
**SYMPOSIUM INTERNATIONAL SUR
LA PROTECTION SOCIALE ET
LA SOLIDARITE DANS LES PAYS
EN VOIE DE DEVELOPPEMENT**

Turin, Italie, du 23 au 25 avril 2003

RAPPORT DE SYNTHESE

**Manuscrit du 171003
Blandine DESTREMAU (CNRS / IEDES)
Alain LETOURMY (CNRS/CERMES)**

**Le programme "protection sociale" du
Centre international de Formation de
l'Organisation internationale du Travail (OIT) de Turin**

Depuis sa création en 1965, le Centre de formation de l'OIT à Turin a pour engagement d'aider les pays dans leurs efforts de développement social et économique, par la formation et l'apprentissage. Il cherche à diffuser les meilleures idées, pratiques et expériences de l'OIT et d'autres organisations concernant les principes et droits fondamentaux au travail, les nouvelles possibilités d'emploi et de revenu pour les femmes et les hommes, la protection sociale pour tous, le tripartisme et le dialogue social, et la gestion du processus de développement.

Le programme "protection sociale" se propose d'atteindre l'objectif de l'OIT d'accroître l'efficacité de la protection sociale pour tous par le renforcement des capacités nationales. Le programme met l'accent sur l'amélioration de la gestion des institutions de la sécurité sociale, l'atténuation de la pauvreté et l'extension de la protection sociale par les organisations communautaires. Il s'occupe également de la conception et la mise en œuvre des systèmes de sécurité et santé au travail. La formation est destinée aux fonctionnaires publics, aux représentants des organisations de travailleurs et d'employeurs, ainsi qu'aux représentants d'organisations de base et d'entreprises privées.

Programme de protection sociale
Centre international de Formation de l'OIT
10, Viale Maestri del Lavoro
10127 Turin, Italie

Tél.: (39) 011 693 6790

E-mail : socpro@itcilo.it

Fax.: (39) 011 693 6548

Internet : www.itcilo.it

**MINISTERE DES AFFAIRES
ETRANGERES**

Direction générale de la Coopération
internationale et du Développement
20 rue Monsieur
75007 Paris

<http://www.diplomatie.gouv.fr>

SOMMAIRE

ABREVIATIONS	v
AVANT PROPOS	vii
RESUME	xi
SYNTHESE	1
Introduction	1
Première partie: la diversité des situations de la protection sociale dans les PED	1
1. Diversité des modes d'accès à la protection sociale	2
2. Diversité des risques sociaux couverts	3
3. Des modes de gestion hétérogènes	5
4. La protection sociale comme produit de l'histoire des PED	6
Deuxième partie: principes et acteurs de la protection sociale	9
1. Les droits à la base de la protection sociale	9
1.1 Protection sociale et assistance	10
1.2 La voie de l'universalité et ses limites.	11
1.3 Vers des formes communautaires de protection sociale ?	14
2. Protection sociale et pauvreté	16
3. La redistribution et les inégalités	19
4. Les acteurs de la protection sociale.	21
4.1 Rôle de l'Etat	22
4.2 La société civile et les groupes qui en sont l'émanation.	24
4.3 La coordination des acteurs.	28
Troisième partie: l'appui au développement de la protection sociale au niveau international	31
1. Le cadre d'intervention de la Banque Mondiale: la gestion du risque social	31

2.	Le BIT et l'extension de la protection sociale dans les PED	33
3.	L'appui du ministère français des Affaires étrangères au développement de la protection sociale dans les PED	37
	Conclusion: vers un renforcement du partenariat MAE / BIT	43
	Références	45
	ANNEXES	47
	Annexe 1: Programme	47
	Annexe 2: Discours d'ouverture	51
	Annexe 3: Contributions	55

ABREVIATIONS

AFD	Agence Française de Développement
ARV	Antirétroviraux
BIT	Bureau international du Travail
BRAC	Bangladesh Rural Advancement Committee
CERMES	Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé et Société
CESAO	Commission Economique et Sociale des Nations Unies pour l'Asie Occidentale
CIF OIT	Centre international de Formation de l'OIT
CIPRES	Conférence interafricaine de la Prévoyance sociale
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
DDCT	Direction du Développement et de la Coopération technique
DGCID	Direction générale de la Coopération internationale et du Développement
EHESS	Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
EPSS	Elargissement de la protection sociale en santé
FCFA	Francs de la Communauté Financière Africaine
FEMCI	Fédération des mutuelles médicales de Côte d'Ivoire
GSK	Fondation GlaxoSmithKline
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (Agence de Coopération technique allemande)
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MAE	Ministère des Affaires étrangères
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non-gouvernementale
OXFAM	Oxford Committee for Famine Relief
PED	Pays en voie de développement
PNB	Produit National Brut

OPS	Organisation panaméricaine de la Santé
RAMUS	Réseau d'Appui aux Mutuelles de Santé
SEWA	Association des travailleuses indépendantes
STEP-BIT	Programme global Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté du BIT
UE	Union Européenne
UEMOA	Union Economique et Monétaire Ouest Africaine
ZSP	Zone de solidarité prioritaire

AVANT PROPOS

Avant propos de la Direction générale de la Coopération internationale et du Développement

Le MAE a organisé, en avril 2003 et en collaboration avec le Bureau International du Travail (BIT), un symposium international destiné à promouvoir l'extension de la protection sociale dans les pays en voie de développement (PED). Ce symposium a eu lieu au centre de formation de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) à Turin et a réuni environ une centaine de personnes, issues de 25 pays. Le symposium avait une double vocation. C'était d'abord un lieu de rassemblement d'acteurs d'expériences diverses issues de contextes géographiques et politiques variés. Il a ainsi fourni l'opportunité de confronter des situations de pays d'Afrique de l'ouest, du Maghreb, du Moyen Orient, d'Afrique australe, de l'Océan Indien, d'Asie et d'Amérique latine, mais sans en tirer de jugement normatif quant aux voies qu'ils avaient suivies en matière de protection sociale. D'autre part, le symposium a été conçu pour lancer un débat sur les principes susceptibles de fonder la protection sociale et sur les démarches permettant d'aider à son extension. A ce titre, la présence d'universitaires, de représentants de gouvernements, d'ONG, de syndicats et d'employeurs était particulièrement intéressante pour envisager que des démarches de nature analytique débouchent sur des approches plus opérationnelles.

Le symposium a été introduit par Mme Mireille Guigaz (directrice de la DGCID) et François Trémeaud (Directeur exécutif du BIT, Directeur du Centre international de Formation de l'OIT), avec des mots de bienvenue de représentantes de la région Piémont et de la ville de Turin. Mme Guigaz a indiqué aux participants les grandes orientations du symposium: la légitimité de la liaison entre développement et protection sociale, la mise en œuvre concrète de la solidarité. Elle a rappelé en même temps que le partenariat privilégié entre la France et le Bureau International du Travail reposait sur des valeurs communes en matière de protection sociale et sur le souci pour le MAE de mobiliser l'expertise du BIT.

Le symposium comprenait trois parties. La première était consacrée, à travers quatre exposés suivis de débats, aux approches, aux valeurs et aux acteurs de la protection sociale. Michel Laroque (IGAS) a analysé les défis de la couverture universelle dans le contexte de la mondialisation, en partant du constat que les droits à la protection sociale sont largement reconnus, mais relèvent en pratique d'une démarche souvent inachevée et évolutive quant à ses objectifs. Bruno Lautier (Université de Paris I) a cherché à définir, à partir d'exemples latino-américains, les conditions de l'efficacité de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté. François Bourguignon (EHESS) a interrogé le lien entre redistribution des ressources et croissance économique, en s'intéressant particulièrement aux programmes de transferts en espèces sous conditions d'affectation à la scolarité et à la santé qui ont connu un certain succès en Amérique latine. Enfin le Dr Jaime Galvez Tan (Université des Philippines) a introduit, à partir de l'expérience de son pays, le thème du partage des rôles entre acteurs étatiques et de la société civile, en insistant à la fois sur l'importance de la décision politique en vue d'établir la couverture



© CIF-OIT/A. Amerio

Symposium international sur la solidarité et la protection sociale dans les pays en voie de développement. Turin, Italie, 23 au 25 avril 2003: Discours d'ouverture de Mme Guigaz (directrice de la DGCID) et M. Trémeaud (Directeur exécutif du BIT, Directeur du CIF-OIT).

universelle et sur la possibilité de confier les fonctions pratiques de gestion à des organismes paritaires.

La deuxième partie était consacrée aux démarches et aux pratiques qui sous-tendent la mise en place et le fonctionnement de la protection sociale; elle était composée de quatre tables rondes.

La première a été centrée sur les positions soutenues au sein des institutions multilatérales afin d'appuyer la protection sociale. Alexander Preker (Département Health, Nutrition and Population, World Bank) a montré le cercle

vicieux créé par la contrainte relative aux coûts de la maladie, qui entrave la croissance économique et le développement de la santé elle-même et il a plaidé pour l'allocation de nouvelles ressources au secteur. Azedine Ouerghi (Programme Social Protection de l'Institut de la Banque mondiale) a présenté le concept de gestion du risque social qui fonde l'intervention de la Banque dans le domaine de la protection sociale comme instrument de lutte contre la pauvreté. Emmanuel Reynaud (Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale du BIT) a indiqué le contenu du nouveau consensus international sur la sécurité sociale, qui rejette notamment l'idée de modèle unique et prône la recherche de solutions adaptées au secteur de l'économie informelle. Il a annoncé le lancement prochain de la campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous, qui va fournir un cadre intégrateur aux activités du BIT dans ce domaine.

La deuxième table ronde a été consacrée aux rôles des organisations de travailleurs et d'employeurs dans la protection sociale, qui ont été présentés par Barry Shipman (représentant des employeurs, Afrique du sud) et Devanand Luchmun (représentant des employeurs, Ile Maurice). La troisième table ronde a donné la parole à quelques opérateurs de terrain, qui représentaient des démarches très variées. Mme Mirai Chatterjee a présenté l'assurance vie et l'assurance maladie mises en place par l'organisation SEWA au profit des femmes travaillant dans le secteur informel en Inde; Carlos Galian a indiqué l'approche d'Oxfam en matière de protection sociale, fondée notamment sur le soutien aux femmes qui travaillent et la promotion de leurs droits au travail; le Dr Jean Michel Lichtenberger a décrit le projet de fonds de solidarité spécifique au VIH/SIDA monté par le bureau d'études Health-Cy pour les mutuelles d'entreprise ivoiriennes.

La dernière table ronde a permis d'apprécier la diversité des réalités régionales avec des études de cas sur la situation des pays du Maghreb (Miloud Kaddar, OMS), la situation et les perspectives au Moyen Orient (Georges Kossaifi, expert auprès des Nations Unies), les mutuelles de santé en Afrique de l'ouest (Alain Letourmy, chercheur au CNRS), l'initiative conjointe de l'OPS et de l'OIT en matière d'extension de la protection sociale

contre la maladie en Amérique latine et dans les Caraïbes (Dr Daniel López Acuña, OPS) et la Concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique (Pascal N'Diaye, coordinateur de la Concertation).

La troisième partie du symposium avait vocation de synthèse. On a cherché à y mettre en évidence des convergences et à définir des stratégies de coopération. Un panel de discussion, animé par Mme Mireille Guigaz, a réuni quatre représentants de pays en voie de développement, qui sont dans des positions professionnelles ou institutionnelles très variées: Mme María Ofelia Alcantara (responsable de Philippine Health Insurance Corporation, Philippines), Yéro De (Ministre de la Fonction Publique, du Travail et de l'Emploi, Sénégal), Mme Ngébou Toukam (Université de Yaoundé, Cameroun), Shaikh Aboud Daiyan (Grameen Kalyan, Bangladesh). La discussion a été lancée par quatre questions: quels modèles peut-on imaginer pour la protection sociale? Quelle(s) stratégie(s) peut-on proposer pour orienter son développement? Qu'est-ce qui est vraiment fait pour les femmes en matière de protection sociale? Quels sont les traits positifs et négatifs du secteur informel à prendre en compte en vue de l'extension de la protection sociale?

La dernière session du symposium a commencé par une synthèse des travaux, qui a été présentée par deux chercheurs du CNRS (Mme Blandine Destremau et Alain Letourmy). Enfin, le bilan du symposium a été tiré par Serge Tomasi (sous-directeur à la DGCID) et Assane Diop (directeur exécutif, Secteur de la Protection sociale, BIT). La poursuite de l'engagement de la Coopération française en faveur de l'extension de la protection sociale et le renforcement du partenariat de la France avec le BIT ont été annoncés. En particulier il est prévu d'organiser un groupe de travail régulier réunissant des représentants du MAE et du BIT, afin de programmer une série d'opérations d'intérêt commun dans le domaine de la protection sociale.

RESUME

Quelques idées issues des présentations et des débats

Les diverses interventions ont permis d'établir plusieurs constats sur la situation actuelle de la protection sociale dans les PVD et de montrer l'intérêt de promouvoir son extension. En même temps, les débats du symposium ont mis en évidence les écueils à éviter en avançant dans cette voie et quelques-unes des conditions requises pour atteindre l'objectif visé. Parmi les points discutés pendant les trois jours, on retiendra les idées suivantes. Elles seront développées dans les actes du symposium.

Un premier constat est relatif à la diversité de la situation actuelle des pays et des régions au regard de la protection sociale.

On peut distinguer trois grands ensembles de pays. Le premier est composé de pays dotés de systèmes de protection à tendance universaliste, instaurés très tôt (comme par exemple en Amérique latine) et associant éventuellement des formes hybrides, fondées sur le salariat formel et financées par le budget de l'Etat. On y constate néanmoins un blocage de la progression de l'extension de la couverture, voire une régression, qui aboutit à l'exclusion d'une proportion significative de la population active, désignée par le vocable d'informelle. Parallèlement, les prestations fournies par l'Etat tendent à se dégrader et à se rétracter sur l'assistance à une population indigente en forte progression.

Le deuxième ensemble est celui de pays marqués par des régimes socialistes centralisés où la protection sociale était pratiquement consubstantielle à l'appartenance nationale et au statut de travailleur. Mais, l'ouverture à l'économie de marché a entraîné la mutation de la gestion solidaire des risques. On y constate une forte dégradation des systèmes de protection sociale, une réduction forte des prestations et un recul des services publics.

Un troisième ensemble est composé de la majorité des pays en développement les plus pauvres : l'Afrique subsaharienne, une partie importante des pays du monde arabe et d'Asie. On y trouve le modèle d'affiliation à des régimes de sécurité sociale mis en place pendant la colonisation, pour les salariés de la fonction publique et à ceux des entreprises appartenant à l'Etat. Mais ce système est sans visée universaliste et engendre de fait une dualité: une petite partie seulement des travailleurs est couverte, alors que les travailleurs du secteur de l'économie informelle et de l'agriculture n'ont aucune protection.

En même temps que l'on constate la faiblesse de la couverture, on observe que la diversité des systèmes de protection sociale reflète celle des trajectoires historiques des pays en développement. Cela suggère une démarche d'extension adaptée à chaque contexte, plutôt que la référence à un modèle unique, au demeurant difficile à identifier à partir de la situation des pays développés, qui représentent autant de singularités.

Il y a consensus pour reconnaître que la protection sociale est un outil de lutte contre la vulnérabilité et la pauvreté et qu'elle doit se différencier de l'assistance.

Le constat de l'échec des politiques de lutte contre la pauvreté menées dans les années 1990 a conduit les organisations internationales et les gouvernements nationaux à penser la question de la réduction de la pauvreté en termes de prévention, de lutte contre la vulnérabilité et de protection sociale.

La protection sociale répond en particulier à l'incapacité temporaire ou permanente de se procurer des revenus. On peut distinguer plusieurs façons de faire face à cette situation: l'assistance, privée ou publique ; la prévoyance qui renvoie plutôt à des dispositifs de précaution individuels ; les mécanismes de solidarité mis en œuvre par la famille, la communauté ou par des formes d'organisation sociale de type mutualiste.

L'assurance sociale se distingue de l'assistance par le droit automatique et incontestable que confère la contribution. L'idée occidentale de progrès social est associée à la régression de l'assistance au profit de l'assurance. La notion de droit – moral et social – inscrite dans la sphère publique différencie la protection sociale des solidarités familiale ou communautaire et des formes de dépendance qu'elles véhiculent fréquemment.

La protection sociale se différencie également de l'assistance en ce qu'elle est porteuse d'équité. Cet objectif est difficile à atteindre dans les PED, où la population dite indigente est conséquente. Il faut alors combiner mécanismes contributifs et non contributifs et, ce faisant, la légitimité des contributions obligatoires n'est pas forcément acquise. Les catégories plus aisées acceptent le principe de solidarité d'autant plus facilement qu'elles ont la possibilité de payer pour une couverture élargie. Ainsi la protection sociale va constituer un outil de lutte contre la pauvreté d'autant plus équitable qu'elle aura une vocation universaliste, en laissant par exemple à des groupes particuliers la possibilité d'instauration de mécanismes de type mutualiste.

Viser l'universalité pose un défi important dans les pays pauvres et les voies suivies par les pays industrialisés semblent difficiles à emprunter.

Pour être un instrument de cohésion sociale et de lutte contre la pauvreté, la protection sociale doit tendre à l'universalité au niveau national. Mais dans la plupart des pays en développement, l'extension du salariat ne peut constituer le moteur du développement de systèmes universalistes. La dérégulation du travail et le développement du secteur informel, corrélés à la recherche d'économies sur le coût du travail, en vue d'une meilleure compétitivité, se traduisent par le non-paiement de cotisations sociales. Les femmes sont les plus touchées et les plus vulnérables. On se trouve ici dans un cercle vicieux : l'économie informelle trouve une de ses sources dans l'exclusion de la protection sociale, elle est le plus souvent subie par les travailleurs et ampute les recettes des régimes. En outre, le faible niveau des salaires et la prégnance d'inégalités au sein de la population salariée rendent difficiles l'instauration et l'équilibre de régimes contributifs fondés uniquement sur le revenu du travail. Enfin la faiblesse des ressources se traduit par une mauvaise qualité des services offerts – notamment de santé – ce qui n'incite pas à s'acquitter de cotisations volontaires ou obligatoires.

Découpler salariat et protection sociale apparaît donc comme la seule voie possible pour étendre la couverture aux travailleurs dits informels, qu'il s'agisse de salariés non couverts, ou de personnes engagées dans d'autres formes de travail –indépendant, familial, domestique, etc. C'est le rôle qu'ont voulu assumer les Etats qui ont bâti des systèmes de protection sociale financés par le budget public. Mais une conjoncture politique favorable est nécessaire pour que les Etats parviennent à instaurer ainsi des dispositifs à visée universaliste– services sociaux, et notamment de santé, mais aussi revenus de remplacement tels que retraites, assurances maladie et chômage - accompagnés éventuellement de transferts ciblés.

Percevoir impôts et cotisations, faire respecter les règles du droit social, faire fonctionner et protéger des systèmes obligatoires et universalistes requiert donc à la fois une capacité politique et une compétence administrative, que n'ont pas encore de nombreux pays pauvres. Il faut ajouter que les processus d'ajustement structurel, en faisant pression pour des réductions budgétaires sans déployer de semblables efforts pour l'accroissement des recettes, jouent contre l'instauration de systèmes gérés par la puissance publique.

Un double défi est posé d'une part par les limites des dispositifs fondés sur une contribution salariale à intégrer les travailleurs informels et d'autre part par la faible capacité politique, financière et institutionnelle des Etats dans les pays pauvres. Il mène la plupart des bailleurs de fonds, des ONG et des gouvernements soucieux d'étendre la protection sociale à des groupes non protégés et vulnérables, à soutenir la diversification des types de dispositifs et des acteurs, notamment par le développement de dispositifs parallèles – privés ou « communautaires ». Ce sont eux également qui sont appelés à prendre le relais, voire à se substituer, aux systèmes publics défaillants ou en phase de restrictions budgétaire. De fait, dans tous les continents sont soutenus, voire créés de toutes pièces, mutuelles, micro-assurances, tontines, groupes de caution solidaire et autres dispositifs d'entraide.

Promouvoir la diversification des dispositifs et des acteurs comporte un risque de fragmentation et de creusement des inégalité.

Plusieurs présentations ou interventions ont été consacrées à la promotion et la situation de dispositifs décentralisés à base ou cible communautaire. En particulier la micro-assurance et les mutuelles de santé ont été mises en avant, comme dispositifs de mobilisation efficiente du financement privé de soins et comme moyen d'impliquer la société civile dans la gestion et la gouvernance de la protection sociale, face à une administration publique inefficace et faiblement pourvue en ressources. matérielles et humaines.

Il reste que la durabilité et l'efficacité des dispositifs de type « communautaire » ou alternatifs ont des limites. Le principe de contribution volontaire à des régimes d'assurance tend à cloisonner les dispositifs à des groupes de niveaux de vie similaire (sélection adverse), phénomène renforcé par leur petite taille. Sans contribution des employeurs ou de l'Etat, la redistribution entre catégories ou entre couches de revenus est faible ou nulle. Ces dispositifs sont d'autant plus limités financièrement que leurs

cotisants sont pauvres ; les seules contributions de leurs membres ne peuvent couvrir qu'une partie des risques et la faiblesse des prestations décourage l'affiliation.

La diversité des statuts et des droits associés aux formes de protection engendre ou entretient des inégalités et provoque la fragmentation des dispositifs. Certains seraient assurés en vertu de leur statut d'employés de l'Etat ou de grandes entreprises, alors que d'autres seraient affiliés à des mutuelles ou à des réseaux de solidarité informelle du fait de leur appartenance communautaire ou localisée. Les ménages percevant des revenus réguliers et suffisamment élevés cotiseraient à des plans d'assurance privée, quand les indigents, les handicapés et autres inemployables devraient à leur état de bénéficier de l'assistance d'Etat ou privée. Selon la vision du « social risk management » proposée par la Banque Mondiale, l'universalité pourrait être atteinte par la juxtaposition de dispositifs ciblés divers. Le système obtenu ne garantit ni l'égalité de droits ni celle des prestations, mais la concurrence entre dispositifs est théoriquement porteuse d'efficacité. Outre ses interventions sur le plan macro-économique, l'Etat n'est appelé à ne remplir a minima que la fonction de dernier recours pour les personnes incapables de trouver sur le marché les moyens de lutter contre leur vulnérabilité.

Pour le BIT, le développement de dispositifs décentralisés issus d'initiatives locales constitue une phase intermédiaire dans la concrétisation d'ambitions universalistes et dans l'instauration d'une culture de la protection sociale. Préconiser la mise en œuvre de liens et de partenariats entre les systèmes décentralisés permettrait un renforcement de leurs capacités de négociation avec les pouvoirs publics et les fournisseurs de services, un meilleur partage du savoir et une garantie de viabilité financière. Les systèmes de mutuelles sous la tutelle de l'Etat ou la possibilité d'affiliation volontaire à des dispositifs statutaires prépareraient l'uniformisation de la couverture sous contrôle public. Mais in fine, l'universalité ne peut être engendrée par la simple juxtaposition de dispositifs circonscrits, elle dépend nécessairement d'une décision politique, qui détermine un changement de nature de la protection sociale.

L'Etat est un acteur indispensable de systèmes universalistes et équitables de protection sociale : il est le garant du droit et de la solidarité.

Si la protection sociale n'est pas appelée à constituer un privilège pour les nantis ou une faveur pour les plus démunis, mais un droit pour l'ensemble des citoyens ou des résidents, comment garantir ce droit, en contrôler l'effectivité et instaurer les devoirs contributifs correspondants?

La protection sociale a une fonction collective : en évitant que des inégalités trop profondes ne se creusent, en devenant un vecteur de la solidarité nationale, elle est un facteur de cohésion sociale. Poser ainsi la protection sociale en appelle nécessairement au rôle de l'Etat, qui ne saurait se limiter à celui d'un financeur : seul l'Etat peut être garant de ce droit comme droit social, même s'il n'est pas nécessairement à même de garantir la probité des comptes, dont la gestion peut être confiée à des organismes paritaires. Seul l'Etat est à même d'imposer, et de légitimer la redistribution inhérente à tout système universaliste.

La protection sociale n'est pas qu'un coût ou une contrainte: elle est efficace sur le plan économique, et sur le plan politique. L'établissement d'une couverture publique constitue un des vecteurs d'affirmation du pouvoir de l'Etat et de sa volonté de modernisation et de développement, face aux logiques fragmentaires des dispositifs corporatistes ou communautaires. Fort de la légitimité de son intervention en faveur du passage de systèmes volontaires à l'affiliation obligatoire l'Etat peut utiliser la protection sociale comme instrument de politique publique : pour soutenir ou freiner la natalité, favoriser le travail des femmes, promouvoir l'instruction et supprimer le travail des enfants, améliorer la santé et l'hygiène publiques, etc.

Il reste que le plaidoyer relatif à l'intervention et à l'engagement de l'Etat résulte d'une analyse largement inspirée par l'histoire des pays industrialisés et qu'il est parfois difficile dans les PED de donner à l'Etat un rôle aussi important. Dans de nombreux domaines, la jeunesse des institutions oblige à concevoir l'action publique de façon modeste et pragmatique. L'extension de la protection sociale doit s'adapter à cette réalité.

Il demeure aussi que concevoir uniquement au niveau national l'échelle de l'universalité de la protection sociale ne saurait suffire : non seulement se pose le problème de l'exclusion fréquentes des migrants, clandestins, apatrides et réfugiés, mais la protection sociale doit aussi être affirmée comme un principe universaliste au niveau international. Le rôle des organisations internationales est fondamental à cet égard.

SYNTHESE

Introduction

L'objectif général du symposium était d'ouvrir un débat sur la protection sociale dans les PED et sur les moyens nécessaires pour favoriser son extension. Il s'agissait de susciter une réflexion sur les configurations que la protection sociale peut recevoir dans ces pays, sans privilégier un quelconque modèle, mais en cherchant à apprécier leurs avantages respectifs et leurs conditions d'application dans les différents contextes nationaux. A cet effet, le symposium s'attachait d'une part à préciser les concepts et les approches qui peuvent être utilisés pour étendre la protection sociale, en interrogeant notamment leur pertinence en termes de coopération ; d'autre part à trouver des points communs dans les stratégies d'appui des divers partenaires et à favoriser la coordination des acteurs locaux et extérieurs.



© OIT/M. Crozet

Femme entrepreneur handicapée: petite commerçante, région de Tigray, Ethiopie.

Les exposés et les débats ont permis à la fois un échange d'expériences et une recherche de solutions concrètes en vue de stimuler la réalisation d'une couverture sociale aussi complète que possible. Le présent document comprend trois parties dont les deux premières¹ visent à rendre compte des divers aspects du symposium. La première traitera de la diversité des situations de la protection sociale dans les PED, telle qu'elle est apparue en fonction des présentations et des réactions des participants. La deuxième s'attachera à dégager les leçons du symposium en fonction de la thématique qui avait été proposée par les organisateurs. La troisième partie se veut une contribution à la construction d'une coopération en matière de promotion et de développement de la protection sociale. Elle explicite brièvement la position de la Banque mondiale, du BIT et de la coopération française, représentés au symposium de Turin.

Première partie: la diversité des situations de la protection sociale dans les PED

Le symposium voulait faire apparaître la diversité des situations de la protection sociale dans les PED. Il a permis de mieux la caractériser. Cela correspondait évidemment à la volonté des organisateurs qui ont visé une représentation assez équilibrée des régions du monde. Ainsi les exposés ou les interventions ont permis d'aborder les contextes très

¹ Les deux premières parties intègrent des extraits ou citations des textes présentés pendant le symposium de Turin, en avril 2003. Une sélection de textes en langue originale est proposée en annexe 3.

variés de pays d'Amérique latine, d'Afrique du nord, d'Afrique subsaharienne, d'Afrique australe, du Moyen-Orient et d'Asie. La diversité régionale de la protection sociale correspond à des niveaux de développement différents, mais aussi à des trajectoires historiques et à des formes variées de régulation de l'économie et du social par le politique. Elle résulte aussi de la variabilité des conceptions des systèmes, qui s'observe en termes de définition des personnes protégées, de risques couverts et d'organisation de la gestion.

1. Diversité des modes d'accès à la protection sociale

La définition de la population protégée pose la question des fondements des droits des personnes à bénéficier de la protection sociale. Dans les PED, on note que ces droits renvoient aux deux modes classiques qui ont servi de base aux systèmes des pays développés et très souvent à une combinaison des deux. On observe des systèmes d'inspiration bismarckienne, fondés sur le salariat - ou plus généralement le statut professionnel des personnes - et acquis par le prélèvement de cotisations sociales. On a aussi des systèmes d'inspiration beveridgienne, fondés sur la résidence dans le pays et dont les prestations sont garanties, à un niveau minimum, par un financement tiré par l'impôt. Enfin, de nombreux pays relèvent de formes hybrides selon lesquelles certains groupes- en particulier les salariés du secteur privé de l'économie formelle- relèvent d'une assurance sociale spécifique alors que d'autres relèvent d'un dispositif de couverture publique alimenté par le budget de l'État – par exemple les fonctionnaires ou bien les personnes plus démunies. Une autre forme d'hybridation consiste à servir à une même personne, ou un même ménage, des prestations d'assistance liées à l'emploi et des allocations financées par l'Etat.

Dans les pays industrialisés, deux approches dominant, en matière de régimes de base de sécurité sociale, avant de tendre plus ou moins à converger:

- l'approche bismarckienne d'assurances sociales pour les travailleurs assurant la sécurité du niveau de vie et la prise en charge financière des soins dans le cadre de caisses de protection sociale à la gestion desquelles participent les partenaires sociaux et auxquelles cotisent employeurs et travailleurs,
- l'approche beveridgienne d'une protection universelle contre la pauvreté et contre la maladie, financée essentiellement par l'impôt et gérée par l'Etat.

La convergence est illustrée, entre autres, par l'approche française. Celle-ci s'inscrit, dans la perspective bismarckienne, d'un système autonome décentralisé, financé par des cotisations sociales. Elle y ajoute, dans une logique beveridgienne, des volets de minima sociaux, notamment un revenu minimum d'insertion, et une couverture financière de l'assurance maladie complémentaire pour les plus défavorisés, appuyés sur un financement fiscal².

2 *Source: intervention de Michel Laroque, Inspecteur général des affaires sociales, ancien Directeur adjoint de la sécurité sociale au Ministère des affaires sociales et de la santé et Professeur associé à l'Université de Paris I Panthéon-Sorbonne, rapporteur de la Commission de la sécurité sociale à la 89^{ème} session de la Conférence Internationale du Travail (juin 2001).*

Cette diversité ne saurait toutefois masquer le trait prépondérant de la protection sociale dans les PED: le fait que la large majorité des populations en est exclue.

Comme l'indiquent les travaux du BIT, plus de la moitié de la population mondiale ne dispose d'aucune protection sociale. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, seulement 5% à 10% de la population est couverte par un régime légal de sécurité sociale. Dans le reste de l'Asie et en Amérique latine, les taux de protection sociale varient de 10% à 90%. Dans la plupart des pays industrialisés, il arrive que certaines branches ou catégories de la population ne soient pas couvertes. Dans les pays en transition, notamment les pays d'Europe centrale et orientale, le taux de protection sociale a eu tendance à décliner³.

2. Diversité des risques sociaux couverts

Les risques couverts par la protection sociale ne constituent pas non plus un ensemble identique d'un pays à l'autre. D'une manière générale, les pays ne réalisent pas l'objectif défini par l'Organisation Internationale du Travail (OIT) en 1952 avec la Convention 102. La Convention délimite en quelque sorte le champ d'intervention minimum à atteindre. Elle propose à tous les Etats d'étendre le dispositif

existant actuellement dans leur pays pour couvrir 9 risques sociaux majeurs: chômage, maladie, accidents du travail, maladies professionnelles, vieillesse, invalidité, décès, maternité et famille. Il s'agit en général de fournir un revenu de remplacement en cas de réalisation des divers types de risques.

D'une façon générale, les pays en développement se situent en deçà de cette norme. Ils privilégient le plus souvent la distribution d'allocations monétaires d'urgence pour les plus pauvres, prévoient la prise en charge des frais de maternité, voire de santé pour une population aussi large que possible et réservent aux salariés du secteur de l'économie formelle des prestations relatives aux maladies professionnelles, aux accidents du travail, à ceux-ci et aux fonctionnaires un système de pensions (par exemple en Afrique de l'ouest). Mais cette restriction fréquente du champ d'intervention de la protection sociale- qui ne signifie d'ailleurs pas que les prestations retenues sont de bonne qualité ou les versements de niveau significatif - n'empêche pas certains pays et organisations de développer une conception beaucoup plus extensive qui inclut l'éducation primaire dans la protection sociale ou qui intègre la couverture de certains risques (maladie, maternité) dans le développement local (notamment au Bangladesh).



Symposium international sur la solidarité et la protection social dans les pays en voie de développement. Turin, Italie, 23 au 25 avril 2003.

© CIF-OIT/A. Américo

3 Source: intervention de Michel Laroque.

Les stratégies de protection sociale visant à supprimer l'exclusion dans le domaine de la santé, sont des interventions publiques conçues pour garantir aux citoyens l'accès à des soins corrects et efficaces ainsi que pour réduire l'impact économique et social négatif des situations individuelles défavorables (par exemple, maladie ou chômage) ou des événements généraux (par exemple, les catastrophes naturelles) sur la population ou sur les groupes sociaux les plus vulnérables. Dans ce contexte, la protection sociale en matière de santé peut être considérée comme la garantie, offerte par la société au travers des autorités publiques, que les individus, ou les groupes d'individus, peuvent trouver une réponse à leurs attentes et à leurs besoins en matière de santé, au travers d'un accès adéquat aux services du système ou des sous-systèmes sanitaires existant à l'échelon national, et ce quelles que soient leurs possibilités économiques.

Les groupes sociaux qui ne peuvent pas bénéficier de cette garantie constituent "les exclus" de l'accès aux soins.

L'EPSS⁴ prend en compte un groupe de mécanismes conçus pour garantir l'accès de la population à la protection et aux soins de santé, à travers l'affectation de ressources d'origines différentes, qui viennent s'ajouter aux mesures prises directement par l'Etat pour garantir l'accès aux soins de santé par le biais de la prestation de services publics. Par conséquent, la protection sociale est considérée comme la garantie, offerte par l'Etat, d'un droit que les citoyens peuvent exercer, et non pas comme un type de prestation sociale qui peut être accordé au gré des autorités.

Dans la pratique, trois conditions doivent être réunies pour que l'ESPH agisse effectivement comme une garantie: *l'accès aux services(...); la sécurité financière de la famille (...)* et *la dignité du malade(...)*.

Ces trois conditions doivent être satisfaites et l'absence d'une ou de plusieurs d'entre elles entraîne des formes d'exclusion dans le domaine de la santé.

La pauvreté est l'un des principaux facteurs d'exclusion dans le domaine de la santé⁵.

3. Des modes de gestion hétérogènes

L'organisation de la gestion de la protection sociale dans les PED relève aussi de modèles assez disparates. Les dispositifs traditionnellement associés aux États providence des pays développés sont présents là où la mise en place des systèmes de protection sociale s'est inspirée de ces configurations. On a alors des caisses de Sécurité sociale gérées soit à parité par des représentants des employeurs et des employés, soit par des administrations publiques, soit par des instances mixtes. Mais on trouve aussi toute une série de dispositifs décentralisés à gestion plus ou moins participative, qui correspondent à une couverture mise en place en réaction aux défaillances des États. Certains de ces dispositifs, comme les mutuelles en Afrique de l'ouest font penser à l'organisation qui a été à la base de la Sécurité sociale dans les pays du nord et prônent une association forte

4 *L'élargissement de la protection sociale en santé (une initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la santé et de l'Organisation internationale du travail).*

5 *Source: communication de Mr López Acuña, OPS. Se référer au site <http://www.paho.org/>.*

des communautés à la gestion. D'autres s'appuient effectivement sur les communautés, mais en tentant de reproduire en les formalisant des entités et mécanismes solidaires propres aux pays ou de se greffer sur eux (tontines, institutions de micro-crédit). D'autres enfin utilisent des ONG, des syndicats ou des organisations de développement pour proposer des produits accessibles aux groupes de l'économie informelle (BRAC, Grameen Kalyan, SEWA).



© OIT/P. Deloche

Dakar: infirmière dans le service de réanimation de l'hôpital Le Dantec.

SEWA est un syndicat qui réunit 680 000 travailleuses de l'économie informelle en Inde. Fondé en 1972 par un organisateur et avocat des travailleurs, Ela Bhatt, à Ahmedabad, dans le Gujarat, ce syndicat compte 535 000 membres dans cet Etat. Les membres de SEWA regroupent des travailleurs manuels et prestataires de services (ouvriers de chantier, travailleurs agricoles, débardeurs, etc.), des marchands ambulants, des travailleurs à domicile dans l'habillement et la broderie, et des petits producteurs (...).

«Ayant observé directement l'effet des crises fréquentes sur la vie des femmes, nous avons compris qu'une assurance peut fournir une protection fondamentale contre les multiples risques qui menacent chaque jour les travailleuses. Ainsi SEWA a conçu, avec l'appui de la Banque SEWA, un programme d'assurance. Initialement, SEWA était liée aux compagnies publiques d'assurance. Désormais, nous assurons nos membres auprès d'assurances publiques et privées. Nous prenons en charge également les frais de maternité».

Aujourd'hui, SEWA compte 101 926 assurés – femmes, hommes et enfants. Les femmes sont les titulaires des cartes d'adhésion couvrant également leurs familles (assurance-vie, accident, maladie, perte de gain). Notre expérience de dix ans en couvrant les femmes, nous a appris que l'assurance pour les pauvres peut être viable et contribuer, grâce à la participation de l'Etat, des employeurs et des travailleurs, à la constitution d'un fonds commun de solidarité. La couverture par l'assurance devrait s'étendre à un plus grand nombre possible de risques. Par ailleurs, si les services sont gérés par les femmes de manière efficace, la demande augmente. En outre, il faut faire comprendre aux travailleurs les avantages de l'assurance et de la réduction des risques. Les stratégies de prévention des risques, comme d'ailleurs les programmes de soins de santé mettant l'accent sur l'éducation en la matière, réduisent la vulnérabilité des femmes et renforcent la viabilité de l'assurance; surtout, une organisation attirant de nombreuses adhésions, favorise le développement de la micro-assurance.

Bien que l'extension de l'assurance aux pauvres soit possible et souhaitable, elle doit faire face à des défis considérables. L'importance d'une adhésion forte et croissante, ainsi que le maintien des membres déjà associés, ne sauraient être surestimés; pour cela, il faut veiller à fournir des services appropriés, rapides et à un coût raisonnable. Le renforcement des compétences des travailleurs et de l'équipe qui gère l'assurance est tout aussi important. Enfin, il est indispensable qu'un cadre juridique soit établi, permettant de créer et de développer l'organisation de l'assurance des travailleurs, c'est-à-dire une solution populaire en matière de sécurité sociale en partenariat avec l'État et le secteur privé, de telle sorte que les pauvres puissent administrer eux-mêmes leur propre sécurité⁶.

4. La protection sociale comme produit de l'histoire des PED

Finalement, il semble que la manière la plus synthétique de rendre compte de la diversité de la protection sociale dans les PED est de considérer qu'elle reflète celle des trajectoires historiques des pays en développement. Ces trajectoires illustrent bien les processus variés de construction des systèmes: processus de sédimentation qui voient se superposer des modèles bismarckiens ou beveridgiens et des dispositifs plus récents, montés dans une perspective plus pragmatique; processus de différenciation, qui établissent des distinctions entre groupes fondées sur le genre, sur l'habitat (rural et urbain) ou sur le secteur d'activité (économie formelle et économie informelle). On peut ainsi distinguer trois grands ensembles.

Le premier est composé de pays dotés de systèmes de protection ayant à l'origine une vocation universaliste. L'Amérique latine se distingue par le fait que de tels systèmes y ont été instaurés très tôt, parfois même avant l'Europe occidentale, en instituant d'emblée des formes hybrides, fondées sur le salariat formel et financées par le budget de l'État. On y constate néanmoins un blocage de la progression de l'extension de la couverture, voire une régression, qui aboutit à l'exclusion d'une proportion significative de la population active, désignée par le vocable d'informelle.

Concernant les causes de la non-mise en œuvre et de la disparition du principe mutualiste dans la protection sociale en Amérique latine, est réfuté l'argument classique selon lequel cette non-mise en œuvre est essentiellement due au développement de «l'informalité» (l'emploi indépendant ou de l'emploi dans des micro-entreprises). Cet argument a deux aspects; le premier est «technique»: sous-équipement de l'administration, difficulté à repérer et poursuivre les non-payeurs; mais le problème technique a toujours trouvé des solutions techniques quand une volonté politique a existé. Le deuxième aspect est politique et idéologique: il est très difficile d'imposer à des indépendants et petits patrons à bas revenus le paiement de taxes et cotisations dont ils ne voient pas quel avantage ils en retireraient. Mais alors il ne s'agit pas d'un refus a priori de la protection sociale, mais du refus d'un système qui serait perçu par les «informels» comme contre-redistributeur.

6 Source: communication de Mirai Chatterjee, SEWA.

Les causes principales de la non-généralisation du principe mutualiste sont les trois suivantes:

- 1) l'importante et croissante hiérarchie des salaires. Cette hiérarchie (outre ses effets sur la demande interne) a pour conséquence de rendre quasi-nulle la capacité contributive des salariés proches du salaire minimum, et surtout de pousser les couches élevées du salariat vers des systèmes de protection à «mutualisme restreint», généralement privés, tant les effets redistributeurs du mutualisme généralisé apparaissent en leur défaveur. (...)
- 2) la redistribution très inégale des gains de productivité. L'affectation des gains de productivité au financement de la protection sociale a toujours été purement résiduelle en Amérique latine, contrairement à l'Europe. Quand ces gains ont été forts, partout, ils ont certes été affectés à la protection sociale, mais d'une façon très précaire et réversible, du fait de la non-séparation du budget de l'Etat et du budget social. D'autre part, de nombreuses prestations et cotisations ne sont pas proportionnées à la totalité du salaire, mais au salaire minimum. Le fait d'utiliser la manipulation monétaire pour réduire le salaire minimum –qui est très imparfaitement indexé sur l'inflation- a souvent comme conséquence une baisse des cotisations et des prestations sociales de base.(...)
- 3) Le fait que l'extension du salariat se soit faite sans extension proportionnelle de la base contributive. Plus que la croissance du «secteur informel», au sens classique, les années 1990 ont été marquées par «l'informalisation du salariat». Celle-ci s'est accompagnée (contrairement au cas européen) de la «déconnexion» entre croissance du salariat et croissance des contributions sociales, qui est le phénomène majeur de la phase récente de précarisation/flexibilisation. L'informalisation du salariat n'est pas seulement une réaction «technique» à des chocs conjoncturels ou des phases brutales d'ajustement, mais une tendance longue et lourde. La plus immédiate des conséquences de cette «informalisation du formel» est une conséquence financière. Cette conséquence financière devrait a priori être faible: les travailleurs salariés «informalisés», certes, ne cotisent pas (ou plutôt: leurs employeurs ne cotisent pas, ne paient pas la part socialisée du salaire); mais ils ne touchent pas non plus de prestations. Mais cette neutralité financière est en partie illusoire: malgré la faible qualité des soins des régimes de santé de base, malgré le faible niveau des retraites de base, les salariés «informalisés» y ont accès. L'informalisation du formel produit alors un report (même à coût moindre) du système mutualiste de protection vers le budget général de l'Etat, et contribue à sa crise financière⁷.

Le non respect par les entreprises ou par les Etats de leurs engagements financiers relatifs à la protection sociale (non paiement de cotisations, versement irrégulier de pensions, etc.) affaiblit les caractéristiques de l'économie formelle. L'informalité, qui se définit notamment comme l'exclusion de la protection sociale et la non contribution à son financement, est le plus souvent subie par les travailleurs et ampute les recettes des

7 Source: communication de Bruno Lautier, Professeur de sociologie à L'université Paris I.



Femme entrepreneur handicapée: marchande atteinte de la lèpre avec ses enfants.

dispositifs. Parallèlement, les prestations fournies par l'Etat tendent à se dégrader et à se rétracter sur l'assistance à une population indigente en forte progression. Dans cet ensemble se trouvent aussi des pays qui ont plus récemment mis en place des systèmes de protection sociale à tendance universaliste, mais limitée au secteur salarié.

Le deuxième ensemble est formé par des pays marqués par une forte centralisation étatique⁸. C'est le cas des régimes socialistes ou émergeant du socialisme. La protection sociale y était pratiquement consubstantielle à l'appartenance nationale et au statut de travailleur. Mais l'ouverture à l'économie de marché a généré des inégalités économiques et entraîné la mutation de la gestion solidaire des risques. On y constate une forte dégradation des systèmes de protection sociale, une réduction nette des prestations et un recul des services publics. Avec certaines réserves, on peut aussi placer dans cette catégorie les pays pétroliers du Golfe, dans lesquels la protection étatique s'étend à l'ensemble des personnes reconnues comme citoyennes, mais exclut généralement les salariés non citoyens, tout comme des effectifs parfois importants de population sans statut défini (apatrides, réfugiés...).

Le troisième ensemble est composé de la majorité des pays en développement les plus pauvres: l'Afrique subsaharienne, une partie importante des pays du monde arabe et d'Asie. Le modèle d'affiliation à des régimes de sécurité sociale mis en place pendant la colonisation continue souvent à prévaloir, mais est généralement réservé aux salariés de la fonction publique et à ceux des entreprises appartenant à l'Etat. Ce système est sans visée universaliste et engendre de fait une dualité: une petite partie seulement des travailleurs est couverte - 10% en Inde, à titre d'exemple - alors que les travailleurs de l'économie informelle et de l'agriculture n'ont aucune protection. C'est la situation de nombreux cas présentés pendant ce colloque: la protection sociale y est hors de portée de la majorité de la population.

⁸ Les communications du symposium n'ont traité d'aucun pays relevant de cette catégorie, néanmoins importante à mentionner.

Pour George Kossaifi, à propos des pays de l'Asie Occidentale, "L'on estime que ceux qui bénéficient d'une protection sociale complète sont les employés du secteur public, le personnel militaire, ainsi que les employés du secteur structuré privé, et notamment des entreprises ayant au moins cinq travailleurs. Le pourcentage du personnel du secteur public (civil et militaire) par rapport à l'ensemble des travailleurs varie de 15 pour cent au Liban à 29 pour cent en Égypte.

Parmi les travailleurs du secteur privé, il faut distinguer entre ceux qui travaillent dans le secteur moderne structuré, et bénéficient des divers régimes de sécurité sociale, et ceux qui travaillent dans le secteur informel et sont exclus des prestations. «L'on estime que le secteur informel absorbe 30 à 35% de la main d'oeuvre urbaine en Égypte, 33% en Jordanie, 44% en République arabe syrienne, et 35 à 45% au Yémen». (CESAO 2001, page 28)⁹

Selon la typologie présentée ci-dessus, les différences de régime observables ne s'expriment pas seulement par une couverture disparate ou par des exclusions. Elles sont aussi associées à des attitudes particulières à l'égard du Droit et des droits, à des représentations du travail, à des attentes envers l'Etat, à des cultures institutionnelles.

Deuxième partie: principes et acteurs de la protection sociale

Quatre grands thèmes avaient été proposés aux participants et ont donné lieu à des présentations destinées à lancer les débats: la protection sociale, outil de la lutte contre la pauvreté, les voies de l'universalité, promouvoir l'efficacité économique et l'équité par la protection sociale et une maîtrise d'œuvre diversifiée dans les PED.

A l'issue des trois journées de travail en commun, il est apparu nécessaire de reformuler certains de ces thèmes, qui constituent la trame de la présente section: les droits sous-jacents à la protection sociale; l'apport de la protection sociale en matière de lutte contre la pauvreté; la redistribution et le traitement des inégalités sociales; les acteurs de la protection sociale. Ces thèmes sont évidemment interdépendants et doivent être considérés plutôt comme des modes d'entrée spécifiques à la problématique de la protection sociale.

1. Les droits à la base de la protection sociale

Là où les Etats veulent mettre en œuvre l'extension de la protection sociale, la question des droits entraîne de nombreuses tensions. Un premier aspect de cette question est que la reconnaissance de droits des personnes face aux risques sociaux, assortie d'une contrepartie, marque la différence fondamentale entre protection sociale et assistance. Il conduit à recommander la voie de l'universalité, donc de droits équivalents pour tous ceux qui résident dans le pays. Malheureusement, on doit constater que les PED n'ont pas la possibilité à court terme de fonder ces droits sur le travail exercé par les personnes. Ils doivent alors mettre en œuvre d'autres approches.

9 Source: communication de George Kossaifi, consultant.

Des politiques sociales efficaces pour lutter contre la pauvreté ne peuvent se limiter à ce qui est actuellement dénommé «politiques de lutte contre la pauvreté». Celles-ci peuvent en effet être définies comme des politiques de compensation partielle de l'échec des politiques sociales; faute de s'attaquer aux causes sociales de la pauvreté, elles en reproduisent sans cesse les conditions d'émergence. La «lutte focalisée contre la pauvreté» est fréquemment un alibi pour justifier le démantèlement des politiques sociales (tant pour des raisons de limitation des ressources disponibles que pour des raisons politiques, à savoir que les aides ne vont pas aux plus pauvres). Mais, ce faisant, ce démantèlement accroît rapidement la vulnérabilité non seulement de ceux qui ne sont pas les «cibles» des politiques d'assistance, mais aussi de ces derniers eux-mêmes. De plus, le caractère largement procyclique de ces politiques «focalisées», et leur faible poids financier, tendent à accentuer l'instabilité de la demande interne. Et, de ce fait (il ne s'agit pas d'un effet pervers, mais d'une conséquence logique), la lutte contre la pauvreté accroît la vulnérabilité et la pauvreté. Enfin, les politiques «focalisées» échouent toutes dans leurs tentatives de fonder des droits sociaux, et donc les conditions d'exercice de la citoyenneté. Ces conditions ne peuvent émerger que dans le cadre d'une protection sociale fondée sur le «principe mutualiste»; c'est-à-dire que les droits sociaux ont pour contrepartie des contributions (même très faibles) de tous les assurés, qui permettent de fonder politiquement l'indépendance financière de la protection sociale, son unification institutionnelle, et les mécanismes de transferts redistributeurs que ces dernières permettent¹⁰.

1.1 Protection sociale et assistance

Dans une société où prévaut l'économie, le premier risque social est l'incapacité temporaire ou permanente de travailler pour se procurer des revenus. On peut distinguer plusieurs façons d'y faire face: l'assistance, privée ou publique; la prévoyance qui renvoie plutôt à des mécanismes de précaution individuels; les mécanismes de solidarité mis en œuvre par la famille, la communauté ou par des formes d'organisation sociale de type mutualiste; les mécanismes reposant sur une solidarité élargie et garantis par l'Etat.

© ILO/M. Crozet



Petits vendeurs à la sauvette dans le centre ville de Bangalore.

L'assurance sociale se distingue de l'assistance par le droit automatique et incontestable que confère la contribution, alors que l'aide aux pauvres, de tout temps et en toute contrée, est soumis à l'humiliante preuve du dénuement de bénéficiaires, qui sont en outre fréquemment soupçonnés de fraude. Comme l'illustre bien le programme mexicain *progres/oportunidades*, l'un est un droit absolu, l'autre est conditionnel.

10 Source: communication de Bruno Lautier, Professeur de sociologie à l'Université Paris I.

(...)Le programme Progresa lancé il y a quelques années au Mexique a eu un retentissement international assez considérable. En effet, il montrait qu'un programme ambitieux et efficace de transfert en espèce et sous condition de ressources était possible dans des pays où la redistribution vers les plus pauvres était initialement peu développée, ou essentiellement l'effet du clientélisme politique. On le sait, l'originalité de ces programmes est de redistribuer en espèce, plutôt qu'en nature à travers des biens publics, tout en imposant une conditionnalité originale (scolarisation et suivi médical des enfants)¹¹.

L'assurance contribue aussi à limiter l'emprise du clientélisme. L'idée occidentale de progrès social est associée à la régression de l'assistance au profit de l'assurance; l'extension des systèmes assurantiels doit ne laisser à l'assistance qu'une part résiduelle. En outre, la notion de droit – moral et social – inscrite dans la sphère publique différencie la protection sociale des solidarités familiale ou communautaire et des formes de dépendance qu'elles véhiculent fréquemment.

1.2 La voie de l'universalité et ses limites

Pour être un instrument de cohésion sociale et de lutte contre la pauvreté, la protection sociale doit tendre à l'universalité au niveau national. Celle-ci peut être atteinte par différentes voies, mais aucune ne semble à la portée de la majorité des PED. Les Etats qui ont cherché à bâtir des systèmes de protection sociale financés sur le budget public ont dû renoncer à l'universalité et limiter leurs ambitions; les prestations qu'ils ont mises en place pour leurs fonctionnaires (pensions, couverture partielle des frais d'hospitalisation) ou pour les personnes les plus pauvres (soins gratuits) restent souvent servies irrégulièrement ou même complètement théoriques. La reproduction de modèles des pays du nord bismarckien a buté sur la difficulté d'extension du salariat. Le résultat est que, bien que parfois très similaires à ceux existant en Occident, les systèmes existant dans les PED sont souvent partiels: lorsque la composante assurantielle y figure, le versement de revenus de remplacement est plus rare et les mécanismes de redistribution entre groupes de revenu ou de population sont faibles. Ils ne concernent généralement qu'un salariat formel minoritaire et sont fréquemment mis à mal à la fois par une mauvaise gestion et par la crise économique des décennies passées.

11 Source: intervention de François Bourguignon, économiste à la Banque mondiale.

Les politiques de protection sociale au Maghreb sont en crise depuis au moins 10 ans. Pendant près de trois décennies les Etats maghrébins ont affiché une volonté d'élargir le système hérité de la période coloniale et de s'inspirer du modèle occidental fondé sur l'emploi salarié et la redistribution des revenus. Les résultats sont aujourd'hui peu probants malgré quelques avancées remarquables au cours des années 70 et 80. Au Maroc, le système de protection sociale reste très limité tant au niveau des populations couvertes que des prestations servies (seule 18 % de la population bénéficie d'une assurance maladie). En Algérie et en Tunisie, les systèmes de protection sociale après s'être largement étendus (plus de 60 % de la population est couverte) et diversifiés (assurance maladie, vieillesse, maternité, accidents du travail et même chômage) connaissent des reculs certains et des difficultés croissantes de financement et de régulation. Dans les trois pays, des réformes sont en cours ou envisagées, des voies nouvelles de couverture des risques sont recherchées. En Tunisie, l'harmonisation des systèmes en place de même que la contractualisation des relations entre acteurs concernés est recherchée. Au Maroc, l'extension de l'assurance maladie et de l'assistance aux indigents ainsi que la régulation des régimes de retraites sont à l'ordre du jour depuis des années. En Algérie, l'effondrement partiel des caisses de retraites, l'explosion des dépenses de santé couvertes par l'assurance maladie et la montée croissante du chômage suscitent des débats visant une profonde reconfiguration du système de protection sociale. Parallèlement à ces changements partiels dans les institutions et politiques du système formel, ancien, de protection sociale, on voit se développer de nouvelles formes d'intervention visant la génération de revenus, le soutien au micro-projets et l'accès à certaines prestations de base. Ces actions sont menées sous la conduite de nouvelles structures, comme l'Agence du Développement Social au Maroc ou à l'initiative des collectivités locales comme en Tunisie ou en Algérie¹².

Dans la plupart des pays en développement, l'extension du salariat, qui fut l'assise de développement des systèmes de protection sociale de type bismarckien, peut difficilement constituer encore le moteur du développement de systèmes universalistes. Il y a plusieurs raisons à cela. La première est la faiblesse du rythme de création d'entreprises nouvelles, qui se traduit par une stagnation de la population salariée. Ensuite elle est freinée – sinon inversée - par la dérégulation du travail et le développement du secteur informel, corrélés à la recherche par certaines entreprises d'économies sur le coût du travail, en vue d'une meilleure compétitivité sur les marchés internationaux, et qui se traduisent par le non-paiement de cotisations sociales.

Dans un contexte commercial globalisé de plus en plus concurrentiel, de nombreux gouvernements considèrent la "main-d'œuvre bon marché" comme leur seul atout compétitif. La création de postes ô combien nécessaires et de revenus d'exportation à travers la promotion des investissements industriels dans les zones commerciales,

12 Source: communication de Miloud Kaddar, OMS.

les plantations et les usines de transformation, est perçue comme une stratégie gagnante pour le développement économique. Dans le but de rester compétitifs et d'attirer des investisseurs étrangers, les gouvernements assouplissent ou omettent de faire respecter les droits du travail dans ces zones, notamment avec les travailleurs flexibles et ceux à domicile. Cette tendance menace la protection sociale, dans la mesure où les codes du travail nationaux ne protègent généralement pas ces catégories de travailleurs et que ceux-ci ne peuvent pas s'organiser pour demander à ce que leurs droits soient sauvegardés.

Par ailleurs, l'assouplissement des codes du travail nationaux ou le non-respect des règlements en vigueur en matière d'emploi, peut être dû aux pressions exercées par des institutions financières internationales. Ces dernières peuvent conseiller les gouvernements nationaux en matière de libéralisation du marché du travail ou bien imposer des conditions pour la législation du travail dans le cadre des accords d'emprunt. Les gouvernements nationaux peuvent être également limités par des accords commerciaux bilatéraux ou régionaux, en ce qui concerne notamment ce que les systèmes de protection du travail peuvent exiger des employeurs¹³.

La situation du travail en Inde est caractérisée par une croissance du secteur informel et une diminution du nombre d'emplois, pour des raisons multiples, y compris la disparition de nombreuses entreprises, les licenciements et la multiplication de nouveaux systèmes de production faisant appel à la sous-traitance.

La ville de Ahmedabad constitue un exemple typique de ce passage du système de travail formel au système informel. Au cours des années soixante-dix et quatre-vingts, plus de 60 000 industries textiles ont disparu, et plus de 80 000 travailleurs se sont trouvés au chômage. La plupart de ces travailleurs a retrouvé une occupation dans l'économie informelle de la ville, en tant que colporteurs, maçons, débardeurs, chiffonniers.

En Inde, la tendance à l'informalisation a précédé la mondialisation et la libéralisation, mais ces transformations économiques l'ont sûrement accélérée. (...)

Évidemment, les deux systèmes – formel et informel – coexistent et souvent les travailleurs passent de l'un à l'autre plusieurs fois dans le courant de leur vie active.

Tous les changements rapides des systèmes d'emploi et de travail ont une incidence directe sur la protection sociale de ceux qui travaillent dans l'économie informelle. En tout cas, ces derniers ne bénéficiaient que d'un simulacre de protection sociale. Cependant, dans le nouveau contexte, caractérisé par une lutte pour un emploi quelconque et pour la sécurité de l'emploi, par le nombre croissant de personnes ayant chacune plus d'une activité économique et par les migrations de main d'oeuvre, la protection sociale devient en même temps un défi et une occasion (...) d'organiser les travailleurs¹⁴.

13 Source: communication de Carlos Galian, OXFAM.

14 Source: communication de Mirai Chatterjee, SEWA.

En outre, il est peu contestable que le faible niveau des salaires et la prégnance de fortes inégalités au sein de la population salariée rendent difficiles l'instauration et l'équilibre d'un système contributif fondé sur le revenu du travail uniquement.

Découpler salariat et protection sociale apparaît donc comme la seule voie possible pour étendre la couverture aux travailleurs dits informels, qu'il s'agisse de salariés non couverts, ou de personnes engagées dans d'autres formes de travail –indépendant, familial, domestique, etc.

1.3 Vers des formes communautaires de protection sociale?

Le double défi posé par les évidentes limites des dispositifs fondés sur une contribution salariale à intégrer les travailleurs informels, d'une part, et par la faible capacité politique, financière et institutionnelle des Etats dans les pays pauvres, d'autre part, mène la plupart des bailleurs de fonds, des ONG et des gouvernements soucieux d'étendre la protection sociale à des groupes non protégés et vulnérables, à soutenir la diversification des types de dispositifs et des acteurs. Dans des environnements où existent de fortes contraintes politiques, financières et matérielles, on assiste au développement de dispositifs parallèles – privés ou «communautaires». Ce sont eux également qui sont appelés à prendre le relais, voire à se substituer, aux systèmes publics défaillants ou en phase de restrictions budgétaire. De fait, dans tous les continents sont soutenus, voire créés de toute pièce, mutuelles, micro-assurances, tontines, groupes de caution solidaire et autres dispositifs d'entraide (Rahman, Munir, Hal, N'Diaye, Letourmy).

© OIT/M. Crozet



Construction: chantier de réfection de la façade de la cathédrale St Joseph - Dar Es Salaam, Tanzanie.

(...) Deux visions de la contribution des mutuelles à la couverture universelle coexistent actuellement dans les plans des gouvernements des pays à faible revenu ou dans les recommandations des experts. La première est une vision pragmatique, fondée sur l'expérience des pays développés et les échecs d'organisation de systèmes de Sécurité sociale dans les pays en développement. Elle consiste à considérer les mutuelles comme étape dans l'établissement de l'assurance sociale. Les mutuelles permettraient de populariser l'assurance, de former un ensemble de personnes qualifiées pour sa gestion, avant de passer à la généralisation du dispositif en posant un principe d'obligation. Cette vision des mutuelles a pour corollaire l'intérêt de l'Etat pour la promotion de ces organismes et la mise en place d'un suivi, dont les résultats seront utilisés le moment venu pour construire la couverture universelle. Elle a évidemment un inconvénient,

relatif aux délais qui seront nécessaires pour que se développent les mutuelles et que soit conçu le projet national. Ainsi la couverture universelle est repoussée dans le temps et une bonne partie de la population risque de rester longtemps sans couverture. La seconde vision de la contribution des mutuelles à la couverture universelle est celle d'une couverture complémentaire, soit en termes de personnes, soit de prestations. Elle se conçoit dans le cadre d'une architecture nationale qui serait éventuellement segmentée selon les catégories ou qui ne prévoirait qu'une couverture de base. La juxtaposition de l'assurance obligatoire pour le secteur formel, de l'assurance volontaire pour le secteur informel relativement favorisé et de l'assistance pour les indigents constitue un modèle a priori assez séduisant, dans lequel la place des mutuelles est toute trouvée. Il présente un sérieux inconvénient, relatif à l'équité et il est probable qu'il ne débouchera pas sur une couverture universelle, car une partie seulement du secteur informel s'assurera. Le modèle alternatif est celui d'une couverture obligatoire pour tous, mélangeant des régimes contributifs et non contributifs, mais n'offrant que des prestations minimales. Il reviendrait alors aux mutuelles (ou à d'autres organismes) d'offrir des prestations complémentaires, dans un cadre volontaire et contributif¹⁵.

Ainsi, on fait l'hypothèse que l'universalité pourrait être atteinte par la juxtaposition de dispositifs ciblés divers, mais on ne résout que partiellement la question des droits. En fait, à travers les régimes d'assurance à adhésion volontaire, la source contractuelle des droits est prépondérante: ce sont par exemple les dispositions intégrées dans les statuts des organismes de micro-assurance qui définissent les droits des personnes, en contrepartie du paiement régulier des cotisations. Toutefois la participation des adhérents aux processus de décision modifie leur rapport aux droits : ils construisent les droits en fonction de leurs besoins lorsque l'organisme est créé, et ils les façonnent ensuite selon l'évolution de celui-ci. Une autre source de droits



© C/F-O/T/K/Rosset

Atelier sur les stratégies pour l'extension de la protection sociale : Introduction à la micro-assurance santé, Khartoum, Soudan.

15 Source: communication d'Alain Letourmy, CNRS/CERMES.



Un homme handicapé physique avec ses enfants dans la région de Tigray, Ethiopie.

s'exprime par exemple en termes d'appartenance à une communauté, appartenance qui prend tout son sens lorsque le dispositif de protection sociale est lui-même organisé au sein de groupes qui ont construit une identité propre à travers un habitat commun (micro-assurance villageoise) ou la gestion partagée d'activités économiques (SEWA, Grameen Kalyan).

2. Protection sociale et pauvreté

Les débats du symposium ont confirmé le rôle attendu de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté. Le constat de quasi-échec des politiques de lutte contre la pauvreté menées dans les années 1990 a conduit les organisations internationales et les gouvernements nationaux à penser la question de la réduction de la pauvreté en termes de prévention, de lutte contre la vulnérabilité et de protection sociale. Mais la promotion de la protection sociale dans la lutte contre la pauvreté vient aussi de sa dimension préventive: moins de protection sociale se traduit généralement par plus de pauvreté.

Depuis le début, SEWA a noté que ses membres étaient exposés à des risques et à des accidents graves. Ceux-ci comportaient non seulement d'énormes souffrances, mais aussi l'érosion d'économies péniblement accumulées, les dettes et une pauvreté plus cruelle. Dès qu'une femme parvenait à disposer d'économies suffisantes pour acheter sa maison ou rembourser un prêt foncier à la banque SEWA, voilà qu'elle était obligée de la revendre ou de prendre une nouvelle hypothèque pour faire face à une nouvelle crise¹⁶.

La pauvreté détermine aussi les formes que peut prendre la protection sociale. En limitant le niveau des cotisations, qui doit s'adapter à la capacité contributive de certains groupes, elle n'autorise que des prestations modestes et l'offre de services – notamment de santé – de mauvaise qualité.

Le revenu améliore la santé, et la santé améliore le revenu. Mais pour ceux qui ont un faible revenu, l'argent ne suffit jamais. Ainsi, les services de santé (prévention et assistance médicale) et souvent les politiques susceptibles d'améliorer la santé (éducation, alimentation, santé génésique, infrastructure, hygiène, assainissement) ne sont pas assorties des financements nécessaires. Cela entraîne des taux élevés de morbidité et de mortalité liés à des conditions qui pourtant pourraient être allégés même dans des pays à faible revenu. La faible productivité qui en résulte entrave la croissance et le développement économiques. Dans de nombreux pays à faible revenu, les carences en termes de santé causent des retards dans le développement.

16 Source: communication de Mirai Chatterjee, SEWA.

Pour encourager la croissance économique, des améliorations sont indispensables en matière de santé, mais il est souvent impossible d'accroître la dépense en matière de santé, faute d'une volonté politique de modifier dans ce sens le budget national.¹⁷

Les seules contributions de cotisants pauvres ne peuvent en effet couvrir les risques que dans une mesure très restreinte: souvent les soins de santé primaires, mais plus rarement le remboursement des médicaments, des analyses de laboratoire ou d'interventions chirurgicales; moins souvent encore le remplacement du revenu en cas de maladie, d'invalidité, de maternité ou de chômage. De surcroît, la faiblesse des prestations tend à décourager l'affiliation et constitue un facteur de désincitation à s'acquitter de cotisations volontaires ou obligatoires.

La question de la contribution des mutuelles de santé à la lutte contre la pauvreté appelle une réponse nuancée, voire paradoxale. D'une part, une cible privilégiée des mutuelles est, comme il a été dit plus haut, constituée par le secteur de l'économie informelle et le monde rural, où la prévalence de la pauvreté est forte. Mais d'autre part, il n'y a pas de véritable assurance ou protection mutualiste sans contribution financière des adhérents, ce qui exclut a priori les plus pauvres. La conséquence de la contributivité est que les mutuelles sont d'abord un outil de lutte préventive contre la pauvreté pour des catégories qui sont aujourd'hui capables de mobiliser des ressources suffisantes pour payer régulièrement la cotisation mutualiste. Si ces ménages sont touchés par la maladie, ils auront accès aux soins, pourront être rétablis et éviteront l'enchaînement des événements qui conduisent à la pauvreté.

Cela dit, la solidarité restreinte (aux cotisants) qui caractérise les mutuelles n'empêche pas que sa cible englobe une partie des ménages considérés comme pauvres. (...)

Il reste toutefois que les indigents permanents sont a priori écartés de l'adhésion mutualiste, s'il n'y a pas de paiement externe de leurs cotisations. A cet égard, les pays qui considèrent que les mutuelles sont destinées à fournir une couverture maladie aux pauvres ne sont pas toujours très explicites quant aux modalités de ce paiement. Il est avancé que l'Etat ou les collectivités territoriales paieraient les cotisations à la place des indigents, mais, à notre connaissance, il n'y a pas de pratique recensée de ce paiement substitutif en Afrique de l'ouest. En revanche il existe des exemples de mutuelles qui ont une action sociale en faveur des indigents, en leur donnant accès aux prestations de la garantie sans contribution. Ces exemples sont caractéristiques de groupes très circonscrits, qui ne peuvent envisager d'exclure un membre de la communauté. C'est le cas en milieu rural (Mali, Bénin) et l'on peut dire à cet égard que la solidarité mutualiste prolonge ici la solidarité traditionnelle¹⁸.

17 Source: résumé de la communication délivrée par Mr A. Preker, Chief Health Systems Development, Health, Nutrition and Population, World Bank, Washington, D.C.

18 Source: communication d'Alain Letourmy, CNRS/CERMES.



Enfants cordonniers dans les rues de Bali.

Dans ce processus, les femmes sont les plus touchées et les plus vulnérables. Elles sont généralement moins présentes que les hommes dans le salariat formel, et les familles monoparentales dirigées par des femmes sont sur-représentées parmi la population pauvre. Elles sont aussi souvent moins armées pour faire valoir des droits et des revendications. Cette vulnérabilité spécifique justifie, entre autres, que les femmes soient une cible privilégiée des programmes visant à construire une couverture sociale, là où l'économie informelle est la plus répandue.

Les décideurs ignorent trop souvent les coûts de l'emploi d'exportation pour les femmes, leurs familles et leurs collectivités. Les promoteurs des zones d'exportation consolident le mythe selon lequel 'ces femmes ont pour la première fois dans leur vie du travail', ce qui équivaut à supprimer toute considération pour les compromis entre les travaux domestiques et l'ancienne contribution (non payée) des femmes à la production agricole et aux services informels.

Les femmes qui travaillent sont au premier rang de la croissance axée sur les exportations. Par exemple, dans les pays en voie de développement, les femmes représentent plus d'un tiers de la force de travail industrielle (près de 50% dans certains pays asiatiques). Elles représentent 70% de la force de travail dans les Zones Franches Industrielles et 80-90% de la main-d'œuvre à domicile dans le secteur de la confection. Les femmes qui travaillent luttent pour que leurs droits soient reconnus. Elles sont souvent considérées comme du personnel utilisable sans restriction ou secondaire, plutôt que comme celles qui pourvoient réellement aux besoins de leurs familles. En outre, les travailleuses d'exportation étant généralement jeunes et célibataires et, donc, destinées à être remplacées en l'espace de quelques années, il n'est que trop facile d'ignorer leurs droits en matière de sécurité sociale, de santé, de pension ou de règlements. Lorsque les employeurs et les gouvernements n'y obtempèrent pas, les femmes qui travaillent s'appauvrissent.

Les femmes qui travaillent, ainsi que les entreprises, doivent faire face à un mélange problématique de bénéfices et de coûts. De nombreuses femmes apprécient l'indépendance économique et le statut social obtenus au travers de leurs postes de travail. Tant qu'elles travaillent dans les industries d'exportation, les femmes reçoivent souvent des salaires plus élevés que la moyenne. Mais, pour bénéficier de ces gains à court terme, elles renoncent souvent aux prestations maladie et aux avantages sociaux à long terme pour elles-mêmes, leurs enfants et leurs familles. Lorsqu'elles retournent chez elles, dans les régions rurales, ces travailleuses sont souvent stigmatisées. Dès que les femmes deviennent des 'saliées', leurs parents

mâles peuvent décider de réduire le support qu'ils assurent traditionnellement aux foyers, en laissant les femmes plus vulnérables dans les périodes de crise.

D'une part, les gouvernements sont soumis à d'énormes pressions, exercées par plusieurs acteurs, qui visent à assouplir leurs codes du travail et réduisent leurs dépenses sociales. D'autre part, face à une présence croissante des femmes sur le marché du travail, l'on constate une diminution de leur rôle en faveur de la protection sociale de leurs familles et de leurs collectivités. Par conséquent, ni l'Etat ni les collectivités ne peuvent apporter la protection sociale nécessaire à une époque où elle est de plus en plus indispensable¹⁹.

Les limites induites par les situations de précarité et de pauvreté font comprendre l'intérêt des modèles d'intégration de la protection sociale, selon lesquels les régimes viennent se greffer sur un développement économique local (SEWA, Bangladesh) qui facilite leur financement et donne des possibilités plus grande de mutualisation des ressources.

3. La redistribution et les inégalités

La protection sociale se différencie également de l'assistance en ce qu'elle est porteuse d'équité. Elle doit pour cela comporter des mécanismes de redistribution qui rendent inévitables la décision étatique d'instaurer des formes d'obligation (d'affiliation, de contribution). Ainsi, viser l'universalité a des conséquences en termes de financement. Dès lors qu'il s'agit de faire entrer tous les citoyens dans un système unique de protection sociale, y compris les personnes ayant une capacité contributive faible ou nulle, le régime de contribution obligatoire devient nécessaire, puisqu'on peut supposer que les couches les plus dotées en revenu seront réticentes à contribuer volontairement pour une part proportionnellement plus importante que les plus pauvres.

L'objectif d'équité est d'autant plus difficile à atteindre que la population dite indigente est conséquente dans les PED. Il faut alors combiner mécanismes contributifs et non contributifs et, ce faisant, la légitimité des contributions obligatoires n'est pas forcément acquise. Il faut alors laisser aux catégories plus aisées la possibilité de payer pour une couverture élargie, si l'on veut qu'elles acceptent le principe de solidarité. Ainsi la protection sociale va constituer un outil de lutte contre la pauvreté d'autant plus équitable qu'elle aura une vocation universaliste, en laissant à des groupes particuliers la possibilité d'instauration de mécanismes à vocation complémentaire, notamment de type mutualiste.



© OIT/P. Deloche

Vieux vendeur de journaux à La Havane.

19 Source: communication de Carlos Galian, OXFAM.

Le premier critère pour juger de l'efficacité potentielle d'une mesure de politique sociale en matière de lutte contre la pauvreté est de savoir si elle constitue une avancée dans la mise en œuvre du principe de mutualisation ou non. Il apparaît vite que la plupart de politiques «ciblées» d'aide aux pauvres sont de ce point de vue des politiques régressives. En effet, les politiques «ciblées» s'adressent principalement, sinon uniquement, à des inactifs (plus ou moins «inemployables»); de plus, le nombre et le volume des aides décroît en général dans les périodes de récession. A l'inverse le nombre de personnes assurées baisse de façon continue. Il se crée alors un «*no man's land*», ni assuré, ni assisté, où dominant non pas les inactifs, mais les «*working poor*»²⁰.

A cet égard, la durabilité et l'efficacité des dispositifs de type «communautaire» ou alternatifs à lutter contre les inégalités sont menacées par diverses limites. Le principe de contribution volontaire à des régimes d'assurance ou de mutuelle tend à cloisonner les dispositifs à des groupes de niveaux de vie similaire (sélection adverse), phénomène renforcé par leur petite taille. On obtient alors une segmentation des systèmes de socialisation des risques entre affiliés s'identifiant à un groupe qui se dote de «son» dispositif. D'une part, sans contribution patronale et sans injection de budget public, tant qu'une politique de compensation n'est pas envisagée, la redistribution entre catégories ou entre couches de revenus est faible ou nulle.

Qu'ils soient de type bismarckien ou beveridgien, les systèmes de protection sociale s'appuyaient sur une redistribution des revenus, soit de type plus horizontal, vers les familles ayant charge d'enfants, des biens portants vers les victimes de risques sociaux, prévenant ainsi la pauvreté, ou des périodes de responsabilité parentale, soit de type plus vertical entre riches et pauvres. Si les modèles préconisés par les institutions financières internationales l'emportaient, cette solidarité et cette redistribution ne risqueraient-elles pas de se trouver limitées par une capitalisation individuelle et une gestion privée, généralisant le libéralisme économique au secteur jusque-là social?²¹

D'autre part, la diversité des statuts et des droits dont procèdent les types de protection engendre ou entretient de fortes inégalités dans les niveaux de protection sociale dont bénéficie l'un ou l'autre groupe. Certains seraient assurés en vertu de leur statut d'employés salariés formels de l'Etat ou des grandes entreprises, alors que d'autres seraient affiliés à des mutuelles ou à des réseaux de solidarité informelle du fait de leur appartenance communautaire ou localisée. Les ménages percevant des revenus réguliers et suffisamment élevés cotiseraient à des plans d'assurance privée ou de capitalisation, quand les indigents, les handicapés et autres inemployables devraient à leur état de bénéficier de l'assistance d'Etat ou privée. Le système obtenu ne garantirait donc ni l'égalité de droits ni celle des prestations, puisque le marché demeure le principal principe d'allocation des ressources et que la concurrence entre dispositifs doit être

20 Source: communication de Bruno Lautier, Professeur de sociologie à L'université Paris I.

21 Source: intervention de Michel Laroque.

porteuse d'efficacité. Outre ses interventions sur le plan macro-économique, l'Etat ne serait appelé à ne remplir *a minima* que la fonction de dernier recours pour les personnes incapables de trouver sur le marché les moyens de lutter contre leur vulnérabilité. L'exclusion et les fortes inégalités entretenues par une telle fragmentation seraient toutefois propices à engendrer des fractures sociales.

Les transitions vécues et le contexte actuel de crise rendent totalement inopérant le modèle conventionnel de protection sociale. Ce dernier suppose une croissance continue de l'emploi salarié, une capacité de prélèvement sur tous les revenus, des mécanismes actifs et ciblés de redistribution de ressources et enfin un Etat régulateur et des partenaires sociaux légitimes.

(...) Au total, la protection sociale étatique au Maghreb, en restant centrée sur le secteur urbain formel, participe à la reproduction des inégalités de revenus. L'incapacité à concevoir et surtout à mettre en œuvre une véritable politique fiscale et de redistribution des revenus dans le nouveau contexte économique et social décrit plus haut révèle l'ampleur des réformes à entreprendre. Les mesures et initiatives induites par les mesures d'ajustement structurel et par l'action des milieux associatifs s'avèrent trop faibles pour aboutir à un rééquilibrage de la répartition des ressources et une meilleure couverture des risques liés entre autres au chômage, à la maladie, à la vieillesse. Cette impasse est maintenant assez largement reconnue. Elle est une condition favorable à de vrais débats sur la recomposition de la protection sociale²².

4. Les acteurs de la protection sociale

Les conditions dans lesquelles la protection sociale peut s'étendre dans les PED font que la coordination d'acteurs publics et privés représente un facteur de succès, sinon un impératif. En d'autres termes, la mobilisation simultanée des communautés et des groupes constitutifs de la société civile d'une part, des divers niveaux de l'Etat et de l'administration d'autre part sont inévitables. En outre, dans le cas particulier de la couverture maladie, l'association des professionnels à la construction des régimes obligatoires ou volontaires est une nécessité. La coordination et l'organisation de débats entre acteurs ne signifie pas pour autant que les rôles des uns et des autres sont interchangeables. A l'évidence le rôle de l'Etat est spécifique et il faut se demander si la capacité d'intervention de celui-ci et les qualifications représentées au sein de son administration sont a priori à la hauteur des enjeux du développement de la protection sociale.



Découpe de troncs d'arbres dans une scierie, Gabon.

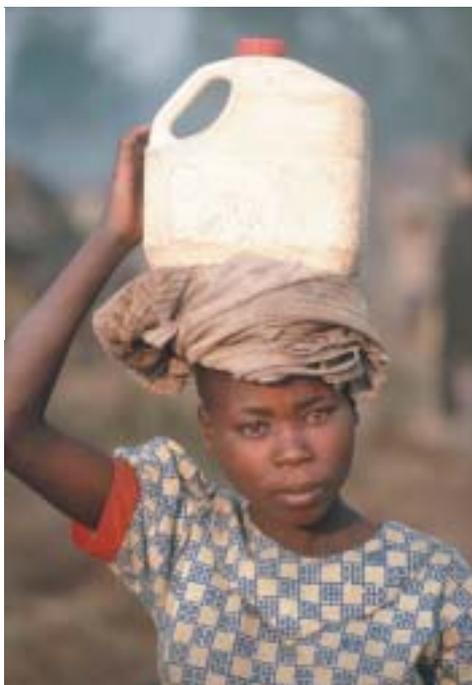
© OTZL, Maillard

22 Source: communication de Miloud Kaddar, OMS.

4.1 Rôle de l'Etat Percevoir impôts et cotisations, faire respecter les règles du droit social, faire fonctionner et protéger des systèmes obligatoires et universalistes requiert donc à la fois une capacité politique et une compétence administrative, ce qui n'est pas le cas dans de nombreux pays pauvres.

Les gouvernements latino-américains des années 1940-50 se sont appuyés sur un schéma théorique extrêmement proche de celui qui avait guidé les gouvernements européens. Ce schéma peut être résumé très simplement: a) les ressources permettant la couverture mutuelle des risques sociaux forment une partie du salaire; le problème financier de la protection sociale est donc d'abord un problème de décision politique, à savoir imposer cette socialisation partielle du salaire. b) trois variables déterminent le niveau de ces ressources et leur évolution: l'évolution du nombre des salariés, l'évolution du niveau des salaires et la part du salaire qui est socialisée; c) l'évolution relative des trois variables la plus probable est celle-ci: le nombre des salariés croît vite dans un premier temps, moins vite ensuite; la croissance des salaires est régulière et auto-entretenu; la part socialisée du salaire est régulièrement croissante. Contrairement au leitmotiv des analyses néo-libérales, cette conception de la protection sociale n'était pas plus «irréaliste» en Argentine ou au Mexique qu'en France ou en Suède. Toute mise en place d'un système de protection sociale repose sur un «pari» politique, et donc sur une capacité forte d'autonomie du politique. Historiquement, la protection sociale produit un consensus politique, mais elle ne repose jamais sur un consensus préalable, et cela a été vrai des deux côtés de l'Atlantique²³.

© OIT/P. Deloche



Goma, corvée d'eau dans un camp de réfugiés.

Un Etat faible a du mal à imposer une logique de solidarité face aux tendances dérégulatrices présentes au sein de l'appareil privé de production, dont on a dit qu'elles pouvaient stériliser les ressources des régimes et induire le développement du secteur de l'économie informelle. A contrario lutter contre ce développement sous cet angle – fraudes, non respect du droit social, précarisation - se traduirait par un accroissement des ressources des systèmes de protection sociale. Il y a ainsi une corrélation entre la capacité de contrôle de l'Etat et les ressources de la protection sociale. On peut donc ajouter que les processus d'ajustement structurel, en faisant pression pour des réductions budgétaires sans déployer de semblables efforts pour l'accroissement des recettes, jouent contre l'instauration de systèmes gérés par la puissance publique.

La protection sociale a une fonction collective. En évitant que des inégalités trop profondes ne se creusent, en

23 Source: communication de Bruno Lautier, Professeur de sociologie à l'Université Paris I.

devenant un vecteur de la solidarité nationale, et donc tant dans sa finalité que par les moyens qu'elle met en œuvre pour y parvenir, elle est facteur de cohésion sociale. Poser ainsi la protection sociale en appelle nécessairement au rôle de l'Etat, qui ne saurait se limiter à celui d'un financeur: seul l'Etat peut être garant de ce droit comme droit social, même s'il n'est pas nécessairement à même de garantir la probité des comptes, qui peuvent être confiés à des organismes paritaires. Et seul l'Etat est à même d'imposer, et de légitimer, la redistribution inhérente à tout système universaliste; sinon, comment les couches moyennes ou supérieures accepteraient-elles de financer la protection sociale des plus faibles contributeurs? Comment des contributions obligatoires pourraient-elles être imposées et effectuées ?

La protection sociale n'est pas qu'un coût ou une contrainte. Elle est efficace sur le plan économique, et sur le plan politique aussi.

La protection sociale est-elle ou non une menace pour la croissance et la compétitivité des Etats? Elle est certes un coût au niveau micro-économique pour l'entreprise qui, en plus d'un salaire direct, paie un salaire différé sous forme de cotisations sociales et pour le travailleur qui voit limiter son revenu immédiat pour être prémuni de risques futurs. Mais elle est aussi un facteur de croissance possible au niveau macro-économique par ses effets anti-cycliques et par le développement d'un secteur sanitaire et social qui constitue un pan du développement économique. Enfin, si elle est bien conçue, elle n'est pas un handicap dans la compétitivité internationale, dans la mesure où elle ne représente pas au niveau macro-économique un coût mais est principalement une technique de redistribution au sein de la population nationale du produit du travail²⁴.

Les travaux récents en économie du développement suggèrent un certain nombre de raisons pour lesquelles une distribution trop inégale des ressources peut engendrer une inefficacité des mécanismes économiques et une faible capacité de développement. Ces travaux suggèrent donc une sorte de cercle vertueux par lequel une redistribution des ressources initiales déboucherait sur une efficacité économique accrue et une croissance plus rapide, ces deux derniers contribuant éventuellement à un approfondissement de la redistribution. Cela étant, tout programme de redistribution ne conduit pas nécessairement à ce type de résultat et la réflexion est loin d'être achevée sur les instruments à mettre en œuvre pour parvenir au résultat précédent²⁵.

L'établissement d'une couverture publique constitue un des vecteurs d'affirmation du pouvoir de l'Etat et de sa volonté de modernisation et de développement, face aux logiques

24 Source: intervention de Michel Laroque.

25 Source: intervention de François Bourguignon, économiste à la Banque mondiale.

fragmentaires des dispositifs corporatistes ou communautaires. C'est à ce point que le passage de systèmes libres et volontaires à l'affiliation obligatoire peut s'effectuer, sur des bases avant tout politiques. L'Etat, fort de la légitimité puisée dans cette dimension de son intervention, peut alors utiliser la protection sociale comme instrument de politique publique: soutien ou frein à la natalité, incitation au travail des femmes, promotion de l'instruction et suppression du travail des enfants, amélioration de la santé et de l'hygiène publiques, etc.

Il reste que l'exercice de son rôle par l'Etat est conditionné par sa capacité d'intervention là où il n'a pas encore mis en place de mécanismes tutélaires. En ce sens, la possibilité d'action des Etats est un des obstacles à la progression vers l'universalité. Si la protection sociale n'est pas appelée à constituer un privilège pour les nantis ou une faveur pour les plus démunis, mais un droit pour l'ensemble des citoyens ou des résidents, comment garantir ce droit, en contrôler l'effectivité et instaurer les devoirs contributifs correspondants, dès lors que l'on sort des sphères relevant d'une régulation étatique – le travail formel, les revenus déclarés – pour intégrer des domaines qui lui échappent?

4.2 La société civile et les groupes qui en sont l'émanation

Un des rôles assignés plus ou moins explicitement à la société civile ou aux communautés en matière de protection sociale est de mettre en place des mécanismes de contrôle et de régulation là où les pouvoirs publics sont dans l'incapacité d'intervenir. En fait ces rôles s'intègrent dans un ensemble encore plus vaste, car c'est aussi une fonction d'initiative que doivent exercer ces groupes, lorsque l'Etat ne peut impulser une dynamique suffisante pour amener la population à s'organiser.



© OIT/A. Florente

Femme entrepreneur handicapée: gérante d'un salon de thé servant ses clients, dans la région de Tigray, Ethiopie.

L'observation des situations des PED indique qu'il existe diverses modalités de mobilisation collective au sein des sociétés civiles et qu'il s'ensuit des configurations de couverture et de gestion des régimes assez différentes.

Le monde du travail constitue un premier type de pourvoyeur d'opérateur de protection sociale, mais l'émergence d'organismes issus des employeurs ou des employés ne débouche pas forcément sur des dispositifs analogues à ceux que connaissent les pays développés. D'une part, les entreprises du secteur formel sont susceptibles de mettre en place des dispositifs qui couvrent les risques qui intéressent à la fois employeurs et employés, mais laissent de côté les autres. Par exemple, l'intérêt commun qu'ont les deux parties à répondre aux situations de maladies est suffisant pour qu'aient été organisés des régimes maisons, gérés en principe dans un cadre mutualiste, qui limitent les inconvénients de la rupture d'activité. Dans de tels régimes, l'objectif d'efficacité est essentiel et la façade mutualiste laissera souvent la place à une gestion privée sous-traitée à des organismes spécialisés (Afrique du sud, Côte d'Ivoire). Si le coût de ces formules les met hors de portée de l'ensemble de la population, elles n'en ont pas moins une capacité d'innovation qui fournit éventuellement des modèles en vue de régimes plus larges de protection, comme dans le cas des produits d'assurance du VIH/SIDA.

L'objet du projet (SIDA Solidarité!) est de permettre à des mutuelles de santé d'entreprises de prendre en charge le financement de la prévention de la transmission du VIH / Sida, ainsi que du traitement par les ARV des personnes infectées, à travers la création d'un Fonds de solidarité.

Le maître d'ouvrage en est la FEMCI, Fédération des mutuelles médicales de Côte d'Ivoire. Cette association non gouvernementale est un regroupement indépendant de mutuelles de santé d'entreprises, qui rassemble environ 38 000 personnes, employés, conjoints et enfants.

Cette population concernée par le projet est bien connue car elle est suivie dans le cadre d'un programme de gestion médicalisée des mutuelles, confié à un prestataire privé dont c'est le métier spécifique, MCI – Managed Care International. Ainsi le projet dispose-t-il des données concernant cette population. Il dispose également de moyens d'analyse qui permettent son suivi détaillé.

Le programme est articulé avec les ministères de tutelle. Il s'inscrit dans le cadre des politiques nationales de lutte contre le VIH/SIDA.

La Fondation GlaxoSmithKline a accordé une subvention dont l'objet est de mettre en place, mesurer et démontrer l'efficacité, le réalisme et l'acceptabilité d'un système de solidarité au profit des mutualistes de la FEMCI.

Il est intéressant de relever qu'une Fondation de laboratoire, pionnière en l'espèce, ait su donner des moyens qui cherchent à répondre à cette question primordiale du financement.

Le projet «SIDA Solidarité!» repose sur la création d'un «fonds de solidarité» qui sera constitué par des cotisations d'employeurs et d'employés. Ce projet vise en gros à déterminer l'acceptabilité par tous, ainsi que la faisabilité technique et financière de la constitution d'un tel Fonds. Celui-ci sera créé après six mois de délai d'observation, toutes choses ayant été clarifiées dès le départ auprès des concernés.

Une cotisation correspondant à ce qui est rendu nécessaire pour la pérennisation du système sera déterminée. Le montant en est aujourd'hui estimé à 3 000 FCFA par cotisant et par mois.

(...) L'acceptabilité a été la première préoccupation. Elle a concerné autant les mutualistes, que les directions des entreprises, que les médecins du travail. Les premières constatations sont excellentes: on relève une étonnante motivation. Toutefois, le développement du projet exige temps et pédagogie. Beaucoup plus que nous ne l'avions anticipé.

Les écueils rencontrés ont été:

- le temps requis pour lever les appréhensions;
- les méfiances des mutualistes, craignant notamment que leur statut découvert ne soit utilisé contre eux par leur employeur;
- les craintes des employeurs, craignant d'ouvrir une boîte de Pandore dont ils ne maîtriseraient pas les retombées, notamment financières;
- les difficultés des médecins, craignant de perdre certaines de leurs prérogatives en confiant à l'extérieur leurs patients infectés VIH/SIDA.

Toutefois tous ont passé outre, malgré le contexte ivoirien peu favorable²⁶.

Dans le secteur informel, l'activité de production peut être aussi à l'origine de régimes d'assurance et les groupes de producteurs sont enclins à développer des formules d'assurance volontaire ou obligatoire qui s'appuient sur l'organisation productive existante. Les groupes de femmes sont particulièrement propices à l'émergence de ces formules, qui apparaissent globalement comme efficaces et susceptibles d'une diffusion rapide (SEWA). Le risque maladie/maternité et le risque vie sont apparemment les plus souvent couverts, en relation directe avec l'impact qu'ils ont sur l'activité productive.

Indépendamment de l'activité de production, même si elles sont susceptibles de se développer aussi à partir du monde du travail, les mutuelles représentent des formules très développées dans certaines zones comme l'Afrique de l'ouest, en fonction d'initiatives diverses.

26 Source: Communication de Jean Michel Lichtenberger, GSK Foundation.

Les limites et les inconvénients du recouvrement des coûts permettent de comprendre l'intérêt accordé aux dispositifs alternatifs susceptibles d'abaisser la barrière financière d'accès aux soins et de rendre la demande solvable. En fait, des réponses assez diverses furent apportées à la question: quels mécanismes de financement promouvoir pour rendre la demande plus active? De nombreuses formules d'aménagement des conditions de paiement (prépaiement/abonnement, épargne santé) furent expérimentées et l'on peut observer aujourd'hui que le vocable «financement communautaire» recouvre toute une série de dispositifs visant le même but. Mais c'est surtout l'assurance maladie qui a retenu l'attention. La notion de micro-assurance, en tant que dispositif mettant cette technique de financement à la portée de petits groupes ou de populations à faibles ressources a donné lieu à une sensibilisation à grande échelle en Afrique de l'ouest et centrale. Des formations de santé (hôpitaux surtout) ont également proposé des modalités de paiement fondées sur l'assurance. Enfin la promotion de l'assurance dans un cadre mutualiste a été réalisée, en Afrique de l'ouest en particulier²⁷.

Le risque maladie est le plus souvent couvert, mais les formules mutualistes s'appliquent à la couverture d'autres risques (vieillesse notamment) et au développement de la prévoyance. Les mutuelles reposent en principe sur des modes de gestion contrôlés par les adhérents et sont destinées à former un mouvement social qui a la capacité d'exercer un contrôle interne sur ses différentes composantes. Ces caractéristiques expliquent le succès des mutuelles, là où l'Etat est faible ou bien là où il veut se décharger de l'organisation pratique de la protection sociale. Il reste que les mutuelles ne peuvent être promues sans le soutien des pouvoirs publics et qu'elles ne peuvent seules résoudre des problèmes comme la passation de contrats avec les



© OIT/A. Florente

Femme entrepreneur préparant l'enjera (pain traditionnel) tout en s'occupant de son enfant handicapé mental, Addis-Abeba, Ethiopie.

27 Source: communication d'Alain Letourmy, CNRS/CERMES.



© OIT/J. Maillard

Professeur paraplégique dans un centre de formation d'Harare, Zimbabwe.

professionnels en vue d'obtenir des soins de qualité. Ces difficultés expliquent la relative lenteur de développement des mutuelles et la recherche de formules alternatives de montage ou de gestion, orientées vers le même but de mise en place de micro-assurance. Quoi qu'il en soit ces formules sont les seules qui paraissent adaptées au secteur de l'économie informelle et leur promotion fait l'unanimité des partenaires du développement.

Le développement de la micro-assurance n'est pas à mettre entièrement au compte des communautés, au sens où des organismes professionnels sont aussi capables de structurer l'émergence de la protection sociale au sein de la société civile. D'une part, dans le cas particulier de la santé, les établissements de soins sont parfois amenés à proposer des formules d'assurance solidaire. D'autre part, les ONG impliquées dans le développement économique et social sont des acteurs efficaces de promotion et de mise en œuvre de formules de couverture sociale. Implantées au sein de populations de grande taille (Grameen bank, BRAC), légitimes de par leur réussite dans leur domaine économique (développement agricole, micro-finance), elles peuvent proposer des modalités de couverture qui rencontrent vite l'adhésion de leurs membres. Elles représentent des expériences pilotes réussies, dont il s'agirait de généraliser l'implantation. Mais à ce niveau, la coopération entre l'Etat et les ONG ne fonctionne pas de manière automatique, si bien qu'on reste en présence de systèmes hétérogènes et sans contrôle externe.

4.3 La coordination des acteurs

La concertation et la coordination des acteurs de la protection sociale apparaissent comme des conditions nécessaires de son développement.

Différents partenaires internationaux ont décidé en juin 1998 de se réunir afin de définir les stratégies d'appui au mouvement mutualiste naissant en Afrique. Un atelier, tenu à Abidjan (Côte d'Ivoire), a réuni différentes organisations: fédérations mutualistes d'Afrique et d'autres régions du monde, organisations internationales, États, agences de coopération, prestataires de soins, ONG locales et internationales, universités, centres de recherche et confédérations syndicales. Des représentants de neuf États et d'une cinquantaine de structures ont participé aux travaux. C'est au cours de cet atelier qu'un document de référence a été réalisé: *la Plate-forme d'Abidjan*. Elle est le produit de l'expérience des principaux artisans du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Les participants à l'atelier ont exprimé le besoin de créer un mécanisme plus structurel de collaboration entre les acteurs du développement mutualiste. Cette idée s'est concrétisée par la mise en place d'une «Concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique», appelé «La Concertation» basée à Dakar au Sénégal. La «Concertation» est un mécanisme innovateur et stratégique. Elle permet de créer des liens stratégiques et techniques, des collaborations et d'établir un dialogue entre les mutuelles de santé africaines, les partenaires sociaux, les acteurs du développement et les communautés par le biais d'activités concrètes, comme des formations, des ateliers d'échanges et des discussions thématiques. Depuis sa création, à travers la dizaine de lettres d'information et le site Internet de la «Concertation», de nombreux acteurs ont pu partager leur point de vue, leurs connaissances et leurs expériences. Tous les mois de nouveaux utilisateurs rejoignent la «Concertation» qui en comptait plus de cinq cents en 2002. La «Concertation» est active dans onze pays d'Afrique francophone: Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger, Côte d'Ivoire, Bénin, Mauritanie, Cameroun, Guinée, Tchad et Togo.

La «Concertation» est basée sur le partenariat entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique. Quatre structures interviennent concrètement pour lui donner vie: les promoteurs (...), la cellule de coordination (...), les membres (...), et les points focaux (...). Cette structure a mis en place un système d'information opérationnel autour de quatre activités prioritaires: un site Internet (...), une lettre d'information (...), un système de suivi du développement des mutuelles (...) et l'organisation de forums²⁸.

Le rôle moteur de l'Etat est incontestable, mais celui-ci doit dépasser les rigidités et les cloisonnements de son administration pour mobiliser massivement les acteurs privés. Les débats semblent inévitables, de même que les compromis réciproques. On peut se demander quels sont les facteurs facilitateurs dans ce processus de coordination (géographie, niveau de développement économique, degré de démocratie), car les obstacles sont souvent importants et les succès relativement rares (Ile Maurice).

28 Source: communication de Pascal Ndiaye, *Concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique*.

La plupart des pays arabes souffrent de l'absence d'une politique cohérente de lutte contre la pauvreté, tout comme de l'absence d'une vision sociale d'ensemble et d'une approche intégrée à la protection sociale. C'est là le principal défi qui est posé. À l'exception de la Tunisie, aucun pays arabe n'a mis au point une vision sociale globale, assortie d'une vision économique intégrée, ni s'est penché sur les différentes politiques sociales sectorielles.

Bien que l'on trouve des exemples intéressants de politiques sociales sectorielles (en matière d'emploi, d'éducation, de santé, de protection sociale, etc.), normalement chacune de celles-ci n'est pas liée aux autres et il n'y a guère de coordination entre les interlocuteurs, entre ministères ou entre ces derniers et les ONG compétentes (...).

En Jordanie, la coordination constitue l'un des principaux problèmes dont presque tous les fonctionnaires se plaignent. Une coordination formelle n'existe pas entre les nombreuses institutions gouvernementales et non gouvernementales impliquées dans la lutte contre la pauvreté. Cela est aussi vrai en ce qui concerne la coordination au sein de chaque ministère, entre les divers ministères, entre les diverses ONG. Cette absence de coordination entre organismes chargés de l'assistance aux pauvres produit un chevauchement et une dispersion des efforts et des initiatives. (...)

Au Liban, il n'existe aucun mécanisme efficace de coordination des politiques et des plans entre les divers ministères, bien que leurs activités soient complémentaires. D'autres politiques gouvernementales, ayant un impact indirect sur les pauvres, sont souvent contradictoires. Comme dans le cas de la Jordanie, la coordination entre les institutions gouvernementales et la société civile, ou au sein de cette dernière, est insuffisante. Il existe peu de mécanismes assurant une telle coordination. La coordination entre ONG pose, elle aussi, des problèmes de rivalités internes, de jalousies et de conflits de compétences...²⁹

(...)Les interventions qui ont en quelque sorte contribué à réduire l'exclusion peuvent être regroupées en plusieurs catégories: *établissement de régimes spéciaux de sécurité sociale sans plan de cotisations (...); systèmes d'assurance volontaires et subventionnés par le Gouvernement (...); choix limité de la fourniture de services (...); systèmes communautaires de protection sociale (...); développement progressif des systèmes unifiés (...).*

Les expériences que l'on vient d'illustrer permettent de tirer une première conclusion: la réduction de l'exclusion dans le domaine de la santé exige une approche qui permette un mélange de plusieurs modalités d'intervention. Des efforts conjoints sont nécessaires pour aborder les problèmes du rôle de pilotage, du financement, de l'assurance et de la prestation de services sanitaires, de façon à ce que les actions mises en place dans chacun de ces domaines soient cohérentes et se renforcent réciproquement³⁰.

²⁹ Source: communication de George Kossaifi, consultant.

³⁰ Source: communication de Mr López Acuña, OPS.

Troisième partie: ***l'appui au développement de la protection sociale au niveau international***

Dans cette section nous avons choisi de présenter le cadre d'action, les valeurs qui le sous-tendent et certaines initiatives en matière de protection sociale de la Banque mondiale, du BIT et de la coopération française. Le principal objectif en est de montrer que, bien que ces trois institutions ont des points de départ différents, liés pour beaucoup à leur mission spécifique et à leur histoire, des lignes de convergence peuvent se dessiner pour soutenir des collaborations.

1. Le cadre d'intervention de la Banque Mondiale: la gestion du risque social

La Banque mondiale a élaboré une nouvelle approche de la protection sociale, la gestion du risque social. C'est une approche holiste et souple³¹, qui recouvre les interventions qui aident les individus, foyers et communautés à faire face aux risques, le principal étant de tomber dans la pauvreté, ou de ne pas en sortir et de la transmettre à ses descendants. Ce nouveau cadre s'inscrit dans celui de la lutte contre la pauvreté et de la promotion du développement économique : la protection sociale ne doit plus seulement protéger, mais constituer un tremplin de sortie de la pauvreté. Elle représente un investissement qui doit renforcer la capacité productive des pauvres – par la formation - et les inciter à entreprendre des activités économiques plus risquées, présumées plus rentables. Il s'agit donc à la fois de réduire l'exposition aux risques par des interventions ciblées sur le marché du travail, de consolider la capacité des pauvres à faire face aux risques qu'ils encourent, par la socialisation des risques dans des dispositifs privés ou informels d'assurance, et de soulager les conséquences d'un risque réalisé lorsque les pauvres n'ont plus d'autre recours.

Pour la Banque, le concept de gestion du risque social diffère de celui – classique - de protection sociale et de redistribution, bien qu'ils se superposent par endroits.. La protection sociale – dans son acception classique de fourniture publique directe d'instruments de gestion du risque - et la redistribution ne sont qu'un aspect du nouveau cadre d'intervention. En effet, la redistribution est à la fois un objectif et un résultat des programmes de protection sociale, mais pas un instrument de ces programmes: «le renforcement de la capacité de gestion du risque possède d'importants effets redistributifs sur le bien-être individuel, et ne



© OIT/P. Lissac

Consultation dans un centre de santé primaire à Kibagare, Kenya.

31 Sources: Doryan E., Holzmann R., Lau J., Van Adams, et al, 2001. *The World Bank's Approach to Social Protection in a Globalizing World* sur le site <http://www1.worldbank.org/sp/>.



Atelier sur les stratégies pour l'extension de la protection sociale:
Introduction à la micro-assurance santé, Khartoum, Soudan.

requiert pas de redistribution interpersonnelle du revenu pour atteindre une meilleure distribution du bien-être. Par ailleurs, toute redistribution n'est pas une forme de protection sociale», à l'instar des transferts fiscaux ou des services publics (Doryan et al. 2001, p. 11). La gestion du risque social hors protection sociale et hors redistribution consiste essentiellement en politiques affectant la vulnérabilité et la volatilité du revenu: politiques macro-

économiques, marchés financiers, droits de propriété, respect des droits du travail... Quant à la protection sociale hors gestion du risque et redistribution, elle est conçue comme un ensemble de mesures de promotion de l'inclusion sociale, par-delà les considérations traditionnelles fondées sur le revenu: elle recouvre le soutien au secteur associatif, aux droits sociaux et au capital social.

Le cadre de gestion du risque social apparaît plus proche du trinôme promotion du capital humain / politiques de croissance / assistance sous conditions restrictives que de la vision «européenne» de la protection sociale. En particulier, la place des dispositifs assurantiels y est minime: ils sont réduits à ne constituer que l'une des modalités de la gestion informelle du risque, par le biais de mutuelles, et l'un des recours possibles auprès du secteur privé.

Dans la stratégie de gestion du risque social de la Banque mondiale, la dimension préventive du rôle de l'Etat réside surtout dans le domaine du travail: garantir un accès équitable à des emplois bien payés – non pas en vertu d'une hausse du salaire minimum, mais en raison d'un accroissement des qualifications et des risques pris – formalisation des relations de travail, lutte contre les discriminations, interdiction du travail forcé et élimination du travail dangereux des enfants, droit aux négociations collectives, éducation et formation. Toutefois, le risque constituant un facteur incitatif à l'effort et à l'entrepreneuriat, le moteur même de la croissance économique, il ne saurait être totalement éliminé. La dimension curative de l'action publique dépend des ressources et capacités de l'Etat, qui peut mettre en place des programmes d'assistance sociale non contributifs et financés par les deniers publics, contre le chômage, les accidents du travail, la vieillesse, le handicap, la maladie, le veuvage. Ces programmes doivent être destinés aux seuls pauvres «à vie», pour lesquels les mécanismes informels basés sur la famille et la communauté continuent à jouer un rôle essentiel, mais insuffisant en période de crise sévère ou en cas de choc important. Pour les pauvres «à vie», l'optique curative rejoint la préventive, qui s'exprime dans le souci de freiner la transmission intergénérationnelle de la pauvreté, et donc de réduire le risque de pauvreté dans le futur. Le reste des revenus de remplacement, sont assis sur le soutien communautaire et des dispositifs privés et contributifs, auxquels on peut ajouter la capitalisation individuelle

pour les pensions et les primes de licenciement. L'installation de dispositifs d'assurance contre le chômage n'est pas jugée appropriée pour des pays en développement ou en transition, pas plus que l'instauration de systèmes de contribution obligatoire, qui se heurtent à des mécanismes de sélection adverse – les plus pauvres en faisant partie alors que les plus riches les évitent – et excluent les travailleurs non formels. Finalement, en cas de crise grave et de total dénuement, les Etats peuvent avoir recours aux mécanismes classiques d'assistance: versements d'argent et de nourriture, subventions et exemptions ciblées, travaux publics «auto-ciblés».

Pour la Banque, le rôle de l'Etat est donc essentiellement celui du dernier recours, quand les dispositifs informels ou de marché sont inexistantes, en panne ou dysfonctionnels. En fait, l'application du cadre conceptuel de gestion du risque social à la protection sociale consiste essentiellement à reconsidérer les programmes du secteur public en les «renforçant» et à étendre la notion de protection sociale à des activités de marché et informelles. Toutefois, «le fait de mettre plus l'accent sur les services de protection sociale basés sur l'informel et les communautés ne doit pas être vu comme un «abandon» des structures publiques». Au contraire, (...), construire les capacités de communautés ne peut que favoriser l'amélioration des services publics (Doryan et al. 2001 p. 35). La stratégie de la Banque mondiale s'oriente vers le soutien à des dispositifs informels et de marché. Les premiers recouvrent la capitalisation / décapitalisation sous forme de bétail, d'or, d'immobilier, l'emprunt, la diversification des récoltes, le stockage, et la solidarité. Les fonds sociaux de développement demeurent un instrument important du dispositif, dans leur mission de «développement communautaire», dans les domaines des infrastructures, des services publics, la construction du capital social, le ciblage, la micro-assurance... Quant au secteur privé, outre sa fonction d'employeur, il est appelé à fournir des services de formation, d'accès au crédit et d'assurance pour ceux qui peuvent cotiser, et surtout favoriser l'instauration et l'accès à la micro-finance. Sa contribution à la protection des individus et groupes sera d'autant plus grande que la gestion du risque social sera efficace, puisque les personnes seront alors à même de ne plus dépendre des mécanismes publics. Pour la Banque mondiale, c'est par la juxtaposition, et parfois la superposition, de dispositifs divers que la couverture de la protection sociale peut parvenir à être universelle. Mais la conception d'universalité n'implique donc pas l'égalité d'accès, ou de prestations, puisque le ciblage et la diversification demeurent la règle, et que le marché demeure le principal mécanisme d'allocation des ressources.

2. Le BIT et l'extension de la protection sociale dans les PED

Le BIT continue à se référer à une définition plus classique, incluse dans ses normes³² : il définit la protection sociale comme la protection qu'une société fournit à ses membres à travers une série de mesures publiques: i) pour compenser l'absence ou la réduction substantielle de revenu du travail, du fait de diverses contingences (notamment la maladie, la maternité, les accidents du travail, le chômage, l'invalidité, la vieillesse et le décès du chef de famille); ii) pour fournir des soins de santé à la population et iii) pour

32 Sources: Reynaud E. 2002. Sites:
<http://www.ilo.org/public/french/protection/socsec/step/index.htm> et
<http://www.ilo.org/public/english/protection/index.htm>.

apporter des avantages aux familles avec enfants. Les deux composantes de la sécurité sociale sont i) l'assurance sociale, financée par des contributions obligatoires et relatives au revenu, éventuellement complétée par des dispositifs volontaires d'assurance (micro-assurances ou mutuelles), et dont les prestations sont octroyées en cas d'incapacité temporaire de travailler, dans le but de compenser des imprévus, éviter l'endettement et lisser les dépenses des ménages; et ii) des prestations sociales, ciblées sur les démunis et financées par le budget public, dans le but d'aider les catégories à bas revenu et de réduire les dépenses des ménages sur certains biens et service de base. Des subventions publiques aux biens alimentaires, à l'éducation et au logement peuvent compléter le dispositif.

Les recherches conduites par l'organisation sur le travail informel l'ont menée à élargir le concept de protection sociale pour faire face aux problèmes spécifiques du monde en développement: il recouvre toujours essentiellement la sécurité sociale et la protection du travail, mais aussi, pour ces pays, les politiques du marché du travail et les services sociaux. De même pour la sécurité sociale: un document du BIT définissant des politiques d'extension de la sécurité sociale aux pays en développement «définit la sécurité sociale non seulement comme une politique protectrice, mais élargit le concept au-delà des neuf risques traditionnels du BIT³³ pour y inclure les droits spécifiques des personnes dans les domaines de l'alimentation, du logement et de l'éducation» (Van Ginneken 2002, p. 5), et notamment la réduction de l'impact des coûts des besoins fondamentaux, tels les soins de santé, l'éducation, le logement et l'alimentation, sur les budgets des ménages. Ce sont donc «les prestations fournies par une société à des individus et ménages – à travers des mesures publiques et collective – pour leur garantir un niveau de vie minimum et les protéger contre les niveaux de vie faibles ou déclinant en raison d'un certain nombre de risques et besoins de base» (Van Ginneken 2002). Toutefois, la sécurité sociale, qui vise la protection, ne doit pas être confondue avec les politiques de promotion de l'emploi et de l'économie. Dans cette définition, l'élément social est apporté dans le contexte de dispositifs non lucratifs, publics ou collectifs, souvent volontaires.

Il demeure que la protection sociale et les dispositifs d'assurance sont souvent impuissants à prévenir le risque de pauvreté, du fait que de nombreuses personnes n'ont pas de capacité contributive. Ils sont donc dépendants de prestations de sécurité sociale financées par le budget public, par des versements de contributions d'assurance sociale ou bien encore par des ressources internationales. Pour le BIT, il est toutefois clair que ces programmes d'assistance publique doivent être articulés avec des politiques de lutte contre la pauvreté et de sécurité sociale, d'emploi, d'éducation, de santé et familiales, et que le bas niveau des prestations d'assistance doit pouvoir servir d'encouragement à contribuer à des dispositifs d'assurance sociale. De surcroît, comme ces derniers sont généralement beaucoup plus largement légitimés par les couches moyennes et supérieures de la population, il est sage que l'assistance apparaisse comme un complément avec condition de ressources de l'assurance, plutôt qu'une branche séparée destinée à une population distincte.

33 *Maladie et maternité, chômage, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, invalidité et décès du soutien de famille, ainsi que soins de santé et aide aux familles.*



© OIT/M. Crozet

Fabrication artisanale de cigarettes "Beedi" dans le village de Puttige (région de Mangalore), Inde.

Le BIT constate que plusieurs pays à revenu intermédiaire sont parvenus à étendre l'assurance de santé à de larges pans de la population, ou même à instaurer une couverture universelle. La plupart de ceux qui ont entrepris d'en étendre la couverture obligatoire, néanmoins, ont procédé graduellement, à partir des grandes entreprises du fait des contraintes matérielles, politiques et financières, du manque d'expérience des administrateurs et des lacunes des bases de données. L'engagement politique est le principal déterminant d'un succès à instaurer une couverture universelle. Mais des facteurs d'ordre socio-économiques – le poids du travail informel et agricole, le poids des non-actifs – de même que l'état des institutions – de santé en l'occurrence -, le niveau des services offerts, la qualité des infrastructures périphériques – eau, égouts – et la disposition des populations à contribuer, jouent également un rôle fondamental. Dans les pays à bas revenus, à quelques exceptions près – généralement des régimes socialistes - les besoins de financement excèdent souvent les ressources, bien que les dépenses acquittées par les patients soient souvent très élevées. La proportion de travailleurs formels est souvent très réduite, rendant difficile un système de transferts entre caisses, et les services offerts sont de trop faible qualité pour inciter à des contributions volontaires, surtout de la part de travailleurs pauvres. La solution préconisée par l'OMS et adoptée par le BIT est d'implanter des dispositifs communautaires de mutuelles ou de micro-assurance. Le même type de démarche est préconisé pour les retraites et l'assurance contre le chômage, bien qu'ils n'aient pas nécessairement le même degré de priorité.

Le BIT considère le développement des dispositifs décentralisés issus d'initiatives locales comme une phase intermédiaire dans la concrétisation d'ambitions universalistes et relativement égalitaristes et dans l'instauration d'une culture de la protection sociale. Préconiser la mise en œuvre de liens et de partenariats entre les systèmes décentralisés - dispositifs communautaires, coopératives, associations ou syndicats - permettrait un renforcement de leurs capacités de négociation avec les pouvoirs publics et les fournisseurs, un meilleur partage du savoir et de plus grandes viabilité et stabilité

© OIT/M. Crozet



Patient en cure au centre de désintoxication alcoolique de l'hôpital de Bangalore, Inde.

financière. Placer des systèmes de mutuelles volontaires sous la tutelle de l'Etat, comme une première étape vers une couverture obligatoire pour l'ensemble des travailleurs, une fois l'harmonisation établie entre les divers types de dispositifs et de contributeurs ; ou encore encourager la possibilité d'affiliation volontaire à des dispositifs statutaires obligatoires publics, constitueraient des avancées vers une uniformisation sous contrôle public. *In fine*,

l'instauration de systèmes universels de type mutualiste ne peut procéder d'une simple juxtaposition quantitative de dispositifs circonscrits: il repose nécessairement sur une décision politique, qui détermine un changement de nature de la protection sociale.

Le BIT insiste donc sur le rôle de l'Etat et la préservation de l'esprit et des grandes valeurs de la protection sociale telle qu'elle s'est érigée en système dans les pays européens et latino-américains, mais en reconnaît les limites. En effet, le principal obstacle auquel se heurte le BIT dans les pays les plus pauvres réside dans la faible capacité institutionnelle et financière de l'Etat, en particulier celle de collecter des taxes. C'est la raison pour laquelle, dans les pays les plus pauvres et peu institutionnalisés, le BIT poursuit une double orientation: soutenir la restructuration des systèmes de sécurité sociale et améliorer la qualité et l'étendue de leur couverture, mais aussi développer une culture d'assurance et de solidarité à l'égard de la protection contre les risques sociaux à l'échelle de communautés décentralisées. La méthode préconisée n'est pas statique: elle se doit de progresser vers une couverture universelle, comme on va le voir. A cet effet, le rôle de l'Etat est central: à part la fourniture directe de services, il peut encourager et soutenir les dispositifs, voire en fonder certains, établir des partenariats avec des groupes de la société civile, veiller à la capitalisation et la reproduction des expériences, promulguer des lois favorables et promouvoir la transparence et le respect de la loi, et organiser la formation. Il est aussi appelé à co-financer, ou subventionner, l'accès des groupes les plus pauvres et auto-employés, dont la capacité contributive est basse ou nulle, et pour lesquels aucun employeur ne peut être amené à verser de participation.

Il demeure que poser uniquement au niveau national l'échelle de l'universalité de la protection sociale ne saurait suffire: non seulement se pose le problème de l'exclusion fréquentes des migrants, clandestins, apatrides et réfugiés, mais la protection sociale doit aussi être affirmée comme un principe universaliste au niveau international. Le rôle des organisations internationales, comme instances légitimes superétatiques, est fondamental à cet égard.

3. L'appui du ministère français des Affaires étrangères au développement de la protection sociale dans les PED

La France a soutenu depuis longtemps le développement de la protection sociale dans les PED et l'a fait en faisant référence aux valeurs qui la sous-tendent. Son action s'est d'abord inscrite dans la promotion d'une approche bismarckienne, avec laquelle elle était familiarisée. Ainsi la notion de solidarité a été conçue comme devant respecter un double impératif: prestations ajustées aux besoins individuels et cotisations définies en proportion des ressources de chacun. Logiquement la mutualisation des risques réalisée par les techniques d'assurance était valorisée, pourvu que l'assurance eût un caractère social. La notion d'équité était inscrite dans la possibilité de redistribution verticale des régimes. L'universalité était un objectif légitime et la protection sociale devait couvrir la plupart des risques sociaux, en particulier ceux qui étaient attachés au travail.

L'appui donné à la construction de régimes de Sécurité sociale dans plusieurs pays en développement accédant à l'indépendance, en Afrique de l'ouest et du centre surtout, a été l'expression la plus directe de cet engagement. Des caisses dédiées au service de prestations de retraite, de protection de la famille, de la couverture des maladies professionnelles et d'accidents du travail ont été créées avec le soutien de la Coopération française. Quelques régimes d'assurance maladie ont émergé dans ce contexte. Du point de vue technique, le souci de régulation et aussi de rapprochement des systèmes a justifié une vision régionale de la construction de la protection sociale, que la mise en place de la CIPRES a traduite en termes institutionnels. En même temps des accords de coopération en matière de protection sociale, destinés notamment à maintenir les droits des travailleurs en situation de mobilité ont été passés avec la plupart des pays.

L'évolution de la situation des PED et le constat de la difficulté d'étendre les systèmes de sécurité sociale a amené la France à modifier son approche. La politique sectorielle de la France comporte un volet «financement de la santé» lié notamment à l'apparition dans les années quatre-vingt de la réduction continue des budgets publics des PVD. L'une des conséquences directes du retrait de l'Etat avait été l'incapacité de délivrer aux malades les médicaments de base, qui a produit à la fois une baisse significative de l'accès aux formations de soins et l'émergence de pratiques illégales de tarification, dans un contexte de gratuité officielle. L'initiative de Bamako a été une réponse à cette évolution qu'elle a en partie enrayée. La disponibilité du médicament essentiel, associé au recouvrement de coûts et à l'implication des communautés dans la gestion courante des formations sanitaires a marqué un progrès par rapport à la situation antérieure.

Les limites et les inconvénients du recouvrement de coûts, notamment pour les populations les plus défavorisées, permettent de comprendre l'intérêt des services français pour les dispositifs alternatifs susceptibles d'abaisser



Symposium international sur la solidarité et la protection social dans les pays en voie de développement. Mme Mirai Chatterjee, SEWA.

la barrière financière d'accès aux soins et de rendre la demande solvable. L'appui au financement de la santé en général et aux mutuelles en particulier constitue une orientation forte de la politique du ministère des Affaires étrangères (MAE).

Dans un premier temps, et en particulier dans le domaine de la santé, le soutien à la création de mutuelles a été encouragé, avec un ciblage sur le monde rural et le secteur de l'économie informelle. En même temps, plusieurs réflexions ont été lancées sur l'extension des assurances sociales obligatoires sachant que ces initiatives sont limitées en raison de la non solvabilité des plus pauvres qui représentent souvent 70 à 80% de la population globale (secteurs rural et informel). On sait par ailleurs que les taux de pénétration des mutuelles, qui permettent de couvrir les plus démunis, ne dépasseront pas 30% de cette population si l'on fait référence aux projets qui ont obtenu les meilleures performances en matière d'adhésion (Bénin, Mali, Guinée forestière). Cette appréciation indique que les mutuelles peuvent contribuer à la couverture universelle, mais ne suffiront pas à l'atteindre.

L'assurance maladie est-elle souhaitable dans les pays de la ZSP?

- a) Elle est souhaitable en soi si elle permet de compléter la couverture des populations salariées du secteur formel qui sont par ailleurs couverts contre les autres risques de l'existence (sauf celui du chômage pour le secteur privé), mais si elle se limite à cette population (5 à 10% de la population totale selon les pays), elle peut apparaître régressive sauf à servir de point de départ pour une extension au reste de la population.
- b) Elle est souhaitable en termes d'équité si elle permet d'étendre la couverture aux populations qui ne peuvent actuellement pas payer les services de santé, de rendre plus équitables les systèmes de santé et ne se limite pas à une petite partie privilégiée de la population (les travailleurs du secteur formel).

Le point précédent est particulièrement important pour les pays pauvres, car une observation générale peut être faite: en moyenne, plus un pays est pauvre, plus ses habitants sont obligés de payer les soins de santé au moment où ils sont malades. Dans plus de 60% des pays avec un PNB par habitant inférieur à 1.000 dollars, les paiements par les usagers représentent plus de 40% de l'ensemble des dépenses de santé, alors que la majeure partie des pays au dessus de 1.000 dollars connaissent la situation inverse. On explique parfois ce phénomène par l'insuffisance des fonds publics, par la généralisation du système de Bamako (structures payantes) et par l'absence relative de mécanismes d'assurance. (...)

- c) Elle est souhaitable si elle permet d'apporter des ressources importantes et stables au système de santé.

Le besoin de ressources se fait particulièrement sentir dans les pays où les dépenses publiques de santé sont modestes et où la majeure partie de la population est trop pauvre pour faire face au risque santé sans une forme de solidarité sociale. En même temps, la mobilisation de ressources par l'assurance ne doit pas se faire au détriment d'investissements productifs fondamentaux et dans beaucoup de pays, les dépenses totales de santé doivent augmenter en même temps que les dépenses productives pour faire

passer les pays de spirales négatives à des dynamiques positives (santé-nutrition-productivité-revenu).

Elle est souhaitable enfin si elle peut réunir en sa faveur un relatif consensus des principaux acteurs concernés.

Le degré d'acceptabilité sera d'autant plus grand que le concept d'assurance maladie ne heurte pas de front la culture, les valeurs et les préoccupations des populations. Les populations doivent adhérer au mécanisme et croire à une amélioration de la qualité des prestations qui leur seront offertes. La dimension de l'engagement politique est dominante: l'Etat peut espérer favoriser la paix sociale à travers des actions de protection sociale en faveur des personnes pauvres et vulnérables. Les bailleurs peuvent profiter de la réforme de Sécurité sociale pour promouvoir des changements importants dans la politique de santé du pays. (...) ³⁴

L'appui du MAE à la protection sociale des PED tient compte des contraintes rencontrées pour favoriser l'accès à la protection sociale pour le plus grand nombre et notamment les plus démunis. L'appui aux mutuelles de santé s'inscrit dans un processus à moyen et long terme qui dépendra entre autres des choix politiques nationaux:

- a. la première vision consiste à considérer les mutuelles comme une étape dans la mise en place d'une assurance sociale nationale. Les mutuelles permettraient de populariser l'assurance, de former un ensemble de personnes qualifiées pour sa gestion, avant de passer à la généralisation du dispositif en posant un principe d'obligation. Cette vision des mutuelles a pour corollaire l'intérêt de l'Etat pour la promotion de ces organismes et la mise en place d'un suivi, dont les résultats seront utilisés le moment venu pour construire la couverture universelle. Un tel processus prend du temps, comme il en a pris au Nord, et une partie de la population risque de rester longtemps sans couverture.
- b. la seconde vision de la contribution des mutuelles à la couverture universelle est celle d'une couverture complémentaire, soit en termes de personnes, soit en termes de prestations. Elle se conçoit dans le cadre d'une architecture nationale qui serait éventuellement segmentée selon les catégories ou qui ne prévoirait qu'une couverture de base. La juxtaposition de l'assurance obligatoire pour le secteur formel – que le MAE soutient également dans le cadre de son appui aux mutuelles d'entreprises du secteur privé – de l'assurance volontaire pour le secteur informel relativement favorisé et de l'assistance pour les indigents constitue un modèle à priori assez séduisant, dans lequel la place des mutuelles est toute trouvée. Le problème de l'équité lié à la différence du montant des cotisations et donc des prestations selon les catégories socioprofessionnelles est évident et difficilement contournable à court terme. Le modèle alternatif est celui d'une couverture obligatoire pour tous, mélangeant des régimes contributifs et non contributifs, mais n'offrant que des prestations minimales pour tous.

34 Source: Fouirry, J.P., Prieur C., Delesvaux C. et Boyer S.

En tenant compte de ces différentes stratégies nationales, des évaluations des projets en cours ou achevés ont été capitalisées. De ce processus sont sortis un certain nombre de principes d'action. Si les valeurs attachées à la protection sociale sont restées la base de la coopération, une attitude plus pragmatique a été prônée, conduisant à ne pas privilégier un mode d'organisation et incitant les gouvernements à construire des politiques cohérentes coordonnant des formes différentes de couverture. L'appui aux mutuelles est resté important, mais sans être exclusif. Par ailleurs, la volonté de partenariat et le souci de réflexivité ont amené le MAE à nouer des collaborations techniques et à solliciter des experts, à promouvoir des réseaux d'opérateurs (RAMUS par exemple).

La démarche française a logiquement rejoint la récente mobilisation internationale en faveur de l'accentuation de la lutte contre la pauvreté. Ainsi le processus de réduction de la dette a été l'occasion d'accentuer et de formaliser la stratégie précédemment définie.

Le cadre de référence de l'action de la Direction générale de la coopération internationale et du développement en matière de renforcement de la protection sociale dans les pays de la zone prioritaire de solidarité se décline de la façon suivante³⁵. Le renforcement de la régulation sociale passe notamment par une protection sociale "élargie" englobant les populations des secteurs formel et informel. Il s'agit d'appuyer une protection sociale qui, au-delà de la couverture du risque santé, vise à prévenir les effets d'autres types de traumatismes (perte d'emploi, insuffisance de revenus, charges économiques liées aux handicaps et aux différentes obligations sociales et culturelles...). Cette vision de la protection sociale suppose des actions pour rétablir l'égalité des chances pour tous les individus et permettre à chacun de valoriser ses potentiels.

La protection sociale, moyen indispensable pour permettre un accès équitable aux services sociaux, est au centre des programmes d'action sur lesquels chacun des pays participant aux grandes conférences internationales s'est engagé.

Outre la nécessité de prendre en compte les systèmes de protection sociale mis en place dans l'informel qui permettent de désenclaver les populations exclues des systèmes institutionnels, il convient d'accompagner les initiatives destinées à relier les systèmes formels et informels de protection sociale.

Les axes opérationnels du MAE en matière de protection sociale :

- Renforcer dans les pays de la ZSP, la capacité de proposition des pouvoirs publics, en partenariat avec la société civile, de programmes de protection sociale;
- Renforcer les capacités de négociation de ces pays auprès de la communauté des bailleurs de fonds pour faire valoir leur point de vue et leurs intérêts dans ce domaine;
- Capitaliser et valoriser la recherche-action dans ce domaine en mobilisant les institutions françaises et les partenaires compétents des pays avec lesquels la France coopère. Pour la Direction de la coopération technique du MAE, la participation active des chercheurs et des professionnels de ces pays est une des conditions pour que cette recherche soit opérationnelle pour les pays en développement et qu'elle tienne compte des expériences diverses qui s'opèrent dans le secteur informel;

35 Source: Ministère des Affaires étrangères, 2002.

- Accompagner la mise en réseau des partenaires (gouvernementaux ou non) en vue d'identifier des projets pilotes, en fonction de priorités concertées;
- Monter des partenariats entre bailleurs dans le but de renforcer l'efficacité d'une action commune (BIT...);
- Appuyer les initiatives des pays partenaires visant à intégrer cette problématique dans leurs orientations politiques et en particulier dans le cadre de l'initiative;
- Développer des compétences nationales en matière d'appui et de gestion, grâce à des formations du type de celles qu'organisent le MAE et le programme STEP du BIT.

Dans ce contexte, le MAE reste attaché au maintien des valeurs et met l'accent sur le rôle particulier de l'Etat dans l'organisation et la régulation des systèmes. Cette spécificité le rapproche de partenaires comme certaines coopérations européennes (Belgique, Allemagne) ou le BIT. Il fait apparaître quelques divergences de vue avec d'autres. Néanmoins, sur le terrain, toutes les positions tendent le plus souvent à se rapprocher.

La France, en complétant l'allègement et l'annulation de dettes pour les pays très endettés par un outil spécifique, le contrat de désendettement et de développement, a conforté l'orientation vers la réaffectation par les pays bénéficiaires des ressources budgétaires ainsi dégagées vers les politiques sectorielles. Cet outil consiste en effet à reverser au pays bénéficiaire la dette qu'il a remboursée, afin qu'il l'affecte à des programmes participant à l'objectif de réduction de la pauvreté, notamment dans les domaines éducatifs, sanitaires et sociaux. Mais cette orientation ne prend vraiment son sens et ne donne sa mesure que si elle s'inscrit dans une véritable stratégie de développement. Cette analyse est désormais partagée par un nombre grandissant de partenaires du développement³⁶. Les contrats de désendettement et de développement sont complémentaires à la stratégie du MAE en matière de protection sociale dans la mesure où ils renforcent l'offre de soins par la réaffectation de fonds sur les politiques sectorielles de santé³⁷. L'appui aux mutuelles de santé ou aux systèmes d'assurance maladie obligatoire n'aurait qu'une portée limitée sans engagement sur l'amélioration de l'offre de soins.



© OIT/M. Crozet

Vendeuse à la sauvette devant le temple de Bahai, New Delhi, India.

36 Source: Discours d'ouverture au symposium de Turin de Madame Mireille Guigaz, Directrice du développement et de la coopération technique au ministère des Affaires étrangères.

37 Bolivie, Cameroun, Guinée Conakry, Mozambique, Ouganda.

CONCLUSION: VERS UN RENFORCEMENT DU PARTENARIAT MAE / BIT

Le MAE et le BIT considèrent que l'assurance maladie présente deux propriétés importantes qui justifient leur expansion dans les PED. Elle réalise la mutualisation du risque, qui permet à un bénéficiaire d'accéder à des soins dont le coût dépasse ses capacités financières individuelles. Elle tend à rassembler un nombre d'adhérents suffisamment important pour présenter une assise financière solide qui inciterait les formations sanitaires à contrôler leurs tarifs et la qualité de leur service, en vue de passer des contrats avec les organismes d'assurance.

Depuis 1999, la France a noué un partenariat privilégié avec le BIT, fondé sur la proximité des valeurs en matière de protection sociale, et sur le souci de s'appuyer sur l'expertise du BIT dans ce domaine. Ce partenariat, qui s'est déjà traduit par la mise en place de plusieurs expériences pilotes sur la protection sociale au Burkina Faso, en Ethiopie et au Vietnam, complète les projets spécifiquement bilatéraux que le MAE mène en matière d'appui aux mutuelles et d'appui au financement de la santé dans une dizaine de pays d'Afrique. Il sera complété en 2005 par un projet conjoint avec le BIT sur le VIH/SIDA en milieu de travail au Cameroun et au Tchad.

Dans le cadre de l'accord de partenariat entre la France et le BIT signé en novembre 2001, la Direction de la coopération technique du MAE s'est également engagée avec le BIT à appuyer les pays de l'UEMOA pour la mise en place d'un cadre juridique mutualiste destiné à la couverture du risque santé, proposition qui devra être validée in fine par l'UEMOA. L'objectif du projet, qui devrait démarrer en 2004, repose sur l'élaboration d'un cadre juridique régional et sur la définition d'un plan d'action engageant les pouvoirs publics des pays de l'UEMOA à l'adapter à leur propre législation.

D'autres initiatives intégrant la participation plus large d'autres bailleurs de fonds ont été engagées avec la participation du MAE et du BIT. Il s'agit notamment d'un groupe de travail en vue de la coordination stratégique de l'appui aux systèmes d'assurance maladie réunissant l'OMS, la Banque Mondiale, la GTZ, le BIT, le MAE et l'Agence Française de Développement (AFD). Ce groupe, né en 2003, a pour mission de favoriser l'harmonisation des politiques de chaque bailleur en la matière, ce qui devrait permettre de renforcer l'efficacité des actions de chaque institution. L'Union Européenne (UE) a également ouvert en 2003 un groupe de travail conduit par la GTZ sur les questions du financement équitable de la santé et des soins. Après avoir défini les valeurs communes aux membres de l'UE sur les questions de l'accès aux soins – équité, justice sociale, égalité, solidarité... - ce groupe de travail contribue à formuler une politique de la Commission Européenne en matière de financement équitable (Schwefel, 2004) qui servirait de référence pour la coopération des pays membres. L'OMS et le BIT ont également été invités à participer à ce groupe de travail.

L'ensemble de ces initiatives, on peut l'espérer, devrait à terme conduire à la mise en œuvre d'actions de plus en plus concertées dans le domaine de la protection sociale.

REFERENCES

- BIT, 2000. Rapport sur le travail dans le monde, 2000 : *Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en mutation*. (Genève : International Labour Office).
- Doryan Edoardo, Holzman Robert, Lau Jorgensen, Van Adams, Ruby Alan, Rutwoski Michal, Arriagada Ana-Maria, Tzannatos Zafiris & Zagha Roberto, 2001: *Social Protection Sector Strategy. From Safety net to springboard*. (Washington D.C : World Bank,).
- Dror, David M. ; Preker Alexander S., 2003: *Réassurance sociale: Stabiliser les micro-assurances dans les pays pauvres*. (Washington, D.C.: Banque Mondiale; Genève : International Labour Office).
- ESCAW, 2001: *Globalization and Labour Market in the ESCAW region*. (ESCAW).
- Fouirry J.P., Prieur C., Delesvaux C. et Boyer S., 2000: *Etude sur l'extension des assurances sociales obligatoires au risque maladie dans les pays de la zone de solidarité prioritaire, bilan et perspectives*. (Paris: Rapport final, CREDES, Ministère des Affaires étrangères, Direction générale de la Coopération internationale et du Développement).
- Holzmann, Robert; Sherburne-Benz Lynne; Tesliuc Emil, 2003: *Social Risk Management : The World Bank's Approach to Social Protection in a Globalizing World*. (Washington, D.C.: The World Bank. Social Protection Department), <http://www1.worldbank.org/sp/>.
- MAE- DGCID, 2002: *Note de stratégie sectorielle: le développement social en ZSP*. (Paris: Ministère des Affaires Etrangères. Direction générale de la coopération internationale et du développement).
- OIT, 2002. *Sécurité Sociale: un nouveau consensus*. (Conférence Internationale du Travail, 89ème session: 2001: Genève), (Genève: Bureau International du Travail).
- OPS/OIT., 2002: *Elargissement de la protection sociale en santé: Initiative conjointe de l'Organisation panaméricaine de la santé et de l'Organisation internationale du Travail*. (Washington D.C: 26ème Conférence sanitaire panaméricaine, 54ème Session du comité régional, Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation internationale du Travail)
- Reynaud, Emmanuel, 2002: *L'extension de la couverture de la sécurité sociale: L'approche du Bureau international du Travail, ESS, N 3* (Genève : Bureau international du Travail. Service Politiques et Développement de la Sécurité Sociale).
- Schwefel D, 2004: *Fair financing for health and health care*. (Paper compiled and prepared for discussion in the European Commission's Working Group on Fair Financing. Internal discussion paper commissioned By German Development Cooperation (GTZ)).
- Van Ginneken Wouter, 2003. *Extending social security: policies for developing countries, ESS, N 13* (Geneva :International Labour Office. Social Security Policy and Development branch).

ANNEXE 1: PROGRAMME

SYMPOSIUM INTERNATIONAL «SOLIDARITE ET PROTECTION SOCIALE DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT»

Centre international de Formation
de l'Organisation internationale du Travail
Turin, du 23 au 25 avril 2003

23 avril 2003

8h00: Enregistrement – Pavillon L

9h00: Ouverture officielle:

Mot de bienvenue par **M. Frans Lenglet**, Directeur du Département de la formation, Centre international de formation de l'OIT

Discours par **Mme Mireille Guigaz**, Directrice du Développement et de la coopération technique, Ministère français des Affaires étrangères

Discours par **M. François Trémeaud**, Directeur exécutif du BIT et Directeur du Centre international de formation du BIT

Mot de bienvenue par **Mme Mariangela Cotto**, Conseillère aux politiques sociales et de la famille, du bénévolat, des politiques de l'immigration et l'émigration, et des affaires internationales, Région Piémont

Mot de bienvenue par **Mme Maria Pia Brunato**, Conseillère aux politiques de solidarité sociale, de la jeunesse, de la santé et de l'égalité des chances, Province de Turin

10h00: Pause café

1ère Partie: Approches, Valeurs, Acteurs

10h30: **1er thème: Quelle protection sociale? L'impératif de solidarité, la conception d'une couverture universelle, les registres du droit**

Intervention de **M. Michel Laroque**, Inspecteur général des affaires sociales, Ministère français des Affaires sociales, du Travail et de la

Solidarité, ancien Directeur adjoint de la Sécurité sociale, Professeur associé à l'université de Paris I Sorbonne, suivie d'un débat.

2ème thème: La lutte contre la pauvreté, la vulnérabilité et la protection sociale

Intervention de **M. Bruno Lautier**, sociologue, Professeur à l'université de Paris I (Institut d'études du développement économique et social), suivie d'un débat.

Modératrice: **Mme Lucy apRoberts**, Chef du projet, l'Initiative de l'AISS, Association internationale de la sécurité sociale

12h30: Déjeuner

14h00: Suite de la 1ère partie, «Approches, valeurs, acteurs»

3ème thème: Les formes et les moyens de la protection sociale: équité, redistribution et efficience

Intervention de **M. François Bourguignon**, économiste, Directeur d'études à l'Ecole des hautes études en sciences sociales (Paris), suivie d'un débat .

4ème thème: Les acteurs de la protection sociale: Les rôles et l'articulation des acteurs étatiques et de la société civile

Intervention de **Dr. Jaime Z. Galvez Tan**, Vice-Président pour la recherche, Université des Philippines, Manille, suivie d'un débat.

Modérateur: **M. Serge Tomasi**, Sous-Directeur du développement social et de la coopération éducative, Ministère français des Affaires étrangères

16h00: Pause café

2ème Partie: Démarches et Pratiques

16h30: Présentation des positions des institutions du développement sur la protection sociale

Les interventions sont faites par:

- **M. Alexander S. Preker**, Développement des systèmes de santé, Banque mondiale
- **M. Azedine Ouerghi**, Programme de protection sociale, Institut de la Banque mondiale
- **M. Emmanuel Reynaud**, Chef du Service des politiques et développement de la sécurité sociale, Bureau International du Travail

Modératrice: **Mme Lieve Franssen**, Chef de l'Unité de développement social et humain, Commission européenne

24 avril 2003

9h00: Suite de la 2ème partie, «Démarches et pratiques»

Présentation du rôle des organisations de travailleurs et d'employeurs dans la protection sociale

Modérateur: **M. Michel Thierry**, Inspecteur général des affaires sociales, Ministère français des Affaires sociales, du Travail et de la Solidarité, Délégué adjoint de la France au Conseil d'administration de l'OIT

10h00: Pause café/Photo de groupe

10h30: Table ronde sur les démarches d'opérateurs

- **Mme Mirai Chatterjee**, Coordinatrice, Sécurité sociale, SEWA (Self-Employed Women's Association) en Inde
- **M. Carlos Galián**, Département des campagnes et études, OXFAM
- **Dr. Jean-Michel Lichtenberger**, Coordonnateur du projet, SIDA Solidarité, Société Health-cy

Modératrice: **Mme Ginette Forgues**, coordinatrice du programme STEP pour l'Asie du Sud, Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Asie du Sud

12h30: Déjeuner

14h00: Suite de la 2ème partie, «Démarches et pratiques»

Table ronde sur la diversité des réalités régionales, par:

- **M. Miloud Kaddar**, Chargé de programme à l'OMS, sur la situation des pays du Maghreb
- **M. George Kossaifi**, Spécialiste en développement humain au sein de la Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie Occidentale, sur la situation de la protection sociale et les perspectives au Moyen-Orient
- **M. Alain Letourmy**, Chercheur au Centre national de la recherche scientifique, sur l'expérience des mutuelles en Afrique de l'Ouest
- **M. Daniel Lopez Acuña**, Directeur du Bureau de gestion du programme de l'Organisation Panaméricaine de Santé (OPS), sur l'Initiative conjointe de l'OPS et de l'OIT en matière d'extension de la protection sociale en matière de santé en Amérique Latine et dans les Caraïbes
- **M. Pascal N'Diaye**, représentant de la «Concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique»

Modérateur **M. Moucharaf Paraiso**, Directeur du Bureau sous-régional de l'OIT pour le Sahel

- 15h30:** Pause café
- 16h00:** Débat sur les cinq présentations

25 avril 2003

3ème Partie: Synthèse, convergences et stratégies

- 9h00:** **Panel de discussion des invités des pays en voie de développement:** réactions aux débats du symposium en fonction de la situation de leur pays respectif, de leurs expériences et de leurs attentes en matière de protection sociale, présidé par Mme Mireille Guigaz, Directrice du développement et de la coopération technique au Ministère français des Affaires étrangères.
- 10h30:** Pause café
- 11h00:** **Synthèse des débats précédents et présentation,** par **Mme Blandine Destremau** et **M. Alain Letourmy**, Chercheurs au Centre national de la recherche scientifique, questions et défis émergeant des débats.
- 12h00:** **Bilan du symposium et perspectives** par le Ministère français des Affaires étrangères et le BIT, sur leurs propositions d'action dans le champ de la protection sociale et sur la coopération entre la France et l'OIT en ce domaine.
- Discours par **M. Serge Tomasi**, Sous-Directeur du développement social et de la coopération éducative, Ministère français des Affaires étrangères
- Discours par **M. Assane Diop**, Directeur exécutif du BIT, Secteur de la protection sociale, suivi d'une déclaration du BIT relative à la Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous.
- 12h30:** Clôture officielle, déjeuner

ANNEXE 2: DISCOURS D'OUVERTURE

Mme Mireille Guigaz

*Directrice du Développement et de la Coopération technique
au ministère des Affaires étrangères*

«Il me revient de tracer devant vous les principaux axes et les perspectives de ce symposium sur «la solidarité et la protection sociale dans les pays en voie de développement», qui commence ce matin.

C'est un moment privilégié que celui-ci, qui permet à chacun de nous de se soustraire à ses activités habituelles pour se poser les questions fondamentales qui rythmeront nos travaux.

La première question concerne le sens même de ce symposium: pourquoi la protection sociale? L'expression, a priori, paraît bien éloignée de la dure réalité que vivent les populations des pays en voie de développement; en réalité, la communauté internationale a pris conscience, depuis au moins une décennie, que la lutte contre la pauvreté et les inégalités était au cœur même du processus de développement, et non sa conséquence attendue ou sa finalité. Autrement dit, les inégalités extrêmes au sein des sociétés et la vulnérabilité face aux aléas de la vie minent tout processus de développement.

Voilà pourquoi la construction d'une protection sociale adéquate est une réponse à ces deux dangers majeurs en matière de développement, dès lors que cette protection sociale agit sur deux leviers, la couverture des risques d'une part, et la solidarité d'autre part.

La deuxième question concerne en effet la solidarité: il peut paraître étrange d'invoquer la solidarité alors même que ni le processus de développement, ni la réalisation de la protection sociale ne sont solidement établis. La notion de solidarité découle d'une question simple: comment remplir la fonction collective de la protection sociale? Dès lors que les mécanismes de marché ne peuvent, à eux seuls, assurer cette fonction, notamment parce qu'une large partie des populations des pays en voie de développement n'ont pas les moyens financiers d'y accéder, il convient de créer des mécanismes de substitution ou de complément au marché, qui soient viables.

De fait, il s'agit non d'une solidarité abstraite mais d'abord d'une mise en commun progressive des initiatives en tous genres qui tantôt viennent des populations elles-mêmes (par exemple à travers les mutuelles), tantôt résultent des politiques publiques, généralement dans le secteur formel. Ce processus peut s'appuyer sur des mécanismes de mutualisation des coûts, mais en leur donnant une assise sociale large, sans exclusive, où la redistribution vient compléter l'assurance.

En un mot, il s'agit de créer du bien-être en même temps que l'on crée de la richesse. C'est ici que le rôle de l'Etat prend toute son importance afin de réguler, de fédérer et d'amplifier les initiatives encore parcellaires.

Il s'agit, enfin, de s'inscrire dans la durée et notamment de mettre en œuvre la solidarité entre générations, afin que les périodes d'inactivité, notamment la retraite, ne se traduisent pas par une marginalisation accrue.

Ce symposium a en effet une ambition précise, celle de s'interroger simultanément sur les concepts et sur les processus, afin d'aboutir à des stratégies opérationnelles.

Il s'agit donc de passer en revue les objectifs opérationnels, les acteurs et les outils de la protection sociale.

S'interroger sur les objectifs de la protection sociale, c'est tout à la fois se pencher sur son étendue -autrement dit sur son universalité- et sur son contenu. Poser le problème de l'universalité, c'est aussi poser celui du mode de développement, sélectif ou au contraire mobilisateur. Quant au contenu, il s'agit de penser aux risques encourus par les gens dans leur santé, dans leur revenu d'activité, et dans leur vieillesse, en un mot à ce qui attend à leurs moyens d'existence et, ce faisant, à leur dignité.

S'interroger sur les acteurs, c'est avant tout refuser tout schéma institutionnel a priori, car les dernières décennies ont souvent montré l'inefficacité des mécanismes trop directement transposés des pays industrialisés.

S'interroger enfin sur les outils, c'est rechercher les bonnes combinaisons entre (i) les politiques publiques, à fondement contributif mais surtout redistributif, (ii) les mécanismes voulus et gérés par les populations elles-mêmes, si précieux pour construire le développement, et (iii) les interventions des partenaires du secteur privé.

Assurément dans ce vaste cadre de réflexion, la question de bon sens qui vient à l'esprit, avant toute autre, est celle des ressources financières; notre symposium entend aborder ce problème mais en ne lui conférant pas une acception purement financière. Je veux dire par là que les choix financiers doivent procéder d'une conception d'ensemble de la protection sociale, où l'analyse des expériences passées doit prendre sa place.

C'est ainsi qu'en matière de couverture de la santé, l'Afrique sub-saharienne est aujourd'hui caractérisée par l'approche découlant de ce que l'on a nommé «l'initiative de Bamako»: à la fin des années 80, face au déclin et à l'inefficacité des systèmes de santé publics centralisés, les pays africains ont défini des objectifs nouveaux, à savoir: le financement de paquets minimums d'activités comprenant notamment un programme élargi de vaccinations, la prise en charge des maladies les plus courantes et enfin les prestations liées à l'accouchement. Cette nouvelle approche s'appuyait notamment sur un système décentralisé de co-gestion et de co-financement communautaire impliquant une prise en charge plus importante par les usagers.

Cette approche semble avoir permis un rattrapage des pays dont la situation initiale était la moins bonne, notamment pour la couverture vaccinale, l'accès aux médicaments et surtout la réduction des disparités entre milieux urbains et ruraux. Mais le diagnostic est plus réservé quand on aborde les questions de l'équité et de la pérennité du système issu de l'initiative de Bamako. Il faudrait en effet aujourd'hui, pour conforter le système, poursuivre plusieurs objectifs complémentaires, à savoir: la solvabilisation de la demande, l'accroissement des ressources disponibles pour la santé, l'amélioration de la qualité des soins et la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux soins.

La situation est sensiblement différente dans les pays à revenu intermédiaire, notamment d'Amérique latine et d'Asie, qui se caractérisent généralement par une

couverture déjà avancée de parties plus ou moins importantes de la population. Là, il s'agit surtout de généraliser les systèmes de protection sociale, de rationaliser leur gestion et de s'interroger sur la part de solidarité, par l'impôt, à consacrer à la protection sociale.

La réponse à nombre de ces objectifs implique directement les bailleurs de fonds. Aussi bien, à l'issue de ce symposium, nous essaierons de mieux comprendre la position des différents partenaires du développement sur la protection sociale. C'est ainsi que la Banque mondiale, le BIT, des acteurs publics et privés et des organisations représentant la société civile, venus de tous les continents, expliqueront leur approche et leur expérience. Ces différentes expériences se veulent par ailleurs représentatives de différents stades de développement, allant ainsi de l'Amérique latine au Moyen-Orient, et de l'Afrique à l'Asie du Sud-est.

Pour sa part la France a noué, depuis 1999, un partenariat privilégié avec le Bureau international du travail, fondé sur la proximité des valeurs en matière de protection sociale, et sur le souci de s'appuyer sur l'expertise du BIT en ce domaine.

Ce partenariat, qui s'est déjà traduit par la mise en place de plusieurs expériences pilotes sur la protection sociale au Burkina Faso, en Ethiopie et au Vietnam en partenariat avec le BIT, complète les projets spécifiquement bilatéraux que le ministère français des Affaires étrangères mène en matière d'appui aux mutuelles et d'appui au financement de la santé en Afrique. Il sera très bientôt complété par un projet conjoint avec le BIT sur le SIDA en milieu de travail.

Il s'agit naturellement d'un partenariat ouvert, dont la vocation est de s'inscrire dans un mouvement plus vaste, à la fois entre institutions internationales du développement, et avec les pays en voie de développement. Il est encourageant de noter à cet égard que la réflexion et l'action récente en matière de lutte contre la pauvreté s'enrichissent désormais de composantes sociales; cette évolution est davantage qu'une simple coloration mais elle n'est pas encore devenue un fondement indiscutable.

La France, en complétant l'allègement et l'annulation de dettes pour les pays très endettés par un outil spécifique, le contrat de désendettement et de développement, a conforté l'orientation vers la réaffectation par les pays bénéficiaires des ressources budgétaires ainsi dégagées vers les secteurs sociaux. Cet outil consiste en effet à reverser au pays bénéficiaire la dette qu'il a remboursée, afin qu'il l'affecte à des programmes éducatifs, sanitaires et sociaux. Mais cette orientation ne prend vraiment son sens et ne donne sa mesure que si elle s'inscrit dans une véritable stratégie de développement. Cette analyse est désormais partagée par un nombre grandissant de partenaires du développement.

Nos débats sur la protection sociale n'auront donc pas vocation à demeurer une réflexion spécifique mais au contraire à s'inscrire dans un courant doctrinal et opérationnel le plus ouvert possible».

ANNEXE 3: CONTRIBUTIONS

UNE PROTECTION SOCIALE MUTUALISTE ET UNIVERSELLE: LA CONDITION DE L'EFFICACITÉ DE LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ EN AMÉRIQUE LATINE

M. Bruno Lautier

Sociologue, Professeur à l'Université de Paris I

Si la stabilisation macro-économique, la réduction de l'inégalité des revenus primaires et le développement de la demande interne sont des conditions nécessaires de la réduction de la pauvreté en Amérique latine, elles n'en sont pas les conditions suffisantes. Elles tracent le cadre de l'émergence d'une véritable sécurité (sociale), elles n'en donnent pas le contenu. Par ailleurs, des politiques sociales efficaces pour lutter contre la pauvreté ne peuvent se limiter à ce qui est actuellement dénommé «politiques de lutte contre la pauvreté». Celles-ci peuvent en effet être définies comme des politiques de compensation partielle de l'échec des politiques sociales; faute de s'attaquer aux causes sociales de la pauvreté, elles en reproduisent sans cesse les conditions d'émergence. La «lutte focalisée contre la pauvreté» est fréquemment un alibi pour justifier le démantèlement des politiques sociales (tant pour des raisons de limitation des ressources disponibles que pour des raisons politiques, à savoir que les aides ne vont pas aux plus pauvres). Mais, ce faisant, ce démantèlement accroît rapidement la vulnérabilité non seulement de ceux qui ne sont pas les «cibles» des politiques d'assistance, mais aussi de ces derniers eux-mêmes. De plus, le caractère largement procyclique de ces politiques «focalisées», et leur faible poids financier, tendent à accentuer l'instabilité de la demande interne. Et, de ce fait (il ne s'agit pas d'un effet pervers, mais d'une conséquence logique), la lutte contre la pauvreté accroît la vulnérabilité et la pauvreté. Enfin, les politiques «focalisées» échouent toutes dans leurs tentatives de fonder des droits sociaux, et donc les conditions d'exercice de la citoyenneté. Ces conditions ne peuvent émerger que dans le cadre d'une protection sociale fondée sur le «principe mutualiste»; c'est-à-dire que les droits sociaux ont pour contrepartie des contributions (même très faibles) de tous les assurés, qui permettent de fonder politiquement l'indépendance financière de la protection sociale, son unification institutionnelle, et les mécanismes de transferts redistributeurs que ces dernières permettent.

Cette argumentation est développée en quatre points; au cours de cette argumentation, six «propositions normatives» sont faites.

A. Le premier point est une remise en cause des analyses néo-libérales dominantes de «l'échec» des politiques sociales latino-américaines mises en place durant les années 1940.

Ces analyses mettent en avant le fait que les différents pays d'Amérique latine auraient «imité» les systèmes européens, fondés sur le principe mutualiste (défini comme reposant sur la socialisation obligatoire d'une partie du salaire et une tendance continue à l'universalisation), alors que les conditions économiques et politiques étaient totalement différentes.

Le caractère paradoxal des propositions et mesures libérales sur la protection sociale provient d'abord de ce qu'on a accusé les systèmes mutualistes de protection sociale d'engendrer de la pauvreté en Amérique latine, alors que c'est précisément le fait qu'ils n'étaient pas mutualistes qui a engendré le développement de la pauvreté. Ceci mène à une première proposition normative: le premier critère pour juger de l'efficacité potentielle d'une mesure de politique sociale en matière de lutte contre la pauvreté est de savoir si elle constitue une avancée dans la mise en œuvre du principe de mutualisation ou non. Il apparaît vite que la plupart de politiques «ciblées» d'aide aux pauvres sont de ce point de vue des politiques régressives. En effet, les politiques «ciblées» s'adressent principalement, sinon uniquement, à des inactifs (plus ou moins «inemployables»); de plus, le nombre et le volume des aides décroît en général dans les périodes de récession. A l'inverse le nombre de personnes assurées baisse de façon continue. Il se crée alors un «no man's land», ni assuré, ni assisté, où dominant non pas les inactifs, mais les «working poor» (dont la protection a, historiquement, été à l'origine des politiques sociales).

Les gouvernements latino-américains des années 1940-50 se sont appuyés sur un schéma théorique extrêmement proche de celui qui avait guidé les gouvernements européens. Ce schéma peut être résumé très simplement: a) les ressources permettant la couverture mutuelle des risques sociaux forment une partie du salaire; le problème financier de la protection sociale est donc d'abord un problème de décision politique, à savoir imposer cette socialisation partielle du salaire. b) trois variables déterminent le niveau de ces ressources et leur évolution: l'évolution du nombre des salariés, l'évolution du niveau des salaires et la part du salaire qui est socialisée; c) l'évolution relative des trois variables la plus probable est celle-ci: le nombre des salariés croît vite dans un premier temps, moins vite ensuite; la croissance des salaires est régulière et auto-entretenu; la part socialisée du salaire est régulièrement croissante. Contrairement au leitmotiv des analyses néo-libérales, cette conception de la protection sociale n'était pas plus «irréaliste» en Argentine ou au Mexique qu'en France ou en Suède. Toute mise en place d'un système de protection sociale repose sur un «pari» politique, et donc sur une capacité forte d'autonomie du politique. Historiquement, la protection sociale produit un consensus politique, mais elle ne repose jamais sur un consensus préalable, et cela a été vrai des deux côtés de l'Atlantique. Par contre, il est vrai que le facteur politique a joué de façon très différente en Amérique latine et en Europe. La pensée libérale accorde une importance déterminante à ce facteur politique; elle identifie deux «vices» des systèmes latino-américains: le corporatisme et le populisme. Le premier point de cette partie montre qu'il n'existe pas de «vice constitutif» des systèmes latino-américains de protection sociale, qui rendrait impossible à priori l'émergence de systèmes analogues à

ceux qu'on connaît en Europe occidentale. Par contre, il y a des histoires très différentes de celles de l'Europe, qui ont amené le « blocage » de l'avancée vers la généralisation de la mise en œuvre du principe mutualiste.

B. Le second point concerne les causes de la non-mise en œuvre et de la disparition du principe mutualiste dans la protection sociale en Amérique latine

Tout d'abord est réfuté l'argument classique selon lequel cette non-mise en œuvre est essentiellement due au développement de « l'informalité » (l'emploi indépendant ou de l'emploi dans des micro-entreprises). Cet argument a deux aspects; le premier est « technique »: sous-équipement de l'administration, difficulté à repérer et poursuivre les non-payeurs; mais le problème technique a toujours trouvé des solutions techniques quand une volonté politique a existé. Le deuxième aspect est politique et idéologique: il est très difficile d'imposer à des indépendants et petits patrons à bas revenus le paiement de taxes et cotisations dont ils ne voient pas quel avantage ils en retireraient. Mais alors il ne s'agit pas d'un refus a priori de la protection sociale, mais du refus d'un système qui serait perçu par les « informels » comme contre-redistributeur.

Les causes principales de la non-généralisation du principe mutualiste sont les trois suivantes:

- 1) l'importante et croissante hiérarchie des salaires. Cette hiérarchie (outre ses effets sur la demande interne) a pour conséquence de rendre quasi-nulle la capacité contributive des salariés proches du salaire minimum, et surtout de pousser les couches élevées du salariat vers des systèmes de protection à « mutualisme restreint », généralement privés, tant les effets redistributeurs du mutualisme généralisé apparaissent en leur défaveur. D'où une deuxième proposition normative: le développement du principe mutualiste suppose tout d'abord une forte réduction de la hiérarchie des salaires (avant même de s'attaquer au problème de la contribution des non-salariés). Celle-ci aurait pour implication première de renverser (ou au moins d'affaiblir) un système d'alliances politiques entre niveaux supérieurs du salariat et « couches moyennes non-salariées ».
- 2) la redistribution très inégale des gains de productivité. L'affectation des gains de productivité au financement de la protection sociale a toujours été purement résiduelle en Amérique latine, contrairement à l'Europe. Quand ces gains ont été forts, partout, ils ont certes été affectés à la protection sociale, mais d'une façon très précaire et réversible, du fait de la non-séparation du budget de l'Etat et du budget social. D'autre part, de nombreuses prestations et cotisations ne sont pas proportionnées à la totalité du salaire, mais au salaire minimum. Le fait d'utiliser la manipulation monétaire pour réduire le salaire minimum –qui est très imparfaitement indexé sur l'inflation- a souvent comme conséquence une baisse des cotisations et des prestations sociales de base. Ceci vient appuyer une troisième proposition normative, selon laquelle un point-clé de toute politique de réduction de la vulnérabilité est d'une part d'instaurer une réelle séparation entre le « budget social de la Nation » et le « budget général de la Nation », et d'autre part de doter le premier de mécanismes d'indexation monétaire spécifiques.

- 3) Le fait que l'extension du salariat se soit faite sans extension proportionnelle de la base contributive.

Plus que la croissance du «secteur informel», au sens classique, les années 1990 ont été marquées par «l'informalisation du salariat». Celle-ci s'est accompagnée (contrairement au cas européen) de la «déconnexion» entre croissance du salariat et croissance des contributions sociales, qui est le phénomène majeur de la phase récente de précarisation/flexibilisation. L'informalisation du salariat n'est pas seulement une réaction «technique» à des chocs conjoncturels ou des phases brutales d'ajustement, mais une tendance longue et lourde. La plus immédiate des conséquences de cette «informalisation du formel» est une conséquence financière. Cette conséquence financière devrait a priori être faible: les travailleurs salariés «informalisés», certes, ne cotisent pas (ou plutôt: leurs employeurs ne cotisent pas, ne paient pas la part socialisée du salaire); mais ils ne touchent pas non plus de prestations. Mais cette neutralité financière est en partie illusoire: malgré la faible qualité des soins des régimes de santé de base, malgré le faible niveau des retraites de base, les salariés «informalisés» y ont accès. L'informalisation du formel produit alors un report (même à coût moindre) du système mutualiste de protection vers le budget général de l'Etat, et contribue à sa crise financière.

D'où l'on peut faire une quatrième proposition normative: la déconnexion entre les mesures réglementaires facilitant la flexibilisation de l'usage du travail, et celles qui instaurent l'exonération du paiement des cotisations des charges sociales. Le dégrèvement des cotisations sociales peut être légitime (zones franches etc.), mais il doit être compensé par une dotation budgétaire, tout en maintenant, évidemment, les droits sociaux des salariés.

C. Des statuts dans l'emploi aux circuits de mobilité

La cohérence des systèmes d'emploi latino-américains provenait, jusque vers 1990, de mécanismes de mobilité sociale qui (même quand il s'agissait de mobilité entre les statuts «formels» et «informels», était globalement un mobilité ascendante. Dès les années 1992-96, le «blocage» de cette mobilité –même différée- se confirme. Non pas que les salariés «informels» (précaires et sans droits sociaux) d'une part, ou les non-salariés sans capital de départ restent de façon durable dans leur emploi; au contraire, ils «tournent» de plus en plus vite, entre emplois salariés précaires, ou non-salariés précaires, et entre ces deux types d'emploi. Mais la mobilité ascendante vers l'emploi salarié stabilisé et pourvu de droits, ou vers l'emploi de micro-entrepreneur, se raréfie. L'espoir d'être inscrit dans un système de droits sociaux contributifs s'éloigne au fur et à mesure que les perspectives d'emploi stabilisé diminuent. D'un autre côté, les salariés «non-précaires» ont vu leur nombre se réduire à la suite de divers phénomènes (privatisations; accroissement de la part de la main d'œuvre «extériorisée juridiquement»). Les travailleurs sont de plus en plus enfermés dans des «circuits de mobilité», entre emplois précaires d'un côté, «entre emplois stables» de l'autre.

Ceci rend impossible toute politique visant à attaquer la question de la protection sociale «au cas par cas», catégorie par catégorie. Au pôle inférieur, aucun système de protection

sociale propre à un circuit ne peut être mis en place: d'une part la capacité contributive est faible; d'autre part les «circuits» sont mal connus, et sont souvent «ouverts vers le bas», c'est-à-dire que les phénomènes de déclassement social se multiplient. C'est la majorité des personnes actives et leurs familles, qui sont dans une situation indécise: ils ne participent pas à un système mutualiste, puisqu'ils ne contribuent pas ou très peu au financement de la protection sociale. Ils ne sont pas «aidés», puisqu'ils échappent aux politiques «ciblées». Ils relèvent alors d'une «solidarité nationale» très inefficace. D'autre part, les salariés stabilisés, et à revenu relativement haut, revendiquent des caisses de sécurité sociale séparées (avec transférabilité des droits d'un emploi à l'autre).

Ceci mène à la cinquième proposition normative: la restauration d'un système de protection sociale de type mutualiste contributif doit être immédiatement «universelle», c'est-à-dire couvrir tous les actifs, qu'ils soient salariés ou non à un moment donné, et quel que soit le circuit de mobilité où ils se situent. Cela ne signifie pas que les taux de cotisation doivent être identiques pour tous, bien au contraire; mais cela signifie que tous les affiliés au système cotisent, et que tous sont détenteurs de droits sociaux, (dont une typologie est précisée dans le texte). En complément vient la sixième proposition normative: tout «droit social» n'existe que s'il y a une contrepartie identifiable. Autrement dit, les droits sociaux ne sont pas «octroyés», ils ne sont pas une faveur, et ne sont donc pas susceptibles de distribution clientélaire.

Il est en effet nécessaire que toute personne assurée cotise, même si les contributions de certaines catégories sont très inférieures aux prestations qu'elles perçoivent (-comme la montre la réforme de l'assurance-maladie en Colombie depuis 1993). D'un autre côté, il est nécessaire que les organismes de protection sociale soient centralisés, pour que les transferts entre catégories (qui correspondent à des «circuits de mobilité») puissent être organisés.

Techniquement, la solution existe: fixer des «assiettes» de cotisation forfaitaires relativement basses (pour éviter les «fuites»), mais néanmoins réelles, pour que l'existence de «droits sociaux avec contrepartie» puisse être politiquement affirmée. Mais tout cela repose sur deux conditions d'une importance politique majeure.

La première est que les employeurs des salariés précaires cotisent, ce qui ramène au problème de l'effectivité du Droit social en Amérique latine. La deuxième condition est qu'on puisse «convaincre» les non-salariés à bas revenus de cotiser, même faiblement, c'est-à-dire qu'on puisse les persuader -sur des bases objectives- qu'ils accumulent des droits transférables au cours de leurs trajectoires de mobilité. La mise en évidence de cet «avantage» qu'il y a à cotiser, dans une conjoncture de forte hausse des bas revenus, peut donner la capacité politique d'intégrer très rapidement la majorité des «non-protégés» actuels dans un tel système mutualiste. La difficulté politique majeure est à l'autre bout de l'échelle, dans la nécessité de convaincre ou d'obliger les couches supérieures du salariat d'accepter d'être intégrées dans un système mutualiste unique. Il s'agit donc d'une part de montrer qu'un système mutualiste généralisé est plus efficace qu'un ensemble éclaté de systèmes d'assurances privées; d'autre part de montrer aux catégories «perdantes» à court terme qu'elles peuvent également avoir intérêt à long terme à l'établissement d'un tel principe mutualiste universel, du fait de ses effets productifs.

D. Les «politiques ciblées» et leurs impasses

Les politiques "ciblées" en faveur des plus pauvres doivent être jugées selon le critère de savoir si elles contribuent à la mise en place de politiques mutualistes universalistes. Les politiques ciblées sont toujours mises en œuvre trop tard si on y voit des politiques «curatives»; si on définit la vulnérabilité comme la probabilité d'être la victime de «risques», les politiques ciblées ne réduisent la vulnérabilité que si elles s'adressent à une population entière avant que le risque soit effectif (si elles sont «préventives»). Autrement dit, le problème est celui du repérage de la vulnérabilité ex ante. Mais on entre alors dans un dilemme sans issue:

- soit on définit une catégorie très large de population; on l'inscrit alors dans des mécanismes d'assurance (quasi) gratuits, ou encore on fait vers elle un transfert constant de revenu. On réduit effectivement la vulnérabilité, mais à un coût élevé et en sortant de fait de la logique idéologique du «ciblage».
- soit on définit des conditions plus précises en essayant de limiter les effets pervers du «ciblage» (clientélisme, détournements etc.). Mais alors l'impact sur la pauvreté tend vers zéro.

On en arrive à cette conclusion paradoxale que les plus efficaces des «safety nets» ne sont en fait que très peu «ciblés», et que les mécanismes les plus efficaces de réduction de la vulnérabilité se rapprochent de très près des mécanismes assurantiels mutualistes «classiques» dominant en Europe occidentale.

Le débat sur les politiques «ciblées» devient un faux débat; il existe un ensemble de politiques publiques qualitativement différentes, dont une brève typologie est présentée:

- 1) les politiques semi-universalistes non-conditionnelles de hausse des bas revenu (par exemple: le doublement des retraites rurales au Brésil en 1993)
- 2) les politiques universalistes de couverture des risques, mais avec contribution d'une partie seulement de la population (par exemple: la réforme de l'assurance-maladie en Colombie en 1993).
- 3) les politiques conditionnelles de hausse du revenu, à ciblage sur des catégories et non des individus (par exemple: Progresa, au Mexique)
- 4) les politiques à fort ciblage visant à accroître les capacités d'accès au marché (par exemple: politiques de micro-crédit au Pérou).
- 5) les politiques à fort ciblage en vue de diminuer la vulnérabilité et la pauvreté (par exemple: la loi sur l'assistance de décembre. 1993 au Brésil).
- 6) les politiques qui mélangent aspects «sociaux» et aspects de «développement local» (par exemple, le Pronasol au Mexique).
- 7) les politiques favorisant le développement de mécanismes de protection à fort degré de «mutualisme rétreint, corporatiste et privé» (plans de retraites catégoriels ou plans de santé relevant d'assurances privées). Il s'agit là de politiques ciblées non pas sur les pauvres, mais sur les non-pauvres.

A l'heure actuelle (fin 2002), ce sont bien les politiques mises en œuvre par les gouvernements libéraux des années 1990 qui non seulement montrent des signes de faillite pratique (la pauvreté s'accroît, les inégalités face à la vulnérabilité également),

mais qui également montrent leur incohérence théorique, sinon le faible niveau de connaissance empirique et de simple bon sens des discours qui les ont organisées. Ceci dit, c'est bien un travail de reconstruction complète qui s'annonce. En tout état de cause, les propositions qui précèdent ne sauraient être évacuées au nom de ce qu'elles seraient «utopiques». Elles sont la seule forme de réalisme possible, pour peu qu'on en précise les conditions.

NOUVEAU CONSENSUS INTERNATIONAL SUR LA SECURITE SOCIALE

M. Emmanuel Reynaud

*Chef du Service des Politiques et de Développement
de la Sécurité sociale, BIT*

La sécurité sociale est présentée dans les accords internationaux comme un droit universel de l'être humain. Pourtant, seule une personne sur cinq dans le monde bénéficie d'une couverture adéquate et plus de la moitié de la population mondiale n'a aucune protection sociale. En juin 2001, lors de la 89^e session de la Conférence internationale du Travail, les gouvernements, les employeurs et les travailleurs sont parvenus à un nouveau consensus sur la sécurité sociale. Ils sont convenus que priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur. Ils ont défini les principes de base pour guider la mise en œuvre de cette priorité et ont appelé le Bureau international du Travail à lancer une vaste campagne pour promouvoir l'extension de la couverture de la sécurité sociale.

Principes de base pour l'extension de la sécurité sociale

- 1) La sécurité sociale est très importante pour le bien-être des travailleurs, de leurs familles et de la collectivité tout entière.** C'est un droit fondamental de l'être humain et un instrument essentiel de cohésion sociale, qui par là même concourt à la paix et à l'insertion sociales. Composante indispensable de la politique sociale, elle joue un rôle capital dans la prévention et la lutte contre la pauvreté. En favorisant la solidarité nationale et le partage équitable des charges, la sécurité sociale peut contribuer à la dignité humaine, à l'équité et à la justice sociale. Elle est importante également pour l'intégration, la participation des citoyens et le développement de la démocratie. Si elle est bien gérée, la sécurité sociale favorise la productivité en assurant des soins de santé, une sécurité du revenu et des services sociaux. Associée à une économie en expansion et à des politiques actives du marché du travail, elle est un instrument de développement économique et social durable. Elle facilite les changements structurels et technologiques qui exigent une main-d'œuvre adaptable et mobile. Il est à noter que si elle représente un coût pour les entreprises la sécurité sociale est également un investissement dans l'être humain ou un soutien à celui-ci. Dans le contexte de la mondialisation et des politiques d'ajustement structurel, la sécurité sociale devient plus que jamais nécessaire.
- 2) Il n'y a pas, en matière de sécurité sociale, de modèle unique exemplaire.** Celle-ci croît et évolue avec le temps. Divers régimes existent: assistance sociale, régimes universels, assurance sociale et dispositifs publics ou privés. Il incombe à chaque société de déterminer la meilleure manière d'assurer la sécurité du revenu et l'accès aux soins de santé. Ce choix est le reflet de ses

valeurs culturelles et sociales, de son histoire, de ses institutions et de son niveau de développement économique. C'est à l'Etat que revient en priorité le rôle de favoriser, d'améliorer et d'étendre la couverture de la sécurité sociale. Tous les systèmes devraient se conformer à certains principes de base. En particulier, les prestations devraient être sûres et non discriminatoires; les régimes devraient être gérés avec rigueur et transparence, engendrer des coûts administratifs les plus faibles possible et accorder un rôle important aux partenaires sociaux. La confiance qu'ils inspirent à la population est un facteur déterminant de leur réussite. Pour établir cette confiance, une bonne gouvernance est indispensable.

- 3) *Priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur.*** Dans nombre de pays, il s'agit des salariés des petits établissements, des travailleurs indépendants, des travailleurs migrants et des personnes occupées dans l'économie informelle, dont beaucoup sont des femmes. Quand la couverture ne peut être accordée immédiatement à ces groupes, on pourrait introduire des mécanismes d'assurance – le cas échéant sur une base volontaire – ou d'autres mesures telles que l'assistance sociale, puis les étendre et les intégrer au système de sécurité sociale à un stade ultérieur, une fois que l'intérêt des prestations a été démontré et que cela est économiquement viable. Certains groupes ont des besoins différents, d'autres ont une capacité contributive très réduite. Pour que l'extension de la sécurité sociale soit une réussite, ces différences doivent être prises en compte. Il faudrait également explorer de manière rigoureuse le potentiel de la microassurance: quand bien même elle ne peut être la base d'un système complet de sécurité sociale, elle peut constituer une première étape utile, notamment pour répondre à l'urgente nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé. Les politiques et initiatives relatives à l'extension de la couverture doivent s'inscrire dans le contexte d'une stratégie nationale intégrée de sécurité sociale.
- 4) *Le principal défi que pose l'économie informelle est celui de son intégration dans l'économie formelle.*** C'est une question d'équité et de solidarité sociale. Les politiques mises en œuvre doivent encourager les mouvements vers l'économie formelle. C'est à la société dans son ensemble qu'il incombe de financer le soutien apporté aux groupes vulnérables de l'économie informelle.
- 5) *La sécurité sociale devrait se fonder sur le principe de l'égalité entre hommes et femmes et le promouvoir.*** Cela suppose non seulement l'égalité de traitement des hommes et des femmes se trouvant dans des situations identiques ou similaires, mais aussi des mesures qui garantissent des résultats équitables pour les femmes. La société tire grand bénéfice des soins non rémunérés que les femmes en particulier dispensent aux membres de leur famille - enfants, parents, personnes handicapées. Les femmes ne doivent pas être ultérieurement pénalisées pour cette contribution faite à l'âge actif. Celui des deux parents qui s'occupe des enfants devrait bénéficier des prestations de la sécurité sociale correspondantes. En outre, chaque société devrait envisager d'instituer une discrimination positive en faveur des femmes lorsqu'elles font l'objet d'une discrimination systémique. Les mesures qui facilitent l'accès des femmes à

l'emploi renforceront la tendance à garantir aux femmes une protection sociale à titre personnel, et non en tant que personnes à charge.

- 6) La sécurité sociale couvre les soins de santé et les prestations familiales et garantit la sécurité du revenu** en cas d'éventualités telles que maladie, chômage, vieillesse, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, maternité et perte du soutien de famille. Il n'est pas toujours nécessaire, ni même dans certains cas possible, de prévoir la même gamme de prestations pour toutes les catégories de personnes. Toutefois, les systèmes de sécurité sociale évoluent avec le temps et peuvent devenir plus complets quant aux catégories protégées et à l'éventail de prestations servies, à mesure que la situation nationale le permet. Lorsque la capacité de financer la sécurité sociale est limitée, que ce soit par le biais des recettes fiscales générales ou de cotisations, – et notamment lorsqu'il n'y a pas d'employeur pour payer une partie de la cotisation – priorité devrait d'abord être donnée aux besoins jugés les plus pressants par les groupes concernés.
- 7) Dans le cadre des principes de base exposés précédemment, chaque pays devrait définir une stratégie nationale pour atteindre l'objectif de la sécurité sociale pour tous.** Celle-ci devrait être étroitement liée à la stratégie qu'il a adoptée en matière d'emploi et à ses autres politiques sociales. Des programmes ciblés d'assistance sociale pourraient constituer un moyen d'amorcer l'introduction de la sécurité sociale pour les groupes exclus. Les recettes publiques des pays en développement étant limitées, il peut se révéler nécessaire de diversifier les sources de financement de la sécurité sociale, en prévoyant par exemple un financement tripartite. Dans la mesure du possible, l'Etat pourrait prendre à sa charge les coûts de démarrage, fournir des apports en nature – installations et équipements – ou un appui aux groupes à faible revenu. Le dialogue social est nécessaire pour assurer l'efficacité des initiatives visant à instituer ou à étendre la sécurité sociale. En cas de modification des systèmes établis de sécurité sociale, il faudrait prévoir une protection suffisante des bénéficiaires existants. Il faut encourager la mise en place de régimes pilotes novateurs. Des recherches bien conçues et d'un bon rapport coût-efficacité sont nécessaires pour pouvoir procéder à des évaluations objectives de ces régimes. Il convient de prévoir des recherches et une assistance technique en vue d'améliorer la gouvernance des systèmes.

Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous

En réponse à la requête de la Conférence internationale du Travail, le BIT a conçu une campagne mondiale dont l'objectif global est d'étendre la sécurité sociale à ceux qui ne sont pas couverts et d'assurer à tous l'accès aux soins de santé et la sécurité du revenu. Cette campagne prévoit de mettre en œuvre et de combiner trois modes d'action complémentaires :

Améliorer la compréhension globale de la sécurité sociale...

- Réaliser des recherches sur l'extension de la sécurité sociale
- Analyser et diffuser les meilleures pratiques à l'échelle mondiale
- Contribuer à une meilleure compréhension des besoins en sécurité sociale non satisfaits
- Développer de nouveaux mécanismes pour assurer une couverture aux travailleurs de l'économie informelle
- Elaborer des lignes directrices pour étendre la sécurité sociale

Parvenir à des améliorations concrètes de la couverture sociale...

Le BIT a lancé des projets d'assistance technique en matière de sécurité sociale dans plus de 30 pays. Ces activités comprennent les éléments suivants:

- diagnostic des besoins en sécurité sociale non satisfaits et élaboration des moyens d'y faire face
- formation des acteurs concernés et discussions sur les politiques à suivre
- renforcement des institutions et du dialogue social
- élaboration et mise en œuvre de plans d'action
- création de réseaux de personnes et d'institutions soutenant la démarche
- contrôle et évaluation des résultats

Sensibiliser et mobiliser les principaux acteurs...

- Gouvernements et organisations d'employeurs et de travailleurs
- Institutions de sécurité sociale et organisations de la société civile
- Organisations internationales et gouvernements donateurs

La campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous fournit un cadre intégrateur pour l'ensemble des activités du BIT en matière de sécurité sociale. Elle va permettre de mieux focaliser les interventions dans ce domaine et de leur donner plus de cohérence et d'efficacité. Des initiatives régionales ou sous-régionales seront conçues en fonction des demandes spécifiques et des capacités de mobilisation de ressources (par exemple, l'initiative conjointe avec l'Organisation pan-américaine de la santé sur l'extension de la protection sociale en santé en Amérique latine et aux Caraïbes).

Le nouveau consensus tripartite de juin 2001 offre une chance exceptionnelle à l'OIT de promouvoir la sécurité sociale au plan international et d'obtenir des résultats concrets en matière d'extension de la couverture. La campagne mondiale constitue un instrument novateur pour développer des partenariats et fournir aux Etats membres et aux mandants l'assistance dont ils ont besoin pour améliorer de façon significative la couverture des groupes actuellement exclus.

LES POLITIQUES ET LES TENDANCES DE LA PROTECTION SOCIALE AU MAGHREB

M. Miloud Kaddar

Chargé de programme à l'OMS

Les politiques de protection sociale au Maghreb sont en crise depuis au moins 10 ans. Pendant près de trois décennies les Etats maghrébins ont affiché une volonté d'élargir le système hérité de la période coloniale et de s'inspirer du modèle occidental fondé sur l'emploi salarié et la redistribution des revenus. Les résultats sont aujourd'hui peu probants malgré quelques avancées remarquables au cours des années 70 et 80. Au Maroc, le système de protection sociale reste très limité tant au niveau des populations couvertes que des prestations servies (seule 18 % de la population bénéficie d'une assurance maladie). En Algérie et en Tunisie, les systèmes de protection sociale après s'être largement étendus (plus de 60 % de la population est couverte) et diversifiés (assurance maladie, vieillesse, maternité, accidents du travail et même chômage) connaissent des reculs certains et des difficultés croissantes de financement et de régulation. Dans les trois pays, des réformes sont en cours ou envisagées, des voies nouvelles de couverture des risques sont recherchées. En Tunisie, l'harmonisation des systèmes en place de même que la contractualisation des relations entre acteurs concernés est recherchée. Au Maroc, l'extension de l'assurance maladie et de l'assistance aux indigents ainsi que la régulation des régimes de retraites sont à l'ordre du jour depuis des années. En Algérie, l'effondrement partiel des caisses de retraites, l'explosion des dépenses de santé couvertes par l'assurance maladie et la montée croissante du chômage suscitent des débats visant une profonde reconfiguration du système de protection sociale. Parallèlement à ces changements partiels dans les institutions et politiques du système formel, ancien, de protection sociale, on voit se développer de nouvelles formes d'intervention visant la génération de revenus, le soutien au micro-projets et l'accès à certaines prestations de base. Ces actions sont menées sous la conduite de nouvelles structures, comme l'Agence du Développement Social au Maroc ou à l'initiative des collectivités locales comme en Tunisie ou en Algérie.

Cependant, les réformes menées par les Etats ont du mal à émerger, à sortir des modèles conventionnels et à se concrétiser à grande échelle dans les faits. Il est paradoxal de constater que pendant des années, les avancées des systèmes de protection sociale moderne étaient le résultat de la montée de l'industrialisation, de l'urbanisation, de l'élargissement du secteur public et de la croissance de l'emploi salarié alors que ces dernières années, les nouveaux développements de la protection sociale sont réalisés dans le cadre de la lutte contre la pauvreté et en accompagnement des mesures de libéralisation de l'économie et de réajustement du rôle de l'Etat.

Pour comprendre ce renversement, il faut rappeler quelques tendances de fond des évolutions socio-démographiques et économiques au Maghreb : une transition démographique rapide avec un vieillissement significatif de la population à terme, une transition épidémiologique inachevée (de plus en plus de maladies dites de « civilisation » venant s'ajouter à des maladies transmissibles de la pauvreté, de la carence et, pour

certaines, évitables par les vaccinations), une transition sociologique avec une urbanisation forte et de nouvelles configurations et valeurs autour de la famille, une transition économique avec passage d'une économie de rente, dominée par le secteur public à une économie ouverte mais encore peu compétitive et dépendante, une transition politique inégale avec une ouverture limitée du champ politique se traduisant par une émergence de la société civile mais aussi un maintien de diverses formes de violence et de répressions.

Ces transitions s'opèrent actuellement dans un contexte de crise économique et sociale que révèlent le niveau élevé de chômage dans les 3 pays (autour de 25 % en Algérie et au Maroc), l'expansion considérable du secteur informel sous diverses formes, la faiblesse de relais et leviers intermédiaires de régulation et enfin la perte de crédibilité et d'espace de pouvoir des Etats en place.

Les transitions vécues et le contexte actuel de crise rendent totalement inopérant le modèle conventionnel de protection sociale. Ce dernier suppose une croissance continue de l'emploi salarié, une capacité de prélèvement sur tous les revenus, des mécanismes actifs et ciblés de redistribution de ressources et enfin un Etat régulateur et des partenaires sociaux légitimes.

Les évolutions récentes des politiques et pratiques de protection sociale au Maghreb sont multiples et menées par différents acteurs:

- Il y a d'abord celles produites dans le sillage des mesures d'ajustement structurel et de lutte contre la pauvreté. Elles visent à mettre en place un «filet social» de protection des populations vulnérables. Dans les trois pays, on a vu des projets et des mesures visant à garantir à certains groupes de la population un niveau minimum de revenu ou d'accès à certaines prestations de base. L'ampleur et la continuité des actions menées dans ce cadre sont restées modestes, comparées aux besoins des groupes concernés. L'obsession d'identifier les indigents, les individus vulnérables a souvent pris le dessus sur l'analyse des phénomènes en cause et le contenu de la politique à mener.
- Il y a ensuite celle émergentes et provenant des initiatives, portées par les communautés et les associations y compris syndicales. Elles sont nombreuses, diversifiées mais souvent sporadiques et sans capacité significative. Elles visent à organiser la solidarité au sein des groupes de population autour des questions de santé, de protection de l'enfance, des handicapés,.

Au total, la protection sociale étatique au Maghreb, en restant centrée sur le secteur urbain formel, participe à la reproduction des inégalités de revenus. L'incapacité à concevoir et surtout à mettre en œuvre une véritable politique fiscale et de redistribution des revenus dans le nouveau contexte économique et social décrit plus haut révèle l'ampleur des réformes à entreprendre. Les mesures et initiatives induites par les mesures d'ajustement structurel et par l'action des milieux associatifs s'avèrent trop faibles pour aboutir à un rééquilibrage de la répartition des ressources et une meilleure couverture des risques liés entre autres au chômage, à la maladie, à la vieillesse. Cette impasse est maintenant assez largement reconnue. Elle est une condition favorable à de vrais débats sur la recomposition de la protection sociale.

Au moins trois questions sont au centre de ces débats:

- Quels sont les droits et les prestations à mettre au cœur du nouveau système de protection sociale?
- Comment prendre en compte secteur formel et secteur informel?
- Comment promouvoir les initiatives et le partage le plus large des responsabilités sans diminuer pour autant le rôle essentiel de l'État?

LES MUTUELLES DE SANTÉ EN AFRIQUE DE L'OUEST

M. Alain Letourmy

Chercheur au CERMES-CNRS

1. Vue d'ensemble

L'intérêt accordé aux mutuelles de santé depuis une dizaine d'années en Afrique de l'ouest mérite une attention particulière. La promotion de ces organismes mobilise des ressources importantes, a fait naître beaucoup d'espoir au sein des populations et se traduit sur le terrain par un dynamisme incontestable. Les caractéristiques des mutuelles donnent une première explication de cet engouement. Elles représentent à la fois une modalité technique intéressante de financement en organisant des régimes volontaires d'assurance maladie; une contribution à la démocratie en donnant le pouvoir aux représentants des cotisants; un mouvement social fondé sur la solidarité à travers la démarche de fédéralisation des groupements. Le développement des mutuelles de santé s'inscrit ainsi dans plusieurs registres du changement économique, social et politique des pays africains.

L'examen des données factuelles fait porter un autre regard sur la promotion des mutuelles de santé en Afrique de l'ouest. Les effectifs de population qu'elles représentent restent modestes, le montant du financement sectoriel qu'elles mobilisent est faible et, d'une façon générale, leur impact sur le fonctionnement de l'appareil de soins ou sur l'accès à la médecine moderne est difficile à estimer. En fait, le développement des mutuelles constitue un processus lent, dont les effets ne peuvent se faire sentir qu'au bout de plusieurs décennies, ce qui pose diverses questions par rapport à un objectif général d'extension de la couverture maladie et de la protection sociale dans la région.

On observe en même temps que, tout en se référant à un concept assez homogène et avec des formes d'appui qui se standardisent, les démarches de développement des différents pays sont assez disparates. Plusieurs sources agissent séparément ou en synergie. Selon le pays, l'initiative et le dynamisme des sociétés civiles, l'activisme des professionnels de santé, la volonté politique nationale, l'engouement des bailleurs ou des experts à partir de l'analyse du financement sectoriel, l'engagement d'ONG compétentes fournissent des ressorts plus ou moins déterminants au développement des mutuelles.

2. Les mutuelles de santé comme instrument de l'extension de la protection sociale

Indépendamment de leur impact sur les systèmes de santé, les mutuelles représentent a priori, pour les groupes du secteur de l'économie informelle, un outil de lutte contre la pauvreté. Il est difficile d'imaginer des dispositifs de couverture maladie qui soient plus adaptés à ces groupes et divers exemples d'association de mutuelles à des dispositifs de

micro crédit ou de création en milieu rural indiquent la pertinence de ce mode d'organisation du financement des soins.

Il reste que le développement mutualiste est par nature fragmenté et qu'il ne suffit pas à constituer les bases d'une couverture universelle. Il existe toutefois, à travers la mutualisation des groupes de l'économie formelle un certain nombre de pistes qui conduisent à l'extension de la couverture maladie. De ce point de vue, la relation entre le développement des mutuelles et l'organisation de régimes d'assurance maladie obligatoire au Mali, au Sénégal et en Côte d'Ivoire sont assez instructifs.

Les mutuelles de santé définissent une protection maladie fondée sur une solidarité restreinte et ne peuvent, en dehors de situations très particulières, résoudre le problème de la couverture des indigents. C'est moins sur le terrain de l'équité que sur celui de l'efficacité que leur apport est important. En donnant un contenu à la fonction de payeur, les mutuelles contribuent activement, comme le montrent des exemples béninois et maliens, à l'essor des contrats avec les prestataires de soins. Cela induit une clarification du fonctionnement des formations de santé et une évolution positive des comportements des agents qui y travaillent.

Organismes privés, les mutuelles ne peuvent pourtant se développer de façon significative sans l'appui de l'Etat. Le rôle de l'Etat ne découle pas de façon évidente de ce principe et diverses tensions apparaissent ici et là. Tantôt l'administration veut trop en faire et stérilise l'initiative privée, tantôt l'Etat se révèle incapable d'exercer une tutelle propice à la pérennisation des mutuelles. Les situations du Mali, du Sénégal, du Bénin et de la Guinée illustrent les divers registres du processus d'accompagnement du développement des mutuelles par l'Etat.

3. Les perspectives

L'analyse des conditions de développement des mutuelles met en avant deux facteurs essentiels: la disposition à payer des populations et la nature de l'offre de soins; et deux autres facteurs moins déterminants: le rôle de l'Etat et la qualité de l'appui.

La combinaison de ces facteurs indique que le processus d'arrivée à maturité des mutuelles demandera du temps dans la plupart des pays d'Afrique de l'ouest. La question se pose de la démarche permettant d'arriver le plus vite possible à des résultats significatifs: démarche ascendante assurant mieux les bases sociales du mouvement ou démarche descendante donnant plus vite les moyens techniques et la légitimité politique du développement.

**PRESENTATION OF THE "AIDS SOLIDARITY!" PROJECT:
ATTEMPT TO CREATE A SPECIFIC HIV/AIDS SOLIDARITY FUND
WITHIN A POPULATION OF COMPANY MUTUAL FUNDS IN THE IVORY
COAST PROJECT FINANCED BY THE GSK FOUNDATION**

Dr Jean-Michel Lichtenberger

Co-ordinator, "AIDS Solidarity" Project, Health-cy

The aim of the project is to enable company mutual health funds to take responsibility for financing the prevention of HIV / AIDS transmission, as well as the treatment of infected people, through the creation of a Solidarity Fund.

The contracting authority for this is the FEMCI (Ivory Coast Federation of Mutual Health Funds). This non-governmental association is an independent grouping of company mutual health funds, covering about 38 000 people, employees, spouses and children.

The population covered by the project is well known since it is being monitored as part of a medical mutual fund management programme, assigned to a private service provider specialising in the field, MCI (Managed Care International). Thus, the project has data concerning this population. It also has analysis facilities for detailed monitoring.

The programme is linked with the supervisory ministries. It forms part of the national policies for combating HIV / AIDS.

The GSK Foundation has allocated a grant with the aim of establishing, measuring and demonstrating the effectiveness, experimental and acceptability of a solidarity system for the benefit of FEMCI mutual funds.

It is interesting to note that an experimental Foundation, a pioneer in the field, has been able to provide resources in response to this vital question of financing.

The "AIDS Solidarity!" project is based on the creation of a "Solidarity Fund", which will be made up of contributions made by employers and employees. This project broadly aims to determine the acceptability by all concerned, and the technical and financial feasibility of the establishment of such a Fund. This will be set up after a six month observation period, everything having been explained from the very start to those concerned.

The patients being screened and treated will continue to be so whatever happens.

A contribution corresponding to what is deemed necessary for the perpetuation of the system will be determined. The amount of this is estimated today at 3 000 FCFA per contributor and per month.

This experience has specific special features, which may not apply when reproducing it, in particular:

- The assets available (MCI management, an approved centre prepared to take on responsibility, an experienced coordinator, financing) and supporting it.
- The "privileged population" concerned, especially in relation to the most deprived.

Acceptability has been the initial preoccupation. This concerns the members of the mutuels, company managements and occupational doctors. The initial findings are excellent: there is astonishing motivation. However, the development of the project requires time and teaching skills. Far more than we anticipated.

The pitfalls encountered were:

- The time required to overcome apprehension
- The distrust on the part of the members of the mutuels, in particular fearing that their revealed status would be used against them by their employers
- The fears of employers, fearing opening a Pandora's box whose consequences they cannot control, in particular financial ones
- The difficulties of doctors, fearing losing their prerogatives by passing their HIV positive patients to the outside

However, everyone carried on regardless, despite the rather unfavourable Ivory Coast context.

The initial results are encouraging: after three months, the first Mother-to-Child Transmission Prevention Projects (PTME) have been undertaken and the first treatments have started.

The prevalence of seropositives among the initial requests for screening is very high, but there is a clear bias.

Indicators have been established for monitoring the project, clinical, operational and administrative and also economic, specific to each company (absenteeism, productivity, amount of funeral costs, number of deaths - if possible due to HIV / AIDS, costs associated with replacements and with the training of replacements temporary or permanent).

We are encouraged by the change in the attitude of the players in the project, who are increasingly providing the means for its success. Thus, in early May they are organising a workshop among themselves in order to prepare IEC campaigns.

The programme is yet to be finalised, carefully monitoring all its components, lessons of all kinds are to be drawn from it without complacency, a "model" is to be deduced along with a few rules of conduct and disseminated in their entirety.

In conclusion, let us emphasise the significance of an innovative programme, added to that of innovative financing by a pharmaceutical laboratory Foundation.

If the programme confirms its significance, it will be useful to disseminate a case study on it and the experience acquired in order to reproduce it, of course with modifications, in particular for less fortunate populations.

QUELLE PROTECTION SOCIALE? DROITS À LA PROTECTION SOCIALE ET DÉFIS DE L'UNIVERSALISME À L'ÈRE DE LA MONDIALISATION

M. Michel LAROQUE

Inspecteur général des affaires sociales, ancien Directeur adjoint de la sécurité sociale au Ministère des affaires sociales et de la santé et Professeur associé à l'Université de Paris I Panthéon-Sorbonne, rapporteur de la Commission de la sécurité sociale à la 89ème session de la Conférence Internationale du Travail (juin 2001)

INTRODUCTION

Le besoin de protection sociale est un besoin ancien et naturel. Certes, les hommes ont un certain goût du risque, mais celui-ci ne les empêche pas d'avoir besoin pour eux et leur famille d'une sécurité minimale face aux aléas de l'existence.

Cette sécurité peut dans les sociétés traditionnelles être partiellement assurée par les familles étendues, des entraides locales, professionnelles ou religieuses. Les mutations sociales ne permettent plus aujourd'hui à ces formes anciennes de garantir une sécurité suffisante.

L'organisation d'une protection sociale doit permettre d'atteindre deux objectifs concrets:

-assurer une certaine sécurité de revenu, et particulièrement du revenu professionnel et familial, face aux aléas de l'existence: cette sécurité contribue à la reconnaissance et au respect de la dignité de l'individu et de sa famille ainsi protégés;

-assurer la réparation et si possible, la prévention des risques et la réinsertion des personnes frappées par la maladie, l'accident ou l'invalidité mentale ou physique.

Les droits à la protection sociale sont aujourd'hui largement reconnus, mais restent toutefois, compte tenu de leur ambition, en cours d'évolution, de construction ou de conquête (I).

A l'ère de la mondialisation, la couverture universelle des droits à la protection sociale soulève d'importants défis (II).

I Les droits à la protection sociale sont aujourd'hui largement reconnus, mais restent toutefois, compte tenu de leur ambition, en cours d'évolution, de construction ou de conquête.

La reconnaissance et l'évolution des droits à la protection sociale doivent être examinées tant au niveau des Etats qu'au niveau international.

1.1 Au niveau national

L'étendue de la protection sociale varie considérablement selon les Etats.

1.1.1 *Les formes privées de protection contre les risques sociaux conservent un rôle essentiel*

Dans de nombreux Etats continuent à prévaloir des formes privées de protection contre les risques sociaux.

Les formes traditionnelles de protection subsistent partout: la famille, la communauté locale, les organisations professionnelles, les organisations caritatives à caractère religieux ou associatif jouent un rôle qui n'est jamais négligeable.

S'y ajoutent des formes nouvelles de prévoyance privée, reposant soit sur la volonté individuelle (épargne, mutuelle, assurance), soit sur l'entreprise dans laquelle s'exerce l'activité professionnelle du salarié (elles peuvent revêtir des formes similaires et impliquer ou non des modes de gestion paritaire).

Avant de construire des systèmes publics de protection sociale, les pays industrialisés ont généralement développé ces nouvelles formules privées qui subsistent aujourd'hui de manière diverse et y complètent désormais la protection obligatoire.

1.1.2 *La protection sociale obligatoire a été construite par les Etats de manière progressive et évolutive dans le temps et selon des schémas variables*

Les formes privées de protection se sont en effet révélées insuffisantes face aux grandes mutations:

- les mutations économiques ont entraîné l'exode rural rompant les solidarités traditionnelles de proximité. Elles ont généralisé le salariat dans le cadre de la concurrence capitaliste rendant précaire la situation du travailleur entièrement dépendant de son revenu salarial,
- la mutation scientifique a érigé la médecine en science et rendu l'accès à des soins adéquats de plus en plus coûteux, après toutefois la mise en place d'une politique d'hygiène publique assurant l'accès à l'eau potable et des procédés d'assainissement,
- les mutations démographiques et sociologiques se traduisent par le vieillissement des populations et le rétrécissement du noyau familial reposant de plus en plus sur la famille conjugale, lorsqu'elle n'est pas monoparentale.

Une protection sociale des périodes de chômage, de maladie, de maternité, d'invalidité, de retraite ainsi que la prise en charge des soins est donc apparue indispensable pour permettre au salarié de faire face à ses charges en cas de survenance d'un risque social le privant de son salaire ou l'obligeant à des soins coûteux pour lui-même ou un membre de sa famille.

L'approche a varié selon le développement des Etats.

1.1.2.1. *Les pays industrialisés ont progressivement construit une protection sociale obligatoire:*

1) Cette organisation publique a souvent été bâtie par étapes successives:

Ainsi en France, on distingue habituellement quatre étapes:

- Un système d'assistance publique ou d'aide sociale, instauré à la fin du dix neuvième siècles.

Il ouvre des droits, mais ces droits donnent lieu à appréciation et sont subsidiaires: ils sont accordés sous conditions de ressources et d'absence de possibilité de faire jouer des créances alimentaires familiales suffisantes. Les prestations en espèces ou en nature (vieillesse, infirmité, maladie, enfance) accordées dans ce cadre sont en outre susceptibles d'être récupérées sur le bénéficiaire revenu à meilleure fortune ou sur sa succession.

L'aide sociale est gérée par des collectivités locales. Des commissions composées d'élus et de fonctionnaires examinent les demandes.

- Seconde étape, un système d'assurances sociales et de prestations familiales dans les années 1930 vient améliorer considérablement la protection sociale : il prévoit pour les salariés non cadres les diverses assurances sociales et délivrent, en contrepartie de cotisations, des prestations accordées en fonction de règles objectives ne laissant guère de marge d'appréciation aux gestionnaires. Une inspection d'État contrôle le fonctionnement des organismes gestionnaires des assurances. Des tribunaux garantissent le respect des droits sociaux.
- La troisième étape en 1945 va être une généralisation des assurances sociales par la mise en place de la sécurité sociale couvrant les principaux risques sociaux et visant à couvrir progressivement l'ensemble des travailleurs et leur famille, puis l'ensemble de la population, ce qui sera atteint en 2001 avec la couverture maladie universelle.
- Une quatrième étape est le développement d'une protection sociale complémentaire, s'ajoutant aux régimes de base pour améliorer leur niveau de couverture, soit à l'initiative des partenaires sociaux dans le cadre d'accords collectifs professionnels ou interprofessionnels, obligatoires une fois conclus, soit dans le cadre facultatif d'assurances individuelles principalement de type mutualiste, c'est à dire dans le cadre de mutuelles, organismes à but non lucratif gérés par les assurés qui y adhèrent.

2) Dans les pays industrialisés, deux approches dominant, en matière de régimes de base de sécurité sociale, avant de tendre plus ou moins à converger:

- l'approche bismarckienne d'assurances sociales pour les travailleurs assurant la sécurité du niveau de vie et la prise en charge financière

des soins dans le cadre de caisses de protection sociale à la gestion desquelles participent les partenaires sociaux et auxquelles cotisent employeurs et travailleurs,

- l'approche beveridgienne d'une protection universelle contre la pauvreté et contre la maladie, financée essentiellement par l'impôt et gérée par l'Etat.
- la convergence est illustrée, entre autres, par l'approche française. Celle-ci s'inscrit, dans la perspective bismarckienne, d'un système autonome décentralisée, financé par des cotisations sociales. Elle y ajoute, dans une logique beveridgienne, des volets de minima sociaux, notamment un revenu minimum d'insertion, et une couverture financière de l'assurance maladie complémentaire pour les plus défavorisés, appuyés sur un financement fiscal.

1.1.2.2. Les pays en développement disposent de systèmes variables selon leur état économique, leur culture et leurs conceptions politiques et sociales.

Ils se réfèrent souvent aux modèles des pays industrialisés, mais appliquent parfois des formules propres, comme des fonds de prévoyance dans les anciens territoires de l'Empire britannique.

Si certains pays, notamment en Amérique latine, ont construit très tôt des systèmes de sécurité sociale, dans d'autres cette construction est plus récente ou reste centrée sur une partie restreinte de la population relevant du secteur formel de l'économie.

La solvabilisation de l'économie et le développement de l'état de droit sont des facteurs essentiels pour permettre le recouvrement de ressources permettant d'assurer des prestations.

1.1.2.3. La couverture de la population mondiale par la protection sociale reste limitée

Comme l'indiquent les travaux du BIT, plus de la moitié de la population mondiale ne dispose d'aucune protection sociale. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, seulement 5 à 10% de la population est couverte par un régime légal de sécurité sociale. Dans le reste de l'Asie et en Amérique latine, les taux de protection sociale varient de 10 à 90%.

Dans la plupart des pays industrialisés, il arrive que certaines branches ou catégorie de la population ne soient pas couvertes. Dans les pays en transition, notamment les pays d'Europe centrale et orientale, le taux de protection sociale a eu tendance à décliner.

Beaucoup reste donc à faire au niveau national.

1.2 Au niveau international

L'extension de la protection sociale est une préoccupation mondiale et a fait l'objet en 2001 dans le cadre de la conférence annuelle de l'OIT d'une Commission dont j'ai eu l'honneur d'être élu rapporteur.

Par ailleurs, la mondialisation qui implique la globalisation des échanges économiques pose la question de la protection sociale. Cette dernière peut-elle n'être qu'une simple prestation de service, gérée de manière privée? N'est-elle pas plutôt un élément de solidarité et de cohésion sociale, équilibrant les excès possibles du libéralisme économique et devant donc échapper à la sphère commerciale?

Il est important d'examiner la place de la protection sociale dans l'approche des organisations internationales.

1.2.1 *Au niveau des Nations-Unies, cette place est clairement reconnue*

La Déclaration universelle des droits de l'homme du 10 décembre 1948 protège certes les droits civils et politiques, mais proclame également des droits sociaux. L'article 22, en particulier, dispose que «toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale».

Cet article est développé dans le Pacte des Nations-Unies relatif aux droits économiques sociaux et culturels du 16 décembre 1966, qui institue un mécanisme de suivi.

Ce thème a, notamment, été abordé lors du sommet de Copenhague sur le développement social en 1995.

1.2.2 *Au niveau des autres institutions internationales existe un débat entre les institutions sociales et les institutions financières et commerciales*

L'OIT et l'OMS sont spécialisées sur ces questions et ont montré leur attachement à une vision adaptée de ces sujets. L'action de l'OIT s'inscrit dans le cadre de sa Constitution de 1919 qui justifie son rôle par le fait que «une paix universelle et durable ne peut être fondée que sur la justice sociale» et que «la non-adoption par une nation quelconque d'un régime de travail réellement humain fait obstacle aux efforts des autres nations désireuses d'améliorer le sort des travailleurs dans leur propre pays». Elle s'appuie sur une composition tripartite, associant les représentants des travailleurs et des employeurs à côté des représentants gouvernementaux. L'OIT et l'OMS préconisent la prise en compte des dimensions sanitaire et sociale dans le cadre d'une mondialisation où ne saurait seule prévaloir la libre concurrence commerciale, en négligeant l'intérêt sanitaire et social des populations.

L'intérêt pour la protection sociale s'est toutefois étendu à la fin du 20^e siècle aux institutions financières et commerciales internationales, compte tenu de l'impact financier des systèmes de protection sociale et de la nécessaire finalité sociale du développement économique. Toutefois, l'approche de ces dernières organisations où les représentants gouvernementaux émanent des ministères des finances et dont les fonctionnaires sont issus des milieux financiers et économiques les amènent parfois à méconnaître les réalités de la protection

sociale, en préconisant des modèles reposant plus sur l'individu, l'épargne et la gestion privée que sur la solidarité, la redistribution et la gestion collective.

Les débats nationaux sur la place relative de la protection sociale se retrouvent ainsi au niveau international.

II A l'ère de la mondialisation, la couverture universelle des droits à la protection sociale soulève donc d'importants défis.

Peut-on étendre la protection sociale et selon quelles formes? Les défis rencontrés sont d'une part des défis face aux autres politiques, d'autre part des défis de conception même de la protection sociale.

2.1 Des défis face aux autres politiques

Trois grands défis de la protection sociale face aux autres politiques sont débattus. Je ne ferai que les évoquer, car les interventions suivantes seront amenées à les approfondir.

2.1.1 *La protection sociale face à l'objectif de compétitivité et de croissance économique*

La protection sociale est-elle ou non une menace pour la croissance et la compétitivité des Etats?

- Elle est certes un coût au niveau micro-économique pour l'entreprise qui, en plus d'un salaire direct, paie un salaire différé sous forme de cotisations sociales et pour le travailleur qui voit limiter son revenu immédiat pour être prémuni de risques futurs
- Mais, elle est aussi un facteur de croissance possible au niveau macro-économique par ses effets anti-cycliques et par le développement d'un secteur sanitaire et social qui constitue un pan du développement économique.
- Enfin, si elle est bien conçue, elle n'est pas un handicap dans la compétitivité internationale, dans la mesure où elle ne représente pas au niveau macro-économique un coût, mais est principalement une technique de redistribution au sein de la population nationale du produit du travail

La protection sociale est-elle un handicap ou un investissement économique ?

- Les charges sociales sont souvent présentées comme une entrave pour la croissance.
- Mais la protection sociale contribue directement à la valorisation du capital humain en favorisant la bonne santé des travailleurs par les dépenses qu'elle supporte, l'éducation des enfants par les prestations familiales, la réadaptation fonctionnelle et la formation professionnelle des chômeurs ou accidentés. Elle constitue donc bien une forme d'investissement pour le développement économique.

- De manière plus générale par la sécurité sociale qu'elle assure, elle contribue à la dignité du travail, contribuant ainsi à l'autonomie des travailleurs et à une productivité meilleure.

2.1.2 *Interventionnisme solidaire et redistributif face au libéralisme et à la concurrence économique*

Les systèmes de protection sociale s'étaient jusqu'à présent largement fondés sur des solidarités à dominante soit socio-professionnels (système bismarckien) soit de solidarité nationale (système beveridgien). Dans les deux cas, ils s'appuyaient sur une redistribution des revenus, soit de type plus horizontal, vers les familles ayant charge d'enfants, des biens—portant vers les victimes de risques sociaux, prévenant ainsi la pauvreté, ou les périodes de responsabilité parentale, soit de type plus vertical entre riches et pauvres.

Si les modèles préconisés par les institutions financières internationales l'emportaient, cette solidarité et cette redistribution ne risqueraient-elles pas de se trouver limitées par une capitalisation individuelle et une gestion privée, généralisant le libéralisme économique au secteur jusque-là social?

Face au chaos de la concurrence économique, la sécurité sociale assure une stabilité minimale aux assurés sociaux, victimes des aléas économiques. N'est-elle pas la contrepartie d'un libéralisme des échanges qui n'est acceptable qu'avec une protection suffisante des acteurs humains?

2.1.3 *La protection sociale, instrument de cohésion, démocratie et paix*

Solidarité et redistribution contribuent également à la cohésion nationale en gommant certaines des inégalités et en contribuant à l'équité et à la sécurité sociale de chacun.

Elles sont un élément de la démocratie qui implique un consensus suffisant des populations et une maîtrise des choix collectifs qui ne peut reposer sur le seul libéralisme économique.

L'amélioration du sort de chacun contribue à l'aspiration à la paix sociale interne et à la paix internationale, en limitant les frustrations.

A condition d'être bien conçue, la protection sociale n'est-elle donc pas un élément d'équilibre du développement national et mondial ?

2.2 Des défis de conception de la protection sociale

2.2.1 *Conception solidaire ou conception individualiste*

Le débat entre une protection sociale solidaire ou une protection individualiste est particulièrement présent dans les divers systèmes nationaux et attisé par les positions des organisations internationales. Deux exemples peuvent en être donnés:

- le premier est celui des pensions de retraite. Doivent elles reposer sur des systèmes de solidarité entre générations assurant des prestations définies

aux retraités liées à l'évolution du pouvoir d'achat et reposant principalement sur la technique de la répartition? Ou convient-il de développer des systèmes reposant plus sur l'épargne, à partir de cotisations définies accumulées selon la technique de la capitalisation pour assurer la pension de retraite individuelle le moment venu, compte tenu du produit des placements sur les marchés?

Une articulation entre une part de solidarité nationale, une part de solidarité professionnelle, une part individualisée, est, bien entendu possible, mais le dosage prévu ou non par la collectivité reflète un choix de société entre une volonté de solidarité et de cohésion ou un libéralisme ouvert aux disparités sociales attisées par la concurrence économique.

- Un second exemple est celui du système de santé ou de prise en charge de la maladie.

Il peut également reposer sur des assurances individuelles conduisant généralement à une sélection des risques qui peut laisser en-dehors d'une protection ceux qui en ont le plus besoin (phénomène d'exclusion) ou s'inscrire dans une véritable protection sociale reposant sur une mutualisation du risque financée collectivement.

Une conception solidaire de la protection sociale débouche sur une obligation de contribution, fonction du revenu.

Sa mise en œuvre nécessite toutefois une solvabilisation minimale des revenus du travail ainsi qu'un état de droit qui permette un recouvrement de contributions destiné effectivement au paiement de prestations sociales. Comme on l'a vu, de tels systèmes ne se sont construits généralement que progressivement dans les pays industrialisés et sont passés par une phase antérieure de développement d'une prévoyance souvent semi-collective, par exemple dans le cadre de mutuelle ou de systèmes professionnels.

2.2.2 *Gestion publique, gestion privée; efficacité et modernisation*

Un des éléments du débat concerne le mode de gestion de la protection sociale. Doit-il être privé ou public? Deux dogmes s'opposent souvent:

- ceux qui considèrent que le secteur public est inefficace, impuissant et parfois corrompu et qu'il convient donc de lui préférer le secteur privé,
- ceux qui considèrent que le secteur privé à but lucratif ne peut rendre des services sociaux, ces derniers ne pouvant répondre à la logique du profit: comment une assurance privée qui cherche à maximiser le profit de ses actionnaires pourrait-elle en même temps maximiser les droits de ses assurés et accueillir les plus malades avec plaisir?

La difficulté de choix peut être réelle et il n'y a pas de modèle simpliste. Dans un pays donné, la déficience du secteur public sera souvent parallèle à la déficience du secteur privé. Un service public efficace sous-traitera souvent une part de son activité à des entreprises privées, par exemple pour la mise au point d'éléments du système informatique.

Des systèmes mixtes sont donc concevables, soit par des distinctions de modes d'activité, soit par le développement d'organismes autonomes à but non lucratif sous le contrôle conjoint des bénéficiaires, des cotisants et des Etats.

L'essentiel est d'assurer l'honnêteté, la sécurité et l'efficacité de la gestion. Dans tous les pays du monde, s'imposent la modernisation et l'amélioration du service rendu à l'utilisateur. La France développe ainsi des contrats pluriannuels d'objectifs et de gestion entre l'Etat et les organismes de sécurité sociale pour la définition conjointe de progrès de gestion avec des indicateurs de suivi. Les résultats sont ensuite évalués et contrôlés.

Le bon recouvrement des contributions est, dans ce cadre, un enjeu essentiel. Outre des conditions minimales de solvabilisation et d'état de droit, il implique un intérêt des employeurs et des travailleurs à payer ce qu'ils doivent, ce qui nécessite un lien suffisant entre contributions et prestations, ainsi que des procédures extrêmement simples réduisant au minimum la charge administrative des déclarations et des paiements de contributions ou prestations.

Un autre enjeu essentiel est une efficacité dans la gestion des risques sociaux. La protection sociale ne peut se contenter d'offrir de manière passive des prestations. Elle doit s'efforcer d'accompagner les victimes de risques sociaux et, s'il y a lieu (chômeurs, accidentés, handicapés) les aider à se réadapter et se réinsérer professionnellement ou socialement. Une véritable sécurité sociale exige aujourd'hui une démarche active au service aussi bien des usagers que de la maîtrise des coûts.

Ces enjeux de gestion sont essentiels pour favoriser l'extension de la sécurité sociale.

2.2.3 *Universalité nationale et universalisme international*

Au niveau national, l'universalité de la protection sociale est souvent un idéal, presque atteint dans certains pays développés, très éloigné dans la plupart des pays en développement. Cet objectif qui découle de la Déclaration universelle des droits de l'homme implique sans doute une démarche progressive fonction des progrès économiques. Des stratégies nationales de sécurité sociale avec leurs moyens de mise en œuvre devraient être définies par les Etats avec l'assistance technique le cas échéant du BIT, comme recommandées par la résolution et les conclusions concernant la sécurité sociale de la Conférence internationale du travail de 2001.

Les éléments de cette stratégie peuvent varier selon les branches de la protection sociale. Il n'est pas toujours possible ou nécessaire de prévoir la même gamme de prestations pour toutes les catégories de personnes. Des priorités doivent être définies ainsi qu'une évolution dans le temps. Des programmes ciblés peuvent constituer un moyen d'amorcer l'introduction de la sécurité sociale pour les groupes exclus. Pour le BIT, « priorité absolue doit être donnée à la conception de politiques et d'initiatives propres à faire bénéficier de la sécurité sociale ceux qui ne sont pas couverts par les systèmes en vigueur. Dans nombre de pays, il s'agit des salariés de petits établissements, des

travailleurs indépendants, des travailleurs migrants et des personnes occupées dans l'économie informelle, dont beaucoup sont des femmes. Quand la couverture ne peut être accordée immédiatement à ces groupes, on pourrait introduire des mécanismes d'assurance-le cas échéant sur une base volontaire- ou d'autres mesures telles que l'assistance sociale, puis les étendre et les intégrer au système de sécurité sociale à un stade ultérieur, une fois que l'intérêt des prestations est démontré et que cela est économiquement viable...Il faudrait explorer de manière rigoureuse le potentiel de la microassurance: quand bien même elle ne peut être la base d'un système complet de sécurité sociale, elle peut constituer une première étape utile, notamment pour répondre à l'urgente nécessité d'améliorer l'accès aux soins de santé.»

Au niveau international, ne convient-il pas de développer une coopération technique pragmatique en ce sens. Elle devrait éviter les modèles internationaux plaqués et aider les Etats à définir, compte tenu des réalités culturelles nationales et avec leurs partenaires sociaux, leur stratégie nationale de sécurité sociale. La résolution de 2001 de la Conférence de l'OIT, qui préconise une vaste campagne pour promouvoir l'extension de la couverture de la sécurité sociale, avance des lignes d'action en ce sens qu'il conviendrait de mettre en œuvre.

Peut-on aller plus loin pour atteindre un universalisme de la protection sociale? Une proposition de fiducie internationale est étudiée par certains fonctionnaires du BIT, mais ce projet assez flou est-il réaliste?

CONCLUSION

La mondialisation des échanges peut économiquement être très positive pour notre planète, dès lors qu'elle ne néglige pas la finalité sociale du développement économique.

L'extension parallèle et progressive d'un système de protection sociale améliorant la santé des hommes et leur sécurité sociale n'en serait-elle pas une garantie?

Pour que l'accroissement de la concurrence économique et commerciale soit supportable, ne conviendrait-il pas que les normes pertinentes de l'OIT en la matière, correspondant aux objectifs de travail décent et de la Déclaration de Philadelphie de mai 1944, s'imposent aux autres institutions internationales.

Ainsi, une meilleure prise en compte de la finalité sociale dans une croissance économique, assortie d'une protection sociale dynamique et active, pourrait contribuer à un développement durable au service de l'humanité.

**INTEGRATED SOCIAL SECURITY FOR INFORMAL WOMEN WORKERS:
THE EXPERIENCES OF THE SELF-EMPLOYED WOMEN'S ASSOCIATION
(SEWA) IN INDIA**

Ms. Mirai Chatterjee

Coordinator, SEWA Social Security

SEWA is a trade union of 680,000 informal women workers in India. Founded in 1972 by a labour organizer and lawyer, Ela Bhatt, in Ahmedabad, Gujarat, it has a membership of 535,000 in this state. Manual labourers and service providers (construction workers, agricultural workers, headloaders etc.), street vendors, home-based workers like garment workers and embroiderers and small producers like salt manufacturers constitute SEWA's membership.

Full employment and self reliance are SEWA's two main goals. The first goal means work security, income security, food and social security. Social security includes health care, child care, insurance and shelter.

After witnessing first-hand the impact of repeated and frequent crises in women's lives, we understood that insurance can provide essential protection against the multiple risks that poor women workers face everyday. Thus, SEWA developed an insurance programme with the support of SEWA Bank. We initially linked with the government insurance companies. Now we insure our members with both government and private insurers. We ourselves insure women for maternity.

Today we have 101,926 insured women, men and children. The women are the policy-holders and insure their families for life, accidents, sickness and asset loss. Over the past ten years of insuring women, we have learned that insurance for the poor can be viable and must be contributory, with the government, employers and worker's all contributing to a common solidarity fund. Insurance should strive to cover as many risks as possible. Further, if services are run by women and in a timely and efficient way, the demand for insurance grows. In addition, there is a need to spread an understanding of insurance and risk reduction among workers. Risk prevention strategies, like primary health care programmes with a strong educational focus, reduce women's vulnerability and also enhance the viability of insurance. Most of all, a strong, membership-based organization helps micro-insurance efforts to grow and flourish.

While the potential of extending insurance to the poor is considerable and viable, the challenges are also significant. The importance of a strong and growing membership, while retaining the insureds, cannot be over-emphasised. The latter, in turn, can only be achieved if services are appropriate, affordable and timely. Capacity-building and building up competency among workers and the insurance team is also critical. Finally, legal frameworks to create, build and develop worker's own insurance organization, a people's alternative for social security in partnership with the state and private sector, must be developed so that the poor can themselves run, own and plan for their own security.

SOCIAL PROTECTION: OXFAM'S APPROACH

Mr. Carlos Galián

Department of Campaigns and Policy, OXFAM

In increasingly competitive globalised trade, many governments perceive that 'cheap labour' is their only competitive advantage. Creating badly needed jobs and export income through promoting investment in manufacturing in trade zones, plantations and processing plants is perceived to be a successful economic development strategy. In an attempt to remain competitive and attract foreign investment, governments often weaken or fail to enforce labour rights in zones or with flexible workers and home workers. This trend poses a threat on social protection since national labour codes usually do not protect these workers and they cannot organise to demand their rights either.

Weakening national labour codes, or exemptions on the enforcement of existing labour regulations, may also be due to pressure from international institutions. International Financial Institutions may advise national governments on labour market liberalisation or include conditionality on labour legislation as part of loan agreements. National governments may also be limited by bilateral or regional trade agreements in terms of what labour protections can require from employers.

Policy makers too easily ignore the costs of export employment for individuals, families and communities. Promoters of export zones reinforce the myth that 'these women have work for the first time', erasing consideration of the tradeoffs in caring and domestic work, and women's former (unpaid) contributions to agricultural production and informal services.

Women workers are at the forefront of export-oriented growth. For example, more than one third of the manufacturing labour force in developing countries is women (almost half in some Asian countries); women are 70 percent of the workforce in Export Processing Zones; and up to 80-90% of garments home workers are women. Women workers struggle to have their labour rights recognised. Often women workers are regarded as expendable, secondary workers, not the 'real' providers for their families. In addition, since export workers tend to be young, unmarried women - expected to be replaced within a few years - it is too easy to ignore this female workforce's rights to social insurance, health, pensions or statutory leaves. When employers and governments fail to provide these, women workers are impoverished.

Women workers, as well as societies, also face a problematic mix of benefits and costs. Many women workers value the economic independence and social status gained through these jobs. For the years they are employed in these export industries, women workers often enjoy higher than average wages. But for these short-term gains, they trade away the longer-term health and welfare of themselves, their children and their families. Often on returning home to rural areas, former workers find themselves stigmatised. As women become 'wage earners', male relatives may reduce their traditional support to households, leaving women more vulnerable in times of crisis.

On the one hand governments bear enormous pressures from different agents to weaken labour codes and to reduce social expenditure. On the other hand, as women increasingly participate in the labour market, their role in providing social protection to their families and communities diminishes. Therefore, neither the State, nor the communities can provide the required social protection at a time when it is most needed.

**CONCERTATION ENTRE LES ACTEURS DU DÉVELOPPEMENT DES
MUTUELLES DE SANTÉ EN AFRIQUE:
RESUME DE LA COMMUNICATION AU SYMPOSIUM SUR LA
PROTECTION SOCIALE**

M. Pacal Ndiaye

*Concertation des acteurs de développement
des mutuelles de santé en Afrique*

Différents partenaires internationaux ont décidé en juin 1998 de se réunir afin de définir les stratégies d'appui au mouvement mutualiste naissant en Afrique. Un atelier, tenu à Abidjan (Côte d'Ivoire), a réuni différentes organisations: fédérations mutualistes d'Afrique et d'autres régions du monde, organisations internationales, États, agences de coopération, prestataires de soins, ONG locales et internationales, universités, centres de recherche et confédérations syndicales. Des représentants de neuf États et d'une cinquantaine de structures ont participé aux travaux. C'est au cours de cet atelier qu'un document de référence a été réalisé: la Plate-forme d'Abidjan. Elle est le produit de l'expérience des principaux artisans du développement des mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre.

Les participants à l'atelier ont exprimé le besoin de créer un mécanisme plus structurel de collaboration entre les acteurs du développement mutualiste. Cette idée s'est concrétisée par la mise en place d'une «**Concertation des acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique**», appelé «La Concertation» basée à Dakar au Sénégal. La «Concertation» est un mécanisme innovateur et stratégique. Elle permet de créer des liens stratégiques et techniques, des collaborations et d'établir un dialogue entre les mutuelles de santé africaines, les partenaires sociaux, les acteurs du développement et les communautés par le biais d'activités concrètes, comme des formations, des ateliers d'échanges et des discussions thématiques. Depuis sa création, à travers la dizaine de lettres d'information et le site Internet de la «Concertation», de nombreux acteurs ont pu partager leur point de vue, leurs connaissances et leurs expériences. Tous les mois de nouveaux utilisateurs rejoignent la «Concertation» qui en compte plus de cinq cents en 2002. La «Concertation» est active dans onze pays d'Afrique francophone: Sénégal, Mali, Burkina Faso, Niger, Côte d'Ivoire, Bénin, Mauritanie, Cameroun, Guinée, Tchad et Togo.

La «Concertation» est basée sur le partenariat entre les acteurs du développement des mutuelles de santé en Afrique. Quatre structures interviennent concrètement pour lui donner vie:

- **Les promoteurs** qui s'unissent afin d'harmoniser leur mode d'intervention et appuient financièrement et techniquement les activités de la «Concertation», à savoir le BIT-STEP, l'USAID-PHRplus, la GTZ, l'AIM, l'ANMC, la WSM, le réseau RAMUS et l'UNMS.

- **La cellule de coordination**, sous la supervision d'un Secrétariat Technique, assure la gestion quotidienne des activités. Le Secrétariat Technique a aussi pour mission d'établir le lien entre les différents partenaires.
- **Les membres.** Ils sont en 2002 au nombre de cent cinquante, constitués d'organisations mutualistes, de fédérations syndicales, de structures publiques, de centres de recherche, de structures d'appui aux mutuelles en Afrique et au niveau international. D'autre part, plus de cinq cent utilisateurs des services de la Concertation sont inscrits en ligne dans les différentes bases de données. Dans chaque pays, un cadre national de concertation réunit les acteurs du pays autour des préoccupations spécifiques.
- **Les points focaux** jouent un rôle clé dans le fonctionnement de la «Concertation» en facilitant la communication avec la Cellule de coordination et jouant d'interface entre les membres nationaux, les acteurs locaux et leurs partenaires régionaux et internationaux.

Cette structure a mis en place un système d'information opérationnel autour de quatre activités prioritaires:

- **Un site Internet.** Il fournit des informations sur les organisations mutualistes, les institutions et autres structures d'appui au mouvement mutualiste, une bibliographie des systèmes existants, ainsi qu'un calendrier des activités prévues dans la région et au niveau international, en particulier les ateliers thématiques et les formations destinées aux acteurs du développement des mutuelles de santé. Le site avec son système de flash-news, informe et offre une vision systématique des événements qui se produisent dans le secteur, à ses centaines d'utilisateurs. Le site est également un lieu d'échanges (forum de discussions) et de connaissances, à travers des thèmes proposés et la mise à disposition d'une variété importante de documentation relative aux mutuelles de santé. Plus de deux cent documents sont répertoriés : articles, brochures, études, monographies, études de cas, textes juridiques, etc. La lettre d'information de la «Concertation» est également disponible en ligne.
- **Une lettre d'information.** Cette lettre appelée le «Courrier de la Concertation» complète le site Internet et permet de mettre en contact et d'informer un public cible dont l'accès aux technologies modernes est limité ou inexistant. Le «Courrier de la Concertation», distribué gratuitement dans les onze pays couverts, contient des articles sur des sujets spécifiques, des interviews de responsables et d'acteurs travaillant au développement des mutuelles, des échanges d'expériences et des informations sur les événements à venir. Une version légère en anglais est également produite et distribuée aux partenaires.
- **Un système de suivi du développement des mutuelles.** Différents travaux sont réalisés pour suivre l'évolution des mutuelles de santé en Afrique : études de cas, synthèse, travaux de capitalisation. Ainsi, en 1998, une étude a été menée dans neuf pays d'Afrique de l'Ouest et du centre sur la contribution des mutuelles de santé au financement, à l'accès aux soins de santé. De nombreuses conclusions et recommandations ont été établies, notamment sur la fragilité des mutuelles étudiées, leur dépendance au contexte institutionnel, leur impact, leur contribution en termes d'équité, d'efficacité d'amélioration de la qualité et de l'accès aux soins de santé. Ces conclusions ont permis aux acteurs du développement des mutuelles de consolider ou

réorienter leurs stratégies d'appui. Cette étude a été réactualisée en septembre 2000, en effectuant un inventaire des mutuelles dans les pays couverts par la Concertation. Un suivi systématique et régulier (tous les trois ans) est mis en place pour appuyer les acteurs à identifier les pistes et les actions de consolidation du mouvement mutualiste.

- **L'organisation de forums.** En complément des autres outils d'information, sont organisés tous les deux ans des forums réunissant l'ensemble des acteurs afin de partager leurs expériences, comparer leurs analyses et définir des actions conjointes ou coordonnées, initier ou renforcer des partenariats. Le premier atelier a eu lieu en septembre 2000 à Dakar et a réuni 80 participants de 18 nationalités (autour de 2 thèmes et 10 expériences). Le deuxième s'est également organisé à Dakar en septembre 2002 et a réuni 190 participants de 24 nationalités (autour de 3 thèmes et 29 communications orales).

Les «Actes du Forum» sont édités et diffusés auprès d'acteurs qui n'ont pu participer au Forum. Les discussions sur les thèmes du Forum et sur d'autres continuent en ligne, sur le site web de la Concertation.

