâce à une analyse participative de la définition de la pauvreté, ce qui a permis de procéder à une classification des degrés de vulnérabilité.⁸ Le processus de développement de la Politique nationale de Protection sociale a commencé avec la collecte d'informations et de données de base et a pris fin avec la rédaction de deux rapports principaux:

- Le Rapport d'inventaire sur les interventions et leurs pratiques dans le domaine de la protection sociale au Rwanda, et
- Rwanda: étude préliminaire des risques, de la vulnérabilité et des groupes vulnérables.⁹

La politique vise la réduction de la vulnérabilité en général et de la vulnérabilité des personnes pauvres et marginalisées en particulier. Elle vise aussi la promotion d'un développement économique et social durable centré sur une bonne gestion des risques sociaux, sur une bonne coordination de l'épargne et sur la protection des groupes vulnérables.¹⁰

La Politique nationale de Protection sociale définit la protection sociale comme «un ensemble d'initiatives publiques et privées permettant de fournir des transferts de revenu ou de consommation aux personnes pauvres, pour protéger tout particulièrement les personnes vulnérables et marginalisées des risques sociaux et pour améliorer leur statut social et leurs droits dans leur ensemble avec l'objectif général de promouvoir le bien-être de la population»[section 1.3]¹¹.

La politique mentionne les groupes principaux qui ont toujours retenu l'attention du gouvernement: les survivants du génocide, les orphelins, les mineurs en situation difficile, les veuves, les personnes atteintes du VIH/SIDA, les jeunes des familles démunies, les soldats démobilisés, les personnes invalides, les rapatriés, les réfugiés, les personnes âgées, les victimes de catastrophes et les personnes marginalisées, etc.¹²

La protection sociale n'était pas un domaine stratégique identifié dans le premier DSRP et elle a souffert du manque de plan stratégique, de budget consolidé et de cadre de suivi. Néanmoins, il est estimé qu'entre 7 et 10 pour cent du budget national est alloué aux programmes liés à la protection sociale (par exemple, les fonds pour les survivants du

⁸ Politique nationale de Protection sociale, 2005.

⁹ Etablis en fonction des résultats des enquêtes menées durant les quatre années précédentes et portant principalement sur: l'Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages (EICV); le Recensement de la population générale et des logements de 2002; et l'Enquête sur les indicateurs de base du bien-être (QUIBB).

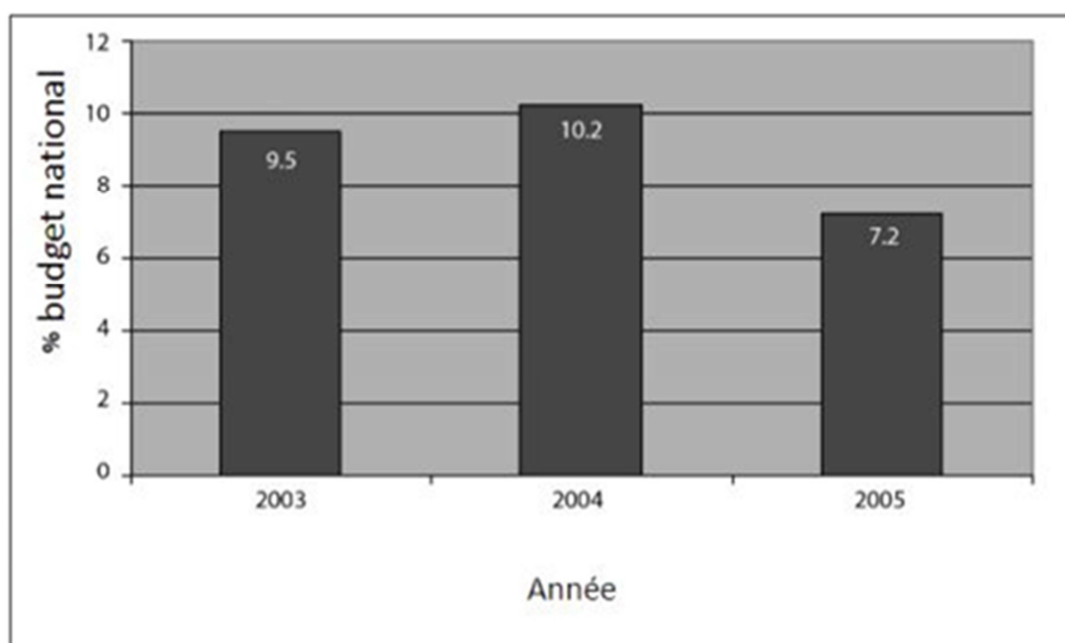
¹⁰ Politique nationale de Protection sociale, 2005, p.10 (disponible à l'adresse suivante: http://minaloc.gov.rw/IMG/pdf_SP_Policy_English.pdf).

¹¹ *Ibid.*, p.4.

¹² *Ibid.*, p.5.

génocide et les personnes handicapées) qui visent particulièrement les groupes les plus vulnérables de la société rwandaise (figure 1).¹³

Figure 1. Budget national alloué à la protection sociale



Source: *African Peer Review Mechanism, Rapport national d'évaluation, Juin 2005, p.107.*

Certains progrès ont certainement été faits grâce à ces ressources, même s'il n'est pas toujours évident de suivre leur évolution. L'adoption d'une politique de protection sociale à la fin de l'année 2005 a été une étape importante, mais l'élaboration rapide d'un plan stratégique a été jugée importante également.

L'objectif général du secteur de la protection sociale, conformément au document de la politique, est de parvenir à une protection sociale efficace et durable pour les personnes pauvres et vulnérables, afin de réduire les risques auxquels les ménages sont soumis, d'atténuer les conséquences éventuelles de ces risques, et d'aider les familles qui les subissent à faire face à leurs conséquences. Ce groupe concerne toutes les personnes en dessous du seuil de pauvreté dans l'Enquête Intégrale sur les Conditions de Vie des Ménages (EICV2).

Evaluation des dépenses publiques en 2006

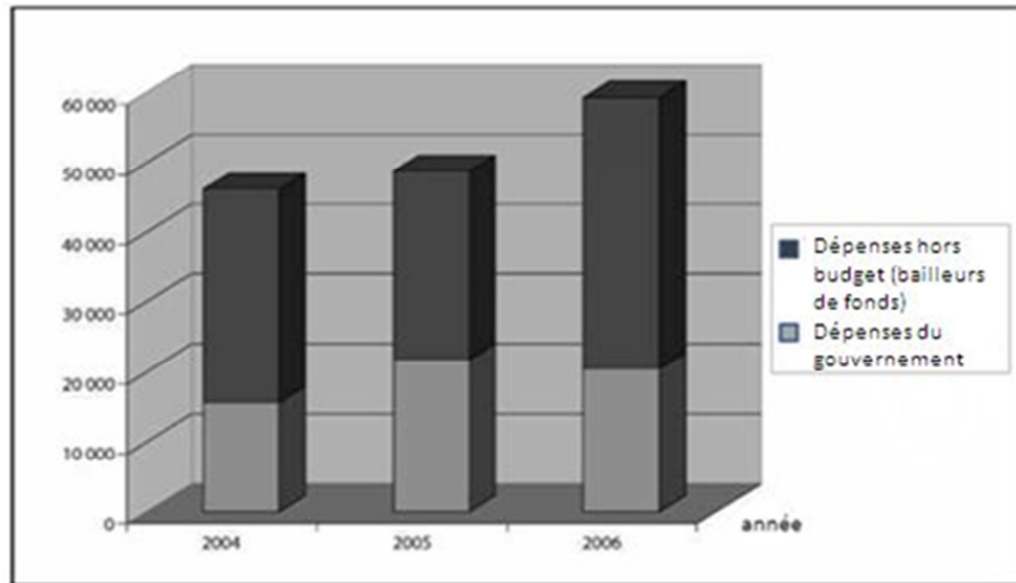
C'est en 2006 qu'a eu lieu la première évaluation des dépenses publiques pour la protection sociale. Commanditée par le ministère de l'Administration locale, du Développement communautaire et des Affaires sociales (MINALOC) et le ministère des Finances et de la Planification locale (MINECOFIN), l'étude consistait à documenter les décisions quant à la direction future de la politique publique de protection sociale et à appuyer la rédaction du chapitre sur la protection sociale dans le Rapport de l'Evaluation des dépenses publiques dans le secteur de la protection sociale de l'EDPRS (2006). Les

¹³ Document de Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté, 2006, p.26.

principaux résultats montrent que la protection sociale était un des secteurs les plus importants de l'EDPRS, représentant un total de 59 milliards de francs rwandais (RWF).

Les dépenses liées à la protection sociale étaient considérables, avec plus de 5 pour cent provenant du gouvernement, y compris l'appui financier hors budget (figure 2). Les dépenses liées à la protection sociale sont équivalentes à 4 pour cent du PIB, dont 2 pour cent sont consacrés à l'aide alimentaire.

Figure 2. Dépenses totales pour la protection sociale
(en fonction de la source, 2004-2006, en millions de francs RWF)



Source: Rapport de l'Evaluation des dépenses publiques dans le secteur de la protection sociale, 2006

Les principaux défis identifiés dans l'évaluation étaient les suivants:

- Interventions irrégulières;
- Manque de conformité avec la politique d'aide, pour laquelle 75 pour cent des fonds provenaient des projets financés par des bailleurs ne suivant pas le processus budgétaire et n'étant pas conformes aux priorités nationales;
- Impact limité des programmes de protection sociale sur la pauvreté, où le nombre de personnes concernées était extrêmement faible, allant de quelques ménages pour les programmes pilotes financés par des bailleurs, à un peu plus de 400 000 individus pour le Fonds d'assistance aux rescapés du génocide (FARG);
- Manque de coordination: l'incidence de la pauvreté était inconnue, au mieux; il n'y avait pas de suivi systématique de l'impact sur la pauvreté, ni de coordination entre les interventions; et
- Manque d'efficacité: les frais généraux et le nombre de chevauchements entre les projets des bailleurs étaient élevés.

Stratégie de développement économique et de réduction de la pauvreté (EDPRS)

L'EDPRS du Rwanda est à la fois un document et un processus. En tant que document, l'EDPRS énonce les objectifs, les priorités et les politiques majeures au niveau national pour cinq ans (2008-2012). Elle fournit une feuille de route pour le gouvernement, les partenaires du développement, le secteur privé et la société civile. Elle indique la direction que souhaite prendre le pays et les moyens qu'il doit employer pour y parvenir. Elle indique aussi le coût et les moyens de financement. La stratégie fournit un cadre à moyen terme pour la réalisation des objectifs de développement et des aspirations à long terme tels que présentés dans le programme Rwanda *Vision 2020* (République du Rwanda, 2000)¹⁴ le programme gouvernemental sur 7 ans (pour renforcer l'activité économique) et les OMD.¹⁵

Dans le cadre de l'EDPRS, la priorité pour le secteur de la protection sociale est d'intégrer et de coordonner les services, jusqu'alors fragmentés, proposés par le gouvernement, les partenaires, le secteur privé et les organisations locales afin d'assurer une répartition équitable des programmes d'assistance sociale chez les groupes de personnes les plus pauvres et vulnérables.

La deuxième priorité est de s'assurer que les programmes de protection sociale sont efficaces dans la réduction du taux de personnes extrêmement pauvres.

A cet effet, une stratégie de protection sociale unique et cohérente devrait être conçue pour remplacer la surabondance de petits programmes que connaît actuellement le secteur. La stratégie serait en harmonie parfaite avec les OMD et le programme *Vision 2020* au niveau national, tout en étant intégrée au programme *Vision 2020 Umurenge* au niveau local.

Le cadre institutionnel de la protection sociale devra être examiné et renforcé par la mise en place d'un cadre coordonné pour un dialogue sur la protection sociale entre le gouvernement et les partenaires du développement et l'adoption d'une approche sectorielle ou de cadres communs de financement pour une approche coordonnée et centrée sur l'impact. Le secteur appuiera les personnes valides pour qu'elles puissent sortir de la pauvreté extrême et accéder à des moyens durables de subsistance par le biais de programmes dits de «cash-for-work» (travail contre rémunération), de microcrédit, d'activités lucratives et par le biais du développement des compétences professionnelles et entrepreneuriales.

Selon l'EDPRS, «réussir à aider les gens à sortir de la pauvreté extrême et d'une situation de vulnérabilité permettra d'utiliser des ressources du gouvernement pour aider ceux qui en ont besoin et qui nécessitent de recevoir une assistance sociale à long terme, ou au moins pour une certaine période. Les personnes ayant besoin d'assistance sociale à long

¹⁴ *Vision 2020* identifie six piliers principaux étroitement liés, qui contribuent à la construction d'un pays à revenu intermédiaire. Même si le document ne porte pas sur la protection sociale, certains éléments principaux sont présents dans les piliers relatifs au développement du capital humain conformément à l'objectif de rendre l'économie du Rwanda prospère et fondée sur la connaissance. Ces éléments comprennent l'importance du bien-être de la population, la sécurité sociale et leurs contributions à une main-d'œuvre efficace et un niveau de production élevé.

¹⁵ EDPRS, 2007, p.1.

terme sont: les personnes âgées non prises en charge, les personnes handicapées et les personnes devenues invalides à cause du SIDA. D'autres groupes ne nécessiteront peut-être qu'une assistance sociale sur une courte période, notamment les orphelins et les enfants vulnérables, les enfants à la tête de ménages et les personnes historiquement marginalisées. Les survivants du génocide correspondent à ces deux catégories.»¹⁶

L'un des trois programmes phares de l'EDPRS est le programme *Vision 2020 Umurenge*. Il a été élaboré pendant la retraite gouvernementale de haut niveau (février 2007) comme un programme de protection sociale visant à améliorer la réalisation des objectifs de *Vision 2020* en accélérant la réduction de la pauvreté. Le document de *Vision 2020* a été développé par le ministère de l'Administration locale avec le soutien du ministère des Finances et de la Planification économique. Il associe une vision de la protection sociale au niveau national à la promotion d'une meilleure coordination des services à l'échelle locale, en veillant à ce que les personnes les plus pauvres bénéficient du programme.

Vision 2020 a été mis en œuvre assez rapidement, en commençant par le volet des travaux publics pour lequel le Rwanda bénéficiait déjà d'une expérience. En parallèle, l'élaboration des politiques continuait avec les volets d'appui direct et de services financiers qui n'ont été mis en œuvre que plus tard. La Banque mondiale et le Département du développement international ont soutenu la vision du gouvernement en apportant un appui financier et une assistance technique, mais le gouvernement reste le premier contributeur financier.

Situation actuelle: les programmes existants

Dans cette partie, les différents programmes existants et leurs liens seront présentés afin de procéder à une description générale de la protection sociale au Rwanda. Le ministère de l'Administration locale, du Développement communautaire et des Affaires sociales, le ministère de la Santé et le ministère pour la Promotion de l'égalité entre hommes et femmes et de la famille sont les ministères principalement responsables de la formulation de la politique, de la coordination, de la mobilisation des ressources et du renforcement des capacités. En revanche, la mise en œuvre incombe à certaines institutions gouvernementales et indépendantes. Les efforts sont continus pour coordonner et mettre en œuvre toutes les interventions en respectant le budget et le plan, dans la mesure du possible. Cependant, il est impossible de présenter tous les programmes existants dans le secteur de la protection sociale au Rwanda, cette partie portera donc sur les programmes principaux tandis que les autres ne seront que brièvement mentionnés.

Accès aux soins de santé

Conformément à la loi de 2008, tous les Rwandais doivent être couverts par l'assurance-maladie. Plusieurs régimes d'assurance-maladie existent, ils sont complémentaires et concernent différentes catégories de la population. Cette diversité permet à chaque catégorie de la population d'accéder aux soins de santé. Grâce à ces différents régimes, le Rwanda est sur le point d'atteindre une couverture universelle. En juin 2010, la couverture de l'assurance-maladie était de 97 pour cent (91 pour cent pour l'assurance-maladie communautaire et 6 pour cent pour d'autres types d'assurance).

¹⁶ *Ibid.*, p. 104.

Secteur formel: la Rwandaise d'assurance-maladie (RAMA),
l'Assurance médicale militaire (MMI) ou les assureurs privés

Les employeurs des travailleurs du secteur formel cotisent au Fonds de Sécurité sociale du Rwanda pour la couverture contre les accidents du travail. La cotisation correspond à 2 pour cent du salaire de base. Elle permet de couvrir les soins médicaux, les indemnités journalières de maladie, les prestations et les sommes forfaitaires liées à l'invalidité et aux survivants. Le Fonds de Sécurité sociale du Rwanda est une institution publique chargée du régime de sécurité sociale. Il vise également à sensibiliser le public à une sécurité sociale durable, en étudiant les voies possibles d'extension et de conseils au gouvernement sur des questions liées à la sécurité sociale.

Les travailleurs du secteur formel sont couverts par des régimes de soins de santé différents en fonction de leur statut.

- Les fonctionnaires et autres employés du secteur public sont couverts par la RAMA, fondée en 2001 et financée principalement par des cotisations mensuelles (15 pour cent du salaire de base; 7,5 pour cent payés par l'employé et 7,5 pour cent par l'employeur). Cet ensemble de prestations couvre tous les services. Les adhérents ont accès à tous les centres publics de santé, les hôpitaux du district et les hôpitaux de référence ainsi qu'aux établissements privés conventionnés par la RAMA. L'adhésion à la RAMA permet aussi l'accès aux pharmacies. L'adhérent doit effectuer un paiement direct (restant à charge) de 15 pour cent du montant des soins à chaque niveau de soins de santé. La couverture actuelle de la RAMA s'élève à 2,5 pour cent de la population nationale. Le régime est encadré par le ministère des Finances et de la Planification économique.¹⁷
- Les membres des forces armées et leur famille proche sont couverts par la MMI dont la cotisation s'élève à 22,5 pour cent du salaire de base de ses adhérents. 17,5 pour cent sont payés par le gouvernement et les 5 pour cent restants par l'adhérent. La MMI a été créée en 2005; elle est encadrée par le ministère de la Défense.¹⁸
- Les autres travailleurs du secteur formel sont généralement couverts par une assurance privée. Cette couverture est organisée par des compagnies d'assurance privées, réglementées par une loi sur l'assurance au Rwanda.

Secteur informel: régimes d'assurance-maladie communautaires
ou mutuelles de santé

Un régime d'assurance-maladie communautaire, également appelé mutuelle de santé, est un régime conçu pour améliorer l'accès aux soins de santé pour la population du secteur informel et la population rurale. Fondée sur le paiement anticipé et sur la mise en commun des risques, la mutuelle de santé vise à fournir un accès financier juste et équitable aux services de santé. Afin d'éviter toute stigmatisation, la mutuelle de santé cherche à inclure tous les segments de la population, surtout les groupes vulnérables.

¹⁷ Pour de plus amples informations sur la RAMA, veuillez consulter le site suivant: <http://www.rama.gov.rw/spip.php?article44>.

¹⁸ Pour de plus amples informations sur la MMI, veuillez consulter le site suivant: http://www.amategeko.net/display_rubrique.php?ActDo=ShowArt&Information_ID=1297&Parent_ID=3069347&type=public&Langue_ID=An&rubID=30693154#30693154

Certains systèmes de mutuelles ont été créés dans les années 1960 grâce à des projets pilotes puis se sont généralisés avec la politique nationale. Le nombre de régimes de mutuelles a rapidement augmenté: 6 en 1998, 76 en 2001 et 226 en 2004. En décembre 2004, le gouvernement a adopté une politique nationale pour le développement des régimes de mutuelle. En 2005, ces derniers ont été étendus aux 30 districts du pays grâce à l'engagement des collectivités locales et des prestataires de soins de santé et grâce aux campagnes de sensibilisation. La mutuelle est encadrée par le ministère de la Santé. Les efforts du gouvernement dans le développement des mutuelles sont la clé du succès d'un tel système.

En juin 2010, le système de mutuelle couvrait 91 pour cent de la population rwandaise. La volonté des collectivités, à tous les niveaux, de garantir l'accès à des soins de santé de qualité est cruciale pour atteindre le taux de couverture. Grâce à l'amélioration de l'accès financier aux soins de santé, la mutuelle contribue également au bien-être des familles et au développement socio-économique du pays. L'encadré suivant propose une vue d'ensemble de la mutuelle de santé.

Encadré 1. Mutuelle de santé

Objectif

La mutuelle vise à offrir un accès financier aux services de santé aux travailleurs du secteur informel et à la population rurale, en particulier aux groupes vulnérables, grâce à un système d'assurance-maladie.

Caractéristiques

- Paiement anticipé (une fois par an);
- Solidarité;
- Mutualisation des risques;
- Subvention des personnes les plus vulnérables/pauvres grâce à des mécanismes de ciblage; et
- En complément d'autres régimes d'assurance-maladie.

Groupes vulnérables parmi les adhérents des mutuelles

Afin que cette couverture puisse être accessible à toutes les populations vulnérables, le gouvernement du Rwanda a créé des mécanismes financiers pour appuyer son paiement. Ainsi, les contributions des populations les plus vulnérables et pauvres sont prises en charge par un tiers, tel que le gouvernement, des organisations (ONG) ou des partenaires du développement. En 2008, le FARG a appuyé le paiement des cotisations à la mutuelle d'environ 270 000 survivants du génocide vulnérables. En 2010, le Fonds mondial a appuyé l'accès à la mutuelle pour 615 000 indigents et 1 450 000 personnes pauvres. Les personnes vulnérables sont ciblées grâce à un dispositif communautaire contre la pauvreté.

Financement

Le système est financé par les cotisations des adhérents ainsi que les districts, le ministère de la Santé et d'autres régimes d'assurance qui contribuent également. La cotisation d'adhésion est actuellement la même pour tous, quelle que soit la capacité à payer: 1 000 RWF par personne et par an (moins de 2 dollars). En plus de cette somme, le gouvernement prévoit aussi des fonds de contrepartie pour couvrir les coûts des soins de santé à des niveaux de soins plus élevés. Afin de pouvoir bénéficier des soins, l'adhérent doit payer un ticket modérateur à l'établissement de soins de santé (montant fixe ou pourcentage en fonction du niveau de soins).

Facteurs de succès du système de mutuelle au Rwanda

- Engagement politique fort;
- Mobilisation globale en faveur de la mutuelle de santé (collectivités locales, établissements de santé, etc.);
- Nombreuses campagnes de sensibilisation à travers les médias et les réunions communautaires;
- Appropriation de l'initiative par la population grâce à la compréhension du concept;
- Accessibilité financière;

- Présence de la mutuelle de santé à tous les centres de soins de santé publics; et
- Accessibilité à tous les niveaux du système de référence (centre de soins de santé, hôpital de district et hôpital de référence).

Facteurs appuyant la mise en œuvre d'un système d'assurance-maladie par le pays

- Bon fonctionnement du réseau des établissements de santé sur le territoire national;
- Volonté politique et efforts pour parvenir à une couverture universelle (la mutuelle de santé est une priorité pour le Rwanda);
- Mécanisme de coordination des interventions de santé au niveau national;
- Mécanisme traditionnel de ciblage de la communauté pour identifier les personnes pauvres et les indigents; et
- Décentralisation et représentation des collectivités proches de la population.

Réalisations

- Augmentation du taux d'utilisation des services de santé (0,86 en 2009);
- Taux élevé de couverture de la population par la mutuelle (91 pour cent en juin 2010);
- Rapports mensuels de la mutuelle à un niveau décentralisé par le biais d'une base de données nationale;
- Couverture des populations les plus pauvres.

Défis

- Pérennité financière; et
- Amélioration du système d'information et de gestion.

Marche à suivre

- Adapter les cotisations à la capacité de payer de chaque ménage (progressivité), et
- Créer une base de données unique liée à d'autres activités de protection sociale pour améliorer l'efficacité du ciblage.

La combinaison et la complémentarité des différents régimes (CSR, RAMA, MMI, assureurs privés et mutuelles de santé) permettent au Rwanda d'atteindre un niveau élevé de couverture de l'assurance-maladie au sein de la population nationale. Ce large accès aux services de santé contribue à la croissance économique et au développement social de l'ensemble du pays. En effet, l'accès aux soins de santé pour les populations les plus vulnérables contribue à la réduction des risques d'exclusion dus à des dépenses liées aux soins de santé ayant des conséquences désastreuses et à la lutte contre la pauvreté. En juin 2010, la couverture totale de l'assurance-maladie atteignait 97 pour cent environ au Rwanda.

Accès à l'éducation

Certaines interventions, sous la responsabilité du ministère de l'Éducation, contribuent à l'amélioration de la protection sociale:

- Le programme le plus important dans le secteur de l'éducation garantit la gratuité d'une éducation de base pour tous, grâce à un paiement par capitation au gouvernement et aux écoles subventionnées. Cela permet à tous d'accéder gratuitement aux neuf premières années d'enseignement.
- Le ministère de l'Administration locale, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, a signé un accord pour faciliter l'accès des étudiants marginalisés de l'enseignement secondaire aux études gratuites. Les ministères ont aussi pris

l'initiative d'intégrer les étudiants historiquement marginalisés dans d'autres programmes du gouvernement.

- Les survivants du génocide comptent généralement parmi les personnes les plus vulnérables et les plus pauvres du pays. Ainsi, afin de favoriser leur accès aux services éducatifs de base, le programme FARG prend en charge les frais de scolarité des survivants dans le besoin dans les écoles secondaires et à l'université.
- En 2008, 52 737 élèves du secondaire ont été pris en charge par le FARG et 1 500 ont obtenu un diplôme universitaire ou de l'enseignement supérieur.
- Le gouvernement fournit également des bourses d'études à des étudiants du secondaire sous la forme de prêts qui doivent être partiellement remboursés lorsque les anciens boursiers travaillent et sont en mesure de rendre une partie de l'argent.
- Le gouvernement du Rwanda et des partenaires du développement fournissent des repas dans 300 écoles. Ces écoles ont été identifiées grâce à l'Enquête sur la sécurité alimentaire (*Comprehensive Food Security and Vulnerability Analysis*, CFSVA) (juillet 2009).

Accès au logement

Parce que certains groupes de la population n'ont peut-être pas accès au logement, le gouvernement propose un logement aux groupes les plus vulnérables et en situation de pauvreté extrême, comme les rapatriés, les rescapés du génocide et les anciens combattants invalides. Les bénéficiaires sont ciblés grâce à l'approche *Ubudehe*, un processus participatif communautaire où les bénéficiaires sont sélectionnés en fonction de leurs besoins. Dans *Ubudehe*, les ménages sont classés selon six catégories, allant de «pauvreté extrême» à «riche». Selon les besoins au sein de la communauté, le gouvernement fournit des matériaux de construction par l'intermédiaire des niveaux décentralisés. La construction de ces maisons pour les personnes les plus vulnérables et extrêmement pauvres peut se faire par la population, grâce à un processus participatif ou lors de travaux communautaires (*Umuganda*), qui ont lieu une fois par mois. De 2008 à juin 2009, 10 858 maisons ont été construites pour les différents groupes vulnérables.

Transferts sociaux

Retraites

Selon le site de la SSFR, «la branche retraite de la sécurité sociale vise à aider les travailleurs qui vieillissent et deviennent incapables de travailler et d'accéder à un salaire, ou qui deviennent invalides et incapables de gagner leur vie en travaillant». ¹⁹ Elle prend également en charge les survivants du travailleur décédé. Les anciens travailleurs ont droit à une pension de vieillesse à 55 ans minimum et après 15 ans de cotisations. Les autres produits offerts par la branche retraite sont les suivants: retraite anticipée, pension d'invalidité et allocation forfaitaire de vieillesse. Ces produits sont proposés par la SSFR.

¹⁹ Site du Fonds de Sécurité sociale du Rwanda: <http://www.csr.gov.rw>.

Programme Vision 2020 Umurenge

Le programme *Vision 2020 Umurenge* (VUP) est un programme phare de l'EDPRS, 2008-2012. Comme indiqué précédemment, il a été conçu pendant la retraite gouvernementale de février 2007 en tant que programme intégré de protection sociale pour accélérer la réduction de la pauvreté et la réalisation des objectifs du programme *Vision 2020*. Son but consiste à accélérer la réduction de la pauvreté extrême dans des secteurs cibles, contribuant ainsi l'objectif national de réduction de la pauvreté extrême liée aux revenus de 36,9 pour cent en 2005/2006 à 24 pour cent en 2012. Il contribue également à l'amélioration d'autres aspects de la pauvreté humaine (tels que l'éducation, la santé, la sécurité alimentaire et la nutrition), au développement des biens communautaires, à l'environnement et à la participation sociale.

Les objectifs du programme se concentrent autour de deux domaines principaux:

- la protection: empêcher les ménages de se situer au-dessous des niveaux de survie et de vendre des biens productifs; construire un tampon pour gérer les chocs futurs,
- la production: réduire les risques, encourager la prise de risque par le biais de transferts et de salaires prévisibles, créer des opportunités d'emplois qui serviront de base pour l'épargne, l'aide au crédit, la création de biens communautaires, le développement d'une culture entrepreneuriale et l'aide à la monétisation de l'économie locale.

Le ministère en charge du programme est le ministère de l'Administration locale, du Développement communautaire et des Affaires sociales (MINALOC). Deux membres de l'équipe du programme *Vision 2020* sont placés au niveau du secteur (qui correspond au premier niveau de mise en œuvre): le gestionnaire du programme et l'agent financier.

Les trois volets principaux du programme sont les suivants: travaux publics, appui direct et appui financier, soutenus par la formation et la sensibilisation. Au départ, le programme était piloté dans 30 secteurs (les secteurs les plus pauvres dans chacun des 30 districts du Rwanda); puis le programme s'est étendu à 30 secteurs supplémentaires en juillet 2009 et l'intention du gouvernement est de continuer à l'étendre dans la totalité des secteurs (416) au niveau national.

La mise en œuvre des travaux publics a démarré en juillet 2008, l'appui direct en janvier 2009 et l'appui financier en février 2010.

Travaux publics

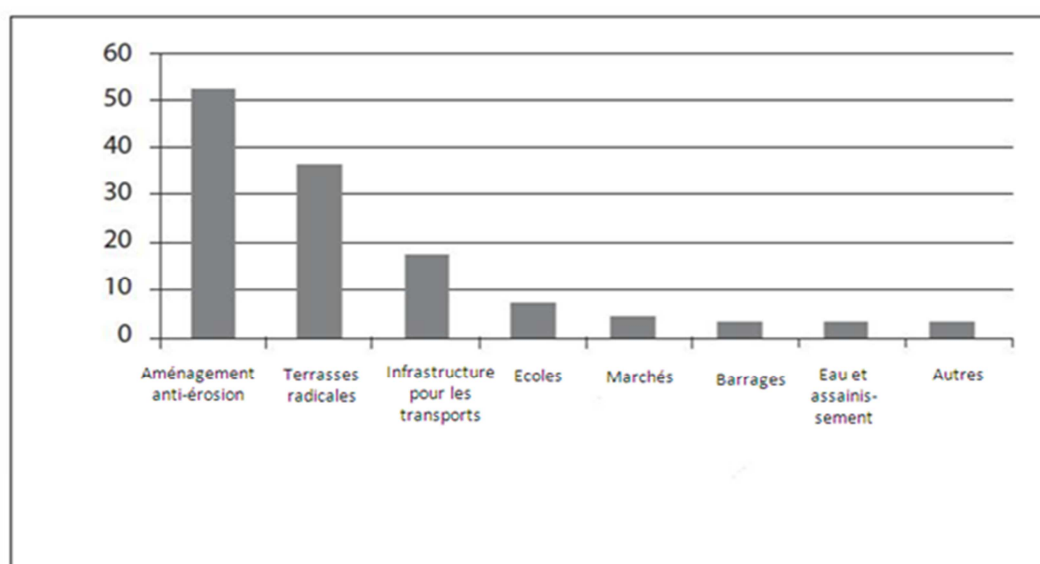
Ce volet du programme *Vision 2020 Umurenge* propose des travaux sur des projets d'infrastructure communautaire (terrassment, irrigation, construction de salles de classe, construction de voies d'accès, etc.). Les ménages éligibles aux travaux publics du programme sont extrêmement pauvres (parmi les deux catégories les plus basses du programme *Ubudehe*), ne possèdent pas de terre (moins de 0,25 hectare), mais comptent au moins un adulte (plus de 18 ans) capable d'effectuer des travaux manuels. En plus de présenter des avantages pour les ménages individuels, le programme bénéficie également à l'ensemble de la communauté du fait de la valeur accrue des biens. Le tableau 1 montre le nombre de foyers ayant participé aux travaux publics jusqu'à aujourd'hui; la figure 3 présente les biens communautaires construits. En 2009/2010, 50 pour cent des ménages bénéficiaires participants avaient une femme à leur tête.

Tableau 1. Bénéficiaires de l'appui direct et des travaux publics, 2008-2009/2010

Composante	2008	2009 (jan-juin)	2009/2010
------------	------	-----------------	-----------

	Secteur opérationnel	Ménages bénéficiaires	Secteur opérationnel	Ménages bénéficiaires	Secteur opérationnel	Ménages bénéficiaires
Appui direct	–	–	30	6 850	60	9 692
Travaux publics	28	18 304	27	17 886	60	78 004

Figure 3. Biens communautaires construits grâce au volet «travaux publics» du programme Vision 2020 Umurenge, 2009/2010



Source: Examen commun du secteur de la protection sociale, octobre 2010

Appui direct

Ce volet propose des transferts monétaires inconditionnels aux ménages extrêmement pauvres des deux catégories les plus basses du programme *Ubudehe* qui sont «sans terre» (moins de 0,25 hectare) et dont les membres ne peuvent pas travailler en raison de leur âge, d'une invalidité ou d'une maladie et ne peuvent pas participer aux travaux publics. Ce volet vise à améliorer les conditions de vie, l'accès aux services sociaux de base tels que l'éducation ou la santé et la capacité des ménages à épargner et investir. Le tableau 1 présente le nombre de ménages ayant bénéficié des transferts de l'appui direct à ce jour. En 2009/2010, 53 pour cent des ménages bénéficiaires avaient une femme à leur tête.

Appui financier

Le volet de l'appui financier du programme *Vision 2020 Umurenge* complète l'appui direct et les éléments de protection sociale des travaux publics du programme. Il améliore l'accès aux services financiers pour les personnes pauvres, encourage l'épargne et propose des services de microcrédit pour résoudre les problèmes de pauvreté extrême et pour promouvoir l'entrepreneuriat. Il vise à permettre aux personnes de sortir de la pauvreté extrême de façon pérenne et de sortir du système d'assistance sociale lorsqu'elles n'en ont plus besoin. L'appui financier a démarré en 2010 et le Régime de crédit *Ubudehe* s'est chargé de sa mise en œuvre. Les individus, les groupes et les coopératives bénéficient de prêts et sont sélectionnés en fonction de leur projet d'entreprise. Les transferts d'appui direct et les revenus des travaux publics ont déjà un impact positif sur le bien-être des ménages: hausse de la consommation (nourriture, ustensiles, vêtements); dépenses liées au

capital humain (éducation, santé); génération de revenus (agriculture, commerce); accumulation de biens (bétail) et services financiers (épargne, emprunts).

Programme Ubudehe

Ubudehe n'est pas un concept nouveau. Le mot rappelle l'action collective et le développement participatif entrepris depuis des décennies au Rwanda. Auparavant, *Ubudehe* faisait référence aux réunions sociales dans les villages, où avaient lieu des discussions pour tenter de résoudre les problèmes communautaires.

Dans le contexte post-génocide au Rwanda, les infrastructures, les services essentiels et les propriétés étaient détruits et les communautés divisées (traumatisées, méfiantes, etc.). Le niveau de pauvreté était très élevé et le défi consistait à reconstruire une nation et renforcer la cohésion de la communauté.

En 2001, le gouvernement du Rwanda a choisi une approche participative pour concevoir sa stratégie de réduction de la pauvreté. Après une phase pilote à Butare, *Ubudehe* a été lancé pour aider la population locale à créer un capital social, développer la citoyenneté et construire une société civile forte. Ce processus aide les citoyens à s'engager dans la résolution des problèmes en utilisant leurs institutions locales, et en s'associant de façon volontaire.²⁰

Ubudehe vise à promouvoir l'autogouvernance et une plus grande participation citoyenne dans la gouvernance locale. Le programme a démarré en 2005 et a déjà atteint certains de ses objectifs:

- Aujourd'hui, les activités d'évaluation participative de la pauvreté sont appliquées à la totalité du pays et les citoyens en ont véritablement le contrôle. Ils participent activement au développement d'une cartographie sociale et à la représentation visuelle de leur communauté (niveau de pauvreté et d'exclusion). En plus des cartographies sociales, les citoyens en milieu rural ont activement défini leurs préférences et leurs problèmes prioritaires.
- La participation des citoyens à ce processus communautaire a permis de rassembler les personnes autour d'une action collective pour le bien de leur propre communauté et dans l'optique de résoudre leurs problèmes communs. Ce processus a joué un rôle prépondérant dans la réconciliation nationale et le renforcement de la confiance mutuelle.
- Ce processus communautaire a permis l'appui financier d'initiatives locales tels que l'élevage, la construction d'écoles/de routes/de ponts/de centres de santé, les installations pour l'eau ou l'électricité, le terrassement et le développement des petits magasins. De nombreux villages ont bénéficié de l'appui financier pour résoudre les problèmes identifiés par leurs habitants. Ce mécanisme d'appui financier au niveau local présente les avantages suivants: coûts administratifs réduits, transferts de ressources directement effectués auprès des groupes de citoyens, prise en charge de l'initiative, appui aux citoyens proactifs et résolution des problèmes communautaires.

En plus du programme, l'approche de ciblage d'*Ubudehe* est un outil utilisé pour identifier les bénéficiaires des programmes de protection sociale au Rwanda. L'approche

²⁰ Site du Fonds commun de développement: <http://www.cdf.gov.rw/>.

Ubudehe doit devenir l'approche nationale de ciblage pour toutes les interventions sociales. En 2007, un exercice de cartographie sociale *Ubudehe* a eu lieu à l'échelle nationale. Les cartographies sociales élaborées par ce programme sont un atout essentiel pour le développement du secteur de la protection sociale et le programme *Vision 2020 Umurenge*. A l'évidence, ces cartographies sociales ainsi que le processus d'évaluation participative de la pauvreté contribuent directement au ciblage d'autres interventions telles que les mutuelles de santé.

Un médiateur *Ubudehe* est disponible dans chaque secteur, sous contrôle des districts. Sa tâche principale consiste à contrôler la qualité de l'identification des bénéficiaires des différents programmes de protection sociale.

Fonds de soutien aux survivants du génocide

Le Fonds de soutien et d'assistance aux rescapés du génocide perpétré contre les Tutsi et autres crimes contre l'humanité (Fonds d'aide aux rescapés du génocide, FARG) a été établi par la Loi 02/98 du 22 janvier 1998 dans le but de fournir une assistance aux victimes du génocide et des massacres perpétrés au Rwanda entre le 1^{er} octobre 1990 et le 31 décembre 1994. Cette loi a été révisée par la Loi 69/2008 du 30 décembre 2008 (Journal officiel du Rwanda, numéro spécial du 15 avril 2009).

Les ressources du fonds proviennent de contributions du gouvernement équivalentes à 6 pour cent de son budget annuel et d'autres sources identifiées dans l'article 22 de la loi. Ce budget est consacré à quatre programmes phares: éducation, santé, logement, assistance sociale et projets de génération de revenus.

En plus de l'appui dans les secteurs de la santé, de l'éducation et du logement, le Fonds fournit une assistance sociale et appuie des projets de génération de revenus.

Commission rwandaise de démobilisation et de réintégration (CRDR)

La Commission rwandaise de démobilisation et de réintégration (CRDR) est une agence gouvernementale chargée de la mise en œuvre du Programme rwandais de démobilisation et réintégration (PRDR). Son objectif est de contribuer à la «consolidation de la paix dans la région des Grands Lacs, en particulier au Rwanda et à l'Est de la RDC et de favoriser l'unité et la réconciliation au sein du Rwanda. [Elle travaille] dans ce sens par le biais de la démobilisation et de l'appui à la réintégration économique et sociale des anciens combattants rwandais». ²¹ En 2009, la Commission a lancé l'étape III du PRDR, comprenant les composantes suivantes:

- **La démobilisation.** Dans les centres de démobilisation, la CRDR a mené un programme d'orientation préalable auprès de tous les anciens combattants, œuvrant pour leur réintroduction dans la vie civile (conférences et débats sur les politiques gouvernementales, les programmes, les défis de développement socio-économique et les opportunités dans le pays, soutien psychologique et dépistage volontaire du VIH et SIDA, etc.).

²¹ Commission de démobilisation et de réintégration du Rwanda, Programme de démobilisation et de réintégration du Rwanda, Rapport d'activité annuel, 2009, Avant-propos, p.2 (disponible à l'adresse suivante: <http://rdrc.org.rw/Documentation/RDRC%20REPORT%202009.pdf>).

-
- **La réinsertion.** Cette composante couvre à la fois les anciens combattants et les personnes à charge (paiement en espèces, kit de réinsertion, transport vers les communautés d'origine, nourriture et articles non alimentaires pour trois mois). Les anciens combattants sont également pris en charge au sein des communautés.
 - **La réinsertion sociale et économique.** Cette composante comprend différentes interventions importantes comme: la formation spécialisée du personnel des centres de santé et des travailleurs sociaux pour le soutien psychosocial des anciens combattants et d'autres membres de la communauté souffrant de stress post-traumatique (SSPT); des «prêts de réinsertion» pour des projets de génération des revenus avec une formation d'initiation à l'entrepreneuriat; un cours spécialisé de rééducation pour les enfants anciens combattants et la réunification avec leurs familles respectives; la détermination de la vulnérabilité socio-économique des anciens combattants invalides grâce au filtrage; le paiement des indemnités mensuelles de subsistance pour les plus nécessiteux; le soutien spécifique pour les femmes anciennes combattantes.

«Une famille, une vache»

Le programme *Girinka* («Une famille, une vache») a été lancé par le Président du Rwanda en 2006 et fait partie des mesures de mise en œuvre du programme *Vision 2020*, de l'EDRPS et du Programme de développement intégré. L'objectif du programme *Girinka* est de permettre à tous les ménages pauvres de posséder et d'élever une vache laitière pour subvenir aux besoins de la famille et améliorer ses moyens de subsistance (lait et viande) ainsi que la fertilité des sols. En plus d'améliorer le statut alimentaire de la famille, la vache va permettre de générer des revenus grâce à la vente de lait, de viande ou de fumier. Le programme peut être réalisé de deux manières: la vache peut être offerte à la famille pauvre ou le programme peut proposer un prêt bancaire à la famille pour l'achat d'une vache. Certains critères d'admissibilité sont analysés, notamment la possibilité de construire une étable ou l'accès à un champ de pâturages variés pour une meilleure nutrition.

Ce programme a été suivi par d'autres initiatives comme *Inka y'akaguru*, visant à la production de nombreuses vaches dans la collectivité, où le premier propriétaire garde le veau et offre la vache à un autre membre de la communauté. *Kuragiza* est une autre initiative où le propriétaire laisse son voisin prendre soin de sa vache. Lorsque la vache vêle deux fois, le propriétaire offre le deuxième veau au voisin en reconnaissance de son travail.

Autres groupes vulnérables

Personnes handicapées

Le Rwanda a progressé moins rapidement que prévu pour appuyer les droits des personnes handicapées et pour veiller à ce qu'elles bénéficient du développement national et y contribuent. Le gouvernement s'est engagé en adoptant la Loi pour la protection des droits des personnes handicapées (2007) et a approuvé huit arrêtés ministériels pour la mettre en œuvre (2009). Pour être en mesure de surveiller la mise en œuvre des arrêtés ministériels qui ont été adoptés, un programme national pour les personnes handicapées a été élaboré.

Le gouvernement a créé une organisation parapluie pour les personnes handicapées: la Fédération nationale des Personnes handicapées (FENAPH). Elle compte un éventail de représentants du niveau local jusqu'au gouvernement central.

Il existe des programmes gouvernementaux de soutien aux anciens combattants vulnérables et invalides dans les catégories 1 et 2. Ils reçoivent une allocation/un transfert de subsistance mensuel qui leur permet d'accéder à la réadaptation médicale et aux traitements grâce à l'assurance-maladie, mais les paiements sont aussi versés directement aux prestataires de services pour les services et les médicaments qui ne sont pas pris en charge par l'assurance.

Outre ces programmes, un conseil national des personnes handicapées est en cours de création, bien qu'il n'en soit qu'au tout premier stade.

Les groupes de la société civile jouent un rôle important dans l'appui aux personnes handicapées et dans l'aide au gouvernement pour atteindre ses objectifs relatifs aux personnes handicapées. Certaines de ces organisations de la société civile sont, entre autres, le Service des volontaires outremer (*Volunteer Services Overseas*, VSO) et le Comité directeur de la Décennie du Rwanda, qui, en collaboration avec leurs partenaires, ont joué un rôle actif dans la défense des intérêts par des organisations représentant les personnes handicapées dans le secteur de la protection sociale et ont également appuyé des activités communautaires génératrices de revenus.

Cependant, il convient de noter que le Rwanda ne dispose pas de programmes spécifiques pour les personnes handicapées. Ces dernières ont été intégrées dans les programmes existants de protection sociale et dans les initiatives telles que le programme «Une famille, une vache», les initiatives de logement, les programmes *Ubudehe* et *Vision 2020 Umurenge*, où elles reçoivent des prestations grâce à l'appui direct, aux travaux publics, aux services financiers et à de nombreux autres régimes en fonction des critères d'éligibilité. Il existe également d'autres programmes parallèles qui appuient les personnes handicapées dans l'accès aux nécessités de base.

Il convient également de mentionner l'initiative de recensement des personnes handicapées, actuellement en cours de réalisation pour permettre de connaître le nombre réel de personnes handicapées au Rwanda, mais surtout pour générer des données pour une planification fondée sur les données collectées. Sa réalisation incombe au ministère de l'Administration locale, avec l'aide du ministère de la Santé, qui apportera son aide en matière de catégorisation, de sorte que les personnes ciblées par la loi puissent avoir accès aux prestations.

Enfants vulnérables et orphelins

Les enfants vulnérables et les orphelins bénéficient de certaines interventions mentionnées précédemment (éducation de base gratuite, assurance-maladie communautaire et FARG). Toutefois, le ministère pour la Promotion de l'égalité entre hommes et femmes et de la famille met également en œuvre plusieurs interventions visant les enfants vulnérables et les orphelins tels que le paiement des frais de scolarité et l'achat de matériel scolaire pour 18 620 orphelins et enfants vulnérables (de 2006 à 2010); le support d'identification, de collecte de données et de gestion concernant les orphelins et les enfants vulnérables (ordinateurs, registres, etc.); l'appui financier pour la mise en place d'activités lucratives pour les orphelins et les enfants vulnérables qui ont terminé leur formation professionnelle; et la mise en place de centres de transition pour les enfants. En outre, plusieurs consignes et instructions relatives aux orphelins et enfants vulnérables ont été établies.

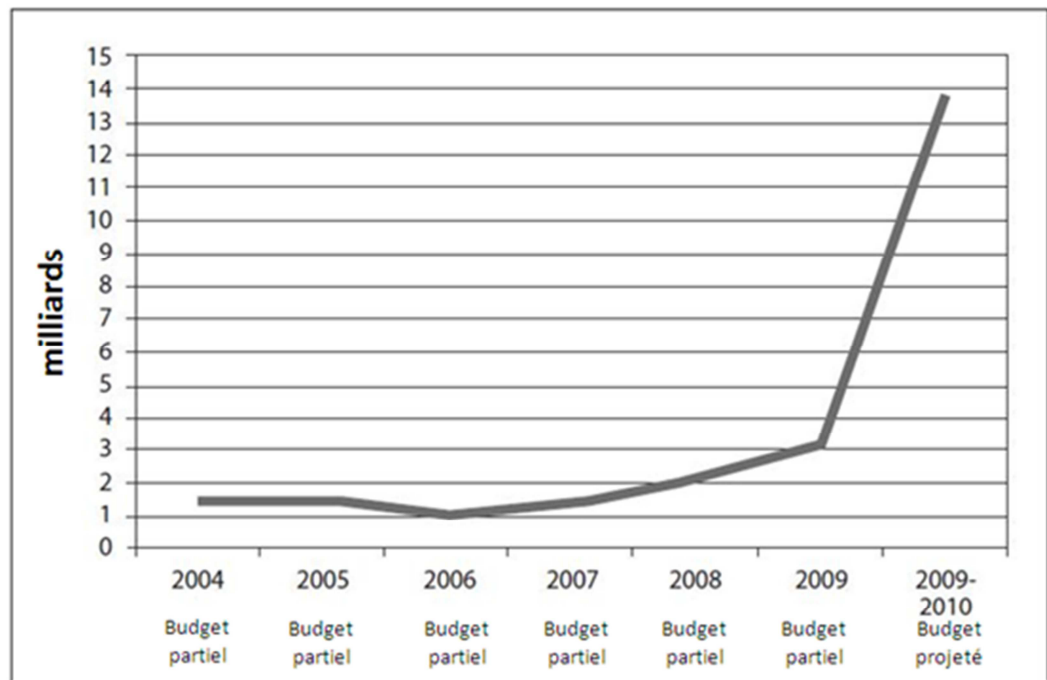
Des comités de protection de l'enfance et contre la violence à l'égard des femmes ont été mis en place au niveau des districts et des secteurs par le ministère pour la Promotion de l'égalité entre hommes et femmes et de la famille afin d'identifier, de signaler et de diriger les personnes vers un appui adapté en cas de violations des droits de l'enfant et en cas de violence à l'égard des femmes.

L'Observatoire des droits de l'enfant a été établi dans le cadre de la Commission nationale des droits de l'homme. Un observatoire est mis en place dans chaque district et dans chaque secteur du pays, dans le but de surveiller et d'établir des rapports sur les cas de violation des droits de l'enfant. Les rapports sont rédigés et soumis à la Commission nationale des droits de l'homme qui est chargée de l'examen des cas, des enquêtes et des procédures de dépôt de plaintes.

Evaluation du secteur

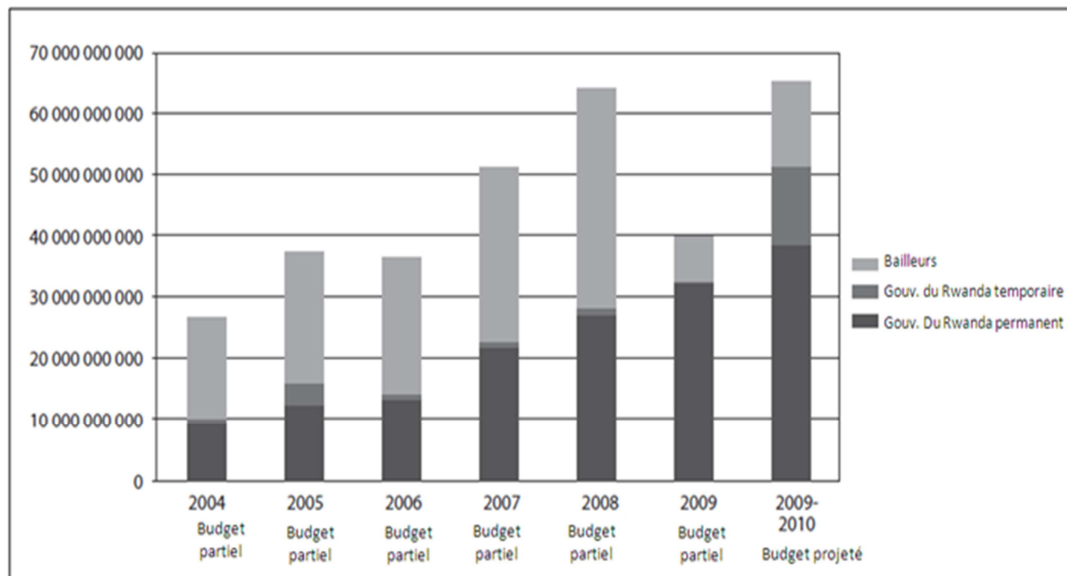
Depuis 2005, l'extension de la protection sociale au Rwanda a été considérable (figure 4) et il existe un large panel de programmes de protection sociale à l'échelle gouvernementale. L'investissement dans le secteur de la protection sociale de base a beaucoup augmenté avec l'introduction du programme innovant *Vision 2020 Umurenge*. Ce programme phare a permis des transferts réguliers en faveur de 54 000 ménages, ce qui a entraîné une nette amélioration de leur vie. Pourtant, l'investissement pour la protection sociale non contributive et fondée sur les versements en espèces reste faible par rapport à d'autres pays (bien qu'il soit probablement équivalent à l'investissement des autres pays d'Afrique centrale et de l'Est). Le Fonds de Sécurité sociale du Rwanda est un exemple de régime de pension contributif bien géré, fiable d'un point de vue actuariel et offrant des prestations importantes et régulières aux adhérents. En 2007, le taux de remplacement du Fonds s'élevait à 76 pour cent, ce qui implique que les retraités recevaient en moyenne 76 pour cent de leurs revenus nets avant leur retraite.

Figure 4. Augmentation des dépenses dans le secteur de la protection sociale, 2005-2010



Au niveau des autres secteurs, l'engagement pour la protection sociale a également pris de l'ampleur. La figure 5 montre, par exemple, l'augmentation des dépenses pour la protection sociale globale, y compris la santé et l'éducation. Cela représente une augmentation de 142 pour cent des ressources réelles pour la période du budget 2009/2010, avec une diminution réelle de 17 pour cent des ressources de la part des bailleurs et une augmentation réelle de 250 pour cent des dépenses gouvernementales.

Figure 5. Augmentation des dépenses du gouvernement pour le secteur de la protection sociale, 2005-2010



Remarque: Les données de cette figure sont tirées de la version préliminaire de l'Evaluation des dépenses publiques pour la protection sociale, 2010.

Comme il est mentionné précédemment, le Rwanda a déjà réalisé des objectifs importants en matière de couverture de protection sociale de sa population.

Grâce à l'assurance-maladie communautaire, le Rwanda couvre plus de 90 pour cent de sa population. Il s'agit d'une grande réussite étant donné la proportion importante du secteur informel. De plus, grâce à une volonté politique forte, cette extension de la couverture a été réalisée en moins de dix ans.

Le pays a déjà adopté une approche pour cibler sa population d'un point de vue socio-économique. Cette approche, connue sous le nom d'*Ubudehe*, représente un atout majeur pour le Rwanda en matière de protection sociale pour maximiser l'impact des interventions et éviter les chevauchements éventuels. Bien entendu, des ciblage améliorés contribueront à une meilleure utilisation des ressources.

Les résultats du programme phare *Vision 2020 Umurenge* démontrent son impact sur les bénéficiaires en termes d'accumulation de biens, d'entrepreneuriat, de développement social et de multiplication des infrastructures. A l'avenir, ce programme doit être étendu à l'échelle nationale. Cette extension aura un impact positif dans le pays et augmentera le nombre de bénéficiaires.

Au Rwanda, les mécanismes de coordination sont en cours de développement et contribuent à l'efficacité des interventions. Les mécanismes de coordination du secteur de la protection sociale dépendent directement du ministère de l'Administration locale. Cependant, comme le secteur de la protection sociale contribue à la réalisation des objectifs de l'EDPRS, la responsabilité générale en matière de rapport sur les progrès de l'EDPRS incombe au ministère des Finances et de la Planification locale:

-
- Au niveau du secteur, le ministère de l'Administration locale gère la coordination. Un Groupe de travail pour la protection sociale a été créé. Ce groupe est composé de ministères sociaux chargés de protection sociale, de partenaires du développement, d'agences des Nations Unies, d'organisations de la société civile et d'ONG, réunis pour aborder les développements du secteur de la protection sociale. Depuis ses débuts en 2008, le Groupe de travail pour la protection sociale a permis de fournir une orientation stratégique sur les possibilités de réduction de la fragmentation et de l'inefficacité sur le rapport d'activité sur les réussites et les défis. Au niveau du secteur, le ministère de l'Administration locale, du Développement communautaire et des Affaires sociales (MINALOC) préside le Groupe de travail pour la protection sociale. Le MINALOC est le principal ministère en matière de protection sociale; il copréside en alternance avec les partenaires au développement.
 - Les examens sectoriels conjoints de protection sociale ont lieu deux fois par an, avant le début de l'année fiscale. Ils permettent d'aborder les progrès et les défis du secteur et de fournir des informations sur le processus budgétaire. Ces examens ont également lieu à la fin de l'année financière pour évaluer les progrès et fixer des échéances. Ces examens sectoriels conjoints sont à la fois rétrospectifs et prospectifs.
 - Groupe social. Les délibérations après les examens sont résumées dans le Groupe social, composé de tous les ministères sociaux. Sous la direction du Groupe, les difficultés et les résultats principaux sont présentés aux examens conjoints de l'appui budgétaire présidés par le ministère des Finances et de la Planification économique (gouvernement) et coprésidés par un partenaire au développement.

En 2010, l'élaboration et le développement d'une nouvelle stratégie grâce à un processus participatif contribueront à une meilleure coordination et à des interventions plus efficaces dans le secteur de la protection sociale.

Cependant, malgré des progrès encourageants et une forte tendance à la hausse de l'engagement du gouvernement dans la protection sociale, il est évident que de nombreux défis doivent être affrontés.

Une faible couverture représente un défi majeur. Les programmes pilotes doivent absolument atteindre un taux de couverture national (*Vision 2020 Umurenge*, par exemple) pour obtenir l'impact désiré. De plus, il est évident que de nombreux groupes vulnérables de la population ne bénéficient pas d'un taux de couverture ou d'appui adéquat. Par exemple, il n'existe pas de programme national d'appui pour les personnes âgées ou invalides. La plupart des enfants les plus vulnérables ont besoin d'une assistance financière supplémentaire, mais les moyens du pays ne permettent pas d'arriver à un tel niveau de prestation. Il est admis qu'il faut travailler dans les limites des finances disponibles, mais le gouvernement est engagé dans l'extension de la couverture à ces groupes pour les prochaines années. Les programmes doivent être consolidés, dans la mesure du possible, afin d'augmenter l'efficacité et de mettre les ressources à disposition des programmes possédant le plus grand potentiel de transformation. Certains programmes visant des groupes particuliers doivent être élargis. Par exemple, l'appui aux survivants du génocide grâce au FARG sera de plus en plus proposé par des programmes gouvernementaux généraux, tels que *Vision 2020 Umurenge* et des programmes de subventions aux personnes âgées, dans la mesure du possible.

Concernant la coordination des interventions de protection sociale, le système de suivi et d'évaluation doit être renforcé pour observer l'impact et obtenir des résultats fondés sur des données tangibles pour tous les programmes. Les données de suivi et d'évaluation aideront aussi à améliorer l'efficacité des interventions.

Nouvelle stratégie: la marche à suivre

Le ministère de l'Administration locale prépare, avec d'autres acteurs, une nouvelle stratégie sur la protection sociale pour les 20 prochaines années. Ce document porte sur plusieurs interventions pour l'amélioration de la protection sociale de la population rwandaise. Cette stratégie viendra en complément des stratégies des autres secteurs. L'objectif des 20 prochaines années est de «construire un système avec une protection sociale pour les ménages et les individus très vulnérables, en continuant d'étendre l'accès à d'autres services publics essentiels aux foyers pauvres et vulnérables et d'augmenter la participation du secteur informel dans le système de sécurité sociale contributif». ²² Afin de contribuer aux objectifs de l'EDPRS, les interventions sont planifiées en fonction des résultats attendus. La stratégie comprend des interventions de protection, de prévention et de promotion.

Parmi ses objectifs, l'EDPRS vise à améliorer les mécanismes de coordination des programmes existants gérés par le ministère de l'Administration locale et des programmes d'autres ministères.

Une fois que la stratégie de protection sociale sera en place, une approche sectorielle sera élaborée, ce qui renforcera davantage les liens de partenariat entre les différents acteurs et garantira que leur travail contribue à la réalisation des objectifs du secteur et de l'EDPRS et que leur financement corresponde aux priorités du gouvernement.

Pour améliorer l'efficacité, le gouvernement pense développer un mécanisme de financement sectoriel, où les bailleurs financeraient le secteur plutôt qu'un programme spécifique. Cela permettra aussi d'améliorer la coordination, l'harmonisation et la synergie entre les différents ministères et institutions responsables de la mise en œuvre de la protection sociale. Tout cela sera réalisé grâce à des plans d'action conjoints, grâce à la division des tâches et aux mécanismes de responsabilisation.

Pour améliorer la coordination, le suivi et l'évaluation ainsi que la construction d'un système d'information et de gestion permettra aux entités décentralisées de fournir des données actualisées au gouvernement central sur le nombre et le statut des différents groupes vulnérables. Un résumé du système de protection sociale au Rwanda est présenté dans le tableau 2.

²² Version préliminaire de la Stratégie nationale de Protection sociale, 2010-2015, p.3.

Tableau 2. Résumé sur le système de protection sociale au Rwanda

Soins de santé	Secteur formel	Système spécifique de couverture des employés du secteur formel (RAMA, MMI, assurance privée). Système existant de couverture pour les accidents professionnels (Fonds de Sécurité sociale du Rwanda).
	Secteur informel	Les soins de santé sont accessibles pour tous, grâce au régime d'assurance-maladie communautaire (y compris les personnes pauvres et les indigents grâce aux programmes comme le FARG ou le Fonds mondial).
Education	Education de base	9 ans d'éducation gratuite.
	Education secondaire et universitaire	Programmes existants facilitant l'accès des groupes vulnérables (FARG, ministère pour la Promotion de l'égalité entre hommes et femmes et de la famille – MIGEPROF).
Logement	Refuge	Appui aux groupes vulnérables en matière de logement (FARG).
Transferts sociaux	Pensions	Secteur formel: pension contributive.
	Transferts monétaires aux personnes extrêmement pauvres	<i>Travaux publics</i> pour les personnes extrêmement pauvres: proposer du travail sur des projets d'infrastructure communautaire (<i>Vision 2020 Umurenge</i>). <i>Appui direct</i> pour les personnes extrêmement pauvres dans l'incapacité de travailler (<i>Vision 2020</i>).
	Appui/services financiers	L'appui est proposé pour favoriser l'accès des groupes vulnérables à une infrastructure de services financiers et pour développer des activités lucratives (<i>Vision 2020</i> , FARG, MIGEPROF). Via l'appui financier aux initiatives locales, un processus communautaire crée du capital social, permet le développement de la citoyenneté et le renforcement de la société civile (<i>Ubudehe</i>). Programme d'appui pour la démobilisation, la réinsertion et la réintégration des anciens combattants (PRDR).
	Transferts en nature	Grâce à la propriété et à la gestion d'une vache, l'objectif consiste à améliorer les conditions de vie, l'alimentation et la fertilité du sol des ménages («Une vache, une famille»).

ⁱ Institut national des statistiques, 2009.

ⁱⁱ Banque mondiale, *Indicateurs du développement dans le monde 2008*.

ⁱⁱⁱ OMS, *Observatoire de la santé mondiale*, 2008.

^{iv} OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale, *Observatoire de la santé mondiale*, 2008.

^v Banque Mondiale, *Indicateurs de développement dans le monde, 2008* et *Financement du développement* dans le monde, 2008.

^{vi} Ibid.

^{vii} PNUD, *Rapport sur le développement humain*, 2009.

16. Afrique du Sud

Population ⁱ	48 687 000
Répartition par âge	
0-14 ans (%)	30,8
15-64 ans (%)	64,9
65 ans et plus (%)	4,4
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	48
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	53,1
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	50,0
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	400
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^{iv} courants ^v	5 678
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vi}	10 116
Monnaie locale constante	26 120
Taux de chômage ^{vii}	25,3
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ^{viii}	129
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indicateur de la pauvreté humaine	85

L'Afrique du Sud est une démocratie constitutionnelle établie en 1994, à la suite de trois siècles de colonialisme et d'apartheid. Le pays possède une forte population de jeunes et fait partie des pays à revenu moyen. Ses taux de croissance économique ont diminué au cours des dernières années, en raison de l'impact négatif de la crise économique mondiale. La moitié de la population environ peut être classée comme pauvre, les taux de pauvreté étant particulièrement élevés chez les enfants, les jeunes, les femmes et les personnes vivant en milieu rural. Les importants taux de prévalence du VIH et du sida se sont ajoutés à la charge des soins et ont eu un impact négatif sur les résultats du pays en termes de développement humain.

L'allocation Child Support Grant

Leila Patel

Résumé

- L'allocation d'aide aux enfants (Child Support Grant) est un programme de transferts en espèces non contributifs, sous condition de ressources, en faveur des enfants de 0 à 18 ans, instauré en 1998 par une loi adoptée par le parlement.
- Les allocations d'aide aux enfants sont financées par les impôts et représentent 3,5 pour cent du PIB.
- Une prestation forfaitaire est versée à la personne responsable de l'enfant. Celle-ci peut être un parent biologique, un grand-parent ou une personne ayant ou non un lien de parenté avec l'enfant.
- Le montant de la prestation est de 34,50 dollars et celle-ci est reversée à environ 10 millions d'enfants.
- L'allocation d'aide aux enfants est l'un des programmes publics de réduction de la pauvreté les plus efficaces.
- L'allocation d'aide aux enfants fait partie d'une stratégie de protection sociale plus large, octroyant, entre autres des services d'éducation élémentaire obligatoire, des soins de santé, un logement, des services de base, des travaux publics ainsi qu'une aide aux petites et microentreprises, financés par l'Etat.

A propos de l'auteur

Leila Patel, professeure et directrice du Centre pour le développement social en Afrique, Université de Johannesburg.

Introduction

Depuis l'avènement de la démocratie en Afrique du Sud en 1994, le système de protection sociale a été remanié afin de mettre en œuvre le mandat constitutionnel de promotion de la justice sociale et économique, ainsi que pour remédier à l'héritage de l'apartheid. En 2009, le programme d'assistance sociale concernait environ 26,2 pour cent de la population et beaucoup s'accordent à dire qu'il s'agit du programme public de réduction de la pauvreté le plus efficace, en raison de son impact considérable sur le développement. (Neves et coll., 2009; Delany et coll., 2008; Patel et Triegaardt, 2008; van der Berg et coll., 2005; Samson et coll., 2004; Woolard, 2003; van der Berg et Bredenkamp, 2002; et Ardington et Lund, 1995).

La stratégie de protection sociale sud-africaine comprend une assistance sociale, à laquelle s'ajoutent des services et des programmes sociaux à financement public, tels que l'enseignement primaire obligatoire, les soins de santé, le logement, des services de base, les travaux publics, l'aide aux petites et microentreprises, ainsi qu'un système d'imposition progressif ayant une importante fonction de redistribution. Y sont également inclus différents programmes de transferts en nature, tels que les programmes d'alimentation scolaire, les subventions sur le prix des denrées alimentaires de base, les subventions pour le logement, l'énergie et les transports, et des exonérations de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) pour les denrées alimentaires de base. Toutefois, dans les faits, des problèmes institutionnels et de capacité, dont la corruption, ont entraîné ces dernières années des échecs d'exécution, limitant ainsi la prestation par l'Etat des services sociaux de base et alimentant le mécontentement populaire.

L'assistance sociale, ou «allocations sociales», est un transfert en espèces non contributif, accessible sous condition de ressources et financé par les impôts, destiné à des catégories spécifiques de la population. Le droit à l'assistance sociale ainsi que les droits des enfants sont garantis par la Constitution sud-africaine. Entre 1995 et 2010, le nombre de bénéficiaires est passé de 3 millions à 14 millions. Les prestations représentent 3,5 pour cent du PIB, un chiffre relativement élevé pour un pays à revenu moyen (National Treasury, 2010).

La présente étude de cas s'intéresse à l'allocation d'aide aux enfants, un programme innovant introduit en 1998. Celle-ci est venue s'ajouter aux pensions de vieillesse, existant depuis les années vingt, et aux allocations pour handicapés. Elle est reversée à la personne responsable de l'enfant, sous la forme d'une «prestation» forfaitaire, sous condition de ressources. Elle compte le plus grand nombre de bénéficiaires parmi les trois principales allocations sociales (68 pour cent), soit 10 millions d'enfants pauvres en 2010 (National Treasury, 2010).

Le présent document est organisé comme suit. A la suite de l'introduction, la première partie précise des concepts clés, tels que «protection sociale» et «allocations sociales», puis fournit un bref aperçu du contexte social, économique et politique en Afrique du Sud. Les deux parties suivantes s'attachent à décrire le processus d'élaboration des politiques et à préciser les caractéristiques essentielles de l'allocation d'aide aux enfants, son financement et les difficultés dans sa mise en œuvre. L'impact socio-économique du programme est le sujet de la dernière partie, qui se conclut par l'énumération de certains facteurs de réussite utiles à la reproduction de programmes similaires dans d'autres pays en développement.

Concepts et approche

La «protection sociale» fait référence aux mesures des secteurs privé et public destinées à assurer l'accès réel pour tous, et en particulier les plus défavorisés, à un ensemble de biens et de services de base. Ces biens et services peuvent consister en des services ou des prestations en espèces ou en nature destinés à réduire la pauvreté, à favoriser l'égalité, à renforcer les capacités et les atouts de la population, afin de favoriser ainsi son autonomisation et son bien-être. En Afrique du Sud, le terme de «sécurité sociale» est fréquemment utilisé dans les politiques et les dispositions législatives relatives aux mesures publiques (assistance sociale), privées (assurance), d'assurance sociale (système national de santé et de retraite) et informelles (épargne) destinées à assurer la protection de la population face aux risques et à la vulnérabilité. Alors que la «protection sociale» englobe un concept plus large, «sécurité sociale» et «assistance sociale» (ou «allocations sociales») se rapportent à des mesures spécifiques visant à garantir la protection du revenu, à réduire et à prévenir la pauvreté, à améliorer la répartition des revenus et à fournir un moyen de compensation sociale pour le manque à gagner causé par des facteurs externes (Republic of South Africa, 1997, p. 48).

Les méthodes généralement utilisées afin d'étudier la pauvreté se fondent sur les indicateurs de revenu, de consommation ou de statut social, et ne prennent pas en compte d'autres facteurs sociaux plus généraux ayant un impact sur la pauvreté. La présente étude de cas adopte le point de vue définissant la pauvreté comme un phénomène multidimensionnel et interdépendant dû à l'absence de diverses ressources, dont l'emploi, l'alimentation, les biens (logement, terre), les infrastructures de base (eau, énergie et assainissement), les soins de santé et l'instruction. Les aspects psychologiques de la pauvreté ainsi que le manque de représentation politique sont également des facteurs importants pour définir la pauvreté et la combattre (Narayan, 2000).

De plus en plus, l'accent est mis sur la compréhension de la nature et de la portée des moyens d'adaptation mis en œuvre par les ménages pauvres, ce qui correspond à l'approche fondée sur les moyens de subsistance (Beall, 1997; Chambers, 1995). Les ménages pauvres ont également tendance à s'appuyer sur la protection sociale informelle, c'est-à-dire sur des systèmes basés sur la mutualisation et la réciprocité (Neves et coll., 2009; De Wet et coll., 2008), qui peuvent comprendre l'échange de biens, de ressources et une aide sociale en provenance d'individus ou d'organisations appartenant à la communauté. Dans une optique d'égalité des sexes, la répartition des tâches dans la sphère privée, pour pourvoir aux besoins du ménage et assurer sa survie est essentielle. En outre, il convient de prendre en compte la manière dont les personnes pauvres parviennent, par leurs propres moyens, à faire face aux risques et à la vulnérabilité découlant des conséquences de facteurs économiques, politiques, sociaux et environnementaux externes, et en particulier de la crise économique mondiale. Afin de comprendre la pauvreté, il est avant tout primordial de tenir compte de l'action humaine et de la citoyenneté active, qui comprend un ensemble de droits et de devoirs en lien avec l'Etat. L'étude de la manière dont les citoyens exercent et invoquent ces droits, au moyen de processus sociaux et politiques formels et informels, afin d'améliorer leur qualité de vie, est également indispensable à la compréhension de la pauvreté (Green, 2008).

Le contexte sud-africain

L'Afrique du Sud a obtenu son indépendance en 1994, après plus de trois cents ans de colonisation et d'apartheid. Le nouveau gouvernement élu démocratiquement a hérité d'une société divisée sur la base de critères raciaux et dont plus de la moitié de la population noire était définie comme pauvre. La pauvreté était plus répandue dans les milieux ruraux (60 pour cent) et touchait davantage les femmes et les enfants, plus de la moitié des ménages dirigés par des femmes vivant dans la pauvreté (May, 1998; PNUD,

1999). Des taux élevés de pauvreté infantile sont associés à la malnutrition, ainsi 38 et 27 pour cent des enfants dans le premier et le deuxième quintiles les plus pauvres, respectivement, et souffrent d'un retard de croissance (Reconstruction and Development Programme, 1995).

Ces tendances sont le résultat des divisions géographiques créées par l'apartheid et des politiques raciales alors en place. Le nouveau gouvernement a également hérité d'un système de protection sociale marqué par la ségrégation raciale, favorisant une élite sociale blanche en octroyant des prestations et des services sociaux conséquents aux Blancs et ne laissant qu'un système résiduel aux Noirs (Patel, 1992). La résistance face à la domination de la minorité blanche et au capitalisme racial a été marquée par l'exigence permanente d'intégration politique, économique et sociale et d'extension des droits de l'homme à l'ensemble des Sud-Africains formant une même et unique société. Ces exigences ont modelé la nature et le contenu de la nouvelle Constitution, adoptée en 1997, à la suite des premières élections démocratiques. La Constitution consacre la citoyenneté commune, le suffrage universel pour les adultes, une démocratie pluraliste, la liberté de la presse et le contrôle judiciaire du gouvernement. La Constitution sud-africaine peut être qualifiée d'égalitariste-libérale dans son orientation, dans la mesure où elle tente de concilier les droits individuels et la transformation économique et sociale de la société, en octroyant des prestations et des possibilités aux personnes les plus défavorisées.

Un aspect remarquable de la Constitution est la garantie de droits économiques et sociaux. La section 27 garantit aux citoyens le droit d'accès aux soins de santé, à l'eau et à la sécurité sociale, qui inclut le droit à l'assistance sociale. Ces droits, accordés en fonction des ressources disponibles, devraient être atteints progressivement. La section 26 prévoit le droit d'accès au logement. La section 28 consacre le droit d'accès aux services de base, à l'aide sociale et aux soins familiaux/parentaux pour les enfants, tandis que la section 29 concerne le droit à un enseignement de base et à la poursuite d'études.

Le nouveau gouvernement élu démocratiquement, sous la direction de l'ancien Président Nelson Mandela, a adopté en 1995 le programme pour la reconstruction et le développement (Reconstruction and Development Programme). Celui-ci avait pour but de démocratiser l'Etat et la société, de favoriser la croissance économique, après plusieurs années de déclin économique et d'endettement, et de panser les plaies héritées des divisions passées. Il visait également à subvenir aux besoins essentiels de la population et au développement des ressources humaines.

Le système de protection sociale a été modifié afin de correspondre à l'esprit du programme pour la reconstruction et le développement, et une nouvelle politique de développement de la protection sociale, énoncée dans le Livre blanc pour la protection sociale (Republic of South Africa, 1997), a été adoptée et mise en œuvre. Deux programmes clés ont été identifiés. En premier lieu, les services de protection sociale destinés à des groupes spécifiques, tels que les enfants, les jeunes, les femmes et les familles, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes souffrant de maladies chroniques, en particulier du VIH et du sida. Puis en second lieu, la sécurité sociale, qui comprenait l'assistance sociale, l'épargne privée et l'assurance sociale.

Le modèle de protection sociale sud-africain s'inscrit dans une approche alliant protection sociale et développement économique (Patel, 2005). Il se distingue par ses caractéristiques comprenant: l'engagement à une approche du développement social fondée sur les droits, la mise en œuvre de stratégies et de politiques en faveur des populations pauvres, la promotion de la participation des citoyens dans le développement et le recours à des dispositifs sociaux pluralistes permettant la participation dans le développement de l'Etat, de la société civile, du secteur privé, des individus, des familles et des communautés. Cette politique consacre, cependant, un rôle de premier plan à l'Etat. Enfin, elle envisage le développement social et le développement économique comme

deux éléments interdépendants et admet la nécessité d'adjoindre à la croissance économique une redistribution des fruits de cette croissance en faveur des plus défavorisés, mettant ainsi l'accent sur une croissance et un développement équitables.

L'Afrique du Sud, qui est actuellement considérée comme un pays à revenu moyen, avait une population totale en 2005 de 47,9 millions. Dans la période suivant l'instauration de la nouvelle démocratie, la croissance économique a été relativement faible, mais elle s'est toutefois intensifiée après 2000, atteignant 5 pour cent en 2006. Le taux de pauvreté n'a augmenté que marginalement après 1994, puis il a légèrement diminué entre 2001 et 2005, principalement en raison de l'extension de l'assistance sociale, qui a renforcé la protection sociale après 2000 (van der Berg et coll., 2005). Depuis 2008, les taux de croissance ont chuté à un peu plus de 2 pour cent, du fait des retombées de la crise économique mondiale sur l'économie locale, entraînant des conséquences négatives sur les niveaux d'emploi et de pauvreté. Le chômage s'est maintenu à des niveaux excessivement élevés, atteignant 25,5 pour cent, en se fondant sur une définition étroite, et 70 pour cent chez les jeunes. Le taux de prévalence du VIH et du sida s'élève à environ 21,5 pour cent (IndexMundi, 2008), ce qui a de profondes conséquences sur les soins à destination des enfants, des adultes atteints du sida, des personnes âgées et des personnes handicapées. Ces taux élevés de prévalence du VIH ont également ralenti le développement humain du pays, l'indice de développement humain (IDH) étant retombé à son niveau de 1980 (PNUD, 2007-2008).

Ce bref aperçu permet de mettre en évidence les énormes difficultés auxquelles le pays doit faire face en matière de développement humain, 15 ans à peine après l'avènement de la démocratie. Bien que des résultats conséquents aient été obtenus dans le domaine de la transformation sociale et politique des secteurs sociaux clés, la pauvreté et les inégalités héritées du passé entre les races, les sexes et les régions se maintiennent et demeurent l'un des plus grands défis à l'échelle nationale auxquels est confrontée la politique sociale. C'est dans ce contexte qu'il convient d'évaluer l'apport de la protection sociale.

Le processus politique

Le contexte historique et politique dans lequel s'inscrit la mise en place des politiques de protection sociale est brièvement décrit dans cette partie. Y sera ainsi abordée la création du Comité Lund sur l'aide à l'enfance et à la famille, qui a joué un rôle essentiel dans le processus de formulation politique.

En décembre 1994, le ministre de la Protection sociale et du Développement social, en collaboration avec les membres des conseils exécutifs chargés de la protection sociale pour les neuf provinces, a entamé un processus consultatif et participatif visant à l'élaboration de politiques, qui a abouti à l'adoption par le parlement, en avril 1997, du Livre blanc pour la protection sociale. Celui-ci a exposé un ensemble de politiques, de principes, de directives et de propositions concernant la protection sociale devant être mis en œuvre par les différents niveaux de l'Etat. La sécurité sociale et l'assistance sociale formaient un pilier essentiel de cette approche du développement. Outre le maintien des pensions de vieillesse et des allocations d'invalidité, le livre blanc recommandait la mise en place de prestations de sécurité sociale durables et abordables en faveur des enfants et des familles, et la révision du système privé de pension alimentaire destinée aux enfants. Il préconisait, par ailleurs, la mise en place d'un système de sécurité sociale intégré afin de traduire dans les faits le droit à la sécurité sociale. Ainsi, après 1994, les besoins et les écarts en matière de sécurité sociale ont été identifiés grâce à un ensemble de révisions des politiques déjà existantes et à l'adoption de nouvelles mesures en faveur du développement, à l'image de l'allocation d'aide aux enfants.

Par la suite, le Comité Taylor (2002), nommé par le ministre du Développement social, a réalisé une évaluation globale du système de sécurité sociale du pays. Il a ainsi réaffirmé le rôle du système dans la réduction de la pauvreté et identifié les lacunes de couverture concernant les chômeurs et les travailleurs de l'économie informelle. Le comité a également proposé des recommandations supplémentaires en faveur d'un revenu de base et des réformes afin d'élaborer un système de sécurité sociale intégré.

L'élaboration de la politique d'allocation d'aide aux enfants s'est appuyée sur des travaux de recherche mettant en évidence les effets positifs en matière de réduction de la pauvreté des pensions de vieillesse et de l'assistance sociale en général, en plus de leurs effets sur le développement (Ardington et Lund, 1995; van der Berg et Kruger, 1995; Le Roux 1995, Lund 1993). Les écarts dans les prestations et dans l'accès à la sécurité sociale ont également été mis en lumière par les chercheurs et ont servi de base documentaire au livre blanc ainsi qu'aux travaux ultérieurs consacrés à la réforme du système d'aide à l'enfance et à la famille.

Une attention particulière a été accordée aux inégalités raciales dans l'accès aux allocations familiales versées par l'Etat (State Maintenance Grant), qui avaient été introduites dans les années trente afin de protéger les familles blanches pauvres. Par la suite, ces allocations avaient été étendues aux Métis, aux Indiens et à un petit nombre de familles blanches monoparentales, qui en étaient devenus les principaux bénéficiaires. Même si certains des territoires et des provinces autonomes avaient prévu des aides à l'enfance et à la famille, dans les faits, très peu de Noirs bénéficiaient de l'allocation. Les données suivantes témoignent de l'étendue des inégalités d'accès entre les différents groupes raciaux: 50 Métis et 40 Indiens sur mille percevaient l'allocation; chiffre qui était de 14 pour 1000 dans le cas des Blancs et n'était plus que de 2 pour 1 000 dans le cas des Noirs (Lund, 2008). L'extension des allocations à l'ensemble des femmes et des enfants remplissant alors les conditions d'attribution aurait coûté environ 12 milliards de rands, en fonction des hypothèses de départ. Ce chiffre est voisin du coût total de l'assistance sociale au début des années quatre-vingt-dix, lorsque l'ancien gouvernement essayait d'atteindre la parité dans les dépenses en matière de subventions, préalablement aux premières élections démocratiques de 1994. Les problèmes budgétaires liés au nivellement de l'allocation familiale ont accentué la nécessité d'une réforme des politiques de protection sociale. Le programme devait être, par conséquent, modifié ou bien supprimé. Le gouvernement a chargé le Comité Lund d'émettre des recommandations concernant les modifications à apporter au système, tout en tenant compte des préoccupations du gouvernement en matière de coûts et de viabilité (pour une documentation détaillée du processus politique et de son contexte, voir Lund, 2008; Republic of South Africa, 1996).

L'Afrique du Sud n'a pas été épargnée par la diffusion à l'échelle mondiale des idées néolibérales, qui ont profondément marqué les politiques sociales au cours des années quatre-vingt-dix. La marge de manœuvre budgétaire pour la mise en place des réformes s'est resserrée suite à l'adoption par le gouvernement en 1996 de la politique macroéconomique «Croissance, emploi et redistribution». Elle avait pour objectifs une croissance économique de 6 pour cent, la réduction de l'inflation et du déficit budgétaire, et la limitation des dépenses budgétaires. Sa stratégie consistait à favoriser l'investissement direct étranger et à faire entrer l'économie nationale dans l'économie mondiale, après des années d'isolation, de crise économique et d'endettement. Cette stratégie a été abondamment critiquée pour son caractère néolibéral, en contradiction avec l'engagement du gouvernement en faveur du programme pour la reconstruction et le développement et ses objectifs sociaux, et pour n'être qu'une réponse aux pressions exercées par les grandes entreprises et le capital étranger (Mhone et Edigheji, 2003; Bond, 2000).

Parmi les attributions du Comité Lund figurait également l'étude d'une possible aide publique impliquant tous les niveaux de l'Etat en faveur des enfants et des familles, ainsi que l'analyse des possibilités d'extension de l'aide financière en faveur des parents au

moyen du système privé de pension alimentaire. Il était également demandé au comité de mettre au point des approches permettant d'assurer un ciblage efficace des programmes sociaux en faveur des enfants et des familles. Cela a contraint le comité à préconiser une approche sélective dans ses propositions de mesures. L'analyse des politiques possibles a également été contrainte par les changements alors effectués dans la politique macroéconomique. De la même manière, ceux-ci ont limité les possibilités envisagées par le comité.

Le Comité Lund était présidé par Frances Lund, personnalité de premier plan et chercheuse respectée dans le domaine de la sécurité sociale, de la protection sociale et du développement, au sein de l'Université de Natal. Le comité comptait deux autres chercheurs universitaires, économistes de leur état. Cinq organisations de la société civile ont fourni des représentants au comité, qu'il s'agisse d'organisations de protection des enfants, de groupes en faveur du développement rural, d'organisations de défense des droits des enfants, du Forum national sur l'aide sociale, les services sociaux et le développement (*National Welfare and Social Services and Development Forum*), des écoles de travail social ou du groupe d'action en faveur de la pension alimentaire (*Maintenance Action Group*). Parmi les autres membres figuraient des représentants du gouvernement responsables de l'administration et de la gestion de la sécurité sociale, ainsi que des individus nommés en raison de leur expertise dans l'analyse des données concernant les ménages, dans le domaine des problématiques hommes-femmes et dans le fonctionnement de l'assistance sociale sur le terrain. Le comité a également pu bénéficier de contributions en provenance de conseillers et d'experts internationaux spécialistes de la protection sociale.

Le Comité Lund a disposé d'un délai relativement court pour effectuer ses travaux. Il n'a eu que six mois pour achever la rédaction d'un rapport. La période consacrée à la conduite des travaux et à la recherche d'un accord entre l'ensemble des partenaires, le gouvernement et la société civile s'avérait être ainsi particulièrement courte. Les principaux travaux ont été effectués entre février et août 1996. Ils comprenaient les travaux de recherche commandés, l'analyse systématique des travaux de recherche déjà publiés, une étude de portée internationale ainsi qu'un séminaire de trois jours en compagnie d'experts internationaux afin d'analyser les diverses possibilités en matière de recherche et de politiques. Il s'est, en outre, tenu un atelier consacré à la réforme du système privé de pension alimentaire ainsi qu'un certain nombre de consultations avec des intervenants gouvernementaux et non gouvernementaux.

Les trois parties suivantes traitent des divers moyens d'action sur le plan politique, de la proposition d'un transfert en espèces et du processus politique.

Les moyens d'action

Le Comité Lund a débattu d'un ensemble de moyens d'action, parmi lesquels: (a) la réforme du système privé de pension alimentaire; (b) l'augmentation des ressources financières consacrées aux services de protection sociale; (c) le soutien au modèle alliant protection sociale et développement économique; (d) le soutien aux programmes alimentaires en faveur des jeunes enfants; (e) le soutien aux programmes de développement de la petite enfance; (f) le soutien aux fonds sociaux.

Si toutes ces options avaient des avantages et nécessitaient une intervention de l'Etat, en tant que tel, le Comité était de l'avis qu'aucune d'elles ne suffirait pour lutter directement, et à l'échelle nécessaire, contre la pauvreté monétaire en cas de suppression de l'allocation familiale versée par l'Etat. Au cours d'un atelier organisé par le comité, des propositions détaillées ont été avancées afin de réformer le système privé de pension alimentaire et ainsi corriger ses lacunes, dans le sens d'une aide plus importante des

parents en faveur de leurs enfants. Il y fut également rappelé les responsabilités du système privé de pension alimentaire dans la dépendance accrue à l'Etat, en particulier chez les femmes pauvres ne disposant pas de l'aide du père de leurs enfants. Par la suite, ces propositions ont été en partie mises en œuvre par le ministère de la Justice, mais cela n'a pas empêché que persistent des dysfonctionnements et le manque de ressources (Khunou, 2006). La deuxième option, consistant à augmenter les maigres ressources destinées à l'aide à l'enfance et à la famille, a été retenue, notamment en raison des conséquences de la pandémie de VIH et de sida. De très nombreux enfants à risque avaient recours à des solutions de remplacement à cause de la pauvreté et d'autres problèmes sociaux. Une autre possibilité était d'appuyer les organisations non gouvernementales (ONG) offrant des services de soins aux enfants. Les modèles existants d'aide à la famille et à l'enfance étaient dispendieux en plus d'avoir un impact limité. Afin de trouver des modèles plus adaptés, le ministère de la Protection sociale a expérimenté des modèles de développement communautaire, mais l'élargissement de tels modèles nécessiterait beaucoup de temps.

Au sujet des moyens d'action en matière alimentaire, le comité a souligné le rôle essentiel que joue l'alimentation dans les premières années de la vie des enfants et les conséquences négatives sur leur développement intellectuel, cognitif et physique en cas de malnutrition. Les différents programmes alimentaires existants ainsi que les réussites à l'échelle internationale ont été analysés. Des études supplémentaires étaient nécessaires afin d'orienter les politiques et les moyens d'action en matière alimentaire ainsi que pour évaluer les ressources, publiques et privées, disponibles pour la mise en place de programmes efficaces. Cependant, le comité s'est beaucoup préoccupé de l'alimentation des enfants et cela s'est traduit dans ses réflexions concernant l'allocation d'aide aux enfants. Lund (2008) souligne en outre que près de 90 pour cent des enfants n'avaient pas accès aux programmes de développement de la petite enfance en matière d'éducation et de soins. A cette époque, le ministère de l'Education œuvrait à la mise en place d'une année d'accueil supplémentaire pour les jeunes enfants et le ministère du Développement social finançait des ONG proposant des programmes de développement de la petite enfance. Il est apparu nécessaire d'étendre les programmes communautaires de développement de la petite enfance. Des considérations similaires à celles mentionnées plus haut l'ont emporté sur cette option. La création de fonds sociaux destinés à renforcer les services d'aide à l'enfance et à la famille a également été étudiée, cependant, en raison des doutes quant à l'efficacité des fonds sociaux pour les plus démunis (particulièrement les femmes), entre autres facteurs, le comité a considéré l'option des transferts en espèces comme étant la plus viable.

La proposition d'une allocation d'aide aux enfants

L'allocation familiale et son volet d'aide à l'enfance devaient être supprimés sur une période de trois années. Environ 200 000 femmes et autant d'enfants étaient concernés et les dépenses réalisées dans ce sens représentaient 12 pour cent des dépenses budgétaires totales en matière d'assistance sociale en 1995-1996 (Lund, 2008). Le système alors en vigueur n'était ni viable ni adapté. Il était basé sur les modèles de politiques sociales britanniques, eux-mêmes fondés sur le modèle de la famille nucléaire. La notion de l'homme soutien de famille et de l'aide de l'Etat destinée à remplacer celui-ci en cas d'incapacité à apporter un revenu ne correspondait pas aux évolutions du modèle familial en cours en Afrique du Sud. Les bouleversements dans la vie familiale provoqués par le système de travail migratoire et par les politiques d'apartheid qui sont apparus au début du XX^e siècle ont modifié en profondeur la composition et la structure familiales. Il résulte de ces politiques passées que de nombreux enfants étaient pris en charge par des personnes qui n'étaient pas leurs parents biologiques (Republic of South Africa, 1996). Les familles monoparentales et celles réunissant trois générations prévalaient sur les familles nucléaires et il existait un grand nombre de structures familiales, à l'image des mariages coutumiers ou du concubinage.

Le nouveau système a été conçu afin de permettre le suivi de l'enfant. C'est pourquoi le transfert en espèces créé à cet effet, et là réside la nouveauté, doit être reversé à la personne responsable de l'enfant. Le Comité Lund a également mis au point des modèles de calcul des coûts sur la base de différents scénarios prenant en compte trois groupes d'âge différents. Les prestations étaient soumises aux critères de ressources et un forfait devait être versé à la personne responsable. Les prestations ont été fixées à un niveau relativement faible en raison de la volonté de baser ce niveau sur une mesure objective des besoins: le coût alimentaire d'un enfant, que le comité avait alors évalué à 10,35 dollars par mois. Suite à de très longues délibérations, le comité a décidé de fixer la limite du groupe d'âge à 6 ans, ce qui représentait 3 millions d'enfants. Il s'agissait là de l'option la moins onéreuse.

Afin de pouvoir s'adresser aux enfants les plus dans le besoin et de concentrer l'investissement sur les premières années de vie, des critères de ressources différents ont été fixés selon que les individus vivaient dans une région rurale, urbaine ou dans des colonies de peuplement informelles. Un seuil d'accès a été mis en place pour les enfants habitant une région rurale ou une colonie de peuplement informelle afin de compenser les inégalités dans l'accès aux soins de santé et à l'éducation, et le manque d'offres d'emploi pour les responsables de l'enfant. Les critères d'accès se sont d'abord fondés sur le revenu du ménage. Aucune obligation n'avait été fixée, car cela aurait pénalisé les enfants vivant dans des régions ne possédant pas de cliniques ni d'écoles. L'unique condition à remplir était d'avoir déclaré la naissance de l'enfant et, dans le cas du demandeur, de posséder les pièces d'identité nécessaires.

Le Comité Lund a également insisté sur le fait qu'en cas de succès de l'allocation d'aide aux enfants, celle-ci pourrait être étendue en élevant pour cela la limite d'âge. C'est d'ailleurs ce qu'il s'est produit, la limite d'âge ayant été progressivement augmentée pour aujourd'hui atteindre 18 ans.

Le processus politique et le rôle de la société civile

En septembre 1996 le Comité Lund a remis son rapport au Comité des ministres chargé de la protection sociale. Les processus politique et législatif ont ensuite duré 14 mois supplémentaires et les premières demandes d'allocation d'aide ont été reçues en avril 1998. Seront abordés ci-dessous certains points essentiels de la gestion de l'adoption de la politique ainsi que le rôle de la société civile.

Suite à l'approbation des recommandations par le gouvernement, la proposition a été publiée afin d'être débattue. Le rapport était alors l'objet de débats au sein de la commission parlementaire chargée de la protection sociale. De nombreuses auditions publiques ont été conduites, permettant à diverses organisations de la société civile de s'exprimer devant la commission. Celles-ci ont majoritairement condamné la suppression à terme de l'allocation familiale. Elles considéraient qu'une telle mesure ne ferait qu'augmenter les difficultés des femmes pauvres, qu'elle mettait un terme à l'unique aide destinée aux parents et que ceux-ci ne bénéficiaient plus d'aucune reconnaissance ou compensation pour leurs responsabilités parentales (Goldblatt, 2005, p. 239). Le montant peu élevé de l'allocation, fixé à 10,35¹ dollars par mois, fut la pomme de discorde pour ces organisations, qui estimaient qu'il était trop bas par rapport au coût de la vie. L'engagement politique aux côtés des groupes de la société civile a abouti à la hausse du

¹ 1 dollar = 7, 2479 rands au 18 août 2010.

montant de l'allocation, qui est passée à 13,80 dollars, alors que l'âge d'accès passait lui à 7 ans. En outre, cela a également conduit à une révision des critères de ressources, le seuil de revenu n'étant plus fondé sur les revenus du ménage, mais sur les revenus individuels ou sur les revenus en commun (couple marié), augmentant ainsi le nombre de bénéficiaires. La participation des groupes de la société civile a permis de parvenir à des compromis essentiels dans la conception de l'allocation.

Dans ses réflexions personnelles sur le processus, Lund (2008) a souligné la nécessité qu'il y a eu de faire un compromis entre, d'une part, le développement rapide d'un projet afin de répondre aux impératifs et aux pressions politiques pour venir en aide aux pauvres et, d'autre part, un processus consultatif long destiné à créer un consensus national à propos de l'allocation. Il s'agissait, dans les faits, de profiter de l'ouverture politique existant alors, en dépit de la faible marge de manœuvre budgétaire, tout en gardant à l'esprit qu'un long processus consultatif aurait pu ne pas aboutir à une proposition ferme et concrète, qui soit acceptable par le gouvernement et à sa portée. Si les groupes de la société civile ont pris part aux processus participatifs, ils se sont néanmoins réservé le droit de ne pas s'associer aux décisions du gouvernement supprimant des prestations en faveur de certains groupes. Les procédures parlementaires et politiques en vue de l'adoption de la proposition ont été instaurées par le ministre, le directeur général et les hauts fonctionnaires du ministère du Développement social, à l'échelle nationale et provinciale, et le Trésor public a joué un rôle essentiel dans l'application de règles budgétaires strictes. D'autres ministères ont participé à la mise en œuvre de la politique, à l'instar du ministère de l'Intérieur, chargé de délivrer les pièces d'identité. Cet aspect est analysé dans la partie suivante.

Mise en œuvre

Les processus initiaux

Afin de faciliter le processus de mise en œuvre, une équipe de travail menée par un chef de projet expérimenté a été mise en place. L'idée maîtresse était de faire en sorte que l'allocation soit simple et accessible, cependant les procédures à suivre et les systèmes nécessaires étaient complexes. Il convenait, tout d'abord, de rédiger et de promulguer une nouvelle loi destinée à supprimer l'ancien programme et à créer le nouveau programme de transferts en espèces. Ladite loi devait au préalable être adoptée par le parlement, une procédure généralement chronophage. Il s'agissait ensuite de revoir les systèmes administratifs et informatiques. Le nouveau transfert en espèces devait être géré par les systèmes informatiques existants, or ceux-ci étaient dépassés et l'on craignait qu'ils ne puissent faire face à l'accroissement du nombre de bénéficiaires. Enfin, le sentiment de trop plein chez les fonctionnaires, dans une période de grands bouleversements et de transition au sein du nouveau gouvernement, a pu entraîner une multiplication des obstacles bureaucratiques et des difficultés auxquels devait faire face l'équipe de travail. Le rythme de mise en œuvre ne permettait pas en outre l'acquisition de compétences en matière d'organisation.

Dans les premières années suivant la création de l'allocation, la participation était faible. Le gouvernement a alors lancé d'importantes campagnes de sensibilisation, en particulier sur les radios publiques et communautaires, et les ONG ont joué un rôle clé dans la promotion de la nouvelle allocation en soutenant activement les demandeurs souhaitant accéder aux allocations. Des décisions phares de la cour Suprême, en matière de protection des droits des demandeurs, ont également contribué à la sensibilisation du public et au débat.

La division de la sécurité sociale du ministère de la Protection sociale, qui employait environ 2 256 employés dans tout le pays en 1995, a été chargée du versement de l'allocation. Jusqu'aux années quatre-vingt, le versement des transferts en espèces était effectué par le gouvernement au moyen de points de paiement situés dans l'ensemble du pays. Ceux-ci étaient accessibles jusque dans les régions les plus reculées et comprenaient des boutiques, des établissements administratifs, des institutions pour personnes âgées et des bureaux de poste. Les allocations étaient reversées sur le compte bancaire des bénéficiaires titulaires d'un compte. Ce système était inefficace et inaccessible, et donnait lieu à de longues files d'attente.

Après 1980, le gouvernement a privatisé le versement des transferts en espèces. Des compagnies privées, employant d'importants dispositifs de sécurité fournis par des entreprises privées, ont ainsi pu distribuer les allocations au moyen de fourgons équipés de systèmes d'identification par empreintes digitales et de guichets automatiques intégrés. Ces nouvelles technologies ont permis d'augmenter le nombre de points de paiement, de réduire les files d'attente ainsi que de rapprocher les comptes, cependant elles ont entraîné une augmentation des coûts de transaction. A l'heure actuelle, 80 pour cent des bénéficiaires reçoivent leur allocation sous la forme d'un versement en espèces (National Treasury, 2010), bien qu'un nombre croissant de bénéficiaires de l'allocation d'aide aux enfants adopte le versement sur compte bancaire. L'affiliation des populations pauvres aux institutions financières a été identifiée comme étant un problème majeur et qui perdure, bien qu'il soit désormais exigé des banques qu'elles offrent la possibilité aux individus à faible revenu d'ouvrir leur propre compte bancaire en bénéficiant de coûts de transactions réduits.

Les prestations d'assistance sociale sont actuellement assurées par l'organisme de sécurité sociale sud-africain, qui a été créé par la loi afin d'administrer et de fournir les allocations sociales. Auparavant, la gestion de la sécurité sociale relevait des compétences des gouvernements provinciaux. En 2005, cette compétence a été transférée au gouvernement national afin de faire face à certaines des difficultés, notamment en matière de délais d'acceptation des demandes, de paiement, de fraude et de corruption au sein du système, ainsi que pour réduire les coûts de distribution des allocations. Ces changements allaient dans le bon sens et ont permis de se diriger vers un système de prestation de services optimisé.

Le financement et les dépenses sociales

Lors de la création de l'allocation d'aide aux enfants, d'autres moyens de financement avaient également été envisagés, dont l'élévation du revenu au moyen d'une taxe sur la valeur ajoutée, la réalisation d'économies en améliorant la gestion des budgets d'assistance sociale existants et la redéfinition des priorités au sein des budgets. Cependant, cela ne suffisait pas pour atteindre 689,9 millions de dollars, coût estimé du programme, soit un montant quatre fois supérieur au budget initialement alloué, qui était de 165,6 millions de dollars et correspondait au coût d'alors de l'allocation familiale. Le gouvernement a accepté de financer entièrement le programme à partir des recettes publiques. Cela allait dans le sens des augmentations déjà consenties, entre 1991 et 1997, dans les dépenses publiques consacrées à la protection sociale (120 pour cent), aux dépenses de santé (30 pour cent) et à l'éducation (26 pour cent), ou encore de la réduction des dépenses consacrées à la défense, qui sur la même période était de 48 pour cent (Republic of South Africa, 1996, et van der Berg cité dans Lund, 2008, p. 6).

Depuis lors, les dépenses pour les allocations sociales et l'allocation d'aide aux enfants se sont considérablement accrues. Depuis 2006, la croissance moyenne de cette dernière allocation est de 14 pour cent; de 2,4 milliards de dollars, celle-ci devrait passer à 5,3 milliards de dollars en 2012-2013. En 2009-2010, l'on estime à environ 14 millions le

nombre de personnes recevant des allocations sociales, parmi lesquels 9,4 millions, ou 68 pour cent bénéficient de l'allocation d'aide aux enfants. Cela porte le montant du budget alloué à la protection sociale (aujourd'hui rebaptisée «développement social») à 11,9 milliards de dollars en 2009-2010. La croissance réelle des dépenses sociales ne devrait cependant atteindre que 2 pour cent, en raison de la situation économique instable régnant à l'échelle nationale et internationale (voir National Treasury, 2010; Minister of Finance Budget Speech, 2010). L'extension de la couverture de l'allocation d'aide aux enfants en vue d'y inclure les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans a été annoncée par le ministre des Finances dans son discours consacré au budget de 2010. Ce sont ainsi deux millions d'enfants supplémentaires qui seront couverts. Le montant actuel de l'allocation est de 34,49 dollars par mois, soit une augmentation légèrement inférieure à l'inflation en raison des implications financières de l'extension du programme. Les dépenses consacrées aux allocations sociales représentent 3,3 pour cent du PIB et devraient atteindre 3,5 pour cent en 2010-2011, des conséquences de la crise économique mondiale (Minister of Finance Budget Speech, 2010).

Le coût de transaction pour chaque paiement en espèces se situe entre 3,31 et 4,83 dollars (National Treasury, 2010). Le gouvernement étudie des moyens de réduction de ces coûts, notamment en mettant en avant le paiement par virement bancaire, qui permettrait par ailleurs d'intégrer davantage de bénéficiaires au secteur bancaire formel.

Le problème de la viabilité financière demeure une question prioritaire pour le gouvernement et dans les débats parlementaires. Au cours des dix dernières années, il y a eu une forte mobilisation destinée à faire passer la limite d'âge de l'allocation à 18 ans, ce qui est en train d'être réalisé. Une coalition nationale regroupant des organisations de la société civile et des syndicats a, de manière constante, défendu l'accès à un revenu de base. Pour l'instant, cette proposition n'a pas été acceptée par le gouvernement pour des raisons de coûts. Du fait de l'augmentation des dépenses pour les allocations sociales, le Trésor public s'est inquiété de ses répercussions sur les dépenses sociales, notamment en matière de santé ou d'éducation. L'extension de l'assistance sociale a entraîné, à la fin des années quatre-vingt-dix, une réaffectation et une coupe dans les dépenses consacrées aux services sociaux. Bien que celles-ci aient doublé entre 2006 et 2009, le financement des services sociaux demeure malgré tout insuffisant. Dans le même temps, les dépenses consacrées à l'éducation ont également augmenté de 17,7 pour cent, et les dépenses consacrées à la santé devraient, elles, croître de 8 pour cent au cours des trois prochaines années (National Treasury, 2010). Il est par conséquent essentiel de prendre en compte l'impact de l'extension des programmes de protection sociale sur les autres services sociaux, notamment la santé et l'éducation.

Les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre

Depuis la création de l'allocation, de nombreuses difficultés dans la mise en œuvre ont été identifiées et ont fait l'objet d'études par des chercheurs (voir Goldblatt, Rosa et Hall, 2006). En résumé, ces difficultés provenaient, en premier lieu, de problèmes de ressources humaines et d'infrastructure, comme l'absence de protection des données privées dans le traitement des demandes, les horaires d'ouverture inadaptés, le manque d'ordinateurs, l'accroissement des délais et des files d'attente, et le manque de personnel qualifié.

En second lieu, le manque de coordination entre les différents ministères a entraîné des lenteurs bureaucratiques, notamment dans le traitement des documents. Le nombre de documents exigés apparaît comme un obstacle majeur pour l'accès aux allocations et leur extension, particulièrement durant les premières années. Il était ainsi nécessaire, afin d'obtenir l'allocation, de fournir une attestation de revenu, destinée à évaluer les droits du demandeur, un extrait de naissance pour l'enfant ainsi que les pièces d'identité requises,

dans le cas de la personne responsable. Lors de la création de l'allocation d'aide aux enfants en 1998, un quart seulement des enfants appartenant au groupe d'âge concerné par l'allocation possédait un extrait de naissance (UNICEF, 2005). Cependant, les efforts consentis par le ministère de l'Intérieur dans le traitement des enregistrements des naissances, au moyen de campagnes de mobilisation communautaires, d'unités mobiles pour atteindre les zones rurales, de la mise en place d'horaires d'ouverture accessibles et des enregistrements dans les hôpitaux, ont permis de faire en sorte qu'en 2008, le nombre d'enfants de moins de 5 ans disposant d'un extrait de naissance était de 78 pour cent (UNICEF, 2008). Cela démontre que l'accès aux services publics pourrait avoir un impact positif sur l'augmentation des enregistrements des naissances. Malgré tout, les organisations militantes insistent toujours sur le fait que de telles conditions pénalisent les enfants vivant dans des communautés où ces services sont inaccessibles. Le fait de ne pas posséder d'extrait de naissance demeure un obstacle pour l'accès à l'allocation d'aide aux enfants (National Income Dynamics Study, 2009). Les enfants dont la mère est décédée ou absente, qui font partie des enfants les plus pauvres et les plus vulnérables, ont en outre une probabilité plus faible de bénéficier de l'allocation (McEwen, Kannemeyer et Woolard, 2009; Case, Hosegood et Lund, 2005). Des modifications récentes apportées à la réglementation permettent désormais aux enfants ne disposant pas d'extrait de naissance de bénéficier malgré tout de l'allocation. Les personnes responsables des enfants seront néanmoins fortement incitées à réaliser les démarches nécessaires à l'obtention des documents requis.

Autre obstacle majeur, depuis la création de l'allocation le seuil des critères économiques n'avait pas été réévalué afin de prendre en compte l'inflation. Les organisations militantes s'en étaient fait les porte-voix et, en 2008, de nouveaux critères, plus larges et prenant en compte l'inflation, ont été introduits. Le seuil de revenu correspond désormais à dix fois le montant de l'allocation. Cela a permis d'augmenter de manière conséquente le nombre d'enfants pouvant bénéficier de l'allocation.

Une troisième difficulté provient de la méconnaissance de l'allocation et de ses modalités d'octroi. Les différentes campagnes publiques organisées à cet effet ont cependant permis de réduire le problème.

Une quatrième difficulté découle de la nécessaire lutte continue contre la fraude et la corruption.

Enfin, le coût des demandes pour les personnes devant effectuer un long trajet, les barrières linguistiques et de communication, ainsi que l'application hétérogène de la réglementation entre les divers organismes publics et les fonctionnaires sont d'autres problèmes ayant freiné l'extension des allocations.

Certaines difficultés ayant pu être identifiées antérieurement ont donné lieu à des modifications de la réglementation, comme l'obligation pour les enfants de posséder une carte de la clinique et l'évaluation du revenu obligatoire. Les organisations de la société civile et les chercheurs travaillant auprès des demandeurs ont identifié un certain nombre d'obligations administratives barrant l'accès à l'allocation. Des contacts réguliers existent entre ces groupes et l'organisme de sécurité sociale sud-africain.

Si l'allocation d'aide aux enfants ne comportait aucune obligation lors de sa création, le gouvernement a décidé d'en introduire à partir de janvier 2010. À l'avenir, l'octroi de l'allocation dépendra de la scolarisation et de l'assiduité scolaire des enfants. Cette nouvelle réglementation s'applique à tous les enfants, y compris les enfants plus âgés qui y auront désormais accès. Bien qu'il ne soit pas prévu de pénalités, les travailleurs sociaux devront examiner le problème et mettre en place des mesures destinées à renforcer l'assiduité. Ces conditions pèchent cependant par manque de logique dans la mesure où l'Afrique du Sud possède déjà un taux élevé de scolarisation dans les écoles primaires,

celui-ci étant de 86 pour cent (UNICEF, 2008). La déscolarisation et les résultats scolaires insuffisants sont dus à la mauvaise qualité de l'enseignement, notamment dans les écoles fréquentées par les pauvres. Budlender, Rosa et Hall (2008) soutiennent que si ces problèmes ne sont pas résolus, la création de pénalités pour non-respect des obligations n'aurait que peu d'effets. En outre, la disposition obligeant les travailleurs sociaux à vérifier l'assiduité scolaire n'est pas applicable, le nombre de travailleurs sociaux n'étant pas suffisant, en particulier dans les zones rurales. Ces nouvelles dispositions n'auront pour effet que de limiter le droit des enfants à bénéficier de l'allocation et d'en exclure les enfants les plus pauvres. Lund et coll. (2009) affirment qu'améliorer l'administration et l'octroi des allocations serait une solution plus rationnelle et équitable que l'instauration d'obligations.

L'impact de l'allocation d'aide aux enfants

Le profil des bénéficiaires de l'allocation d'aide aux enfants indique que l'allocation profite bien aux ménages pauvres et aux enfants. Sa couverture des zones rurales est satisfaisante et le nombre de bénéficiaires est le plus élevé dans trois des provinces les plus pauvres du pays: celles du Cap oriental, du Kwazulu-Natal et du Limpopo. L'enquête nationale consacrée aux bénéficiaires des allocations réalisée par Vorster et de Waal (2008, p. 239) indique que plus de la moitié des ménages recevant au moins une allocation d'aide à l'enfance résident dans les zones rurales, et plus d'un tiers vivent dans des logements informels et n'ont qu'un accès limité aux services de base. La majorité des bénéficiaires de l'allocation d'aide aux enfants sont des femmes (96 pour cent) et 90 pour cent d'entre elles sont noires (de Koker, de Waal et Vorster, 2006). La féminisation des allocations est une tendance nouvelle et leur impact sur les relations hommes-femmes et sur leur dynamique mériterait d'être étudié plus en détail. Un peu plus de la moitié des bénéficiaires sont célibataires et n'ont jamais été mariés, alors que 34 pour cent d'entre eux sont mariés ou vivent avec un partenaire (de Koker, de Waal et Vorster, 2006). En termes d'âge, 50 pour cent des bénéficiaires avaient entre 21 et 33 ans, et seulement 5 pour cent avaient, respectivement, moins de 21 ans et plus de 57 ans. Les bénéficiaires d'allocations d'aide à l'enfance se répartissent équitablement entre hommes et femmes (McEwen, Kannemeyer et Woolard, 2009).

Bien qu'il ait été prévu que l'allocation d'aide aux enfants soit versée à la personne responsable de l'enfant, qu'il s'agisse d'un parent ou d'un tuteur avec ou sans lien de parenté, dans 91 pour cent des cas, ce sont les mères biologiques qui ont demandé à bénéficier de l'allocation au nom de leur enfant, un faible pourcentage seulement demandant à en bénéficier en tant que tuteur au nom d'enfants autres que les siens (Vorster et de Waal, 2008). La plupart des enfants vivaient avec leur mère biologique (Vorster, 2006), et la plupart des femmes recevaient une (58 pour cent) ou deux allocations (30 pour cent) (Department of Social Development, 2006). Il serait légitime de savoir si les allocations incitent effectivement les mères à s'occuper de leurs enfants. A ce jour, aucune étude n'a été réalisée sur ce sujet. En matière d'emploi, 83 pour cent des enfants bénéficiaires de l'allocation ne travaillaient pas ou n'effectuaient pas de travail rémunéré. Le taux d'adhésion variait entre 78 et 80 pour cent des enfants ayant droit à l'allocation (Leatt, 2006; Budlender, Rosa et Hall, 2005).

En l'absence de l'allocation d'aide aux enfants, Woolard (2003) estime que 48 pour cent des enfants vivraient dans la pauvreté et que 23,9 pour cent seraient classés comme extrêmement pauvres. Si les trois types d'allocations sociales (ou assistance sociale) ont permis de réduire l'écart de pauvreté totale de 45 pour cent, le plus grand potentiel de réduction de la pauvreté devrait résider dans l'extension de l'allocation jusqu'à l'âge de 18 ans, celui-ci se chiffrant à 28,3 pour cent (Samson et coll., 2004). L'extension de l'âge d'accès à 18 ans au cours des trois prochaines années aura des effets positifs sur la réduction de la pauvreté des enfants et de leurs familles.

Bien que l'évaluation de la pauvreté après 1994 soit l'objet de débats parmi les chercheurs, tous s'accordent sur la contribution des allocations sociales à la réduction conséquente de la pauvreté, en particulier chez les personnes extrêmement pauvres, indépendamment de la méthodologie ou des seuils de pauvreté employés (van der Berg et coll., 2005; Samson et coll., 2004; Meth et Dias, 2004). Certains chercheurs considèrent que les allocations ont également joué un rôle dans la réduction des inégalités de revenu. Samson et ses collègues (2004), au moyen d'un modèle de microsimulation intégrant les données concernant les ménages de l'année 2000, ont estimé que l'adhésion de l'ensemble des personnes éligibles aux trois allocations sociales permettrait de faire baisser le coefficient de Gini de 3 pour cent (Samson et coll., 2004). Il est par conséquent possible de conclure que les allocations sociales contribuent à une répartition plus équitable des revenus et à la croissance économique (voir Neves et coll., 2009; Samson et coll., 2004).

L'impact sur le développement

Plusieurs études ont démontré l'impact positif des allocations sociales sur le développement, dans la mesure où celles-ci contribuent au développement du capital humain en améliorant l'accès à la santé, à l'alimentation et à l'éducation. Elles facilitent également la recherche d'un emploi, ses bénéficiaires arrivant plus facilement à trouver un emploi, elles augmentent la productivité des travailleurs des ménages bénéficiant d'une allocation et elles soutiennent les activités de subsistance du ménage (Neves et coll., 2009; Delany et coll., 2008; Samson et coll., 2008; Vorster et de Waal, 2008; Case, Hosegood et Lund, 2005). Ainsi, les allocations sociales permettent l'autonomisation et l'amélioration de la qualité de vie des bénéficiaires et de leur famille dans son ensemble, notamment lorsque les ressources et les revenus sont mis en commun.

Les résultats des travaux de recherche démontrant l'impact sur le développement de l'allocation d'aide aux enfants sont résumés dans le présent paragraphe. Dans une étude nationale consacrée à l'utilisation de l'allocation, Delany et coll. (2008) ont révélé que plus de la moitié des bénéficiaires de l'allocation disaient mettre en commun leurs revenus, alors que 49 pour cent déclaraient avoir dépensé l'argent exclusivement pour l'enfant. Dans l'ensemble, l'allocation représentait 40 pour cent du revenu des ménages, voire près de la moitié dans certaines des provinces les plus pauvres comme celles du Limpopo et du Cap du Nord. La majorité des bénéficiaires (79 pour cent) ont dépensé l'argent dans l'alimentation, les frais de scolarité (26 pour cent), les uniformes scolaires (25 pour cent) et les frais d'électricité (22 pour cent) (Delany et coll., 2006). Les ménages bénéficiant de l'allocation d'aide aux enfants ont également dépensé plus de la moitié de leur revenu dans la nourriture, alors qu'un ménage sur cinq a déclaré souffrir de la faim du fait du manque de nourriture. Une étude aux résultats relativement similaires conclut sur les effets positifs de l'allocation dans la diminution de la faim chez les enfants (Samson et coll., 2008). Les chercheurs commencent également à mettre en lumière l'impact positif de l'allocation en matière alimentaire, en se basant pour cela sur les gains de taille en fonction de l'âge chez les enfants bénéficiaires, qui atteignent entre 60 et 130 pour cent (Agüero et coll., 2006). Les auteurs de cette étude affirment que ces effets positifs ont été obtenus en l'absence d'obligation pour les enfants de se rendre dans une clinique; ils les attribuent au fait que les bénéficiaires sont principalement des femmes et que celles-ci sont plus susceptibles de dépenser l'argent afin de subvenir aux besoins essentiels de leurs enfants. Une étude réalisée dans la province du Kwazulu-Natal, dans les zones rurales pauvres (Case, Hosegood et Lund, 2005, p. 467) fournit des preuves supplémentaires indiquant que le fait de bénéficier de l'allocation augmente la probabilité de scolarisation des enfants par rapport aux autres enfants tout aussi pauvres du même âge. L'allocation d'aide aux enfants permet par conséquent de réduire l'impact de la pauvreté sur la scolarisation. Impacts également confirmés par Samson et coll. (2008).

Cependant, certains chercheurs ont mis en lumière des effets négatifs de l'assistance sociale, parmi lesquels des effets collatéraux négatifs sur l'incitation au travail, l'augmentation des taux de fertilité (en particulier chez les adolescentes), des perturbations dans les envois de fonds privés, le déplacement de l'épargne privée et la mauvaise utilisation des allocations en règle générale. En se fondant sur toute une série d'études, certains chercheurs arrivent à la conclusion que ces affirmations ne reposent sur aucune preuve (voir Makiwane, 2010; Neves et coll., 2009; Steele, 2006; Samson et coll., 2004).

Il est fréquemment fait référence à la perception du public associant l'allocation et l'augmentation des grossesses chez les adolescentes. En s'appuyant sur les statistiques de l'administration nationale consacrées à l'allocation d'aide aux enfants et sur des données secondaires concernant les estimations de la fécondité chez les adolescentes, Makiwane (2010, p. 193) soutient que la fécondité des adolescentes a commencé à diminuer dans la première moitié des années quatre-vingt-dix et que cette tendance avait commencé avant même la création de l'allocation. Les résultats de son analyse ne montrent pas de corrélation positive entre la création de l'allocation et l'augmentation du nombre de grossesses chez les adolescentes.

Conclusions

L'expérience sud-africaine dans l'édification des bases d'un socle de protection sociale à l'échelle nationale et dans la mise en place progressive d'un système de protection sociale pourrait fournir d'utiles enseignements aux autres pays du Sud dans leur quête de solutions à apporter aux problèmes jusque-là insolubles de la pauvreté généralisée, des inégalités et du sous-développement.

Certains des facteurs essentiels expliquant le succès du processus d'élaboration des politiques sont liés, en premier lieu, à la crédibilité et à la qualité de la direction du comité, à l'expertise et aux vastes expériences pratiques et connaissances en matière d'assistance sociale des membres du comité. Deuxièmement, au fait que l'approche fondée sur des données factuelles qui a éclairé la prise de décision, tout en étant ouverte aux critiques, s'est avérée être solide et convaincante, et fait figure de modèle d'élaboration de politiques fondées sur des données factuelles. Troisièmement, le comité a également joui de la confiance des hommes politiques, qui ont su parvenir à un consensus dans leurs circonscriptions électorales en dépit des désaccords au sujet de la suppression progressive des allocations familiales. Quatrièmement, le processus a pu s'appuyer sur une solide capacité administrative, fruit de plus de 80 années d'expérience dans la prestation d'assistance sociale. Malgré certains problèmes dans la prestation des services, les capacités disponibles ont permis de mener à bien l'adoption des mesures et leur mise en œuvre dans les institutions publiques nationales et provinciales. Enfin, la période de transition politique, faisant suite à l'arrivée au pouvoir de l'African National Congress, a créé des conditions propices à un tel processus. En outre, cet environnement favorable sur les plans politique et administratif a permis le développement d'innovations et de nouvelles idées au sein d'un secteur public en pleine redéfinition. L'allocation d'aide aux enfants a été adoptée et mise en œuvre dans un laps de temps très court et dans un contexte de réductions budgétaires et de scepticisme au sein de la société civile. A posteriori, il est évident que l'allocation d'aide aux enfants a permis de démontrer les possibilités qui s'ouvrent lorsque les connaissances s'allient à l'imagination, à l'engagement en faveur de l'égalité et à la conviction qu'il n'y a pas de contradiction entre des politiques publiques efficaces et le service du bien commun.

En conclusion, le soutien actuel, tant politique et électoral que gouvernemental, en faveur d'un socle de protection sociale à l'échelle nationale ou d'un seuil minimum en dessous duquel personne ne devrait tomber fait partie des succès réalisés par l'Afrique du Sud. Cela a été rendu possible par des investissements constants dans les capacités administratives, les infrastructures, par les allocations budgétaires conséquentes et l'accroissement, bien que parfois confus, du soutien public en faveur des transferts en espèces. Le renforcement des capacités humaines, la création d'emplois (en particulier pour les jeunes) et la quête de moyens d'inclure les adultes en âge de travailler ne pouvant pas bénéficier du système de protection sociale sont quelques-uns des défis majeurs restant à relever.

Bibliographie

- Agüero, J. et coll. (2006): *The Impact of Unconditional Cash Transfers on Nutrition: The South African Child Support Grant*, Center for Global Development, juillet 2006, <http://www.cgdev.org/doc/events/11.07.06/unconditional%20cash%20transfers.pdf>, consulté le 20 juin 2010.
- Ardington, E.; Lund, F. (1995): «Pensions and Development: Social Security as Complementary to Programmes of Reconstruction and Development», *Development Southern Africa*, 12(4), pp. 557-577.
- Beall, J. (1997): «Social Capital in Waste: A Solid Investment?», *Journal of International Development*, 9(7), pp. 951-961.
- Bond, P. (2000): *Transition: From Apartheid to Neoliberalism in South Africa*, Pluto and Pietermaritzburg, University of Natal Press (Londres).
- Budlender, D. (2008): *Feasibility and Appropriateness of Attaching Behavioural Conditions to a Social Support Grant for Children Aged 15-17 Years*. Rapport préparé pour le ministère du Développement social.
- Budlender D. et coll. (2005): *At All Costs? Applying the Means Test for the Child Support Grant*, Centre for Actuarial Research, Save the Children and Children's Institute, University of Cape Town (Le Cap).
- Case, A. et coll. (2005): «The Reach and Impact of Child Support Grants: Evidence from KwaZulu-Natal», in *Development Southern Africa*, 22(4), pp. 467-482.
- Chambers, R. (1995): «Poverty and Livelihoods: Whose Reality Counts?», *Environment & Urbanization*, 7(1), pp. 173-204.
- De Koker, C. et coll. (2006): *A Profile of Social Security Beneficiaries in South Africa*, étude commandée par le ministère du Développement social, Datadesk and Department of Sociology and Social Anthropology, University of Stellenbosch (Stellenbosch).
- Delany, A. et coll. (2008): *Review of the Child Support Grant: Uses, Implementation and Obstacles*. Community Agency for Social Enquiry, Department of Social Development (2006), Social Pensions Database (SOCPEN) (Johannesburg).
- De Wet, T.; Patel, L.; Korth, M.; Forrester, C. (2008): *Johannesburg Poverty and Livelihoods Study*, Centre for Social Development in Africa (CSDA) report. CSDA, Johannesburg.
- Goldblatt, B. (2005): «Gender and Social Assistance in the First Decade of Democracy: A Case Study of South Africa's Child Support Grant», *Politika*, 32(2), pp. 239-257.
- Goldblatt, G. et coll. (2006): *Implementation of the Child Support Grant: A Study of Four Provinces and Recommendations for Improved Service Delivery*. Centre for Applied Legal Studies, University of the Witwatersrand (Johannesburg) et Children's Institute, University of Cape Town (Le Cap).
- Green, D. (2008): *From Poverty to Power: How Active Citizenship and Effective States Can Change the World*, Oxfam International, Jacana Media (Pty) Ltd.

-
- IndexMundi, (2008): Afrique du Sud VIH/sida – Taux de prévalence chez les adultes, http://indexmundi.com/south_africa/hiv_aids_adult_prevalence_rate.html, consulté le 27 novembre 2008.
- Khunou, G. (2006): *Maintenance and Changing Masculinities as Sources of Gender Conflict in Contemporary Johannesburg*, thèse de doctorat.
- Leatt, A. (2006): *Grants for Children: A Brief Look at the Eligibility and Take-up of the Child Support Grant and Other Cash Grants*, Children's Institute Working Paper No. 5, Children's Institute, University of Cape Town (Le Cap).
- Le Roux, P. (1995): Poverty and Social Policies: Some Critical Policy Choices for South Africa, Annexe S1 in Smith Committee, *Report of the Committee on Strategy and Policy Review of Retirement Provision in South Africa*, Government Printer (Pretoria).
- Lund, F. (2008): *Changing Social Policy: The Child Support Grant in South Africa*, HSRC Press (Le Cap).
- (1993): «State Social Benefits in South Africa», *International Social Security Review*, 46(1), pp. 5-25.
- Lund, F. et coll. (2009): «Is There a Rationale for Conditional Cash Transfers for Children in South Africa?», *Transformation*, 70:70-91.
- Makiwane, M. (2010): «The Child Support Grant and Teenage Childbearing in South Africa», *Development Southern Africa*, 27(2), pp. 193-204.
- May, J. (1998): *Poverty and Inequality in South Africa*, Interministerial Committee for Poverty and Inequality, Government of South Africa (Pretoria).
- McEwen, H. et coll. (2009): Social Assistance Grants: Analysis of the NIDS Wave 1 Dataset, National Income Dynamics Study (NIDS), Southern African Labour and Development Research Unit (SALDRU) et University of Cape Town.
- Meth, C.; Dias, R. (2004): «Increases in Poverty in South Africa, 1999-2002», *Development Southern Africa*, 21(1), pp. 59-85.
- Mhone, G.; Edigheji, O. (dir. de publication) (2003): «Globalisation and the Challenges of Governance in the New South Africa», Introduction, pp. 1-15, in *Governance in the New South Africa: The Challenges of Globalisation*, University of Cape Town Press (Le Cap).
- Minister of Finance Budget Speech 2010. Minister of Finance, Pravin Gordhan, 17 février 2010.
- Narayan, D. (2000): *Voices of the Poor. Can Anyone Hear Us?* Oxford University Press (United Kingdom).
- National Income Dynamics Study (NIDS) (2009): Southern African Labour and Development Research Unit (SALDRU) et University of Cape Town.
- National Treasury (2010): National Budget Review www.treasury.gov.za/documents/national%20budget/2010/review/chapter7.pdf, consulté le 22 juin 2010.

-
- Neves, D. et coll. (2009): *The Use and Effectiveness of Social Grants in South Africa*, rapport de recherche pour FinMark Trust.
- Patel, L. (2005): *Social Welfare and Social Development in South Africa*, Oxford University Press (Le Cap).
- (1992): *Restructuring Social Welfare: Options for South Africa*, Raven Press (Johannesburg).
- ; Triegaardt, J. (2008): «South Africa: Social Security, Poverty Alleviation and Development», dans l'ouvrage publié sous la direction de Midgley, J. et Tang, K., *Social Security, the Economy and Development*, pp. 85-109, Palgrave Macmillan (New York).
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (2007/2008): *Rapport sur le développement humain 2007/2008 – Données par pays, Afrique du Sud*. http://hdrstats.undp.org/en/countries/country_fact_sheets/cty_fs_ZAF.html, consulté le 22 juin 2010.
- (1999): *Rapport mondial sur le développement humain 1999. Une mondialisation à visage humain*, Oxford University Press (New York).
- Reconstruction and Development Programme (1995): *Key Indicators of Poverty in South Africa*, Ministry in the Office of the President (Pretoria).
- Republic of South Africa (1997): *White Paper for Social Welfare*, Government Gazette No. 18166, Department of Welfare and Population Development (Pretoria).
- (1996): *Report of the Lund Committee on Child and Family Support*, Government Printers (Pretoria).
- Samson, M. et coll. (2008): *Quantitative Analysis of the Impact of the Child Support Grant*, commandé par le ministère du Développement social, l'Agence sud-africaine de Sécurité sociale (South African Social Security Agency, SASSA) et l'UNICEF, Afrique du Sud.
- Samson, M. et coll. (2004): *The Social and Economic Impact of South Africa's Social Security System*, commandé par le ministère du Développement social, Economics and Finance Directorate, Afrique du Sud.
- Steele, M. (2006): *Report on Incentive Structures of Social Assistance Grants in South Africa*, Kesho Consulting and Business Solutions (Pty) Ltd., Geospace International, Department of Social Development, Afrique du Sud (Pretoria).
- UNICEF (2008): Statistiques pour l'Afrique du Sud <http://www.unicef.org/infobycountry/index.html>, consulté le 24 mars 2010.
- (2005): *The «Rights» Start to Life: A Statistical Analysis of Birth Registration 2005*, (New York).
- Van der Berg, S.; Bredenkamp, C. (2002): «Devising Social Security Interventions for Maximum Policy Impact», *Social Dynamics*, 28(2), pp. 39-68.
- Van der Berg, S.; Kruger, J. (1995): «Fiscal Prospects and Options for the South African Welfare Vote», document de travail commandé par la Banque mondiale, juin.

Van der Berg, S. et coll. (2005): *Trends in Poverty and Inequality since the Political Transition*. Documents de travail 01/2005, Bureau for Economic Research, Department of Economics, University of Stellenbosch (Stellenbosch).

Vorster, J. H. (2006): *Study on Incentive Structures of Social Assistance Grants in South Africa: Quantitative Report*, étude commandée par le Department of Social Development, Datadesk and Department of Sociology and Anthropology, University of Stellenbosch (Stellenbosch).

Vorster, J.; de Waal, L. (2008): «Beneficiaries of the Child Support Grant: Findings from a National Survey», *The Social Work Practitioner Researcher*, 20(2), pp. 233-249.

Woolard, I. (2003): *Social Assistance Grants, Poverty and Economic Growth in South Africa*, Development Policy Research Unit, School of Economics, University of Cape Town (Le Cap).

ⁱ Banque mondiale: *Statistiques sur la santé, la nutrition et la population*, 2008.

ⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, UNICEF, FNUAP et Banque mondiale, *Observatoire mondial de la santé*, 2005.

^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'étend du dollar des Etats-Unis.

^v Banque mondiale, *Indicateurs de développement humain dans le monde*, 2008 et *Financement du développement à l'échelle internationale*, 2008.

^{vi} *Ibid.*

^{vii} National Statistics: *Labour Force Survey*, 2010.

^{viii} PNUD, *Rapport sur le développement humain*, 2009.

17. Thaïlande

Superficie	513 115 km ²
Population ⁱ	67 312 624
Répartition par âge	
0-14 ans	22,0 %
15-64 ans	70,6 %
65 ans et plus	7,4 %
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes) pour les deux sexes ⁱⁱ	13
Espérance de vie à la naissance (années) pour les femmes	72,1
Espérance de vie à la naissance (années) pour les hommes	65,8
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) ⁱⁱⁱ	110
PIB par habitant	
En dollars E.U. ^{iv} courants ^v	4 043
PPA (en dollars internationaux courants) ^{vi}	8 086
Monnaie locale constante	64 722
Dépenses totales consacrées à la santé (en millions de bahts)	363 770,8
Dépenses privées consacrées à la santé en pourcentage des dépenses totales consacrées à la santé	25
Taux de chômage ^{vii} (%)	0,7
Population active ⁸	38,7 millions
Pourcentage de la population active dans l'économie informelle ⁹	62,3
Rang pour l'indice de développement humain (IDH) ¹⁰	87
Indicateurs de pauvreté de l'IDH – rang pour l'indice de pauvreté humaine	41
Taux d'alphabétisation de la population adulte (15 ans et plus) (%)	94

Le Régime de couverture universelle

Thaworn Sakunphanit

Worawet Suwanrada

Résumé			
Groupe cible:	Tous les citoyens thaïlandais non couverts par d'autres régimes publics.		
Population cible:	47 millions (80 pour cent de la population totale).		
Prestations:	Ensemble de prestations (en nature) incluant: <ul style="list-style-type: none">■ les services de prévention couvrant les vaccinations, les examens médicaux annuels, les consultations prénuptiales, les soins néonataux, les services de planification familiale ainsi que d'autres soins préventifs et services de promotion de la santé;■ les soins ambulatoires et les soins hospitaliers (comprenant des traitements aux coûts élevés tels que les traitements contre le cancer, la chirurgie à cœur ouvert, les médicaments antirétroviraux et les transplantations rénales);■ seules sont exclues certaines conditions: infertilité et chirurgie cosmétique.		
Fonctionnement:	<ul style="list-style-type: none">■ Une banque de données en ligne nationale et centralisée contenant les adhésions relie les prestataires de soins aux régimes publics d'assurance-maladie. Les bénéficiaires doivent s'inscrire auprès d'un centre de soins primaires partenaire situé à proximité de leur domicile (dans un rayon de 30 minutes de trajet). Les centres de soins primaires supervisent l'accès aux soins. Les traitements en dehors de ce périmètre sont limités aux accidents et aux soins d'urgence. Pour les cas complexes, il existe un système de référencement vers les hôpitaux ou les institutions spécialisées.■ Les prestations sont fournies gratuitement.■ Les hôpitaux font parvenir des demandes de remboursement/paiement électroniques au Régime de couverture universelle pour leurs services d'hospitalisation.		
Total des dépenses (année fiscale 2008)	Dépenses	Prix nominal (en millions de dollars constants de 2005 PPA)	% du PIB
	Dépenses en prestations	5 522,2	0,97
	Dépenses administratives	50,6	0,01
	Total	5 572,8	0,98
Source de financement:	Recettes fiscales générales		
Impact	<ul style="list-style-type: none">■ En 2008, le basculement sous le seuil de pauvreté de 88 000 ménages a été empêché;■ Le taux de patients diabétiques bénéficiant d'un suivi médical est passé de 12,2 pour cent (2003-2004) à 30,6 pour cent (2008-2009);■ Le taux de patients atteints d'hypertension bénéficiant d'un suivi médical est passé de 8,6 pour cent (2003-2004) à 20,9 pour cent (2008-2009).		

A propos des auteurs

Thaworn Sakunphanit, directeur adjoint, Health Insurance Research Office.

Worawet Suwanrada, professeur agrégé, faculté d'économie, Université Chulalongkorn.

Contexte socio-économique

La Thaïlande se situe en Asie du Sud-Est. Sa langue nationale officielle, qui est parlée et écrite par la presque totalité de la population, est le thaï. Les religions pratiquées par la population thaïlandaise sont à 94,6 pour cent le Bouddhisme et à 4,6 pour cent l'islam; le reste se divisant entre le Christianisme, l'Hindouisme et d'autres religions.

Changement démographique

La Thaïlande fait face à un vieillissement rapide de sa population. Son «dividende démographique», synonyme de ratio de dépendance faible, va bientôt s'estomper. Son taux de fécondité totale est maintenant bien inférieur au seuil de renouvellement des générations. Son rapport de dépendance global, en baisse jusqu'à 2010 (tableau 1), va augmenter du fait de l'accroissement proportionnel de la population âgée. La population composée des personnes âgées de 60 ans et plus va croître de plus de sept pour cent en 2010. Aux alentours de 2005, la Thaïlande est devenue une «société vieillissante». Ainsi, à l'horizon 2030, la proportion de personnes âgées dans la population thaïlandaise devrait atteindre les 15 pour cent. Une étude sur les changements démographiques datant de 2005 et une analyse réalisée par le Bureau de l'administration des inscriptions (Bureau of Registration Administration) du ministère de l'Intérieur thaïlandais concluent sur une même tendance: une baisse de la fertilité totale, à l'encontre des estimations précédentes.

Tableau 1. Projection démographique (en millions)

Age	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050
0-14 ans	16,2	15,2	13,4	12,3	11,7	11,4	10,8	10,0	9,3	8,7
15-59 ans	43,8	46,0	47,8	48,4	47,7	46,1	44,3	42,4	40,3	38,2
60 ans et plus	6,0	7,1	8,7	10,8	13,3	15,8	18,1	20,1	21,5	22,3
Total	66,0	68,3	69,9	71,5	72,7	73,3	73,2	72,5	71,1	69,2

Source: World Population Prospects, Nations Unies, Département des affaires économiques et sociales, Division de la population, 2000.

La taille moyenne de la famille va continuer à décliner: celle-ci est passée de 5 personnes par ménage à 3,9 en 2000, puis devrait atteindre 3,4 en 2010 et 3,1 en 2020. En outre, les données provenant de la Division de coopération sur le développement urbain du service de planification national thaïlandais (*National Economic and Social Development Board*, NESDB) témoignent d'une migration accrue des zones rurales vers les zones urbaines, ce qui aura pour conséquence une diminution de la population rurale. Celle-ci était de 65,28 pour cent en 2000, elle devrait être de 60,01 pour cent en 2010.

Performance économique

Depuis 1961, la base de l'économie thaïlandaise a connu une rapide mutation. Auparavant agricole, celle-ci est maintenant basée sur les services et les industries manufacturières. Lorsque la Thaïlande a lancé son premier Plan quinquennal de développement économique et social national (*National Economic and Social Development Plan*, 1961-1966), l'économie thaïlandaise reposait principalement sur le secteur agricole. Cependant, entre 1960 et 2002, la part de l'agriculture est passée de 40 pour cent à 10 pour cent du produit intérieur brut (PIB), alors que la part des industries

manufacturières passait de 13 pour cent à 20 pour cent du PIB. La croissance économique a été impressionnante durant ces trois décennies, mais la crise économique de 1996-1997 a été à l'origine de plusieurs années de croissance négative. La Thaïlande a dû adopter un plan de réformes structurelles afin d'obtenir un prêt du Fonds monétaire international (FMI) de 17,2 milliards de dollars. En 1997, l'économie thaïlandaise a connu une croissance négative de 1,4 pour cent et a eu à faire face à un déclin encore plus important en 1998, le taux de croissance atteignant alors les -10,5 pour cent. La croissance économique, qui en Thaïlande dépend des exportations, a repris en 1999. Puis en 2008, la croissance du PIB est retombée à 2,5 pour cent et, en 2009, le pays a eu à affronter une nouvelle crise économique, qui s'est traduite notamment par des difficultés dans le secteur de la production de biens et de services.

L'état de la pauvreté et de la protection sociale

Dès la période de rédaction du deuxième Plan de développement économique et social national (1967-1971), des préoccupations se sont fait jour au sujet de la répartition des revenus et de la réduction de la pauvreté. La Thaïlande a principalement basé sa politique de réduction de la pauvreté sur la croissance économique. Ainsi, la croissance économique nationale a participé de la réduction drastique des niveaux de pauvreté. Entre 1999 et 2000, ceux-ci ont baissé de deux pour cent. Cependant, entre 2004 et 2006, la baisse de la pauvreté a été ralentie. Le taux de pauvreté entre ces deux années est passé de 11,6 pour cent à 9,6 pour cent. Il y a en tout 6,1 millions de personnes vivant sous le seuil national de pauvreté, fixé à 1 386 bahts, ou 87,0 dollars constants de 2005 PPA¹, par personne et par mois². Il convient toutefois de noter que le système de mesure de la pauvreté thaïlandais se base sur le seuil de pauvreté absolue, dont la précision ne permet pas de mesurer l'exclusion sociale (répartition des revenus).

Le développement économique thaïlandais a entraîné un accroissement des disparités de revenus entre les riches et les pauvres, au lieu de les résorber. Depuis le premier Plan de développement économique et social national de 1962, le coefficient de Gini évaluant la répartition des revenus est passé de 0,41 en 1962 à 0,54 en 1992, pour ensuite se réduire légèrement lors de la crise économique de 1997 (tableau 2). La part des revenus des 20 pour cent (quintile) les plus pauvres était de 7,9 pour cent en 1962 et de 4,8 pour cent en 2004 alors que la part du quintile le plus riche était respectivement de 49,8 pour cent et 51,0 pour cent.

Tableau 2. Croissance du PIB et coefficient de Gini

Année	1962	1969	1975	1981	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
Croissance du BIP(%)	7,8	7,8	4,9	5,9	5,5	13,3	11,2	8,1	9,0	5,9	-10,5	4,8	5,3	6,3	5,1
Coefficient de Gini	0,41	0,43	0,45	0,47	0,49	0,49	0,51	0,54	0,53	0,52	0,51	0,53	0,50	0,50	

Source: Croissance du PIB tirée de National Economic and Social Development Board (NESDB); coefficient pour la période 1962-1988 tiré de Panarunothai, S. et Patamasirawat, D., *Macronomic Indices for Measuring Equity in Health Finance and Delivery 1986-1998*, Center for Health Inequity Measuring, Faculty of Medicine, Naresuan University, 2001; coefficient de Gini pour la période 2000-2004 tiré de NESDB et National

¹ PPA dans cette étude de cas fait référence aux résultats de 2005 du programme de comparaison internationale (PCI), dirigé et coordonné par la Banque mondiale (1 dollar PPA = 15, 93 bahts).

² Banque mondiale, *Indicateurs de développement dans le monde*, 2008.

D'après une étude nationale portant sur les personnes âgées, un certain nombre d'entre elles ne possèdent pas de conditions de logement et/ou de situations financières sûres. Les personnes âgées dépendent toujours de l'aide apportée par leur famille. Selon les études de 1994 et de 2002, la proportion de personnes âgées vivant seules est passée de 3,6 pour cent à 6,3 pour cent. L'étude la plus récente qui date de 2007 montre que cette proportion a encore augmenté pour atteindre 7,7 pour cent. Certaines de ces personnes vivant seules font face à des problèmes ou des obstacles tels que des difficultés financières (15,7 pour cent). Parmi toutes les personnes âgées, 31,3 pour cent ne possédaient pas d'épargne ou d'actifs financiers, et 34,1 pour cent avaient un revenu annuel inférieur à 20 000 bahts (1 255,50 dollars constants de 2005 PPA). Cette situation a conduit le gouvernement à introduire des mesures de protection sociale destinées aux personnes âgées.

La réponse nationale

La Thaïlande a pour la première fois reconnu le déséquilibre de son développement au moment du cinquième Plan de développement économique et social national (1982-1986)³. Le gouvernement s'est davantage concentré sur la réduction de la pauvreté et a développé et mis en place diverses initiatives. Les leçons alors apprises ont conduit à une refonte des programmes, qui ont été à nouveau mis en œuvre. Après plusieurs décennies de cet apprentissage par la pratique, le gouvernement a créé des programmes de protection sociale de base, le Régime de couverture universelle (*Universal Coverage Scheme, UCS*) et le Régime de retraite universel de 500 bahts (500 Baht Universal Pension Scheme), tous deux réunis sous le concept de couverture universelle. Le gouvernement actuel mène une politique en faveur du développement de l'Etat-providence et a proposé l'application du plan de «Mise en place d'une société de bien-être à l'horizon B.E. 2560 (2017)» (*Construction of a Welfare Society within B.E. 2560*)⁴. La protection sociale a été choisie pour faire partie des thèmes du onzième Plan de développement économique et social national (2012-2016). Le vieillissement de la population est considéré comme l'une des nouvelles préoccupations de la société thaïlandaise pour les 20 prochaines années.

Le processus d'introduction du Régime de couverture universelle

Le système de santé actuel

Le système de santé thaïlandais est un système entrepreneurial soumis aux forces du marché. Il combine acteurs publics et acteurs privés aussi bien du côté des prestataires de santé que de celui des sociétés de financement. Néanmoins, la plupart des services de santé sont assurés par des prestataires publics. Ces structures de santé publiques reçoivent des

³ Le National Economic Development Board, devenu National Economic and Social Development Board en 1972, est l'agence nationale chargée de formuler le plan de développement économique et social et de le traduire en actes dans les cinq ans. Comme indiqué précédemment, la Thaïlande a lancé son premier plan quinquennal de développement économique et social en 1961.

⁴ Le calendrier officiel en Thaïlande est basé sur la version orientale de l'ère bouddhiste, soit 543 ans en avance sur le calendrier grégorien (occidental).

fonds en provenance du gouvernement principalement pour le traitement des salaires et les investissements en capital, mais elles peuvent conserver leurs recettes au titre des services pour assurer leur gestion. En 2007, pas moins de 65,9 pour cent des hôpitaux et 63,3 pour cent des lits appartenaient au ministère de la Santé thaïlandais (Wibulpolprasert, 2008). A l'heure actuelle, le ministère possède 891 hôpitaux, couvrant plus de 90 pour cent des districts, et 9 758 centres de santé couvrant tous les sous-districts (tambon). Le nombre d'hôpitaux privés a augmenté suite à l'expansion économique de 1992-1997. La plupart d'entre eux se situent à Bangkok et dans d'autres zones urbaines. On comptait 318 hôpitaux privés et 16 800 cliniques privées en 2007. La majorité de ces cliniques appartiennent à des médecins qui sont également fonctionnaires. Ces derniers viennent y travailler après leurs heures de bureau.

Tableau 3. Causes et effets de la politique de santé en Thaïlande

	Politique de santé	Mise en œuvre
Avant 1961	La politique de santé sert à renforcer le pouvoir de l'Etat.	Extension des établissements de santé publics et du régime de protection destiné aux employés, comme le régime de prestations médicales de la fonction publique (CSMBS) ou le régime de sécurité sociale (SSS).
Premier plan national socio-économique	La santé fait partie intégrante de l'investissement à long terme destiné à assurer la croissance.	
Constitution de 1973	Les services de santé à destination des pauvres devraient être dispensés gratuitement.	Régime destiné aux bas revenus.
Constitution de 1977	La santé est considérée comme un droit pour tout citoyen thaïlandais et un accès égal à tous les services de santé de base devrait être assuré.	Couverture universelle pour les soins de santé.

Source: Sakunphanit, 2008

Ces services de santé sont essentiellement financés par des tiers payants. La Thaïlande est parvenue à une couverture universelle des soins de santé en 2002. Les dépenses du gouvernement dans le domaine de la santé ont crû progressivement, passant de 56 pour cent en 2000 à 75 pour cent en 2008, année pour laquelle elles totalisaient 343 milliards de bahts, ou 21,5 milliards de dollars constants de 2005 PPA (9,83 milliards de dollars). Les dépenses ordinaires pour la santé en pourcentage du PIB sont, elles, passées de 3,2 pour cent en 2001 à 3,8 pour cent en 2008 (IHPP, 2010).

De par la loi, les citoyens thaïlandais sont affiliés à l'un des différents régimes de protection sociale que compte le pays. Le régime de prestations médicales de la fonction publique (*Civil Servant Medical Benefit Scheme*, CSMBS), destiné aux employés du gouvernement central, et d'autres régimes de prestations plus réduits couvrent sept pour cent de la population. Le régime de sécurité sociale (*Social Security Scheme*, SSS) à destination des employés du privé couvre 15 pour cent de la population. Quant aux 76 pour cent restants, ils sont couverts par le Régime de couverture universelle. Celui-ci couvre toutes les personnes, riches ou pauvres, travaillant dans l'économie informelle. Il convient de signaler que les assurances médicales privées ne jouent qu'un rôle complémentaire assez limité, du fait de leurs prix élevés et de leurs conditions de souscription strictes.

Le processus de mise en place du Régime de couverture universelle

La sensibilisation à l'échelle nationale

Au cours de son histoire, la politique de santé thaïlandaise a d'abord été, durant le XIX^e siècle, un instrument de renforcement du pouvoir de l'Etat, puis elle a été considérée comme faisant partie intégrante des investissements à long terme destinés à favoriser la croissance économique. La santé est maintenant considérée comme un droit pour tout citoyen thaïlandais. Chaque étape a conduit à un renforcement du système de protection sociale thaïlandais dans le sens d'un accès universel à la santé et d'une protection des droits de la population (tableau 3).

L'accroissement du nombre d'établissements de santé publics afin de pouvoir couvrir toutes les zones administratives a commencé à partir du premier Plan quinquennal de développement économique et social national (1961-1966). Les soins de santé étaient considérés, non seulement comme partie intégrante des investissements à long terme destinés à favoriser la croissance économique, mais également comme une stratégie ayant pour but de mettre en avant le gouvernement en période de guerre froide. Bien que dans sa majorité, la population travaillait dans le secteur agricole et vivait en zone rurale, il était difficile d'amener les établissements de santé privés à offrir leurs services dans ces régions. L'extension du nombre de centres publics pour couvrir l'ensemble de la population a donc été cruciale afin de surmonter ces barrières physiques.

Le ministère de la Santé thaïlandais a décidé de mettre en place un service de santé hiérarchisé qui se base sur les régions administratives pour répartir l'investissement dans les infrastructures de santé. Dans son troisième Plan de développement économique et social national (1972-1976), le gouvernement s'est fixé comme objectif d'arriver à «un hôpital dans chaque district et un centre de santé dans chaque sous-district» (tambon). La période allant de 1992 à 2001 a été la décennie du projet de développement des centres de santé (Health Centres Development Project). En 1993, grâce à la présence de centres situés à proximité de l'ensemble de la population, tout le monde pouvait accéder à ces services à une distance inférieure à une heure de marche du domicile.

La politique du gouvernement en matière de facturation des services dans les établissements de santé publics a été mise en place en 1945. Par la suite, ces centres ont eu le droit de garder leurs recettes pour leurs besoins de gestion. Une exonération informelle destinée aux personnes pauvres avait été mise en place en même temps que la politique consistant à faire payer le patient.

Il a fallu environ 40 ans à la Thaïlande pour passer progressivement du paiement à la charge du patient à divers systèmes de prépaiement. Dans le cas de l'économie informelle, il existait deux systèmes publics de prépaiement, le régime de soins médicaux (*Medical Welfare Scheme*) et le régime de la carte santé (*Health Card Scheme*), mis en place antérieurement au Régime de couverture universelle.

Le régime des soins médicaux a d'abord été un régime destiné aux personnes à revenu modeste (*Low Income Scheme*) lors de sa création en 1975. La couverture assurée par ce régime a été maintenue par les différents gouvernements successifs, qui le finançaient avec les recettes publiques. Le nom du régime a été changé en régime des soins médicaux (*Medical Welfare Scheme*) lorsque sa couverture a été étendue pour inclure les personnes de 60 ans et plus, les enfants jusqu'à 12 ans (inclus), les handicapés, les anciens combattants ainsi que les moines.

Le régime de la carte santé a été introduit en 1983 pour favoriser le développement de soins de santé primaires au sein des communautés. Conçu au départ comme un fonds de financement communautaire, il a ensuite été étendu à l'échelle nationale, mais de nombreux problèmes ont fait leur apparition en raison du manque de compétences administratives et des risques financiers. Au bout du compte, son modèle a été modifié pour en faire une assurance-maladie volontaire et l'Office de l'assurance-maladie a été établi au ministère de la Santé publique, chargé de sa gestion. Les principaux groupes cibles de ce régime sont les ménages ayant un revenu supérieur au seuil de pauvreté.

On peut faire remonter la politique de couverture santé universelle à l'idée sous-tendant le régime de la carte santé (Boonyuen et Singhkaew, 1986). A la suite de la mise en place réussie du régime de sécurité sociale en 1992, les technocrates thaïlandais ont décidé d'étendre la couverture des régimes «professionnels» à l'économie formelle et informelle. Ces approches pluralistes n'allaient pas sans quelques faiblesses en termes d'efficacité, de qualité et d'équité. Des débats ont eu lieu quant à l'opportunité pour le gouvernement d'offrir les soins de santé aux pauvres ou d'offrir une protection sociale universelle afin de garantir des droits fondamentaux. Le ministère de la Santé a entrepris d'examiner les diverses options possibles et a estimé le coût d'une couverture universelle.

Trois options avaient été envisagées: réformer progressivement les systèmes actuels afin de couvrir l'ensemble de la population thaïlandaise; entreprendre une importante réforme visant à créer une agence centrale chargée de gérer l'assurance-maladie; coordonner les différents systèmes. Les efforts de sensibilisation à destination des hommes politiques et des organisations impliquées ont compris une série de discussions et un séjour pour études en Australie et en Nouvelle-Zélande (Office of Health Insurance, 1994). Des ateliers internationaux ont réuni experts thaïlandais et experts internationaux entre 1993 et 1996.

Le projet de loi portant sur l'assurance-maladie et les services de santé standard a été rédigé en 1995-1996. Celui-ci proposait un modèle d'assurance-maladie obligatoire. Il n'a cependant pas réussi à remporter les suffrages auprès des technocrates et des membres du gouvernement (Sakunphanit, 2004). Néanmoins, les mouvements sociaux ont réussi à imposer l'intégration de la politique de couverture universelle dans la Constitution de 1997 et dans le huitième Plan national de santé (National Health Plan, 1997-2001).

Les organisations non gouvernementales (ONG) et les sociétés civiles ont joué un rôle important dans la légitimation de la couverture d'assurance-maladie universelle. Un groupe formé par diverses ONG a rédigé son propre projet de loi sur l'assurance-maladie nationale et a fait campagne en faveur de la couverture universelle en 2000. De même, la presse a joué un rôle notable en informant la population sur la politique de couverture universelle. Un sondage d'opinion publique a confirmé la popularité de la politique de protection sociale universelle. Les partis politiques ont inclus la couverture universelle pour les soins de santé dans leurs programmes politiques. A la suite de l'élection de début 2001, le gouvernement a entrepris la mise en œuvre du Régime de couverture universelle. Enfin, le 19 novembre 2002 a vu la promulgation de la loi sur l'assurance-maladie nationale (*National Health Security Act*).

Mise en œuvre

Le modèle du régime

Le Régime de couverture universelle fournit une couverture pour les soins de santé à tous les citoyens thaïlandais non couverts par d'autres régimes publics de santé. Il résulte de la réforme du régime de soins médicaux et du régime de la carte santé, et sa gestion est

assurée par l'Office national de l'assurance-maladie (National Health Security Office - NHSO).

Le régime a été conçu afin d'être efficace. Pour cela, il utilise les centres de soins primaires pour assurer la supervision et il met en place un système d'orientation pour les cas complexes nécessitant un service hospitalier. Il met également en avant la gestion intégrée des soins de santé.

Le Régime de couverture universelle fournit un ensemble complet de prestations. Celles-ci comprennent les services curatifs, les services de promotion de la santé et de prévention des maladies, les services de réhabilitation et les services basés sur les pratiques des écoles de médecine traditionnelle thaïlandaises et des médecines alternatives. Il met également à la disposition de tous les citoyens des services personnels de prévention et de promotion de la santé.

Le montant forfaitaire de 30 bahts (1,9 dollar constant de 2005 PPA) devant être réglé lors de chaque consultation a été aboli en 2006. L'analyse des données montre que cette abolition n'a eu aucun effet sur l'utilisation en général.

Afin d'optimiser leur efficacité, les services médicaux séparés ont été réunis en un même et nouveau modèle intégré de soins polyvalents. Le Régime de couverture universelle a mis en place un nouvel examen de santé périodique pour servir d'outil de classification des risques. Le but de ces examens est de prévenir la survenue de maladies ou d'avertir de leur présence. De nombreuses maladies chroniques sont traitées grâce à une approche de gestion active.

Les centres de santé doivent adhérer au Régime de couverture universelle. Les centres de soins primaires sont les premiers points de contact à destination des bénéficiaires. En effet, ceux-ci ne sont pas autorisés à se rendre dans des centres de soins secondaire ou tertiaire s'ils n'y ont pas été dirigés par un centre de soins primaires, sauf en cas d'accidents graves et d'urgences médicales.

Bien que la technologie de l'information sur la santé soit dispersée, il existe à présent deux applications à l'échelle nationale que peuvent se partager les prestataires de soins et les régimes de protection sociale. Le système national d'adhésion des bénéficiaires se base sur un numéro d'identification national personnel. Une banque de données des adhésions centralisée est en développement depuis 2002. Elle couvre l'ensemble de la population thaïlandaise et comprend les informations en provenance du régime de prestations médicales de la fonction publique, du régime de sécurité sociale et du Régime de couverture universelle. Sa mise à jour est effectuée deux fois par mois.

Le coût de la couverture universelle

Le Régime de couverture universelle a prévu un modèle actuariel afin d'estimer le budget annuel. Cette estimation est utilisée dans les négociations avec le Bureau du budget qui ont lieu tous les ans.

La marge de manœuvre budgétaire est estimée à partir d'une projection financière à long terme. Le premier modèle a été conçu en 2004 par des experts de l'Organisation internationale du Travail (OIT) et leurs homologues thaïlandais. A l'heure actuelle, les modèles pour le régime de prestations de la fonction publique, le régime de sécurité sociale et le Régime de couverture universelle ont été mis au point par des experts de l'OIT et leurs homologues thaïlandais sur la base des modèles de budgétisation sociale de l'OIT. Des projections préliminaires indiquent que la Thaïlande devra dépenser aux alentours de 4,5 pour cent de son PIB pour la santé en 2020.

Le Régime de couverture universelle utilise différents mécanismes de paiement pour contrôler le fonctionnement des hôpitaux.

Le régime de sécurité sociale, sous la supervision de l'OIT et des experts thaïlandais, a introduit une méthodologie de paiement par capitation depuis 1992. Une part réduite du budget est néanmoins conservée afin de régler les coûts élevés des prothèses et des appareils médicaux payants.

Entre 1998 et 2001, le ministère de la Santé a modifié la méthodologie de capitation de six provinces dans le cadre d'un projet d'investissement social. Le modèle utilisait un paiement forfaitaire par tête, ou capitation, uniquement pour les soins ambulatoires et un forfait par regroupement d'actes pour les soins hospitaliers. Cette initiative pourrait résoudre le problème posé par les coûts élevés des soins hospitaliers. Ces six provinces avaient été choisies pour former le premier groupe de provinces bénéficiant du Régime de couverture universelle en 2001, préalablement à son extension à l'échelle nationale.

A l'heure actuelle, le Régime de couverture universelle comprend différents mécanismes de paiement en fonction des différents types de services afin d'amener les prestataires de soins à limiter leurs coûts. La capitation est utilisée pour la plupart des services de prévention et pour les soins ambulatoires. Les services de soins hospitaliers sont remboursés selon le forfait par regroupement d'actes. Cependant, l'approche adoptée par le Régime de couverture universelle diverge du système de paiement GHM «original» consistant à calculer le budget pour les soins hospitaliers. Ainsi, le poids relatif total du GHM est utilisé pour allouer les sommes versées aux hôpitaux. Une part réduite du budget est destinée au paiement de services ou d'équipements spécifiques (comme les valvules prothétiques) selon la méthode du paiement à l'acte.

Les établissements de santé sous contrat doivent transmettre leurs données cliniques et financières à l'Office national de l'assurance-maladie (NHSO), l'organisme chargé de la gestion du Régime de couverture universelle. Chaque année, des représentants des établissements de santé et le NHSO négocient le taux de capitation et les autres mécanismes de paiement.

Le programme volontaire d'amélioration de la qualité (*Voluntary Quality Improvement Programme*) est mis en œuvre en parallèle au mécanisme de limitation des coûts. L'Institut d'accréditation pour les soins de santé (*Healthcare Accreditation Institute*), organisme public, fournit des accréditations hospitalières volontaires aux prestataires publics et privés. Cette accréditation a les faveurs des hôpitaux, car celle-ci permet d'améliorer leur réputation auprès du public. Le Régime de couverture universelle prévoit également des subventions destinées à cet institut pour ses services d'accréditation d'établissements.

Tous les ans, un évaluateur externe analyse les résultats du Régime de couverture universelle. De par son statut de société de financement, le régime est soumis à une surveillance financière stricte par le Bureau du vérificateur général de Thaïlande (*Office of the Auditor General*). Enfin, les rapports sur les résultats ainsi que les états financiers vérifiés sont adressés au cabinet et au parlement puis publiés dans le Journal officiel (*Royal Gazette*).

Les améliorations dans l'accès aux soins de santé

Suite à la mise en place du régime universel de sécurité sociale, la proportion de personnes assurées ayant accès aux centres de santé est passée de 65 pour cent en 1996 à 71 pour cent et 71,6 pour cent en 2003 et 2004, respectivement. Des analyses supplémentaires indiquaient une légère augmentation du taux de soins ambulatoires (tableau 4). Les taux d'utilisation des deux périodes devraient cependant être analysés séparément en raison des différences de méthodologie dans les enquêtes de 2003-2004 et de 2006-2007.

Tableau 4. Utilisation des services de santé, par nombre de visites par usager, 2003-2007

	2003	2004	2005	2006	2007
Utilisation des services ambulatoires (visite/usager)					
Régime de prestations médicales de la fonction publique	3,48	3,41	3,50	3,12	4,02
Régime de sécurité sociale	1,92	1,96	1,53	1,29	1,87
Régime de couverture universelle	3,48	3,66	3,50	2,34	3,40
Utilisation des services hospitaliers (visite/usager)					
Régime de prestations médicales de la fonction publique	0,10	0,14	0,13	0,09	0,11
Régime de sécurité sociale	0,06	0,07	0,05	0,07	0,07
Régime de couverture universelle	0,09	0,09	0,08	0,09	0,09

Source: National Statistical Office, Health and Welfare Survey 2003-2007

Lors du lancement du Régime de couverture universelle en 2001, ses bénéficiaires ne pouvaient pas recevoir de médicaments antirétroviraux dans le cadre d'un traitement contre le sida ou d'une transplantation rénale. C'est en 2006 qu'a été ajoutée à la liste des prestations du régime la trithérapie antirétrovirale, en tant que traitement standard à destination des personnes atteintes du VIH et du sida. En outre, depuis 2007, les bénéficiaires du régime ont accès à l'hémodialyse chronique, à la dialyse péritonéale ambulatoire continue ainsi qu'à la transplantation rénale.

Les améliorations dans la qualité des soins

Le Régime de couverture universelle défend le «véritable» concept du système de soins de santé primaires, selon lequel ce sont les personnes elles-mêmes qui doivent devenir les principaux acteurs de leur santé et s'engager activement à son amélioration, avec l'aide étroite des personnels de santé. Des comités communautaires ont été mis en place et sont financés par le régime et les gouvernements locaux. Ces fonds sont utilisés dans la prévention des maladies, la promotion de la santé et la gestion d'autres déterminants sociaux de la santé en fonction des problèmes sanitaires propres à chaque communauté. Un examen de santé annuel est inclus dans la liste de prestations fournies par

⁵ Une discussion plus complète à propos de l'impact du Régime de couverture universelle sur la constitution d'un socle de protection sociale peut être trouvée dans l'étude de cas 18 dans la partie «Les impacts conjoints du Régime de couverture universelle et du Régime de retraite universel de 500 bahts sur la mise en place d'un socle de protection sociale».

le Régime de couverture universelle afin de suivre les risques sanitaires et de pouvoir intervenir. Ces activités sont effectuées par le personnel de santé et par des volontaires au sein de chaque communauté. La participation des individus et des communautés est actuellement encouragée afin de compléter l'approche précédente imposée d'en haut.

L'analyse des résultats de l'enquête nationale consacrée à la santé (*National Health Examination Survey*) (Aekplakorn, 2010) révèle que suite à l'introduction de la politique de couverture universelle en 2002, le pourcentage de patients atteints d'hypertension et de diabète bénéficiant d'un suivi médical a plus que doublé entre 2003 et 2008 (tableau 5). Ces deux maladies sont incluses dans le programme de suivi annuel, qui est complété par une gestion des maladies chroniques.

Tableau 5. Améliorations chez les patients atteints d'hypertension et dans le contrôle des diabètes
(en pourcentage)

	2003-2004	2008-2009
Hypertension chez les personnes de 15 ans et plus		
Taux de prévalence de l'hypertension (tension artérielle systolique \geq 140 ou pression artérielle diastolique \geq 90 mm)	22,1	21,4
Non diagnostiqué	71,4	50,3
Diagnostiqué, mais non traité	4,9	8,7
Traité, mais non suivi	15,0	20,1
Traité et suivi	8,6	20,9
Diabète chez les personnes de 15 ans et plus		
Taux de prévalence des diabètes (glycémie à jeun $>$ 126mg/dl)	6,9	6,9
Non diagnostiqué	56,6	31,2
Diagnostiqué, mais non traité	1,8	3,3
Traité, mais non suivi	29,4	34,9
Traité et suivi	12,2	30,6

Source: National Health Examination Survey 2003-2004 et 2008-2009.

Les défis futurs ⁶

L'extension de la couverture à toutes les personnes résidant en Thaïlande

Les minorités vivant dans les zones frontalières de la Thaïlande et dont la nationalité n'est pas connue ont été exclues de la couverture universelle de sécurité sociale, bien que le cabinet vienne d'approuver un budget destiné à leur fournir des soins médicaux. Il y a également d'autres étrangers en Thaïlande qui, eux non plus, ne sont pas encore couverts.

⁶ Une discussion plus complète sur les défis associés au Régime de couverture universelle et au Régime de retraite universel de 500 bahts ainsi que sur les leçons tirées applicables à d'autres pays est disponible dans l'étude de cas 18 dans la partie «Les défis communs du Régime de couverture universel et du Régime de retraite universel de 500 bahts» et «Les facteurs clés pour reproduire l'expérience (coopération Sud-Sud)».

Ce groupe est cependant plus problématique dans la mesure où il comprend des immigrants illégaux.

La constitution d'un système de gouvernance à l'échelle nationale et l'alignement du système pluraliste

La Thaïlande doit mettre en place un organisme de gouvernance chargé de définir l'orientation politique du système de santé. Il est également nécessaire d'harmoniser le financement du système. Un système avec payeur unique n'est pas possible. De nombreux pays disposant d'une couverture de santé universelle possèdent divers régimes d'assurance qui sont harmonisés par un recouvrement des recettes fiscales unique et leur mécanisme de paiement est chapeauté par un système de gouvernance approprié.

Les inégalités dans l'accès aux soins

Il persiste une inégale répartition des établissements de santé entre les zones rurales et urbaines, et entre les régions (tableau 6), non sans conséquence sur l'accès aux soins pour les populations. La répartition du personnel de santé diverge également entre Bangkok et les régions rurales.

Tableau 6. Etablissement de santé par région

Région	Nombre de centres de santé	Hôpitaux publics		Hôpitaux privés		Total		Ratio lits - population
		Nombre	Lits	Nombre	Lits	Nombre	Lits	
Nord	2 228	216	20 314	50	3 944	206	24 258	1:498
Nord-est	3 464	318	26 752	42	2 801	360	29 553	1:740
Centre, hors Bangkok	2 556	266	47 050	105	9 066	371	39 735	1:388
Bangkok		43	47 051	89	12 711	132	29 092	1:223
Sud	1 510	177	15 327	32	2 042	209	17 369	1:498
Total	9 758	1 020	156 494	318	30 564	1 338	140 007	1:468

Source: Health Resources Survey Report, Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2007.

UN personnel médical inadapté

Du fait d'une charge de travail croissante, du manque de mesures incitatives et de l'augmentation des offres dans le secteur privé, le personnel de santé, et en particulier les médecins, déserte les établissements de santé des zones rurales. Cette situation a un effet négatif sur les régimes de protection sociale, ceux-ci dépendant en grande partie des établissements de santé publics.

Bibliographie

Pour plus d'informations concernant les références, voir la bibliographie de l'étude de cas 18, «Le Régime de retraite universel de 500 bahts».

ⁱ Estimation du National Economic and Social Development Board (NESDB), 2010.

ⁱⁱ OMS: *Observatoire mondial de la santé*, 2008.

ⁱⁱⁱ OMS, UNICEF, UNFPA et Banque mondiale, *Observatoire mondial de la santé*, 2005.

^{iv} Sauf indication contraire, le dollar s'étend sur le dollar des Etats-Unis.

^v Banque mondiale: *Indicateurs de développement dans le monde 2008 et Financement du développement dans le monde 2008*.

^{vi} *Ibid.*

^{vii} National Statistical Office: *Labour Force Survey*, 2010.

^{viii} National Statistical Office: *Informal Sector Labour Force Survey*, 2010.

^{ix} *Ibid.*

^x UNDP: *Rapport sur le développement humain*, 2009.

Le Régime de retraite universel de 500 bahts

Thaworn Sakunphanit

Worawet Suwanrada

Résumé ¹

Groupe cible:	Toutes les personnes âgées thaïlandaises (60 ans et plus).
Population cible:	6,87 millions (environ 95 pour cent des personnes âgées); nombre de personnes âgées inscrites: 5,65 millions (82,2 pour cent de la population cible).
Prestations:	Prestations en espèces, 500 bahts (31,4 dollars constants de 2005 PPA) par mois.
Fonctionnement:	En principe, la personne âgée ou son représentant légal doit s'inscrire auprès des autorités locales de son lieu de résidence. Les bénéficiaires peuvent choisir entre quatre méthodes: <ul style="list-style-type: none">■ Recevoir l'allocation en espèces directement auprès du bureau de l'autorité locale;■ désigner un représentant légal pour recevoir l'allocation en espèces directement auprès du bureau de l'autorité locale;■ faire transférer la retraite sur leur compte en banque;■ faire transférer la retraite sur le compte en banque du représentant légal. Les bénéficiaires devront cependant s'affranchir des frais de transfert s'ils ne possèdent pas de compte à la banque Krungthai.
Total des dépenses (année fiscale 2010):	33 917 millions de bahts, ou 2 129,1 millions de dollars constants de 2005 PPA (environ 0,37 pour cent du PIB).
Source de financement:	Recettes fiscales générales.

A propos des auteurs

Thaworn Sakunphanit, directeur adjoint, Health Insurance Research Office.

Worawet Suwanrada, professeur agrégé, faculté d'économie, Université Chulalongkorn.

¹ Des informations plus détaillées concernant le contexte socio-économique de la Thaïlande sont disponibles dans l'étude de cas 17, dans la partie «Contexte socio-économique».

La nécessité d'un nouveau système de retraite public

Il n'est pas exagéré d'affirmer que plusieurs facteurs obligent le gouvernement à envisager la conception d'un nouveau régime de retraite public. Comme précédemment mentionné dans l'étude de cas consacrée au Régime de couverture universelle, la Thaïlande est actuellement en plein processus de changement démographique et va devenir une société vieillissante. Le service de planification national thaïlandais (*National Economic and Social Development Board*, NESDB) prévoit que la population âgée (les personnes âgées de 60 ans et plus) va augmenter graduellement pour dépasser les 20 pour cent en 2030 et que le nombre d'actifs pour chaque retraité devrait chuter et atteindre 2,52 (NESDB, 2007). L'enquête de 2007 consacrée aux personnes âgées en Thaïlande et réalisée par le Bureau national des statistiques thaïlandais (National Statistical Office) a révélé que la principale source de revenu des personnes âgées provient de l'aide financière que leur donnent leurs enfants. La baisse des taux de fertilité pourrait cependant faire fléchir cette tendance dans un futur proche.

Ces changements commencent à faire prendre conscience à la population thaïlandaise de l'importance des moyens de subsistance pour les vieux jours. Dans l'enquête d'opinion consacrée à la connaissance des personnes âgées et à la vision qu'en a la société (*Knowledge and Attitude toward the Elderly*), réalisée en 2007 à l'échelle nationale parmi des personnes ayant entre 18 et 59 ans en coopération avec le Bureau national des statistiques, le ministère du Développement social et de la Sécurité humaine et la faculté d'études démographiques de l'Université Chulalongkorn, environ 95 pour cent des sondés affirmaient que la préparation financière était un aspect crucial pour s'assurer de bonnes conditions de vie durant ses vieux jours. Malheureusement, l'enquête a également montré que 42,4 pour cent des sondés n'avaient pas encore commencé à se préparer financièrement ou n'avaient pas encore réfléchi à cette période de leur vie.

En théorie, une retraite publique pourrait, si elle est suffisamment dotée, compenser le manque de ressources personnelles des personnes âgées. La Thaïlande possédait différents types de systèmes formels de garantie du revenu apportant une aide financière aux personnes âgées; malheureusement, ils ne s'adressaient pas à toutes les personnes âgées avant que ne soit introduit le Régime de retraite universel de 500 bahts (500 Bath Universal Pension Scheme). Il existait des systèmes publics de retraite obligatoires ou contributifs, mais uniquement à destination des employés du public et du privé. Ces systèmes étaient la Caisse de sécurité sociale (Social Security Fund) (employés du privé; système contributif), le régime de retraite gouvernemental (*Government Pension Scheme*) (à destination des fonctionnaires des gouvernements régionaux et central; financé par le budget national et les cotisations), le régime de retraite pour les fonctionnaires des gouvernements locaux (*Local Government Officers Pension Scheme*) (autorités locales; système non contributif), le Fonds commun de placement des enseignants et chefs d'établissements de l'enseignement privé (*Private School Teachers and Headmasters Mutual Fund*) (enseignants et chefs d'établissements d'écoles privées; système contributif) et le régime de retraite des employés d'entreprises publiques (*Public Enterprise Employee Pension Scheme*) (employés d'entreprises publiques; système majoritairement contributif prenant la forme d'une caisse de prévoyance, les employés devant placer une partie de leur salaire mensuel, à laquelle s'ajoute une contribution des employeurs) (Chandoevit, 2006 et Suwanrada, 2008). Il n'existait aucun régime de retraite pour le reste de la population active. En cas de besoin, ils avaient la possibilité d'avoir accès à un système d'allocation vieillesse accessible sous condition de ressources, prédécesseur du Régime de retraite universel de 500 bahts.

L'absence de couverture ainsi que le difficile accès aux systèmes de retraite publics ont engendré une importante demande en faveur de la réforme du système de retraite public actuel ou de la mise en place d'un nouveau système. En outre, la partie 9 de la Constitution du Royaume de Thaïlande B.E. 2550 (2007) a pour titre «Droits à des services de santé publique et à une protection sociale fournis par l'Etat» (*Rights to Public Health Services and Welfare from the State*), reconnaissant par là le rôle de garantie des droits sociaux incombant à l'Etat. La Constitution contient également des «Principes directeurs des politiques fondamentales de l'Etat» (*Directive Principles of Fundamental State Policies*). Ces deux parties traitent du plan d'ensemble d'un futur système de retraite public et ne souffrent aucune ambiguïté, comme le montrent les extraits suivants:

Constitution de 2007, partie 9, section 53. Une personne âgée de plus de soixante ans ayant des ressources insuffisantes a le droit de recevoir, avec toute la considération qui lui est due, une protection sociale, des facilités de transport ainsi que des aides appropriées de la part de l'Etat.

Principes directeurs, section 84[4]. L'Etat doit suivre les principes directeurs des politiques d'Etat en matière d'économie afin de fournir une épargne à la population et aux représentants de l'Etat durant leurs vieux jours.

Le débat social précédant la mise en place du Régime de retraite universel de 500 bahts

Afin d'étendre les aides aux personnes âgées, trois options politiques sont envisageables. La première consiste à modifier le régime déjà existant d'allocations pour les personnes âgées accessible sous condition de ressources pour le transformer en régime de retraite universelle, financé par les impôts. La deuxième option est de mettre en place un nouveau régime de retraite public contributif. Enfin, la troisième option est de promouvoir ladite Caisse d'assurance sociale communautaire (*Community-based Social Welfare Fund*). Cette option peut en théorie être considérée comme un système de retraite privé. Cette partie va développer les points principaux relatifs à la deuxième et à la troisième option.

La mise en place d'un nouveau système de retraite public contributif

Jusqu'à présent, les propositions de mise en place d'un nouveau système de retraite public se sont faites sous différentes formes. Avant la proposition de Caisse nationale de retraite, le ministère des Finances appuyait la création d'un système contributif bien précis dénommé Caisse nationale de prévoyance, qui visait à obliger les employés à épargner davantage. Ce système prévoyait également la contribution volontaire des groupes à hauts revenus des secteurs informels de l'économie. Cette proposition a cependant été critiquée et reste en suspens, car elle n'aborde pas les groupes à revenus moyens ou bas, qui constituent pourtant la majorité de la population dépourvue de moyens formels pour conserver leur revenu à la retraite.

Récemment, les chercheurs thaïlandais ont conduit de nombreuses études, soutenues par le Fonds de recherche de Thaïlande (*Thailand Research Fund*), le Fonds thaïlandais pour la promotion de la santé (*Thai Health Promotion Fund*) ainsi que la Fondation de l'Institut thaïlandais de recherche et de développement sur la gérontologie (*Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute*) (Pananiramai, 2003; Chandowit, 2006; Khamnuansilpa et coll., 2006; Patamasiriwat, 2007; Suwanrada, 2008b; Chandowit et coll., 2008; Suwanrada, 2009). Ces études s'intéressaient, d'une part, au maintien du système d'allocation vieillesse accessible sous condition de ressources pour la cohorte de personnes âgées initiales (et en particulier pour celles véritablement défavorisées) au cours

de la période de transition et, d'autre part, à la mise en place d'un régime de retraite contributif pour le reste de la population active. Qui plus est, dans lesdites études, le gouvernement central et/ou les autorités locales apportaient un soutien financier aux personnes pauvres. En outre, il est proposé d'employer les autorités locales en tant que nœud pour la perception des cotisations. Parmi les raisons expliquant la préférence des chercheurs universitaires pour une retraite contributive et non une retraite universelle figurent les suivantes: les retraités peuvent être autonomes et conserver leur dignité plutôt que d'avoir à mendier auprès du gouvernement; les ressources sont allouées aux personnes âgées véritablement défavorisées, et non de manière égalitaire; l'on s'inquiète de l'augmentation de la charge financière pour les générations futures qui seront touchées par la chute de la fertilité; à quoi s'ajoute le problème de la capacité budgétaire du gouvernement.

De 2006 à 2008, les résultats de ces études ont été présentés à diverses reprises aussi bien lors de forums universitaires que lors de forums auxquels assistait un public plus large et dont les participants comprenaient des universitaires, des fonctionnaires du gouvernement central et des gouvernements locaux, des professionnels, des représentants communautaires et des particuliers. Par ailleurs, lors du congrès 2008 du Conseil dédié aux personnes âgées (Elderly Council Congress 2008), qui s'est tenu en avril 2008, les participants ont approuvé l'option politique consistant à mettre en place un régime de retraite contributif pour le reste de la population. Le Comité national dédié aux personnes âgées (*National Elderly Committee*) a également approuvé, dans son principe, la mise en œuvre d'une telle politique. Le Bureau de la politique fiscale (*Fiscal Policy Office*) du ministère des Finances a abandonné l'idée d'une Caisse nationale de prévoyance et a proposé l'option d'une Caisse nationale d'épargne, qui vise à mettre en place un régime de retraite contributif pour le reste de la population. Le Sous-comité pour la promotion du régime national d'épargne destiné aux personnes âgées (*National Saving Scheme for Old-Age Promotion Sub-committee*), mis en place par le Comité national dédié aux personnes âgées, est devenu la plate-forme consacrée à la réflexion concernant l'option défendue par le ministère des Finances ainsi qu'à sa révision.

Finalement, suite à l'introduction en décembre 2009 du Régime de retraite universel de 500 bahts, le cabinet du Premier ministre, Abhisit Vejjajiva, a approuvé la loi B.E. 25XX sur la Caisse nationale de retraite², visant à mettre en place le régime de retraite destiné à la population travaillant dans le secteur informel de l'économie et qui s'ajoute à la retraite universelle non contributive de 500 bahts. Cette loi est en attente d'approbation parlementaire au Conseil d'Etat. Cette option correspond à un régime de retraite volontaire, contributif et à cotisations définies. Le groupe cible de ce régime est constitué de la population active ayant entre 20 et 59 ans et n'étant affiliée à aucun régime de retraite public obligatoire. La cotisation de base est de 100 bahts (6,3 dollars constants de 2005 PPA) par mois, versée à une caisse d'épargne gouvernementale ou à la Banque de l'agriculture et des coopératives agricoles. Le gouvernement vient compléter la cotisation du travailleur à hauteur de 50, 80 ou 100 bahts par mois, en fonction de l'âge de ce dernier. Les travailleurs à bas revenu ou les membres en incapacité temporaire de paiement peuvent s'abstenir de verser leurs cotisations sans aucune pénalité. Les allocations, sous la forme d'annuités à vie, sont attribuées aux cotisants lorsque ces derniers atteignent 60 ans. Le niveau de la retraite dépend de leurs cotisations. Pour les personnes à faibles moyens économiques ne pouvant pas cotiser pleinement (tels que les handicapés), le gouvernement cotise pour eux à hauteur de 50 pour cent du taux normal.

² Au moment de la publication, celle-ci n'avait pas encore été approuvée par le parlement.

La promotion de la Caisse d'assurance sociale communautaire

Dans de nombreuses régions de la Thaïlande (par exemple les provinces de Songkhla, de Lampang, de Trat ou de Khon Kaen, ou la métropole Bangkok), un grand nombre de communautés ont introduit ladite caisse d'assurance sociale communautaire. Celle-ci vise à résoudre le problème du manque ou de l'absence de services d'assurance sociale publics, et en particulier de couverture retraite. Ces régimes fournissent différents types d'aide sociale au fil des cycles de vie des membres de la communauté. Les prestations incluent souvent l'aide aux familles pour les frais de maternité, un prêt d'études, un prêt à l'entreprise communautaire, une subvention pour les frais médicaux et une subvention pour les frais d'obsèques. Dans certains groupes, la retraite fait partie des prestations spéciales fournies (Suwanrada, 2009). Certains professionnels et chercheurs universitaires thaïlandais considèrent ce régime comme la base à partir de laquelle étendre les prestations à destination des personnes âgées.

Le tableau 1 indique l'ensemble des prestations fournies par la caisse d'assurance sociale communautaire de Songkhla (province du sud de la Thaïlande), qui a pour nom Groupe contractuel de réduction des dépenses d'un baht (*Contractual One-Baht Expenses Reduction Group*). En principe, les personnes affiliées doivent réduire leurs dépenses inutiles d'exactly un baht (0,06 dollar constant de 2005 PPA) afin de cotiser un baht par jour. Après versement continu de la cotisation pendant 180 jours, le membre a accès à diverses prestations, à l'exception de la retraite qui nécessite, elle, une cotisation à long terme supérieure à 15 ans. Le niveau de la retraite est fonction de la durée de cotisation (tableau 1). Chob Yodkaew, fondateur du système, pense que chacun peut cotiser à hauteur d'un baht par jour en coupant dans ses dépenses inutiles. Ce système s'adresse par conséquent également aux personnes pauvres du fait de son faible taux de cotisation et de ses conditions d'accès.

Tableau 1. Ensemble des prestations de la caisse d'assurance sociale communautaire de la province de Songkhla

Type	Détails						
Allocation de maternité	<ul style="list-style-type: none"> ■ pour le nouveau-né: 500 bahts par naissance (limité à 1 000 bahts par an); ■ pour la mère: subvention pour les frais médicaux de 100 bahts par nuit (limité à 5 nuits par naissance). 						
Subvention pour frais médicaux	100 bahts par nuit (limité à 10 nuits par an).						
Prêt d'études	30 % des frais d'éducation						
Subvention pour frais d'obsèques	de 2 500 à 30 000 bahts (selon la durée de cotisation)						
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">180 jours – 2 500 bahts</td> <td style="width: 50%;">1 460 jours – 15 000 bahts</td> </tr> <tr> <td>365 jours – 5 000 bahts</td> <td>2 920 jours – 20 000 bahts</td> </tr> <tr> <td>730 jours – 10 000 bahts</td> <td>5 840 jours – 30 000 bahts</td> </tr> </table>	180 jours – 2 500 bahts	1 460 jours – 15 000 bahts	365 jours – 5 000 bahts	2 920 jours – 20 000 bahts	730 jours – 10 000 bahts	5 840 jours – 30 000 bahts
180 jours – 2 500 bahts	1 460 jours – 15 000 bahts						
365 jours – 5 000 bahts	2 920 jours – 20 000 bahts						
730 jours – 10 000 bahts	5 840 jours – 30 000 bahts						
Effacement des dettes du défunt	Maximum de 30 000 bahts (limité aux dettes contractées auprès d'organismes d'épargne locaux/communautaires et aux dettes remboursées ponctuellement et en continu).						
Prime d'épargne du défunt	Prime s'élevant à 50 % de l'épargne du défunt (limité à 15 000 bahts et aux comptes auprès d'organismes d'épargne locaux/communautaires; versements mensuels de 100 bahts à la famille du défunt).						
Personnes vulnérables	La caisse prend à sa charge les cotisations en tant que représentant						
Indemnité de cotisation du percepteur	130 bahts/période de perception (30 bahts sont utilisés comme cotisation journalière du percepteur à la caisse).						

Type	Détails	
Retraite	de 300 à 1 200 bahts par mois (selon la durée de cotisation)	
	15 ans – 300 bahts/mois	40 ans – 800 bahts/mois
	20 ans – 400 bahts/mois	45 ans – 900 bahts/mois
	25 ans – 500 bahts/mois	50 ans – 1 000 bahts/mois
	30 ans – 600 bahts/mois	55 ans – 1 100 bahts/mois
	35 ans – 700 bahts/mois	60 ans – 1 200 bahts/mois

Remarque: 1 dollar = 32.324 bahts (au premier trimestre 2010) et 1 dollar constant de 2005 PPA = 15,93 bahts.
Source: Tableau 3, Suwanrada (2009), p. 57.

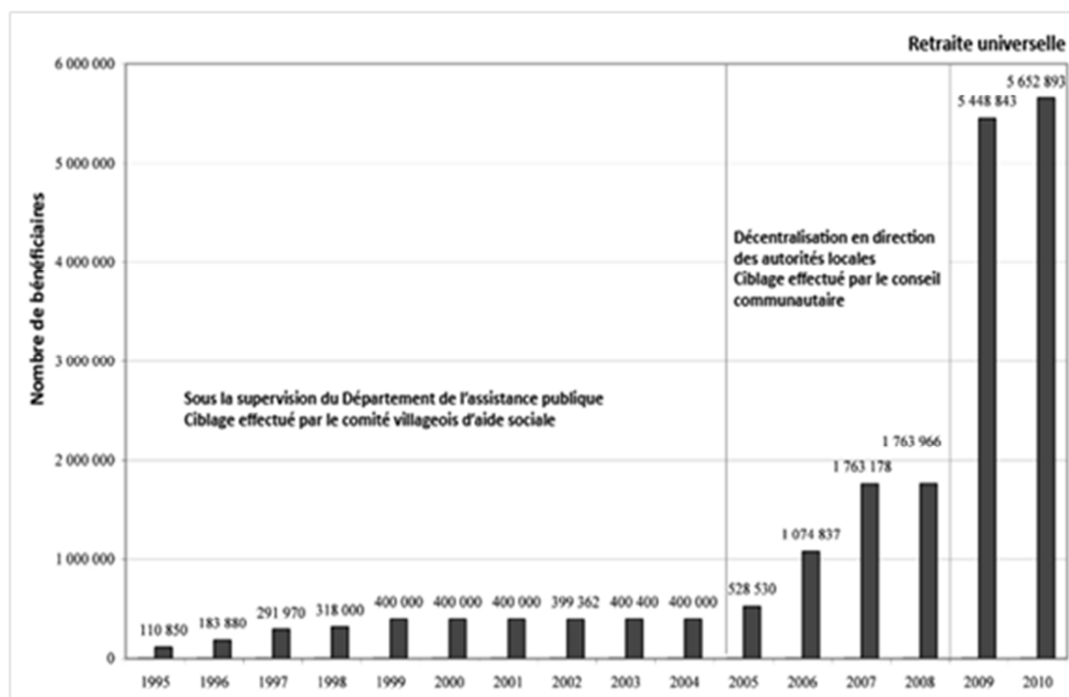
Cependant, Suwanrada (2009) a montré les limites de la caisse d'assurance-maladie communautaire et en particulier de ses prestations de retraite. Il n'existe aucune fonction d'assurance interrégionale du fait que tous les groupes sont administrés de façon unifiée selon les mêmes règles alors qu'ils sont financièrement indépendants et qu'il n'existe pas de subventions croisées intercommunautaires. De plus, la solidité interne du système dépend de la situation interne des communautés, soit le nombre de membres, l'équilibre entre cotisations et prestations, les rentrées de la caisse et la structure par âge des membres. Certaines caisses communautaires ont une proportion importante de personnes âgées en raison de l'attrait de leur subvention pour les frais d'obsèques ou de leur retraite. Dans le même temps, rien ne peut garantir que les jeunes générations participeront volontairement dans ces domaines, mettant ainsi potentiellement en danger la survie à long terme de la caisse (Suwanrada, 2007). A ce stade, le cabinet du Premier ministre, Abhisit Vejjajiva, a pris la décision d'accorder des subventions aux groupes bien organisés afin de consolider les caisses d'assurance sociale communautaires. Néanmoins, le présent gouvernement n'a pas clairement mis en avant les caisses d'assurance sociale communautaires comme solution pour couvrir les retraites.

Le processus de mise en place du Régime de retraite universel de 500 bahts

Rappel historique: période antérieure au Régime de retraite universel

Le système d'allocations vieillesse a été mis en place en 1993, sous la forme d'un système accessible sous condition de ressources, sous l'égide du Département de la sécurité sociale (Department of Public Welfare). Celui-ci offrait une aide financière aux personnes âgées défavorisées, définies comme étant des personnes d'au moins 60 ans, dont les ressources ne sont pas suffisantes pour faire face à leurs dépenses, sans personne pour les aider financièrement et qui sont abandonnées ou incapables de travailler. L'allocation par personne et par mois s'élevait à 200 bahts ou 12,6 dollars constants de 2005 PPA (7,90 dollars en 1993). Au départ, le processus de sélection était le suivant. En premier lieu, le comité villageois d'aide sociale devait déterminer les personnes âgées pouvant être admises. Par la suite, le comité de sélection provincial pour les personnes âgées défavorisées vérifiait à nouveau l'éligibilité des personnes choisies et en communiquait la liste au gouverneur de la province pour approbation officielle. La première année suivant l'introduction de ce régime, le nombre de bénéficiaires atteignait à peine 20 000. In 1995, celui-ci atteignait 110 850 (voir la figure ci-après).

Nombre de bénéficiaires des allocations vieillesse après 1995

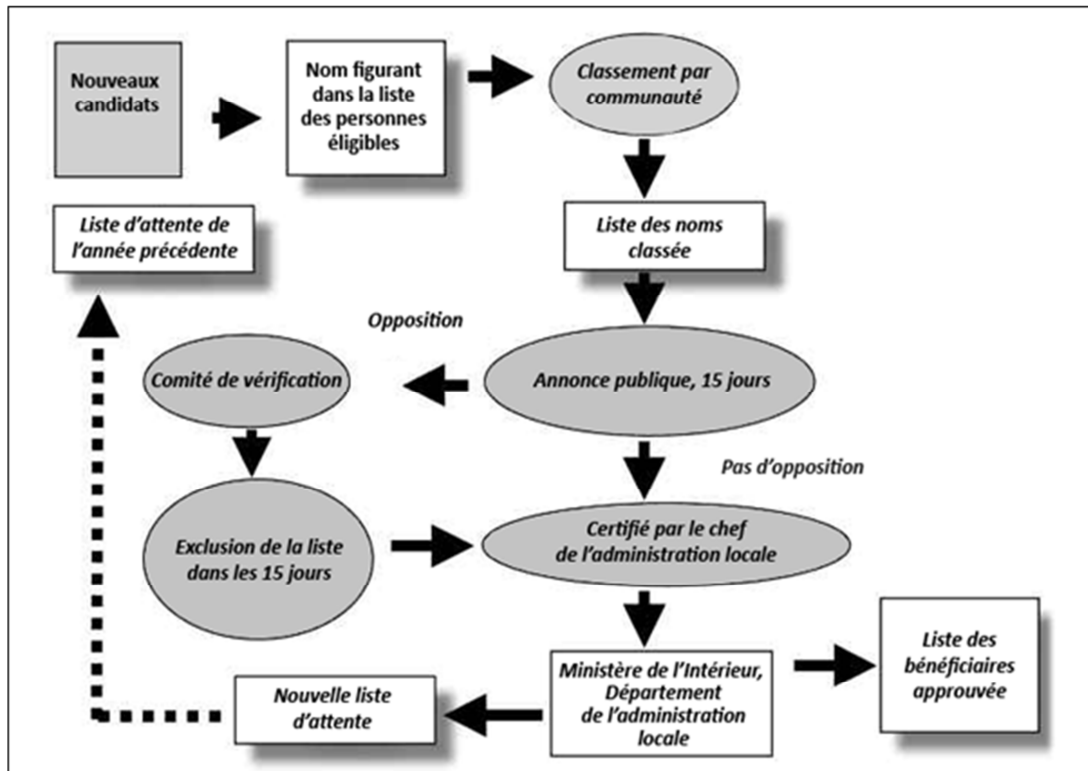


Source: Figure 2-1 dans Suwaranda et Kamwachirapithak (2007) et Ministry of Social Development and Human Security.

En 2000, le montant des allocations est passé à 300 bahts, ou 18,8 dollars constants de 2005 PPA (7,47 dollars), par personne et par mois. En 2002, les règles de sélection des bénéficiaires ont été révisées et priorité a été donnée aux personnes âgées défavorisées à plusieurs titres ou à celles vivant dans des régions reculées où les services publics sont réduits à leur strict minimum. En outre, le comité de sélection a vu sa composition diversifiée afin d'intégrer des représentants des autorités locales, d'organisations locales consacrées aux personnes âgées ou de la communauté.

En 2005, d'importantes réformes du système d'allocations vieillesse ont été effectuées. En raison du processus de décentralisation en cours en Thaïlande, les tâches d'identification des bénéficiaires et de définition du montant des allocations ont été transférées aux autorités locales par le biais de subventions en provenance du gouvernement central, et plus précisément, du Département chargé de l'administration locale (Department of Local Administration) du ministère de l'Intérieur. La définition d'une «personne âgée défavorisée» a été conservée. Le processus de sélection (voir figure ci-après) se fait en coopération entre les autorités locales et les *prachakom* (conseils communautaires). La communauté classe les personnes âgées sur la liste des nouveaux demandeurs et sur la liste d'attente (de l'année fiscale précédente). Les conseils communautaires utilisent diverses méthodes de classement, tels que le classement par âge, l'utilisation d'un mécanisme de vote à la majorité, l'adoption du système de comité communautaire, le classement selon différentes caractéristiques et l'attribution des allocations à tous (Suwanrada, 2009). Par ailleurs, les autorités locales disposant de ressources fiscales importantes et suffisantes peuvent utiliser leurs propres fonds afin d'augmenter le montant des allocations (le total ne devant pas excéder les 1 000 bahts ou 62,8 dollars constants de 2005 PPA) ou le nombre de bénéficiaires. En 2006, le montant des prestations est passé à 500 bahts, ou 31,4 dollars constants de 2005 PPA, par personne et par mois.

Processus de sélection du système d'allocation vieillesse



Source: Figure 1 dans Suwanrada (2009).

Les limites du système d'allocations vieillesse accessible sous condition de ressources

Dans la pratique, il existait de nombreuses limites à la mise en place d'un système d'allocations vieillesse accessible sous condition de ressources. L'ensemble des autorités locales devait suivre le processus exposé dans l'arrêté du ministère de l'Intérieur relatif au paiement de l'allocation vieillesse par les autorités locales B.E. 2548 (2005). Cependant, d'après Suwanrada (2009), les autorités n'ont pas toutes compris le processus de la même manière. Certaines ont attribué les fonds à tous sans poser de critères liés aux ressources alors que d'autres ont suivi le processus scrupuleusement. La définition de *prachakom* a également eu droit à quelques variantes. Certaines autorités ont créé un système de comités à deux vitesses, un système de contre-vérification ou un système d'ensemble afin de garantir la transparence et la bonne administration du processus de sélection. Cela n'a néanmoins pas empêché la survenue de problèmes liés à l'inefficacité. Plus de 50 pour cent des personnes âgées défavorisées n'ont pas touché l'allocation vieillesse, selon le Projet d'évaluation et de suivi du Plan national vieillesse (Monitoring and Evaluation Project of the National Elderly Plan) du collège d'études démographiques de l'Université Chulalongkorn.

L'échec dans la mise en place du système a contraint le gouvernement à passer d'un régime accessible sous condition de ressources à un régime universel. Le BIT (2004a et 2004b) ainsi que Mujahid, Pannirselvam et Doge (2008) recommandaient également l'introduction d'un tel régime. Le changement idéologique au sein du gouvernement a aussi été un facteur clé de cette transformation. Cela s'est exprimé dans le discours sur la politique prononcé par le Premier ministre, Abhisit Vejjajiva, devant le parlement au début du mandat de son cabinet en décembre 2008, ainsi que dans son discours d'ouverture au congrès 2009 du Conseil dédié aux personnes âgées, qui s'est tenu en avril 2009, et dans

lesquels il faisait part de son souci de faire en sorte que l'allocation vieillesse soit un droit pour toutes les personnes âgées et qu'elle soit une récompense symbolisant la gratitude de la société à leur égard.

La mise en place du Régime de retraite universel de 500 bahts

Le Régime de retraite universel de 500 bahts a officiellement débuté en avril 2009 et faisait suite à la décision prise durant la réunion du Comité national dédié aux personnes âgées. Dans la période allant d'avril à septembre 2009 (milieu de l'année fiscale 2009), le gouvernement de la Thaïlande a alloué des fonds supplémentaires à la mise en place du régime sous la forme d'une composante de son plan de relance, en utilisant l'autorité qui lui a été conférée par l'arrêté du Comité national dédié aux personnes âgées relatif au paiement de l'allocation vieillesse B.E. 2550 (2009). Pour l'année fiscale 2010 (octobre 2009 – septembre 2010), l'arrêté du ministère de l'Intérieur relatif au paiement des allocations vieillesse B.E. 2550 (2009) a été pris en octobre 2009. Le financement provient maintenant du budget annuel du gouvernement.

Toutes les personnes âgées (ayant 60 ans ou plus) non prises en charge dans des structures publiques pour personnes âgées ou ne percevant pas de revenu permanent (c.-à-d., non-bénéficiaires d'une retraite gouvernementale, personnes employées par le gouvernement) peuvent être affiliées au régime. En principe, les personnes âgées ou leur représentant légal doivent s'inscrire auprès des autorités locales de leur lieu de résidence. Les bénéficiaires peuvent choisir entre quatre méthodes: (a) recevoir eux-mêmes l'allocation en espèces directement auprès du bureau de l'autorité locale; (b) désigner un représentant légal qui viendra recevoir l'allocation en espèces directement auprès du bureau de l'autorité locale; (c) faire transférer leur retraite sur leur compte en banque; ou (d) faire transférer la retraite sur le compte en banque du représentant légal. Les personnes âgées devront cependant s'affranchir des frais de transfert si elles ne possèdent pas de compte à la banque Krungthai. Afin de faire connaître la retraite universelle à l'ensemble de la population, les autorités locales ont réalisé diverses annonces, de même, un message télévisé a été diffusé sur la télévision gratuite et un panneau publicitaire a été créé pour inciter les personnes à adhérer. Au même moment était distribué un livret consacré aux droits fondamentaux des personnes âgées (édité par le ministère du Développement social et de la Sécurité humaine).

A l'année fiscale 2010, les bénéficiaires de la retraite de 500 bahts représentent 77,5 pour cent de la population âgée. On compte encore 1,22 million de personnes âgées qui ne se sont pas encore inscrites pour pouvoir bénéficier du régime de retraite (tableau 2).

Tableau 2. Les personnes âgées et le Régime de retraite universel de 500 bahts

	Nombre de personnes âgées
Nombre de personnes âgées (au 30 septembre 2009)	7 239 755
Nombre de bénéficiaires (système sous condition de ressources) (A)	1 872 182
Après introduction de la retraite universelle	
1 ^{ère} période d'inscription (avril-sept. 2009) (B)	3 576 661
2 ^e période d'inscription (oct. 2009-sept. 2010) (C)	204 050
Nombre de personnes âgées inscrites (A+B+C)	5 652 893
Fonctionnaires	360 679
Personnes âgées non inscrites	1 226 183

Les défis futurs

Comme précédemment indiqué, les trois régimes en concurrence sont un souci pour le cabinet du Premier ministre, Abhisit Vejjajiva. Le Premier ministre n'a éliminé aucune des options proposées. Un défi important auquel fait face la Thaïlande concerne la clarification du plan d'ensemble pour la conception d'un système de retraite public. En se basant sur les discours du Premier ministre, il est possible d'esquisser le modèle de son avant-projet d'un système de retraite public à venir. Les fonctionnaires jouissent de leur propre régime de retraite. Alors que le Régime de retraite universel de 500 bahts va devenir la retraite de base et constituer un socle de protection sociale pour les personnes âgées, les prestations vieillesse provenant de la Caisse de sécurité sociale et les annuités à vie en provenance de la Caisse nationale de retraite vont constituer le premier échelon pour les employés du privé et le reste de la population (hors fonctionnaires).

A l'heure actuelle, il existe plusieurs mouvements qui devraient favoriser des ajustements entre les différents systèmes de retraite précédemment séparés. Par exemple, du fait du processus de sélection, la gestion du Régime de retraite universel de 500 bahts va être transférée des autorités locales au gouvernement central. Par ailleurs, un Comité national pour la promotion de la provision sur la sécurité sociale (National Welfare Provision Promotion Committee) a été officiellement mis en place afin d'esquisser le plan d'ensemble du régime de protection sociale thaïlandais.

Vers la mise en place d'un Socle de protection sociale en Thaïlande

Les impacts conjoints du Régime de couverture universelle et du Régime de retraite universel de 500 bahts sur la mise en place d'un socle de protection sociale

La réduction de la pauvreté

Des systèmes garantissant un revenu, tels que le Régime de retraite universel de 500 bahts et le Régime de couverture universelle, contribuent à la réduction de la pauvreté. Une étude a montré l'impact du Régime de couverture universelle sur la réduction de la pauvreté au cours de la période 2001-2004 (Siamwala et Jitsuchon, 2007). Une analyse récente a révélé que le basculement dans la pauvreté d'environ 88 000 ménages a pu être évité en 2008. Les paiements directs par le patient pour les soins de santé avaient fait augmenter le nombre de ménages thaïlandais pauvres de 9,9 pour cent (=1,4/14,4) en 1996 (tableau 3). Ce chiffre n'était plus que de 5,5 pour cent (=0,5/8,6) en 2008.

Tableau 3. Impact sur la pauvreté des paiements directs par le patient (en pourcentage)

	1996	2000	2004	2008
Taux de pauvreté antérieur aux paiements (A)	14,4	18,6	10,9	8,6
Taux de pauvreté postérieur aux paiements (B)	15,8	20,3	11,5	9,0
Impact sur la pauvreté (différence entre le taux postérieur et le taux antérieur aux paiements) (C)	1,4	1,7	0,6	0,5
Impact sur la pauvreté, augmentation en % ((C)/(A))	9,9	9,1	5,5	5,4

Source: Limwattananon (2010), Analysis of Health and Welfare Survey, plusieurs années.

L'universalisme contre la sélection

La Thaïlande s'éloigne progressivement d'une approche ciblée pour se rapprocher de l'universalisme. Dans le cas des allocations destinées à la santé et aux personnes âgées, le pays avait auparavant adopté une approche ciblée du fait des contraintes financières. Cependant, des preuves concrètes montraient que les pauvres n'étaient pas suffisamment protégés et que des personnes n'étant pas considérées comme pauvres avaient reçu ces prestations, du fait d'erreurs d'inclusion et d'exclusion³.

Une approche égalitaire visant à fournir un égal accès aux services sociaux et aux services de santé indispensables a été débattue dans les années soixante-dix. Deux décennies plus tard, suite à la crise économique, les mouvements sociaux sont parvenus à faire figurer le concept dans la Constitution de 1997, ce qui a conduit en 2002 à une politique de couverture santé universelle. Les efforts déployés par d'autres mouvements sociaux ainsi que la promotion réalisée par des organisations de personnes âgées ont permis de faire avancer l'idée d'un revenu universel assuré à destination des personnes âgées dans la Constitution de 2007. Finalement, l'actuel gouvernement a annoncé la création du Régime de retraite universel de 500 bahts et a modifié la loi relative aux personnes âgées (Elderly Act). Bien que le montant des allocations soit encore insuffisant pour permettre de vivre dans des conditions décentes, celles-ci permettent d'assurer de meilleures conditions de vie au cours de la vieillesse.

En dépit du fait que la protection sociale destinée au plus grand nombre en Thaïlande s'achemine vers des politiques plus égalitaires, l'équilibre dans la gestion des risques sociaux entre les individus et les institutions reste un sujet sur lequel les débats font rage, en particulier concernant le système de retraite. De nombreux groupes aisés défendent des vues libertaires ou en faveur du laissez-faire.

Les défis communs du Régime de couverture universelle et du Régime de retraite universel de 500 bahts

Les infrastructures (offre)

La construction d'infrastructures pour les soins de santé devrait être la première étape, avant même de s'accorder sur le financement des soins de santé pour la couverture universelle. Des gouvernements locaux bien gérés sont également nécessaires pour le succès de la retraite universelle dans une économie informelle.

La capacité administrative

La capacité à concevoir, à mettre en place et à suivre le système dans un contexte donné doit être établie et maintenue. Il s'agit là d'un investissement à long terme.

Une société vieillissante

Des stratégies visant à assurer la santé et la productivité des personnes âgées sont nécessaires. Les régimes de protection sociale vont favoriser l'accès de tous aux

³ Une erreur d'inclusion correspond au fait que des prestations soient distribuées à des personnes qui ne devraient pas en bénéficier. Une erreur d'exclusion a lieu lorsque des bénéficiaires ne reçoivent pas leur prestation.

prestations des services de santé, et améliorer ces dernières, en encourageant les gens à changer leurs comportements pour parvenir à un mode de vie plus sain.

Un autre problème concerne les soins à long terme à apporter aux personnes âgées perdant leurs capacités physiques et la nécessité d'une protection sociale et de soins à long terme. Les soins à domicile devraient avoir la priorité sur les soins en établissements spécialisés et le modèle de soins traditionnel au sein de la famille doit être encouragé.

La viabilité financière

Le Régime de couverture universelle et le Régime de retraite universel de 500 bahts reposent à présent tous deux sur un financement provenant des recettes fiscales générales, par le biais d'un processus budgétaire annuel. En raison de la concurrence budgétaire entre les différents ministères, ces régimes restent vulnérables à l'octroi de budgets inférieurs aux coûts de service réels. Les impôts actuels étant insuffisants, de nouveaux sont par conséquent nécessaires.

Les facteurs clés pour reproduire l'expérience (coopération Sud-Sud)

L'idéologie politique et le système

Les expériences qui ont pris place en Thaïlande ont démontré la nécessité, pour la formulation de la politique sociale, d'avoir une idéologie politique mettant en avant l'idée de justice sociale. Un développement économique centré sur la croissance et ignorant la redistribution ne peut qu'entraîner des inégalités et des troubles sociaux.

La participation des parties prenantes

Les interconnexions entre société civile, universitaires et hommes politiques en matière de politique sont la clé du succès. Le professeur Prawase Wasi a avancé le concept d'un «triangle déplaçant des montagnes». Ce triangle est formé de (a) la création de connaissances pertinentes dans le domaine, (b) du mouvement social et de l'apprentissage social, et (c) de l'engagement politique (Wasi, 2000). Cette approche triangulaire a été appliquée avec succès lors de la détermination du calendrier du Régime de couverture universelle et du Régime de retraite universel de 500 bahts, de leur formulation en termes politiques et de leur mise en place.

Bibliographie

- Aekplakorn, W. (2010): *Health Examination Survey 2008-2009* [Thaï]. Nonthaburi: Health System Research Institute.
- Banque mondiale (2008): *Financement du développement dans le monde 2008*.
- (2008), *Thailand Economic Monitor*, novembre 2007, Bureau de la Banque mondiale, Bangkok.
- (2008), *Indicateurs du développement dans le monde 2008*.
- Boonyuen, D. et Singhkaew, S. (1986): «Health Insurance System in Thailand», Workshop, 10-12 June 1986, Grand Palace Hotel, Pattaya, Chonburi Province, Nonthaburi: National Health Planning Committee.
- Bureau international du Travail (BIT) (2004a): *Technical Note on the Extension of Social Security to the Informal Economy in Thailand* (Bangkok).
- (2004b): *Thailand Social Security Priority and Needs Survey* (Bangkok).
- Chandoewit, W. (2006): *Income Maintenance System for the Elderly and Poverty in Thailand*, Thailand Development Research Institute (Bangkok).
- Chandoewit, W. et coll. (2008): *Income Maintenance system for the Elderly in Thailand*, Thailand Development Research Institute (Bangkok).
- International Health Policy Programme (2010): *National Health Account 2008*, Nonthaburi, Thaïlande.
- Mujahid, G. et coll. (2008): «The Impact of Social Pensions: Perception of Asian Older persons», Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA).
- National Economic and Social Development Board (2007): *Population Projections for Thailand 2000-2030*, Office of the National Economic and Social Development Board, octobre 2007.
- National Statistical Office, *Report on the Survey of the Older Persons in Thailand*, plusieurs années.
- Office of Health Insurance (1994): *Annual Performance Report B.E. 2536 (1993)* [en thaï], Nonthaburi: Permanent Secretary Office, Ministry of Public Health.
- Pananiramai, M. (2003): «The Establishment of Income Maintenance System for the Elderly in Thailand», in *Social Protection System and Quality of Life in Thailand: The Reflections of Socio-Economic Development*, Faculty of Economics, Thammasat University (Bangkok).
- Patamasiriwat, D. (2007): «The Proposal of Fiscal Policy for Society and Well-being and Countermeasures for the Elderly», avec le soutien de la Thai Health Promotion Foundation et de la National Health Foundation, Duantula Press.
- Sakunphanit, T. (2008): *Universal Health Care Coverage through Pluralistic Approaches: Experience from Thailand*, bureau sous-régional de l'OIT pour l'Asie de l'Est (Bangkok).

-
- (2004): *From Policy to Implementation: Historical Events during 2001-2004 Universal Coverage in Thailand*, P. J. V Tangcharoensathien (dir. de publication), National Health Security Office, Nonthaburi.
- Siamwala, A. et Jitsuchon, S. (2007): *Tackling Poverty: Liberalism, Populism or Welfare State*, Year-end Conference, Thailand Development Research Institute (Bangkok).
- Suwanrada, W. (2009): «Poverty and Financial Security of the Elderly in Thailand», *Ageing International*, vol. 33, pp. 50-61.
- (2008a): *Model for Forecasting Financial Sustainability of Community-based Pension Scheme*. Rapport de recherche soumis au Health Promotion Fund.
- (2008b): *National Pension System*, Research Book No. 8, Textbook Development Project, Document Services Centre, Faculty of Economics, Chulalongkorn University, mars 2008.
- (2007): *Community-based Welfare System: A Case Study of Songkhla and Lampang Provinces*, avec le soutien de la Thai Health Promotion foundation et de la National Health foundation, Duantula Press.
- Suwanrada, W.; Kamwachirapithak, A. (2007): *Current Situation Analysis of the Old-Age Allowances System in Thailand*. Rapport de recherche soumis au Thailand Research Fund (Projet n° PDG5030208), août 2007.
- Wasi, P. (2000): «Triangle that Moves the Mountain and Health Systems Reform Movement in Thailand», *Human Resources for Health Development Journal*, vol. 4, n° 2, mai-août 2000.
- Wibulprasert, S. (2008), *Thailand Health Profile 2005-2007*, Ministry of Public Health, Nonthaburi.