

Claude EVIN
député

**LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE
ET LE DEVELOPPEMENT DE LA
PROTECTION SOCIALE,
ENJEUX INTERNATIONAUX
POUR LA FRANCE**

Tome I

**Rapport à
Monsieur le Premier Ministre**

janvier 2001

SIGLES ET ABREVIATIONS	4
INTRODUCTION.....	5
I - LES QUESTIONS DE LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET DE LA PROTECTION SOCIALE SONT DE PLUS EN PLUS PRESENTES DANS LE DEBAT MONDIAL.....	10
A . CES QUESTIONS SONT PORTEES PAR DE NOMBREUSES INSTITUTIONS	10
B. LA CONJONCTION DES PREOCCUPATIONS NE DOIT PAS CACHER LES DIFFERENCES D'APPRECIATION	41
CONCLUSION	44
II. L'ORGANISATION DE LA PROTECTION SOCIALE EST DIFFERENTE SELON LES ZONES .	45
A. LES PAYS EN DEVELOPPEMENT DE LA ZONE DE SOLIDARITE PRIORITAIRE (ZSP).....	46
B. LES PAYS EMERGENTS	62
C. LES PAYS EN TRANSITION	68
CONCLUSION	82
III. LA FRANCE DOIT RENFORCER SON INTERVENTION INTERNATIONALE DANS LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE.....	83
A. LE BILAN DE L' ACTION FRANCAISE DE COOPERATION REVELE DES INSUFFISANCES	83
B. L' OFFRE TECHNIQUE DE COOPERATION DANS LE DOMAINE SOCIAL EST TRES DISPERSEE	91
C. LA FRANCE DOIT AMELIORER SON INTERVENTION	102
CONCLUSION	115
RESUME DES RECOMMANDATIONS	116
GROUPES DE TRAVAIL.....	122
PERSONNES CONTACTEES OU RENCONTREES PAR LA MISSION.....	124
BIBLIOGRAPHIE	128
ANNEXES : (TOME II DU RAPPORT)	130
Annexe 1 : “ Le rapport du secteur protection sociale de la Banque mondiale, quelques éléments d'analyse ”, note établie par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de l'emploi et de la solidarité, août 2000 (annexe non fournie)	130
ANNEXE 2 : ETAT DES LIEUX DES MECANISMES DE LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE (1999-2000) - DOCUMENT DE TRAVAIL DE 13 PAYS FRANCOPHONES	131
OIT-KINSHASA 2000.....	131
ANNEXE 3 : L'ORGANISATION DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT FRANCOPHONES COMPAREE ENTRE 1960 ET 1995	17
ANNEXE 4 : L'ORGANISATION DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT LUSOPHONES COMPAREE ENTRE 1960 et 1995.....	21
ANNEXE 5 LES REGIMES DE SECURITE SOCIALE DANS LES PAYS ANGLOPHONES DE LA ZSP	22
ANNEXE 6 L'INITIATIVE DE BAMAKO.....	26
ANNEXE 7 : LA CONFERENCE INTERAFRICAINNE DE PREVOYANCE SOCIALE (CIPRES) ..	30
ANNEXE 8 : LES MUTUELLES DE SANTE.....	31
ANNEXE 9 : LES SOCIETES PRIVEES DE CONSEIL DANS LES DOMAINES DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA SANTE	33
ANNEXE 10 : QUELQUES ONG QUI INTERVIENNENT DANS LE SECTEUR DE LA PROTECTION SOCIALE SUR LA PLAN INTERNATIONAL.....	35
ANNEXE 11 : JUMELAGES PHARE CONSENSUS III - PROTECTION SOCIALE (printemps/été 2000 sur crédits 1999).....	36
ANNEXE 12 : L'ORGANISATION DE LA COOPERATION TECHNIQUE DANS DIVERS MINISTERES	37
ANNEXE 13 : LE GIP-INTER	39
ANNEXE 14 : UN EXEMPLE DE RECHERCHE EUROPEENNE DANS LE DOMAINE DE LA PROTECTION SOCIALE	40
ANNEXE 15 : UNE ACTION DE RECHERCHE AVEC LE BIT	41
ANNEXE 16 : QUELQUES EXEMPLES ETRANGERS D'ORGANISATION DE LA COOPERATION TECHNIQUE INTERNATIONALE DANS LE DOMAINE SOCIAL.....	43

SIGLES ET ABREVIATIONS

ACP	(zone) Afrique, Caraïbes, Pacifique
AISS	Association internationale de sécurité sociale
APD	Aide publique au développement
BID	Banque interaméricaine de développement
BIT	Bureau international du travail
CEE	Communauté économique européenne
CAD	Centre d'aide au développement
CPA	Conseiller pré-adhésion
CIPRES	Conférence interafricaine de prévoyance sociale
DAEI	Délégation aux affaires européennes et internationales
DGCID	Direction générale de la coopération internationale et du développement
DRESS	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques dont la mission recherche est effectuée par la MIRE
FAC	Fonds d'aide et de coopération
FCFA	Franc communauté financière africaine
FED	Fonds européen de développement
FSP	Fonds de solidarité prioritaire
FMI	Fonds monétaire international
GIP	Groupement d'intérêt public
GTZ	Deutsche Gesellschaft für technische Zusammen-arbeit (Agence allemande de coopération technique)
GHNPS	Groupe de haut niveau sur la protection sociale
IB	Initiative de Bamako
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MST	Maladie sexuellement transmissible
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMC	Organisation mondiale du commerce
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PECO	Pays d'Europe centrale et orientale
PIB	Produit intérieur brut
PMA	Pays les moins avancés
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PRI	Pays à revenu intermédiaire
STEP	Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté
UE	Union européenne
ZSP	Zone de solidarité prioritaire

INTRODUCTION

“ Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté... ”.

L'article 25 de la Déclaration universelle des droits de l'homme que l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a adoptée le 10 décembre 1948 a fixé sans ambiguïté ce qui reste encore un objectif loin d'être aujourd'hui atteint dans de nombreux pays à travers le monde.

Plus récemment, deux manifestations d'ampleur internationale sont venues rappeler la nécessaire prise en compte de la dimension sociale de l'homme dans tout programme de développement : le sommet social de Genève, en juin 2000, a traité principalement de la lutte contre la pauvreté et les inégalités et a prôné un système universel et souple de sécurité sociale; le sommet du millénaire qui s'est tenu trois mois en septembre à New-York a insisté de nouveau sur la nécessité d'accorder un soutien indéfectible à la réalisation d'objectifs communs dont la lutte contre la pauvreté, l'injustice et la maladie.

La question de la lutte contre la pauvreté est de plus en plus présente dans le débat mondial. Elle est au cœur des débats d'organisations internationales qui ne nous avaient pas habitué à une telle démarche. Le rapport annuel de la Banque mondiale *“ Attacking Poverty ”* est la traduction la plus récente de cette évolution. Préoccupation médiatique d'une organisation internationale qui aurait besoin de modifier son image vis à vis d'une opinion publique critique ? Prise de conscience réelle d'une institution qui mesure combien les politiques qu'elle a contribué à mettre en œuvre n'ont pas répondu à des objectifs de développement et qu'on ne peut ignorer les problèmes sociaux que ces politiques n'ont pas réglés, quand elles ne les ont pas aggravés ? Il faudra sans doute du temps pour mesurer la volonté réelle de la Banque en la matière, d'autant qu'il ne suffira pas de la seule publication de rapports pour identifier les changements dans les objectifs et les modes d'intervention. Il faudra du temps aussi pour que les pays en développement aient le sentiment que la démarche a changé. Gratifions au moins la Banque mondiale d'avoir eu le souci de porter une réflexion sur les défis à relever pour lutter contre la pauvreté et d'avoir commencé à définir une stratégie en matière de protection sociale. Même si ses orientations méritent débat, elles expriment une préoccupation que nous partageons avec elle.

Au-delà de l'évolution conceptuelle de la Banque mondiale, d'autres institutions dont la mission sociale est ancienne, manifestent un désir plus précis de voir améliorés les droits sociaux des populations. C'est l'objectif de permettre à chacun de disposer d'un revenu et d'un travail décent comme le formule le BIT, c'est l'affirmation que

l'accès aux soins et leur qualité sont essentiels pour améliorer le niveau de santé d'un pays comme le rapport récent de l'OMS nous le démontre.

Ces affirmations sont importantes, même si elles méritent d'être précisées quant aux engagements concrets qu'elles sous-tendent. Au-delà des déclarations d'intention, il est en effet nécessaire d'imaginer et de mettre en œuvre les politiques qui permettront de répondre concrètement à ces enjeux. Cette préoccupation passe certes par une revalorisation de l'aide apportée aux pays les plus pauvres, l'aide publique au développement et par des mesures à caractère macro-économique incluant l'allègement ou l'annulation de la dette des pays les plus pauvres. Mais elle nécessite que l'on se préoccupe aussi des raisons profondes, des cas déclarés de pauvreté, et des causes ayant abouti à son aggravation, voire de comprendre les situations limites où la personne peut à tout moment tomber dans la " *trappe à pauvreté* ". Prévention et traitement sont indissociables.

Lutter contre la pauvreté, c'est aussi donner la parole aux pauvres, permettre l'accès à une alimentation variée, à l'eau, à la terre, aux services tels que l'éducation, la santé. C'est aussi pouvoir sécuriser l'accès à ces services et ceux nécessaires en cas d'accident de la vie. La pauvreté, c'est une fragilité plus grande encore devant les risques de la vie et la crainte de devoir se rendre encore plus pauvre pour y faire face ou alors d'y renoncer. La question de l'accès aux soins est de ce point de vue significative puisque, face à un système de santé souvent défaillant dans les pays en développement, les familles sont obligées de grever un budget déjà bien maigre pour faire soigner l'un de leurs membres avec d'autant plus de privations d'ailleurs que la personne malade sera celle qui pourrait apporter quelques menus revenus.

Il est difficile de caractériser et d'isoler certaines couches de la population. En s'intéressant exclusivement aux pauvres, on peut aussi les isoler, c'est ne pas voir leurs liens (de domination ou de redistribution) avec les autres catégories sociales. C'est ne pas aborder les causes profondes de la pauvreté. En se focalisant sur les pauvres, on peut aussi contribuer à leur marginalisation, à leur " ghettoïsation ". Plutôt que de créer des discriminations positives en faveur des plus démunis, il faut lutter contre les inégalités d'accès à l'emploi, à la santé, à l'éducation et à la formation, à l'ensemble des services publics, à la terre, à l'eau, au crédit, à la sécurité... Lutter contre les inégalités permet par ailleurs de retrouver une autre dimension de la pauvreté, celle de l'exclusion.

La lutte contre la pauvreté nécessite donc que des mécanismes durables de protection des personnes et des groupes sociaux contre ces risques soient mis en œuvre. Il n'y a pas de lutte contre la pauvreté sans mise en place de mécanismes protecteurs contre les effets de cette pauvreté. Il n'y a pas de développement durable sans protection sociale durable. Certes, lorsque l'on parle ici de protection sociale on ne saurait décalquer les modèles des pays développés pour les appliquer aux pays en développement, voire même dans de nombreux pays intermédiaires. Cela a même été une erreur, à laquelle notre pays n'a pas échappé, de penser que dans ce domaine, nos modèles s'implanteraient dans ces pays.

La lutte contre la pauvreté ne concerne pas que les pays en développement. Les crises économiques qui ont touché les pays développés, dans des conditions certes

différentes, les ont obligés à mettre en place des politiques publiques pour en atténuer les effets. On peut même affirmer que c'est justement dans les pays qui avaient des politiques publiques de protection sociale que les effets de ces crises ont été le moins mal amortis, sous réserve toutefois que ces systèmes aient pu perdurer. Car c'est bien souvent la défaillance d'un système préexistant que nous rencontrons dans les pays d'Europe centrale et orientale, marqués pendant des dizaines d'années par des mécanismes étatiques. Les perspectives d'adhésion à l'Union européenne pour un certain nombre de ces pays leur ont fait obligation d'envisager des systèmes compatibles avec ceux des pays communautaires. Mais bien plus que cet objectif, c'est la question du message social de l'Europe élargie au-delà de la seule Union qu'il nous faut porter. Et de ce point de vue les problèmes rencontrés ne peuvent se satisfaire de réponses ciblées sur les populations les plus en difficulté ; le message de l'Europe, le modèle européen, c'est le message de la cohésion sociale, le modèle de la solidarité.

Dans ce débat, dans les réponses opérationnelles qu'il faut mettre en oeuvre pour réduire cette pauvreté et développer des mécanismes durables de protection, la France a un rôle plus important à jouer :

- d'une part sur le plan conceptuel. Il n'est pas vrai que seules les références anglo-saxonnes doivent s'imposer dans ce débat. Il n'est pas vrai qu'en matière de protection sociale, la réponse soit néo-libérale. L'Etat, garant de la solidarité, les politiques publiques, expression de cet engagement, sont des valeurs qui nous animent et qui sont, sur ces sujets, à défendre. Un consensus existe dans notre pays sur ces principes par delà les divergences politiques sur telle ou telle décision ponctuelle. Ne pas porter ce débat sur le plan international, c'est non seulement démissionner par rapport au rayonnement de notre pays, mais c'est surtout accepter que, dans le mouvement de mondialisation, les choix qui seront faits sur ces sujets dans d'autres pays aient une influence sur nos propres systèmes de protection sociale.

- d'autre part, par la valorisation de nos compétences techniques en matière de protection sociale. Il ne s'agit pas, nous l'avons déjà dit et le répéterons, d'exporter nos systèmes. Ne recommençons pas de ce point de vue nos erreurs, il nous faut même corriger celles que nous avons faites. Mais, nous avons une histoire qui, dans ce domaine, est marquée par une lente transformation de nos systèmes, elle doit nous permettre d'avoir l'esprit inventif.

Nous ne sommes pas pour autant attendus, y compris de la part des pays en développement avec lesquels nous avons des liens anciens. L'affirmation de droits sociaux y est souvent perçue, du moins par certains d'entre eux, comme l'expression de conditions nouvelles de "*l'ajustement structurel*". De telles réserves se sont par exemple exprimées au cours du Sommet social de Genève 2000. C'est donc un dialogue qu'il faut reprendre avec ces pays pour, à l'écoute de leurs préoccupations, imaginer des réponses nouvelles à la situation économique et sociale que connaissent leurs populations.

C'est pour examiner la manière de " reprendre pied " dans ce débat international et être un acteur plus présent dans la mise en oeuvre des politiques de lutte contre la pauvreté et de développement de la protection sociale que Monsieur le Premier ministre

a demandé que soient déterminés “ *les domaines dans lesquels la France devrait privilégier ses interventions, compte tenu de leurs résultats escomptés* ”.

Les questions de protection sociale ne sauraient se résumer à ce que nous appelons la sécurité sociale, même s’il s’agit d’un terme qui rentre dans les droits fondamentaux de la personne. L’article 22 de la Déclaration universelle affirme en effet :

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

La Déclaration de Philadelphie du 10 mai 1944 qui fixe les buts et objectifs de l’Organisation Internationale du Travail a notamment retenu parmi ceux-ci : “ *l’extension des mesures de sécurité sociale en vue d’assurer un revenu de base à tous ceux qui ont besoin d’une telle protection, ainsi que des soins médicaux complets* ”.

Le droit à un revenu suffisant pour vivre passe d’abord par un travail digne de ce nom, ce que l’OIT appelle un *travail décent*. Il est donc évident que la première politique sociale est celle de l’emploi. Mais il y a une très forte interaction entre les politiques de l’emploi et la protection sociale dans la mesure où celle-ci peut apporter certaines réponses aux variations de l’emploi, mais aussi parce que l’évolution de l’emploi et son organisation ont de fortes répercussions sur la protection sociale.

Protection sociale, sécurité sociale, ces deux termes sont souvent utilisés indifféremment surtout lorsque cette question est abordée dans le débat international. Il n’est pas d’un intérêt premier que la question sémantique prenne le pas sur ce que recouvrent les politiques à mettre en oeuvre. Le “ Rapport sur le travail dans le monde 2000 ”, établi par le Bureau international du travail en juin 2000, propose une définition à laquelle nous adhérons : “ *Par sécurité sociale, nous entendons ... la protection que la société assure à ses membres grâce à un ensemble de mesures publiques :*

- *pour compenser l’absence de revenu du travail ou une forte diminution de ce revenu dans une série d’éventualités (notamment la maladie, la maternité, l’accident du travail ou la maladie professionnelle, l’invalidité, la vieillesse, le décès du soutien de famille et le chômage) ;*
- *pour assurer les soins médicaux ;*
- *pour apporter une aide aux familles avec enfants ”*

La protection sociale s’exprime à travers des solidarités familiales ou ethniques, à travers des mécanismes d’épargne individuelle ou collective, ou d’assurances, privées ou sociales, de mutualité ou de sécurité sociale.

La protection sociale s’organise en général autour de démarches différentes, parfois séparées les unes par rapport aux autres, mais qui, cependant, peuvent intervenir en complémentarité :

- l'assistance sociale qui repose sur l'action de l'Etat en faveur de ses membres et qui est financée par l'impôt ;

- la solidarité professionnelle dont les règles fixées par l'Etat sont mises en oeuvre par les partenaires sociaux et dont le financement est basé sur des cotisations ;

- la protection complémentaire et volontaire basée sur un régime de contribution volontaire donnant lieu à capitalisation.

Afin d'éclairer les choix à faire par notre pays pour que d'une part, nos concepts concernant la protection sociale soient mieux pris en compte et que d'autre part, se développent des politiques plus cohérentes de coopération technique dans ce domaine, nous analyserons d'abord la manière dont les différentes institutions internationales abordent les questions de lutte contre la pauvreté et de protection sociale (I) ; puis nous présenterons les différents dispositifs de protection sociale et leurs enjeux dans les différents pays où la France est engagée dans des actions de coopération (II) avant de proposer des orientations d'action de la France sur le plan international ainsi que des améliorations de son intervention sur ces sujets (III).

I - LES QUESTIONS DE LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET DE LA PROTECTION SOCIALE SONT DE PLUS EN PLUS PRESENTES DANS LE DEBAT MONDIAL

Même s'il s'agit encore d'un défi immense loin d'être résolu et si, par ailleurs, on peut regretter l'insuffisante mobilisation sur le plan international comme l'a malheureusement montrée la Conférence de Genève en juin 2000, la question de la lutte contre la pauvreté est de plus en plus évoquée comme nécessitant des réponses nouvelles. Même si le terme "protection sociale" recouvre des analyses et des intentions diverses, que nous précisons dans la première partie de ce rapport, les institutions internationales de Bretton Woods et l'ensemble des bailleurs évoluent dans leur manière d'appréhender cette question, au moins au niveau du discours. La notion de lutte contre la pauvreté s'enrichit de la notion de lutte contre les inégalités. Des thèmes nouveaux apparaissent comme la nécessaire mobilisation de la société civile contre l'exclusion, la bonne gouvernance, la démocratie sociale, la protection sociale. Les institutions qui, traditionnellement, intervenaient sur les questions sociales, évoluent elles-mêmes dans la manière dont elles abordent leurs sujets traditionnels. Il est nouveau et intéressant de constater que l'Organisation Mondiale de la Santé fait porter son attention sur le développement des systèmes de santé dans son rapport annuel pour l'an 2000 et qu'au même moment, le rapport sur le travail dans le monde publié par le Bureau International du Travail porte sur la protection sociale dans un monde en mutation. Alors que l'Union européenne avait depuis ses origines ignoré la protection sociale, ces derniers voient émerger une démarche en ce sens. Ainsi donc, de nombreuses institutions internationales mettent les questions relatives à la lutte contre la pauvreté et de la protection sociale au cœur de leurs débats (A) même si cette concomitance de préoccupations ne doit pas cacher des différences d'appréciation (B).

A . CES QUESTIONS SONT PORTEES PAR DE NOMBREUSES INSTITUTIONS

1. L'Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE)

L'OCDE regroupe aujourd'hui des pays attachés aux principes de l'économie de marché et de la démocratie pluraliste¹. Outre le suivi de l'économie de ses membres, elle établit des rapports ponctuels sur la situation dans les pays non membres dont les Pays de l'Europe centrale et orientale (PECO) et les pays en développement, mais à aucun moment elle n'accorde de financement.

Dans les PECO, la nouvelle organisation économique, issue de la chute du système soviétique, a mis à mal l'organisation de la couverture des risques sociaux, et en particulier celle du risque vieillesse. L'OCDE apporte l'assistance technique et contribue au dialogue sur les politiques à mettre en place en matière de réforme des

¹ Les pays membres de l'OCDE sont actuellement au nombre de 29 : l'Allemagne, l'Australie, l'Autriche, la Belgique, le Canada, la Corée, le Danemark, l'Espagne, les Etats-Unis, la Finlande, la France, la Grèce, la Grande-Bretagne, la Hongrie, l'Islande, l'Irlande, l'Italie, le Japon, le Luxembourg, le Mexique, la Norvège, la Nouvelle-Zélande, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la République tchèque, La Suède, la Suisse, la Turquie.

systèmes de retraite individuelle et d'assurance. Elle est également à l'origine cette année d'un réseau international portant sur les régimes de retraite complémentaire.

Par ailleurs, l'institution étudie l'ensemble des pays non membres au cas par cas. Selon l'axe de recherche socio-économique ou financière, les positions de l'organisation en matière de protection sociale diffèrent.

A partir des études réalisées concernant les pays en développement, le Centre de développement donne aux pays membres un éclairage sur les problèmes économiques et sociaux du monde en développement. Il peut, à cette fin, s'appuyer sur le Club du Sahel pour les questions relatives à l'aide en Afrique Occidentale². Le Comité d'aide au développement³ (CAD) conseille et tente d'harmoniser l'aide des pays de l'OCDE aux pays en développement. Il collabore avec la communauté des donateurs pour fixer les principes directeurs à appliquer afin de garantir l'efficacité de l'aide au regard notamment de la lutte contre la pauvreté, l'objectif étant d'aider les pays en développement à améliorer leur capacité à participer à l'économie mondiale.

Défenseur de l'économie libérale, le discours du Comité d'aide au développement a évolué au fil des ans par la prise en compte de plus en plus grande de l'individu et de sa condition. Ainsi, c'est sous le principe de "*faire de l'être humain l'élément capital du changement mondial*" que son rapport 1995 plaçait la conception et l'exécution de sa stratégie d'aide au développement. A cette même date, commençait une réflexion sur la lutte contre la pauvreté. Actuellement, au sein du CAD, des groupes d'experts travaillent sur différents thèmes (pauvreté, genre, environnement). Le groupe pauvreté finalise actuellement "les lignes directrices" en matière de lutte contre la pauvreté qui regroupent un ensemble de bonnes pratiques et de propositions pour une meilleure conception des politiques de lutte contre la pauvreté.

En effet, une part importante du travail du CAD se concentre sur l'évaluation de l'aide publique au développement dont il déplore le déclin sensible et général du volume. Les rapports du CAD soulignent la fragilité des progrès accomplis et la précarité du soutien international en faveur du développement à long terme. Ainsi, dans certains pays, le niveau de vie de certaines populations parmi les plus pauvres s'est encore dégradé. L'obstacle majeur reste l'insuffisance des capacités dont ils disposent pour affronter la concurrence dans une économie qui se mondialise.

Enfin, l'OCDE s'interroge depuis peu sur la protection sociale *stricto sensu*. Dans le rapport annuel 2000, le CAD considère que le libre échange et les investissements sont des conditions nécessaires aux pays en développement pour obtenir une forte croissance, mais qu'elles ne sont pas suffisantes. Il faut notamment un filet social adéquat, à savoir une aide aux plus démunis, aux laissés pour compte du développement économique. Cependant, la question de la protection sociale dans les pays les plus pauvres reste encore peu étudiée.

² En plus des 29 pays membres de l'OCDE, l'Argentine, le Brésil et le Chili sont membres du Centre de développement. Ce centre et le Club du Sahel sont des organismes semi-autonomes de l'OCDE.

³ La Corée, la Pologne, la Grèce, l'Islande, le Mexique, la Pologne, la République tchèque et la Turquie ne sont pas membres du CAD, mais s'intéressent à ses travaux.

2. Les organisations onusiennes

a) L'ONU et le développement social

La Conférence internationale sur la population et le développement au Caire en 1994, le Sommet mondial sur le développement de Copenhague en 1995 et, la même année, la Conférence mondiale sur les femmes : lutte pour l'égalité, le développement et la paix de Pékin, ont permis d'introduire officiellement la problématique de l'inégalité entre les peuples et entre les hommes et les femmes. La France, qui présidait à ce moment là le Conseil de l'Union européenne, a joué un rôle particulièrement important lors du Sommet de Copenhague.

Le but des 186 délégations nationales présentes à Copenhague parmi lesquelles 117 Chefs d'Etat et de gouvernement, fut de dégager des axes d'actions prioritaires contre la misère et les discriminations de quelque nature qu'elles soient. Une déclaration des Chefs d'Etat et un programme d'action ont été adoptés à son issue. La déclaration s'ordonne autour de dix engagements centrés sur l'élimination de l'extrême pauvreté, la réalisation du plein emploi, la promotion de l'intégration sociale et de l'égalité entre les hommes et les femmes, l'accès à un enseignement de qualité et à des soins de santé primaires, ainsi que l'amélioration du financement du développement social - spécialement pour les pays les moins avancés, dont les pays africains - et de la coopération internationale.

Certains des éléments de ce programme d'action concernaient directement les questions relatives à la protection sociale. Y était notamment affirmée au chapitre " Lutte contre la pauvreté ", la nécessité " *d'améliorer la protection sociale et réduire la vulnérabilité* " (art. 38). Cet objectif très général était confirmé au chapitre " Intégration sociale " qui préconisait de " *mettre en place un système universel et souple de sécurité sociale qui tienne compte des ressources économiques disponibles et encourage la réadaptation et la participation active de ses bénéficiaires à la vie de la société* " (art. 72). Hormis ces articles, la problématique de la protection sociale n'a été traitée qu'à travers les réponses à apporter aux " *besoins spécifiques* " des " *groupes vulnérables* ".

La France a été particulièrement active dans le suivi des recommandations de Copenhague. Sur le plan national, elle a elle-même mis en oeuvre des politiques susceptibles de répondre à ses objectifs : politique volontariste en matière d'emploi, insertion des jeunes, extension de la protection sociale à travers la Couverture maladie universelle (CMU). Par ailleurs, la France a été l'un des rares pays à avoir constitué un Comité national de suivi de Copenhague, comprenant autorités politiques et représentants de la société civile (partenaires sociaux et ONG). Nous pouvons, par contre, regretter que l'Europe ne se soit guère engagée dans la préparation de Genève 2000. Aucun comité de suivi des recommandations de Copenhague n'a été clairement constitué au niveau de l'Union européenne.

En juin 2000 à Genève, le bilan de Copenhague cinq ans après est bien mince. On peut toutefois relever qu'au-delà d'une déclaration politique qui confirme des engagements de principe : " *d'éliminer la pauvreté, de promouvoir le plein emploi et l'emploi productif, de favoriser l'intégration sociale, et de créer un environnement*

propice au développement social ”, les recommandations concernant l’élimination de la pauvreté dans le monde comprennent des indications intéressantes concernant les actions à mener en matière de protection sociale :

“ Art 29 - Mettre en commun les pratiques les plus efficaces concernant la mise en place ou l’amélioration de systèmes de protection sociale prenant en charge des risques qui ne peuvent être assurés par les bénéficiaires eux-mêmes et qui entretiennent le cercle vicieux de la pauvreté, garantissant un accès à la protection sociale, y compris aux filets de sécurité sociale, aux personnes vivant dans la pauvreté, et encourageant les initiatives locales et l’entraide, notamment les petits projets communautaires novateurs, favorisant ainsi la cohésion sociale et la mise en place de systèmes de protection plus universels et plus complets tenant compte des conditions propres de chaque pays. A cette fin, il convient de prendre les mesures suivantes :

a) Rechercher les moyens et les ressources, y compris le cas échéant les ressources réaffectées et l’aide financière des donateurs, qui permettraient d’élargir la protection sociale aux personnes vulnérables, sans protection et non assurées ; dans ce contexte, prier l’OIT et les autres institutions internationales compétentes agissant dans le cadre de leurs compétences d’aider sur le plan technique les pays en développement et les pays en transition qui en font la demande.

b) En mettant au point, selon que de besoin, de nouveaux mécanismes pour garantir la viabilité de ces systèmes dans le contexte national approprié, en particulier celui du vieillissement des populations et de l’augmentation du chômage. ”

Cet article est sans doute plus précis et plus réaliste que l’affirmation générale de Copenhague sur le sujet. Il renvoie la responsabilité de la mise en oeuvre de ces politiques à l’OIT, rejoignant d’ailleurs en cela les préoccupations de cette organisation. D’autres articles précisent des objectifs complémentaires, concernant par exemple le secteur informel :

“ Art. 44 - Inviter l’OIT à aider les Etats membres, à la demande de ceux-ci, à mettre au point une série de mesures de soutien aux personnes travaillant dans le secteur non structuré, notamment en ce qui concerne les droits reconnus par la loi, la protection sociale et l’accès au crédit.

Art. 45 - Elaborer et renforcer les modalités d’affiliation aux systèmes de protection sociale, selon qu’il conviendra, pour répondre aux besoins des personnes exerçant des formes d’emplois souples. ”

Même si on peut regretter que les conclusions d’un tel sommet ne se traduisent pas par des décisions opérationnelles, il faut retenir, concernant la protection sociale qu’après avoir reconnu l’intérêt d’un “ *système universel de sécurité sociale* ”, les recommandations insistent sur la nécessaire extension au secteur informel et la mise en place de mécanismes de micro-assurance.

Il faut enfin relever que la 39^{ème} session de la Commission du développement social des Nations Unies en février 2001 aura pour thème prioritaire : “ *Renforcer la protection sociale et atténuer la vulnérabilité à l’heure de la mondialisation* ”

b) Le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD)

Le rapport mondial sur le développement humain 1999 établi par le Programme des Nations Unies pour le Développement analyse les conséquences de la mondialisation. Pour le PNUD, elle représente plus que des mouvements de capitaux ou de marchandises. C’est l’interdépendance croissante des habitants du monde. C’est un processus qui ne concerne pas uniquement l’économie, mais aussi la culture, la technologie et la “ gouvernance ”. Pour le PNUD, la mondialisation est porteuse de nouvelles opportunités pour des millions de personnes dans le monde et alimente le progrès de l’humanité. Il estime que le défi auquel sont désormais confrontés les dirigeants des pays du monde n’est pas de freiner cette expansion, mais de trouver les règles et les institutions permettant de renforcer la gouvernance - locale, nationale, régionale et mondiale - pour préserver les avantages que procurent les marchés et la concurrence mondiale tout en ménageant un espace suffisant pour l’épanouissement des ressources humaines, collectives et environnementales. “ *Il faut mettre la mondialisation au service des individus et non pas seulement des profits* ” affirme le PNUD qui estime qu’il faut repenser la gouvernance nationale et mondiale, en l’axant sur l’humain, pour que les avantages des marchés concurrentiels puissent profiter à tous.

Le rapport mondial sur le développement humain recommande une série de mesures susceptibles de garantir le développement humain dans cette période de mondialisation. Il affirme notamment que “ *tous les pays du globe ont besoin de repenser leur pratique sociale dans le sens de la redistribution, de l’établissement de filets de sécurité, et de la fourniture universelle de services sociaux, dans une approche qui allie développement humain, élimination de la pauvreté et protection sociale* ”. En plus, il propose d’élargir le champ et d’introduire les principes de développement humain et de protection sociale dans la théorie et la pratique de la gouvernance économique mondiale.

Dans son rapport 2000, le PNUD s’est focalisé sur l’un des corollaires de l’interdépendance des individus dans le monde : la nécessité de respecter les droits de chacun, comme garant du développement humain. Il préconise de donner aux individus les moyens de lutter contre la pauvreté, notamment par le respect de leurs droits économiques et sociaux. Parmi les manquements aux droits de l’homme dans le monde aujourd’hui, ceux liés aux domaines économique, social et culturel sont particulièrement répandus. Le droit à un niveau de vie décent, à la nourriture, à la santé, à l’éducation, à un travail acceptable est bien souvent omis. Comment fuir cette “ *pauvreté humaine* ”⁴ si ce n’est en élargissant les potentialités humaines et le respect des droits de l’homme, donnant aux plus démunis un moyen d’échapper à la pauvreté ? Les indicateurs du PNUD se veulent généralistes, et, bien que l’intérêt de “ la protection sociale pour tous ” apparaisse dans les objectifs des rapports 1999 et 2000, il n’est actuellement pas explicitement repris dans les critères de “ *pauvreté humaine* ”. En fait,

⁴ Le terme “ *pauvreté humaine* ” est défini dans le rapport 1995 comme l’absence de possibilité de s’instruire, de mener une vie longue, de bénéficier d’un niveau de vie décent, de jouir de sa dignité.

le PNUD laisse le soin aux institutions spécialisées (BIT, UNICEF...) d'intervenir dans ce secteur.

c) L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Les objectifs spécifiques de l'Organisation Mondiale de la Santé sont de lutter contre “ *la maladie et les infirmités* ”, et à cette fin de nombreux programmes de santé publique ont été initiés aussi bien de lutte contre diverses pathologies que d'accès aux soins. La Déclaration d'Alma Ata en 1978 avait mis l'accent sur le nécessaire développement des soins de santé primaires et avait demandé aux gouvernements “ *d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire les soins de santé primaire dans un système national de santé plus complet* ”. Force est de constater que cet objectif est loin d'être aujourd'hui atteint, tant l'organisation de nombreux systèmes de santé est insuffisante et la question de l'accès aux soins est encore un problème crucial, particulièrement pour les populations les plus pauvres à travers le monde.

En prenant la direction de l'OMS en 1998, Madame le docteur Gro Harlem Brundtland avait manifesté son intention de replacer progressivement le développement des systèmes de santé au cœur des activités de l'OMS. La publication en juin 2000 du rapport sur la santé dans le monde “ *Pour un système de santé plus performant* ” répond à cette préoccupation. Ce rapport marque sans doute une évolution dans la démarche de l'Organisation. Il va en effet au-delà des préoccupations traditionnelles de l'OMS, à savoir le bien-être physique et mental de la personne pour mettre l'accent sur la qualité et l'équité. C'est la première fois en effet que l'Organisation s'intéresse de cette manière aux prestataires de services de santé, au financement de ces systèmes et à la bonne gestion ou bonne administration générale de la santé.

Les auteurs du rapport estiment que les différents degrés d'efficacité dont font preuve les systèmes de santé pour s'organiser et se financer et pour répondre aux besoins de la population expliquent en partie l'écart croissant entre les taux de décès des riches et des pauvres au sein d'un même pays et d'un pays à l'autre⁵. De plus, l'écart entre riches et pauvres se creuse si l'on dissocie, à l'intérieur de l'espérance de vie, les années de vie en bonne santé et les années de vie avec incapacité. De fait, non seulement les pauvres vivent moins longtemps que les autres, mais ils passent, en outre, une plus grande partie de leur vie avec une incapacité.

Compte tenu de la forte corrélation entre revenu, dépense de santé et état de santé des populations, on pourrait penser que dans un pays pauvre, la marge de manœuvre pour accroître l'accès aux soins reste limitée, il n'en est rien. A revenu donné, chaque pays peut améliorer l'équité et l'efficacité de son système d'offre de santé et son système de financement, comme le montre la différence de classement des pays à revenus similaires en matière de performance de leurs systèmes respectifs de santé.

⁵ Certes, d'autres facteurs explicatifs entrent en ligne de compte dans l'écart observé entre le taux de décès des pauvres et ceux des riches, on peut citer ainsi la qualité nutritionnelle des aliments, les infrastructures d'assainissement, le SIDA, la qualité de l'éducation des citoyens...

En présentant ce rapport, Madame Brundtland déclarait : “ *Le principal message qui émane de ce rapport est que la santé et le bien-être des populations dans le monde dépendent étroitement de la performance de leurs systèmes de santé. Or la performance fluctue sensiblement, même entre des pays qui ont des niveaux comparables de revenu et de dépenses de santé. Il est essentiel que les décideurs comprennent les raisons sous-jacentes à cela pour pouvoir améliorer la performance de leurs systèmes, et la santé des populations* ”.

“ *Les pauvres sont traités avec moins de respect que les autres, ils sont moins à même de choisir les prestataires de services et ils sont soignés dans des conditions moins satisfaisantes.* ” précisait Madame Brundtland. “ *En payant de leur poche pour améliorer leur santé, ils deviennent seulement plus pauvres* ”. En effet, dans les pays les plus pauvres du monde, la plus grande partie de la population, et notamment les plus démunis, doit payer les soins de santé de sa propre poche au moment où elle est malade et en a le plus besoin. Ce sont naturellement ceux qui sont le moins susceptible d’être affiliés à un régime de prépaiement basé sur l’emploi et ont moins facilement accès à des contributions anticipées subventionnées que les personnes relativement aisées.

Le rapport établit de façon convaincante que le “ *prépaiement* ” est la meilleure forme de collecte des recettes alors que les paiements directs sont un système de type dégressif qui entrave souvent l’accès aux soins. L’observation de nombreux systèmes de santé montre que le “ *prépaiement* ” dans le cadre d’un régime d’assurance rend le financement plus équitable. Cette équité ne peut être obtenue que dans le cadre d’une répartition des risques, c’est à dire d’un système permettant à tout moment à ceux qui sont en bonne santé de subventionner ceux qui sont malades et aux riches de subventionner les pauvres. Le rapport préconise donc que soient mises en place des stratégies de répartition des risques afin de favoriser le développement de ces contributions subventionnées.

Le rapport suggère que dans les pays à revenu intermédiaire, l’instauration de systèmes de prépaiement équitables passe par le renforcement des régimes obligatoires existants, basés sur le revenu et le risque et par une augmentation du financement public pour inclure les pauvres.

d) Le Bureau International du Travail (BIT)

Le Bureau International du Travail s’est toujours préoccupé de la sécurité des revenus des travailleurs, et a affirmé depuis longtemps la nécessité de mettre en place une protection sociale minimale. La Déclaration de Philadelphie et les normes du BIT relatives à la sécurité sociale instituent l’universalité du droit à une protection sociale et précisent les obligations qui incombent aux Etats dans ce domaine ainsi que les niveaux minimums de prestations. C’est ainsi que la Convention 102 fixe des normes volontairement basses afin d’être accessibles à tous les Etats. Malheureusement, la ratification de cette convention ne suffit pas à garantir l’application réelle des objectifs et le BIT a décidé d’engager un certain nombre d’actions tendant à aider les Etats membres à élargir le champ de leurs systèmes de sécurité sociale, améliorer et diversifier les prestations, renforcer la gestion selon les principes de bonne gouvernance et élaborer des politiques pour surmonter les problèmes financiers.

En prenant ses fonctions de directeur général du BIT, en 1999, Monsieur Juan Somavia a fixé quatre objectifs stratégiques à l'Organisation :

- promouvoir et mettre en oeuvre les principes et droits fondamentaux au travail,
- développer les possibilités pour les femmes et pour les hommes d'obtenir un emploi et un revenu décent,
- accroître l'étendue et l'efficacité de la protection sociale pour tous,
- renforcer le tripartisme et le dialogue social.

Le " Rapport sur le travail dans le monde 2000 " du BIT traite de la " Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en mutation ". Juan Somavia y affirme clairement les objectifs de l'Organisation qui sont de permettre à tout travailleur d'avoir un " *travail décent* ", c'est à dire " *un travail qui non seulement garantit un revenu décent aujourd'hui mais s'assortit d'une sécurité du revenu à long terme malgré les incertitudes économiques et les risques auxquels les travailleurs sont confrontés durant leur vie active et durant leur retraite, et qui s'exerce dans un environnement qui respecte leurs droits et aspirations et qui fait une grande place à la solidarité et à la participation* ". Pour le directeur général du BIT, il faut trouver les moyens de garantir une protection sociale aux millions de personnes qui en sont encore dépourvues en évitant de tomber dans le piège qui consiste à étendre la protection sociale en la diluant. " *Ce n'est pas en rognant la protection sociale d'une partie des travailleurs que l'on parviendra à améliorer celle des autres* ". Ce n'est pas non plus en " *exportant* " les modèles de protection sociale mis en place dans les pays développés que l'on résoudra les problèmes des pays en développement.

Pour le BIT, la protection sociale n'est pas un frein au développement économique, bien au contraire, elle a des effets économiques positifs, notamment du fait des prestations qu'elle assure : " *Une économie de marché bien organisée doit obligatoirement comporter un système de protection sociale bien développé* ".

Les systèmes de sécurité sociale ont une incidence sur la vie économique,⁶ du fait du soutien à l'offre de production et grâce à la demande de consommation des ménages.

* Les effets des systèmes de sécurité sociale sur la production

Tout salarié reçoit un revenu primaire tiré de son activité professionnelle et un revenu secondaire constitué par l'ensemble des prestations de sécurité sociale. On peut se poser la question de savoir si l'extension des revenus secondaires aurait un effet démotivant sur l'offre des entreprises, la rendant moins compétitive. Certains estiment que, pour les entreprises, les charges salariales pénalisent l'emploi, diminuent la compétitivité (par rapport à des concurrents étrangers qui n'appliqueraient pas des niveaux comparables), contractent l'investissement, bref constituent un frein à l'expansion de la production. Ces constatations doivent être relativisées car les dépenses sociales, loin d'apparaître comme des coûts, peuvent, si les régimes de sécurité sociale fonctionnent correctement, être une source d'économie à l'échelle sociale ; telles sont par exemple les dépenses de prévention des accidents du travail ou des maladies.

⁶ BIT, *Réflexions sur les stratégies de réforme de la protection sociale*, Genève, 2000, p 55 et suivantes

En période de croissance, l'affirmation selon laquelle les systèmes de sécurité sociale constituent une charge pour l'entreprise est inexacte dans la mesure où une part non négligeable de ces charges peut être répercutée soit sur les salariés eux-mêmes soit sur les prix. Alors qu'en période de chômage, les entreprises vont reporter cela sur la valeur du travail. On constate que l'effet sur l'offre peut être bon ou mauvais. Parallèlement, les effets sur la demande sont globalement positifs.

* Les effets des systèmes de sécurité sociale sur la consommation des ménages

Il est indéniable que les avantages distribués par le système de sécurité sociale ont des effets directs sur la demande. D'un point de vue quantitatif, le volume global de la consommation va augmenter. C'est ainsi que beaucoup de pays européens ont volontairement utilisé les dépenses de sécurité sociale pour soutenir et renforcer la demande de biens de consommation, tirant ainsi l'offre nationale vers le haut à condition que l'accroissement de la demande ne serve pas à acheter des produits étrangers.

La distribution de prestations remplit une fonction de stabilisation économique. En général, la majorité des prestations de sécurité sociale sont, à court terme, indépendantes des fluctuations de l'activité économique et du revenu primaire des ménages. D'un point de vue qualitatif, il s'agit d'une demande de biens de première nécessité qui sont souvent produits localement. Par ailleurs, lorsque le système de protection sociale réduit les inégalités de revenu, la propension moyenne à consommer des ménages peut augmenter, à revenu inchangé, si les ménages disposant de hauts niveaux de revenus ont une propension à consommer inférieure à celle des ménages à faible revenu.

D'un point de vue qualitatif, on s'est souvent posé la question de savoir si le revenu social devait être le garant de la sauvegarde du pouvoir d'achat des ménages afin d'éviter un effondrement des revenus et une dégradation du consensus. Les réponses apportées par les gouvernements européens diffèrent d'un pays à l'autre. Pour les pays d'Afrique francophone, cette question n'a pas eu véritablement d'écho auprès des décideurs nationaux, à l'exception peut-être de Madagascar.

Le système de protection sociale exerce un effet positif sur la demande de consommation à long terme et des effets contrastés sur l'offre de production. Aussi, globalement, la protection sociale a-t-elle un effet positif sur la croissance économique et indéniablement sur le bien-être.

Convaincu de l'intérêt d'une couverture du risque pour les travailleurs, mais aussi pour le patronat, le BIT, dans son rapport, formule quelques conclusions à partir du constat qu'il dresse de la protection sociale dans le monde :

- *Nécessité d'étendre la couverture sociale*, c'est à dire faire bénéficier des régimes actuels les salariés qui en sont exclus tels que les employé(e)s de maison. Mettre en place des régimes spéciaux pour les travailleurs indépendants et les travailleurs du secteur informel. Que partout où c'est possible, ces régimes soient obligatoires. Là où ce n'est pas possible, comme dans les pays en développement à bas revenus, il

faudrait promouvoir les systèmes de micro-assurance ou d'autres initiatives prises à la base et permettant la mutualisation du risque. Que des mesures d'aide sociale soient prévues pour les catégories les plus vulnérables qui ne font pas partie de la main d'œuvre.

- *Nécessité d'une bonne gouvernance.* Il ne suffit pas de concevoir de bons systèmes si on n'accorde pas la plus grande attention à la mise en place des mécanismes institutionnels appropriés à la bonne administration des systèmes de protection sociale. Le BIT rappelle d'ailleurs qu'en ce qui concerne le choix de la structure institutionnelle, les régimes fonctionnent presque toujours mieux si les travailleurs qu'ils visent, participent à leur gestion. Par ailleurs, il est nécessaire d'avoir un personnel bien formé et motivé, disposant des systèmes et des pouvoirs leur permettant de recouvrer et d'enregistrer les cotisations, de calculer et payer les prestations, sans erreur et dans les délais prévus.
- *Lien entre protection sociale et égalité entre les hommes et les femmes.* L'amélioration de la sécurité du revenu des femmes suppose une plus grande égalité entre hommes et femmes à la fois à la maison et sur le marché du travail, où elles doivent pouvoir accéder plus facilement à un emploi rémunéré. Des mesures concrètes doivent être prises pour aider hommes et femmes à concilier plus aisément activité professionnelle et responsabilités familiales. Il est pour cela préconisé que la sécurité sociale soit étendue à certaines catégories d'emploi dans lesquelles les femmes sont particulièrement nombreuses (notamment travail à temps partiel et travail à domicile) et que soient éliminés tous les systèmes qui entraînent une discrimination directe ou indirecte à l'encontre des femmes ou en tout cas que soit réduite leur importance.
- *Coûts et effets économiques positifs de la protection sociale.* Le niveau des dépenses de sécurité sociale qui est jugé supportable varie beaucoup, même entre pays ayant des revenus plus ou moins analogues. Cette situation dépend des traditions, de la culture politique, mais aussi de la distribution des revenus et de la conception du système de protection sociale. L'amélioration de la distribution des revenus, marquée par de très fortes distorsions dans beaucoup de pays en développement, est possible par un effort dans le domaine de l'éducation et de la formation qui facilite l'accès à de meilleurs salaires et contribue à renforcer la cohésion sociale. Cela accroît la capacité de gain et contribue aussi à renforcer la sécurité sociale. Généralement, les systèmes conçus pour offrir des prestations intéressantes à toutes les catégories sociales sont ceux qui bénéficient du plus grand appui politique et financier, à la différence des systèmes qui ne visent que des catégories restreintes. Le souci légitime qu'inspire le coût de la protection sociale ne doit pas faire oublier ses avantages économiques ni, bien sûr, ses avantages sociaux, qui sont sa raison d'être. La protection sociale contribue de diverses manières à l'augmentation de la productivité. Elle est capitale pour contenir l'insécurité engendrée par la libéralisation et la mondialisation et pour prévenir ainsi une réaction "populiste" qui pourrait imposer un retour au protectionnisme et à l'inefficacité qui l'accompagne. Enfin, elle favorise la stabilité sociale, facteur essentiel pour la prospérité économique.
- *Participation, adhésion et disposition à payer.* Pour maximiser la couverture sociale et la mise en commun des risques, les régimes de sécurité sociale sont d'ordinaire nationaux et obligatoires, ce qui risque de les éloigner du citoyen de base. Pour pallier ce problème, il faut que tout le monde, notamment par l'intermédiaire des organisations de travailleurs et d'employeurs, puisse participer à la conception et à la

gestion de ces régimes. Les régimes volontaires locaux se prêtent davantage à une gestion participative mais celle-ci n'est pas automatique ; il faut donc s'appuyer sur les organismes sociaux qui existent déjà. En ce qui concerne les régimes complémentaires offerts aux salariés, on constate que les régimes cogérés mis en place à la suite de négociations collectives sont un bon moyen de protection sociale, notamment en matière de retraites. La participation contribue à garantir que les régimes mis en place reflètent bien les besoins et aspirations des intéressés. Cela a un effet sur la disposition des salariés à payer la protection sociale et, finalement, sur le niveau de dépenses jugé abordable ; cela peut être aussi un puissant moyen de promouvoir l'inclusion sociale.

Le Conseil d'administration de mars 1999 a mis à l'étude l'opportunité de réviser les normes de sécurité sociale ou d'en élaborer de nouvelles. Il a par ailleurs lancé de nouveaux programmes de coopération technique afin d'élargir le champ des systèmes de protection sociale en vue d'améliorer les prestations et d'offrir une protection aux nombreuses personnes, qui, dans beaucoup de pays, en sont privées, notamment les travailleurs du secteur informel et les travailleurs ruraux. Il a décidé d'apporter un appui technique aux institutions novatrices de sécurité sociale, telles que les caisses mutuelles d'assurance maladie des travailleurs du secteur informel ou les associations coopératives qui assurent une couverture à leurs membres, et par ailleurs, de réaliser, avec l'OMS et la Banque mondiale, une action tendant à élargir l'accès aux soins médicaux. Lors de la prochaine Conférence internationale du travail en juin 2001, il est prévu une discussion générale sur la sécurité sociale.

Afin de répondre à ses objectifs concernant la protection sociale des plus pauvres, le BIT a lancé un programme de coopération technique général, désigné sous le titre de STEP, "*Stratégies et Techniques contre l'Exclusion sociale et la Pauvreté*". Le programme STEP promeut la conception et la diffusion de systèmes novateurs destinés à la protection sociale des populations exclues et basés sur les principes d'équité, d'efficacité et de solidarité. Dans ses interventions, STEP combine différents types d'activités : développement des connaissances, productions d'outils méthodologiques et d'ouvrages de références, actions concrètes sur le terrain, appui technique à la définition et à la mise en oeuvre des politiques. Financé au départ par la Belgique, STEP est progressivement devenu un programme financé aujourd'hui par de nombreux autres donateurs, comme c'est par exemple le cas pour le programme de lutte contre le travail des enfants (IPEC).

Le programme STEP est centré sur deux domaines de développement prioritaires :

- les stratégies intersectorielles de lutte contre l'exclusion sociale au niveau local
- ;
- l'extension de la protection sociale aux exclus, particulièrement en matière de santé.

Concernant ce dernier point, STEP a été le cadre de la mise en oeuvre d'une action de soutien aux mutuelles de santé. C'est ainsi qu'en juin 1998, le Bureau International du Travail (BIT), l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID), la Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit

(GTZ), l'Alliance Nationale des Mutuelles Chrétiennes de Belgique (ANMC)⁷ et Solidarité Mondiale (WSM)⁸ ont organisé conjointement à Abidjan un atelier sur les stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique de l'Ouest et du Centre. Cet atelier a réuni les différents types d'acteurs concernés : fédérations mutualistes d'Afrique et d'autres régions du monde, organisations internationales, Etats, Agences de coopération, ONG locales et internationales, prestataires de soins, universités, centres de recherche et organisations régionales de travailleurs. Des représentants de six Etats⁹ et d'une quarantaine de structures ont participé aux travaux¹⁰. C'est au cours de cet atelier qu'a été arrêtée la plate-forme d'Abidjan définissant des " Stratégies d'appui aux mutuelles de santé en Afrique "

3. L'Association Internationale de Sécurité Sociale (AISS)

L'AISS est une organisation internationale non gouvernementale composée d'institutions, de ministères, d'agences et d'autres entités administrant un ou plusieurs aspects de la sécurité sociale. Elle entretient une relation privilégiée avec le Bureau International du Travail et a obtenu le statut d'organisme consultatif auprès du Conseil Economique et Social des Nations Unies.

L'AISS a décidé fin 1999 de lancer une initiative appelée "*Initiative 2000 - Sécuriser la sécurité sociale*". Elle se situe dans le prolongement d'une précédente initiative de l'AISS, " L'initiative de Stockholm ", qui avait été axée principalement sur les aspects macro-économiques de la protection sociale, et plus particulièrement les problèmes de retraite. L'initiative 2000 concerne tous les pays, y compris les pays en développement qui n'avaient pas été concernés par l'initiative de Stockholm, et est orientée sur des aspects plus politiques et institutionnels de la protection sociale.

Les objectifs généraux de l' "*Initiative 2000* " peuvent être résumés ainsi :

- apporter une contribution constructive au débat actuel, aux niveaux national et international, sur le rôle des mesures de sécurité sociale dans un Etat moderne, et montrer jusqu'à quel point, sur la base des faits constatés, les prestations sociales actuelles répondent à l'attente de la population et suscitent un sentiment de sécurité personnelle au sein d'un environnement souvent de plus en plus hostile ;
- permettre, tant aux affiliés à l'AISS qu'à un plus vaste public, de participer davantage et d'une manière plus constructive, au débat sur l'orientation des politiques de sécurité sociale au cours du nouveau siècle.

Cinq projets ont été retenus :

- évaluation et mesure des lacunes dans la couverture apportée par la sécurité sociale,

⁷ L'Alliance Nationale des Mutualités Chrétiennes de Belgique (ANMC) est spécialisée dans l'organisation et la gestion de l'assurance maladie et invalidité (obligatoire et complémentaire) et dans l'organisation des services de soins de santé et d'éducation de la santé.

⁸ Solidarité Mondiale est le service de coopération au Développement du Mouvement Ouvrier Chrétien de Belgique.

⁹ Bénin, Burkina-Faso, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Togo.

¹⁰ Y ont notamment participé les institutions suivantes : le Centre International de Développement et de Recherche (CIDR), la Coopération française, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), le Projet Mutualité au Mali et le Projet Santé Abidjan.

- impact des droits individuels sur le sentiment de sécurité ressenti par les personnes protégées par la sécurité sociale,
- vue rétrospective de l'évolution des droits de 1980 à 2000,
- étude des opinions publiques et personnelles sur l'adéquation de la protection sociale,
- protection des droits dans les régimes de prestations à gestion privée.

4. Les institutions européennes

a) Le Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe dont la préoccupation première est la défense des droits de l'homme fait des droits sociaux une des composantes de cet objectif. Au fil de cinquante années de coopération intergouvernementale, cette organisation a mis en place des normes européennes dans le domaine des droits sociaux, comme la Charte sociale européenne¹¹ et le Code européen de sécurité sociale. Elle a accumulé sur le terrain social une vaste et précieuse expérience, tant à travers les mécanismes de supervision de ces instruments juridiques que sous la forme de recommandations et rapports.

Un constat s'est progressivement imposé au cours de ces dernières années, à savoir que la cohésion sociale est une condition essentielle de la sécurité démocratique. En plus d'être iniques, les sociétés marquées par les divisions et les inégalités s'avèrent incapables de garantir la stabilité à long terme. Réunis les 10 et 11 octobre 1997 à Strasbourg à l'occasion du 2^{ème} Sommet du Conseil de l'Europe, les chefs d'Etat et de gouvernement des Etats membres de l'Organisation ont reconnu que la cohésion sociale était “ *l'une des exigences primordiales de l'Europe élargie... et un complément indispensable de la promotion des droits de l'homme et de la dignité humaine* ” (déclaration finale). Ils ont ensuite chargé le Comité des ministres de “ *définir une stratégie de cohésion sociale pour répondre aux défis de société* ” et de “ *procéder aux restructurations appropriées au sein du Conseil de l'Europe* ”.

La première mesure prise par le Comité des ministres a été la création d'un nouveau comité directeur intergouvernemental - le Comité européen de cohésion sociale (CDCS) - qui coiffe plusieurs domaines d'activité dans le domaine social. Le mandat du Comité stipule que sa “ *première mission consistera à élaborer une stratégie de développement des activités de cohésion sociale au sein du Conseil de l'Europe, à soumettre à l'examen du Comité des ministres* ”. Le document exposant la stratégie du Conseil de l'Europe en matière de cohésion sociale a été approuvé par le Comité des ministres le 13 juillet 2000¹².

Outre la définition de nouvelles méthodes de travail et la détermination de différentes actions tendant à développer la cohésion sociale en Europe, le document stratégique affirme un certain nombre de principes dont certains méritent d'être ici présentés :

¹¹ La Charte sociale européenne a été adoptée le 18 octobre 1961 et la Charte sociale révisée l'a été le 3 mai 1996.

¹² Document CDCS (2000) 40, accessible sur le site Internet du Conseil de l'Europe.

“ 11. Un facteur important de division dans la société est l’existence d’un fossé excessivement grand entre riches et pauvres. Les économies fondées sur le libéralisme génèrent, comme tout autre système économique, des différences de fortune et de condition sociale. Ces différences sont tolérées aussi longtemps que les gens ont le sentiment de pouvoir compter sur l’égalité des chances pour améliorer leur sort. Si toutefois les différences deviennent trop criantes et, surtout, si les plus défavorisés considèrent qu’ils ne doivent guère espérer mieux, qu’ils sont enfermés dans le piège de la pauvreté et de l’exclusion sociale, et que ce handicap se transmet de génération en génération - bref, s’ils estiment n’avoir rien à gagner d’une société qui n’a rien à leur offrir -, alors les divisions socio-économiques risquent d’ébranler sérieusement la cohésion sociale.

13. Une stratégie de cohésion sociale implique la mise en oeuvre de mesures visant à combattre la pauvreté et l’exclusion sociale, notamment dans les secteurs comme le logement, la santé, l’éducation et la formation, le partage de l’emploi et des revenus, ou encore les services sociaux. Mais elle ne doit pas se borner à traiter les symptômes ; elle doit aussi, ce qui est plus constructif, soutenir toutes les forces qui contribuent à façonner une solidarité sociale et à nourrir un sentiment d’appartenance ...

14. Les systèmes de sécurité sociale représentent l’une des expressions institutionnelles les plus puissantes de la solidarité sociale. Toute stratégie de cohésion sociale doit faire du renforcement de ces systèmes l’un des objectifs majeurs - surtout en ces temps où leur avenir et la question de leur financement suscitent bien des interrogations.

21. ... le Conseil de l’Europe a opté pour une stratégie de cohésion sociale plutôt que pour une politique de lutte contre l’exclusion sociale. Mais il y a dans ce choix sémantique plus qu’une simple volonté de donner une image plus positive des travaux de l’Organisation dans le domaine social. En fait, il incombe aux Etats membres non seulement de traiter le problème des exclus, mais aussi - tâche plus ambitieuse - d’étudier les moyens de tendre à des sociétés plus cohésives qui réduisent autant que faire se peut les risques d’exclusion. En un mot, la cohésion sociale concerne la collectivité dans son ensemble et chacun de ses membres, et non pas seulement les individus qui s’y trouvent marginalisés. ”

b) L'Union européenne

Nous analyserons ici d'une part la manière dont l'Union européenne apprécie les enjeux de la protection sociale en son propre sein ainsi que les travaux qu'elle a engagés à ce sujet et d'autre part les actions de coopération que développe l'Union à l'égard des pays tiers (PECO et pays méditerranéens) dans ce qu'ils ont de plus spécifiques concernant les questions de protection sociale.

- *Une prise en compte récente des questions de protection sociale*

La politique sociale n'a tenu, depuis la signature du traité de Rome le 25 mars 1957 et jusqu'à une date récente, qu'une place modeste dans la construction européenne. Jusqu'à l'intervention du traité d'Amsterdam, les matières relevant de la protection sociale ne faisaient l'objet, dans l'ancien titre VIII, que de dispositions de portée générale.

Les traités de Maastricht en février 1992 et d'Amsterdam en octobre 1997 ont permis d'indéniables avancées dans la définition et la promotion d'une politique sociale de l'Union. En assignant à l'Union, à titre prioritaire, un objectif de “ *promotion d'un progrès économique et social équilibré et durable* ”¹³, et à la Communauté la mission d'assurer “ *un niveau élevé de protection sociale* ”¹⁴ les douze Etats membres moins le Royaume Uni ont permis au Conseil d'arrêter des décisions par voie de directive dans les domaines de la promotion de l'emploi, de l'amélioration des conditions de vie et de travail, du dialogue social, de la lutte contre les exclusions et de la promotion d'une protection sociale adéquate. Le traité d'Amsterdam qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 1999 marque une étape essentielle dans cette affirmation croissante de la politique sociale dans la construction européenne : d'une part, il intègre l'Accord précité dans le traité lui-même et d'autre part, il insère un titre spécifique consacré à l'emploi et institue dans ce domaine une “ *stratégie concertée* ”. Un processus analogue a débuté avec la présentation par la Commission, le 14 juillet 1999, de sa communication intitulée : “ *Une stratégie concertée pour moderniser la protection sociale* ”.

On ne saurait accorder trop d'importance à ce document présenté par la Commission comme visant à poursuivre et à approfondir le processus de réflexion concertée sur l'état de la protection sociale en Europe, ses objectifs et les défis qu'elle doit relever pour l'avenir. On y trouve à la fois un rappel de la place centrale qu'occupe la protection sociale dans les Etats de l'Union, une analyse du contexte nouveau, tant interne qu'externe, qui doit conduire celle-ci à procéder aux adaptations nécessaires, et la définition d'une stratégie pour réaliser, de façon concertée, la modernisation indispensable.

L'énoncé de quelques chiffres suffit à rappeler l'importance de la protection sociale pour les Etats membres de l'Union : les dépenses qui s'y rapportent représentent 28 % du PIB communautaire, dont 63% sont consacrés aux retraites et soins de santé.

Ces dépenses assurent une redistribution des revenus dans des proportions importantes : en l'absence de transferts sociaux, près de 40% des ménages vivraient dans une pauvreté relative contre 17% dans la réalité. La protection sociale est tout à la fois la

¹³ Traité de l'Union européenne, art. 1^{er} tiret.

¹⁴ Traité des Institutions de la Communauté européenne, art. 2.

condition de la cohésion sociale et celle du dynamisme économique. En 1997, la Commission précisait que les systèmes de protection sociale, loin de constituer un fardeau économique, peuvent être un facteur productif favorable à la stabilité économique et politique et aider les économies européennes à être plus efficaces et plus flexibles et à obtenir de meilleurs résultats. La Commission citait la Recommandation du Conseil de 1992 sur la convergence des objectifs et des politiques de protection sociale, tout en soulignant que “ *les Etats membres restent libres de déterminer le mode d’organisation et de financement de leurs systèmes. Ces derniers sont régis par des valeurs et des objectifs communs, définis dans cette recommandation. Selon la recommandation du Conseil, la protection sociale fait partie intégrante du modèle social européen et de l’acquis communautaire dans le domaine politique* ”.

La Commission fait également le constat d’un besoin urgent de moderniser des structures par rapport aux nouvelles réalités (évolution du travail, démographie, égalité hommes/femmes...) par une meilleure utilisation des ressources disponibles, et non par l’abaissement du niveau de protection sociale. Le modèle européen réside, en effet, dans l’existence de systèmes solides de protection sociale et la conviction que ce socle, indispensable au maintien de la cohésion sociale, est également la condition du progrès économique. S’ajoute à l’énoncé de ces principes une précision d’importance : ces systèmes que l’on ne définit pas plus avant ont néanmoins une caractéristique commune, celle de fournir, outre des filets de sécurité pour les plus démunis, une véritable protection contre l’ensemble des risques sociaux.

Ces grands principes réaffirmés, que recouvre la “ modernisation ” de la protection sociale dans cette perspective ? La réponse donnée peut surprendre : “ *Moderniser la protection sociale signifie exploiter au mieux son potentiel en tant que facteur productif* ”. La protection sociale doit être “ incitatrice ” à l’emploi, ce qui sous-entend que certaines dispositions peuvent créer des freins au développement de l’emploi. Pour justifier cette orientation, la Commission s’appuie, outre les facteurs économiques et sociaux déjà cités, sur le constat des changements qui se sont produits au sein des institutions de l’Union : la monnaie unique, la place de l’emploi parmi les sujets d’intérêt commun qui résultent du traité d’Amsterdam, la nouvelle base juridique pour la lutte contre l’exclusion sociale, et les perspectives d’élargissement de l’Union. Le renforcement de l’intégration économique (UEM et monnaie unique) a, par exemple, entraîné le développement d’une stratégie de croissance et d’emploi qui n’est évidemment pas sans effet sur les politiques sociales.

Pour la Commission, cette situation permet de jeter les bases d’une réforme des systèmes de protection sociale afin de les rendre durables et fiables. Sont visés ici au premier chef les régimes de retraite. Par ailleurs, les restructurations économiques indispensables (adaptation à la concurrence extérieure) et les exigences de la flexibilité accroissent les difficultés sectorielles et, partant, les risques sociaux. Les régimes de protection sociale se voient ainsi sollicités afin d’aider aux adaptations nécessaires. Enfin, le niveau d’intégration économique atteint par l’Union exclut que les politiques sociales nationales puissent demeurer sans effet tant au plan communautaire qu’à celui des relations entre Etats membres.

On notera que c'est autant l'intégration économique que la conscience d'affronter les mêmes difficultés (vieillesse de la population par exemple) qui fait de la protection sociale un " sujet d'intérêt commun ".

Le contexte extérieur, c'est aussi et surtout, le processus d'élargissement de l'Union, " chance et défi ". La perspective d'accueillir, dans les dix années qui viennent, des pays qui auront en partie seulement rattrapé un retard économique important et dont les structures de protection sociale, entièrement bouleversées, auront à la fois diminué le niveau de garantie offert et accru les risques potentiels de concurrence vis à vis de l'Europe communautaire, a sans doute accéléré la réflexion des Etats membres sur le modèle social dont ils s'estiment porteurs et garants.

La Commission ne fait pas état des risques liés au futur environnement du marché du travail. Elle insiste, en revanche et à juste titre, sur le rôle essentiel que la protection sociale joue et continuera de jouer dans le processus de transition en cours. De ce point de vue, la protection sociale est, pour les PECO, au cœur même de la problématique de cohésion sociale, leurs régimes devant prendre en compte et en charge les conséquences de l'ouverture brutale à l'économie de marché : chômage, régression du niveau sanitaire, etc. Les systèmes de protection sociale de ces pays se voient, eux aussi, pour la Commission, confrontés à la nécessité de la modernisation.

- *La stratégie et les méthodes de travail interne de la Commission*

La stratégie de la Commission vise essentiellement à renforcer la coopération entre les États membres et l'Union en s'appuyant sur l'échange d'expériences en vue d'identifier les bonnes pratiques. A la lumière du processus de réflexion engagé, il est apparu que les préoccupations communes des Etats membres pouvaient être regroupées de la façon suivante :

- comment rendre les systèmes de protection sociale plus favorables à l'emploi ?
- comment faire face au vieillissement démographique ?
- comment lutter contre l'exclusion sociale ?
- comment fournir des soins d'excellente qualité tout en limitant les coûts ?

Ainsi, ont été définis quatre grands objectifs :

- Rendre le travail plus avantageux et fournir un revenu sûr : il s'agit ici aux yeux de la Commission d'adapter la protection sociale aux nouvelles formes de travail, de lui permettre d'accompagner les évolutions du marché du travail, de rechercher un équilibre différent entre la sécurité et la flexibilité et d'assurer aux personnes privées d'emploi, les revenus de remplacement et les aides nécessaires à leur retour dans la vie active.

- Garantir des retraites sûres et des systèmes de retraite viables : sont envisagées des mesures de nature diverse, tant d'ordre financier que social : recherche d'un équilibre entre répartition et capitalisation, réforme des retraites visant à décourager les départs anticipés du monde du travail, encouragement à la participation des personnes âgées à la vie de la cité, etc.

- Promouvoir l'intégration sociale : le rôle dévolu à la protection sociale dans la lutte contre l'exclusion, qualifié de crucial par la Commission, est défini de manière précise, en termes de prestations à fournir : revenu minimum, accès au logement et aux services de santé et en termes de méthode et d'objectifs : favoriser la réintégration des intéressés en prévoyant outre les filets de sécurité (revenu minimum), des mesures de prévention ("mesures actives plutôt que passives", des incitations et des parcours de réinsertion).

- Garantir un niveau élevé et durable de protection de la santé : c'est à dire permettre à tous de bénéficier des améliorations dues aux politiques de santé mises en oeuvre et aux progrès de la science et de la technologie médicales. Cela suppose notamment de garantir l'accès de tous à des services de santé de grande qualité et de réduire les inégalités en matière de soins.

Pour mettre en oeuvre cette stratégie, il a été décidé de constituer un Groupe de fonctionnaires de haut niveau sur la protection sociale (GHNPS) - chaque Etat en désignant un - chargé d'animer la collecte et l'échange d'information, réuni régulièrement par la Commission afin d'analyser et d'évaluer les progrès réalisés.

La Commission souhaite que son "Rapport sur la protection sociale" qui sera publié désormais tous les ans (et non plus tous les deux ans), reflète les grands objectifs que le Conseil est invité à ratifier.

Deux propositions doivent retenir l'attention :

- C'est sur la base de ces propositions, auxquelles le Conseil "Travail/Affaires Sociales" a souscrit le 29 novembre 1999, qu'ont été adoptées par le Conseil européen du 17 décembre suivant des "*conclusions sur le renforcement de la coopération en vue de moderniser la protection sociale*".

- Outre la volonté que "*le passage à l'économie de la connaissance*" - thème du sommet du Conseil européen extraordinaire de Lisbonne (23 - 24 mars 2000) - se fasse sur la base du modèle social européen avec ses régimes de protection sociale très développés, il a été jugé inacceptable que, dans l'Union, tant de personnes vivent au-dessous du seuil de pauvreté et soient touchées par l'exclusion sociale. Il a été jugé nécessaire de "*prendre des mesures pour donner un élan décisif à l'élimination de la pauvreté en fixant des objectifs appropriés*".

Dans les deux cas, le GHNPS a été sollicité. D'une part, il s'est vu chargé d'une étude sur l'évolution future de la protection sociale dans une perspective à long terme, en accordant une attention particulière à la viabilité des régimes de retraite à différentes échéances jusqu'en 2020 et au-delà, si nécessaire. D'autre part, il a été prévu de l'associer aux travaux sur l'exclusion et aux mesures à prendre dans ce domaine.

Dans le prolongement de ces décisions, le Conseil européen de Feira (19-20 juin 2000) a réaffirmé les priorités établies en définissant, en ce qui concerne la viabilité des régimes de retraite, deux lignes d'action : "*mieux prévoir les tendances futures et*

connaître dans le détail les stratégies nationales récentes, actuelles ou futures en matière de réforme des régimes de retraite ”.

S’agissant de l’encouragement à l’intégration sociale, le Conseil a prévu la définition d’un cadre et des objectifs appropriés afin d’évaluer l’incidence des politiques sociales suivies et d’arrêter des indicateurs qui serviraient de références communes.

Le Groupe de haut niveau sur la protection sociale a retenu deux objectifs prioritaires : la promotion de l’intégration sociale et la viabilité des régimes des retraites. S’agissant de l’exclusion, le Groupe a estimé qu’au-delà de l’aspect multidimensionnel du phénomène, il serait utile d’examiner comment les régimes de protection sociale pourraient mieux contribuer à intégrer les personnes en cause et prévenir leur exclusion : les pensions et l’accès aux soins sont notamment visés ici.

En ce qui concerne la protection sociale, les points suivants sont évoqués :

- faire de la protection sociale le troisième élément d’un triangle dont les deux autres sont la politique économique et la politique de l’emploi ;
- respect du principe de subsidiarité, mais définition d’objectifs communs ;
- rôle important dévolu aux partenaires sociaux ;
- la corrélation adéquate et l’équilibre nécessaire entre souplesse et sécurité sont des facteurs importants du processus de développement de la protection sociale.

Plus précisément sur les retraites :

- nécessité de garantir des prestations suffisantes, de mobiliser tout le potentiel de la société, d’augmenter les recettes et de modérer les dépenses.
- question de l’architecture d’ensemble des régimes de pensions retenue par les États membres, rôle des différents piliers et de leur interaction ;
- faire que les régimes de pensions prévoient de meilleures incitations pour le maintien sur le marché du travail.
- la réforme des pensions relevant de la compétence des États membres, prise en compte d’autres objectifs stratégiques (niveau national et européen) : en particulier ceux d’accroître l’offre d’emploi et de maintenir des finances saines ;
- critères de revenus et de besoins pour garantir un niveau de prestations suffisant (objectif de solidarité) ;
- rôle important pour garantir un environnement sûr (importance de la sécurité ou de la stabilité financière) ;
- mobiliser l’ensemble des travailleurs pour maîtriser la tendance à l’augmentation des retraités par rapport aux actifs.

- *L’Agenda social établit des priorités pour moderniser le modèle social européen*

Grâce aux efforts de la présidence française, le sommet européen de Nice (7-9 décembre 2000) a adopté - outre la Charte des droits fondamentaux, qui réunit dans un même texte les droits civils, politiques, économiques, sociaux et de société - l’“ Agenda social européen ”, c’est à dire les priorités d’action concrètes pour les années 2001 à 2005 autour de six orientations stratégiques dans tous les domaines de la protection sociale.

Cet Agenda est une étape majeure pour le renforcement du modèle social européen caractérisé par le lien indissoluble entre performance économique et progrès social. Le Conseil souligne la double finalité de la politique sociale, qui est un facteur de compétitivité mais qui a par ailleurs ses objectifs propres : assurer la protection des individus, la réduction des inégalités et la cohésion sociale.

L'une des six orientations retenues, "*Moderniser la protection sociale*", prévoit de renforcer, notamment au travers du nouveau Comité de la protection sociale, la coopération entre les États membres pour faire face aux défis communs auxquels sont confrontés leurs systèmes de protection sociale. Figurent parmi les actions à entreprendre :

- poursuivre la coopération et les échanges entre États membres sur les stratégies propres à garantir l'avenir des pensions ;
- analyser, à partir des politiques menées, les aménagements à apporter aux systèmes de protection sociale et les progrès qui restent à faire pour rendre le travail plus avantageux et favoriser un revenu sûr ;
- mener à bien, d'ici 2003, une réflexion sur les moyens de garantir, dans le respect des exigences de solidarité, un niveau élevé de protection de la santé, en prenant en compte l'impact du vieillissement.

Le programme que se sont fixés les États membres au travers de l'Agenda social et dans lequel l'ensemble des acteurs - institutions communautaires, partenaires sociaux, société civile - a un rôle à jouer, est assorti, quant à sa mise en œuvre, d'une méthodologie : le recours, sans exclusive, à toute la gamme des instruments communautaires existants (méthode ouverte de coordination, législation, dialogue social, approche intégrée, fonds structurels...) et d'un instrument de suivi, un tableau de bord annuel présenté par la Commission.

L'orientation "*Pour des emplois plus nombreux et meilleurs*" traite, entre autres thèmes, de la protection sociale sous l'espèce de la sécurité sociale *stricto sensu*, en se donnant pour objectif, afin de faciliter la mobilité des personnes, de moderniser les règles assurant le maintien des droits à la sécurité sociale des travailleurs migrants et de renforcer les moyens de sauvegarde des droits à retraite complémentaire de ces mêmes travailleurs.

Le Conseil de Nice a par ailleurs rappelé, s'agissant de l'élargissement, que les pays candidats, qui doivent faire face au défi majeur de l'adaptation et de la transformation de leurs systèmes sociaux, sont également confrontés à la plupart des problèmes que connaissent les états membres de l'Union. Il a recommandé de faciliter l'appropriation par les pays candidats de la mise en œuvre des objectifs de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale et de la coopération renforcée en matière de protection sociale. Le Conseil a d'autre part affirmé la dimension sociale de la mondialisation, constatant que les négociations multilatérales à dominante économique ont de plus en plus une dimension sociale. Il a pour cela souhaité que l'Union européenne s'organise de façon à assurer la prise en compte des enjeux sociaux dans ces négociations. A cette fin, il a préconisé de promouvoir une approche concertée sur les sujets sociaux internationaux dans le cadre des institutions multilatérales (ONU, OMS, OIT, Conseil de l'Europe, OCDE, OMC le cas échéant). Enfin, il a décidé de renforcer la dimension

sociale de la coopération, notamment la lutte contre la pauvreté, le développement de la santé et de l'éducation et la prise en compte de l'égalité entre les hommes et les femmes.

- *La coopération de l'Union européenne avec les pays de l'Europe centrale et orientale (PECO)*

Dès l'effondrement du bloc soviétique et le recouvrement de leur souveraineté par les anciens pays socialistes, la Communauté européenne s'est préoccupée des moyens d'aider ces derniers dans leurs efforts pour s'intégrer à l'économie de marché, c'est à dire opérer les conversions nécessaires de l'appareil économique, transformer les structures bancaires, adapter les modes de gestion administrative, etc.

Créé par une décision du Conseil du 18 décembre 1989, le programme PHARE a été conçu précisément dans ce but. Il s'agit d'un "programme communautaire de coopération" dont l'objectif est d'apporter une aide financière et technique. Ce programme consiste dans le financement d'opérations visant à mettre en œuvre aussi rapidement que possible les changements indispensables au rattrapage par les économies des PECO des retards accumulés et à leur intégration progressive au marché unique de l'Europe occidentale.

Destiné à l'origine aux pays les plus avancés sur la voie de la restructuration économique en particulier la Pologne et la Hongrie, PHARE a été étendu à d'autres PECO et est devenu, depuis la décision prise par le Conseil de Luxembourg en décembre 1997, le principal instrument financier du soutien à l'adhésion des pays de l'Europe centrale et orientale à l'Union européenne, dans le cadre de la stratégie de pré-adhésion mise en place au sommet d'Essen en décembre 1994. Les dix PECO candidats à l'adhésion¹⁵ sont donc les bénéficiaires des actions financées par ce programme. La réorientation du programme décidée en 1997 a consisté à supprimer les "petits programmes" au profit d'actions importantes dans les domaines jugés prioritaires du point de vue de la satisfaction des "critères de Copenhague", à savoir : la démocratie et les droits de l'homme, une économie de marché qui fonctionne et qui soit apte à supporter la concurrence, et enfin la capacité d'assumer les obligations liées à l'adhésion. Pour l'année 1999, la dotation totale était de 1,389 Md d'Euros. Elle sera, pour les années 2000-2006, de 3,120 Mds.

Il s'agit donc d'un financement pluriannuel réparti entre les États en fonction d'un certain nombre d'éléments : population, PIB, besoins, capacité d'absorption de l'aide et progrès réalisés dans la mise en œuvre des "partenariats pour l'adhésion" (PPA). Ces partenariats, dont les principes, les priorités et les objectifs ont été fixés par le Conseil, définissent pour chacun des pays candidats les domaines dans lesquels ils doivent progresser afin d'être prêts pour leur adhésion. Ils fixent également les conditions dans lesquelles l'Union leur apporte l'aide financière - tous programmes confondus - nécessaire à leur préparation. A côté des PPA dont ils sont le complément, les Programmes nationaux pour l'adoption de l'acquis (PNPAA) détaillent les

¹⁵ Bulgarie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, République Tchèque.

engagements pris par les États candidats afin de satisfaire aux critères de Copenhague et décrivent les progrès accomplis dans la reprise de l'acquis communautaire.

Ces deux programmes, PPA et PNPA, sont des instruments essentiels de suivi de la préparation à l'adhésion tant pour les pays candidats que pour la Commission et les États membres. Ils jouent notamment un rôle important dans la détermination des priorités de la coopération qui sont traduites dans les offres de jumelages.

Le programme PHARE comporte deux volets : l'un concerne l'aide à l'investissement, l'autre la mise en place des institutions. 30% des crédits sont consacrés au second volet, dont les jumelages représentent 55% du montant affecté. Le domaine des affaires sociales n'est pas concerné par l'aide à l'investissement. En revanche, il constitue l'une des priorités de la mise en place des institutions au travers du programme de jumelages Consensus III. Le renforcement des capacités institutionnelles est un processus consistant à aider les pays candidats à développer les moyens, les ressources humaines et le savoir faire, nécessaires d'une part à la mise en œuvre de l'acquis communautaire et, d'autre part à la satisfaction des critères de Copenhague.

S'agissant du domaine social, les programmes de coopération portent sur :

- le droit du travail (mise en place ou développement de l'inspection du travail), la santé et la sécurité des travailleurs dans l'entreprise ;
- le dialogue social ;
- la protection sociale ;
- l'éducation sanitaire et la lutte contre les maladies transmissibles.

Les jumelages sont le principal instrument du programme de renforcement des institutions. Il s'agit d'appels d'offres à caractère particulier et dérogatoire par rapport aux appels d'offres habituels des institutions européennes. Dans le cadre du volet institutionnel de PHARE, les jumelages sont en fait un partenariat entre un État membre et un État candidat, c'est à dire entre deux administrations, qui comporte le détachement, d'une administration vers l'autre, d'un expert long terme appelé "conseiller préadhésion" (CPA) dont la mission ne peut être inférieure à un an ainsi qu'un ensemble de moyens nécessaires à la réalisation du projet de jumelage. Le CPA est chargé de mettre en œuvre, pendant la durée du jumelage, le programme qui a fait l'objet d'une convention conclue entre les "jumeaux" et que la Commission a approuvé. Il revient au CPA de réaliser le "transfert de compétence" prévu au moyen de sessions de formation et d'assistance technique, en s'adjoignant l'aide d'experts qu'il fait venir, selon un calendrier fixé, pour des missions de courte durée. En matière de protection sociale, les projets de jumelage sont une innovation introduite par le programme Consensus III sur des crédits de PHARE 1999¹⁶.

• *La coopération avec les pays en développement et les pays méditerranéens*

La politique de coopération de la Commission européenne s'inscrit dans la philosophie actuelle de la coopération au développement. Que ce soit la politique du

¹⁶ voir annexe 11.

CAD ou celle des institutions de Bretton Woods, les principes directeurs ont pour objectif l'appropriation par les pays en voie de développement de leur propre processus de développement avec une attention accrue à la dimension sociale de la croissance et du développement. Dans le nouvel accord de partenariat avec les pays d'Afrique, des Caraïbes et du Pacifique (ACP) signée en juin 2000, il y est précisé que “ *tout en restant en cohérence avec les objectifs de développement durable et d'une intégration progressive des pays ACP dans l'économie mondiale, l'objet du partenariat est centré sur la réduction, et à terme l'éradication de la pauvreté* ”¹⁷, par un appui essentiellement sous forme de dons aux actions initiées par les pays¹⁸. La définition que la Commission européenne donne de la pauvreté reprend les concepts de vulnérabilité et de gestion du risque¹⁹, présentés par la Banque mondiale. Naturellement, l'institution concentre ses efforts à la réduction de la pauvreté dans les pays ACP.

L'importance de l'aide communautaire aux pays bénéficiaires (PECO, PVD...) a diminué en 10 ans, passant de 70 à 44 % de l'APD entre 1988 et 1998 pour un montant de l'aide resté inchangé à moins de 3 milliards d'Euros²⁰. L'essentiel du financement de l'aide provient du Fonds Européen de Développement (FED), qui est renouvelé tous les 5 ans, à chaque fois que la convention est révisée. Les programmes de coopération nationaux ont un montant défini selon le PIB du pays ainsi que de la taille de la population. La part consacrée aux dépenses de santé (secteur proposant le plus de projets de protection sociale) n'est pas prédéterminée, elle est la résultante des tractations entre la Commission européenne et le pays bénéficiaire.

Pendant longtemps les engagements de la Commission européenne dans le secteur de la santé étaient assez faibles²¹ et se focalisaient sur les infrastructures de santé : les hôpitaux, les petites unités, les équipements et/ou les produits pharmaceutiques. La limite de cette politique s'est très vite fait ressentir. Une multitude de projets d'investissement ne constitue en rien une stratégie de développement du secteur de la santé viable et efficace. En 1994, une nouvelle orientation de la politique de développement a été adoptée par le conseil de résolution. Il y a été affirmé que la coopération doit aider à rechercher la meilleure justice sociale et permettre l'accès à une meilleure offre de soins, mieux organisée, en réformant au niveau central et en favorisant la décentralisation avec un meilleur partage des responsabilités entre acteurs, notamment publics et privés. Au sein de chaque organisme de soins, il est préconisé de rechercher l'amélioration de la gestion des ressources disponibles. Selon la Commission, le financement de ces organismes doit être assuré par une généralisation des

¹⁷ Convention ACP-CE de Lomé, Bruxelles, le 7 juin 2000.

¹⁸ L'aide est sous forme de dons à l'exception des prêts de la Banque Européenne d'Investissement et de certains appuis à la balance des paiements.

¹⁹ Communication de la Commission au Conseil et au Parlement européen, *La politique de développement de la communauté européenne*, Bruxelles, avril 2000.

²⁰ Source : *Overseas Development Institute* 1999.

²¹ Pendant longtemps, le volume des ressources allouées à la santé était peu important de l'ordre de 3 % du total des FED précédents le FED IV. Entre le 5^{ème} FED (1980-1985) et le 7^{ème} FED (1990-1995), le montant de l'aide santé a été multiplié par 3 dans le cadre de l'aide projet et par plus de mille fois pour l'aide budgétaire afin de s'élever respectivement à 417 et 602 millions d'Euros pour le 7^{ème} FED. En effet, les fonds alloués à l'aide budgétaire dans le secteur santé tentent de contrecarrer les effets négatifs des dispositions macro-économiques de la Banque mondiale et du FMI. Parallèlement les cofinancements de projets de coopération santé représentent un tiers des aides aux organisations de solidarité internationale européennes.

contributions financières des familles et des patients via les mutuelles, ou la prise en charge de la gestion des centres de santé par les organisations professionnelles ou toutes autres associations d'utilisateurs²².

Dans l'avenir, l'article 25 de la nouvelle convention de Lomé (Lomé V) fait état d'une coopération encourageant la mise en œuvre de politiques et de systèmes de protection et de sécurité sociale afin de renforcer la cohésion sociale et de promouvoir l'assistance ainsi que la solidarité des communautés locales. L'appui se concentre sur le développement d'initiatives basées sur la solidarité économique, par la mise en œuvre de fonds de développement social adaptés aux besoins et aux acteurs locaux, à l'instar des fonds sociaux actuels. Il n'est aucunement question de renforcer les caisses de sécurité sociale.

Depuis les années 60/70, des relations privilégiées se sont nouées entre la Communauté européenne et les pays tiers méditerranéens, au travers d'accords de coopération et de protocoles financiers. Dans les années 90, l'Union européenne a souhaité renforcer sa coopération. Le montant de l'aide accordé au pays du Maghreb a été multiplié par près de 3 en dix ans entre 1988 et 1998, représentant en 1998 20 % de l'APD total pour un montant de 1,3 milliard d'Euros²³. L'instrument financier principal du partenariat euro-méditerranéen, le programme MEDA, comprend un volet de coopération dans les secteurs socioculturel et humain au sein desquels la santé et le secteur social s'inscrivent comme domaines prioritaires. Les montants des projets relatifs à la santé et à la population sont respectivement pour l'Algérie, le Maroc et la Tunisie, de 5,5 millions d'Euros, 29, et 40,7²⁴.

Les projets se concentraient en 1992 sur la santé de la démographie, la santé de la reproduction et sur la fourniture d'équipements. Depuis la mise en œuvre du programme MEDA en 1996, l'appui communautaire a évolué vers un soutien à la santé génésique et l'appui aux réformes des services de santé²⁵. L'accès aux soins devient une problématique qui est de plus en plus prise en compte par la coopération européenne, comme le souligne les projets importants dans ce domaine :

- en Tunisie, un programme de 40 millions d'Euros a pour objectif d'améliorer et de rationaliser le système d'assurance santé, en offrant un paquet minimal de soins, en permettant l'accès des assurés aux structures de soins privées, en développant les régimes d'assurance complémentaire, en améliorant la qualité du service et en contrôlant l'augmentation des dépenses dans le secteur de la santé ;

- au Maroc, un programme d'appui à la gestion du secteur de la santé de 20 millions d'Euros doit faciliter l'accès à des soins de qualité aux Marocains de l'Est et améliorer l'allocation des ressources en faveur des soins de santé de base ;

²² European Commission, *Development Coopération to Improve Health in the ACP countries*, décembre 1998.

²³ *Overseas Development Institute* 1999.

²⁴ Commission européenne, *Euro-mediterranean Partnership, Health and Population, Ongoing Operations*, 2000.

²⁵ Commission européenne, *Note sur l'évolution de la thématique protection sociale et sanitaire à travers les programmes communautaires MEDA et PVD ALA.*, 2000.

La Commission pourrait envisager de nouveaux projets au cours de la période 2000/2006 : en Algérie (modernisation des systèmes de sécurité sociale et d'éducation via la caisse nationale d'assurance maladie), en Tunisie (réforme du système d'assurance maladie). Enfin une coopération régionale pourrait être envisagée, permettant le développement des systèmes publics de santé.

5. Les institutions de Bretton Woods

a) La Banque Mondiale

La Banque mondiale a commencé à investir le champ de la protection sociale²⁶ par la question du travail. De plus en plus confrontée au développement de la pauvreté dans les années 80, la Banque reconnaît, dans son rapport sur le développement dans le monde de 1990, la nécessité de mettre en place un “ *filet de sécurité* ”. L'effondrement du bloc communiste en Europe centrale et orientale, l'augmentation de la proportion de personnes âgées dans les pays en voie de développement ont obligé la Banque à élargir sa vision de la protection sociale : publication du rapport sur le développement dans le monde de 1995 relatif au marché du travail, publication en 1994 du rapport “ *Averting the old age Crisis* ” qui servira de référence à des réformes des systèmes de retraite dans plusieurs pays. A partir de cette date, les programmes mondiaux d'aide au marché du travail et à la réforme des systèmes de retraite augmentent de manière conséquente et se complexifient. En 1997, la direction de la protection sociale est créée au sein du secteur développement humain qui compte alors déjà deux directions : développement urbain d'une part, et santé - population - nutrition d'autre part. Pour des raisons historiques, les questions relatives à de la santé demeurent traitées par cette dernière..

La crise financière qui touche l'Asie de l'Est, puis en 1997 et 1998, la Russie et le Brésil, nécessite la mise en place par la Banque mondiale de mesures de protection sociale à grande échelle. Certes, dès 1990, l'idée selon laquelle “ *la croissance et les politiques macro-économiques bien que nécessaires sont insuffisantes pour réduire la pauvreté de manière durable* ” était sous-jacent aux travaux du programme DSA (Dimension sociale de l'ajustement). Cependant, à la fin des années 90, elle rencontre pour la première fois un véritable écho au sein de la Banque. Les pays doivent être préparés à limiter les effets négatifs des crises économiques par des programmes tels que

- prise en compte du filet de sécurité ;
- élaboration de systèmes permettant d'assurer un revenu aux personnes âgées ;
- amélioration du fonctionnement du marché du travail comprenant des garanties sociales.

Ces mesures deviennent essentielles dans la réduction de la pauvreté à long terme et permettent de sécuriser les gains futurs. Parallèlement à une montée en puissance de la demande mondiale en la matière, la Banque élargit le champ d'intervention de la protection sociale et engage des montants accrus dans le secteur.

²⁶ Steen JORGENSEN & Robert HOLZMANN “ *Emerging Directions for a Social Protection Sector Strategy : From Safety Net to Spring Board* ” in Tim CONWAY, Arjan de HAAN, Andy NORTON, Social Protection : New Directions of Donor Agencies, June 2000.

Les prêts consentis dans le domaine de la protection sociale ont été multipliés par plus de 6 depuis 1994²⁷. Le volume des prêts en 1999 s'est élevé à 3,76 milliards de dollars, soit 13 % du montant total des prêts consentis par la Banque mondiale, à savoir plus d'un tiers du montant alloué au secteur de la santé. Pour l'année fiscale 1999, les prêts alloués uniquement à des projets de protection sociale étaient au nombre de 92, et correspondaient à un engagement de 6 milliards de dollars, 183 autres prêts comportaient une composante protection sociale significative, pour un montant des engagements de 8,9 milliards de dollars. L'ensemble des activités dans ce domaine correspond à une valeur de 14,9 milliards de dollars. Bien que les informations soient limitées, on considère la qualité et l'efficacité de ces programmes globalement satisfaisantes, mais des signes révèlent des problèmes potentiels.

Le secteur de la protection sociale de la Banque mondiale a élaboré, puis soumis au Conseil d'administration début septembre 2000, un document stratégique sectoriel intitulé : “ *From Safety net to Spring Board* ”. Il marque un tournant dans la réflexion en matière de protection sociale de la Banque mondiale qui ne désire plus seulement réagir aux situations d'urgence, mais veut se doter d'instruments de prévention et d'atténuation du risque par des actions de long terme. Interrogé par plusieurs administrateurs qui ont souhaité se faire confirmer que la stratégie ainsi définie était bien celle de l'ensemble de la Banque, et non pas seulement le résultat du travail isolé du département “ sécurité sociale ”, le Président, M. Wolfensohn a souhaité que le thème des politiques sociales devienne un élément de la culture de toute l'institution.

Dans le cadre de notre mission, nous avons demandé à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et de Statistiques (DREES) du Ministère français de l'Emploi et de la Solidarité de préparer un document d'analyse des travaux récents de la Banque mondiale concernant la question de la protection sociale afin d'amorcer la réflexion sur ces travaux. Nous publions ce document en annexe à ce rapport²⁸, mais nous souhaitons faire ressortir et discuter ici les points saillants des positions exprimées par la Banque.

- *La Banque mondiale évolue dans sa définition de la protection sociale...*

Avant la création de la direction protection sociale en 1997, la définition de la protection sociale n'était pas véritablement conceptualisée, et les domaines qui sont toujours la référence s'articulent autour de trois dossiers :

- retraite,
- marché du travail,
- filets de sécurité.

Depuis cette date, alors que la protection sociale figure parmi les préoccupations internationales, la Banque mondiale a développé son expertise sur le sujet. Dans ses derniers rapports, elle définit désormais la protection sociale comme l'action des pouvoirs publics pour :

- aider les individus, les ménages et les collectivités à mieux gérer le risque social,
- fournir un appui aux personnes extrêmement pauvres.

²⁷ Steen JORGENSEN & Robert HOLZMANN, *op. cit.*

²⁸ Annexe 1

Sur le terrain, indépendamment du document de stratégie de la direction de la protection sociale, la Banque mondiale a du mal à scinder les deux niveaux d'intervention

- d'une part, réduire le niveau moyen de la pauvreté, ce qui équivaut à faire passer le maximum de population au-dessus de la barre du seuil de pauvreté ;

- d'autre part, à s'attaquer aux écarts d'inégalités entre les nantis et les défavorisés, d'autant que la Banque a des difficultés à cerner cette catégorie sociale qu'elle amalgame sous le terme de "pauvreté absolue" ou qu'elle a des difficultés à cibler des actions sur les "sans terre", les déracinés (migrants non intégrés), et ceux qui n'ont plus de références sociales, ce qui l'empêche d'aborder correctement des problèmes aussi importants que le foncier.

On constate que, plus que la protection sociale, c'est globalement la notion de "gestion du risque social" que retient la Banque. Il s'agit là d'un concept plus large puisqu'il inclut les investissements dans les infrastructures pour prévenir ou minimiser un risque, les mesures de stabilisation macro-économiques, les mesures de protection contre les catastrophes naturelles et les investissements dans des équipements collectifs, les droits fondamentaux des travailleurs, le respect des droits de propriété, etc.

La stratégie de la Banque mondiale en matière de protection sociale est alors élaborée à partir d'une matrice croisant les dispositifs de gestion du risque (dispositifs informels, systèmes régulés par le marché, systèmes publics) et les stratégies possibles (prévention, atténuation des risques, réaction aux sinistres). Il s'agit là encore d'une évolution intéressante à relever car historiquement, ce sont plutôt les stratégies de réaction qui avaient dominé l'action de la Banque mondiale alors que les stratégies pour réduire l'impact d'un risque avaient très peu attiré l'attention et que les stratégies de prévention avaient pratiquement été inexistantes. Selon les auteurs du rapport, l'objet est de "*prendre en compte tous les aspects de la protection sociale, toutes les stratégies*", sans qu'il y ait le désir de se positionner sur des principes d'action. Pour le directeur de la protection sociale, chaque bailleur peut inscrire sa coopération sur un ou plusieurs points de la matrice, sachant néanmoins que la Banque souhaite un équilibre entre les différentes stratégies.

Si on détecte dans le rapport une certaine méfiance à l'égard des Etats, le responsable de la direction de la protection sociale, interrogé à ce sujet, rappelle plutôt l'approche pragmatique de la Banque qui ne privilégie aucun acteur mais entend s'appuyer sur chacun d'entre eux, y compris les Etats en les aidant à mieux assumer leur rôle, mais que compte tenu de la faiblesse de l'Etat dans de nombreux pays en développement, il ne paraît pas réaliste de vouloir donner dans ce cas un rôle spécifique et fondamental qu'il ne pourrait assumer en pratique.

La Banque mondiale admet la nécessité de l'intervention publique : ainsi, dans certaines circonstances, par exemple pour certains risques très graves, tels que désastres naturels, épidémies, crises économiques, l'intervention des gouvernements, des institutions internationales et de la communauté internationale est indispensable. Pour des risques moins importants, les dispositifs informels et les dispositifs basés sur le marché sont suffisants. Le rapport souligne la *multitude d'acteurs* dans le champ de la

gestion du risque (individus, ménages, communautés, ONG, marchés financiers, gouvernements, organisations internationales) mais aussi la multitude de demandes qui diffèrent fortement selon les catégories de population. Le rôle des gouvernements serait d'œuvrer à une adéquation entre offre et demande. Enfin, dernier principe qui devrait guider l'action, selon la Banque, celui de "*la participation des personnes ou des communautés dans la gestion de leurs propres risques*".

- ...mais la Banque laisse encore planer de fortes ambiguïtés

Il est difficile de réduire la fonction de la protection sociale à la gestion du risque, même complétée par la lutte contre la pauvreté. En fait, depuis le développement des assurances sociales dans les pays industrialisés, à partir des années 1930, il paraît évident que la protection sociale répond à d'autres objectifs, notamment : la réduction des inégalités, inégalités entre individus ou inégalités entre groupes (hommes / femmes, catégories ethniques, etc.), en autorisant des mécanismes redistributifs, l'accès élargi à des biens collectifs, le soutien à la croissance, en remédiant à certaines inefficiences du marché ou en améliorant le capital humain, facteur décisif de développement à plus long terme.

Selon la Banque, la protection sociale comprend une partie de la gestion du risque et l'aspect aide sociale. Cependant, bien que la Banque tente de réduire la grande pauvreté par un ciblage des plus démunis, elle sous-estime l'objectif de cohésion sociale que génère un système de protection sociale d'autant mieux qu'il est universel. La notion de "*ciblage*" (targetting) s'inscrit dans une optique économique de développement incompatible avec l'affirmation de "*droits universels*".

Une très grande place est accordée aux stratégies individuelles qui constituent l'essentiel des stratégies informelles. La Banque s'intéresse peu aux stratégies collectives. Ainsi est valorisée la tendance des salariés à épargner spontanément alors que peu de choses sont dites sur les dispositifs, par exemple fiscaux, qui pourraient favoriser la participation à des plans d'épargne salariale orientés vers la couverture de risques sociaux.

Le rapport traite insuffisamment des effets redistributifs qui peuvent être obtenus par la combinaison entre protection sociale et fiscalité. L'assurance sociale peut, à certains égards, être analysée comme un système redistributif, même si sa fonction essentielle est de supprimer le risque au niveau de l'individu et non pas de redistribuer en permanence les richesses d'un individu à un autre. Par ailleurs, l'impôt est aussi un instrument de redistribution important permettant de financer les prestations non contributives ciblées en direction des plus pauvres. Enfin, l'analyse par pays privilégie les grandes zones géographiques au détriment d'une différenciation par niveau de développement pourtant indispensable afin de s'adapter au découpage administratif de la Banque, dans la gestion de projets par zone.

En adoptant ce document d'orientation stratégique préparé par le secteur protection sociale, la Banque mondiale a l'ambition, en interne, de proposer un nouvel outil d'analyse susceptible de modifier aussi le cadre des interventions d'autres secteurs. Elle désire attirer leur attention sur le fait que les mesures préventives sont nécessaires

et efficaces. D'ores et déjà, le secteur du développement rural et la division protection sociale collaborent de manière étroite avec le département de la protection sociale. L'objectif est également d'associer les secteurs financiers et macro-économiques, et les autres secteurs : santé, nutrition, population et éducation, pour une approche intégrée du développement humain. Il s'agit de poursuivre les travaux communs dans le domaine de l'épargne santé, les mécanismes d'assurance et la réduction du risque à travers les programmes de nutrition, la santé infantile et la gestion de la prise en charge du SIDA. Pour la Banque, si des politiques en place dans ces secteurs sont appropriées, les ménages seront moins vulnérables.

- *La protection sociale et la lutte contre la pauvreté*

Dans les années 90, comme nous l'avons déjà souligné, la Banque mondiale a effectué un recentrage sur la lutte contre la pauvreté. Elle continue d'exprimer sa préoccupation dans ce domaine dans son rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 qu'elle a intitulé : " *Attacking Poverty* ". Dans ce rapport qui fait le bilan des 10 dernières années dans ce domaine, la Banque manifeste une large ouverture au concept de pauvreté. Il dépasse la notion d'insuffisance financière ou même de privation de biens pour inclure de nouvelles dimensions telles que la dépendance, la vulnérabilité, l'isolement, la violence. Le rapport reconnaît même, au contraire des précédents écrits de la Banque sur ce sujet, un lien causal direct entre inégalités dans la distribution des revenus et des actifs et pauvreté. Il propose une définition multidimensionnelle en rapport avec les raisons de ce phénomène. Il met en exergue trois piliers pour la lutte contre la pauvreté : la " *démarginalisation* ", la sécurité matérielle permettant une prévention contre les chocs ou les dégradations brutales de revenus, et le " *développement d'opportunités* ", par une accumulation plus aisée des actifs, économiques ou non, et une orientation du fonctionnement des marchés au profit des plus pauvres²⁹.

Le rapport du secteur protection sociale souligne que, telle qu'elle est généralement conçue, la protection sociale ne permet guère de définir une stratégie efficace de lutte contre la pauvreté. Si un nouveau concept de gestion sociale du risque est mis en avant, c'est afin de faciliter " *la formulation de programmes mieux conçus dans le contexte d'une nouvelle stratégie de lutte contre la pauvreté* ". La plus grande partie des analyses et recommandations se trouvent dans le document stratégique sur la protection sociale, mais également dans le rapport sur le développement dans le monde 2000/2001 " *Attacking Poverty* ".

Plusieurs politiques possibles sont ainsi passées en revue :

- La politique de transferts monétaires et de transferts en nature : le secteur protection sociale souligne que les pays clients de la Banque n'ont pas de ressources budgétaires suffisantes pour combler le retard de pauvreté par des transferts en espèces, il lui semble donc inutile de tenter de développer largement une politique de prestations générales.

- Les programmes d'emplois publics garantis : ces programmes permettent de réaliser des travaux d'utilité publique pour le pays, tels que des routes, des infrastructures indispensables. Ils peuvent contribuer ainsi à lutter contre le chômage.

²⁹ Banque de France, *La zone franc, rapport annuel, 1999*.

Les salaires offerts dans le cadre de ces programmes d'emplois garantis sont implicitement inférieurs aux salaires du marché. Après avoir souligné les avantages potentiels que représentent ces programmes, la Banque en souligne aussi les coûts et le fait qu'ils sont souvent utilisés à des fins électoralistes.

- Les fonds sociaux, qui consistent à octroyer des prêts à taux d'intérêt nul ou faible le plus souvent à des communautés pour des projets d'infrastructure sociale. La principale critique que l'on puisse faire à ce type de dispositif est que les prêts ou subventions ont peu de chances d'atteindre les catégories les plus pauvres et qu'ils constituent un outil facile de manipulations politiques.

- *Les politiques de santé*

La santé ne rentre pas dans le champ du secteur protection sociale de la Banque. Il ne faut donc pas s'étonner de ne trouver aucune proposition concrète sur ce thème dans le rapport stratégique. Pour connaître le point de vue de la Banque dans ce domaine, il convient de se référer au rapport du secteur Santé, nutrition et population, publié en 1997.

Depuis une quinzaine d'années environ, la Banque mondiale est devenue le plus gros bailleur de fonds pour le secteur santé des pays en développement et un acteur influent dans les débats nationaux et internationaux sur les politiques en la matière. Son engagement financier se situe annuellement aux environs de 1,5 milliards de dollars de nouveaux prêts pour une moyenne de 22 nouveaux projets par an. En 1999, le portefeuille de projets concernant le secteur "santé, population et nutrition" comptait 199 projets actifs dans 84 pays pour un montant total de 9,5 milliards de dollars et 130 projets déjà achevés.

La première génération de projets santé conduits par la Banque mondiale a surtout privilégié les investissements dans les infrastructures et les biens, notamment au niveau des services de santé de base. Il y a eu peu de projets qui mettaient l'accent sur le développement institutionnel. L'évaluation de ces opérations par la Banque elle-même est sévère sur les résultats obtenus : 44 % des projets achevés ne seraient pas pérennes et 17 % seulement auraient eu un impact institutionnel significatif.

Ces analyses ont conduit la Banque à orienter davantage sa réflexion et ses efforts financiers sur les réformes structurelles des systèmes de santé en mettant particulièrement l'accent sur les populations les plus démunies.

- *La question des retraites*

Pour la Banque mondiale, le principal domaine d'atténuation des risques est celui des retraites. C'est la publication en 1994 du rapport "Averting the Old Age Crisis" qui a marqué les positions de la Banque dans ce domaine. Pour prévenir la crise des retraites, elle préconisait la constitution de mécanismes comprenant trois piliers :

- un système public de retraite à prestations définies, financé par l'impôt sur le revenu, axé sur les questions de lutte contre la pauvreté et de redistribution ;

- des assurances volontaires complémentaires, également sous forme de fonds de pension ;

- un système de retraite privé à cotisations définies, chargé de fournir un revenu de remplacement, et que les experts du secteur protection sociale de la Banque souhaiterait plutôt sous forme de fonds de pension.

Le rapport du secteur protection sociale, tel qu'il a été adopté début septembre 2000 par le Conseil d'administration de la Banque atténue la préconisation de la mise en place du deuxième pilier en reconnaissant qu'il convient de tenir compte du contexte et de la situation de chaque pays. Il n'en reste pas moins qu'en dépit des apparences, l'approche à plusieurs piliers retenue semble donner la préférence aux mécanismes de retraites par capitalisation. Il s'agit là d'une divergence d'appréciation importante entre la France et la Banque que le document réalisé par la DREES du ministère de l'emploi et de la solidarité analyse plus en détail.

b) Le Fonds Monétaire International(FMI)

Selon les textes fondateurs de l'organisation³⁰, le mandat du FMI est de “*faciliter l'expansion économique et la croissance équilibrée des échanges internationaux et de contribuer ainsi à la promotion et au maintien de hauts niveaux d'emploi et de revenu réel... à l'ensemble de ses membres*”. A cette fin, le FMI promeut des politiques macro-économiques afin de permettre un développement de la croissance, les politiques sociales restant conditionnées à une croissance équilibrée. La politique sociale se traduit pour le FMI essentiellement par la mise en place d'un filet de sécurité : sur 44 pays ayant bénéficié d'une facilité d'ajustement structurel renforcé entre 1994 et 1998, environ les trois-quarts ont, dans leur mémorandum de politique économique, annoncé des dépenses publiques en matière de filets sociaux et 60 % de l'échantillon ont spécifié des allocations chiffrées.

Bien que l'aspect social du développement soit plus particulièrement dévolu à d'autres organisations internationales comme la Banque mondiale ou le PNUD, le FMI s'est également emparé du thème de la lutte contre la pauvreté, sous son aspect économique, en particulier à travers les CSLP (Cadres Stratégiques de Lutte contre la Pauvreté) initiés par la Banque mondiale. Le FMI préconise une coordination renforcée avec la Banque mondiale qui doit financer les opérations proposées dans les CLSP. Ces programmes devraient concerner les deux secteurs prioritaires pour le développement humain que sont l'éducation et la santé. Une stratégie de contrôle *a posteriori* devrait donner plus d'autonomie aux pays bénéficiant de la remise de dette et éviter les effets pervers de l'ajustement structurel.

³⁰ Article 1 (ii) de l'accord du Fonds Monétaire International.

B. LA CONJONCTION DES PREOCCUPATIONS NE DOIT PAS CACHER LES DIFFERENCES D'APPRECIATION

Il est tout d'abord intéressant de relever la conjonction dans le calendrier de la publication par les principales institutions internationales de rapports qui abordent les questions de la protection sociale au moment où par ailleurs l'Union européenne affirme, elle aussi, des orientations nouvelles en la matière. Cette conjonction et l'évolution notamment des institutions financières ne doivent pas masquer les problèmes de fond concernant les objectifs poursuivis. C'est ainsi qu'on a pu observer combien certains principes auxquels la France est attachée n'étaient pas majoritairement partagés dans le débat international. Il en est par exemple de la démarche d'universalité, de l'affirmation du rôle de la puissance publique dans la définition des règles et dans l'organisation de la réponse sociale, le fait que la réponse libérale n'est pas nécessairement adaptée pour cette réponse. Il est donc nécessaire d'identifier les enjeux de ce débat avant de formuler des recommandations pour faire valoir quelques idées forces auxquelles nous tenons.

1. L'évolution de la Banque mondiale mérite attention mais nécessite vigilance

Concernant les travaux de la Banque mondiale, nous nous garderons de mettre en cause la sincérité de la Banque dans son attention portée à la lutte contre la pauvreté, il n'en demeure pas moins que l'on ne peut ignorer la méfiance qui existe, notamment dans les pays en développement, concernant cette sincérité. De plus, l'implication politique qui découle de son analyse mérite vigilance.

Faut-il mettre en place des politiques redistributives ciblées vers les plus pauvres ou développer des politiques universelles ? C'est en termes de politiques ciblées (*"targetting"*) que la Banque mondiale aborde essentiellement la question de la lutte contre la pauvreté. Partant du constat selon lequel les dépenses publiques vont plutôt aux riches qu'aux pauvres, la Banque recommande donc de cibler ces dépenses au bénéfice des plus pauvres. Nous ne pouvons qu'approuver l'intention mais regretter que des politiques de redistribution ne soient pas préconisées pour corriger cette situation dans un souci de "cohésion sociale". La Banque conçoit la politique de protection sociale comme une assistance aux personnes n'ayant pas pu profiter du développement économique, plutôt que comme un système de couverture des risques de l'ensemble de la population financé soit par l'impôt, soit par les cotisations des employeurs et des salariés.

Toute personne vivant au dessus du seuil de pauvreté peut, selon la Banque, se couvrir par ses propres soins en ayant recours au marché. Mais peut-on préconiser la promotion du *"tout croissance"* et laisser au marché le soin de faire bénéficier les pauvres des gains de pouvoir d'achat et de bien être général ? Cette hypothèse extrême que l'on retrouve dans les débats internes de la Banque reflète encore son lourd passé en matière de libéralisme socio-économique. La démission en juin 2000 de Ravi Kanbur, qui dirigeait la rédaction du rapport sur le développement dans le monde, sous-tend des tensions fortes entre le courant développementaliste prédominant dans les versions

premières du rapport et les partisans du libéralisme économique. La version finale du rapport a ainsi davantage pris en compte les aspirations de ces derniers.

Et pourtant, l'analyse des différents travaux de la Banque manifeste son incertitude en ce qui concerne son évolution culturelle. Elle met de plus en plus l'accent sur le rôle de l'Etat, non pas dans une acception d'Etat providence, acteur et développeur, mais comme agent animateur, garant de la bonne conduite des affaires, sans corruption comme le sous-tend le terme de "*bonne gouvernance*". En même temps, elle exprime une grande méfiance à l'égard des capacités d'intervention des Etats et du politique en général. C'est d'ailleurs au nom de l'analyse de l'incapacité du politique à traiter de la question des retraites que le Directeur du secteur de la protection sociale préconise une plus forte intervention des marchés pour résoudre les problèmes de ce secteur.

L'environnement intellectuel de la Banque est assez différent de la démarche française. Pour la Banque, et notamment pour son directeur du secteur protection sociale, la notion de solidarité à laquelle est attachée la France est une "*notion indéfinie*". On peut être d'accord avec cette appréciation si elle signifie que la notion de solidarité se définit et s'organise différemment d'un pays à l'autre. Pour autant, la solidarité, comme fondement de la protection sociale, doit être comprise comme la manifestation d'un pacte qui unit tous les citoyens d'un même pays autour de la couverture des risques. La solidarité s'oppose au traitement par types de risque et par types de population. La solidarité rejoint la notion européenne de cohésion sociale.

Il y a donc matière à poursuivre le débat avec la Banque mondiale, d'autant que l'application de certaines de ses préoccupations ne manquera pas d'avoir une influence sur nos propres systèmes de protection sociale, par exemple concernant les mécanismes de retraite dans le cadre de l'élargissement de l'Union européenne.

2. De la difficulté de définir une stratégie mondiale de lutte contre la pauvreté

Comme nous l'avons déjà souligné, le sommet de Genève 2000 a marqué les limites de la définition d'une lutte contre la pauvreté au niveau mondial. Et pourtant la résolution issue de Copenhague avait exprimé des objectifs que l'on pouvait considérer comme positifs : droits sociaux universels, souci de protéger ces droits des aléas économiques et politiques tels que "les ajustements structurels". D'importantes divergences idéologiques existent sur de trop nombreux sujets : conception et financement des retraites, rôle et place du marché dans la couverture des risques, rôle, place et définition des familles et concept de politique familiale, rôle et place de l'Etat.

A défaut de pouvoir définir une stratégie globale, les affirmations d'intention que représentent diverses expressions généreuses peuvent être utilisées comme "point d'appui", que ce soient les conclusions de Copenhague que nous rappelions plus haut, que ce soient les références de Genève 2000 à des mécanismes de solidarité locale ou la nécessaire extension de la protection sociale au secteur informel, que ce soient les expressions des organisations internationales dont la préoccupation sociale est

prioritaire (OIT, OMS...), que ce soit même certains éléments du discours de la Banque mondiale.

A ce titre pourraient être approfondis :

- le lien sécurité sociale/prévoyance sociale et le rôle des formules de type mutuelles ;
- ce que peut recouvrir l'aide sociale (ou les " safety nets ") ;
- liens protection sociale/politiques macro-économique et fiscale ;
- quelles réponses pour le secteur informel dans une stratégie d'extension de la protection ?

Réflexions conceptuelles et échanges de bonnes pratiques pourraient constituer les vecteurs les plus efficaces pour avancer sur ces sujets, à condition que cela se fasse sur une base inter-institutionnelle, sur le plan international regroupant toutes les organisations concernées. Le BIT a, dans cette démarche, un rôle essentiel d'initiative à jouer, en particulier sur les questions liées au secteur informel ou les articulations avec la prévoyance.

3. L'Europe de la protection sociale a besoin d'être consolidée

Alors que pendant très longtemps les questions concernant la protection sociale n'ont été abordées dans le cadre européen qu'au regard de la libre circulation des travailleurs, on assiste progressivement à l'émergence d'une idée européenne de la protection sociale. Tous les Etats européens qui constituent aujourd'hui l'Union ont des systèmes de protection sociale qui sont solides, qui couvrent l'ensemble des risques sociaux et sont organisés autour d'une forte implication des pouvoirs publics. L'entrée dans l'Union de nouveaux Etats doit permettre de confirmer les principes de cohésion sociale qui sont d'ailleurs retenus au sein du Conseil de l'Europe.

A travers la stratégie de " coopération renforcée " qui traduit une volonté de mise en commun et d'efforts conjugués, on voit apparaître, au-delà de la prise de conscience des enjeux, les contours d'une certaine idée européenne de la protection sociale. Dans un domaine où la subsidiarité est, peut-on dire de principe, les progrès ne peuvent être spectaculaires. On note avec d'autant plus d'intérêt les résultats déjà acquis. La réunion régulière depuis janvier 2000 d'un " Comité de la Protection sociale " marque à la fois la reconnaissance de la politique de protection sociale au plan de son " autonomie institutionnelle " et en sa qualité de " sujet d'intérêt commun ".

L'affirmation de la protection sociale comme se situant au même niveau et de manière complémentaire à la politique économique et à la politique de l'emploi est un élément nouveau de la construction de l'Europe sociale.

CONCLUSION

La profonde mutation sociale, économique et politique que connaissent les pays en transition et la réalité d'une grande pauvreté dans les pays en développement accroissent le sentiment d'insécurité de l'ensemble de ces pays face à leur avenir. Les réponses à ces questions sont naturellement diverses, mais parmi celles-ci la mise en oeuvre ou le développement de mécanismes de protection sociale permet de prendre en compte plusieurs aspects des problèmes auxquels ils sont confrontés.

La protection sociale répond en effet en même temps à plusieurs objectifs :

- des objectifs économiques, par le fait que la sécurité qu'elle procure aux populations actives face aux risques de la vie est nécessaire pour assurer la continuité et le développement des activités de travail, par le fait aussi qu'elle est, en elle-même, génératrice ou support économique d'activités, notamment dans le domaine de la santé ;

- des objectifs sociaux, par le fait qu'elle est facteur de réduction des inégalités, d'une part si elle remplit une fonction de redistribution à travers le financement d'activités sociales, mais aussi par le fait qu'elle permet pour les populations les moins favorisées de bénéficier de prestations ou de services sociaux qui leur étaient sans cela inaccessibles ;

- des objectifs de démocratie, par le fait que quels que soient les modes d'organisation, la protection sociale ne peut trouver toutes ses réponses dans une intervention centralisée de l'Etat mais nécessite décentralisation ou déconcentration du fonctionnement, l'implication des partenaires sociaux, des opérateurs intermédiaires, collectivités locales, ONG...

C'est donc d'abord en termes politiques et pas seulement techniques que la question de la protection sociale se pose sur le plan international. Fidèle à ses principes d'universalité et de solidarité, compte tenu aussi de son histoire et de sa responsabilité à l'égard d'un certain nombre de pays, la France ne peut se désintéresser des choix qui seront faits. De plus, la participation active de la France au débat international évitera la marginalisation de son système, enrichira sa propre réflexion et guidera ses stratégies d'intervention à l'extérieur.

Au regard de la relation et de l'analyse des différents rapports qui, sur les questions de lutte contre la pauvreté et de la protection sociale, viennent d'être publiés, nous pouvons retenir (au moins) six questions qui méritent d'être approfondies dans ce débat conceptuel :

- L'objectif des politiques de protection sociale est-il de répondre à des problèmes posés par des populations particulières (politiques ciblées), ou doit-il avoir une perspective d'universalité facteur de cohésion sociale ?

- Quel doit être le rôle de l'Etat dans la couverture des risques : doit-il être seulement régulateur ? facilitateur ? ou producteur de services ?

- Quel peut-être la place du secteur marchand dans le domaine de la couverture des risques ?

- Que recouvre le “ *safety net* ”, ou l’assistance sociale ? S’agit-il d’une couverture minimale garantie par l’Etat, le marché assurantiel garantissant par ailleurs les risques en fonction de la capacité contributive de chacun ? ou est-il un élément de complémentarité dans un mécanisme de protection plus large ?

- Quel rôle la politique de redistribution des richesses peut-elle jouer en matière sociale ? sur le plan international et à l’intérieur des Etats ?

- Quel rôle la micro-assurance peut-elle jouer dans la mise en oeuvre de protections sociales ? Comment passer de la réponse sectorielle à une réponse plus globale ?

Mais ce débat conceptuel n’a d’intérêt que s’il s’articule avec l’intervention concrète en fonction des situations historiques, économiques, institutionnelles, culturelles de ces pays et s’il vient nourrir notre coopération technique dans ce domaine. Nous poursuivrons donc notre réflexion en analysant les modes d’organisation de la protection sociale dans ces pays avant de réfléchir à cette coopération technique.

II. L’ORGANISATION DE LA PROTECTION SOCIALE EST DIFFERENTE SELON LES ZONES

Quels que soient ses modes d’organisation, sous la responsabilité directe de l’Etat ou s’appuyant sur des caisses d’assurance sociale, la protection sociale tend à fournir des prestations de remplacement pour pallier une absence de travail rémunéré (retraite, chômage, handicap...), ou pour permettre l’accès aux soins de santé, soit en organisant l’offre de soins, soit en solvabilisant la demande. Les mécanismes que les différents pays ont mis en place ou les carences des systèmes doivent être différemment appréciés selon le niveau de développement du pays ainsi que selon son évolution politique, économique ou institutionnelle. Il nous a donc semblé nécessaire de décrire les systèmes existants selon trois types de zones : les pays en développement (A), les pays émergents ou à revenu intermédiaire (B) et les pays en transition (C).

A. LES PAYS EN DEVELOPPEMENT DE LA ZONE DE SOLIDARITE PRIORITAIRE (ZSP)

L'Afrique ne saurait représenter l'ensemble de la ZSP, toutefois, nous nous attarderons essentiellement sur cette région pour poser la problématique de la protection sociale dans les pays en développement et pour établir un bilan de la couverture sociale, de ses instruments et des bénéficiaires. Pour ce faire, nous nous appuyerons notamment sur des documents réalisés par le Bureau International du Travail et sur une enquête que nous avons réalisée dans le cadre de notre mission auprès des Ambassades de France dans les pays de la ZSP.

Les systèmes classiques de sécurité sociale ne protègent pas plus de 20 % de la population active dans beaucoup de pays en développement. Ce pourcentage ne dépasse guère les 10 % dans une grande partie de l'Afrique subsaharienne. Il s'agit des travailleurs organisés au sein du secteur formel qu'il soit public, tels que les fonctionnaires de l'Etat et des services publics, ou qu'il soit privé, au sein des grandes entreprises. Nous étudierons ici ces mécanismes.

Echappent, la plupart du temps, à cette protection sociale, les populations qui exercent leur activité dans ce qu'on appelle le secteur informel : artisans, commerçants, professions libérales, agriculteurs. Le fait de disposer de revenus leur donne la possibilité d'envisager des perspectives de mise en place de mécanismes nouveaux. Restent les indigents : personnes âgées qui ne sont plus prises en charge par la solidarité familiale, personnes handicapées, dont la protection relèverait plutôt de mécanismes du type aide sociale qui, en dehors de quelques ONG, s'avère très difficile en l'état à mettre en place dans les pays en développement.

Dans les pays africains, la population reste essentiellement rurale. La croissance économique, même faible, viendra encore longtemps de ce secteur (où productivité et santé doivent aller de pair) davantage que du secteur industriel urbain. Dans ce contexte, les communautés traditionnelles resteront vivaces pendant encore longtemps.

Dans l'Afrique rurale des grands lacs, caractérisée par la pénurie des terres disponibles et par l'individualisation des comportements, il y a peu de mutualisation du travail et des risques. Il peut y avoir des transferts en monnaie ou en nature entre familles, mais celles-ci comptent davantage sur des comptes d'épargne disponibles dans des caisses bancaires et la communauté, en tant que telle, n'existe pas (c'est le système de l'habitat isolé). En réalité, la communauté se réfère clairement pour tous à l'administration locale qui a ainsi un rôle naturel d'aiguillon dans la promotion de la solidarité sociale à jouer.

Le cœur de l'Afrique, notamment de l'Ouest, est fait de communautés traditionnelles disposant souvent de terres suffisantes, parfois très fertiles, ou au contraire peu productives. Dans ces communautés, il existe des comportements communautaires qui conduisent à partager le travail et les risques par un système d'entraide, voire à travers des structures sanitaires sur lesquelles il est possible de s'appuyer pour promouvoir le bien " santé " et réduire le risque de maladie.

L'organisation des systèmes de protection sociale des pays en développement est étroitement liée à leur histoire coloniale. Nous présenterons donc la situation des

systèmes dans la plupart des pays de la ZSP à partir de l'influence qu'ont pu exercer la France, la Grande Bretagne et le Portugal³¹. Nous observerons tout d'abord le cadre institutionnel dans lequel se situe la protection sociale (1) et analyserons comment sont couverts chacun des risques (2) avant de mettre en évidence les difficultés qui y sont attachées (3).

1. Le cadre institutionnel de la protection sociale

a) Les pays francophones subsahariens

Dans les pays de l'Afrique francophone³², les régimes publics de sécurité sociale sont relativement récents. Ils ont été fortement inspirés par la présence coloniale. Les premières mesures légales de sécurité sociale en faveur des travailleurs africains remontent à 1949 dans les territoires sous administration belge et à 1955-56 dans les territoires sous administration française. Au moment des indépendances, l'influence française a été très forte. Les codes de la sécurité sociale de la plupart de ces pays sont largement issus des textes français.

Conçus au départ pour compléter les formes traditionnelles de soutien fournies par la communauté d'origine aux individus confrontés aux nouvelles structures économiques et sociales, ces systèmes ont dû rapidement faire face à une inadaptation de ces formes traditionnelles de solidarité pour des travailleurs qui en étaient éloignés et qui dépendaient de plus en plus d'un emploi salarié. Les prestations des premiers régimes de sécurité sociale ont donc tout naturellement concerné les salariés des villes, qu'ils relèvent du secteur public ou de grandes entreprises privées.

On a ainsi vu apparaître dans les pays qui avaient été administrés par la France des mécanismes assurant une certaine forme de protection du revenu en cas de maternité ou d'incapacité de travail, ainsi que des systèmes de prestations familiales selon la technique de l'assurance sociale financée par les bénéficiaires et par les employeurs. Après l'indépendance, ont souvent été instaurés des régimes servant des prestations à long terme, vieillesse, invalidité, survivants. Ces régimes sont gérés par des organismes publics dont le dispositif juridique est parfois incomplet. Pour 80 % des organismes, il s'agit d'Etablissements publics nationaux dans lesquels la représentation de l'Etat est prépondérante par rapport aux partenaires sociaux au niveau des instances de décision. Les ressources sont assises sur les traitements et salaires, avec des taux qui varient de 8 % à 26 % selon les pays. Les ressources de chaque branche (retraite, risques professionnels, action sanitaire et sociale) doivent permettre à tout instant d'assurer le paiement des prestations et de couvrir les frais de fonctionnement, la compensation du déficit d'une branche par les fonds accumulés dans une autre n'étant, en principe, pas permise.

³¹ Nous ne présenterons pas les pays de la Péninsule Indochinoise, pour lesquels nous ne disposons pas d'informations suffisantes à l'issue de cette mission.

³² Les systèmes de sécurité sociale des pays africains de langue officielle portugaise (PALOP) sont relativement proches des systèmes des pays francophones. Nous ne les décrivons pas ici de manière détaillée, mais présentons en annexe 4 un tableau décrivant l'organisation de la sécurité sociale dans ces pays en 1960 et les développements enregistrés en 1995.

Les soins de santé ont, en général, été considérés comme relevant essentiellement de la responsabilité des services nationaux de santé publique dépendant directement du ministère de la santé et financés par l'impôt. Devant la difficulté pour les pouvoirs publics d'assurer à tous des soins gratuits et de bonne qualité, des institutions de protection sociale de quelques pays ont ouvert leurs propres centres médico-sociaux pour permettre à leurs assurés et à leurs familles de bénéficier des soins dont ils avaient besoin. Parfois, ces centres ont même été ouverts à un plus large public.

Nous présentons, en annexe de ce rapport, un état des lieux des mécanismes de protection sociale dans plusieurs pays d'Afrique, actualisé et réalisé à notre demande par le Bureau de Zone du BIT à Kinshasa³³, ainsi qu'un tableau qui fait ressortir les progrès accomplis puisqu'il indique schématiquement l'état de la sécurité sociale avant 1960 et les développements enregistrés depuis, jusqu'en 1995³⁴.

b) Les pays "anglophones".

Lorsqu'on examine les systèmes existants dans le secteur formel, on constate que le degré de couverture est fortement corrélé avec le niveau de développement, que ce soit pour le risque vieillesse, la maladie et les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Dans les pays anglophones, en général, les prestations universelles servies aux personnes âgées sont financées soit par l'Etat et/ou par les cotisations des employeurs et des personnes assurées. A cette couverture universelle s'ajoute parfois une couverture complémentaire. La couverture santé est assurée soit à travers les soins gratuits dispensés dans les hôpitaux, soit par l'intermédiaire des dispensaires publics. Parallèlement à un système beveridgien financé par les pouvoirs publics, s'instaurent dans certains pays des régimes de base basés sur le travail. Ils permettent au malade de percevoir tout ou partie du salaire en cas d'arrêt maladie ou pour cause de maternité. Enfin la couverture du risque accidents du travail et maladies professionnelles est financée soit par l'employeur seul, soit conjointement avec le salarié. Certains pays bénéficient d'un système d'allocations familiales financé par le gouvernement.

Nous publions en annexe³⁵ dans ce rapport un tableau synthétique de présentation des différents modes d'organisation des régimes de sécurité sociale dans les pays anglophones.

2. Les risques couverts

a) Les risques couverts par des mécanismes de prestations

Ces mécanismes concernent quasi exclusivement la population qui exerce son activité dans le secteur formel. Il s'agit naturellement ici de décrire ce que prévoient les

³³ Annexe 2. Nous tenons particulièrement à remercier M. Lambert GBOSSA, directeur du Bureau du BIT à Kinshasa d'avoir réalisé ces fiches et de les avoir mises à notre disposition.

³⁴ Annexe 3.

³⁵ Voir annexe 5.

textes législatifs sans pouvoir véritablement apprécier la manière dont ils sont réellement appliqués.

- *La vieillesse*

Les personnes âgées de plus de soixante ans représentaient 5 % de la population dans les PMA en 1999³⁶, leur nombre a tendance à augmenter avec la croissance de la population et la proportion des personnes ne pouvant plus assurer par elles-mêmes la satisfaction de leur besoin du fait de leur grand âge tend aussi à s'accroître.

Pour tenter de se couvrir contre le risque vieillesse, la majorité des populations de la ZSP s'appuie sur la famille élargie, sur les solidarités intergénérationnelles. Elle compte sur la propriété des terres ou sur la dot de leurs filles... Cependant, le phénomène d'urbanisation tend à atténuer les solidarités traditionnelles et le besoin d'une nouvelle nature de couverture se fait de plus en plus ressentir.

Les salariés du secteur formel s'efforcent d'y remédier par l'instauration de mécanismes faisant appel au marché ou administrés par l'Etat. Toutefois, ces mécanismes se développent lentement. On peut même dire qu'ils stagnent. Le système est peu incitatif. Les indemnités retraite restent encore insuffisantes et non sécurisées. L'absence de confiance dans le système et l'insuffisante capacité financière des populations en période de crise expliquent la faible propension à s'engager dans un système de prévoyance à long terme.

L'importance du système de retraite lié au travail est souvent fonction de son ancienneté. Les premiers à avoir été couverts ont été les fonctionnaires de l'Etat ainsi que les forces armées, puis ceux du secteur de l'industrie et du commerce et l'ensemble du secteur formel. Le secteur public a souvent conservé son système particulier de régime non contributif. La plupart des autres systèmes de pensions sont contributifs, les cotisations étant payées à la fois par les salariés et par les employeurs.

Des pays ont développé des systèmes de protection obligatoire constitués de fonds de prévoyance. Dans ce cas, les quotes-parts de cotisations de l'employeur et du travailleur sont versées sur un compte au nom de l'assuré. A la survenance du risque, le montant du capital acquis (les cotisations augmentées du produit des placements) est reversé en une seule fois à l'assuré. Ici, les cotisations sont définies mais les prestations, elles, ne seront connues qu'au moment de la survenance du risque, sous réserve qu'une dévaluation monétaire ne vienne pas réduire les prestations à une peau de chagrin. Au Nigeria, la désaffection des assurés pour un tel système a été un facteur déterminant dans la recherche de rénovation. Le Nigeria et la Tanzanie ont désormais adopté, comme dans un ensemble de pays francophones, un système de prestations définies égales à un montant prédéterminé d'un salaire de référence. Les cotisations sont variables et seront ajustées périodiquement pour permettre d'atteindre le niveau de prestations promises.

³⁶ Nations Unies, Division de la population, département des affaires économiques et sociales

Le système de répartition est souvent apparu difficilement applicable dans le contexte spécifique de l'Afrique. Des pays gèrent actuellement des systèmes dégradés de répartition. Outre la disparition des réserves qu'ils ont constituées, l'insolvabilité des régimes résulte aussi de l'inadaptation à leur contexte culturel, démographique et économique du système par répartition.

Certains pays ont adopté la technique des points. Ce système comporte des similitudes avec la répartition. Le calcul des prestations y est fonction de deux paramètres : le point de retraite et la valeur du point. Des points sont crédités chaque année au compte du cotisant sur la base d'un salaire de référence. La cotisation à verser durant une année pour avoir droit à un point est calculée en fonction de la variation du salaire moyen annuel des assurés. A la survenance du risque, la prestation allouée est égale au produit du total des points acquis durant chaque année de carrière par la valeur du point au moment d'entrée en jouissance de la prestation. Malheureusement, ce système est aussi sensible au rapport démographique qui ne cesse de se dégrader. Les prestations n'ont pas toujours été adaptées au coût de la vie.

La couverture vieillesse est en fait très imparfaite : les droits sont liquidés de manière arbitraire et inégale, les allocations sont versées avec retard. Aussi, en même temps que la question de l'avenir des retraites, se pose celle de la capacité de gestion des organismes chargés de les liquider et de les attribuer.

Les anciennes colonies britanniques se sont souvent organisées sur la base d'un système universel financé par l'impôt. L'objectif est de couvrir l'ensemble de la population vieillissante contre la perte de revenu liée à l'inactivité. On trouve par exemple ce système en Afrique du Sud ; l'Etat y propose une couverture aux plus pauvres. Cependant le poids du financement par l'Etat reste conséquent et nécessite une réforme... Aux Seychelles et à l'Ile Maurice, il existe une retraite minimum financée par l'Etat, à laquelle s'ajoute une retraite financée par des cotisations versées par les salariés et les employeurs. Les pays à revenu intermédiaire développent de manière plus ou moins efficace et égalitaire le concept de retraite universelle en tant que prestation minimale financée par l'impôt et gérée par l'Etat.

Dans les pays francophones et anglophones, les fonctionnaires jouissent souvent d'un système de protection sociale plus protecteur que les salariés du secteur privé. Toutefois, cette tendance est moins évidente dans les pays anglophones, et il arrive même que les fonctionnaires dans ces pays ne disposent pas de couverture, à l'inverse du secteur privé.

Le secteur privé d'assurance vie s'est développé depuis une dizaine d'années. Il concerne essentiellement la population la plus aisée et la capitalisation y est de mise. Depuis 1995, a été mise en place une Conférence interafricaine des marchés d'assurances (CIMA) dont l'objet est de rationaliser les marchés nationaux d'assurance et de renforcer la protection des assurés et des victimes de dommages.

- *L'invalidité en cas d'incapacité de travail*

Lorsque des personnes sont trop malades pour travailler, les pays industrialisés leur assurent en général un revenu de remplacement. Dans les pays en développement où la plupart des personnes à bas revenus, qu'elles soient en situation de travailleur indépendant ou comme salariés, ne sont pas couvertes par la sécurité sociale lorsqu'elles souffrent d'un handicap qui les empêche de subvenir à leurs besoins, elles ne bénéficient généralement d'aucune prestation, si ce n'est le cas échéant de l'aide sociale lorsqu'elle existe. Les systèmes de pension de la sécurité sociale mis en place dans certains pays en développement comprennent des prestations d'invalidité, mais les critères auxquels sont assujetties ces prestations varient considérablement d'un pays à l'autre.

Lorsqu'ils existent, ces systèmes sont financés par les contributions des employeurs, reflétant la conception selon laquelle l'employeur doit être le garant des accidents résultant de l'activité professionnelle. Est officiellement prise en charge la participation aux frais médicaux engendrés par l'accident ou la maladie, et dans la majorité des cas, une pension est octroyée si le travailleur ne peut plus exercer son activité. Dans la réalité, la prise en charge gratuite des soins de santé reste le plus souvent lettre morte compte tenu de la défaillance extrême de la plupart des centres médico-sociaux et de l'insuffisance de médicaments disponibles dans ces centres.

Des pays ont recours aux assurances privées pour protéger les travailleurs. C'est le cas de plusieurs pays anglophones, mais aussi au Togo pour les indemnités journalières suite à un accident. A Haïti, l'assurance privée s'ajoute à celle offerte par l'office d'assurance accidents du travail et de maternité. Par ailleurs, le risque accident du travail et maladies professionnelles n'est pas toujours couvert pour les fonctionnaires, même s'il existe pour les salariés du secteur privé (Côte d'Ivoire).

- *Le chômage*

La première mesure contre le chômage consiste à promouvoir l'emploi grâce à des politiques macro-économiques nationales et internationales ainsi qu'à des politiques de formation et de marché du travail. Le risque de perte d'emploi est rarement couvert dans les pays en développement. Seuls quelques PRI (Seychelles, Algérie) peuvent se permettre d'avoir une telle couverture, notamment dans les organismes parapublics liés à l'Etat. En Afrique du Sud, il avait été prévu d'instaurer un mécanisme garantissant les salariés contre les employeurs non solvables, mais il n'a pas été donné suite à cette annonce.

Des pays en développement à bas revenus ainsi que des pays à revenus intermédiaires ont lancé des programmes à fort coefficient de main d'œuvre de façon à procurer un emploi aux chômeurs. Selon le BIT, qui analyse ces programmes dans son rapport annuel 2000, *“ ces programmes présentent l'avantage de l'auto-ciblage et permettent de créer des actifs productifs à l'échelon local ... Il serait possible d'étendre la portée de ces garanties (d'emploi) sous réserve que soient réunies les trois conditions suivantes : i) engagement politique résolu au niveau national ; ii) capacité de gérer à l'échelon local les programmes à fort coefficient de main d'œuvre ; iii) procédures transparentes de sélection, de gestion des contrats et d'évaluation des projets. ”*

- *Les prestations destinées aux familles*

En Afrique francophone, les allocations familiales représentaient, au début des années soixante, environ la moitié des dépenses de sécurité sociale. Aujourd'hui, leur part est tombée à un quart de ces dépenses. Les difficultés pour obtenir des prestations familiales sont telles que les bénéficiaires potentiels préfèrent bien souvent y renoncer. C'est l'une des raisons pour lesquelles les caisses d'allocations familiales peuvent être bénéficiaires. Dans ces conditions, on peut se poser la question de l'opportunité de continuer à couvrir ce risque. Par ailleurs, les allocations familiales ne sont servies qu'à un faible pourcentage de la population issue principalement des milieux urbains et parmi les familles les mieux éduquées. En Afrique australe et orientale et en Asie, les allocations familiales sont pratiquement inexistantes.

On observe un intérêt grandissant pour certaines formes d'aides aux familles qui, au niveau local ou régional, portent sur des incitations à la scolarité. Ces incitations peuvent prendre la forme de cantines scolaires ou de prestations en nature (livres, transports), ou encore de bourses.

- *L'aide sociale*

Il s'agit de l'ensemble des aides destinées aux pauvres et aux personnes démunies qui sont financées par des recettes fiscales. Ces aides sont donc subordonnées à une condition de ressources.

Dans les pays en développement, compte tenu de l'insuffisance des ressources budgétaires, les prestations au titre de l'aide sociale sont relativement inexistantes ou, lorsqu'elles existent, ne permettent guère de dépasser le seuil de pauvreté.

b) L'organisation et le financement des systèmes de santé

Le niveau de santé d'une population ne dépend pas uniquement de la fourniture des soins de santé, ni du seul niveau de revenu du pays. Dans les pays en développement, de nombreux facteurs participent à la création d'un environnement favorable à la santé, L'approvisionnement en eau potable, l'existence d'assainissement, l'attention portée à la sécurité alimentaire et à la nutrition, l'éducation, particulièrement des femmes ou la politique de planification familiale, y concourent.

Par ailleurs, si la question du financement du système de soins est déterminante, elle ne peut être dissociée de la question de l'organisation de ce système. Ce principe s'applique avec encore plus d'acuité dans les pays en développement compte tenu de la très forte imbrication entre les deux problématiques et de la faiblesse des moyens financiers disponibles. On ne peut alors envisager d'aborder la question du financement des soins de santé uniquement à travers le prisme de l'assurance maladie sans essayer d'appréhender la question de l'organisation du système de soins dans son ensemble.

- *La fourniture des soins médicaux dans le cadre du système public de santé*

Dans de nombreux pays en développement, les services de santé sont directement gérés par l'Etat. C'est le mode principal d'organisation des soins médicaux curatifs et préventifs dans les pays d'Afrique. Ces services dépendent directement du ministère chargé de la santé. Les structures de soins perçoivent leurs dotations budgétaires du ministère et les personnels qui y exercent sont en général fonctionnaires de ce ministère. Jusque dans les années 70, les soins étaient gratuits. Toutefois, il est de plus en plus demandé aux patients et à leur famille de subvenir à des frais annexes (pansements, médicaments...), ce qui relativise cette notion de gratuité. Une participation financière au fonctionnement de la structure, souvent modique, est aussi demandée.

Le service public de santé comprend en général toute une gamme de services qui vont, en matière d'équipements, du grand centre hospitalier urbain au centre de santé rural en passant par les hôpitaux de districts. A ces équipements, il faut ajouter les actions de santé publique comme par exemple les programmes de vaccinations.

Dans un grand nombre de pays, l'administration publique chargée de la santé fait apparaître un certain nombre de carences. Celles-ci ne sont sans doute pas spécifiques à ce secteur et c'est aussi à l'ensemble de l'amélioration des services publics qu'il serait nécessaire de procéder. Mais, compte tenu des enjeux, l'amélioration du fonctionnement de l'administration de la santé s'avère urgente.

- *La fourniture de soins médicaux par l'employeur*

Dans de nombreux pays, et notamment dans la plupart des pays africains francophones, la législation du travail impose aux employeurs de mettre en place une protection contre la maladie en organisant directement un service de santé pour les salariés de l'entreprise. Ce service déborde largement la prise en charge des problèmes

de santé qui se manifestent sur le lieu de travail pour prendre en charge en fait toutes les manifestations pathologiques auxquelles est confronté le salarié (et ses ayants droits). Le service est alors organisé soit au sein même de l'entreprise qui gère ainsi des équipements sanitaires tels que cliniques, dispensaires et qui paie directement les professionnels de soins, ou dans le cadre de conventions passées entre l'entreprise et des institutions existantes. De petites et moyennes entreprises géographiquement proches se sont parfois regroupées pour créer un service commun de soins médicaux.

- *La fourniture des soins médicaux dans le cadre des mécanismes de sécurité sociale*

L'action de la sécurité sociale dans le domaine des soins de santé est différente selon les régions. Elle est très peu développée en Afrique subsaharienne, contrairement par exemple à l'Amérique latine. Il faut sans doute rechercher des explications à cet état de fait en Afrique francophone dans l'influence du modèle français d'assurance maladie fondé sur le principe de remboursement des frais. Or, ce mécanisme s'adapte difficilement dans des pays où l'infrastructure médicale et sociale est peu développée.

La plupart des pays à faible revenu ont des Caisses qui n'assurent pas le risque maladie et sont engagées dans une réflexion portant sur une protection sociale élargie, y compris à ce risque. Certains, à l'image du Burkina Faso, du Mali mais aussi de pays anglophones comme la Tanzanie, s'efforcent de redistribuer les ressources en faveur des districts sanitaires et de favoriser les expériences de mutualisation aux différents niveaux local, régional et national. D'autres pays, comme la Côte d'Ivoire, posent directement la question du passage à une assurance maladie nationale obligatoire.

Les rares systèmes de sécurité sociale qui fournissent des soins médicaux sont en général financés par une partie des cotisations dues au titre du régime général par les employeurs et leurs salariés. Pour équilibrer les recettes et les dépenses, les institutions chargées de gérer les remboursements qui sont des prestations de court terme, utilisent le régime de la "répartition annuelle". Dans ce système, le taux des cotisations, compte tenu le cas échéant d'autres recettes telles que les subventions des pouvoirs publics, est déterminé à un niveau qui permet de couvrir les dépenses probables au cours d'une année. Si tous les éléments qui interviennent dans l'équilibre entre les dépenses et les recettes restent stables, le taux des cotisations ne change pas d'une année à l'autre. Pour faire face à des variations aléatoires, soit dans les recettes, soit dans les dépenses, les régimes se sont constitués une réserve de sécurité.

Dans les pays francophones d'Afrique, à défaut d'avoir mis en place un mécanisme d'assurance maladie, ou parfois à côté de ce mécanisme, des caisses de sécurité sociale ont mis en place une action sanitaire et sociale qui sert entre autre des prestations médicales et sociales à travers les centres médicaux sociaux. Ces prestations sont destinées à la protection de l'assuré en général, ainsi que de sa famille, avec un accent particulier sur la protection de la mère et de l'enfant. Les centres médico-sociaux participent aux programmes nationaux de vaccinations et à la lutte des maladies transmissibles. Dans la réalité, ces centres assurent une offre de soins et remplissent une mission de santé publique qui s'adresse bien au-delà des seuls ressortissants de l'organisme de sécurité sociale.

- *Le recouvrement des coûts*³⁷

Les difficultés économiques des pays en développement ont fortement pesé sur les dépenses sociales et le secteur de la santé en a été l'un des plus affectés. La réduction des dépenses publiques de santé a eu des répercussions négatives importantes sur la disponibilité et la qualité de l'offre de soins. Des mesures spécifiques ont été prises pour compenser en partie l'insuffisance de ces ressources, mais elles n'ont pas suffi à surmonter tous les problèmes.

Depuis 1993, presque tous les pays de l'Afrique subsaharienne ont abandonné la gratuité des soins au profit de systèmes de recouvrement des coûts. Il s'agissait là d'une démarche plutôt d'inspiration anglo-saxonne consistant à demander une contribution financière aux usagers afin de couvrir une partie des coûts des soins de santé et d'améliorer l'approvisionnement en médicaments. Diverses expériences de financement décentralisé ont ainsi été initiées avec plus ou moins de succès. Elles sont certes loin de répondre à l'ampleur de la question du financement de la santé dans les pays en développement, mais la démarche est intéressante même si elle peut poser des problèmes d'équité et d'accès aux soins pour les couches les plus pauvres.

C'est ainsi que des associations de parents d'élèves, des fédérations de groupements ruraux, des comités d'action coopérative, se sont, dans certains pays, intéressés au financement d'actions sanitaires. Toutefois, ces expériences ne se sont pas inscrites dans la durée.

Au titre de ces mécanismes, il faut citer "l'Initiative de Bamako" qui a été lancée en 1988³⁸. Cette initiative repose sur deux principes : le financement partiel par la population via une participation communautaire, et l'accès aux médicaments essentiels génériques.

"L'Initiative de Bamako", et plus généralement la stratégie de "recouvrement des coûts", ont permis de renforcer la crédibilité de l'offre de soins, en particulier avec la création de structures privées non commerciales assurant des soins de santé primaire. Mais cette approche a atteint ses limites dans une population globalement peu solvable. L'amélioration de la qualité de service qui devait aller de pair avec le principe du paiement des services de santé n'a pas toujours été au rendez-vous. La tarification des services, même avec la mise en place d'une grille de tarifs permettant de prendre en compte certaines priorités socio-sanitaires, reste particulièrement discriminante. Cette approche ne facilite pas la recherche d'une solidarité entre les usagers et ne permet pas l'accès pour les plus démunis.

Dans les pays anglophones, on trouve essentiellement un système de santé publique basé sur la gratuité des soins dans le cadre d'un système national de santé à vocation universelle. Cette orientation a évolué car les difficultés économiques rencontrées dans les années 80 ont obligé les Etats à repenser le financement de leur

³⁷ Ce terme qui est présent dans toute la littérature est en partie impropre puisqu'il s'agit en fait de couvrir partiellement les coûts de fonctionnement des services de santé par un mécanisme de tarification dont les modalités varient selon les pays.

³⁸ Annexe 6.

système. La pratique de l'accès universel aux soins est plus au moins bien appliquée en fonction des capacités économiques du pays.

Néanmoins, afin de s'adapter aux contraintes économiques, les pays ont adopté des mesures nouvelles : c'est ainsi que l'Afrique du Sud étudie l'instauration d'une assurance obligatoire dans la fonction publique, que le Kenya a mis en place une assurance obligatoire couvrant les frais d'hébergement hospitalier. La plupart des pays ont laissé se développer des assurances privées qui ne bénéficient pas aux plus pauvres. Cette politique aboutit de fait à une politique de ciblage. Beaucoup de pays ont adopté une politique d'appui à l'offre en soutenant les organismes sanitaires et en appliquant des tarifs administrés pour les consultations chez le généraliste, comme par exemple aux Seychelles.

3. Les difficultés rencontrées dans les pays en développement de la ZSP

a) Une gestion administrative, technique et financière insuffisante

L'efficacité des dispositifs publics de prévoyance sociale des pays africains francophones reste très nettement insuffisante. De manière générale, les dispositifs de protection souffrent de l'absence d'une réflexion en profondeur sur leur véritable utilité sociale et de la définition de priorités, mais les mécanismes actuels pâtissent surtout de très graves déficiences sur le plan de leur gestion administrative, technique et financière.

L'immixtion abusive des pouvoirs publics dans la gestion théoriquement tripartite se fait naturellement au détriment des partenaires sociaux mais aussi de la qualité de gestion : cloisonnement des services de gestion, complexité et opacité des réglementations, inefficacité des procédures de contrôle aboutissent le plus souvent à une gestion globale catastrophique. Ceci a des conséquences tant au niveau de la gestion administrative qu'au niveau technique. Le ratio, dépenses de fonctionnement/prestations versées est bien souvent très élevé pour un personnel souvent de médiocre qualité. Les rapports de la CIPRES ont montré que le recouvrement des cotisations et le versement des prestations font apparaître de nombreuses anomalies dans la gestion, le suivi des fichiers et des comptes des cotisants. La situation financière des régimes n'est pas bonne. L'Etat, en tant qu'employeur, doit souvent un montant élevé de cotisations aux institutions.

Le système est en fait excessivement trompeur, les institutions étant parfois jeunes, la montée en charge prévue par les calculs actuariels est très progressive. Les autorités ont ainsi tendance à reculer l'échéance de l'assainissement, mettant en exergue des comptes en apparence excédentaires. Mais accentuées par une gestion défailante et une évolution des réserves très incertaine, les perspectives de couverture des besoins sont aujourd'hui particulièrement sombres. En effet, si les cotisations perçues permettent de couvrir les prestations et les charges de gestion courante, elles sont toujours insuffisantes pour constituer les réserves techniques nécessaires à la viabilité à court/moyen et long terme des mécanismes. Compromise pour l'avenir, la couverture des besoins est d'ores et déjà déficiente.

Les mauvaises conditions de gestion et la crise économique profonde qui rend difficile le recouvrement des cotisations ont dans le passé conduit à la quasi cessation de paiement de certains organismes (OBSS au Bénin, IPRS au Mali).

b) La question spécifique de l'assurance maladie

Devant les difficultés auxquelles sont confrontés les pays en développement pour faire face au financement de la santé, et souvent par référence au mécanisme existant en France, la question de l'instauration d'un système d'assurance maladie est souvent évoquée dans ces pays. Une étude sur l'extension des assurances sociales obligatoires au risque maladie dans la zone de solidarité prioritaire, conduite par le CREDES à la demande du ministère des affaires étrangères et remise en septembre 2000, apporte un éclairage pertinent pour aborder cette question.

Selon le CREDES, une extension des services d'assurance suppose un certain nombre de conditions, notamment :

- une viabilité financière : un financement social qui puisse être stable et durable ;
- une administration forte et efficace et une bonne gouvernance : capacités de coordination, de régulation, d'information, de gestion ;
- une offre existante de soins de qualité qui va être capable de suivre la hausse de la demande engendrée par l'assurance ;
- une adéquation avec les attentes et les besoins individuels et sociaux ;
- des mécanismes permettant d'éviter les risques d'escalade des coûts, la fraude et la corruption.

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

L'assurance maladie est sans doute souhaitable en soi si elle permet de compléter la prise en charge de populations salariées du secteur formel qui sont par ailleurs couvertes contre un certain nombre de risques de l'existence (sauf celui du chômage pour le secteur privé). Elle est souhaitable en termes d'équité, si elle permet d'étendre la couverture aux populations qui ne peuvent pas actuellement payer les services de santé, si elle permet de rendre plus équitable les systèmes de santé et ne se limite pas à une petite partie privilégiée de la population (les travailleurs du secteur formel).

Le CREDES fait observer que “ *plus un pays est pauvre, plus ses habitants sont obligés de payer de leur poche les soins de santé au moment où ils sont malades* ”. Dans plus de 60% des pays ayant un PNB par habitant inférieur à 1000 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 1000 dollars connaissent la situation inverse. On explique parfois ce phénomène par l'insuffisance des fonds publics, par la généralisation du principe de Bamako (structures payantes), par l'importance du coût des médicaments dans les dépenses de santé. Ceux-ci sont encore souvent vendus par le secteur privé, sous forme de spécialités et les prescriptions ne se

limitent pas suffisamment aux médicaments essentiels, ce qui conduit les familles à payer au prix fort. Enfin, il faut noter l'absence relative de mécanismes d'assurance.

Nombre de pays dans chaque classe de revenu et en fonction de la part des paiements par les usagers dans les dépenses totales de santé

PNB/h Dollars 1997	Part des paiements par les usagers dans les dépenses totales de santé (%)						
	- de 20%	20-29	30-39	40-49	50-59	60% et +	Total
- de 1000	7	10	9	7	11	19	63
1.000-9.999	16	18	23	15	8	8	88
10.000 et +	19	7	4	5	0	2	37
Total	42	35	36	27	19	29	188

Source : CREDES

L'assurance maladie est souhaitable si elle permet d'apporter des ressources importantes et stables au système de santé. Le besoin de ressources se fait particulièrement ressentir 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).

De nombreux pays se situent encore autour de 10 dollars par habitant pour les dépenses totales de santé moderne. A l'exception du Cap Vert qui se situe, il est vrai, à la limite des pays à revenu intermédiaire, on voit que tous les pays à revenu intermédiaire ont une dépense de santé par habitant entre 50 et 500 dollars, tandis que tous les pays à revenu faible ont une dépense de santé par habitant inférieure à 50 dollars.

Classification de certains pays en fonction du montant de leurs dépenses totales de santé par habitant et par an

Pays à dépenses totales de santé par habitant inférieures à 10 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant comprises entre 10 et 50 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant comprises entre 50 et 100 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant comprises entre 100 et 500 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant comprises entre 500 et 2.000 dollars	Pays à dépenses totales de santé par habitant supérieures à 2.000 dollars
Burundi Centrafrique R D Congo Ethiopie Guinée Bissau Madagascar Mozambique Niger Nigeria Rwanda Sierra Leone Tchad	Angola Bénin Burkina Faso Cambodge Cameroun Cap Vert Comores Congo Côte d'Ivoire Gambie Ghana Guinée Haïti Kenya Laos Mali Mauritanie Ouganda Sao Tome Sénégal Tanzanie Vietnam Zimbabwe	Algérie Guinée Equat. Maroc Namibie Vanuatu	Afrique sud Gabon Liban Maurice Petites Antilles Seychelles Surinam Tunisie	aucun pays	Etats Unis France

Source : CREDES

L'assurance maladie est souhaitable enfin si elle peut réunir en sa faveur un relatif consensus des principaux acteurs concernés : population et professionnels de santé. Le degré d'acceptabilité sera d'autant plus grand que le concept d'assurance maladie ne heurtera pas de front la culture, les valeurs et les préoccupations des populations. Les populations doivent comprendre le mécanisme, y faire confiance 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 la sécurité sociale pour promouvoir des changements importants dans la politique de santé du pays. Les décisions à prendre sont éminemment politiques. En effet, comme l'assurance et l'offre de soins peuvent être organisées sur une base publique ou sur une base privée, des choix sont à faire entre le caractère obligatoire ou volontaire, public ou privé de l'assurance. Plusieurs questions concernent aussi le devenir de l'offre publique de soins : la qualité de l'offre publique est-elle suffisante pour justifier une cotisation et une adhésion de la population ? Peut-on réellement utiliser les fonds mobilisés par l'assurance pour revaloriser les structures publiques ?

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

Se poser cette question manifeste du scepticisme qui ne manque pas de s'exprimer au regard de la description que nous pouvons faire de la situation dans les pays de la ZSP. Ces pays, ont-ils vraiment les capacités financières, techniques, organisationnelles et institutionnelles pour envisager de tels projets ? On peut penser que c'est en partant de ce postulat que peu de bailleurs ont jusqu'à maintenant engagé des programmes de coopération sur ce sujet.

Ce postulat serait fondé s'il s'agissait de copier les systèmes formels des pays les plus riches. Mais il est tout à fait possible de créer des systèmes adaptés aux conditions des différents pays pauvres. On peut même considérer que des mécanismes de protection sociale existent déjà dans ces pays si on admet une définition large du concept considérant qu'il s'agit de toute action publique visant à réduire l'insécurité ou la vulnérabilité des individus.

Les réponses techniques doivent être réalistes financièrement, progressives et adaptées aux conditions politiques, administratives, sociales et économiques. Dans son rapport, le CREDES formule quelques questions que pose la mise en place de l'assurance maladie :

- quelles sont les capacités contributives d'une part des ménages et d'autre part de l'Etat ?
- comment la solidarité va-t-elle s'organiser ?
- quels soins va-t-on prendre en charge ?
- quelle sera la place du préventif et du curatif ?
- comment inclure le secteur informel dans un régime d'assurance maladie ?
- comment le système d'assurance maladie participe-t-il à la régulation de l'offre de santé ?

Il est évident qu'on ne pourra pas assurer à toute la population des pays pauvres des soins identiques à ceux qui sont fournis dans les pays riches. Un pays à revenu faible qui ne dispose que de 30 dollars par habitant et par an ne peut évidemment pas offrir le même "paquet de services" qu'un pays à revenu intermédiaire qui en dépense 300. Pour autant la question que l'on doit chercher à résoudre est que lorsqu'on n'a que 30 dollars à dépenser, il est d'autant plus important qu'ils soient utilisés de la manière la plus efficace possible. Le fait, par exemple, de dépenser 300 dollars n'est pas non plus en soi une garantie pour toute la population si, dans un tel pays, 10 % de la population parvient à atteindre un niveau de consommation de pays riche de 2.000 dollars, et que 90 % de la population ne dispose en réalité que de 100 dollars.

Il est en fait nécessaire de considérer chaque pays de manière spécifique et de raisonner par catégories de population. La couverture sanitaire doit être totale pour les soins de santé primaires quel que soit le pays. En revanche, pour les autres types d'activités, on peut comprendre que l'évolution soit adaptée au niveau de revenus du pays et/ou des individus, sachant que certaines mesures peuvent accroître l'utilisation des services par les pauvres et de ce fait améliorer significativement les indicateurs de santé du pays et que l'élargissement de la couverture et l'étendue des soins pris en charge augmentent à moyen terme avec la croissance du PIB par tête.

c) Les populations non couvertes par un système de protection sociale

Les populations non couvertes par un système de protection sociale formel représentent plus de 80 % de l'ensemble de la population dans les pays d'Afrique subsaharienne : outre le fait que tout salarié du secteur formel n'est pas toujours couvert ou l'est de manière très insatisfaisante, le secteur informel n'offre pratiquement aucune sécurité. Dans ces pays, ce secteur est prédominant. Il tend encore à s'accroître : 80 % des emplois créés dans les pays en voie de développement relèvent de "l'économie souterraine". Les travailleurs ne sont protégés ni contre le risque d'accident du travail, ni contre celui des maladies professionnelles. Ils sont souvent peu incités à se prémunir contre le risque vieillesse, bien qu'ils aient la possibilité de cotiser volontairement à une assurance vieillesse. Le risque d'être touché par la maladie représente une menace particulièrement grave pour le travailleur s'il était amené à cesser son travail alors qu'il est souvent la seule source de revenus pour une famille très élargie.

Parallèlement, les personnes dépendantes : handicapés, malades de longue durée, personnes âgées, voire enfants de la rue... encourent le risque de tomber dans la très grande pauvreté lorsque la famille ne peut assurer la solidarité minimum. L'aide de l'Etat à ces personnes fait fortement défaut d'autant que trop souvent, il n'existe pas de politique sociale pouvant les prendre en charge. Si dans certains pays (p. ex. Mozambique), elles peuvent obtenir le statut d'indigent qui leur donne droit à une aide médicale, elles sont, dans la plupart des cas, laissées à la charge des organisations caritatives épaulées par les donateurs étrangers.

Au mieux, les personnes capables de travailler bénéficient d'un pécule pour démarrer une activité. Les bailleurs appuient en effet les programmes nationaux d'insertion économique des plus pauvres en capacité de travailler et de s'insérer professionnellement. L'objectif est de permettre à chacun de satisfaire ses besoins en toute indépendance, et de se prémunir autant que faire se peut contre le risque. Il est par exemple apparu nécessaire de créer des services financiers spécifiques aux personnes les plus démunies sous la forme de micro-crédit. En effet, l'étude socio-économique de ces expériences³⁹ a montré la difficulté d'accès des plus pauvres à ce service pour des raisons d'opposition d'intérêts ou de concurrence entre les acteurs au détriment des plus marginalisés.

A défaut de pouvoir mettre en oeuvre des mécanismes de type aide sociale financés par l'Etat ou par les collectivités territoriales, la définition d'un cadre stratégique d'intervention dans la lutte contre la pauvreté associant à la fois les soutiens à l'activité économique et la mise en place de mécanismes de protection sociale s'appuyant sur cette activité économique s'avèrerait nécessaire.

³⁹ Ministère des Affaires étrangères, *Actions de coopération française significatives au regard de la lutte contre la pauvreté*, 2000

B. LES PAYS EMERGENTS

Nous étudierons ici la situation dans les pays appartenant à la zone d'influence de l'Amérique latine, de l'Asie de l'Est et du Sud-Est ainsi que du Moyen Orient francophone. Ces pays émergents ou à revenu intermédiaire (PRI) disposent pour l'essentiel d'institutions de protection sociale, d'une offre de soins en amélioration constante et d'une solvabilité d'un plus grand nombre de personnes, permettant de financer la couverture des risques si les personnes sont incitées à le faire. Par comparaison avec les pays en développement (ou PMA) que nous venons d'étudier " *l'Indicateur de Développement Humain* " (IDH) des PRI marque une considérable différence : l'Amérique latine a un IDH proche de 0,76 en 1998⁴⁰, (les pays de l'OCDE oscillent autour de 0,9) ; l'Asie de l'Est et l'Asie du Sud-Est et du Pacifique sont légèrement en dessous, autour de 0,7 ; enfin les pays arabes sont nettement moins bien placés à 0,64, au même niveau que les pays en voie de développement. Les PMA ont une moyenne de leur " *Indicateur de développement humain* " qui se situe aux environs de 0,43.

Les pays d'Asie et d'Amérique latine ont bénéficié les premiers du flux des investissements étrangers, ce qui leur a permis de rattraper une partie du retard avec les pays industrialisés. Mais ce sont également eux qui ont subi le plus durement la crise de confiance internationale envers leurs systèmes financiers nationaux à la fin des années 90, ce qui a entraîné leurs catastrophes économiques de ces dernières années.

Les crises financières et écologiques en Asie et en Amérique du Sud, les fortes instabilités politiques et la chute du prix du baril de pétrole au Moyen Orient, ont laissé de profonds stigmates dans la couverture du risque. Les activités non couvertes par une institution de prévoyance sociale (l'informel) se sont développées, l'emploi s'est précarisé, et surtout les phénomènes d'exclusion et de grande pauvreté ont généré de fortes inégalités au sein de la population nationale.

Aussi, les politiques actuelles doivent-elles faire face à un double défi : tout d'abord, avec l'appui des banques régionales et de la Banque Mondiale, répondre aux attentes immédiates des plus démunis par toute une " *panoplie* " de mécanismes de " *safety net* " ; d'autre part, dans une optique de plus long terme, répondre à la demande de prévoyance de la population solvable mais encore fragile, en réformant et démocratisant les systèmes de protection encore élitistes. Une part de la population travaillant dans l'informel, verrait ainsi sa qualité de vie se rapprocher de celle des populations salariées, la protection sociale devenant alors un véritable outil de cohésion sociale.

Nous tenterons de faire un état des lieux des besoins et des problématiques que soulèvent la couverture de la retraite, de la maladie, et, dans ces régions où l'exclusion sociale réapparaît, des programmes de retour à l'emploi prônés par les banques régionales de développement.

⁴⁰ PNUD, *Rapport Mondial sur le développement humain 2000*, p148

1. La vieillesse

En Asie, et plus particulièrement en Corée du Sud, la plupart des personnes âgées sont dépendantes financièrement de leur capital individuel et de l'aide financière provenant des enfants. Malgré son niveau de vie relativement élevé, la Corée dispose d'un régime de retraite récent, à l'instar de l'ensemble de la région, aussi les indemnités représentent une infime partie des ressources des personnes de plus de 60 ans dans la région. A cette difficulté, s'ajoute un défi démographique : l'accroissement du nombre de personnes vieillissantes pour les décennies à venir dans les pays pour lesquels la transition démographique est avancée, tels que la Chine et la Thaïlande.

A l'opposé, les pays du Proche Orient francophone bénéficient d'une longue expérience en la matière. Leur système de sécurité sociale a été influencé par l'ordonnance française de 1945 instituant la sécurité sociale française. Il faut néanmoins le renforcer : au Liban, on expérimente la création d'un régime de retraite dans le secteur privé.

Le Nicaragua illustre les maux des pays d'Amérique latine ayant adopté le régime de retraite public par répartition.

Dans les trois régions, la faiblesse des contributions des employeurs et des employés⁴¹, sur des périodes courtes au regard des allocations de retraite généreuses, rend, malheureusement, structurellement non viable à long terme le système. S'ajoute à cela, la faiblesse de l'institution de sécurité sociale : fraude, mauvaise gestion des cotisations (déficit de trésorerie, réduction des réserves dans un futur proche, investissements hasardeux), coût de personnel élevé, tout comme les coûts administratifs futurs liés à l'informatisation. En fait, le système ne devient équitable et durable que si les indemnités diminuent ou que le taux de contribution augmente considérablement.

La faiblesse de l'institution en matière de retraite risque de porter préjudice aux salariés actuels qui cotisent en plus grand nombre qu'auparavant. Du fait de l'insuffisance de réserves, ils ne pourront pas recevoir les indemnités promises (voir par exemple le cas coréen). Les dépenses du système de pension augmenteront fortement, et ceci, bien que certains pays les aient révisées à la baisse. La Banque mondiale propose, dans le cas coréen, de recourir à un système de retraite privée, complété d'une gestion externe privée.

Se plier aux règles des ratios prudentiels nécessite de revoir le système de retraite mal géré, accordant des indemnités trop généreuses et qui dans la disposition actuelle est voué à mourir. Les décideurs nationaux sont contraints de les réformer, ce qui souvent les oblige à opter pour des choix politiques peu populaires.

⁴¹ En théorie, il y aurait dû avoir une participation modeste de l'Etat, en pratique, il n'en est rien.

La France a, ces cinq dernières années, aidé la caisse nationale de sécurité sociale du Liban dans sa démarche de formation. En effet, réformer les institutions de prévoyance permet de revoir la couverture de la branche vieillesse.

Les réformes au sein des institutions de prévoyance sociale risquent cependant d'être freinées par des employés qui n'ont aucun intérêt à les porter, du fait que ces réformes doivent s'accompagner de réductions drastiques des charges de personnel. Dans le cas du Nicaragua, la Banque mondiale propose d'adopter un système où les indemnités seraient basées sur la capitalisation individuelle. La situation peut être largement plus préoccupante dans le cadre des caisses des fonctionnaires qui doivent dès aujourd'hui faire face à des déficits (par exemple en Corée), du fait du laxisme dans la gestion.

2. La santé

Durant les deux dernières décennies, la situation sanitaire a continué de s'améliorer dans l'ensemble des trois régions. Preuve en est : en Asie, le taux de mortalité infantile a été diminué de moitié et l'espérance de vie est de plus de 70 ans même dans les pays les plus pauvres. Outre les facteurs socio-économiques globalement favorables depuis 30 ans en Asie et en Amérique latine, l'amélioration de l'accès aux services de santé et les programmes publics de santé y ont fortement contribué. Cette situation résulte d'une politique volontariste dans le domaine. En Asie, les ressources allouées à la santé ont très fortement augmenté depuis les années 60 et cela se traduit par une amélioration des indicateurs de santé.

Néanmoins, on constate de fortes disparités entre pays. Certains doivent encore faire face aux problèmes traditionnels de pauvreté générée par la dégradation de l'environnement en Amérique latine et en Asie ou celle des conditions de vie, notamment du fait des troubles politiques, dans les Pays du Moyen Orient. Les plus avancés rencontrent de nouveaux problèmes liés au vieillissement de la population, à l'urbanisation, ou à un mode de vie peu sain. Dans le domaine de la santé *stricto sensu*, la prise en charge médicale de la population reste cependant encore imparfaite et parfois précaire.

On rencontre le phénomène de l'exclusion dans ces trois régions, que ce soit du fait des déplacements de population dans le monde arabe ou du fait des récentes crises financières. L'Amérique latine détient le triste record d'être la partie du monde où la distribution des revenus est la moins équitable et, ceci, bien que le pourcentage de familles pauvres, après avoir fortement augmenté dans les années 80 de 35 % à 41%, ait diminué depuis peu à 39 %. Aujourd'hui, dans les pays arabes, la notion d'indigent réapparaît devant l'impuissance des services publics de santé de généraliser leur action à l'ensemble de la population. En se concentrant sur les populations les plus défavorisées, ceux-ci sont désormais censés prendre en charge les catégories exclues d'une protection sociale qui s'est depuis largement étendue. La distinction entre personnes bénéficiaires ou non de l'assurance maladie s'en trouve à la fois inversée et accentuée, comme en témoigne le fait, que, dans la plupart des pays étudiés, les chômeurs et les travailleurs du secteur informel ne sont pas affiliés aux assurances maladie.

Les Etats ont bien conscience que l'enjeu majeur de la réforme actuelle de santé est d'assurer une plus grande équité dans la distribution des services de santé, sachant que plus une personne est pauvre, moins sa santé est bonne. Or, de grandes poches de pauvreté existent.

En Asie, les deniers publics alimentent essentiellement les hôpitaux, or 80 % des interventions prioritaires sont du ressort du système de santé de base alors que 10 % des ressources en matière de santé sont imputées à ce secteur. L'iniquité face à l'accès aux soins reste importante tant entre pays qu'en son sein.

L'un des mécanismes que propose la Banque interaméricaine de développement en matière d'accès à l'offre de soins, est de pratiquer une discrimination des prix des actes médicaux selon le patient.

En Asie, le niveau de revenu des pays dans la région varie énormément et les capacités de financement de mise en place d'un système de couverture maladie universelle tout autant. La Banque asiatique de développement préconise pour les pays à bas revenu, une politique de ciblage sur les populations vulnérables. Pour les pays à revenu intermédiaire, elle propose l'assurance sociale en milieu urbain et l'assurance basée sur la communauté ou le prépaiement en zone rurale. Pour les pays à haut niveau, la couverture universelle via l'assurance maladie serait la mieux adaptée⁴².

Au Moyen Orient, lors de la période coloniale, la maladie était essentiellement prise en charge par un système de soins gratuits destinés aux " indigents ", soit la grande majorité des populations, du type AMG (Assistance Médicale Gratuite) comme en Syrie et au Liban. Les systèmes de protection sociale, assurance maladie comprise, ne s'appliquaient finalement qu'à un pourcentage limité de catégories intermédiaires⁴³.

Les conditions de mise en place des systèmes d'assurance maladie souffrent de leur histoire. Dans un contexte où prévaut encore l'idée que la prise en charge des problèmes de santé passe par l'Etat sans que le citoyen ait à intervenir, la notion de prévoyance qui suppose l'anticipation d'un événement aléatoire s'impose difficilement. On constate en effet, malgré sa diversité, l'insuffisance de l'extension de la couverture sanitaire. En ce sens, elle constitue l'un des défis politiques et sociaux majeurs des années à venir. La plupart des pays⁴⁴ du Moyen Orient misent actuellement sur un développement d'assurance maladie destiné à compenser d'une part le désengagement de l'Etat du domaine de la santé et d'autre part à juguler la croissance incontrôlée du secteur privé.

3. La protection du revenu

Le travail reste la principale couverture des risques de la vie pour la très grande majorité de la population. La famille joue encore un rôle fondamental d'assurance contre

⁴² Banque asiatique de développement, *Health sector reform in Asia and the Pacific*, 1999.

⁴³ Brigitte CURMI, Sylvia CHIFFOLEAU, *Médecins et protection sociale dans le monde*, Cermoc, 1993.

⁴⁴ On y recensera au moins les politiques volontaristes de la Jordanie, du Liban, et de l'Egypte. En 1993, la Syrie n'avait toujours pas réalisé son projet de régimes légaux d'assurance maladie.

la perte de revenu. La division des tâches en son sein rend les membres dépendants les uns des autres. La famille devient un réseau d'échange de biens et de services. Si l'une des personnes n'exerce plus d'activité lucrative, les autres membres de famille seront les premiers à tenter de contrecarrer la perte de revenu.

Par ailleurs, une part importante de la population rencontre des difficultés à sécuriser son emploi. Quel que soit le risque couvert, quelle que soit la région du globe, des populations résident ou travaillent dans des pays où elles ne peuvent accéder à des droits, les laissant dans une situation de grande précarité. Dans la région du Golfe, plus de 7,5 millions de personnes sont déplacées à l'extérieur de leur pays⁴⁵ sans pouvoir bénéficier de la protection des Etats. Elles sont très sensibles aux secousses économiques et politiques et subissent de plein fouet les discriminations à l'embauche dans leur pays “ d'accueil ”.

Outre une tendance structurelle du monde économique contemporain à développer le travail temporaire, les catastrophes naturelles ou économiques peuvent être également l'élément déclencheur d'une dégradation de l'activité économique et, de ce fait, de la précarité de l'emploi. Les effets de l'ouragan Mitch en 1999 au Honduras ont été dévastateurs pour l'économie nationale. Afin de limiter la perte de revenu, des décaissements rapides de fonds ont permis de limiter l'effondrement de la consommation parmi les populations pauvres, tout en sauvegardant les investissements à long terme. La Banque interaméricaine de développement a ainsi octroyé 30 millions de dollars pour ce programme de transition et de protection sociale⁴⁶.

4. Les conceptions des banques régionales et de la Banque mondiale en matière de protection sociale dans chacune des zones géographiques

Selon la Banque mondiale, la protection sociale en Asie de l'Est notamment se réfère à un ensemble d'interventions en matière de politiques sociales dans trois secteurs spécifiques mais fortement liés : le filet de sécurité (incluant les fonds sociaux), les politiques du marché du travail dont le travail des enfants et les retraites.

Pour la Banque mondiale, les filets sociaux de sécurité, qu'ils soient formels ou non, interviennent au premier plan dans les stratégies de gestion du risque. Ils peuvent être définis comme des programmes ciblés sur les pauvres avec l'objectif d'augmenter le niveau de vie à un niveau minimal acceptable⁴⁷. Pour les personnes aptes au travail, cela peut inclure la garantie sociale par un salaire bas (souvent en dessous du coût du marché) dans le cadre de travaux publics à intensité de main d'œuvre. Pour les pauvres ne pouvant exercer une activité économique (les enfants, les personnes âgées), la Banque mondiale propose des transferts monétaires. Enfin, l'aide en nature : nourriture, formation, soins médicaux sont autant d'instruments importants d'amélioration des conditions de vie.

⁴⁵ Dans les années 1993.

⁴⁶ Banque interaméricaine de développement, *Le rapport annuel*, 1999

⁴⁷ La définition de ce que constitue le filet de sécurité varie selon les pays.

Outre la sécurité alimentaire et la formation des chômeurs, les principaux traits des domaines d'intervention des programmes de filet de sécurité en Asie du Sud-Est sont les suivants :

- Les programmes de soutien à l'emploi bénéficient à une faible proportion de chômeurs. Il s'agit de travaux à intensité de main d'œuvre publique qui correspondent bien aux problèmes de chômage, tout en limitant la désincitation au travail. Mais ils sont moins efficaces pour répondre aux travailleurs pauvres devant faire face à une diminution de leur pouvoir d'achat et à une croissance des coûts. Imposer un niveau de salaire ne permet pas le ciblage sur les pauvres.

- L'assistance, par transfert monétaire, satisfait les besoins essentiels des plus pauvres. Elle nécessite un ciblage rigoureux, difficile à mettre en place dans les zones reculées et demande un travail âpre d'évaluation des principales ressources que sont les revenus informels. Aussi, l'implantation de ces programmes reste-t-elle coûteuse par rapport au nombre de personnes aidées.

- Les programmes liés aux services scolaires et de santé. Ces programmes ont un double objectif : la lutte contre la pauvreté et le développement humain. Les programmes ciblés sur les communautés ou les écoles satisfont correctement les besoins des pauvres et des très pauvres.

- Les programmes de micro-crédit ont un impact faible sur l'augmentation des revenus des pauvres, le crédit de court terme servant davantage à l'achat de nourriture plutôt que de source d'investissement.

- Les fonds d'investissement sociaux ont été mis en place récemment, mais à petite échelle. Cela va des projets d'infrastructures routières ou d'assainissement au financement de micro-projets à base communautaire.

Les actions de la Banque restent encore peu nombreuses mais sont en forte progression dans cette région du fait de la demande croissante des Etats après la crise : 39 projets en cours en 1999 ont une composante majeure protection sociale, dont 7 fonds d'investissement dans le secteur social, 3 opérations de filet de sécurité, et 28 prêts d'appui au travail et à l'emploi, et un prêt en matière de retraite. Ces projets en matière de protection sociale ont été complétés par 14 projets financés sur des fonds de l'Union européenne dans le cadre d'une réponse à la crise financière asiatique European Union's Asian Financial Crisis Response Fund (ASEM Trust Fund).

La Banque Asiatique de Développement considère la protection sociale comme un ensemble de programmes et de politiques conçu pour limiter les fluctuations des revenus provoquées par l'activité économique, afin d'une part d'améliorer le monde du travail et fournir un degré de protection face aux défaillances du marché et d'autre part, de réduire les disparités entre les ménages et entre les individus.

Les domaines d'intervention concernent : le marché du travail, l'assurance sociale, le chômage, les handicaps, les accidents du travail et la retraite ; la protection contre les risques de diminution des revenus agricoles due à de mauvaises récoltes ou à

la chute conjoncturelle des prix ; une assistance sociale permettant d'obtenir un revenu minimum pour ceux qui n'ont pas d'autres moyens de subsistance. A cela s'ajoutent des fonds sociaux ou programmes temporaires à haute intensité de main d'œuvre conçus pour offrir une source temporaire de revenu.

L'outil " protection sociale ", en faveur du développement économique et de la lutte contre la pauvreté, est également perceptible à la Banque interaméricaine de développement au travers le projet d'aide aux décaissements de fonds suite à la catastrophe au Honduras.

Selon la Banque interaméricaine de développement⁴⁸, les personnes ne pouvant travailler doivent bénéficier des filets de sécurité. La transition démographique en Amérique latine et dans les Caraïbes va certainement générer un accroissement du nombre de personnes âgées en situation de grande précarité. En 1998, les pays d'Amérique latine et des Caraïbes débattaient entre deux possibilités, l'assistance ou l'actuel système de sécurité sociale en l'état ou à réformer.

La BID a appuyé les actions permettant une meilleure prise en charge des plus pauvres. Les deux démarches consistent d'une part, à appuyer les réformes de la sécurité sociale afin de permettre notamment aux travailleurs pauvres n'ayant pas suffisamment cotisé d'obtenir une indemnité minimum (cas du Venezuela), et d'autre part l'appui aux programmes de transferts directs vers les plus démunis ne pouvant travailler dont une aide alimentaire (le cas argentin).

On notera l'absence de référence à l'assurance santé et une convergence de vue entre ces deux institutions et la France quant à la prise en compte de la réduction des inégalités et de la pauvreté. On peut noter par ailleurs que la Banque interaméricaine de Développement a créé un département lutte contre la pauvreté et les inégalités⁴⁹.

C. LES PAYS EN TRANSITION⁵⁰

Les bouleversements tant politiques qu'économiques qui ont accompagné et suivi l'effondrement brutal de l'Union soviétique ont entraîné, dans les pays du Centre et de l'Est de l'Europe, une remise en cause globale des structures héritées de l'ancien modèle de société, et ce, d'autant plus que les mutations rapides imposées à l'économie rendaient ces structures obsolètes et inadaptées. Les systèmes de protection sociale, intimement liés à l'organisation économique et aux structures politiques, devaient nécessairement figurer au nombre des réformes engagées.

⁴⁸ The Inter-American Development bank, *The Inter-American Development Bank and poverty reduction*, revised version, Washington, D.C., May 1998.

⁴⁹ Banque interaméricaine de développement, Rapport annuel 1999.

⁵⁰ Sauf précision, les remarques d'ordre général visent l'ensemble des 12 pays qui ont fait l'objet de l'étude d'experts indépendants publiée en 1999 par l'Université de York et l'Adecri sous le titre " L'évolution de la protection sociale en Europe centrale et orientale - Les changements et les choix " i. e. Albanie, Bulgarie, République tchèque, Estonie, ARYM, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie.

C'est en réalité à un triple défi que les États concernés se sont trouvés et se trouvent toujours confrontés dans ce domaine :

- Un défi économique d'abord, car la protection sociale requiert en premier lieu un financement, que l'on recoure à la fiscalité ou aux contributions des acteurs économiques. Or, les difficultés de la transition vers l'économie de marché ne pouvaient qu'obérer, au moins dans un premier temps, les efforts entrepris pour asseoir ou consolider les fondations.

- Un défi social ensuite, ces mêmes difficultés ayant plongé une partie de la population dans le chômage, la précarité et parfois la misère, avec les conséquences que l'on sait, par exemple, sur l'état de santé desdites populations dont les indicateurs ont montré qu'il était ici et là en recul ; autant de rappels, donc, de la nécessité d'une protection sociale offrant des prestations adaptées et d'un niveau suffisant ;

- Un défi politique enfin, car, alors même qu'ils s'imposaient les épreuves d'une transformation radicale, les PECO, en se portant candidats à l'adhésion à l'Union européenne devaient satisfaire aux exigences de la Commission et des États membres tant en ce qui concerne la reprise de l'acquis communautaire que la garantie de standards de protection sociale se rapprochant de ceux atteints par les États membres.

Les États concernés ont donc assigné aux réformes deux objectifs : améliorer la protection sociale, c'est à dire permettre une meilleure satisfaction des besoins et la "moderniser". Ce terme, qui doit être entendu ici en un sens différent de celui qui prévaut dans la problématique de l'Union, signifiant : qui soit conforme aux critères et aux modèles de l'Europe occidentale.

Avant de tenter de dresser un tableau des réformes engagées et de décrire les conditions dans lesquelles s'opèrent ces transformations, le rappel de quelques éléments de base est indispensable.

Le PNB moyen par habitant des 10 PECO les plus développés (l'Albanie et la Macédoine étant laissées de côté) atteint à peine le tiers du PIB moyen par habitant de l'Europe des 15. Les 12 PECO ont par ailleurs connu globalement une croissance négative sur la période 1990/97. Le chômage, qui y était ignoré au moins officiellement, a fait une apparition brutale et est devenu une préoccupation majeure pour tous les pays de la zone. Enfin, les structures économiques restent marquées par certains archaïsmes qui pèsent sur le processus de modernisation, tels le maintien d'un fort secteur agricole : l'emploi agricole représente presque partout (sauf en République tchèque, Hongrie et Slovénie) plus de 5% de l'emploi total et il est supérieur à 20% en Pologne, Lettonie, Lituanie et Roumanie. La part de l'emploi industriel - environ 35% - est également supérieure au niveau que connaissent les États membres.

1. Les réformes

Ce contexte explique que la priorité ait été accordée, dans un premier temps, à la réforme économique et industrielle. Il est vite apparu néanmoins que les programmes d'action dont les mots d'ordre étaient l'ouverture au marché et les privatisations ne

pouvaient laisser de côté la question de la protection sociale. L'incompatibilité entre l'héritage étatiste et l'ouverture économique rendait en effet nécessaire et urgente une remise en ordre des régimes de pensions et la refondation des systèmes de protection maladie.

a). La vieillesse

Globalement, le système en vigueur dans les anciens pays socialistes reposait sur la prise en charge des pensions par l'État par le biais du transfert de cotisations des entreprises publiques et des coopératives agricoles vers le budget de l'État ou des assurances sociales. Le système par répartition aboutissait dans la réalité au versement de pensions, aux critères d'éligibilité souvent généreux, différant assez peu quant à leur montant et caractérisées par un taux élevé de remplacement des salaires. La transition économique a porté un coup très rude à ce système dont la base de financement s'est effritée et qui voyait ses dépenses s'accroître. Il s'en est suivi le versement de montants sans cesse diminués provoquant un grave mécontentement.

- *Les voies de réforme explorées*

La conversion à l'économie de marché a conduit à la recherche de solutions associant d'une manière qui peut paraître surprenante public et privé : par exemple, la capitalisation sur le marché des capitaux de fonds collectés par les pouvoirs publics.

Au-delà de la diversité des choix techniques, les débats reflètent les options fondamentales et de nature " politique " qui opposent une conception " redistributive " de la retraite et une autre plus " assurantielle " qui y voit un revenu différé dont il convient de garantir le montant par les moyens appropriés et surtout, dont le niveau est nécessairement lié aux revenus perçus durant la période d'activité et aux efforts d'épargne accomplis.

En tout état de cause, les solutions envisagées et retenues ne pouvaient ignorer ni l'objectif fondamental consistant à assurer un minimum de ressources à tous, c'est à dire éviter l'exclusion et la pauvreté, ni la contrainte primordiale du financement. C'est pourquoi on peut constater d'une part la mise en place quasi généralisée de mécanismes de cotisations et/ou de prélèvements fiscaux et d'autre part la prise en charge par l'État du financement des pensions aux personnes démunies pour lesquelles ces versements font ou ont fait défaut.

On doit noter que le souci de lier le montant de la pension future au niveau de la rémunération traduit une volonté d'incitation au dynamisme économique et à la performance individuelle, en rupture avec les dispositions antérieures prévoyant le versement de pensions d'un niveau relativement uniforme et dépendant davantage de l'âge de cessation de l'activité que de la carrière effectuée et des rémunérations perçues.

Toutefois, quelle que soit la force du lien cotisation - prestation ou la part accordée à l'effet redistributif (entendue ici comme une redistribution interpersonnelle et non intertemporelle), les régimes mis en œuvre ne remettent pas en cause le principe de " mutualisation " du risque, c'est à dire la nécessité de faire reposer la charge sur

l'ensemble des personnes concernées, cette mise en commun du risque étant assurée par une obligation légale, d'affiliation et de cotisation, celle-ci prenant la forme classique, soit de prélèvements fiscaux, soit de contributions des employeurs et des salariés ou des assurés eux-mêmes quant ils sont travailleurs indépendants.

Enfin, il ne faut pas perdre de vue que la "réforme" est parfois la simple consolidation de l'existant, l'aménagement du système antérieur, un effort pour le rendre viable et pérenne. Ces efforts portent alors, davantage que sur les principes, sur les structures, sur les dispositifs techniques et les méthodes, la gestion, les capacités administratives, le savoir-faire et les ressources humaines.

- *Les principales réformes engagées*

Si les difficultés se présentent dans des termes quasi identiques pour l'ensemble des pays concernés, la diversité des situations économiques et des traditions culturelles et les circonstances particulières du débat politique propre à chacun d'eux ne permettent pas de dégager une réponse univoque. Le système ancien subsiste ou survit dans les pays les moins avancés. Toutefois, là où de vraies réformes ont été engagées, des tendances communes apparaissent où se lit l'influence des institutions internationales sollicitées pour donner leurs conseils.

S'inspirant d'une sorte de typologie - le modèle suédois - en vigueur dans plusieurs pays de l'Europe occidentale, un "modèle" de régime de retraite à trois piliers a été élaboré :

- le premier pilier, socle de l'édifice, est un régime obligatoire public fonctionnant en répartition ;
- le deuxième est un régime complémentaire financé par des cotisations et dont la gestion est confiée à des opérateurs divers qui peuvent être privés ;
- le troisième, facultatif, fonctionne en capitalisation.

Ce "modèle" n'a pas été mis en œuvre tel quel. Il s'agit plutôt d'une référence utilisée dans les débats que la plupart des pays ont connus et connaissent encore, et ce d'autant plus que ces derniers ignoraient ces systèmes "à étages". On peut résumer la transition entre l'ordre ancien et les projets mis en chantier comme le passage de régimes de base obligatoires et publics à des systèmes à plusieurs piliers, introduisant certains éléments de choix, voire facultatifs et offrant une part à la gestion du secteur privé.

- L'autonomie des retraites par rapport au budget de l'état est (presque) partout acquise ;

- A l'exception notable de la Pologne, il a été généralement procédé à une séparation des différentes branches de la sécurité sociale ;

- La plupart des États se sont orientés vers une structure à plusieurs piliers, avec un régime de base public obligatoire en répartition et des régimes en capitalisation à gestion privée. Des péripéties politiques ont parfois donné lieu à la mise en œuvre

d'options successives et contraires. L'influence de la Banque Mondiale a été au final décisive.

* Le premier pilier : les régimes de base obligatoires.

Il s'agit du socle du système qui reconduit parfois le dispositif unique antérieur avec certains aménagements. Tous ces régimes, obligatoires, fonctionnent en répartition. Ils se distinguent, quant au concept de base du système, selon qu'ils sont à cotisation ou à prestation définie. Seules la Pologne et la Lettonie ont mis en place des systèmes dits "à cotisation définie" - dans lesquels une corrélation étroite existe entre cotisation et prestation au détriment des éléments de redistribution - sur le type du modèle suédois. Encore doit-on ajouter que les dispositifs traditionnels dits à "prestation définie" subsistent à côté des nouveaux dans ces deux pays.

Pour l'ensemble des autres pays, la règle est celle de la prestation définie : souvent, une pension forfaitaire et une partie proportionnelle aux revenus calculée sur une période de référence. Néanmoins, on constate assez généralement le souci d'établir ou d'accentuer le lien entre la contribution personnelle et la pension, et de distinguer, en particulier par le financement, les éléments de nature redistributive.

Tous les pays concernés, à l'exception de la Bulgarie, de la Macédoine et de la Roumanie, ont pris des dispositions d'ordre législatif pour mettre en place ou adapter ce régime de base dont il faut préciser qu'il couvre généralement l'ensemble des travailleurs salariés et indépendants, parfois également des professions relevant ordinairement de régimes spéciaux. En Estonie, mais c'est une exception, ce régime est universel.

* Le deuxième pilier : les régimes complémentaires

La mise en place de ce second étage est délicate. Le mécanisme de financement est celui de la capitalisation qui nécessite le recours aux marchés financiers et suppose l'existence de structures administratives (contrôle) et financières développées. Cela explique que peu d'États aient été jusqu'ici à même de réaliser leurs ambitions dans ce domaine. La Banque Mondiale a encouragé et incité ces derniers à la création de tels dispositifs. Les raisons en sont évidentes et ne sont pas différentes de celles qui alimentent le débat sur les fonds de pension en France : la recherche de moyens complémentaires de financement et l'apport de capitaux sur les marchés financiers. Ces deux arguments sont évidemment de nature à séduire les responsables d'économies en transition à la recherche d'éléments de dynamisation des acteurs et des structures économiques.

Seules la Pologne et la Hongrie ont déjà mis en place un régime complémentaire par capitalisation de caractère obligatoire. Mais la plupart des autres pays l'étudient ou l'envisagent. (Estonie, Lettonie, Roumanie - où un tel système existe depuis 1967 avec de nombreuses difficultés -, Bulgarie, Slovaquie, Slovaquie).

Un lien très étroit relie les deux piliers. Le second ne peut être financé que si le premier n'absorbe pas l'essentiel des ressources disponibles. Cet impératif est absolu

s'il s'agit d'un régime obligatoire. Aussi, a-t-on dû, dans certains cas, diminuer le taux de la cotisation au premier régime afin d'assurer la viabilité du second. Cette viabilité peut d'ailleurs être considérée comme problématique dans l'hypothèse du volontariat. Ainsi, la Slovaquie a renoncé à faire de son régime complémentaire en capitalisation un régime facultatif, réservant le volontariat à un " troisième pilier ".

Une description détaillée des réalisations et des projets ferait apparaître, malgré la convergence des vues et des volontés initiales, une mise en œuvre assez disparate du modèle annoncé. Les volontés se sont en effet heurtées aux réalités : difficultés politiques et économiques, problèmes techniques.

* Le troisième pilier

Il s'agit de régimes facultatifs en capitalisation avec un financement conjoint des entreprises et des salariés.

Les difficultés rencontrées par ces réformes

Il existe bien sûr des difficultés techniques, telles que la coexistence, comme c'est le cas en Pologne par exemple, de l'ancien et du nouveau système, tant pour l'éligibilité, le calcul et l'âge de la pension. Mais les difficultés principales sont d'ordre financier.

Le financement est assuré soit par les cotisations des seuls employeurs (c'est la formule ancienne), soit par les cotisations des employeurs et des salariés. La cotisation salariale est l'une des principales innovations introduites. Il s'agit, sauf les exceptions signalées, de cotisations globales aux " assurances sociales ", auxquelles participe l'État, notamment pour les personnes non actives (l'équivalent de nos pensions " non contributives " quand elles sont couvertes). Sauf lorsqu'une réforme a été introduite - il s'agit alors d'un point fondamental -, le financement des retraites est assuré au bout du compte par le budget de l'État. Par ailleurs, le niveau élevé du taux d'emploi et l'importance de l'emploi féminin qui prévalaient dans les anciens États socialistes expliquent le poids considérable des retraites dans les dépenses publiques. La charge fiscale correspondante, particulièrement lourde, est à cet égard une préoccupation de premier plan pour tous les pays concernés, d'autant que la réduction de l'emploi et le développement de l'économie souterraine consécutifs à l'ouverture au marché ont aggravé un rapport actifs/retraités déjà défavorable, dans un contexte de difficultés sociales laissant peu de marges de manœuvre pour la mise en œuvre des réformes.

Un exemple tiré des expériences polonaises souligne la nature des difficultés rencontrées. Pour les raisons évoquées, les taux de cotisations au régime du premier pilier - taux estimés lorsque la cotisation n'est pas individualisée au sein de la cotisation " assurances sociales " - sont d'un niveau élevé, de 30% à 35%, atteignant même 45% en Pologne. Or, c'est à taux de cotisation global inchangé qu'a dû être réalisée la mise en place du second pilier obligatoire en Hongrie et en Pologne. L'affiliation à ce régime complémentaire a été rendue obligatoire pour les " nouveaux " salariés et facultative au-delà d'un certain âge. Le nombre de personnes, qui, ayant cette faculté, a opté pour le nouveau régime par capitalisation a été sous-estimé. Le financement, par un montant de cotisations inchangé des droits " anciens " et des nouveaux droits capitalisés, ne pouvait

alors manquer d'entraîner dans les pays en cause un déficit du régime par répartition. C'est le budget de l'Etat qui a dû combler le déficit.

Plus globalement, les difficultés que rencontrent ces pays pour le financement des retraites sont celles de la transition économique elle-même. Comment assurer tout à la fois le financement des droits acquis et des droits en cours d'acquisition, alors que les premiers ont été fixés selon des règles et dans un cadre disparus. Comment déterminer les nouvelles règles dont le fonctionnement est subordonné à la mise en place d'une économie nouvelle encore balbutiante ? En sens inverse, comment faire jouer au système des pensions le rôle qu'il doit tenir dans une économie moderne, qu'il s'agisse du poids des pensionnés en tant qu'acteurs économiques (pouvoir d'achat), de la régulation du marché du travail et du dynamisme des entreprises (départ des travailleurs âgés remplacés par des jeunes mieux formés, etc.). ?

Enfin, il faut mentionner les conséquences très importantes, en termes de gestion administrative, de l'introduction des comptes individuels, aussi bien pour la gestion des régimes par répartition que pour celle des fonds de capitalisation.

En dehors des réformes de structure, au nombre desquelles on fera figurer également l'introduction d'une part salariale de cotisation, un certain nombre d'orientations ou de décisions communes paraissent se dégager qui visent à remédier, par des moyens " classiques ", aux difficultés financières. Parmi les mesures envisagées ou prises figure le relèvement de l'âge de départ en retraite, assez bas dans ces pays, s'agissant en particulier des femmes.

S'agissant des taux de cotisations, plusieurs pays procèdent à l'augmentation progressive de la part salariale de cotisation, au profit de la part patronale, diminuée en conséquence.

b) La santé

L'ensemble des anciens pays socialistes connaissait une situation caractérisée par l'existence d'un système de soins financé et organisé par l'État, et la dispensation des soins exclusivement au travers d'établissements publics et de professionnels de santé salariés de l'État. On ajoutera que les soins étaient le plus souvent gratuits.

Les bouleversements économiques ont eu, dans un premier temps, un effet direct et négatif sur la capacité et l'efficacité des systèmes de soins des pays en cause, d'une part en raison de la diminution des ressources disponibles, et d'autre part du fait du chômage apparu au grand jour qui a fragilisé une partie de la population dont il a accru les besoins sanitaires. Diminution des recettes de l'État et recul brutal du niveau de vie ont concouru, au début des années 90, à la baisse de certains indicateurs de santé (en République tchèque, Hongrie, Bulgarie). Le recul semble enrayé et la situation rétablie. Il demeure néanmoins, s'agissant des moyens déployés, de grandes disparités dans les situations nationales. Si la Slovaquie, la Pologne, la République tchèque et la Hongrie conjuguent un niveau relativement élevé de PIB et l'affectation d'une part importante de celui-ci aux dépenses de santé, ce n'est pas le cas des autres pays. Il semble que les écarts entre les PECO risquent de se creuser au point de dépasser l'écart qui existe entre

certains d'entre eux et les États membres. On peut s'interroger sur les conséquences qu'auront, de ce point de vue, les réformes mises en œuvre.

- *Les réformes engagées*

D'une manière générale, les réformes engagées ont subi les effets de la réforme globale de l'économie, qu'il s'agisse de la privatisation, au moins partielle, des établissements, ou de la modification de statut des professionnels de santé autorisant un exercice libéral. Quant au fond, et du point de vue qui nous occupe, on peut caractériser les changements intervenus comme le passage de systèmes universalistes à financement d'État à des systèmes inspirés de modèles occidentaux fondés sur l'assurance.

Les réformes portent principalement sur le rôle de l'État, la structure du financement et la privatisation de certains secteurs de la fourniture de soins et se traduisent par :

- la modification du rôle de l'État, dont le monopole est remis en cause ;
- la mise en place d'une assurance maladie par la substitution, au moins partielle, de cotisations assises sur les revenus professionnels aux ressources tirées du budget de l'État ;
- l'introduction de " tickets modérateurs " à la charge des patients ;
- le développement d'un secteur privé de praticiens et de cliniques.

La contestation du rôle monopolistique de l'État est au cœur de la réforme économique, elle-même vecteur et moteur de la transition. Le domaine de la santé pouvait d'autant moins échapper à cette " désétatisation " que l'État y était omniprésent, maître d'un système centralisé à l'efficacité jugée médiocre et employeur de professionnels souvent peu considérés et mal payés (rémunérations des médecins inférieures dans certains cas à celles de travailleurs manuels).

On ne s'étonnera donc pas que les promoteurs d'une nouvelle organisation de la protection sociale l'aient voulue décentralisée, autonome et ouverte au secteur privé.

Sans doute ce discrédit de l'État explique-t-il également que ces pays se soient tournés vers des systèmes d'esprit " bismarckien " plutôt que vers des systèmes " beveridgiens " , encore qu'il faille manier ces modèles, en grande partie dépassés en Europe occidentale, avec précaution. De fait, à l'instar des états de l'Ouest, les PECO ont largement recours aux solutions pragmatiques qui mêlent modèle " universaliste " et éléments assurantiels.

La disparition du monopole de l'État ne marque pas pour autant la fin du rôle de ce dernier. Partout est affirmé le principe de l'accès de tous aux soins de santé à travers les dispositifs légaux de protection contre la maladie. Ce principe a même parfois valeur constitutionnelle. L'État en est le garant et joue ce rôle à plusieurs niveaux :

- il assure le financement de la politique de santé publique, le financement et la gestion des équipements hospitaliers publics ;
- il subventionne directement certains secteurs comme la santé mentale ;

- il finance les cotisations d'assurance maladie de certaines catégories de personnes qui n'y sont pas éligibles - étudiants, retraités, sans emploi - ou en sont exclues par manque de ressources.

Assez généralement, l'État, en dehors de son rôle traditionnel de promoteur de la politique de santé, qu'il joue ici comme ailleurs, semble chargé de suppléer les carences de l'assurance maladie et d'assumer le fardeau des "mauvais risques". En revanche, on le verra, il paraît moins à même de remplir sa mission de régulateur des différents acteurs de la santé et de la protection sociale, mission pourtant essentielle dans le contexte de décentralisation et de privatisation qui a entouré la mise en place de l'assurance maladie, pièce maîtresse de la réforme.

- *Les difficultés rencontrées par ces réformes*

L'introduction d'un système d'assurance ne va pas sans risquer d'ouvrir des brèches dans la protection "universelle". La baisse générale du PIB qu'ont entraînée les difficultés économiques déjà rappelées, liées à la mise en place des structures nouvelles (privatisation, ouverture au marché), a eu pour effet un accroissement des inégalités sociales par la baisse du revenu de certaines catégories de la population telles que les retraités, voire la perte totale de ressources pour les salariés des entreprises devenues non rentables qui ont perdu leur emploi. Il n'est pas douteux que, dans ce contexte de paupérisation et d'aggravation des inégalités, l'abandon de systèmes universels et gratuits au profit de dispositifs d'assurance maladie financés par des cotisations à caractère "professionnel", ne comporte le risque de voir certaines catégories sociales écartées, sinon de tout accès aux soins, du moins des soins de qualité et de prestations spécifiques. Nous pouvons précisément mesurer ce risque à travers trois sujets précis : le financement, les populations couvertes et le champ des prestations prises en charge.

* S'agissant du financement, on comprend que l'effondrement de l'ancien système économique, privant le dispositif de protection sanitaire de ressources, d'un côté, et les effets attendus de la réforme économique de l'autre, aient pesé sur le choix de prélèvements à caractère professionnel. Ainsi, la quasi-totalité des pays considérés - seule la Lettonie a conservé un financement exclusivement fiscal - ont introduit des cotisations d'assurance maladie assises sur les revenus salariaux et non salariaux. A l'exception de la Lituanie où ces cotisations sont uniquement payées par les employeurs, et la Pologne où ce sont au contraire les employeurs qui les acquittent, les cotisations sont à la charge des employeurs et les salariés.

La difficulté principale à laquelle sont confrontés, sur ce point, tous les pays qui ont introduit, à la place ou à côté du dispositif public d'offre de soins, un système d'assurance, a trait au recouvrement. Retards de paiement des employeurs, travail "au noir" (estimé à 30% en Hongrie, 15% à 20% en Slovénie, 15% en Pologne et République tchèque), autant de phénomènes d'évasion sociale qui mettent en péril non seulement l'équilibre, mais parfois l'existence même des caisses nouvellement créées.

Ces difficultés ne sont pas sans risque en ce qui concerne les droits des personnes assurées, l'absence de versement pouvant entraîner, en principe, la perte de

droits. Mais, plus fondamentalement, c'est l'instauration de l'assurance et la création de caisses qui peut, dans une certaine mesure, faire craindre des risques d'exclusion ; qu'il s'agisse du champ d'application personnel ou matériel des assurances ainsi créées.

* Concernant les populations couvertes, le champ d'application de l'assurance maladie obligatoire couvre en principe l'ensemble de la population. Comme on l'a déjà indiqué, les personnes sans activité professionnelle ou démunies voient leurs cotisations prises en charge par l'État. Dans certains cas toutefois, (République tchèque, par ex.), des catégories de travailleurs indépendants restent libres de créer leurs propres régimes. Dans la réalité, on peut s'attendre que ces nouveaux dispositifs ne reproduisent pas, ne serait-ce que pour des raisons d'ordre technique et administratif, l'universalité du système antérieur. La création de caisses d'assurance maladie multiples et même concurrentes (République tchèque, Slovaquie, laquelle s'y est résolue après avoir fait le choix d'une caisse unique) ne semble pas, de ce point de vue, constituer un élément favorable. Ces caisses s'adressent à des catégories de populations différentes, qui ne présentent pas les mêmes "risques" du point de vue des dépenses occasionnées. Néanmoins, des mécanismes de compensation sont prévus afin d'égaliser ces différences.

La volonté des pouvoirs publics est bien de garantir l'accès aux soins de santé à tous. Pour autant, cette protection assure-t-elle une couverture maladie identique ? La question fondamentale est alors celle du champ d'application matériel des différents régimes d'assurance maladie.

* Concernant le champ des prestations couvertes, une résistance semble s'être partout manifestée contre l'idée consistant à limiter l'assurance de base aux soins importants et urgents, des assurances complémentaires, obligatoires ou facultatives, étant censées prendre en charge les prestations supplémentaires, qu'il s'agisse de remboursements ou de prestations sanitaires non couvertes par le régime de base.

Un tel schéma, qui correspond d'une certaine manière à l'approche de la Banque Mondiale et de l'OMS, ne paraît pas avoir inspiré les solutions retenues, dont le modèle se trouve davantage du côté des régimes de sécurité sociale des pays de l'Europe occidentale. Les deux niveaux de couverture que l'on constate ici n'ont pas le même contenu :

- l'assurance couvre généralement les soins dits primaires, c'est à dire les soins courants, dont font partie les prestations des personnels médicaux et la fourniture des spécialités pharmaceutiques ;

- le recours aux techniques et services spécialisés et coûteux relève en revanche souvent de financements publics, comme c'est le cas notamment en Pologne, Lettonie et Estonie.

Les investissements importants en matière de santé continuent de dépendre de l'État, les caisses d'assurance maladie ne disposant pas des moyens nécessaires. Il en est de même des hôpitaux, gérés par le système public d'offre de soins. Une réduction de l'effort financier des pouvoirs publics dans ce domaine aurait des conséquences graves dans la mesure où cet engagement de l'État garantit l'accès égal de tous aux soins les plus coûteux et les plus importants. Cette diminution entraînerait une dégradation du

service public dans ce qu'il a de plus essentiel et ouvrirait la voie à une couverture médicale "à deux vitesses", les établissements de soins privés palliant alors, mais pour les seules personnes disposant des assurances ou des ressources nécessaires, la carence de l'État.

Le maintien d'un tel engagement est d'autant plus nécessaire que, s'agissant des soins primaires couverts par l'assurance, tous les États concernés ont introduit, pour en limiter le coût, un ticket modérateur, dont le taux est généralement de l'ordre de 20 à 25% du coût de la prestation. L'exigence d'une participation de l'assuré s'applique en particulier aux médicaments, très souvent importés, et dont le coût a considérablement augmenté du fait de la baisse des monnaies nationales. Le ticket modérateur constitue une nouveauté, du moins sous cette forme, car les paiements "illégaux" étaient courants dans le système antérieur. Au regard de ces paiements, la contribution demandée aux assurés a le mérite de la transparence et de l'équité, et n'apparaît sans doute pas comme une régression. Il convient d'ajouter que la plupart des pays ont cependant prévu des exonérations du ticket modérateur en faveur des personnes démunies ou à faible revenu.

D'autres mesures destinées à limiter les coûts ont été instituées, qui concernent le paiement des praticiens et fournisseurs de soins : il s'agit, par exemple du système de paiement des spécialistes par "capitation" (en Slovaquie et en Estonie) consistant à rémunérer le fournisseur de soins de façon forfaitaire, annuellement, quelle que soit la quantité des prestations effectuées ou encore du système à points (République tchèque et Hongrie) en vigueur en Allemagne, qui présente l'avantage, pour l'institution débitrice, d'inciter le praticien à fournir un maximum de prestations ; ce dernier, en revanche supportant le risque de voir le montant de ses honoraires diminuer avec l'augmentation du nombre de ses prestations. On notera que le système - pratiqué en France - de paiement des honoraires à l'acte, jugé trop onéreux, a été abandonné par ceux qui y avaient recouru (République tchèque, Lituanie).

Le développement d'un secteur privé de professionnels de la santé et d'établissements de soins est l'un des aspects les plus spectaculaires des réformes engagées. Certains ont pensé que, sur le modèle de l'économie, dont l'ouverture au marché appelait nécessairement de la privatisation des entreprises, le secteur de la santé devait s'ouvrir largement à la concurrence, qu'il s'agisse des établissements ou des professionnels. Ainsi par exemple, dans un premier temps, la République tchèque a envisagé une privatisation générale des fournisseurs de soins, y compris des hôpitaux.

Les obstacles considérables auxquels ne pouvaient manquer de se heurter de tels programmes ont conduit à y renoncer. Le transfert au secteur privé a concerné essentiellement les fournisseurs de soins dits primaires, c'est à dire, outre les professionnels de la santé (pharmaciens, laboratoires), les services de santé et les divers établissements de soins, à l'exception, en général, des hôpitaux. L'incitation à l'ouverture de structures de soins privés est également une composante importante de cette politique.

Le fait que les grands hôpitaux aient été maintenus à l'écart de la privatisation, tient à la fois au rôle que jouent ces établissements dans la politique de santé publique et

aux difficultés de les insérer dans les ensembles concurrentiels. En revanche, la privatisation a touché plus facilement les petits hôpitaux locaux.

Il n'est pas aisé de mesurer les conséquences de ces privatisations. Encore moins d'apprécier le bien fondé des orientations qui ont conduit à leur mise en œuvre. Le piètre niveau des services rendus par le système tel qu'il fonctionnait antérieurement, sa rigidité et ses dysfonctionnements (passe-droits) ont permis que s'exprime assez largement le souhait d'une réforme de fond qui explique ce mouvement. Il semble que, s'agissant des structures, la revendication principale ait porté sur une demande de décentralisation et d'autonomie, deux modalités de fonctionnement incompatibles, dans les esprits, avec l'emprise de l'État.

On retiendra que ce dernier conserve, au travers des hôpitaux, un outil de maîtrise de la politique de santé publique. Toutefois, les observateurs font état de risques de dégradation dans ce domaine, en raison tant de la diminution des crédits que de la séparation des budgets consacrés aux services de santé et à la politique de santé publique. Réduite à la gestion des hôpitaux principaux, celle-ci risque de ne pas pouvoir s'affirmer avec la force nécessaire.

2. Les enjeux sociaux de l'élargissement

a) Chance ou contrainte ?

Dans sa communication sur la "*stratégie concertée pour moderniser la protection sociale*", la Commission européenne considère l'adhésion des PECO comme "*une chance et un défi pour l'Union dans le domaine de la protection sociale*". Il s'agit là d'une réflexion ambiguë. Le défi apparaît clairement : la Commission rappelle, parmi d'autres données, que si les 10 pays en cause comptent plus de 100 millions d'habitants, soit 28% de la population de l'Union, leur PIB total représente moins de 4% du PIB de cette dernière. Elle constate que les revenus, bien qu'en augmentation, restent partout inférieurs au niveau des moins prospères des États membres, et que la pauvreté et la misère se sont généralisées. Elle ajoute enfin que l'entrée des PECO dans le marché unique et la concurrence à laquelle ils devront faire face accéléreront chez eux les mutations et les restructurations économiques.

Qu'en est-il alors de la "chance" ? Elle semble résider dans le fait que "*la modernisation des systèmes de protection sociale des pays candidats contribuera considérablement à faciliter le processus d'intégration*". En d'autres termes, le défi que représente l'intégration économique des PECO dans l'Union rend absolument indispensable la mise en place de systèmes de protection sociale modernes et efficaces.

La Commission précise le niveau des exigences requises : dans le cours de leur préparation à l'adhésion, les États candidats devront d'une part "*progresser vers des systèmes efficaces, effectifs et viables*", et d'autre part "*adopter l'acquis dans ce domaine pour ce qui concerne la coordination des systèmes de sécurité sociale et l'égalité de traitement*".

En quelques mots se trouve résumé et circonscrit le contenu et, pour ainsi dire, le programme des négociations d'adhésion dans le domaine de la protection sociale : les candidats doivent prouver qu'ils possèdent un système offrant à tous - nationaux et ressortissants communautaires - une protection contre les risques correspondant aux branches "classiques" de la sécurité sociale (maladie-maternité, invalidité, vieillesse, famille accidents du travail) d'un niveau jugé suffisant, et organisé de manière à assurer la pérennité des engagements, s'agissant des prestations à long terme. Par ailleurs, ils doivent être en mesure d'assumer leurs obligations en ce qui concerne l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs migrants et à leurs familles qui se déplacent sur le territoire de l'Union, autrement dit le dispositif de coordination permettant la conservation par les intéressés des droits acquis ou en cours d'acquisition.

b) Quel niveau d'exigence à l'égard des Etats candidats ?

• *L'acquis communautaire*

Comme cela a déjà été dit, la protection sociale n'est devenue que très récemment un sujet d'intérêt commun pour l'Union. Ces progrès récents sont également modestes. L'acquis communautaire est donc, dans ce domaine, limité. En dehors des recommandations (mesures sans portée juridique) touchant les objectifs de protection sociale, la retraite flexible et les critères communs sur les ressources et les prestations suffisantes et les mesures de rapprochement des législations dans le domaine de l'égalité de traitement entre les hommes et les femmes, cet acquis se réduit au règlement de coordination des régimes de sécurité sociale qui organise le maintien des droits concernant la santé, la famille, la vieillesse et le chômage des travailleurs qui se déplacent dans l'Union. Ce règlement couvre l'ensemble des travailleurs salariés et non salariés ainsi que leurs familles. L'extension progressive de son champ d'application à toutes les personnes assurées, et l'interprétation de ses dispositions qu'en a faite la Cour de Justice des Communautés ont transformé la libre circulation des travailleurs en libre circulation des personnes.

Une jurisprudence remarquable de la CJCE (arrêts Kohll et Decker) a par ailleurs consacré deux libertés fondamentales de l'Union, la libre circulation des marchandises (médicaments...) et la libre prestation de services (soins odontologiques) dans le secteur de la santé et de la sécurité sociale. L'application de cette jurisprudence et d'autres qui ne manqueront pas de suivre, conduira inévitablement sur la voie d'un rapprochement des législations. La dynamique du marché intérieur amènera les États membres à étudier un certain rapprochement de leurs législations de protection sociale. Les pays candidats doivent être en mesure d'entrer, le moment venu, de plain-pied, dans ces négociations difficiles par l'importance de leurs enjeux sociaux et financiers.

On ne peut plus s'en tenir à l'affirmation caduque selon laquelle la coordination laisse intactes les législations nationales. Or, les PECO seront, dans ce contexte, des partenaires, et notre système de protection sociale sera intimement lié aux leurs.

Il est normalement prévu que l'acquis communautaire en matière de protection sociale soit repris intégralement et sans délai par les États candidats. La coordination est en effet une condition nécessaire de la libre circulation. La nécessité de sa mise en

œuvre immédiate tient également à un autre enjeu. Le service des prestations de sécurité sociale, dans un pays autre que celui de l'affiliation, met en œuvre un dispositif de règlements financiers entre les États concernés. On ne peut différer l'application de ces mesures. Il faut toutefois reconnaître que la charge peut être lourde pour des pays dont les finances sociales sont - relativement - pauvres. L'évolution, qui se dessine, d'une liberté croissante du droit des malades à circuler dans l'Union ne peut que préoccuper ces mêmes pays. A ces risques financiers s'ajoutent des difficultés d'ordre technique et administratif, la mise en œuvre de la coordination requérant la mise en place de structures et de procédures complexes.

- *Un enjeu pour le modèle social européen*

Le fait que l'acquis communautaire soit limité est bien entendu sans rapport avec le niveau atteint par la protection sociale dans les États membres et l'importance que ceux-ci y attachent. Au contraire, peut-on dire, c'est parce que la protection sociale, plus précisément la sécurité sociale, est un enjeu fondamental, au plan financier comme au plan politique, que les États l'ont écartée du champ des compétences communautaires ou, plus exactement, ont limité à l'extrême le champ et les possibilités d'action communautaire dans ce domaine. L'unanimité reste la règle pour l'adoption de mesures touchant la sécurité sociale, qu'il s'agisse de promouvoir une protection sociale adéquate (art. 137-3 du traité CE) ou de modifier les dispositions de coordination (art. 42). Ces mêmes États ont développé, en revanche, au plan national, les systèmes de protection sociale les plus avancés et les plus complets qui existent.

Ce qui est en jeu dans les négociations avec les PECO dépasse donc très largement "l'acquis communautaire", c'est en fait le "modèle social européen" que les États membres désirent à la fois protéger et promouvoir et dont ils souhaitent voir les États candidats se rapprocher.

Protéger le modèle social européen, c'est prévenir les phénomènes de "dumping social" et de délocalisations d'entreprises dans les pays ou zones à faible niveau de protection des salariés, où le coût du travail, diminué d'autant, devient un atout concurrentiel. De tels phénomènes se produisent déjà dans l'Union, en particulier par le truchement d'une utilisation abusive des dispositions sur le détachement des travailleurs mais ils restent marginaux. On peut redouter que le maintien durable, dans les PECO, d'un niveau de salaires relativement bas conjugué à la persistance d'une protection sociale lacunaire, voire au démantèlement de celle-ci, ne conforte, dans les États membres, la thèse des tenants d'une protection sociale plus "favorable" au développement de l'économie.

Il est capital que les régimes de sécurité sociale des pays candidats soient convenablement organisés, à défaut de quoi leur pérennité ne sera pas assurée et les droits des travailleurs gravement compromis à terme. Plus gravement, ce défaut d'organisation, en permettant notamment à certaines entreprises de se dérober à leurs obligations sociales, peut surtout constituer à plus court terme un facteur de distorsion de concurrence pénalisant la production des autres états de l'Union et, en conséquence, accroître les pressions pour réduire notre propre niveau de protection sociale.

De ce point de vue, il n'est pas excessif d'affirmer que l'enjeu social de l'élargissement tient tout autant dans le maintien d'un haut niveau de protection sociale dans l'Europe de l'ouest que dans la mise en place ou la consolidation de systèmes convenables ou efficaces dans l'Europe du centre et de l'ouest. Protéger le modèle social européen, c'est surtout le promouvoir, et faire en sorte qu'il apparaisse comme la norme.

CONCLUSION

La description et l'analyse des questions de protection sociale dans les pays en développement et les pays en transition permettent de mettre en évidence les questions sur lesquelles il nous faudrait pouvoir apporter des réponses dans le cadre de notre coopération technique bi ou/et multilatérale en lien et à la demande des pays concernés.

Mais cette description montre surtout que les problèmes, et donc les demandes, ne sont pas de même nature selon que l'on traite des pays en développement notamment de l'Afrique subsaharienne, des pays émergents à revenu intermédiaire ou des pays en transition appelés demain à adhérer à l'Union européenne. Si, pour les premiers, il s'agit de consolider les rares institutions existantes, mais surtout de mettre en place des mécanismes nouveaux de solidarité pour faire face à une très grande pauvreté d'une part importante de la population, pour les seconds et les troisièmes, les capacités économiques permettent d'envisager des systèmes plus structurés, la question pour les PECO étant même d'envisager des systèmes permettant la coordination dans le cadre des règles de l'Union européenne.

Ces différentes situations appellent des orientations de notre politique de coopération technique et des modes d'intervention qui soient adaptées. C'est à la définition de ces enjeux que nous consacrerons la troisième partie de ce rapport.

III. LA FRANCE DOIT RENFORCER SON INTERVENTION INTERNATIONALE DANS LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETE ET POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

L'analyse des débats, actuellement portés par les diverses institutions internationales concernant la lutte contre la pauvreté et sur la question de la protection sociale ainsi que la description des mécanismes existants et des enjeux selon les niveaux de développement ou selon les zones géographiques, a montré toute l'actualité de ces questions et fait obligation à la France de préciser son intervention sur ces sujets.

A. LE BILAN DE L'ACTION FRANCAISE DE COOPERATION REVELE DES INSUFFISANCES

1. Une intervention jusqu'à maintenant limitée dans le domaine de la protection sociale

Malgré les diminutions qu'elle a connues, l'aide publique française au développement (APD) reste très importante et se maintient au troisième rang des 22 pays membres de l'OCDE par le montant absolu qui s'est élevé à 5742 millions USD en 1998. En pourcentage du produit national brut, elle se situe au premier rang des pays du G7, avec un ratio de 0,40%. Le niveau élevé de la contribution française ne doit toutefois pas masquer la baisse de 32% en USD courants intervenue au cours des quatre dernières années, baisse qui ira en s'accroissant avec l'exclusion des Territoires français d'outre-mer (TOM) du calcul de l'APD à compter de l'an 2000, d'après le rapport du CAD de l'OCDE.

Cette constatation est toutefois à pondérer par deux faits. Cette baisse est en partie liée à la diminution des postes d'assistance technique, ce qui illustre les progrès réalisés par les responsables des pays dans le domaine de la formation. Il est en effet de moins en moins nécessaire de recourir à des experts extérieurs car les pays disposent maintenant de leur propre expertise. De plus, une partie importante de l'appui de la France se retrouve au niveau européen, où par exemple la France contribue à 25% du FED. Cependant, l'intervention de la France dans le domaine strict de la protection sociale est jusqu'à maintenant restée limitée (moins de 15 MF sur les cinq dernières années) et de faible ampleur, mais elle a eu le mérite de se mobiliser dès 1994 sur le sujet, et de sensibiliser les instances internationales en la matière avant même que la Banque mondiale intervienne dans le champ de la protection sociale (1997).

a) Des actions très ponctuelles

Historiquement, la France a toujours eu une présence importante dans le secteur de la santé en Afrique francophone. Elle a mené des combats déterminants contre les grandes maladies endémiques et fut le principal bâtisseur des hôpitaux que l'on trouve dans les grandes villes africaines. Depuis les années 70, elle a pris conscience des limites de ce modèle d'intervention conduisant à une trop grande disparité entre les villes et le monde rural ainsi qu'à un développement du secteur hospitalier au détriment des soins de santé primaire. Cependant, si le discours évolue dans les années 80, la

pratique change peu et la coopération reste encore médicale et hospitalière, trop diluée dans des actions de soutien des services de santé, sans véritable stratégie d'intervention.

En revanche, les années 1990-1992 ont marqué le premier vrai tournant de la politique française. La France se veut plus pragmatique, plus orientée vers la réforme du système de santé : diffusion de médicaments essentiels génériques, santé familiale, mise en place de mutuelles et appuis aux groupements féminins, lutte contre les maladies transmissibles, aide à l'organisation et à la gestion. Les projets deviennent moins nombreux mais d'un montant plus significatif. L'aide se concentre sur les hôpitaux de première référence en appui aux soins de santé primaires et même si l'appui aux hôpitaux reste important, une large place est désormais faite à la diversification de l'offre de soins, à la lutte contre les MST et le SIDA et à la santé maternelle et infantile.

Dans le domaine du recouvrement des coûts, la France observe de loin le lancement de l'Initiative de Bamako en 1987. Très empreinte de la culture de l'assurance maladie, elle reste réticente au financement direct des soins par les populations. Toutefois, la plupart des projets appuyés par la France prennent en compte le souci de la tarification des prestations et de la bonne utilisation des ressources.

La France a, il y a une trentaine d'années, joué un rôle important pour doter de nombreux pays en développement de la zone subsaharienne de textes législatifs de sécurité sociale. Depuis, son action dans ce domaine s'est traduite sur le plan technique à travers du transfert de savoir-faire dans deux domaines : d'une part, un appui institutionnel aux réformes des régimes de sécurité sociale ou au fonctionnement des caisses grâce notamment à l'intervention de la CIPRES⁵¹, mais également d'autre part, par quelques opérations d'expertise et de formation, souvent dans les pays émergents. Le Centre national d'études de sécurité sociale, l'École nationale de la santé publique et l'Inspection générale des affaires sanitaires et sociales jouent, dans ce domaine, un rôle de premier ordre. On peut aussi relever l'intérêt des conventions bilatérales de sécurité sociale⁵² qui participent directement au financement pour les travailleurs émigrés français et étrangers de la protection sociale dans un certain nombre de pays d'Afrique francophone. A titre d'exemple, on peut citer la convention signée entre la France et le Mali qui se traduit par un transfert financier d'environ 25 MF par an.

Les actions du ministère des Affaires étrangères en matière d'appui au financement de quelques systèmes de santé dans la zone traditionnelle dite " du champ " peuvent être schématisées par plusieurs modes d'intervention :

- Des programmes d'amélioration de l'appareil de soins ont été conduits en intégrant la préoccupation de son financement, ce sont les expériences de recouvrement des coûts pour la santé de base (Projet Santé Abidjan, Projet Nord Cameroun). Ces expériences ont permis de constater les limites du système de recouvrement des coûts. Cette approche a favorisé l'accès aux médicaments sans permettre pour autant efficacité, équité et pérennité des services de santé. Cependant, elles intéressent de plus en plus les gouvernements qui les étendent dans leurs pays.

⁵¹ Conférence interafricaine de prévoyance sociale, voir annexe 7.

⁵² Nous reviendrons plus loin sur les conventions bilatérales de sécurité sociale.

- D'autres projets ont visé explicitement à améliorer le financement des soins sur le terrain, comme ceux développés au Bénin, Guinée, Mali, Sénégal.

- Au Bénin, le projet consacré à la diversification de l'offre de soins et au développement des systèmes d'épargne ou de mutuelles comprenait un appui de la Mutualité Sociale Agricole au développement d'un réseau de dispensaires ruraux gérés par des organismes mutualistes, ainsi que le développement de mutuelles sur la ville de Cotonou. L'évaluation du projet, réalisée en avril 1999, a montré que, si le développement des mutuelles est prometteur en campagne, il reste difficile en ville. Cette faiblesse tient au manque d'études préalables ainsi qu'au défaut d'implication des pouvoirs publics. En effet, sans une réelle volonté politique, la mobilisation de l'offre publique de soins reste limitée et donc l'impact sur les mutuelles aussi.
- En Guinée, l'initiative d'ONG françaises (CIDR, Nantes-Guinée) a permis des opérations de promotion des mutuelles de santé. Une véritable mobilisation des populations a pu être vérifiée mais, là encore, la qualité de l'offre de soins reste déterminante pour le développement des mutuelles.
- Au Mali, le projet conduit en partenariat étroit avec le gouvernement a permis de favoriser une démarche volontariste permettant de susciter la création de mutuelles nouvelles. Il illustre l'intérêt d'un partage clair des responsabilités entre l'Etat et la société civile. L'Etat, en élaborant un code de la mutualité, a joué un rôle essentiel pour "encadrer" le mouvement mutualiste et pour engager l'offre publique de soins à répondre aux demandes des mutuelles. Le développement du mouvement mutualiste s'est appuyé sur la société civile. Cette opération a été réalisée en partenariat étroit avec la Fédération Nationale de la Mutualité Française. Si les premiers pas sont largement positifs, cette démarche, qui nécessite encore un ancrage au niveau du terrain, demandera une décennie d'efforts.
- Au Sénégal, le projet FAC a contribué à amplifier le mouvement mutualiste qui repose sur une dynamique sociale favorable. Cependant, cette amplification est restée limitée par l'absence d'appui de proximité et par le retard de l'Etat à adopter un cadre légal pour favoriser ce développement. Cela illustre bien la difficulté du partage des rôles entre l'aide extérieure, les pouvoirs publics et la société civile, dans un contexte où les enjeux du financement de la santé ne sont pas complètement maîtrisés par les responsables nationaux.

Dans l'ancienne zone dite "hors champ" relevant du ministère des Affaires étrangères ancienne formule disposant de moyens humains et financiers beaucoup plus limités, un des axes privilégiés pour des pays à revenus intermédiaires a porté, par exemple, sur l'amélioration du fonctionnement des caisses d'assurance maladie obligatoire ainsi que la formation de cadres d'organismes gestionnaires au Liban, en Tunisie et en Chine.

A titre d'exemple, on peut citer ce qui a été mis en œuvre au Liban. Compte tenu du besoin récurrent de ce pays à revenu intermédiaire dans le domaine des réformes de ses organismes sociaux et de l'intérêt que la France lui porte, le ministère des Affaires étrangères a financé un premier rapport d'audit et d'expertise de l'ensemble de la Caisse

Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), puis, en 1997, une convention a été signée entre l'ADECRI⁵³ et la CNSS pour animer les actions de coopération entre ces deux institutions.

L'assistance technique apportée en Chine représente des montants financiers de l'ordre du million de Francs français. Elle a permis d'appuyer la réforme de la sécurité sociale, à travers la création d'un centre national de formation des cadres de la protection sociale.

Le développement de telles interventions est décentralisé et nos postes à l'étranger analysent les requêtes des autorités locales selon trois critères : l'intérêt particulier de la demande pour le pays, la capacité de réponse technique française et enfin l'importance géostratégique du pays.

b) Une absence de vision globale

Si l'intervention récente de la France a été précoce et variée, il faut aussi savoir déceler ses faiblesses. Trop éclatée, elle n'a pas su assurer une pleine capitalisation des acquis, ne donnant pas ainsi une visibilité suffisante aux actions à la hauteur des enjeux. A l'exception du Mali, il n'y a pas eu d'approche globale de la promotion de ce type de formules comme mode de financement. En outre, les mutuelles n'ont pas toujours été articulées avec d'autres formes de financement existantes ou envisageables.

De même, la méthodologie de montage des organismes n'a pas fait l'objet d'une réflexion systématique et de nombreux projets n'ont pas produit les résultats escomptés, faute d'appui rapproché aux promoteurs.

Le déficit d'intégration dans ces projets d'un volet santé s'est traduit par une absence d'information générale des professionnels de santé, ce qui a conduit, parfois, à des comportements de rejet ou tout au moins de défiance.

Les pouvoirs publics n'ont pas toujours joué leur rôle en étant soit trop passifs, soit trop interventionnistes. A nouveau, le déficit d'information sur les formules de financement semble avoir limité leur implantation.

Cependant, ces actions ont démontré l'intérêt d'un système mutualiste en Afrique. Lorsqu'on compare ce mode de financement aux autres alternatives, l'intérêt porté par le ministère des Affaires étrangères aux mutuelles reste légitime dans la mesure où cette formule de financement est celle qui a le plus fort potentiel de développement dans une région largement dominée par le secteur informel qui prend de plus en plus d'importance.

Toutefois, ces systèmes ne sont pas nécessairement adaptés à toutes les demandes. Il en est ainsi, par exemple, de l'accès aux soins des indigents. D'autres formules mériteraient aussi une certaine attention. Les actions menées appellent donc une démarche plus cohérente qui permettrait d'obtenir des résultats plus significatifs en termes d'améliorations de la fréquentation et de la qualité des soins.

⁵³ Association pour le développement et la coordination des relations internationales (voir infra).

Un programme mobilisateur de 12 millions de francs, d'appui au financement de la santé dans onze pays de la ZSP, prévoit d'asseoir les activités antérieures de la France en tirant les enseignements de l'évaluation des actions réalisées et en proposant la mise en place de dispositions législatives et réglementaires ainsi que la réalisation d'études de faisabilité approfondies, des formations techniques et l'organisation d'espaces de négociation entre les acteurs. Ces quatre volets devraient structurer la mise en place de mécanismes de financement et le ministère des Affaires étrangères interviendra de façon privilégiée dans la ZSP dans le cadre d'une démarche qui s'articule autour de trois composantes :

- la première vise à apporter aux responsables ministériels, concernés par les différents aspects du financement de la santé, des informations sur les différentes modalités de financement et les aider à développer les formules adaptées à leur contexte national ;

- la deuxième veut poursuivre le développement des mutuelles de santé⁵⁴, en particulier en standardisant la méthodologie de montage de ces organismes et en approfondissant l'analyse préalable de l'environnement socio-économique ;

- la troisième aidera les pays intéressés à mieux organiser les relations entre les organismes de financement et les professionnels de santé, en favorisant en particulier les relations contractuelles pour mieux définir les missions et les moyens des prestataires de santé ; ceci devrait permettre à terme une plus grande efficacité et une meilleure qualité des soins.

Il est évident que ce programme mobilisateur d'appui au financement de la santé n'a pas l'ambition de monter un régime d'assurance maladie obligatoire *ex nihilo*, mais de préparer les bases d'une intervention qui permettra aux pays concernés d'enchaîner sur une demande d'appui auprès de l'Union Européenne ou de la Banque Mondiale.

2. La lutte contre la pauvreté n'apparaît pas comme l'élément principal de l'aide au développement

a) La pluralité des acteurs rend difficile une politique globale d'aide au développement

La stratégie de lutte contre la pauvreté devrait s'insérer dans une politique d'aide de la France. Or, celle-ci peine à se mettre en place. Les documents à contenu stratégique ne constituent pas une vision globale de l'engagement de l'ensemble des acteurs de l'aide.

La France doit faire face à une diversité des acteurs institutionnels en matière d'aide. Ainsi, plusieurs cultures de l'aide coexistent : celle du ministère des Finances dont les préoccupations essentielles sont l'équilibre macroéconomique et la pénétration commerciale, celle des services de l'ancienne Direction générale des relations culturelles

⁵⁴ voir annexe 8.

scientifiques et techniques du ministère des Affaires étrangères centrée sur le rayonnement culturel et la francophonie, celle de la Direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID) plutôt orientée vers le développement avec le renforcement des capacités des ressources humaines et institutionnelles ; enfin celle de l'Agence française de développement (AFD) qui raisonne en termes de développement des infrastructures. Il existe donc une diversité des objectifs qui pose le problème de leur cohérence réciproque et de leur articulation avec les politiques d'aide au développement de la coopération internationale. Ces politiques ne s'inscrivent pas dans une stratégie de lutte contre la pauvreté et de développement de la protection sociale.

Le Comité d'aide et de coopération (CAD) de l'OCDE vient donc de préconiser l'utilisation du Comité interministériel de la coopération et de développement, tout récemment mis en place, pour élaborer rapidement un document cadre de stratégie axé sur la réduction de la pauvreté, contenant une hiérarchisation des objectifs et pouvant servir de référence à l'ensemble des acteurs de l'aide.

b) Une politique de lutte contre la pauvreté insuffisamment ambitieuse

La lutte contre la pauvreté n'apparaît pas comme l'élément principal de l'aide de la France. En effet, le CAD reproche à notre pays que l'évolution des composantes de l'aide demeure déséquilibrée en raison du poids prépondérant de l'aide macro-économique, en dépit de la contribution à l'aide multilatérale apportée dans le cadre de l'Union européenne. Le système d'aide devrait renforcer sa cohérence autour de l'objectif fondamental de réduction de la pauvreté. Or, le fait que ce thème ne soit pas bien pris en considération n'apparaît pas seulement dans les orientations sectorielles mais, c'est aussi perceptible sur le plan géographique. En effet, l'aide bilatérale de la France n'est pas concentrée sur les pays les plus pauvres.

La zone de solidarité prioritaire (ZSP) d'intervention reprend globalement les pays d'Afrique, de la péninsule indochinoise, et quelques pays des Caraïbes et du Moyen Orient, à savoir les pays pauvres comprenant les PMA. Parmi ces pays, la France établit des priorités. Mais, on peut regretter que, dans la liste des dix premiers pays bénéficiaires, on ne trouve que quatre pays à faible revenu dont un seul est un PMA. Il convient donc que la distribution géographique de l'aide soit mise en conformité avec l'objectif de réduction de la pauvreté, en resserrant sur un nombre plus restreint de pays, et que la sélection des pays prioritaires se fasse de façon à recentrer l'aide sur les pays les plus pauvres et sur ceux qui suivent des politiques appropriées.

Dans le cadre de la gestion et de la mise en œuvre de l'aide, la France peine à assurer la prise en compte des thèmes transversaux dans l'ensemble de ses activités d'aide au développement, telle que la problématique de l'égalité hommes-femmes. Il convient de poursuivre les efforts commencés par l'intégration systématique de l'égalité hommes-femmes dans l'ensemble des activités et, par ailleurs, dans les domaines transversaux abordés par la communauté internationale. Une gestion coordonnée avec les bailleurs de fonds internationaux serait pertinente. La France compte, sur ce point, accroître les projets de coopération poursuivis conjointement avec des opérateurs multilatéraux, tels que les projets "bi-multi" : schématiquement, la France finançant et

suivant le déroulement des projets dans les pays et demandant à un organisme multilatéral de les mettre en œuvre.

Concernant le partenariat avec les pays bénéficiaires, il reste à renforcer, alors même que la France dispose à cette fin de deux dispositifs différents : documents de stratégies-pays (DSP) et accords-cadres de partenariat avec les pays de la ZSP. Il conviendrait de réfléchir à la cohérence et à la coordination de ces deux documents.

3. Des perspectives nouvelles commencent à se dessiner

a) De récents progrès dans la structure du système de coopération sont perceptibles

La réforme de la coopération française en 1998 a eu pour objectif d'aller vers une plus grande cohérence de l'action internationale pour potentialiser les interventions et rendre ainsi plus efficace l'aide française.

Cette réforme du Ministère des Affaires étrangères et de la /Coopération a conduit à une répartition claire des rôles et à un rééquilibrage des budgets entre ces deux piliers. L'ancien ministère de la Coopération a été fusionné au ministère des affaires étrangères pour une rationalisation des moyens. C'est ainsi que, dans la Direction de la coopération internationale et du développement (DGCID), sont rassemblés pour une unicité de démarche les moyens en direction des pays, des ONG et des collectivités territoriales. De plus, l'approche sectorielle a été privilégiée, favorisant la démarche de programme avec une complémentarité des interventions. Outre le rassemblement des moyens d'intervention, a été créée, au sein de la DGCID, une division du développement sanitaire et social. C'est la première fois qu'était ainsi individualisée la volonté de développer une politique transversale de protection sociale et de santé.

La France reste attachée à des principes essentiels qui différencient son approche par rapport à d'autres bailleurs : les valeurs de solidarité respectueuses des droits des personnes et donnant aux plus démunis la capacité d'exercer leurs droits par une meilleure répartition des richesses. La France est par ailleurs soucieuse de s'adapter aux organisations sociales propres à chaque pays et à ne pas exporter un modèle français qui présenterait de nombreuses limites s'il était transposé dans un contexte socio-économique totalement différent. Sa démarche est donc d'apporter appui et conseil à la demande après une analyse des besoins, des priorités et des moyens disponibles localement pour assurer le développement de dispositifs pérennes.

Afin de faire vivre cette volonté de principes communs et d'une bonne interaction entre les différents acteurs de l'aide internationale, le Gouvernement français s'est doté en 1999 de deux structures de conseil :

- Le Comité interministériel de la coopération internationale et du développement (CICID). Présidé par le Premier Ministre, il détermine la zone de solidarité prioritaire, comprenant les pays vers lesquels se concentre l'aide au développement bilatérale. Il fixe les orientations relatives aux objectifs et aux modalités de la politique de coopération internationale et d'aide au développement dans toutes ses

composantes bilatérales et multilatérales. Il veille à la cohérence de priorités géographiques et sectorielles des diverses composantes de la coopération française et établit, en début d'année, les orientations d'une programmation globale. Il assure une mission permanente de suivi et d'évaluation de la conformité aux objectifs fixés et aux moyens assignés des politiques et des instruments de la coopération internationale et de l'aide au développement.

Le CICID a déjà formulé quelques principes d'intervention, comme la volonté de s'appuyer sur la décentralisation en cours dans de nombreux pays pour valoriser les politiques locales et favoriser la participation de la société civile, notamment leurs organisations (syndicats, ONG), ou la nécessité de privilégier l'approche régionale en s'appuyant sur les organisations existantes (OUA, UEMOA, ...).

- Le Haut Conseil de la coopération internationale (HCCI). Il permet d'associer des représentants de la société civile à la définition de la politique de coopération internationale pour le développement. Installé par le Premier ministre en novembre 1999, le Haut Conseil a pour but de permettre une concertation régulière entre acteurs publics et privés de la coopération internationale, dans un souci de cohérence de leurs actions. Il doit également favoriser l'adhésion de la société civile à ces différentes actions.

La réforme a par ailleurs confié à l'Agence française de développement (AFD) la responsabilité d'opérateur principal des projets bilatéraux d'aide au développement dans la ZSP en matière d'infrastructures.

Enfin, l'organisation chaque année d'un débat parlementaire sur l'aide au développement ainsi que le soutien plus marqué en faveur des ONG, qui œuvrent dans le sens d'une plus grande mobilisation de l'opinion française, témoignent de la volonté de renforcer et de structurer les capacités françaises des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes et de projets conjoints de développement.

La volonté d'une plus grande cohésion des interventions ne se limite pas aux actions bilatérales et le gouvernement a également souhaité un renforcement de la coopération multilatérale pour une meilleure cohérence sur le terrain des aides au développement, ce qui conduit à proposer des projets de coopération bi-multilatérale avec les agences des Nations Unies qui sont pour la protection sociale l'OMS et le BIT, et avec qui ont été établies des relations contractuelles.

b) L'enjeu futur de l'allègement de la dette offre de nouvelles perspectives

La prise de conscience mondiale de la nécessaire lutte contre la pauvreté incite la coopération française à agir dans ce domaine. La France s'évertue à mettre en œuvre les thèmes transversaux abordés au sein de la communauté internationale. Ainsi, joue-t-elle un rôle moteur dans le traitement de la dette, notamment parce qu'elle assure la présidence du Club de Paris. Sur le plan financier, elle a réalisé des efforts substantiels en matière de traitement de la dette des pays en développement. L'initiative sur la dette

des PPTE (pays pauvres très endettés) veut être un instrument efficace de lutte contre la pauvreté.

Sur le plan bilatéral, la France est en train de mettre au point un dispositif complémentaire de celui des Institutions financières internationales de consultation de la société civile (ONG et élus), notamment avec les pays de la ZSP, pour consolider le lien entre annulation de la dette et réduction de la pauvreté. Dans le cadre stratégique demandé par la Banque et le FMI, la France concentrera ses efforts sur les deux secteurs reconnus comme prioritaires, à côté du développement économique, l'éducation et la santé. Elle élabore un contrat de désendettement et de développement (C2D), sans conditionnalités et surtout, avec la volonté de permettre au pays de proposer son propre plan de développement, les résultats de sa réalisation permettant d'avancer étape par étape sur le long terme. Dans ce cadre, elle affiche une volonté de remédier à l'insuffisance des dispositifs en place, notamment pour l'égalité hommes-femmes.

B. L'OFFRE TECHNIQUE DE COOPERATION DANS LE DOMAINE SOCIAL EST TRES DISPERSEE⁵⁵

1. Les interventions du ministère chargé de la protection sociale et de la santé sont ponctuelles et ne répondent pas toujours à l'attente qui se manifeste

Ministère technique, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité n'a évidemment pas dans sa vocation première de développer des actions de coopération. Il n'en reste pas moins que directement, au niveau de ses services administratifs et indirectement, à travers les différents acteurs de la protection sociale et de la santé (caisses de sécurité sociale, mutualité, hôpitaux, entreprises de santé, ...), ce ministère est sollicité au regard de ce que représente l'image de la France dans ces domaines.

L'action internationale du ministère de l'Emploi et de la Solidarité se traduit donc à travers les conventions bilatérales de sécurité sociale et les sollicitations dont il est l'objet concernant les politiques publiques dans les domaines de la protection sociale et de la santé ainsi que pour soutenir les activités dans le domaine de la santé.

a) Les conventions bilatérales de sécurité sociale

C'est entre la France et l'Italie qu'a été signée la première convention de sécurité sociale en 1904. La France est aujourd'hui liée par 40 conventions bilatérales⁵⁶. C'est la direction de la Sécurité sociale du ministère qui assure pour la France la négociation de ces conventions. Elle définit les conditions générales de mise en œuvre de ces

⁵⁵ Nous ne traiterons ici que des compétences techniques du secteur public. Compte tenu de la difficulté de recenser l'ensemble des acteurs privés, nous présenterons les principales sociétés privées de conseil dans l'annexe 9 de ce rapport ainsi que des ONG qui interviennent dans ce secteur dans l'annexe 10.

⁵⁶ TOM : Nouvelle Calédonie, Polynésie ; U.E : Allemagne, Belgique, Italie, Luxembourg ; Hors U.E. : Andorre, Croatie, Guernesey, Jersey, Macédoine, Monaco, Pologne, Roumanie, San-Marin, Slovaquie, Slovénie, Suisse, Tchéquie ; Afrique : Algérie, Maroc, Tunisie, Bénin, Cameroun, Cap-Vert, Congo, Côte d'Ivoire, Gabon, Madagascar, Mali, Mauritanie, Niger, Sénégal, Togo ; Amérique : Canada, Etats-Unis, Québec ; Asie : Turquie, Israël, Philippines.

conventions, ce sont les caisses de sécurité sociale en collaboration avec le Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants qui assure cette mise en œuvre.

Ces accords bilatéraux ne couvrent sauf exception que les ressortissants des Etats signataires, assurés en tant que salariés ou pensionnés anciens salariés et membres de leur famille. Ils fixent les conditions d'application de l'égalité de traitement entre les ressortissants de l'Etat cosignataire et les nationaux sur le territoire d'emploi. Ils déterminent la législation applicable aux intéressés (en général celle du lieu de travail). Ils précisent les conditions de maintien des assurés dans leur régime pour une période déterminée, lorsqu'ils sont détachés par leur employeur sur le territoire de l'autre Etat. En matière de pensions d'invalidité ou de vieillesse, ils précisent les dispositions relatives au maintien des droits acquis ou en cours d'acquisition lors du retour dans l'Etat d'origine, à la coordination de la liquidation des pensions et à leur exportation. Certains accords comprennent aussi des dispositions concernant les soins de santé, les prestations familiales ou les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Si ces conventions traitent donc de questions techniques précises concernant la couverture sociale des ressortissants des différents pays, leur préparation nécessite, pour chaque convention, d'examiner très en détail les régimes de chacun des deux pays concernés et présente l'intérêt d'être un prétexte d'échange avec certains pays sur leur propre système et sur le système français.

Le contenu de ces conventions et la dynamique autour de leur suivi varient donc d'un pays à l'autre. De nouvelles conventions ont été signées au cours de ces derniers mois notamment avec la Croatie (mai 2000) et la Slovénie (décembre 1999). Les échanges avec les pays du Maghreb en matière de sécurité sociale vont souvent bien au-delà des seules questions liées à la Convention. Concernant les pays d'Afrique, les relations sont aussi particulièrement bonnes sur ces sujets avec le Sénégal et le Mali.

b) Les sollicitations concernant les politiques publiques en matière de protection sociale

Le ministère est régulièrement sollicité directement par d'autres gouvernements pour une aide à la conception des politiques publiques⁵⁷. De telles sollicitations, qui émanent souvent directement des responsables politiques (ministres), répondent plutôt à un besoin de conseil rapide. Elles ne nécessitent pas nécessairement un investissement trop lourd, mais seulement une première évaluation ou une intervention ponctuelle et limitée dans le temps. Elles obligent le ministère à disposer d'une capacité directe de réponse immédiate.

Les sollicitations faisant appel à une véritable expertise sur le moyen ou long terme s'inscrivent dans le cadre des financements du ministère des affaires étrangères, des institutions européennes ou des financements multilatéraux. Certains de ces financements obligent le ministère à répondre directement à des appels d'offre, comme cela est actuellement le cas dans le cadre du programme européen Consensus.

⁵⁷ Cela a par exemple été le cas au cours des derniers mois de la part du ministre de la santé du Chili, des responsables de la République Tchèque concernant les retraites, de ceux de la Bulgarie et de la Roumanie concernant la santé.

* Les jumelages avec les PECO dans le cadre du programme Consensus

Les jumelages sont aujourd'hui un instrument privilégié de coopération entre les États membres et les PECO. Les programmes mettent en jeu des actions de longue durée : 12 à 18 mois et jusqu'à deux ans, qui permettent aux administrations des deux pays de tisser des liens durables, de créer de véritables échanges qui ont des chances de perdurer. L'assistance technique dépasse ainsi le cadre habituel du transfert de compétences et peut assurer, si la réussite du jumelage est avérée, une réelle position d'influence à l'État qui aura su faire valoir sa capacité dans le domaine considéré et mettre ainsi en relief ses techniques, ses pratiques, voire sa législation. Ce n'est pas sans importance compte tenu que l'État candidat sera demain notre partenaire dans l'Union et qu'il se ralliera d'autant plus facilement aux vues françaises que son administration aura acquis un peu de nos manières de voir. L'intérêt des jumelages est aussi qu'ils représentent une offre de financement considérable au regard des moyens dont la France dispose par ailleurs pour des actions de coopération de cette nature. Le budget moyen d'un jumelage du secteur social dépasse le million d'Euros, c'est à dire au moins vingt fois le montant d'un projet de coopération bilatérale financé par le COCOP (Comité de coordination de la coopération avec les pays de l'Europe centrale et orientale) sur fonds du ministère des Affaires étrangères, qui est en général utilisé comme un budget incitateur ou initiateur, en attendant les fonds européens.

L'intérêt et la qualité des projets, l'importance des moyens de financement et le fait que ce financement - auquel la France est partie au travers du budget communautaire - soit non pas à rechercher mais " offert ", confèrent un caractère éminemment attractif à cette forme de coopération. Cela explique que la France s'y soit fortement engagée. Globalement, sur la période 1998/2000, notre pays est au deuxième rang, derrière l'Allemagne et devant le Royaume Uni pour l'ensemble des jumelages, tous secteurs confondus. La France est " État leader " pour 108 projets contre 134 à la RFA et 72 au Royaume Uni. La France a été leader ou partenaire dans 41,5% des projets en 1998, 26,2% en 1999 et 19,3% en 2000. Cette diminution s'explique bien entendu par la montée en puissance de la participation des autres états membres, très peu présents au début. Le chiffre significatif est le taux de réussite français (succès rapportés au nombre de propositions) qui était de 54,3% en 1998, de 68,8% en 1999 et sera de 58,3% en 2000.

La part du secteur social dans l'ensemble des jumelages est faible, mais il faut noter que ce secteur est d'introduction récente. Répertoriés sous le vocable " politique sociale ", ils représentent moins de 7% des jumelages dans lesquels la France est partie.

Les jumelages sont devenus, aux dires des observateurs, un véritable marché. Or, il semble que la France ait de plus en plus de difficultés à conserver ses parts de marché, ce dernier étant plus concurrentiel, et s'étant " professionnalisé ". Bien que le volet institutionnel des jumelages s'adresse aux administrations et se distingue des appels d'offres internationaux traditionnels, on constate que les autres États membres ont recours à des consultants aux différents niveaux de mise en œuvre des projets, disposant ainsi d'une rapidité et d'une capacité supérieures. Le niveau d'exigence des " clients " et de la Commission qui les conseille ne cesse d'augmenter. Il semble, en revanche, que

l'offre française ne suit pas la même progression. La réponse apportée aux offres de jumelage dans le domaine social illustre ces difficultés.

Le printemps 2000 a vu la diffusion, dans un laps de temps relativement court, d'un nombre important de demandes de jumelages du programme Consensus III - près d'une trentaine - portant sur l'acquis communautaire en matière de santé et sécurité au travail, la lutte contre les maladies transmissibles, l'inspection du travail, le dialogue social, l'intégration des minorités " Roms ", l'assistance sociale, l'assurance maladie, les retraites, la protection de la famille et la coordination des régimes de sécurité sociale. Pour la seule protection sociale *stricto sensu*, onze projets ont été adressés par la Commission aux états membres⁵⁸. L'ensemble de ces projets représentent un budget de 12,59 M d'Euros, soit plus de 82 M F. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a manifesté son intérêt (transmission d'une offre écrite) pour 7 d'entre eux - dont 4 en partenariat. La France a obtenu au total un jumelage en tant que leader (Assurance maladie en Bulgarie) et un partenariat dans deux autres jumelages dirigés par le Danemark et la Suède (coordination des régimes de sécurité sociale, respectivement en Slovénie et en Estonie). Ces résultats sont peu satisfaisants, tant au regard du " palmarès " global déjà mentionné qu'en considération de l'importance du secteur en cause et de l'intérêt que la France y attache.

Il est notoire que les jumelages représentent un exercice difficile qui nécessite apprentissage et expérience, lesquels font encore défaut dans une administration débutante en la matière. Cette remarque vaut pour les services du ministère de l'emploi et de la solidarité (en premier lieu la Délégation aux affaires européennes et internationales), mais également pour l'opérateur naturel - l'ADECRI - 10 des 11 projets de jumelage portaient directement sur la sécurité sociale. Selon les services de la Commission, l'offre française de jumelage s'est trop souvent limitée à une lettre d'intention d'une ou de deux pages, sans le curriculum vitae de l'expert long terme, alors que les autres Etats membres fournissaient des propositions détaillées qui permettaient aux pays candidats de mieux appréhender les propositions qui leur étaient faites. La présentation de notre offre complète étant effectuée lors de l'interview, sans qu'il ait été possible au pays candidat de l'étudier, voire de demander des clarifications en tant que de besoin. Parmi les causes principales de ces succès, figure sans aucun doute la difficulté de trouver les conseillers préadhésion, qui doivent, en dehors des compétences techniques requises, être disponibles pour une expatriation de 12 à 24 mois et maîtriser la langue anglaise. Cette dernière condition est impérative puisque l'anglais est, sauf l'exception notable de la Roumanie, la langue de travail choisie par tous les Etats candidats. Il reste que la professionnalisation déjà signalée et le recours à des opérateurs privés qu'elle paraît induire ne vont pas sans difficultés compte tenu de la " culture " du secteur public français.

On doit par ailleurs s'interroger sur l'avenir des jumelages. Les délais de prise de décisions (à Bruxelles par le Comité Phare), puis de mise en œuvre (diffusion des appels d'offres, sélection), et enfin la durée du déroulement des programmes, conduisent à penser que les jumelages futurs ne concerneront que ceux des Etats actuellement candidats qui fermeront la marche du processus d'adhésion. En tout état de cause, et même si certaines réformes envisagées qui vont dans le sens d'un allègement

⁵⁸ Voir annexe 11.

des procédures, réduisent la portée des leçons à tirer de l'expérience récente ainsi que de ses échecs, il n'est pas douteux que la France ne dispose pas, dans ce domaine très particulier d'appels d'offres, des mêmes atouts et capacités que ses partenaires de l'Union européenne.

* L'accueil de délégations et de fonctionnaires étrangers

Compte tenu de l'image de la France dans le domaine de la protection sociale et des réformes successives intervenues dans ce secteur, de nombreux responsables étrangers viennent chercher dans notre pays un éclairage pour leurs propres décisions. Il s'agit pour eux d'avoir une information directe et actualisée pour alimenter la réflexion en cours dans leur pays ou chercher des réponses à leurs propres interrogations. Ils rencontrent souvent d'autres interlocuteurs, tels que les caisses nationales ou locales, les parlementaires ou d'autres départements ministériels, et sont reçus par la direction de la Sécurité sociale du ministère afin de trouver "le fil conducteur" qui relie les grands thèmes qu'ils veulent aborder.

En 1997, après la réforme mise en œuvre par les ordonnances de 1996, plus de quarante délégations ont ainsi été reçues à la direction de la Sécurité sociale. En dehors de cette période "attractive", cette direction reçoit en moyenne entre 20 et 25 délégations par an.

c) Le soutien aux activités économiques dans le secteur de la santé

Le secteur de la santé se caractérise en France par une organisation où le secteur public et le secteur privé interviennent en permanence en complémentarité. C'est ainsi que la politique du médicament ou des dispositifs médicaux mobilise à la fois une administration chargée de l'aspect réglementaire (par exemple, dans ce cas, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) et un secteur industriel concurrentiel (dans ce cas, Syndicat national de l'industrie pharmaceutique - SNIP - et Syndicat national des industries d'équipement médical - SNITEM -). La valorisation de notre savoir-faire en la matière doit donc intégrer ces multiples aspects dans le respect des statuts et des rôles différents de chacun des acteurs. Un club soutenu par le ministère des Affaires sociales et le ministère des Affaires étrangères réunit ainsi les différents opérateurs privés et les administrations concernées afin de soutenir de manière cohérente l'action d'exportation dans ces domaines.

2. Le ministère chargé de la protection sociale et de la santé est très éclaté pour répondre aux demandes de coopération technique

A la différence d'autres ministères techniques qui se sont dotés d'outils d'intervention dans le domaine de la coopération internationale⁵⁹, ou du volet travail emploi du même ministère de l'emploi et de la solidarité⁶⁰, le volet protection sociale-santé de ce ministère ne dispose pas d'une organisation structurée à cette fin. Diverses directions de l'administration centrale interviennent sur le plan international.

a) La Délégation aux Affaires européennes et internationales (DAEI)

La DAEI couvre les deux volets du ministère de l'Emploi et de la Solidarité. Elle comprend deux sous-directions : la sous-direction des affaires européennes et la sous-direction des Affaires internationales⁶¹. Elle a pour mission d'organiser, au sein du ministère, la préparation et le suivi des décisions des instances européennes ou internationales dans les domaines du ministère, ainsi que d'assurer en liaison avec les directions concernées la préparation et le suivi de l'ensemble des politiques et activités européennes et des institutions spécialisées des Nations Unies.

b) Les directions techniques du ministère

Parmi les différentes directions du ministère qui ont compétence dans le domaine de la solidarité, plusieurs d'entre-elles disposent de structures qui sont concernées par les questions internationales. Outre la direction de l'administration générale, du personnel et du budget dont la division juridique "*est le correspondant du ministère des affaires étrangères pour les requêtes formées devant la Cour européenne des droits de l'homme et devant la Cour de justice des Communautés européennes*", trois directions ont, en leur propre sein, un outil de coordination de leurs activités internationales propres "*en liaison avec la délégation aux affaires européennes et internationales*". Il en est ainsi de la cellule rattachée au directeur général de la santé, de la mission dépendant de la sous-direction des affaires générales de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ou du bureau rattaché au chef de service de la direction générale de l'action sociale.

Pour deux directions, le décret⁶² relatif à leurs attributions leur donne directement compétence pour intervenir dans le domaine international. C'est ainsi que la direction de la population et des migrations "*participe à l'élaboration et à l'application des accords internationaux dans les domaines relevant de sa compétence et contribue à l'élaboration de la politique de coopération avec les pays d'origine en vue de la maîtrise des flux migratoires*". A cette fin, la sous-direction de la

⁵⁹ Voir annexe 12.

⁶⁰ Voir annexe 13.

⁶¹ La DAEI comprend 42 agents dont 23 agents de catégorie A dont 15 titulaires et 8 contractuels, 8 agents de catégorie B, 6 de catégorie C et 5 vacataires.

⁶² Décret n° 2000-685 du 21 juillet 2000 relatif à l'organisation de l'administration centrale du ministère de l'emploi et de la solidarité et aux attributions de certains de ses services, *J.O.* du 23 juillet 2000.

démographie, des mouvements de population et des questions internationales dispose en son sein d'un bureau des affaires internationales. Quant à la direction de la sécurité sociale, elle " assure la négociation et le suivi des engagements internationaux de la France en matière de sécurité sociale et participe aux différentes instances européennes compétentes en ce domaine ... ". A cette fin, elle dispose de la division des affaires communautaires et internationales qui, en liaison avec la délégation aux affaires européennes et internationales, " assure pour la France les négociations internationales de sécurité sociale et représente la France ou participe aux différentes instances communautaires ou internationales dans ce domaine. Elle participe à l'élaboration de la législation interne et à sa mise en œuvre s'agissant de ses aspects européens et internationaux ".

c) L'Inspection générale des Affaires Sociales (IGAS)

L'IGAS couvre les deux volets du ministère de l'emploi et de la solidarité, c'est à dire le volet travail-emploi d'une part et le volet protection sociale-santé d'autre part. Elle dispose d'un haut niveau de compétence et d'expériences administratives diversifiées dans le secteur sanitaire et social. Elle assure différentes missions de contrôle sur des durées déterminées. Ses interventions dans le domaine de la coopération internationale restent toutefois minimales compte tenu de la priorité donnée aux missions de contrôle national et de l'absence de moyens de gestion. Elles comprennent, dans le secteur de la coopération bilatérale, des accueils de délégations étrangères et des missions de coopération à l'étranger.

La réception de délégations étrangères est généralement centrée sur la fonction de contrôle, mais peut aussi être élargie à une présentation générale de l'administration sanitaire et sociale à la demande de la DAEI, du GIP International, de l'agence de coopération du ministère des Finances (ADETEF), du ministère des Affaires étrangères ou de demandes directes⁶³.

Les demandes de mission de coopération à l'étranger émanent des mêmes sources, mais elles peuvent aussi provenir d'organisations internationales (BIT, OMS, Banque mondiale, AISS, CIPRES) ou bien s'inscrire dans le cadre des programmes de l'Union européenne (Phare, Consensus, Tacis) ou du ministère des Affaires étrangères. Il convient de distinguer à cet égard les missions liées aux méthodes de contrôle de l'IGAS, celles liées à la présentation d'expériences françaises dans le secteur sanitaire et social et les expertises. Si les premières sont considérées comme des missions statutaires, les autres sont liées aux aptitudes spécifiques de certains membres de l'Inspection et ne sont admises que si elles sont compatibles avec la charge de travail de l'IGAS et le programme de l'intéressé⁶⁴. A titre d'exemple, on peut citer dans la première catégorie la participation d'un membre de l'IGAS, à titre de conseil méthodologique, au contrôle par les inspecteurs de la CIPRES de la Caisse de prévoyance du Cameroun, dans la seconde la participation à un séminaire de haut niveau à Bangkok sur la protection sociale à la demande de la DAEI, dans la troisième

⁶³ En 1999, l'IGAS a reçu 8 délégations étrangères en provenance d'Algérie, du Burkina-Faso, du Maroc, de Pologne, de République tchèque, de Tunisie, des Pays-Bas ainsi que d'inspecteurs généraux de la Conférence interafricaine de prévoyance sociale (CIPRES).

⁶⁴ Onze missions ont ainsi été effectuées en 1999 (Vietnam, Maroc, République tchèque, Pologne...).

une étude sur le recouvrement des cotisations sociales au Maroc à la demande du ministère marocain du Travail appuyée par le GIP-International.

d) Les agences sanitaires dépendant du ministère

Le développement des préoccupations de sécurité sanitaire au cours de ces dernières années a vu se mettre en place des établissements publics autonomes sous la tutelle du ministère chargé de la santé. Ces organismes organisent leur propre coopération internationale.

* L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) dispose d'un service des affaires internationales placé auprès du secrétaire général de l'Agence. Ce service intervient avec les directions techniques de l'Agence dans les activités menées par l'OMS et répond aux sollicitations directes des pays tiers, en relation avec la DAEI du ministère de l'Emploi et de la Solidarité et le ministère des Affaires étrangères. A ce titre, le service des affaires internationales de l'Agence établit les liens nécessaires avec les postes diplomatiques, consulaires et d'expansion économique et avec les administrations des pays concernés.

La coopération multilatérale de l'Agence se fait essentiellement avec l'OMS⁶⁵. L'AFSSAPS participe par ailleurs à différentes actions financées par le ministère des Affaires étrangères avec de nombreux pays⁶⁶ autour de cinq axes : la politique conventionnelle (Algérie, Brésil, Chine, Chili, Madagascar, Maroc, Russie, Sénégal, Tunisie), les actions de formation (41 stagiaires accueillis en 1997, 38 en 1998, 23 en 1999, 28 au 15/09/2000, l'expertise technique et scientifique (enregistrement, pharmacovigilance, inspection, contrôle...), la diffusion de l'information et l'envoi des publications (textes législatifs et réglementaires, bonnes pratiques...), réception de nombreuses délégations étrangères et organisation de manifestations à l'étranger.

* L'Institut national de veille sanitaire (INVS) dispose d'une Unité santé internationale qui a pour mission de mettre en œuvre sa politique vis-à-vis des pays partenaires. Ses principales activités sont : la formation et l'appui méthodologique aux institutions homologues des pays partenaires, la participation aux réseaux mondiaux d'alerte et de réponse aux épidémies, la représentation de l'Institut auprès des organismes internationaux, la valorisation et la promotion de l'Institut dans l'espace international.

⁶⁵ Quelques exemples en 2000 : Global Training Network de l'OMS (Réseau mondial de formation pour les produits biologiques, missions en Egypte, Maroc, Pologne, Sénégal) ; aide à la mise en place de l'Agence kosovare des affaires pharmaceutiques avec l'OMS Europe ; aide à la mise en place du laboratoire national de contrôle auprès de l'Agence malgache du médicament.

⁶⁶ Dossiers principaux de coopération bilatérale en 2000 : Algérie : coopération avec le laboratoire national de contrôle des produits pharmaceutiques ; Brésil : coopération avec l'Institut national du contrôle de la qualité en santé ; Chine : coopération avec l'Agence chinoise du médicament dans le domaine de l'enregistrement des médicaments et des dispositifs médicaux ; Egypte : projet de convention de coopération avec l'organisme national chargé de l'enregistrement et du contrôle des médicaments ; Maroc : formation des pharmaciens-inspecteurs, contrôle des anticancéreux et des laboratoires d'analyse ; Russie : aide à la création d'un laboratoire national de contrôle à Moscou ; Sénégal : aide à la mise en place du laboratoire national de contrôle et d'un système d'inspection.

e) Les fonctionnaires du ministère de l'emploi et de la solidarité à l'étranger

Outre les conseillers auprès de la Représentation permanente de la France à Bruxelles, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a 13 conseillers pour les affaires sociales : Moscou, Varsovie (compétence également sur les pays de la zone candidats à l'adhésion à l'UE), Buenos Aires, Singapour, Dakar (compétence élargie aux pays francophones) Washington (2), Londres, Rome, Madrid, Bonn, Rabat et Stockholm.

Un inspecteur de l'IGAS était, jusqu'à fin juin 2000, détaché en tant que chargé de mission à la Banque mondiale à Washington.

3. Les institutions publiques non gouvernementales se sont organisées par secteur d'intervention

a) Les organismes de sécurité sociale

Les Caisses et Unions de Caisses nationales françaises⁶⁷ se sont regroupées en 1995 au sein de l'Association pour le Développement et la Coordination des Relations Internationales (ADECRI), dans le but de promouvoir l'action internationale française dans le domaine de la protection sociale. Cette création a été soutenue par madame le ministre d'Etat, ministre des Affaires sociales de la Santé et de la Ville⁶⁸.

L'article 2 des statuts de l'ADECRI en définit son objet :

- aider les institutions françaises à promouvoir à l'étranger leurs conceptions et leurs réalisations dans le domaine de la protection sociale ;
- développer les échanges et actions de coopération avec des institutions étrangères de protection sociale ;
- regrouper et mettre à disposition des institutions membres l'information nécessaire sur les actions et les potentiels existants ;
- concourir à la mise en œuvre de réponses coordonnées à des demandes d'assistance technique exprimées par des institutions étrangères de protection sociale ;
- répondre aux appels d'offre émanant des organismes internationaux en matière de protection sanitaire et sociale ainsi que de gestion des systèmes de protection sociale ;
- organiser des rencontres intéressant les aspects internationaux des questions de protection sociale.

Regroupant donc l'ensemble des grandes institutions de protection sociale qui assurent la couverture de base, l'ADRECR se veut être un “ *pool référentiel Protection* ”

⁶⁷ L'ADECRI regroupe ainsi aujourd'hui : l'ACOSS (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale) ; la CANAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Professions Indépendantes) ; la CANCAVA (Caisse Autonome Nationale de Compensation de l'Assurance Vieillesse Artisanale) ; la CANSSM (Caisse Autonome Nationale de la Sécurité Sociale dans les Mines) ; la CCMSA (Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole) ; la CNAMTS (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés) ; la CNAVTS (Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés) ; la CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales) ; le CNESS (Centre National d'Etudes Supérieures de la Sécurité Sociale) ; l'ORGANIC (Caisse de Compensation de l'Organisation Autonome Nationale de l'Industrie et du Commerce) ; l'UCANSS (Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale).

⁶⁸ Lettre du 5 mai 1995 à Monsieur le Président du CNESS.

sociale”, “*interlocuteur référant*” dans ce domaine ou “*tête de réseau*”. Dans le cadre de ses “*axes stratégiques pour le biennium 2000-2001*”, elle souhaite étendre son regroupement à d’autres institutions nationales œuvrant dans le domaine de la protection sociale, comme l’UNEDIC⁶⁹, et les régimes complémentaires⁷⁰.

Depuis sa création, l’ADECRI est intervenue dans le cadre de missions financées par l’Union européenne/Consensus, comme responsable du projet (Roumanie, Estonie, Macédoine, Albanie, Slovénie, monitoring des réformes de la protection sociale dans les PECO), ou sous la responsabilité du cabinet Bernard Brunhes (Kirghizstan, Fédération de Russie), et à la demande du ministère des Affaires étrangères (Liban, Chine, Tunisie, FAC financement de la santé, projets de mutuelles en Afrique). Elle a par ailleurs été sollicitée directement par la Caisse de protection sociale de Polynésie pour deux missions, par la Caisse nationale de protection sociale du Cameroun et la Fondation France-Pologne pour une intervention dans ce pays. Elle a organisé plusieurs voyages d’étude en France ou à l’étranger pour des responsables, gestionnaires ou experts, ainsi que des séminaires sur des sujets concernant la protection sociale.

L’intervention de l’ADECRI n’empêche toutefois pas les institutions qui en sont membres d’avoir leurs propres actions de coopération internationale de manière indépendante, l’ADECRI jouant d’ailleurs un rôle de veille et de contacts bilatéraux pour les institutions membres. C’est ainsi que, par exemple, la Mutualité Sociale Agricole intervient en Afrique de l’Ouest (Bénin, Tchad, Burkina, Côte d’Ivoire). Par ailleurs, elle a une coopération soutenue avec la Pologne où elle a contribué à mettre en place le mécanisme de protection sociale des agriculteurs. Il faut aussi relever, à titre d’exemple, que la CNAVTS poursuit une excellente coopération avec la Hongrie.

Les missions de l’ADECRI sont assurées par des cadres des caisses de sécurité sociale. L’association a ainsi établi un fichier d’experts potentiels en exploitant un questionnaire adressé à l’ensemble des agents de direction des caisses de sécurité sociale de tous les régimes afin de recenser les personnes intéressées par des missions à l’étranger. Son fichier comporte plus de 500 références et est enrichi régulièrement. Ce fichier est par ailleurs éventuellement utilisé par les sociétés privées de conseil.

La force évidente de l’ADECRI s’appuie sur les compétences que constitue le vivier des cadres des caisses de sécurité sociale. Elle peut ainsi présenter des métiers différents de gestionnaires de caisses aux donneurs d’ordre et aux financeurs. Toutefois, les profils professionnels de ces cadres ne sauraient représenter la seule offre française en la matière, c’est ainsi que les fonctions de contrôle et de tutelle qui sont dans la vocation des services du ministère n’y trouvent pas actuellement leur place.

⁶⁹ L’UNEDIC qui assure la gestion du régime d’assurance chômage, est un système paritaire et conventionnel. Elle a, de par ses statuts, la possibilité d’effectuer des missions sur la plan international. Elle le fait de sa propre initiative ou à la demande du ministère de l’Emploi et de la Solidarité (DAEI), dans les domaines de l’assurance chômage et des politiques actives de retour à l’emploi. Elle fait sur ces sujets l’objet de demandes venant des PECO (Roumanie, Hongrie, Pologne...) et des pays émergents. L’UNEDIC ne répond pas aux appels d’offres internationaux et préfère établir des coopérations bilatérales, financées si nécessaire sur ses propres fonds.

⁷⁰ L’ARRCO et l’AGIRC sont associées aux travaux de l’ADECRI sans en être membres. Des contacts privilégiés existent par ailleurs avec le Groupe Médéric, AG2R et la FNMF.

b) Le mouvement mutualiste

La Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) intervient plus particulièrement dans trois pays : le Mali, le Sénégal et le Liban. Son intervention au Mali est la plus significative compte tenu de l'existence d'un réel tissu mutualiste dans ce pays et de l'appui direct du Président KONARE à cette démarche dans le domaine de l'habitat, de la coopération agricole et des mutuelles de santé. La FNMF a notamment participé à la mise en place d'un système mutualiste dans le secteur informel. Au Sénégal où le soutien des autorités est moins affirmé⁷¹, son action est plus limitée. Au Liban, la FNMF est d'abord intervenue à la demande de chirurgiens qui souhaitaient voir améliorer la solvabilité des patients dans ce domaine. Aujourd'hui, l'intervention concernant l'extension de la protection sociale se poursuit avec l'ADECRI.

Un réseau RAMUS a été constitué pour apporter un appui technique à la création de mutuelles de santé. Il regroupe sept opérateurs principaux : la Fédération Nationale de la Mutualité Française, la Mutualité Sociale Agricole (MSA), l'ADECRI, l'Institut Belleville, le CREDES, le CIDR et l'Association Nantes-Guinée.

c) Les établissements publics de santé

De nombreux établissements publics de santé participent à des jumelages avec des hôpitaux étrangers, soit directement, soit dans le cadre des jumelages des collectivités locales auxquelles ils sont rattachés. Ces jumelages recouvrent des interventions de coopération technique d'importance différente, aussi bien dans le domaine de la gestion administrative que dans le domaine sanitaire. La Fédération Hospitalière de France qui représente tous les établissements publics s'est engagée dans une action de recensement des actions menées par ces établissements et de réflexion sur les orientations stratégiques à développer de la part des établissements publics.

Dans l'environnement des établissements publics de santé, s'est constituée en 1986 une association, l'Association de coopération pour le développement des services de santé (ACODESS)⁷². Si, à l'origine, cette association regroupait essentiellement des hospitaliers, elle a souhaité élargir ses compétences à l'ensemble du monde de la santé. Nous la présentons dans l'annexe consacrée aux sociétés privées qui interviennent dans le secteur.

d)) Les écoles de formation de cadres administratifs

* L'Ecole Nationale de la Santé Publique

L'Ecole Nationale de la Santé Publique (ENSP), sur le plan international, ne met pas directement en œuvre des formations. Elle intervient exclusivement pour réaliser de l'ingénierie de formation professionnelle dans le domaine sanitaire et social. Son champ géographique d'intervention concerne prioritairement la rive sud de la méditerranée, les PECO, l'Afrique francophone à laquelle il faut rajouter récemment l'Afrique du Sud,

⁷¹ Un projet de texte de loi serait prêt mais non voté.

⁷² voir annexe 9

les pays du cône sud de l'Amérique Latine. Elle n'intervient pas en Asie. Elle gère actuellement six ou sept programmes importants, mais se trouve limitée pour accroître son activité dans la mesure où il est difficile de mobiliser sur l'école davantage de chefs de projets, qui sont des cadres permanents de l'institution.

* Le Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale

Dans le cadre de ses activités internationales, le Centre National d'Etudes Supérieures de Sécurité Sociale (CNESS) assure la formation initiale et continue de stagiaires étrangers francophones et développe un ensemble d'actions de coopération avec d'autres systèmes étrangers de protection sociale et avec les organisations internationales spécialisées.

Le CNESS a créé, en 1984, en coopération avec la Caisse Nationale de Prévoyance de Côte d'Ivoire, le Centre Ivoirien de Formation des Cadres de la Sécurité Sociale (CIFOSS) dont le siège se situe à Abidjan. La formation qui est assurée par le CIFOSS et le CNESS sur 18 mois dont les quatre derniers se déroulent en France au Centre National et dans les organismes français de sécurité sociale, est sanctionnée par le "Diplôme de Cadre Supérieur de Sécurité Sociale". A ce jour, 207 élèves ont suivi cette formation : 91 de Côte d'Ivoire, 116 de 16 pays d'Afrique francophone.

En 1992, le CNESS a instauré un cycle de perfectionnement de six mois qui alterne des enseignements théoriques à Saint-Étienne et des stages dans les organismes français. Ce cycle donne lieu à l'obtention du "Diplôme d'Etudes Spécialisées de Gestion des Organismes Sociaux". A ce jour, 138 stagiaires originaires de différents pays (pas uniquement francophones) ont suivi ce cycle.

Par ailleurs, dans le cadre de sa politique d'ouverture internationale, le CNESS développe des jumelages et différents programmes de coopération avec différents pays (Algérie, Pologne, Sénégal...) où il leur apporte son concours et son assistance technique dans la création de centres de formation, dans la mise en œuvre de programmes pédagogiques, dans l'organisation de voyages d'études, de missions techniques ou de séminaires de formation. Il assure aussi des missions d'audit. Enfin, le CNESS accueille des délégations étrangères pour des informations sur le système français de protection sociale, soit en organisant des programmes de formation pour ces délégations (entre 10 et 15 par an).

C. LA FRANCE DOIT AMELIORER SON INTERVENTION

1. La France doit " reprendre pied " dans le débat international sur les questions sociales

a) Nous devons approfondir notre travail de conceptualisation

La France a des valeurs à mettre en évidence dans ce débat mais elle n'est pas bien armée pour y intervenir et pour influencer les orientations sur ces sujets. Si les pays anglo-saxons jouent un rôle plus important que le nôtre dans l'élaboration des positions qui sont prises par les organisations internationales, notamment par la Banque mondiale,

ce n'est pas seulement grâce à leur avantage linguistique, mais aussi parce que leurs recherches dans les domaines liés aux questions sociales sont plus tournées vers le débat international. Quelques chercheurs français travaillent dans les domaines sociaux et participent à celui-ci, mais ils sont encore en nombre insuffisant.

Il est nécessaire que nous disposions d'un haut niveau de recherche permanente sur les questions relatives à la lutte contre la pauvreté et à la protection sociale qui associe les milieux universitaires, les opérateurs institutionnels au sein de l'administration et des institutions de protection sociale.

La recherche dans ce domaine doit permettre d'approfondir les problématiques qui sont liées au système de protection sociale français, en les situant dans un contexte international, notamment européen. A titre d'exemple d'une telle confrontation internationale dans laquelle la recherche française joue un rôle important, nous pouvons citer l'Action COST A15 : *“ Réformer les systèmes de protection sociale dans l'Europe. Comparer les dynamiques de recomposition des systèmes européens de protection sociale dans les contextes de mondialisation et de construction européenne ”*⁷³.

Dans ce travail de conceptualisation, nous devons nous appuyer sur les organisations internationales avec lesquelles nous avons une proximité intellectuelle. Il en est ainsi du BIT. L'accord de coopération, signé entre la France et le BIT le 19 mai 1999, prévoit entre autre que *“ La France apportera son appui au renforcement des capacités d'analyse économique de l'organisation afin que celle-ci puisse intervenir de façon décisive dans les débats économiques et sociaux intéressant de nombreuses organisations internationales à dimension économique ”*. Madame Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Monsieur Josselin, ministre délégué à la Coopération et à la Francophonie et Monsieur Somavia, directeur général du BIT, ont ainsi décidé de contribuer, par une initiative significative, au renouveau des échanges et des réflexions sur les problèmes sociaux du monde d'aujourd'hui. Le principe d'une série de grands entretiens a été décidé autour du thème général du travail et de l'emploi dans une économie mondialisée⁷⁴.

D'autres initiatives plus ponctuelles doivent aussi se développer afin d'alimenter la confrontation sur les sujets de la protection sociale. Il en est ainsi de l'initiative prise par le Service de la Planification, du Développement et des Normes du département de la Sécurité Sociale du BIT de *“ Working Paper Series ”*⁷⁵.

Nous devons, d'autre part, nous doter de clés d'analyse conceptuelle concernant la problématique de la protection sociale dans le champ du développement et de la lutte contre la pauvreté.

⁷³ voir annexe 14.

⁷⁴ La première de ces conférences qui devrait se dérouler la mi-janvier 2001 portera sur le thème de *“ L'avenir du travail, de l'emploi et de la protection sociale, La recherche de nouvelles sécurités dans un monde où les incertitudes grandissent ”*.

⁷⁵ voir annexe 15.

Afin de donner à cette recherche une cohérence et afin de l'impulser, il nous semble nécessaire que la définition de ces orientations et la valorisation de ces travaux conceptuels et/ou opérationnels soient assurées, en France, par un comité de coordination qui soit composé des ministères concernés (Affaires sociales, Recherche, Affaires étrangères, Economie Finances et Industrie), ainsi que des réseaux français et internationaux dans les secteurs universitaires⁷⁶ et opérationnels.

Il reviendrait à ce comité de produire une note d'orientation de la recherche à moyen terme (2 à 3 ans) sur les questions de protection sociale dans les champs précités, qui serait publiée sous l'autorité des ministres chargés des Affaires sociales et des Affaires étrangères. Ces orientations seraient mises en oeuvre dans le cadre d'un cahier des charges élaboré en commun par la DRESS/MiRe⁷⁷, en liaison avec la DSS et les institutions de protection sociale, et les services concernés (DC/SUR, DCT/HS) du ministère des Affaires étrangères, pour la mise en oeuvre d'un programme mobilisateur (Fonds de solidarité prioritaire -FSP-, d'intérêt général) qui garantirait la pérennité du programme et son évaluation.

Les travaux de recherche devraient être diffusés en anglais, dans les supports traditionnels internationaux. L'utilisation des nouvelles technologies devrait être recherchée, avec notamment la création d'un forum Internet. Par ailleurs, ces travaux devraient faire l'objet de séminaires internationaux.

b) Nous devons nous organiser pour faire valoir nos positions sur le plan international

Soyons clairs : le fonctionnement de notre administration n'est pas propice à une prise en compte des questions sociales qui relèvent de la Banque Mondiale, ni à l'affirmation d'une cohérence de notre expression dans ce domaine. Le cloisonnement de l'administration française concernant les mandats relatifs aux questions sociales est évident. Celui de l'administrateur de la Banque est donné par le ministère des Finances, celui de l'OIT par le ministère des Affaires sociales. Au Conseil Economique et social de l'ONU, les directives sont données par le ministère des Affaires étrangères...

Il est donc nécessaire qu'il y ait une coordination plus étroite pour la préparation des positions prises par nos représentants auprès des institutions internationales, lorsqu'il s'agit de sujets qui concernent les questions de protection sociale, en renforçant les structures de coordination existantes :

- pour les institutions "onusiennes" (BIT, OMS), il serait nécessaire de renforcer les moyens des directions du MAE concernées (NUOI, DGCID) ;

⁷⁶ Il convient de souligner les compétences particulières d'organismes de recherche qui ont déjà travaillé, à la demande du ministère des Affaires étrangères, sur le thème de la pauvreté et du développement : l'Institut de recherche et d'application des méthodes de développement (IRAM) ainsi que le Groupement d'intérêt scientifique DIAL (INSEE, Institut de recherche pour le développement, école des hautes études en sciences sociales).

⁷⁷ L'appel à propositions de recherche lancé par la DREES/MiRe fin juin 2000 sur le thème "Protection sociale et développement économique" est une démarche ponctuelle, mais qui répond à ce type de préoccupation. L'objet de ce programme de recherche est d'encourager une réflexion sur les liens entre protection sociale et dynamique de croissance, tant d'un point de vue micro-économique que d'un point de vue macro-économique.

- pour les institutions de Bretton Woods (FMI, BM), la direction du Trésor, chargée d'assurer le pilotage des positions françaises, devrait veiller à mieux associer le ministère des Affaires sociales, le ministère des Affaires étrangères et le ministère de la Recherche, en s'appuyant sur le comité de coordination que nous avons déjà évoqué plus haut.

La promotion et la présence de spécialistes français de la protection sociale dans les institutions internationales représentent aussi un atout important. Pour cela, il est nécessaire :

- d'augmenter les postes de jeunes experts associés (JPO) dans les programmes clés du BIT, de la Banque mondiale ou dans les banques de développement ;

- de mettre dans ces mêmes programmes des seniors à disposition, en priorité à la Banque Mondiale (ces seniors pouvant venir de l'administration des ministères concernés ou des institutions de protection sociale) ;

- de faciliter la valorisation de l'expertise française de très haut niveau par l'aménagement des statuts de ces personnes. Ceci suppose le financement nécessaire - augmentation des fonds fiduciaires -, ainsi qu'une réelle reconnaissance et une valorisation des cursus internationaux par leur prise en compte dans la carrière des agents, en développant une politique de formation à la coopération internationale pour mieux situer la place de la France dans le débat mondial et ainsi s'adapter réellement à la demande des pays.

Enfin, comme cela a déjà été mis en évidence dans d'autres secteurs de l'action de coopération technique internationale, le statut des agents de l'Etat nécessiterait d'être adapté afin de faciliter, sur deux ou trois années, des missions répétées de quinze jours à trois semaines⁷⁸.

2. Nous devons préciser nos objectifs de coopération technique

Comme nous l'avons montré dans la deuxième partie de ce rapport, les différences en matière de lutte contre la pauvreté et de développement de mécanismes de protection sociale sont importantes selon les zones de développement ou géographiques. Ces différences nous obligent à formuler des propositions de coopération technique qui soient adaptées à chaque situation. Sans doute la conception française de la protection sociale ne varie pas avec la géographie et l'exigence d'une couverture universelle sur la base d'un financement collectif et solidaire vaut partout. Néanmoins, le niveau de développement des pays considérés, leur histoire sociale et leur culture, leurs réalisations et leurs acquis dans le domaine de la protection sociale, sont des faits déterminants qui imposent à la fois un cadre et des finalités à notre coopération.

Si nous avons des valeurs à mettre en avant et à faire valoir, notre coopération technique ne peut se fonder sur la seule exportation de nos mécanismes techniques. Nous devons avoir le souci de proposer des réponses diversifiées qui mobilisent l'ensemble des capacités techniques dont dispose notre pays dans ces domaines.

⁷⁸ Le rapport que monsieur le ministre délégué à la Coopération et à la Francophonie a demandé à Monsieur Nemo formule des propositions répondant à cette préoccupation.

Compte tenu de cette diversité, il semble nécessaire d'organiser une meilleure coordination entre les différents acteurs susceptibles d'intervenir aussi bien au niveau des administrations de l'Etat concernées que des opérateurs essentiellement publics.

A cette fin, il semble utile que soit élaboré un programme pluriannuel d'intervention après avoir défini des priorités en fonction de la demande des pays et des orientations stratégiques de la coopération française. Il s'agirait en effet de concentrer notre aide et de mieux la valoriser auprès de nos partenaires internationaux.

a) Pour les pays en développement

La nécessité d'adapter les mécanismes de protection sociale dans les pays en développement constitue une préoccupation récente. Beaucoup de pays d'Afrique noire connaissent une situation encore plus difficile que les autres pays pauvres, en raison d'une insécurité encore plus grande des moyens d'existence de la majeure partie des populations. Assumer les missions de solidarité intra et intergénérationnelles a longtemps relevé de la responsabilité soit de la famille étendue, particulièrement en milieu rural, soit des communautés, chez qui elles représentent une tradition forte.

L'urbanisation accélérée, la crise économique qui dure depuis plus de 20 ans, le développement de certaines épidémies (VIH/SIDA), la transition vers la famille nucléaire ont mis à mal ce modèle de solidarité et rendu encore plus précaire la situation des plus défavorisés, notamment des orphelins, des handicapés et des personnes âgées et des jeunes en âge de travailler.

Les conditions d'une croissance durable et soutenue ne sont aucunement satisfaites actuellement dans les pays les plus pauvres. On peut même, au contraire, considérer que les maux s'aggravent. On ne peut raisonnablement compter sur la croissance pour lutter à court terme contre la pauvreté. Les tentatives dans ce sens restent vaines. Puisque ce n'est pas la croissance économique qui génèrera le développement social, il nous faut considérer que c'est justement la lutte contre la pauvreté et la promotion de la protection sociale qui pourront soutenir le développement économique. Naturellement, cela ne signifie pas de rompre avec les programmes de stabilité du FMI, mais plutôt, comme la Banque mondiale commence à le faire, de réfléchir à un développement intégré où la composante développement social deviendrait l'épicentre des préoccupations de chaque programme de coopération. Ainsi que nous l'avons présenté dans la première partie de ce rapport, les travaux du BIT témoignent de l'effet globalement positif de la protection sociale sur le développement économique.

La réduction de la pauvreté et de la vulnérabilité par la promotion de la protection sociale ne peut être reportée à une période future plus prospère économiquement. En dehors du financement de la santé et de l'aide institutionnelle, la réflexion française a jusqu'à maintenant manifesté une réticence à des mesures qui auraient pu encourager le désengagement des familles ou qui n'auraient pu être supportées dans le temps. L'ampleur et la diversité des besoins des populations des pays les plus pauvres nous obligent aujourd'hui à dépasser ces réticences pour que la

coopération française propose des réponses à ce besoin d'extension de la protection sociale dans ces pays.

L'analyse de la réalité de la protection sociale dans les pays en développement fait en effet apparaître deux types de besoins :

- l'un résulte de la carence actuelle des mécanismes institutionnels dont disposent ces pays pour couvrir (théoriquement) le secteur formel. Des institutions existent. Elles sont même souvent construites sur le modèle français de caisses de sécurité sociale. Les problèmes financiers et de gestion de ces caisses nécessitent d'être abordés et traités afin de consolider les institutions existantes.

- l'autre besoin concerne la nécessité d'étendre la protection sociale aux populations non couvertes qui représentent souvent entre 80 et 90 % de l'ensemble de la population de ces pays. Le besoin prioritaire semble concerner l'accès aux soins de santé qui représentent une charge financière particulièrement lourde pour les familles surtout lorsque c'est la personne qui assure les revenus, qui doit se faire soigner. Cette extension peut rarement s'envisager à partir des institutions déjà existantes. Il est donc nécessaire d'imaginer d'autres formes de prise en charge collective à partir de micro-assurances ou de systèmes mutualisés. Cette extension progressive de ces micro-expériences permet l'émergence d'un nouvel interlocuteur institutionnel : la société civile face à l'Etat dont le rôle est de légiférer et de réglementer les politiques de solidarité.

Toutefois, la mise en place de tels systèmes ne saurait renvoyer la solidarité aux seules initiatives de petits groupes professionnels ou locaux et exonérer les Etats de leur mission de protection de l'ensemble de leur population, et en particulier des plus démunis d'entre eux. Dans ce cadre, la remise de dette et la mise en place de plans de réduction de la pauvreté (PRDS) représentent une opportunité pour permettre un véritable dialogue avec les responsables de ces pays sur les choix de protection sociale et leur mise en œuvre.

b) Pour les pays émergents

De par leur poids économique, la majorité de ces pays sera demain des partenaires diplomatiques de premier ordre dans les enceintes internationales. Si la France veut éviter de se marginaliser en prônant des concepts qui ne sont connus et reconnus que d'elle-même, si elle veut répondre aux demandes régulières des ministères en charge de la protection sociale dans ces pays, elle se doit, non pas de proposer un transfert de son système, mais de les informer sur ses principes et ses valeurs (solidarité, gestion paritaire...).

A titre d'exemple, les pays d'Amérique latine qui expriment un attachement fort à la sécurité sociale, seraient susceptibles d'apprécier des appuis ne se limitant pas uniquement à la logistique technique du service des prestations⁷⁹. Les réflexions sur l'articulation entre régimes obligatoires et complémentaires ou sur la contractualisation avec les prestataires, devraient les intéresser, tout comme une information sur des dispositifs à vocation assistancielle, mais compatibles avec le cadre de la protection

⁷⁹ L'ADECRI est déjà impliquée dans cette coopération.

sociale générale (type couverture maladie universelle), serait certainement appréciée par les pays qui rejettent l'idée de retrait de principes solidaires garantis par l'Etat et qui doivent faire face à d'importants problèmes d'exclusion.

Dans ces pays, les systèmes institutionnels de protection sociale en place traversent des difficultés importantes du fait de leur situation financière et de l'explosion du secteur informel. Face à cette situation, les solutions consistant à développer l'assurance privée n'ont permis que de répondre au besoin de couverture des plus aisés. Il s'agit de remettre de l'ordre dans la gestion des caisses, d'assurer un tripartisme effectif, d'ouvrir la couverture sociale au secteur informel par un système adapté de cotisations.

c) Pour les pays en transition

La coopération avec les pays candidats à l'Union européenne, déjà abordée sous l'angle du financement communautaire, obéit, pour l'essentiel, à une logique et à des impératifs sans rapport avec ceux qui prévalent ailleurs. Le cadre est ici celui de la construction européenne, du marché unique et de la liberté de circulation des personnes. Quant à la finalité de notre coopération, on pourrait dire de façon brutale et pour forcer le trait que l'enjeu n'est pas (ou pas seulement) la promotion d'un modèle de protection sociale qui soit conforme à nos vues, mais qui soit conforme à nos intérêts.

En effet, la protection sociale que ces pays, bientôt nos partenaires dans l'Union, mettent en place dans le contexte difficile qui a été rappelé, sera applicable aux salariés français qui s'y rendront pour y accomplir une partie de leur vie professionnelle, ainsi qu'aux membres de leurs familles, c'est à dire aux travailleurs migrants dont les règles de l'Union européenne protègent et favorisent la mobilité. Le niveau de la protection sociale assurée à ces travailleurs se traduira très concrètement dans le montant de la pension rémunérant, conformément aux règles de coordination, les années d'activité accomplies sous l'empire de la législation de sécurité sociale du pays concerné. Le raisonnement vaut pour les prestations familiales comme pour les prestations maladie. S'agissant de ces dernières, dont bénéficiera toute personne - assurée du régime français, dans notre hypothèse - résidente ou simplement en séjour dans ce même pays et dont l'état viendrait à nécessiter des soins, la part du remboursement qu'assurera le régime public obligatoire, seul pris en compte par les règles de coordination, est un critère déterminant du niveau réel de protection, c'est à dire des modalités d'accès pour tous à des soins de qualité. Le domaine de la protection contre des accidents du travail et les maladies professionnelles doit inciter, de ce point de vue, à une vigilance au moins égale.

En d'autres termes, notre souci d'une protection sociale de qualité pour tous prend, s'agissant de nos objectifs de coopération, un relief tout à fait particulier avec les pays candidats à l'Union.

S'ajoute à cette dimension dénuée d'altruisme l'enjeu éminemment politique du débat signalé dans notre première partie sur la modernisation de la protection sociale. Les positions françaises ont, et auront sans doute encore davantage dans l'avenir, besoin de soutien face aux pressions des tenants de solutions plus libérales, faisant leur place

au marché et à la concurrence. Animés par un désir profond de réformes et de rupture avec le passé qui leur a parfois fait négliger une nécessaire prudence, certains des pays émergents ont envisagé ou expérimenté des formes de privatisation ou le recours à des régimes de capitalisation, autant de méthodes ou de solutions que la France récuse. Il est alors d'autant plus important de mettre en œuvre une coopération bilatérale avec ces pays afin de mieux appréhender les progrès de ces réformes, les difficultés rencontrées et les leçons tirées.

C'est d'abord sur la question des pensions de retraite que de nombreux pays membres de l'UE ont été sollicités pour apporter une expertise ou une assistance technique : RFA, pays nordiques, la France également. Ici ou là apparaissent des options inspirées des modèles nordiques et allemands. Le BIT, dont les avis et les expertises ont été également sollicités, n'a pas réellement influé sur le cours des choses. Il semble que seule la Banque mondiale ait eu un rôle important dans les choix fondamentaux faits par les PECO.

Les solutions adoptées traduisent pour l'essentiel une vision conforme à nos principes : couverture générale et financement solidaire. La place importante et croissante que tiennent les systèmes en capitalisation dans ces régimes nous éloigne d'eux en revanche mais les rapproche de l'ensemble de nos partenaires européens qui ont tous, peu ou prou, des fonds de pensions dont les PECO se sont inspirés. Les expériences que font ces pays, réussites ou échecs, compteront dans le débat communautaire sur la viabilité et la pérennité des retraites, le lien entre régimes sociaux et compétitivité, la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, le rôle de l'État, etc. L'existence de régimes de capitalisation légaux et obligatoires n'ira pas sans soulever certaines questions dans le cadre de la coordination communautaire.

Que ce soit concernant la question des pensions de retraite ou du financement de la santé, les choix fondamentaux ont, pour l'essentiel, été faits, même si c'est au prix de tâtonnements ou de retours en arrière. La phase actuelle est celle de la consolidation, dans le cadre des exigences requises par les négociations d'adhésion à l'Union européenne. Nous devons donc, si nous souhaitons à la fois jouer un rôle de partenaire dans la mise en œuvre des systèmes de protection sociale de ces pays et faire entendre le message spécifique de la France, nous efforcer de mettre au jour les domaines dans lesquels une action de notre part est susceptible de remédier, conformément à nos vues, aux difficultés rencontrées.

A titre d'exemple :

- Le rejet de l'État centralisé et bureaucratique a conduit à mésestimer la mission indispensable de service public qu'il doit nécessairement assurer. Or, il ne semble nulle part apte à jouer le rôle de régulateur qui lui incombe, notamment entre les différents acteurs (caisses, fournisseurs de soins, entre privé et public). Le même constat peut être fait, à leur niveau de responsabilité et pour ce qui les concerne, des professionnels de la santé ;

- Les conséquences qui en découlent sont dommageables pour la mise en œuvre réelle du principe de l'accès à des soins de qualité pour tous. La France peut apporter la

démonstration que la couverture universelle n'est pas incompatible avec les règles de l'assurance maladie.

- La maîtrise des coûts, qui est une des conditions essentielles de la viabilité des systèmes mis en place, appelle davantage le développement de la capacité de gestion que la diminution de la couverture qui conduirait à la recherche de moyens alternatifs de protection individuelle. Le secteur mutualiste français offre de ce point de vue un champ de réflexion et d'action intéressant.

3. Nous devons intensifier la coopération multilatérale

Dans le cadre de la réforme de la coopération française, le gouvernement a souhaité que soit renforcée la coopération multilatérale afin d'assurer une meilleure cohérence des aides au développement sur le terrain. C'est ainsi que des projets de coopération bi-multilatérale avec les agences des Nations Unies que sont pour la protection sociale l'OMS et le BIT, ont été établis et devraient être intensifiés.

a) Avec l'OMS

Nous avons déjà insisté sur l'évolution importante pour l'Organisation que représente la publication en juin 2000 du rapport sur la santé dans le monde " *Pour un système de santé plus performant* ", dans la mesure où il s'intéresse aux prestataires de services de santé, au financement de ces systèmes et à la bonne gestion ou bonne administration générale de la santé.

Les données de ce rapport sont pleinement en accord avec la stratégie de la France. Fort de cette proximité, un échange d'expertise et un véritable programme de travail avec l'OMS vont porter sur l'amélioration des soins en approfondissant le principe de contractualisation entre l'Etat et les structures de santé pour assurer de meilleures prestations. Cette collaboration visera à développer des guides méthodologiques favorisant l'implantation de cette politique avec, en perspective, la réalisation d'un colloque associant la France, l'OMS et la Banque mondiale pour assurer la diffusion de ces travaux.

b) Avec le Bureau International du Travail

La France, qui a toujours participé très activement aux travaux du BIT et à son conseil d'administration, a encore resserré ses liens avec cet organisme depuis l'arrivée au poste de directeur général de Monsieur Juan SOMAVIA qui a défini une politique en cohérence avec les principes français. Cela s'est traduit par la signature d'un accord de coopération technique entre la France et le BIT en mai 1999.

L'accord signé entre la France et le BIT prévoit dans le domaine de la protection sociale des interventions concernant d'une part les pays en transition et d'autre part les pays en développement :

* Concernant les pays en transition, un financement à hauteur de 8 MF pour la période 1999-2000 est destiné à aider les candidats à l'Union à améliorer leurs régimes

de sécurité sociale sur la base des principes d'un financement collectif et solidaire. Les actions financées prennent la forme, d'une part de travaux de recherche consistant en un état des lieux des réformes engagées (dans quelle mesure ces réformes ont-elles pu, par ailleurs, aggraver, voire créer l'exclusion ?), d'autre part d'actions de coopération technique visant à améliorer les systèmes publics (recouvrement de cotisations notamment).

La recherche porte essentiellement sur l'application des réformes entamées au début des années 1990, en particulier concernant les retraites partiellement privatisées en Pologne et en Hongrie alors que la Slovénie et la République tchèque ont fait le choix de maintenir et de renforcer le régime par répartition. Les travaux visent également à mettre en lumière les conséquences de la réforme des systèmes d'accès aux soins, c'est à dire de l'instauration de régimes d'assurance maladie financés par des contributions, en principe ouverts à tous mais excluant de fait une partie de la population : personnes isolées, travailleurs pauvres ou précaires, marginaux, etc.

Seront également examinées les conditions qui permettraient de rendre plus favorables à la réinsertion professionnelle des travailleurs les régimes d'invalidité assez généralement utilisés pour subvenir aux carences des marchés de l'emploi et des dispositifs de réadaptation.

Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité a élaboré avec le BIT le contenu de ce programme de recherche dont les résultats permettront aux pays de la région, qui n'ont pas encore choisi entre les options qui s'offrent à eux ou qui envisagent de réorienter leurs choix, de tirer les enseignements de l'expérience des autres. La France peut ainsi espérer influencer sur le cours de ces réformes et peser d'une manière significative dans un domaine essentiel pour elle. Il convient d'ajouter que le diagnostic une fois posé et les enjeux fondamentaux mis au jour, il sera plus aisé de déterminer les axes et les priorités de notre coopération bilatérale, de définir avec précision les actions à entreprendre, et cela est également essentiel, d'emporter l'adhésion de nos partenaires.

Quant au partenariat avec le BIT, il se poursuivra, par le renouvellement d'accords et sous d'autres formes à déterminer, dans le même esprit qui a présidé à cette collaboration fondée sur le partage de valeurs communes.

* Concernant les pays en développement, un programme a été mis en place afin de promouvoir le développement d'une protection sociale accessible aux populations habituellement marginalisées et/ou exclues, les femmes en particulier. Il comporte trois projets-pilotes dans trois pays de la ZSP qui sont autant de composantes, auxquelles s'ajoute une quatrième afin d'assurer un suivi et une évaluation.

Au Burkina Faso, le secteur informel est peu concerné par la couverture sociale. Seul le système des tontines permet à ses membres de faire face aux dépenses imprévues. Les syndicats, de tradition ancienne, sont puissants mais ils recrutent essentiellement dans le secteur moderne. De ce fait, ils privilégient la diversification des risques couverts (maladie, cessation d'activité, retraite) plutôt que l'extension du système dont ils bénéficient à d'autres couches de population. L'extension de la protection sociale aux micro-entrepreneurs et aux petits employeurs apparaît pourtant

comme un besoin urgent, en particulier aux secteurs traditionnellement tenus par des femmes entrepreneurs (alimentation et restauration).

Au Vietnam, le BIT a été sollicité pour étendre la protection sociale, à partir du système central, au secteur rural, au secteur informel urbain, et aussi pour mettre en place une couverture maladie des enfants à partir des écoles. Des réflexions sont en cours concernant le développement d'une assurance "communale/villageoise" couvrant les dépenses de santé.

En Ethiopie, pour la majeure partie de la population des classes populaires urbaines et rurales, soit 95 % des Ethiopiens, les groupes d'épargne solidaire traditionnelle constituent la seule protection, mais la plus grande part de cette épargne est consacrée à une assurance "funérailles" non mobilisable au cours de la vie de l'épargnant. Dans ce contexte, les femmes chefs de famille méritent une attention particulière.

Ces actions devront être prolongées. On peut donc souhaiter que, dans la suite de l'accord du 19 mai 1999, il soit envisagé un projet de coopération pluriannuel plus ambitieux. En effet, si on peut se féliciter de cet accord et des actions en démarrage que nous avons évoquées ici, il reste modeste comparativement à des accords de coopération passés entre le BIT et d'autres pays.

A titre d'exemple, nous attirerons l'attention sur l'accord de coopération entre le gouvernement de la République portugaise et l'Organisation Internationale du Travail pour la réalisation d'un projet intitulé "*Développement de la protection sociale dans les cinq pays africains de langue officielle portugaise*". La première phase de ce projet a consisté à identifier et à formuler des propositions sur les perspectives de réforme de la protection sociale adaptée aux besoins de chacun des pays lusophones et à leurs caractéristiques nationales. Un rapport détaillé sur la restructuration de la protection sociale a été établi pour chacun des cinq pays et leur a été présenté fin 1997 début 1998. La deuxième phase, qui s'est déroulée sur l'année 1999⁸⁰, s'est traduite par un audit approfondi du fonctionnement des organismes gestionnaires des régimes de sécurité sociale, tant du point de vue organisationnel que financier et juridique, afin de présenter aux autorités compétentes de chacun des pays un programme global d'action concernant la création d'un cadre juridique approprié de protection sociale, ainsi que des propositions détaillées de réforme des organismes gestionnaires. Par ailleurs, le gouvernement portugais et l'OIT ont signé en juin 1999 un accord de coopération technique multi-bilatérale qui doit se dérouler sur 48 mois⁸¹ ayant pour objet de réaliser le projet intitulé "*Stratégies et techniques contre l'exclusion sociale et la pauvreté/Portugal (STEP/Portugal)*". Ce projet doit permettre de valoriser au niveau international l'expérience portugaise en matière de lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté. Il doit par ailleurs permettre de favoriser l'inclusion sociale dans les pays lusophones, d'une part en renforçant les capacités des promoteurs locaux dans les

⁸⁰ Le financement de cette phase est assuré par le ministère du travail et de la solidarité du Portugal pour un montant de 594 555 dollars des Etats-Unis.

⁸¹ Le financement de ce programme est assuré par le ministère du travail et de la solidarité du Portugal pour un montant de 2 460 039 dollars des Etats-Unis.

PALOP et d'autre part en mettant en œuvre des actions pilotes au bénéfice des populations exclues de ces pays.

Cette coopération avec le BIT devrait favoriser une organisation en réseau avec d'autres pays européens avec lesquels nous avons une certaine proximité sur ces sujets, notamment les pays du Sud : Portugal, Italie (Universitas). Elle pourrait servir de point d'appui à une démarche de recherche et d'expression dans le débat international.

4. Nous devons améliorer nos propres outils

a) Une meilleure coordination entre les ministères concernés par les questions sociales sur le plan international

On a mesuré la nécessité, aussi bien dans le domaine de la recherche que dans celui de la coopération technique, d'une meilleure coordination entre les différents acteurs concernés par les questions de protection sociale. Il est d'une part opportun de mieux coordonner la préparation des positions qui sont prises par nos représentants auprès des institutions financières internationales lorsqu'il s'agit de sujets qui concernent, directement ou non, les questions de lutte contre la pauvreté et de développement de la protection sociale, mais aussi d'autre part, que les priorités de la coopération technique dans ces domaines soient davantage affirmées.

Une note d'orientation de la coopération technique dans le domaine de la lutte contre la pauvreté, du développement de la protection sociale et de la santé et définissant les priorités de coopération internationale de ces deux ministères, devrait être signée conjointement du ministre chargé des Affaires étrangères et du ministre chargé des Affaires sociales.

Un "Comité de coordination de la coopération internationale en matière de protection sociale" devrait être créé afin de regrouper, sous l'autorité des deux ministres ou de leur représentant, les administrations des ministères concernés, les institutions publiques et para-publiques concernées (agences, caisses, hôpitaux, ...), ainsi que les opérateurs (universités, sociétés de conseil, ...)⁸².

b) Le ministère chargé de la protection sociale et de la santé doit organiser sa réponse technique

Le ministère des Affaires sociales, dans son volet protection sociale/santé, est le seul ministère technique qui ne dispose pas d'outil d'intervention en propre pour répondre aux sollicitations qui lui sont adressées dans le cadre de la coopération internationale. Alors que ce ministère dispose d'une réelle compétence dans les domaines des politiques sociales et de santé, cette absence d'organisation est aujourd'hui préjudiciable à une intervention cohérente sur ces sujets lorsqu'il faut répondre à des demandes ponctuelles formulées directement au ministre ou mobiliser

⁸² L'association du ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie et celle du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sont dès à présent prévus dans les nouveaux comités mis en place (CICID, Comité des orientations stratégiques, comité des projets) à la suite de la réforme du ministère des Affaires étrangères afin de bénéficier de leur compétence dans le choix des projets de coopération internationale.

des fonctionnaires pour intervenir sur des missions internationales. Nous avons mesuré les limites de l'organisation actuelle dans le cadre des procédures Phare/Consensus III. S'il est évident que la fonction d'un ministère n'est pas de concurrencer des sociétés privées de conseil dans le cadre des appels d'offre, ni pour le ministère des Affaires sociales de mener une coopération internationale indépendante du ministère des Affaires étrangères, un minimum d'organisation de sa coopération technique s'impose.

A défaut d'envisager la création d'une "grande" agence de coopération technique et de développement qui, à l'image de certaines organisations étrangères⁸³, pourrait renforcer l'ensemble de l'intervention française dans les différents domaines de coopération technique, puisque cette hypothèse dépasse le cadre de notre mission, cinq autres solutions concernant l'organisation du ministère des Affaires sociales au regard de son intervention de coopération internationale peuvent être envisagées :

- Renforcer les capacités d'intervention de la DAEI dans le domaine de la coopération technique. Cette délégation dispose déjà d'un bureau de la coopération technique internationale (BUCI) composé de quatre personnes. La vocation du BUCI n'est pas aujourd'hui de répondre à des missions de coopération. Lorsqu'il s'agira de faire travailler ensemble les autres directions du ministère ou de mobiliser les organismes extérieurs, un tel niveau d'organisation atteindra vite ses limites ;

- Etablir une convention entre le ministère des Affaires sociales et l'ADECRI, donnant à cette dernière la mission d'être l'opérateur permanent du ministère pour les actions de coopération que celui-ci déciderait d'engager et qu'il financerait. Cette formule permettrait sans doute d'avoir un réceptacle permettant d'y détacher des fonctionnaires pour accomplir des missions, mais il ne donnerait pas de visibilité au ministère, outre le fait que l'instrumentalisation des institutions de protection sociale pour mettre en oeuvre des éléments de la politique du ministère ne serait sans doute pas sans poser problème ;

- Créer une association de droit privé réunissant les différentes directions du ministère concernées. Une telle hypothèse a pour elle l'avantage de la souplesse. Elle a été mise en oeuvre dans d'autres ministères, notamment au ministère des Finances avec l'ADETEF. Une telle solution risquerait d'être contestée aujourd'hui par la Cour des comptes pour le ministère des Affaires sociales ;

- Elargir les missions de l'actuel "GIP Inter." à la protection sociale. Cette hypothèse, qui peut se concevoir au regard du fait que le ministère des Affaires sociales, quel que soit son découpage, comprend des services communs au volet travail/emploi d'une part, et solidarité/santé d'autre part, telles que la DAEI et l'IGAS. Toutefois cette hypothèse n'est pas sans poser des problèmes : le GIP Inter réalise aujourd'hui une véritable mobilisation des directions et services concernés en faveur de la coopération, il n'est pas certain que cette mobilisation soit aussi réelle si le GIP Inter devenait beaucoup plus "protéiforme". De plus, il faudrait amender le texte de loi autorisant la création du GIP Inter.

⁸³ Voir annexe 16.

- Créer un GIP Protection sociale/santé. Une telle formule présente l'avantage d'afficher clairement une volonté politique forte d'intervention de l'administration des affaires sociales sur le plan international et la possibilité de bénéficier d'un budget propre. Pour la mettre en place, il faudrait vraisemblablement que soit adopté un texte législatif comme cela a été le cas pour la création du GIP Inter⁸⁴. Toutefois, c'est la formule qui semblerait répondre le mieux aux objectifs poursuivis. Deux formules sont, à partir de cette hypothèse envisageables : soit la constitution d'un GIP ne regroupant que les administrations du ministère et établissements publics proches (agences...), soit profiter de cette création pour essayer d'y intéresser les institutions de droit privé qui se sont organisées à côté du ministère, telles que l'ADECRI ainsi que des organismes représentant différents acteurs concernés par la coopération technique internationale dans le domaine social ou de la santé comme la Fédération hospitalière de France. C'est cette dernière solution qui a notre préférence.

CONCLUSION

L'affirmation d'un nécessaire renforcement de l'intervention française sur le plan international dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et le développement de la protection sociale relève d'un choix politique. Nous avons mis en évidence ici les enjeux que représentaient ces questions, à la fois en terme de stratégie de développement à proposer aux pays avec lesquels nous entretenons des relations anciennes, mais aussi parce que les choix que feront certains d'entre eux concernant leurs régimes de pensions de retraite ou de financement de leurs systèmes de santé, ne manqueront d'avoir des conséquences sur nos propres politiques dans les années à venir, ceci est particulièrement évident concernant les pays en transition candidats à l'adhésion à l'Union européenne. Ce choix politique nécessite que soit mise en évidence une stratégie d'intervention s'inscrivant dans la durée. Les discussions concernant la mise en place de l'allègement de la dette va offrir des opportunités d'engager de telles politiques.

Mais une telle intervention a besoin d'être nourrie par une réflexion conceptuelle qui s'affirme sur la scène internationale. Nous avons identifié les éléments des débats qui traversent aujourd'hui les institutions internationales sur les sujets concernant la protection sociale. La France a des positions à y défendre à condition qu'elle décide de les exprimer avec plus de force. Quant aux outils de coopération technique dont nous disposons pour répondre aux demandes qui s'expriment de plus en plus sur ces sujets, leur qualité individuelle et leur nombre ne nous font pas défaut, à condition que nous les organisions mieux que nous ne l'avons fait jusqu'à maintenant.

⁸⁴ Art. 50 de la loi n° 91-1405 du 31 juillet 1991.

RESUME DES RECOMMANDATIONS

UN PREALABLE : UN ENGAGEMENT POLITIQUE REEL

Parce qu'il s'agit de questions qui sont de plus en plus présentes dans le débat des institutions internationales,

- parce que les gouvernements des pays tiers concernés sont de plus en plus confrontés au développement de la pauvreté,

- parce qu'il s'agit d'un sujet dont le traitement participe éminemment au rayonnement de notre pays,

- parce que les enjeux qui y sont liés ont des conséquences économiques fortes, la prise en compte de la problématique de la protection sociale sur le plan international et particulièrement dans les pays en développement, les pays à revenu intermédiaire et les pays en transition, requiert un engagement politique réel de la part des ministres français concernés et de leurs administrations.

I. ASSURER UNE MEILLEURE PRESENCE DE LA FRANCE DANS LE DEBAT INTERNATIONAL SUR LES QUESTIONS DE PROTECTION SOCIALE

A. - En impulsant la recherche

1. Disposer d'un haut niveau de recherche permanente sur les questions relatives à la lutte contre la pauvreté et à la protection sociale associant les milieux universitaires et les opérateurs institutionnels (administration et institutions de protection sociale).

Deux objectifs complémentaires doivent ainsi être fixés à cette recherche :

- approfondir les problématiques liées au système de protection sociale français, en les situant dans le contexte international, notamment européen ;

- se doter de clés d'analyse conceptuelle concernant la problématique de la protection sociale dans le champ du développement et de la lutte contre la pauvreté.

Cette recherche conceptuelle, couplée à une recherche opérationnelle, devrait pouvoir s'appuyer :

- sur le réseau français existant (administrations, universités, instituts de recherche, organismes de protection sociale) et leurs partenaires à l'étranger, après en avoir fait un inventaire ;

- sur les réseaux internationaux où la France peut jouer un rôle de leader.

2. La définition de ces orientations de recherche et la valorisation de ces travaux conceptuels et/ou opérationnels devraient être assurées pour la France par un comité de coordination composé des ministères concernés ainsi que des représentants des réseaux français et internationaux.

Ce comité devrait produire une note d'orientation de la recherche à moyen terme (2 à 3 ans) sur les questions de protection sociale dans les champs précités, qui serait

publiée sous l'autorité des ministres chargés des affaires sociales et des affaires étrangères.

Ces orientations seraient mises en oeuvre au sein du ministère des affaires sociales dans le cadre des missions de la DREES/MiRe⁸⁵, en liaison avec la DSS et les institutions de protection sociale. Elles serviraient à l'élaboration d'un cahier des charges pour la mise en oeuvre d'un programme mobilisateur (FSP d'intérêt général) sous l'autorité du ministère des affaires étrangères, en relation avec le ministère des affaires sociales, en assurant la pérennité du programme et son évaluation.

Les travaux ainsi initiés devraient être diffusés en anglais, dans les supports traditionnels internationaux y compris par le biais des nouvelles technologies (création d'un forum Internet) et/ou la réalisation de séminaires.

B. En valorisant les positions françaises dans les institutions internationales

1. Assurer une meilleure coordination de la préparation des positions prises par nos représentants auprès des institutions internationales, lorsqu'il s'agit de sujets qui concernent les questions de protection sociale en renforçant les structures de coordination existantes :

- pour les institutions onusiennes (BIT, OMS), il serait nécessaire de renforcer les moyens de la direction du MAE concernée (NUOI) ;
- pour les institutions de Bretton Woods (BM, FMI), le Trésor, chargé d'assurer le pilotage des positions françaises, devrait veiller à mieux associer le MES, le MAE et la Recherche, en s'appuyant sur le comité de coordination.
- pour l'Union européenne, en s'appuyant sur le SGCI.

2. Garantir la promotion et la présence de spécialistes français de la protection sociale dans les institutions internationales :

- en augmentant les postes de jeunes experts associés (JPO) dans les programmes clés du BIT, de la Banque mondiale ou dans les banques de développement ;
- en mettant à disposition des seniors dans ces mêmes programmes, en priorité à la Banque Mondiale (ces seniors pouvant venir de l'administration ou des institutions de protection sociale) ;
- en facilitant la valorisation de l'expertise française de très haut niveau par l'aménagement des statuts de ces personnes dans leur administration ou leur institution de rattachement ; ceci suppose le financement nécessaire (augmentation des fonds fiduciaires), une réelle reconnaissance et une valorisation des cursus internationaux par leur prise en compte dans la carrière des agents, le développement d'une politique de formation à la coopération internationale pour mieux situer la place de la France dans le débat mondial et ainsi s'adapter réellement à la demande des pays ;

⁸⁵ L'appel à propositions de recherche lancé par la DREES/MiRe fin juin 2000, sur le thème « Protection sociale et développement économique » est une démarche ponctuelle, mais qui répond à ce type de préoccupation. L'objet de ce programme de recherche est d'encourager une réflexion sur les liens entre protection sociale et dynamique de croissance, tant d'un point de vue micro-économique que d'un point de vue macro-économique.

- en facilitant le départ d'agents pour des missions de courte durée (quinze jours à trois semaines).

II. RENFORCER L'ACTION INTERNATIONALE DE LA FRANCE DANS LE DOMAINE DE LA PROTECTION SOCIALE

1. Un programme pluriannuel, élaboré et adopté par le Comité de coordination, devrait déterminer les pays et les priorités d'intervention dans le domaine de la protection sociale (assurance maladie, santé au travail, retraites, couverture du secteur informel, lutte contre l'exclusion...) afin de concentrer notre aide et mieux la valoriser auprès de nos partenaires internationaux.

Si elle doit retenir les principes prioritaires de la France (lutte contre les inégalités et solidarité), la stratégie de mise en oeuvre doit impérativement s'adapter aux conditions socio-économiques des pays.

2. Pour les pays candidats et émergents, l'objectif devrait être de renforcer les systèmes de protection sociale à vocation générale afin d'arriver à terme à des mécanismes de solidarité, assurant un type de cohésion sociale comparable à celle du modèle européen.

3. Pour les PMA, deux types d'intervention sont à envisager :

- consolider les systèmes de protection sociale qui sont censés actuellement couvrir le secteur formel, consolider les institutions existantes en termes d'appuis technique, administratif et de gestion ;
- permettre une extension de la protection sociale au secteur informel non couvert à partir de mécanismes adaptés, spécifiques (micro finance, mutuelles ou autres types d'organisation de solidarité).

Ces actions doivent se mettre en oeuvre en lien étroit avec les Etats qui doivent, même dans le cas du secteur informel, jouer tout leur rôle de régulation.

Concernant aussi bien le secteur formel que le secteur informel, la question de l'accès aux soins doit être privilégiée compte tenu du retard de ces pays au regard des préoccupations de santé publique et des problèmes particuliers que leur pose le développement du SIDA.

La remise de la dette et la mise en place de plans de réduction de la pauvreté (PRDS) représentent une opportunité pour permettre un véritable dialogue social sur les choix de protection sociale et leur mise en oeuvre.

4. La coopération bi-multilatérale dans le domaine de la protection sociale doit être développée. Il serait, à cette fin, opportun que, dans le prolongement de l'accord signé le 19 mai 1999 entre la ministre de l'Emploi et de la Solidarité, le ministre délégué chargé de la Coopération et de la Francophonie et le directeur général du BIT, soit élaboré entre la France et le BIT un projet de coopération pluriannuel tendant à assurer le développement de la protection sociale dans un certain nombre de pays afin

d'améliorer les droits des salariés mais aussi afin d'étendre la protection sociale à des populations non couvertes. Des FSP bi-multi devraient permettre d'illustrer cette stratégie par des réalisations concrètes dans les pays, à l'instar des programmes en cours avec le BIT concernant l'Ethiopie, le Burkina et le Viêt-nam.

Cette coopération devrait pouvoir s'organiser en réseau avec d'autres pays européens du sud : Portugal, Italie (Universitas) et pourrait servir de point d'appui à une démarche de recherche et d'expression avec ces pays dans le débat international.

III. MISE EN OEUVRE DE CETTE POLITIQUE

1. Un comité de coordination de l'action internationale de la France dans le domaine de la protection sociale devrait être constitué afin, d'une part, de définir les orientations et la valorisation de la recherche (voir supra 1) et, d'autre part, la politique de coopération technique (voir supra 2).

Ce comité de coordination devrait être composé des ministères concernés (MES et ses différentes administrations, Finances (Trésor), Recherche, MAE en lien avec l'AFD), ainsi que des représentants des réseaux français et internationaux opérationnels et de recherche.

Ce comité pourrait être placé sous la responsabilité du CICID (Comité interministériel de la coopération internationale et du développement), voire en constituer une commission. Un secrétariat assurerait l'animation et le suivi des activités de ce comité et pourrait être le carrefour de l'information tant pour l'exécution du programme mobilisateur, que pour l'appui aux différents opérateurs.

2. Une fois la politique de coopération en matière de protection sociale avalisée par le CICID, présentée au HCCI, tant sur les objectifs que sur la stratégie et les pays concernés, il sera nécessaire de renforcer nos outils de coopération.

3. Le renforcement de nos outils de coopération doit se faire avec le souci de clarifier les rôles de chacun :

- e) les ministères ont pour rôle de définir les objectifs de la coopération bilatérale en matière de lutte contre la pauvreté et de développement de la protection sociale et dégager les moyens de mise en oeuvre de cette coopération technique ; si cette action est prioritairement celle du ministre des Affaires étrangères, elle doit aussi permettre une visibilité du ministre en charge de la protection sociale ;
- f) les institutions de protection sociale, les établissements publics de santé et les agences techniques des ministères disposent d'un savoir faire et d'une souplesse d'intervention qui doivent être mis à contribution en lien avec l'administration pour le développement de la coopération bilatérale ;
- g) les cabinets conseils privés sont les mieux organisés pour répondre aux appels d'offre internationaux, ils doivent pouvoir bénéficier d'un soutien des

pouvoirs publics et faire appel à la compétence des cadres des établissements publics et de l'administration pour les actions de coopération internationale.

A cette fin, il est nécessaire, au sein de l'administration :

- h) de renforcer les moyens de la DGCID afin qu'elle dispose d'une véritable unité d'appui aux institutions de protection sociale et aux cabinets conseils afin d'assurer une veille adéquate et faciliter la création de consortium ;
- i) de renforcer le ministère de l'Emploi et de la Solidarité qui dispose d'une vraie compétence technique dans le domaine de la protection sociale, pour assurer la mise en oeuvre de ces orientations politiques.

4. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité doit disposer d'un renforcement de ses moyens pour mettre en oeuvre la coopération élaborée par le comité de coordination. Alors que l'administration de ce ministère dispose d'une réelle compétence technique dans les domaines relatifs à la protection sociale, il est aujourd'hui le seul parmi les ministères techniques à ne pas disposer d'une réelle capacité d'intervention de coopération internationale. L'absence d'organisation de cette capacité de coopération technique du ministère est aujourd'hui préjudiciable à une intervention cohérente dans ces domaines. De plus, une telle structure permettrait d'y détacher pour 2 à 3 ans, dans des conditions administratives satisfaisantes, des agents des administrations pour des missions de moyenne durée.

Parmi les cinq solutions décrites dans le rapport, nous recommandons la création d'un GIP Protection sociale/santé. Une telle formule présente l'avantage d'afficher clairement l'existence d'une volonté politique forte d'intervention de l'administration des affaires sociales sur le plan international, avec la possibilité de disposer d'un budget propre. La question d'y associer les institutions de protection sociale ainsi que d'autres partenaires, tels que les hôpitaux publics, mériterait d'être approfondie mais améliorerait considérablement les capacités d'interventions des différents acteurs.

5. Dans le cadre du développement et de la remise de la dette, pour lesquels le ministère des affaires étrangères va être en première ligne aux côtés du Trésor et de l'AFD, il serait nécessaire que le bureau social de la DGCID soit renforcé⁸⁶.

6. Des outils spécifiques devraient être créés :

- j) Mise en place d'un fichier de « personnes ressources » au sein des différentes administrations du ministère de l'Emploi et de la Solidarité (administration centrale, déconcentrée, agences...) susceptibles de se rendre disponibles pour des missions internationales de différentes durées. La crédibilité de cette investigation dépend de la mobilisation réelle des

⁸⁶ Deux personnes supplémentaires s'avèreraient nécessaires :

- 1 cadre A spécialiste de la protection sociale dans le développement pour renforcer les actions entreprises, les thésauriser et appuyer la mission économique et financière de cet exercice ;
- 1 cadre B pour assurer un lien entre les différents partenaires, une bonne diffusion de l'information, un suivi étroit des projets en liaison avec les postes par la tenue d'un tableau de bord.

directeurs d'administration centrale de ce ministère (ou au moins des chefs de service) sur les sujets internationaux.

- k)* Création d'un site internet présentant l'ensemble des outils et capacités de coopération technique internationale dans le domaine de la protection sociale. Ce site pourrait aussi permettre la diffusion des documents de recherche ou de conceptualisation évoqués dans le § 1.

GROUPES DE TRAVAIL

GROUPE DE SUIVI DE LA MISSION

Direction générale de la coopération internationale et du développement (DGCID) du ministère des Affaires étrangères

M. Jean-Pierre DESTOUESSE, sous-directeur du développement social et de la coopération éducative,

Dr. Françoise VARET, chef de la division développement sanitaire et social,

M. Jacques SCHWARTZ, chef de bureau du développement social,

M. Eric T'KINT de ROODENBEKE, chargée de mission hôpital, politique hospitalière,

Mme. Brigitte CURMI, chargée de mission politique de genre, femmes,

Mlle. Sandrine BRIGNONEN, chargée de mission,

Délégation aux affaires européennes et internationales (DAEI) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité

M. Jacques MAIRE, délégué aux affaires européennes et internationales,

M. Olivier VILLEY, adjoint au délégué,

M. Michel LO CASTO, chef du bureau de la coopération internationale,

M. Antoine ORTIZ, chargé de mission,

M. Didier GARNIER, chargé mission BIT,

Mme. Sylvie MOURANCHE, chargé mission BIT,

Mme. Catherine BILGER, chargée mission Banque mondiale,

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Mme. Diane LEQUET-SLAMA,

GROUPE DE REFLEXION CONCERNANT LES TRAVAUX DE LA BANQUE MONDIALE

Mme. Mireille ELBAUM, directrice de la direction de la recherche, des études, de
l'évaluation et des statistiques (DREES)

Mme. Diane LEQUET-SLAMA, DREES,

M. Gérard CORNILLEAU, DREES,

M. Gilles de la GORCE, DREES,

M. Antoine PARENT, DREES,

M. Pierre STROEBEL, DREES,

Mme. Catherine ZAIDMAN, DSS,

M. Philippe COQUART, Agence française de développement (AFD)

Mme. Sarah. MARNIESSE, AFD,

M. François BOURGUIGON, Banque mondiale,

Mme. Anne-Marie BROCAS, Conseil d'orientation des retraites,

M. Alain LETOURMY, CNRS,

M. Bruno PALIER CEVIPOF,

M. Adrien AKANNI-HONVO, Université Paris X,

M. Vincent GERONIMI, Université Paris X

M. Pierre CONCIALDI, Institut de recherche économique et sociale (IRES),
M. Jean-Luc DUBOIS, Université Versailles Saint Quentin en Yvelines,
M. François Régis MAHIEUX, Université Versailles Saint Quentin en Yvelines,
M. Jean-Marc FONTAINE, IEDES,
M. F. ROUBAUD, Développement et insertion internationale

PERSONNES CONTACTEES OU RENCONTREES PAR LA MISSION⁸⁷

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité

Mme. Elizabeth Lion, conseiller technique pour la coopération internationale à la direction de la sécurité sociale (DSS),

M. Jean-Louis REY, chargé à la DSS des conventions bilatérales de sécurité sociale,

M. Michel THIERRY, IGAS,

M. Michel LAROQUE, IGAS,

M. MICHEL YAHIEL, IGAS,

M. Marc DUPONT, IGAS,

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS)

Dr. Philippe DUNETON, directeur,

Institut national de veille sanitaire (INVS)

Dr. Marcelle-Diane MATSIKA, département international,

Ministère des Affaires étrangères

M. François NICOULEAU, directeur général de la DGCID,

Mme. Mireille GUIGAZ, directrice du développement et de la coopération technique,

Ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie

M. Jacques MISTRAL, conseiller auprès du ministre

M. Jean-Michel SEVERINO, inspecteur des finances,

Mme. Stéphane PALLEZ, chef du service des affaires européennes et internationales à la direction du Trésor,

M. Pierre Yves COSSE, président de l'Association pour le développement des échanges en technologie économique et financière (ADETEF),

Ministère de l'Agriculture de la Pêche

M. Eric GIRY, directeur du bureau Orient Asie et financement du service des relations internationales de la direction des politiques économique et internationales,

Ministère de la Justice

M. Jean-Pierre PICCA, service des affaires européennes et internationales,

Ministère de l'Education nationale

M. Thierry SIMON, délégation aux affaires internationales et à la coopération,

Représentations françaises auprès d'institutions internationales

M. Robert MOULIE, bureau de l'administrateur auprès du FMI et de la Banque mondiale,

Mme. Florence IMBERT, Représentation permanente de la France auprès de l'Union européenne,

M. Alain JOURET, Représentation permanente de la France auprès de l'Union européenne,

⁸⁷ Les fonctions indiquées ici sont celles que les personnes avaient au moment de la rencontre ou du contact.

Mme. Florence LEVY, Représentation permanente de la France auprès de l'Union européenne,

Association pour le développement et la coordination des relations internationales (ADECRI)

M. Jean Marie SPAETH, président,
M. Yannick D'HAENE, délégué général,

UNEDIC

M. Arnaud JUTIER, chargé des relations internationales,
Mme. Marina PINESCHI-GAPENNE, déléguée aux affaires européennes et internationales,

Mutuelle sociale agricole (MSA)

M. Daniel LENOIR, directeur,

Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

M. Jean-Pierre DAVANT, président,
M. Etienne CANIARD,
M. Kulmie SAMANTAR, responsable du développement international,

Fédération des mutuelles de France (FMF)

M. Daniel LE SCORNET, président,

GIP-Inter

M. Jean LAVERGNE, directeur,

Institut de recherche pour le développement (IRD)

M. Philippe LAZAR, président du conseil d'administration,
M. Gérard WINTER, ancien directeur de l'ORSTOM,
M. Michel LEVALLOIS, ancien président de l'ORSTOM,
Mme. Anne Marie MOULIN, médecin, philosophe,

Ecole nationale de santé publique (ENSP)

M. Jean-François ARDITI, directeur des affaires internationales,

Centre national des études de sécurité sociale (CNESS)

M. Claude BIGOT, directeur,

Maison des sciences de l'Homme de Nantes (MSH)

M. Denis BOUGET, directeur,
M. Serge KARSENTY, directeur adjoint,

Fédération hospitalière de France (FHF)

M. Gérard VINCENT, délégué général,
M. Pascal GAREL, directeur d'hôpital,

ACCODESS

M. Patrick MORDELET, directeur,

Bureau international du travail (BIT)

M. Assan DIOP, directeur exécutif du BIT, chargé de la protection sociale,
M. Emmanuel REYNAUD, chef du service de la planification, du développement et des normes, département de la Sécurité sociale,
M. Alessandro GIULIANO, département sécurité sociale,
M. Christian JACQUIER, STEP,
M. Bernad BALKENHOL, secteur emploi,
M. Marie-Laure GENINI, programme promotion du genre,
M. Herman VAN DER LAAN, activités bi et multilatérales,

AISS

Mme. Marie-France LAROQUE, directrice du Bureau Europe,

Banque mondiale

M. Robert HOLZMANN, directeur de la direction de la protection sociale,
M. Louis Charles VIOSSAT, IGAS en détachement auprès de la Banque mondiale,
Mme Ann DUNCAN,

Conférence interafricaine de prévoyance sociale - CIPRES

M. Michel LUCAS, membre du conseil de surveillance,
M. Pierre MOUTON, membre du conseil de surveillance,

Organisation mondiale de la santé (OMS)

M. Marc DANZON, directeur du Bureau Europe,

Union européenne

Mme. Gabrielle CLOTUCHE, directrice de la direction générale, emploi, relations industrielles et affaires sociales,
M. Johan TEN GEUZENDAM, administrateur principal, emploi, relations industrielles et affaires sociales,
M. Patrick LEGRAND, programme MEDA, chef d'unité affaires horizontales de la direction méditerranée,
M. Pierre MIREL, et ses collaborateurs de la direction élargissement, programme PHARE, chef de l'unité « coordination »,
M. Philippe DARMUZEY et ses collaborateurs, direction développement, programme FED, chef de l'unité développement social, humain et culturel, questions de genre,

Organisation de coopération et de développement économiques - OCDE

M. Jean-Claude FAURE, président du Comité d'aide au développement,
M. Peter SCHERER, chef de division des politiques sociales,

M. Jean Pierre GARSON, division politiques sociales des économies des pays non membres,
M. Anders REUTERSWÄRD, division politiques sociales des économies des pays non membres,
M. Peter WHITEFORD, division politiques sociales des économies des pays non membres,
M. Paul ISENMAN, direction de la coopération au développement,
Mme. Stéphanie BAILE, direction de la coopération au développement,

ICOSI

M. Laurent LUCAS, président,
M. Marcel CABALLERO, délégué général,
M. Gilles SOHM, secrétaire général,

Bernard BRUHNES Consultant

M. Bernard BRUHNES, président,

CREDES

M. Christophe ROY, administrateur,
M. Olivier VEIL, directeur,
M. Jean Pierre FOIRRY, consultant,
M. Christian PRIEUR, consultant,

SODETEG

M. Michel BOUSQUET, directeur du département développement et coopération,
M. Daniel GRAS, adjoint au directeur du département développement et coopération,
M. Cyrille DUBOIS, directeur des opérations développement et coopération,

SOFRECO

M. Bertrand LESLUYES, directeur adjoint du département économie et administration publique,

CONSEIL SANTE

Dr. Pierre VINCENT, directeur de projet

BIBLIOGRAPHIE

Brigitte CURMI, Sylvia CHIFFOLEAU, *Médecins et Protection sociale dans le monde*, Cermoc, 1993

Steen JORGENSEN & Robert HOLZMANN, *Emerging Directions for a Social Protection Sector Strategy : From Safety Net to Spring Board* in Tim CONWAY, Arjan de HAAN, Andy NORTON, *Social Protection : New Directions of Donor Agencies*, June 2000

The World Bank, Social Protection Sector, *Social Protection Sector Strategy : from safety net to Spring Board*, April 2000

The World Bank *Attacking Poverty, 2000*, World Development Report 2000-2001

Banque de France, *Rapport annuel La zone franc*, 1999

Banque interaméricaine de développement, *Le rapport annuel*, 1999

The Inter-American Development bank, *The Inter-American Development Bank and poverty reduction*, revised version, Washington, D.C., May 1998

Banque asiatique de développement, *Health sector reform in Asia and the Pacific*, 1999

Bureau International du Travail, *Réflexions sur les stratégies de réforme de la protection sociale en Afrique francophone au sud du Sahara*, Genève, 2000.

Bureau International du Travail, *Rapport sur le travail dans le monde 2000, Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en mutation*, Genève, 2000.

Collin GILLION, John TURNER, Clive BAILEY, Denis LATULIPPE, *Régimes de retraite de la sécurité sociale, évolution et réforme*, Bureau International du Travail, +2000.

Organisation Mondiale de la Santé, *Rapport sur la santé dans le monde 2000, Pour un système de santé plus performant*, Genève, 2000.

Programme des Nations Unies pour le Développement, *Rapport mondial sur le développement humain*, 1999

Commission Européenne, *La politique de développement de la communauté européenne*, Communication au Conseil et au Parlement européen, Bruxelles, avril 2000.

Commission Européenne, *Development Cooperation to Improve Health in the ACP Countries*, décembre 1998.

Commission Européenne, *Euro-mediterranean Partnership, Health and Population, Ongoing Operations*, 2000

Commission Européenne, *Note sur l'évolution de la thématique protection sociale et sanitaire à travers les programmes communautaires MEDA et PVS ALA.*, 2000

Groupement d'intérêt public pour le développement de l'assistance technique et de la coopération internationales du ministère de l'emploi et de la solidarité, *Rapport annuel 1999*

Revue française des affaires sociales, *Les réformes des systèmes de protection sociale convergence et diversité*, décembre 1999

Ministère des Affaires étrangères, *Etude sur l'extension des assurances sociales obligatoires au risque maladie dans les pays de la zone de solidarité prioritaire*, rapport établi par le CREDES, septembre 2000

Ministère des Affaires étrangères, *Etude sur les actions de coopération française significatives au regard de la lutte contre la pauvreté*, 2000

ANNEXES : (TOME II DU RAPPORT)

Annexe 1 : “ Le rapport du secteur protection sociale de la Banque mondiale, quelques éléments d’analyse ”, note établie par la Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de l’emploi et de la solidarité, août 2000 (annexe non fournie)

ANNEXE 2 : ETAT DES LIEUX DES MECANISMES DE LA PROTECTION SOCIALE EN AFRIQUE (1999-2000) - DOCUMENT DE TRAVAIL DE 13 PAYS FRANCOPHONES OIT-KINSHASA 2000

Introduction

La plupart des systèmes de protection sociale en Afrique sont aujourd'hui en crise: mégestion, décroissance des emplois dans le secteur formel, non pertinence de l'offre des prestations. L'absence de perspectives et de réponses adéquates aux besoins sociaux de la population non couverte par le système formel paraissent aujourd'hui rédhibitoires dans la réhabilitation des caisses de sécurité sociale en Afrique.

Il s'agira ici de faire l'état des lieux des systèmes de protection sociale existants à travers les textes qui définissent les principes, les types et les niveaux des prestations, mais aussi faire le constat de l'application réelle des différents textes et quand cela est possible, l'identification des politiques d'extension de la protection sociale au plus grand nombre.

La méthodologie a été donc de décrire pour chaque pays les modalités de prise en charge des risques couverts par chaque régime de sécurité sociale, de définir le statut de l'organisme assureur et le champ d'application ; d'identifier la place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme, d'établir le bilan de l'effectivité de la couverture et les difficultés rencontrées.

Face à ces difficultés, il importe de déterminer les types de besoins d'appui ou de coopération technique, les actions de coopération technique et les perspectives de l'extension de la protection sociale, notamment le champ d'application matériel et personnel, les mécanismes et stratégies de prise en charge, les types de prestations, les projets déjà mis en place ; de définir les attitudes des politiques face aux exclus.

Ainsi les systèmes de protection sociale de 13 pays ont fait l'objet de cette analyse descriptive. Il s'agit notamment de celui du Bénin, du Burundi, du Cameroun, de la République du Congo, de la Cote d'Ivoire, du Gabon, du Madagascar, du Maroc, de la République Centrafricaine, de la République Démocratique du Congo, du Rwanda, du Sénégal et du Togo. L'approche non exhaustive sera complétée ultérieurement.

Cet état des lieux des systèmes de protection sociale africains est entamé dans la perspective de réhabilitation des caisses de sécurité sociale existantes et de l'extension de la protection sociale pour la couverture du plus grand nombre. Il met à la disposition des professionnels et des responsables de ce secteur les informations sur la sécurité sociale en Afrique, sur la base des données du fichier actuel du BIT. Il permet de pénétrer rapidement les réalités de chaque caisse en matière de couverture sociale des différentes catégories de la population. L'Etat des lieux s'est heurté à certaines limitations relatives notamment:

au nombre de pays couverts

aux éléments recueillis pour les pays couverts(dispositif législatif, champ personnel et matériel, données statistiques). Il est attendu que ces éléments soient progressivement complétés ultérieurement.

AFRIQUE 2000

ETAT DES LIEUX DES MECANISMES DE LA PROTECTION SOCIALE

BENIN 1999-2000

I. ~~Secteur institutionnel~~

1. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maternité	Prestations de maternité : 100% du salaire (50% à la charge de l'employeur). Dues pour 6 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement.
Risques professionnels	<ul style="list-style-type: none"> - Cas d'incapacité temporaire : Prestations d'incapacité temporaire : 2/3 du salaire - Cas d'incapacité permanente et partielle : Pension d'incapacité permanente : 100% du salaire, en cas d'incapacité totale. Prestations médicales : Soins médicaux et chirurgicaux, hospitalisation, analyses de laboratoire, médicaments, soins dentaires, transport, appareillage, physiothérapie, lunettes, réadaptation fonctionnelle et professionnelle. - Incapacité partielle : Pourcentage de la pension complète proportionnel au degré d'incapacité si 15% ou plus. Somme forfaitaire égale à 3 annuités de la pension proportionnelle si taux d'incapacité inférieure à 15%. Supplément pour assistance constante : 50% de la pension. Prestations médicales
Invalidité	- Prestations d'incapacité permanente : Pension d'invalidité : 30% du salaire moyen mensuel des 3 ou 5 dernières années (période la plus favorable). Années en dessous de l'âge de 55 ans au moment de la demande comptées comme périodes de 6 mois d'assurance.
Prestations familiales	- Prestations en espèces Allocations familiales, Allocation prénatale, Allocation de naissance, Quelques services sociaux et sanitaires sont également fournis aux mères et aux enfants.
Vieillesse	Pension de vieillesse : 30% du salaire moyen mensuel des 3 ou 5 dernières années (période la plus favorable). Augmentation de 2% pour chaque année de cotisations au-delà de 180 mois. Allocation de vieillesse
Survivants	Pension de veuve, veuf invalide à charge, à condition que le mariage ait été contracté au moins un an avant le décès du conjoint et pensions d'orphelins Maximum des pensions de survivants : 100% de la pension de l'assuré. Allocation de survivants : 1 mois de la pension de base de l'assuré pour chaque tranche de 6 mois de cotisations, si l'assuré n'avait pas droit à pension.

2. Statut de l'organisme assureur

La gestion du régime de sécurité sociale est assurée par l'**office béninois de sécurité sociale, OBSS**, organisme à caractère public suivant l'ordonnance - loi 73.03 du 17 janvier 1973.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

Le conseil d'administration de l'OBSS est actuellement composé de sept membres, dont quatre représentants des partenaires sociaux et trois la puissance publique.

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Maternité	Femmes salariées
Risques professionnels	Travailleurs salariés, apprentis et stagiaires, étudiants des branches techniques.
Invalidité	Travailleurs salariés
Prestations familiales	Travailleurs salariés et bénéficiaires de prestations d'assurance sociale ayant 1 enfant ou plus.
Vieillesse	Travailleurs salariés
Survivants	Veuves, veufs invalides à charge et orphelins

5. Réalité de la couverture

Le système de la sécurité sociale au Bénin est composé des deux régimes, le régime général pour la prise en charge des travailleurs salariés et le régime spécial pour les fonctionnaires civils et militaires. Le système de sécurité sociale béninois est régi par un dispositif parcellisé. Ce dispositif est formé de plusieurs institutions et organismes qui assurent à différentes catégories de populations la couverture de certains risques sociaux à court, moyen et long terme.

L'**OBSS** organise trois branches. Il est appuyé par un **fonds d'action sanitaire et sociale** servant des prestations en natures. Le **budget général de l'Etat** accorde aux fonctionnaires relevant du statut de la fonction publique des prestations familiales, prend en charge 80% de la couverture des soins de santé, maintient le salaire du fonctionnaire durant un temps appréciable en cas d'accident du travail.

Le **fonds national de retraite du Bénin (FNRB)** est un budget annexe possédant une autonomie comptable mais non juridique. Créé en 1966, ce fonds financé par des cotisations en provenance des actifs et de l'Etat, assure une panoplie de prestations contributives et non contributives sous forme de revenu de remplacement aux retraites de la fonction publique béninoise. Actuellement, les régimes des pensionnés est géré par la loi 86.014 du 26 septembre 1986 portant code des pensions civils et militaires. La gestion de ce régime est assurée par le ministère des finances.

Les sociétés d'assurance, comme la SONAP, l'UBA- VIE et l'ARGG, proposent des formules de protection sociale volontaires et/ ou complémentaires.

Quant au volet sanitaire, le ministère de la santé publique dispense des soins préventifs et curatifs à l'ensemble des populations. L'OBSS et le FNRB interviennent également dans le domaine de la santé par l'intermédiaire de leur action sanitaire et sociale. Néanmoins, le système demeure perfectible au regard de son champ d'application et des préoccupations de l'Etat face à l'exclusion sociale.

En effet, sur une population active de l'ordre de 2 155 800 dont 112 105 travailleurs salariés (5.2%) et 1 343 063 travailleurs indépendants (62.3%)... seule la première catégorie est couverte par le système de protection sociale en vigueur (5.2%). L'OBSS s'occupent de 70 600, la fonction publique 32 000, les sociétés d'assurance plus ou moins 2000...

En définitive, le système actuel de protection sociale au Bénin n'intéresse qu'une infime partie de la population du pays puisque puisse que les titulaires de droits sociaux représentent un peu moins de 3% des habitants.

6. Difficultés des mécanismes publics

Domaines	Difficultés
Juridiques	Absence d'un cadre juridique favorable au développement du champ d'application du régime de protection sociale
Financiers	Dévaluation du Franc CFA Assiette des cotisations trop étroite (5% des travailleurs) Manque des ressources financières
Administratif & Gestion	

Les contraintes du contexte nouveau du pays ont trop souligné les dysfonctionnements du dispositif de protection sociale et les inégalités longtemps masquées mettant en lumière le besoin de la réforme du système.

7. Types de demandes de coopération technique

Le dispositif de protection social au Bénin a grand besoin de rénovation pour atteindre le degré d'efficacité que l'on est en droit d'attendre de lui et pour utiliser, d'une manière optimale, les ressources importantes dont il dispose ou dont il viendrait encore à disposer.

Dans le cadre du programme de coopération technique et à la demande du gouvernement béninois une étude liminaire sur la protection sociale au Bénin et sur ses perspectives d'évolution a été réalisée par les experts du BIT. Cette étude, qui s'est déroulée du 9 au 19 mars 1997, a eu pour objectif principal de cibler les grandes questions concernant la couverture sociale des populations béninoises afin d'entreprendre ultérieurement les approfondissements nécessaires.

8. Actions de coopération technique

La participation du BIT à ce programme de réforme est traduit par les quelques recommandations susceptibles de nourrir la réflexion que les responsables ont engagée sur le processus de réforme, et quelques directions à explorer pour que le consensus qui existe sur le constat puisse se transformer en un consensus sur les actions à mener.

II. Secteur informel

9. De l'extension des mécanismes de protection sociale au Bénin

Le gouvernement béninois est fort engagé pour l'élargissement de la couverture de la sécurité sociale aux travailleurs du secteur informel et leurs dépendants. Le ministère du plan, de la restructuration économique et la promotion de l'emploi de concert avec le ministère du travail et de la santé a initié une politique nationale contre la pauvreté et la marginalisation dans la perspective de la recherche du minimum social pour la population.

a. Prestations

Les besoins identifiés en matière de sécurité sociale pour les travailleurs du secteur informel concernent :

La santé

Les prestations de survivants et l'invalidité

Les prestations familiales et l'éducation de base

L'emploi

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

Les coopératives agricoles

En 1980, l'OBSS a initié des projets pilotes dans le but d'étendre la sécurité sociale vers les milieux ruraux. La structure expérimentale utilisée fût les coopératives agricoles créées par CADER (Centres d'Action pour le Développement Rural). Malheureusement ces coopératives n'ont pu faire long feu suite à l'inadéquation de l'approche stratégique appliquée et à la carence des ressources financières.

Les mutuelles

L'approche mutualiste fût proposée par le BIT en 1996 dans son projet interrégional comprenant le Bénin, la Tanzanie, l'El salvador et l'Inde.

c. De l'existence des projets

Le projet interrégional BIT sur la protection sociale pour le secteur informel a mis en place au Bénin des projets pilotes dans le cadre de l'extension de la sécurité sociale. Les bénéficiaires visés en premier lieu sont les travailleurs du secteur informel et leurs dépendants. Cependant, le projet a laissé des ouvertures pour les travailleurs qui ont des relations de travail informelles avec leurs employeurs, lesquelles signifient souvent absence de contrat de travail écrit aussi bien que pour les travailleurs occasionnels qui travaillent, directement ou indirectement, pour les entreprises du secteur formel.

Il y a aussi le projet d'action de recherche des méthodes de gestion des services de santé au niveau des villages et des communes dénommé " projet de soins de santé primaires de PAHOU".

Le cas de la tentative de l'assurance maladie avec SASAKAWA GLOBAL 2000, ONG dont la structure nationale est financée par la fondation Jimmy Carter et le Japon s'avère une expérience également importante sur le plan de la sécurité sociale. En effet, SASAKAWA s'est basée sur la caisse d'épargne et de prêt(CREP) pour monter cette expérience avec le monde rural. La base est un crédit intrant mis à la disposition des paysans avec un taux d'intérêt à 6%. La branche assurance maladie s'est greffée sur une structure assez élaborée avec une gestion locale fonctionnant sur le principe de l'interconnaissance.

10. L'exclusion sociale au Bénin

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population

Les deux secteurs économiques béninois ne permettent pas à leurs travailleurs respectifs de pourvoir, de manière satisfaisante, aux multiples besoins de survie. Selon la publication du PNUD 1996, le Bénin est parmi les pays les plus pauvres du monde. Cette situation pèse plus sur les groupes vulnérables : femmes, enfants, analphabètes, désœuvrés, chômeurs, les gagnés petits...

Le gouvernement béninois a initié un programme spécifique d'assistance sociale pour les groupes vulnérables exclus de la protection sociale. Cette initiative est soutenue par les institutions et organisations tant nationales qu'internationales. Les interventions des ONGs sont évidentes dans ce domaine de l'intégration sociale. Sept ONGs travaillent assidûment pour mettre un terme à l'exclusion sociale. Malheureusement, toutes ces interventions du programme sont fort limitées dans leur action suite à des multiples contraintes :

Manque d'information adéquate sur les groupes spécifiques à prendre en charge (absence quantitative et qualitative d'études sur les groupes vulnérables).

Absence des structures de coordination pour consolider les interventions des multiples organismes en présence avec comme conséquence : actions partielles, dédoublement d'interventions et perte d'énergie.

Manque des ressources ad hoc.

- Les cas les plus frappants de l'exclusion au Bénin

Les veuves, les orphelins et les personnes âgées ne sont ni protégées par le revenu salarial du chef de famille, ni par d'autres protections familiales. Ces groupes sont les plus concernés par le programme d'assistance sociale.

- **Actions de développement économique pour exclus**

Dans le cadre du programme d'assistance sociale au Bénin, sept ONGs ont initié plusieurs actions parmi lesquelles l'octroi de crédit pour le développement économique des exclus.

- **Actions de structuration du secteur pour exclus**

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Le système de protection sociale au Bénin avec ses deux régimes ne remplit pas pleinement sa mission à savoir, couvrir la population face aux multiples risques sociaux. Cette situation s'est aggravée d'une part avec l'émergence d'un secteur informel plus bondé des travailleurs que le secteur structuré, et d'autre part avec les difficultés économiques que traversent les pays de la zone- Franc (dévaluation du franc CFA...). La conséquence de cet état des choses se résume, sur le plan social, par la présence des exclus du système de la protection sociale.

Pour faire face à cette éventualité, le gouvernement béninois a initié un programme d'assistance sociale dans la perspective de l'extension du système de la protection sociale. Ainsi les femmes, les enfants et les personnes âgées ont été mis en première position pour la réalisation du programme. Mais malheureusement l'absence d'un organe de coordination des multiples interventions des partenaires des divers horizons...a réduit les effets escomptés.

C'est sous cet angle qu'il convient de comprendre l'intervention du projet interrégional BIT avec comme fonction principale : consolider la capacité des gouvernements, des agences de sécurité sociale, des ONGs, et des compagnies d'assurance pour élaborer et gérer le projet de sécurité sociale pour le secteur informel et en second lieu : soutien direct aux associations du secteur informel.

BURUNDI
1999-2000

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maladie	Prestations en espèces et en natures
Maternité	Prestations en espèces et en natures
Risques professionnels	Prestations en espèces
Invalidité	Cas d'incapacité permanente : Prestations en espèces (pension d'invalidité) et soins médicaux.
Prestations familiales	Prestations en espèces
Vieillesse	Prestations en espèces : 30% du salaire moyen mensuel au cours des 3 ou 5 dernières années. Augmentation de 2% pour chaque année de cotisation au dé là de 180 mois.
Survivants	Prestations en espèces

2. Statut de l'organisme assureur

Le régime de la sécurité sociale au BURUNDI est géré par l'organisme dénommé «**institut national de sécurité sociale**».

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

La caisse de sécurité sociale au BURUNDI est gérée par un conseil d'administration tripartite comprenant respectivement les représentants de l'Etat, du patronat et des syndicats des travailleurs.

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Maladie	Travailleurs salariés Leurs personnes à charge
Maternité	Femmes salariées
Risques professionnels	Travailleurs salariés Travailleurs assimilés
Invalidité	Travailleurs salariés
Prestations familiales	Travailleurs salariés Apprentis avec épouses à charge
Vieillesse	Travailleurs salariés
Survivants	Veuves, veufs, orphelins, parents et grands- parents à charge.

Les régimes spéciaux prennent en charge :

Les fonctionnaires civils et militaires

Les magistrats

Les étudiants de l'enseignement supérieur

5. Réalité de la couverture

La réalité de la protection sociale au Burundi en plus des prestations de l'INSS, indique que l'institution du régime d'assurance maladie pour les agents publics et assimilés a déjà fait ses preuves positives depuis 1980, le système de prise en charge de la santé des travailleurs du secteur privé structuré par les employeurs a marqué son importance depuis longtemps et la protection sociale telle que vécue aujourd'hui nécessite une extension vers les travailleurs du secteur informel burundais.

En effet, le régime d'assurance maladie des agents publics et assimilés prend en charge 80% du coût des prestations, les 20% restant sont à la charge du bénéficiaire selon le principe de ticket modérateur. Le remboursement des produits pharmaceutiques se fait à 80% pour les génériques et les spécialités n'ayant pas de génériques correspondants ; 70% pour les spécialités qui ont des équivalents en générique.

Cependant, ce régime ne couvre que 10% de la population burundais. Ce qui incite les couches de la population non couvertes ou couvertes de manière inefficace pour les soins de santé de se faire soigner frauduleusement à la mutuelle de la fonction publique (population du monde rural, du secteur informel et du secteur privé structuré)

La prise en charge des soins de santé des travailleurs du secteur privé structuré et de leurs personnes à charge par les employeurs reste théorique pour la plupart des entreprises. Par contre, il existe quelques rares entreprises qui assurent à leurs employés la gratuité des soins avec des restrictions dans le but de limiter la charge des soins de santé qui est très lourde et ne peut être supportée que difficilement par leurs trésoreries modestes.

6. Difficultés des mécanismes publics

Domaines	Difficultés
Prestations	Inégalité dans la distribution des soins de santé
Juridiques	Inflation des textes légaux
Financiers	Insuffisance de réserves de sécurité Augmentation répétée du taux de cotisation Déséquilibre financier
Administratif & Gestion	Insuffisance des ressources humaines compétentes

7. Types des demandes de coopération technique

Domaines	Requêtes
Prestations	
-Juridiques	Révision du cadre institutionnel et organisationnel de la santé
-Financiers	

-Administratif & Gestion	Décentralisation du système national de santé
-----------------------------	---

8. Actions de coopération technique

Domaines	Actions	
	Récemment réalisés	Actuellement en cours
Prestations		
-Juridiques		
-Financiers		
-Administratif & Gestion		

II. Secteur informel

9. De l'extension des mécanismes de protection sociale au Burundi

Au dé là de quelque initiative de prise en charge sociale des populations non couvertes par les institutions officielles, le besoin de l'extension des mécanismes de la sécurité sociale au Burundi se fait sentir de plus en plus.

a. Prestations

Par rapport aux dispositions prises en 1984 au Burundi on peut retenir l'introduction d'une carte d'assurance maladie permettant à la population à faible revenu d'obtenir des prestations comprenant les soins médicaux, chirurgicaux et de maternité, l'hospitalisation, les soins dentaires et les médicaments. D'autre part, on peut identifier une autre forme de sécurité sociale se traduisant par des mécanismes traditionnels d'entraide en cas de maladies ou de décès d'un membre d'une famille ou encore d'une association donnée.

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

L'initiative du gouvernement Burundais pour la couverture sanitaire des populations démunies repose sur la stratégie d'une carte d'assurance. La carte est vendue facultativement à toute personne de nationalité burundaise, âgée d'au moins 20 ans. L'acquéreur de la carte d'assurance a ainsi le droit d'aller se faire soigner dans n'importe quelle formation médicale de l'Etat.

Mais malheureusement, le mécanisme est rendu inefficace par la crise qui frappe les formations médicales de l'Etat et occasionne des fraudes dans la mutuelle de la fonction publique.

Quant aux mécanismes traditionnels de sécurité sociale, ils fonctionnent sur la base de la solidarité familiale ou associative.

c. De l'existence des projets

(A compléter ultérieurement)

10. L'exclusion sociale au Burundi

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population

En considérant l'initiative de la carte d'assurance maladie, on peut affirmer que les autorités burundaises sont favorables à la protection sociale des exclus au sein de la population.

- Les cas le plus frappant de l'exclusion au Burundi

(A compléter ultérieurement)

- Actions de développement économique pour exclus

(A compléter ultérieurement)

- Actions de structuration du secteur pour exclus

(A compléter ultérieurement)

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Le gouvernement Burundais s'efforce d'améliorer la protection sociale de sa population. A part les prestations classiques, le régime Burundais dispose d'un système particulier d'assurance maladie non pas seulement pour les travailleurs du secteur privé mais aussi pour les agents Publics et assimilés. Encore et encore, le secteur informel est en souffrance, à part quelques associations d'entraide isolées créées par des travailleurs du secteur informel qui méritent d'être soutenues.

CAMEROUN

1999-2000

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maternité	<p>100% du salaire du pour 4 semaines avant et 10 semaines après l'accouchement(peuvent être prolongées à concurrence de 6 semaines si complications).</p> <p>Prestations médicales : les femmes salariées ou conjointe d'un assuré reçoivent 1400 francs pour frais d'accouchement et 200 francs par examen prénatal et pour l'examen de l'enfant au 6^e mois de vie.</p>
Risques professionnels	<p>Prestations d'incapacité temporaire : 66,66% du salaire. Plafond de salaire pour le calcul des prestations : 17933francs par jour. Payable dès le jour suivant l'accident jusqu'à guérison ou constatation d'incapacité permanente.</p> <p>Pension d'incapacité permanente :</p> <p>En cas d'incapacité totale, 85% du salaire moyen. Plafond et plancher du salaire pour le calcul des prestations; 537994 et 24075francs par mois. Supplément pour assistante constante : montant égal au salaire de la 1^{ère} catégorie de la zone1 échelon A du secteur dont relève la victime;</p> <p>En cas d'incapacité partielle : Pourcentage de la pension complète proportionnel au degré d'incapacité égal à 20% ou plus ; Somme forfaitaire égale à 10 annuités de la pension partielle si taux d'incapacité inférieur à 200%.</p> <p>Prestations médicales :Frais médicaux et chirurgicaux, hospitalisation, médicaments, appareils de prothèse, radiographies, service de laboratoire, réadaptation, réadaptation professionnelle.</p> <p>Pensions de survivants : 85% de salaire moyen de l'assuré. Pension répartie entre les survivants ayants droit ci-après conformément aux tables figurant dans la loi : Conjoint, enfants âgés de moins de 14ans(18ans si apprenti, 21 ans si étudiant ou invalide); Ascendants à charge. Allocations funéraires : frais d'enterrement.</p>
Prestations familiales	<p>Allocations familiales ; 1800francs par mois pour chaque enfants(payable par trimestre).</p> <p>Allocation prénatale : 1800francs par mois durant 9mois(payée en 2 versements).</p> <p>Allocations de naissance : 21600francs pour chaque naissance.</p>
Invalidité	<p>Pension d'invalidité :</p> <p>30%du salaire mensuel au cour des 3 ou 5 dernières années. Augmentation de 1% pour chaque année de cotisations au-delà de 180 mois(année à courir à partir de la demande jusqu'à l'âge de 60 ans prises en compte</p>

Vieillesse	<p>Pension de vieillesse : 30% du salaire moyen mensuel au cours des 3ou 5 dernières années. Augmentation de 1% pour chaque année de cotisations au-delà de 180mois. Allocations de vieillesse : Somme forfaitaire égale à autant de fois le salaire moyen mensuel de l'assuré que celui-ci compte de périodes de 12 mois d'assurance. Supplément pour assistance constante: 40% de pension.</p>
survivants	<p>Pension de veuve : 50% de la pension de vieillesse payable à toutes les épouses légitimes non divorcées, indépendamment de leur âge. Pension d'orphelins : 15% de la pension de l'assuré pour chaque orphelin, 25% si orphelin de père et de mère. Parents à charge : 10% de la pension de l'assuré. Allocations de survivants : somme forfaitaire égale à 1 mois de la pension de base pour chaque tranche de 6 mois de cotisations.</p>

2. Statut de l'organisme assureur

Au Cameroun le régime de la sécurité sociale est géré par la caisse nationale de prévoyance sociale qui est une institution étatique. Il existe aussi une multitude d'organisations traditionnelles qui s'occupent surtout de l'assurance décès et de l'épargne / crédit.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme (à compléter)

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Risques professionnels	Travailleurs salariés(à l'exception des agents de l'état), apprentis, gens de mer, étudiants de l'enseignement technique, personnes placées dans les centres de formation, de rééducation fonctionnelle et de réadaptation professionnelle (accidents au cours de la formation).
Prestations familiales	Travailleurs salariés ayant 1 enfant ou plus.
Maternité	Femme salariée.
Vieillesse	Travailleurs salariés.
Invalidités et survivants	Travailleurs salariés. Les veuves, les orphelins, les parents à charge

5. Réalité de la couverture par rapport aux normes

Le Cameroun organise la sécurité sociale conformément à la législation en vigueur dans le pays, néanmoins le secteur informel n'a pas été pris en compte. Pour palier cette défaillance les travailleurs du secteur informel se sont constitués en organisations traditionnelles de solidarité avec un volet de "mutuelle de santé".

6. Difficultés des mécanismes publics

Domaines	Difficultés
Juridiques	
Financiers	La baisse des recettes suite au refus de verser les cotisations par un bon nombre d'employeurs qui prétextent la crise.
Administratif & Gestion	

7. Types des demandes de coopération technique

En 1987, le Gouvernement du Cameroun a sollicité la coopération technique du BIT pour l'analyse financière du régime de sécurité sociale géré par la Caisse Nationale de prévoyance sociale(CNPS). Il s'agissait de procéder à une analyse détaillée des opérations financières de chacune des trois branches en fonction des perspectives probables d'évolution de la législation et de l'emploi.

Domaines	Requêtes
Prestations	La revalorisation des prestations.
-Juridiques	
-Financiers	Le relèvement progressif du plafond des salariés

-Administratif & Gestion	Les incidences des compressions de personnel provoquant la mise à la retraite anticipée d'un certain nombre des travailleurs.
-----------------------------	---

8. Actions de coopération technique

Le BIT en 1987 a procédé à l'analyse financière du régime de sécurité sociale du Cameroun gérée par la caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS).

II. Secteur informel

9 De l'extension des mécanismes de protection sociale au Cameroun

Le programme de la réforme de la protection sociale au Cameroun comporte un volet extension pour la couverture d'un plus grand nombre.

a. Prestations

L'assurance maladie est la première prestation qui intéresse jusque là le programme de réforme. En outre, il existe au Cameroun des réunions ou des organisations traditionnelles de solidarité, mais dont l'aspect sanitaire ne constitue pas la préoccupation principale et l'aide accordée pour cette fin reste insignifiante, 50 à 100 Francs une fois l'an quelque soit la gravité et les nombres d'épisodes de la maladie.

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

Ce sont des groupes ethniques organisés en réunions qui disposent d'une caisse alimentée par les cotisations des membres et gérée de façon démocratique.

c. De l'existence des projets

Il existe un volet extension dans le programme de réforme de la sécurité sociale au Cameroun.

10. L'exclusion sociale au Cameroun

- **Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population.**
- **Les cas le plus frappant de l'exclusion au Cameroun**
Celui du secteur informel. En effet, la seule ville de Yaoundé compte 57% de la population active dans le secteur informel.
- **Actions de développement économique pour exclus**
(A compléter ultérieurement)
- **Actions de structuration du secteur pour exclus**
(A compléter ultérieurement)

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Le gouvernement camerounais assure la protection sociale de sa population par le truchement de la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) qui est une Entreprise publique. Seulement, cette dernière ne couvre que les travailleurs salariés régis par le contrat de travail.

Par ailleurs, le secteur informel emploie plus de 57% de la population active pour la ville de Yaoundé, ce pourcentage est sans aucun doute plus élevé à l'intérieur du pays, Les quelques organisations traditionnelles qui existent fonctionnent de façon désordonnée, sans une structure de coordination ni fondement juridique. Le secteur informel reste donc non couvert surtout sur le plan sanitaire car l'assistance que les membres des associations reçoivent pour se faire soigner ne dépasse pas 100 francs par ans quelle que soit la gravité de la maladie et la fréquence des épisodes.

CONGO
1999-2000

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maternité	En espèces : 50% de salaire sont versés aux femmes employée. Sur le plan médical : Soins de maternité gratuits, y compris la prise en charge des frais d'accouchement.
Risques professionnels	Cas d'incapacité temporaire : prestation en espèce (100% du salaire) Cas d'incapacité permanente : Prestations en espèces et en natures (soins médicaux et chirurgicaux, hospitalisation, médicaments, appareils de prothèse et transport.
Invalidité	Pensions d'invalidité.
Prestations familiales	Allocations familiales : 1200francs par mois pour chaque enfant. Allocations prénatales : 1200francs par mois pendant 9mois. Allocations de naissances : somme forfaitaire de 1100francs par mois pendant 9mois(payées en deux versements.
Vieillesse	Pension de vieillesse
Survivants	Prestations en espèces. Allocation funéraire

2. Statut de l'organisme assureur

La république du Congo dispose de deux caisses de sécurité sociale : il y a d'une part la caisse de retraite des fonctionnaires(CRF) qui existe depuis 1960 avec comme mission de gérer les régimes de pension de retraite des fonctionnaires et assimilés, de développer l'action sociale et sanitaire en faveur des retraités et leurs familles et de rentabiliser les fonds disponibles, d'autre part, il y a la caisse nationale de sécurité sociale qui couvre les contractuels de la fonction publique et les travailleurs du secteur privé ainsi que leurs familles respectives.

La caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) est l'organisme qui s'occupe de la gestion du régime sous la tutelle du ministère du travail et de la sécurité sociale.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

Les partenaires sociaux sont membres du conseil d'administration

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Maternité	Femmes salariées
Risques professionnels	Travailleurs salariés, membres de coopératives d'ouvriers, apprentis et étudiants des établissements techniques.
Invalidité	Travailleurs salariés. Régime spécial pour les fonctionnaires.
Prestations familiales	Travailleurs salariés ayant un enfant ou plus, mariés ou non.
Vieillesse	Travailleurs salariés.
Survivants	Veuve, orphelins, père et mère, Parents, grands- parents à

5. Réalité de la couverture

La république du Congo vient de connaître des événements sociaux très graves en l'espace de cinq ans dont les conséquences sont perceptibles à tous les niveaux de la vie du pays. La réalité de la couverture sociale au Congo à la date d'aujourd'hui ne peut se comprendre qu'en se référant aux affres des deux guerres de la décennie 1990. Destruction partielle des bâtiments et immeubles abritant les organismes de gestion de la protection sociale, destruction pour l'essentiel de la documentation, des pièces comptables et archives et pillage de l'outil de travail suivi de l'incendie.

De concert avec le BIT, le gouvernement congolais se déploie à soutenir les initiatives du ministère du travail et de la sécurité sociale dans la perspective de la réhabilitation du système de protection sociale congolaise. D'ores et déjà, les travailleurs des deux caisses ont retrouvé leurs postes et l'opération de liquidation des pensions de retraite a repris.

6. Difficultés des mécanismes publics

Domaines	Difficultés
Techniques	Actions sociale et sanitaire mal définies.
Juridiques	La C.N.S.S.fonctionne sans base juridique et manque d'organes de gestion et de contrôle.
Financiers	Pour la C.R.F : Diminution de l'assiette des cotisations du fait de départs à la retraite et du gèle de l'opération de recrutement depuis 1986. Réduction de salaire qui baisse le niveau de contribution de l'Etat et de l'agent sans contre partie alors que le montant de pension ne suit pas le mouvement. Destructions des pièces comptables et archives des assurés sociaux par le fait de la guerre.
Administratif & Gestion	Absence de lieu physique de travail (bâtiments et immeubles) ; Non-informatisation des services de la caisse.

7. Types des demandes de coopération technique

Dans le cadre du renforcement du partenariat actif et face aux enjeux actuels et futurs le gouvernement congolais, tenant en compte l'assistance constante du BIT au regard des efforts qu'il ne cesse de déployer en faveur du développement pluri dimensionnel du Congo, a formulé une requête d'appui technique dont la teneur pour le volet institutionnel passe par une série d'aide sollicité.

Domaines	Requêtes
Prestations	CNSS Redimensionner l'action sanitaire et sociale Analyser les secteurs d'activités non couverts CRF. Définir une stratégie claire et réaliste.
Juridiques	Elaboration des textes juridiques nouveaux à savoir : un régime de retraite ; un statut conférant une autonomie financière ; un contrat plan ; un cadre de gestion stable et claire et un plan de formation.
Financiers	C.N.S.S. La définition et la mise en œuvre des stratégies pour la caisse notamment l'élaboration d'un plan de redressement. C.R.F. Audit financier
Administratif & Gestion	CNSS Elaboration d'un plan de redressement Evaluation et analyse de l'existant après la guerre C.R.F Préparation et mise en œuvre d'une structuration

Cette requête telle que formulée concerne également le ministère du travail et la sécurité sociale, l'emploi, la formation et le secteur informel. Elle requiert l'intervention du BIT auprès des bailleurs de fonds des institutions financières internationales, les ONGs, les associations et fondations, les fonds de développement des Etats membres de l'OIT et autres pays en vue du financement susceptible d'aider à la réhabilitation des directions du ministère et à la mise en œuvre du fond spécial des micro projets et micro entreprises du secteur informel dans la perspective de lutte contre le chômage.

8. Actions de coopération technique

Domaines	Actions	
	Récemment réalisés	Actuellement en cours
Prestations		(A compléter ultérieurement)
-Juridiques		(A compléter ultérieurement)
-Financiers		(A compléter ultérieurement)
-Administratif & Gestion	CRF diagnostic de la caisse et proposition des solutions pour améliorer les services rendus aux retraités congolais	(A compléter ultérieurement)

Dans le cadre du programme de coopération technique avec le Congo le BIT, en collaboration avec le PNUD et le CRF, a initié un audit de la caisse de retraite des fonctionnaires et à proposer des solutions pour améliorer les services rendus aux retraités de la fonction publique congolaise. Les relations entre le BIT et la CNSS n'ont pas été à la hauteur des enjeux. Les réalisations se sont limitées à L'élaboration d'un planning qui n'a pas eu les moyens d'application pour la formation du personnel à l'outil informatique, le nettoyage du fichier... tout reste à faire ou à adapter aux conditions actuelles.

II. Secteur informel

9. De l'extension des mécanismes de protection sociale au Congo

L'Etat congolais sollicite l'extension de la protection sociale à un plus grand nombre. La requête du gouvernement Congolais au BIT concerne également le secteur informel. En effet, dans sa demande de collaboration technique le Congo requiert l'intervention du BIT auprès des bailleurs de fonds des institutions financières internationales, les ONGs, les associations et fondations, les fonds de développement des Etats membres de l'OIT et autres pays en vue du financement susceptible d'aider à la mise en œuvre du fond spécial des micro projets et micro entreprises du secteur informel.

a. Prestations

Par rapport à l'extension de la protection sociale au Congo, le BIT a proposé l'instauration de l'approche mutualiste pour la prise en charge des problèmes sanitaires.

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

(A compléter ultérieurement)

c. De l'existence des projets

L'avant projet d'extension vise en premier lieu, les professions libérales et le secteur informel, qui paraissent pour la CNSS comme les plus importants.

10. L'exclusion sociale au Congo

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population

Les responsables congolais sont préoccupés par les problèmes de la protection sociale des travailleurs du secteur informel et des professions libérales.

- Les cas le plus frappant de l'exclusion au Congo

Les travailleurs du secteur informel et ceux des professions libérales.

- Actions de développement économique pour exclus

Aucune action dans l'immédiat en attendant l'expertise du B.I.T.

- Actions de structuration du secteur pour exclus

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Le gouvernement congolais est entrain de fournir des efforts considérables pour la reconstitution de son système de protection sociale. En effet, après les affres des deux guerres survenues en une seule décennie (1990), le tissu socio-économique du Congo est à refaire afin de prétendre prémunir la population contre les risques sociaux. Le gouvernement se déploie ainsi à soutenir les initiatives du Ministère du travail et de la sécurité sociale avec la collaboration technique du BIT pour la réhabilitation de son système de protection sociale et la lutte contre l'exclusion sociale.

COTE D'IVOIRE**1999-2000**

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maladie	Prestations en nature par les centres médico- sociaux de la CNPS
Maternité	Prestations en espèces
Risques professionnels	Cas d'invalidité temporaire : prestations espèces Cas d'invalidité permanente : prestations en espèces et en nature*
Invalidité	Pension d'invalidité Allocation d'invalidité
Prestations familiales	1.500 F par enfant et par mois versés par la CNPS
Vieillesse	La CNPS verse des pensions

*Soins médicaux et chirurgicaux, hospitalisation, fournitures pharmaceutiques, appareils de prothèse, transport et réadaptation.

2. Statut de l'organisme assureur

La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale (CNPS) est chargée de la gestion du régime général de la protection sociale en Côte d'Ivoire.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

Les partenaires sociaux de la caisse nationale de prévoyance sociale sont membres du conseil d'administration. Ils participent à la gestion de l'organisme assureur.

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Maladie	Travailleurs salariés Mères et Enfants
Maternité	Femmes salariées Epouses d'un travailleurs salariés
Risques professionnels	Travailleurs salariés Gens de mer Certains travailleurs indépendants Apprentis et Membres de coopératives
Invalidité	Travailleurs salariés
Prestations familiales	Travailleurs salariés ayant un enfant ou plus.

Vieillesse	Travailleurs salariés
Survivants	Veuves(veufs), Orphelins, Père et mères Parents et grands- parents

Il un régime spécial qui gère les fonctionnaires.

5. Réalité de la couverture

L'Etat ivoirien organise trois organismes assureurs : la caisse nationale de prévoyance sociale (CNPS), la Caisse Générale de Retraite des Agents de l'Etat (CGRAE) et la Mutuelle Générale des Fonctionnaires et Agents de l'Etat (MGFAE).

La MGFAE a été créée le 27 avril 1973 par le décret no 73165 dans le but d'alléger les charges sociales de l'Etat qui devenaient de plus en plus insupportables. Cette Mutuelle prend en charge, les produits pharmaceutiques, les verres optiques et leurs montures, les soins et les prothèses dentaires.

En 1995, la MGFAE couvrait 403.814 bénéficiaires pour 196.545 adhérents.

Les systèmes légaux et conventionnels ne couvrent qu'à peine 10% de la population totale ivoirienne.

6. Difficultés des mécanismes publics

Domaines	Difficultés
Financiers	Contrainte de l'ajustement régulier du taux de cotisation Difficultés de recouvrement en cours et arriérés de cotisations Déséquilibre financier. Absence des réserves
Administratif & Gestion	Inadaptation de la gestion aux exigences de performance

7. Types des demandes de coopération technique

Domaines	Requêtes
- Prestations	Améliorer la gamme et le niveau des prestations Révision de la liste des maladies professionnelles.
-Juridiques	Elaboration d'un texte de loi-cadre pour l'instauration d'un système national d'assurance- maladie. Révision des statuts de la MGFAE
-Financiers	Etude de la situation financière de la MGFAE
-Administratif & Gestion	Etude et refonte de l'organisation de la MGFAE

8. Actions de coopération technique

Domaines	Actions	
	Récemment réalisés	Actuellement en cours
- Prestations		
-Juridiques	Elaboration d'un projet de loi-cadre fixant les principales règles du nouveau régime de la couverture maladie.	
-Financiers	Mission sur les aspects financiers de la Mutuelle générale des fonctionnaires et agents de l'Etat (OIT/TAP/Côte d'Ivoire, février- mai 1990)	
-Administratif & Gestion		

II. Secteur informel

9. De l'extension des mécanismes de protection sociale en Cote d'ivoire

a. Prestations

Soins médicaux

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

L'assurance maladie est fournie au travers :

des grandes entreprises ivoiriennes : stratégie Mutuelle d'entreprise
des groupements à vocation coopérative (GVC)

c. De l'existence des projets

(à compléter)

10. L'exclusion sociale en Cote d'ivoire

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population

Les responsables du pays ont des attitudes favorables car ils veulent instaurer un système national d'assurance maladie vital pour la population en s'appuyant sur les catégories socioprofessionnelles les plus solvables et les différents organismes assureurs. L'Etat ayant un rôle coordonnateur.

- Les cas le plus frappant de l'exclusion en Cote d'ivoire

les actifs non salariés (Travailleurs indépendants)
les travailleurs du monde rural

- Actions de développement économique pour exclus

(A compléter ultérieurement)

- Actions de structuration du secteur pour exclus

(A compléter ultérieurement)

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Il existe depuis le début des années 1990 une réforme du système sanitaire et social, politique entreprise par le ministère de la santé publique et des affaires sociales. Les grandes lignes de cette réforme sont :

offrir des prestations sanitaires de qualité et accessibles à tous
faire participer les usagers à la gestion des formations sanitaires
lutter contre la pauvreté, la maladie et l'exclusion.

Le gouvernement se propose d'instaurer un système national d'assurance- maladie.

GABON
1999-2000

I. Secteur institutionnel

1. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maladie	Prestations en nature /Centres médicaux sociaux de la CNSS.
Maternité	Prestations en nature /Centres médicaux sociaux de la CNSS.
Risques professionnels	Cas d'incapacité temporaire : Prestations en espèces Cas d'incapacité permanente : Prestations en espèces et en natures. *
Invalidité	Prestations en espèces après avis médical.
Prestations familiales	Prestations en espèces et en natures (quelques services sociaux et sanitaires sont également fournis aux mères et aux enfants)
Vieillesse	Prestations en espèces (allocations de vieillesse)
Survivants	Prestations en espèces.

*Soins médicaux, dentaires et chirurgicaux, hospitalisation, médicaments, appareils de prothèse, service de laboratoire, radiographie, réadaptation et transport.

Pour la prise en charge sanitaire des assurés de la sécurité sociale gabonaise, la CNSS dispose des trois hôpitaux, d'une polyclinique et d'une douzaine de centres médico-sociaux.

2. Statut de l'organisme assureur

La caisse nationale de sécurité sociale du Gabon, CNSS, est un organisme privé chargé de la gestion d'un service public placé sous la tutelle de l'Etat. La CNSS est chargée de gérer l'ensemble des branches de sécurité sociale, tant celles instituées par la loi N° 6/75 portant sur le code de sécurité sociale que les branches complémentaires créées plus tard.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

La caisse est administrée par un conseil d'administration de 12 membres à composition tripartite.

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population
Maladie	Salariés du secteur : public para public privé et leurs personnes à charge
Maternité	Femmes salariées
Risques professionnels	Travailleurs salariés Membres de coopératives Travailleurs assimilés et certaines catégories de travailleurs indépendants
Invalidité	Travailleurs salariés
Prestations familiales	Travailleurs salariés ayant un enfant ou plus Personnes élevant des enfants nés avant la retraite
Vieillesse	Travailleurs salariés
Survivants	Veuves Veufs et Orphelins

Les fonctionnaires, les travailleurs indépendants et les agents contractuels de l'Etat sont pris en charge par des régimes spéciaux.

5. Réalité de la couverture

Par rapport à la gamme des prestations servies, comparativement à ce qui se fait dans la plupart de pays africains, la couverture sociale des besoins des assurés au Gabon est la plus étendue du continent. En effet, l'Etat gabonais a institué plusieurs branches relatives à la protection sociale pour la prise en charge des besoins sociaux de la population. La CNSS, l'organisme de gestion, s'occupe de sept branches de protection sociale. La distribution des prestations se fait en nature et en espèces. Malgré l'importance de l'étendue couverte, il sied de signaler la présence des insuffisances importantes qui compromettent la pérennité de l'institution chargée de la gestion de la caisse.

6. Difficultés des mécanismes publics

Domaines	Difficultés
Juridiques	Ingérence de l'organe de tutelle entraîne des dysfonctionnements majeurs
Financiers	Les états financiers ne reflètent pas la situation réelle de l'organisme et des branches La situation financière globale est déséquilibrée La gestion de la trésorerie n'est pas efficace et comporte des risques La gestion budgétaire est insuffisamment assurée Le recouvrement des prêts et des loyers n'est pas efficient
Administratif & Gestion	L'organisation des services n'est pas efficace La gestion administrative des ressources humaines n'est pas rationnelle Le système d'immatriculation ne garantit pas une connaissance suffisante des employeurs et des assurés sociaux

7. Types des demandes de coopération technique

En 1989, les autorités gabonaises avaient demandé au BIT de mener une étude sur l'ensemble du système de protection sociale au Gabon dont les conclusions sont consignées dans les Rapports OIT/Gabon/R11 et OIT/Gabon/R12.

Domaines	Requêtes
-Techniques	Améliorer la qualité des prestations
-Juridiques	Participer à la confection du nouveau code de la sécurité sociale
-Financiers	Améliorer le système de recouvrement Introduire les outils efficaces de gestion financière et budgétaire
-Administratif & Gestion	Mise en place des outils efficaces et efficaces pour l'identification des assurés Simplifier les procédures administratives aux affiliés

Ces différentes requêtes sont présentées selon les domaines d'activités de la CNSS, Le recouvrement, les prestations vieillesse, invalidité et décès, les risques professionnels, l'action sanitaire et sociale, ainsi que pour les ressources humaines et l'informatique.

8. Actions de coopération technique

Le diagnostic du BIT sur l'ensemble du système de protection sociale gabonais a abouti à l'élaboration d'un plan de restructuration qui reprend les mesures de réforme en profondeur notamment pour la réorganisation du champ matériel (prestations maladie par exemple) ou personnel pour l'extension à d'autres catégories de populations. Le programme de restructuration traite essentiellement de la caisse nationale de sécurité sociale. Il est cependant prévu que le programme de réforme englobe l'ensemble du système de protection sociale.

Au stade actuel des choses, l'action de coopération technique du BIT se traduit par la confection de l'avant projet du code sur la sécurité sociale au Gabon

II. Secteur informel

9. De l'extension des mécanismes de protection sociale au Gabon

Comme évoqué plus haut, le programme de réforme du système de la protection sociale gabonais entrevoit des perspectives pour l'extension du système prévoyance sociale aussi bien que son champ d'application. Le contenu du programme par rapport au volet extension reste à définir. Il n'existe donc pas encore un projet opérationnel sur le secteur en question.

10. L'exclusion sociale au Gabon

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population

Les autorités gabonaises sont déterminées à couvrir toutes les catégories socioprofessionnelles du Gabon, raison pour laquelle elles entrevoient l'extension du système déjà existant vers les catégories non couvertes.

- Les cas le plus frappant de l'exclusion au Gabon (A compléter ultérieurement)

- Actions de développement pour exclus (A compléter ultérieurement)

- **Actions de structuration du secteur pour exclus**
(A compléter ultérieurement)

11. La préoccupation gouvernementale relative à la protection sociale

La préoccupation la plus fréquente dans les discours des responsables politiques gabonais est celle d'améliorer la qualité de la gamme des prestations mises à la disposition de la population.

MADAGASCAR**1999-2000**

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maternité	Prestations de maternité : 50% du salaire. Dues pour 6 semaines avant et 8 semaines après accouchement (11 semaines en cas de complications). Prestations médicales : remboursement du coût des soins médicaux durant la grossesse et l'accouchement à concurrence de 25.000 francs.
Risques professionnels	Prestations d'incapacité temporaire : 2/3 du salaire, ne dépassant pas 6.000 francs par mois. Prestations d'incapacité permanente : 100% du salaire moyen si incapacité totale ; salaire moyen multiplié par 50% ou plus du degré d'incapacité si incapacité moyenne. Soins médicaux et chirurgicaux, hospitalisations, médicaments, appareils de prothèse, transport et réadaptation.
Prestations familiales	Allocation familiale : 1.100 francs par mois pour chaque enfant Allocation prénatale : 1.100 francs par mois pendant 9 mois Prime de naissance : 13.200 francs pour chaque naissance
Invalidité et survivants	Pension d'invalidité : 80% de la pension de vieillesse. Pension de veuve : 30% du salaire de l'assuré. Pension d'orphelins : 15% du salaire de l'assuré pour les deux premiers orphelins, 10% pour les suivants. 20% du salaire pour chaque orphelin de père et de mère.
Vieillesse	Pension de vieillesse : 30% du salaire minimum légal, plus 20% du salaire moyen au cours des 10 dernières années. Supplément pour personnes à charge. Allocations de vieillesse : (60 ans).

N.B pour ce qui est des prestations de maladie, elles n'existent pas comme telles mais aux termes du Code de travail, l'employeur est tenu de payer 100% du salaire pendant le 1^{er} mois du congé de maladie et 50% du 2^e au 6^e mois dans des circonstances spéciales.

2. Statut de l'organisme assureur

La Caisse Nationale de Prévoyance Sociale gère les cotisations et les prestations sous la surveillance générale du Ministère du Travail et de la Législation sociale.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

La gestion du régime au niveau de la Caisse nationale de prévoyance sociale s'effectue au travers d'un conseil d'administration composé de représentants des employeurs et des travailleurs, du ministère du Travail et de la Législation sociale, du ministère de Finances, du ministère de la santé, du ministère de la Population et des Conditions sociales, ainsi que du Directeur général de la caisse.

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Risques professionnels	Travailleurs salariés, membres de coopératives, exploitants agricoles, étudiants, apprentis, gens de mer et détenus exécutants des travaux manuels.
Prestations familiales	Travailleurs salariés, étudiants et apprentis ayant un enfant ou plus. Les chômeurs(allocations pendant 6 mois)
Maternité	Femmes salariées
Vieillesse	Travailleurs salariés
Invalidités	Travailleurs salariés
Survivants	Veuves, Orphelins, Parents et grands-parents à charge, ayant atteint l'âge de la retraite: 10% du salaire chacun; maximum: 30%.

5. Réalité de la couverture

La réalité de la couverture de la protection sanitaire au Madagascar ne se démarque pas de la situation générale des mécanismes de protection sociale en Afrique. L'Etat organise un régime général de sécurité sociale, géré par une caisse d'assurance dénommée "caisse nationale de prévoyance sociale" et un régime spécial pour les fonctionnaires civils et militaires.

La CNPS organise six prestations, les risques professionnels, les prestations familiales, l'invalidité, la vieillesse, la prestation des survivants et la maternité. Pour ce qui est des prestations de maladie, elles n'existent pas comme telles mais aux termes du Code de travail, l'employeur est tenu de payer 100 % du salaire pendant le 1^{er} mois du congé de maladie et 50 % du 2^e au 6^e mois dans des circonstances spéciales.

Le gouvernement malgache a entrepris depuis 1985 un plan de restructuration économique dont les nombreux effets l'ont amené à accorder une attention plus soutenue aux problèmes généraux de la protection sociale et en particuliers aux réformes nécessaires pour promouvoir une meilleure adéquation des mesures existantes au nouvel environnement économique.

6. Difficultés des mécanismes publics

(A compléter ultérieurement)

7. Types des demandes de coopération technique

Le gouvernement malgache a fait appel au BIT pour l'aider à évaluer le dispositif mis en place au lendemain de l'indépendance du pays et à formuler un cadre pour servir à l'élaboration d'une stratégie de la protection sociale correspondant aux grands objectifs économiques et sociaux que le gouvernement s'est nouvellement fixés.

Domaines	Requêtes
Financiers	Audit financier de la Caisse nationale de prévoyance sociale
Administratif & Gestion	Audit organisationnel de la Caisse nationale de prévoyance sociale

8. Actions de coopération technique

Domaines	Actions	
	Récemment réalisés	Actuellement en cours
Prestations		
Juridiques	Expertises en législation (projet MAG/82/005) octobre et novembre 1992	
Financiers	Etudes financières (Projet MAG/82/005) octobre et novembre 1992	
Administratif & Gestion	Expertise en organisation et en informatique (projet MAG/82/005) Octobre et novembre 1992	

II. Secteur informel

9. De l'extension des mécanismes de protection sociale au Madagascar

Il ne semble exister aucun mécanisme formel de protection sociale institutionnalisée pour le secteur informel

a. Prestations

(A compléter ultérieurement)

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

(A compléter ultérieurement)

c. De l'existence des projets

(A compléter ultérieurement)

10. L'exclusion sociale au Madagascar

- **Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population**
(A compléter ultérieurement)
- **Les cas le plus frappant de l'exclusion au Madagascar**
(A compléter ultérieurement)
- **Actions de développement économique pour exclus**
(A compléter ultérieurement)
- **Actions de structuration du secteur pour exclus**
(A compléter ultérieurement)

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Le gouvernement malgache a chargé la Caisse Nationale de Prévoyance Sociale(CNPS) d'organiser la protection sociale de sa population en ce qui concerne le régime général de sécurité social. Les fonctionnaires civils et militaires quant à eux, sont régis par le régime spécial comme partout dans la plus part de pays. La restructuration entreprise par le gouvernement en 1985 relative aux problèmes généraux de la protection sociale prouve à suffisance la volonté du gouvernement d'améliorer les conditions de protection sociale. Les notes thématiques sur le secteur informel au Madagascar en rapport avec la protection sociale semblent inexistantes.

MAROC
1999-2000

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maladie	Indemnité de maladies : 66,66% du salaire moyen pendant toute la durée de l'incapacité. minimum: 66,66% du salaire minimum.
Risques professionnels	Pension d'incapacité temporaire : 50% du salaire assuré pour les 28 premiers jours d'incapacité ; 66 2/3% par la suite. Pension d'incapacité permanente : 100% du salaire moyen. Incapacité partielle : Salaire moyen multiplié par 50% du degré d'incapacité pour le pourcentage d'incapacité compris entre 10 et 50% et par 150% pour le pourcentage supérieur à 50%. Paiement d'un montant forfaitaire si degré d'incapacité inférieur à 10%. Supplément pour assistance constante : 40% de pension ; minimum : 1647dirhams. Pensions médicales : Soins médicaux, chirurgicaux et hospitaliers, médicaments et transport.
Invalidité	Pension d'invalidité : 50% du salaire moyen assuré au cours des 3 ou 5 dernières années, plus 1% de salaire pour chaque tranche de 216 jours d'assurance accomplis au-delà de 3240 jours. Pension maximum : 70% du salaire. Supplément pour assistance constante : 10% de salaire.
Prestations familiales	Allocations familiales : 54 dirhams par mois pour chacun des 3 premiers enfants et 36 dirhams pour chacun des enfants suivants jusqu'au 6 ^e . Prestations médicales : Prestations jusqu'à une valeur de 300 dirhams pour le premier enfant, et jusqu'à une valeur de 100 dirhams pour chacun des enfants jusqu'au 6 ^e .
Vieillesse	Pension de vieillesse : 50% du salaire moyen assuré au des 3ou5 dernières années, plus 1% de salaire pour chaque tranche de 216 jours d'assurance accomplis au-delà de 3240 jours. Pension maximum : 70% du salaire.
Survivants	Pension de veuve : 50% de la pension de l'assuré, payable à la veuve ou au veuf, âgé(e) de 50ans ou invalide. Pension d'orphelin : 25% de la pension de l'assuré, ou 50% si orphelin de père et mère. Maximum des pensions de survivants : 100% de pension de l'assuré.

2. Statut de l'organisme assureur

Le régime de la sécurité sociale au Maroc est géré par la Caisse nationale de sécurité sociale sous la surveillance générale du ministère de l'Emploi, de l'Artisanat et des Affaires sociales. La CNSS est un organisme public doté de la personnalité civile. Elle jouit d'une autonomie financière.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

Elle est administrée par un conseil d'administration tripartite de 24 membres (Etat, travailleurs, employeurs) et dirigée par un directeur général.

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Maladie	Travailleurs salariés et apprentis de l'industrie, du commerce, de l'agriculture, de la sylviculture, des coopératives, artisans et Les membres des professions libérales.
Maternité	Travailleurs salariés et apprentis de l'industrie, du commerce, de l'agriculture, de la sylviculture, des coopératives, artisans et Les membres des professions libérales.
Risques professionnels	Travailleurs salariés.
Prestations familiales	Travailleurs salariés et apprentis de l'industrie, du commerce, des coopératives, membres des professions libérales et bénéficiaires des prestations d'assurance ayant 1enfant ou plus.
Vieillesse et Invalidité	Travailleurs salariés et apprentis de l'industrie, de l'agriculture, du commerce, de la sylviculture, des coopératives, artisans et membres des professions libérales.
Survivants	Veuve, veuf et orphelin

5. Réalité de la couverture

La politique de prévoyance sociale au Maroc s'exerce par l'intermédiaire de plusieurs organismes et organisations, les uns ayant pour champ d'application les travailleurs du secteur privé et les autres ceux du secteur public.

Quant à leurs statuts, on retrouve les caisses de sécurité sociales publiques et privées, et les sociétés mutualistes. Il y a autant de méthodes de gestion qu'il y a d'institutions de protection sociale au Maroc (7 au total), chacune a son propre statut, ses propres structures et fonctionne selon ses propres règles.

Selon la législation en vigueur au Maroc, sont obligatoirement assujettis au régime de sécurité sociale :

- les salariés des secteurs industriel et commercial;
- les travailleurs des professions libérales;
- les travailleurs employés dans des coopératives agricoles et
- les marins pêcheurs.

D'autres catégories des personnes, comme les gens de maisons, les salariés des entreprises artisanales, sont en principe, également couvertes par le régime de sécurité sociale. Toutefois, les conditions et les modalités d'application de cette législation à ces catégories n'ont pas encore été fixées jusqu'à ce jour.

Le Maroc dispose d'un grand nombre d'institutions de sécurité sociale dont les principales sont :

- **Pour le secteur privé:**
 - La caisse nationale de sécurité sociale(CNSS)
 - La caisse interprofessionnelle Marocaine des retraités(CIMR)
 - Les sociétés mutualistes
 - Les assurances groupes.
- **Pour le secteur public :**
 - La caisse nationale des organismes de prévoyance sociale(CNOPS)
 - La caisse marocaine des retraites(CMR)

Cette multiplicité d'acteurs de la sécurité sociale et le volume de la redistribution (près de dix milliards de DH)qui est mis en œuvre pourraient faire croire que la couverture procurée est complète tant au point de vue des personnes que de contenu, or il n'en est rien. En effet, Cette couverture ne concerne qu'une seule catégorie de la population, les travailleurs salariés qui, du reste, ne représentent que 15% environ de la population, catégorie dont l'importance au sein de la population totale n'a, d'ailleurs, cessé de diminuer sous les effets combinés de la récession, des restructurations économiques et de l'évolution démographique. En suite, il n'existe pratiquement pas de coordination et, moins encore, de complémentarité, entre ces différentes institutions et ces différents régimes qui se sont développés et continuent de se développer de manière tout à fait indépendante. Cette situation occasionne la confusion de telle manière que des personnes relevant, en principe, des catégories couvertes peuvent se trouver non protégées à la suite d'un événement de leur vie professionnelle comme, par exemple, leur passage du secteur public au secteur privé vice versa. Ajouter à cela des cas de redondance les prestations organisées.

6. Difficultés des mécanismes publics

Domaines	Difficultés
Techniques	Redondance des prestations organisées Prestations non standardiser / inter caisse Faiblesse qualitative de la couverture sociale.
Juridiques	Absence d'efficacité du dispositif institutionnel : Pluralité des institutions de sécurité sociale Manque d'une structure de coordination entre les différentes

	institutions de sécurité sociale. En ce qui concerne la CNSS, il n'existe pas de textes définissant et réglementant son domaine d'application. La loi en vigueur est muette sur les mécanismes et la périodicité de revalorisation des montants des prestations familiales.
Financiers	Double prélèvement sur le revenu de l'assuré Double prestation en contrepartie de ce prélèvement Disparités entre les cotisations prélevées
Administratif & Gestion	

7. Types des demandes de coopération technique

Le gouvernement du Royaume de Maroc a sollicité la coopération du BIT, dans le cadre de son programme régulier d'assistance technique, pour effectuer une étude financière et actuarielle du régime de sécurité sociale géré par la caisse nationale de sécurité sociale.

8. Actions de coopération technique

Le BIT, à la demande du gouvernement marocain, a réalisé une étude financière et actuarielle du régime de sécurité sociale géré par la caisse nationale de sécurité sociale. Cette tâche a été structurée en quatre phases : l'élaboration d'un plan pour la collecte des données, l'exécution du plan par la direction des prestations et de l'actuariat de la caisse, l'analyse des données statistiques et financières disponibles et recueil des informations complémentaires à nécessaires à la réalisation de l'étude actuarielle et enfin, l'exploitation à Genève des informations et des données rassemblées, de même que l'analyse actuarielle.

II. Secteur informel

1. De l'extension des mécanismes de protection sociale au Maroc

a. Prestations

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

c. De l'existence des projets

10. L'exclusion sociale au Maroc

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population

Le gouvernement marocain est préoccupé par l'amélioration de son système de protection sociale. Une commission du BIT venait de mener des études et de faire des propositions sur la possibilité de mettre en place une couverture sociale des travailleurs non salariés susceptibles d'acheter leur protection.

- Les cas le plus frappant de l'exclusion au Maroc :

Les travailleurs indépendants et les travailleurs non-salariés ne sont pas couverts par le système actuellement en place.

- Actions de développement économique pour exclus

- Actions de structuration du secteur pour exclus

Comme évoqué plus haut, une commission du BIT venait de mener des études et de faire des propositions sur la possibilité de mettre en place une couverture sociale des travailleurs non salariés susceptibles d'acheter leur protection. Cela fait appel à la structuration du secteur pour la prise en charge des exclus.

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Le Maroc dispose d'un nombre impressionnant d'institutions de sécurité nationale, sans doute que le souci du gouvernement est d'améliorer au plus haut point le système de protection sociale de sa population, mais son action reste focalisée uniquement sur les travailleurs salariés qui ne constituent que 15% environ de la population, un effort considérable reste donc à fournir. C'est sous cet angle qu'il convient de situer les différentes études du BIT, préalables à la réforme du système actuellement en place.

RCA
1999-2000

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maternité	Prestations en espèces
Risques professionnels	Cas d'incapacité temporaire : prestations en espèces Cas d'incapacité permanente : prestations en espèces et en natures
Invalidité	Prestations en espèces (allocations d'invalidité)
Prestations familiales	Prestations en espèces (allocation prénatale, aide aux jeunes ménages) Prestations en espèces (services sociaux et sanitaires aux mères et enfants)
Vieillesse	Prestations en espèces
Survivants	Pension de veuve Pension d'orphelins (100% pour les orphelins de père et de mère)

2. Statut de l'organisme assureur

Le régime de la sécurité sociale en RCA est géré par l'office centre africaine de sécurité sociale, sous la supervision générale du ministère de la fonction publique, du travail, de la sécurité sociale et de la formation professionnelle.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Maternité	Femmes mariées
Risques professionnels	Travailleurs salariés Membres des coopératives de production
Invalidité	Travailleurs salariés, y compris les agents de l'Etat les membres des collectivités (si non protégés autrement) les étudiants des écoles professionnelles, stagiaires et apprentis les membres des ordres religieux et les travailleurs domestiques.
Prestations familiales	Travailleurs salariés et Les bénéficiaires d'assurance sociale ayant un enfant ou plus
Vieillesse	Travailleurs salariés
Survivants	Veuves et orphelins

En outre, la RCA organise un régime spécial pour la protection sociale les fonctionnaires, le personnel de l'enseignement supérieur, les magistrats...

5. Réalité de la couverture

La réalité de la couverture sociale en RCA est parmi les plus alarmant dans la sous région. Plusieurs maux rongent l'**office centrafricain de sécurité sociale** affectant ainsi les

mécanismes de protection sociale du pays. Cette situation a conduit à la diminution sensible de la qualité des prestations organisées, soit plus de 21%, avec comme conséquence le désengagement des certains affiliés.

6. Difficultés des mécanismes publics

Domaines	Difficultés
Prestations	Retard dans la prise en charge des cas sociaux
Juridiques	
Financiers	Baisse des produits des cotisations Comptabilité opaque et incohérente Mauvaise politique financière et budgétaire
Administratif & Gestion	Administration défaillante Mauvaise gestion du personnel

7. Types des demandes de coopération technique

8. Actions de coopération technique

Domaines	Actions	
	Récemment réalisés	Actuellement en cours
Prestations		
-Juridiques		
-Financiers		
-Administratif & Gestion		

II. ~~Secteur informel~~

9. De l'extension des mécanismes de protection sociale en RCA

Le système de sécurité sociale en RCA telle qu'organisé présentement a pour vocation de couvrir les travailleurs de tous les horizons socioprofessionnels du pays. Par rapport à cette réalité il y a actuellement absence de la politique d'extension des mécanismes de protection sociale.

a. Prestations

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

c. De l'existence des projets

10. L'exclusion sociale en RCA

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population
- Les cas le plus frappant de l'exclusion au Madagascar
- Actions de développement économique pour exclus
- Actions de structuration du secteur pour exclus

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

La question de la sécurité sociale en RCA est parmi les plus alarmant dans la sous région. Plusieurs maux rongent l'**office centrafricain de sécurité sociale** affectant ainsi les mécanismes de protection sociale du pays. Cette situation a conduit à la diminution sensible de la qualité des prestations organisées, soit plus de 21%, avec comme conséquence le désengagement des certains affiliés.

Aucun programme de réforme n'est en vue jusque là. Le gouvernement semble préoccupé à faire autre chose que de prémunir sa population contre les aléas de la vie.

RD CONGO

1999-2000

I. Secteur institutionnel

1. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Risques professionnels Accident de travail Maladies professionnelles	Prestations en nature Prestations en espèces
Pensions : Retraite Invalidité Décès	Allocations des fonds nécessaires
Prestations familiales	L'employeur donne des subsides

2. Statut de l'organisme assureur

Le régime général de la sécurité sociale en RDC est géré par un organisme dénommé : l'Institut National de Sécurité Sociale, en sigle «INSS». C'est une caisse de sécurité sociale. La loi n° 78-002 du 6 janvier 1978 lui confère le statut d'une entreprise publique.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

Selon les textes légaux, le conseil d'administration de l'INSS réserve, à proportion égale, deux sièges respectivement aux représentants de l'Etat, des Employeurs et des travailleurs. Ils sont sensés participer à l'administration de la caisse sociale.

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Risques professionnels	Les travailleurs soumis aux dispositions du code du travail Les travailleurs assimilés Les employeurs physiques ou moraux, publics ou privés qui occupent un ou plusieurs travailleurs assimilés
Pensions Retraite Invalidité Décès	Les travailleurs soumis aux dispositions du code du travail
Prestations familiales	Les travailleurs soumis aux dispositions du code du travail

L'Etat congolais organise en outre des régimes spéciaux de protection sociale pour les catégories des travailleurs suivants :

- 1/ Les fonctionnaires civils et militaires
- 2/ Les magistrats
- 3/ Les magistrats de la cour de comptes
- 4/ Le personnel de l'enseignement supérieur, universitaire et de la recherche scientifique
- 5/ Les parlementaires
- 6/ Les membres du conseil exécutif

5. Réalité de la couverture

La réalité de la couverture des risques sociaux en RDC actuellement se présente comme suit : L'INSS, l'organisme de gestion du régime général de la sécurité sociale en RDC, ne couvre que 1% des travailleurs du secteur de son ressort, soit 562 852 travailleurs. En plus, les bénéficiaires des prestations sociales doivent attendre globalement en moyenne un minimum de :

3 années, 1 mois et 7 jours pour recevoir les prorata initiaux au niveau des provinces

5 années et demi pour que leurs premières assignations soient éditées au centre de traitement de l'information, et sous-entendu, attendre encore plus longtemps pour recevoir la première fois leurs prestations sociales.

Par contre les fonctionnaires et le reste des catégories couverts par des régimes spéciaux ne sont plus pris en charge par l'Etat congolais.

6. Difficultés des mécanismes publics

Domaines	Difficultés
Juridiques	Inflation des textes légaux Application partielle des textes légaux et statuts de la caisse de sécurité sociale Absence des partenaires sociaux au conseil d'administration
Financiers	Absence d'une bonne politique de recouvrement Manque des outils efficaces de gestion financière et budgétaire
Administratif & Gestion	Structure extrêmement lourde Absence de la description des tâches et des manuels de procédures Incompétence du personnel en matière de sécurité sociale Mauvaise gestion des effectifs affiliés Traitement manuel des informations Problème d'archivage des dossiers

7. Types des demandes de coopération technique

Domaines	Requêtes
-Juridiques	Audit institutionnel de l'INSS
-Financiers	Réorganisation des services financiers de l'INSS : Mise en place des outils efficaces de gestion financière et budgétaire Investissement
-Administratif & Gestion	Réorganisation des structures de l'INSS Introduction des outils d'identification et de suivi efficaces des effectifs affiliés. Informatisation de la gestion Formation du personnel (recyclage...)

Ces demandes se résument à un appel de réhabilitation de l'INSS pour son efficacité dans la réalisation de sa mission sociale.

8. Actions de coopération technique

La coopération technique s'est réalisée au travers du projet Zai 96 /013 portant sur le renforcement du système de la protection sociale en RDC avec deux volets d'intervention, la restructuration de l'INSS d'une part et l'extension de la protection sociale aux catégories de travailleurs non couverts par l'INSS d'autre part.

Actuellement, le volet restructuration de l'INSS n'est plus fonctionnel car n'ayant point trouvé la collaboration de l'INSS. Par contre, le volet extension a vite trouvé un écho favorable auprès des responsables de la RDC et dans la population du secteur informel. Le tableau ci après résume les réalisations du projet en faveur de l'INSS.

Domaines	Actions	
	Récemment réalisés	Actuellement en cours
Prestations sociales		
-Juridiques		
-Financiers		
-Administratif & Gestion	Automatisation échelonnée des structures, dans un environnement client-serveur Formation du personnel en informatique (logiciel Word, Excel et Powerpoint) Revalorisation des archives (archivage électronique)	

II. Secteur informel

9. De l'extension des mécanismes de protection sociale en RDC

a. Prestation

Le volet extension de la protection sociale à un plus grand nombre en RDC a démarré avec l'assurance maladie. Il organise les soins de santé pour les groupements socioprofessionnels congolais intéressés par la prévoyance sanitaire.

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

La prise en charge des problèmes sanitaires en RDC s'effectue par l'approche mutualiste conciliant la tradition et la modernité dans la protection sociale. Les cotisations des membres affiliés sont versées anticipativement dans les comptes des prestataires ayant signé un protocole d'accord avec la mutuelle à titre de paiement des soins pour la couverture sanitaire des membres. La mutuelle de santé est gérée sur la base d'une approche participative et démocratique. L'accès aux organes de gestion est soumis au vote des membres affiliés.

c. De l'existence des projets

Le projet pilote des mutuelles de santé de Kinshasa remonte à l'année 1999. Après les différentes études de faisabilité, l'élaboration des outils de gestion, la mise en place des organes directeurs des deux groupements socioprofessionnels sélectionnés pour la phase pilote et la formation des animateurs, au mois de juin 2000 a été inaugurée la Mutuelle de santé des enseignants des écoles catholiques de Kinshasa, en sigle «MUSECKIN». Actuellement le projet prépare la mutuelle de santé des maraîchers de Lemba Imbu, «MUSAMALI» congénère de la «MUSECKIN» dans la phase pilote du projet. De multiples requêtes d'appui technique pour la mise en place des mutuelles de santé au profit des fonctionnaires et des autres groupements sociaux professionnels de la RDC, sont formulées et le BIT s'efforce de répondre à ces demandes.

10. L'exclusion sociale en RDC

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population

Attitudes favorables, justifiées par des initiatives sociales telles que BNPS (Bureau National de Promotion et d'Actions Sociales), le SN (Service National) pour la récupération des désœuvrés, mais malheureusement, les anciennes structures d'aide sociale antérieures à l'avènement de la 3^e République sont inefficaces pour des raisons liées aux ressources humaines, matérielles et financières ; les responsables actuels ne les ayant pas suffisamment aidés.

- Les cas les plus frappants de l'exclusion en RDC

En RDC, les cas les plus frappants de l'exclusion sociale s'identifient parmi les catégories des :

Enfants de la rue

Filles Mères

Personnes avec handicap.

- Actions de développement économique pour exclus

Initiation par le gouvernement congolais d'un projet intégré dénommé Service National «SN» comportant les volets agriculture- élevage- pisciculture et artisanat pour le développement économique des jeunes désœuvrés.

Le projet groupe vulnérable : Dans la perspective de la lutte contre la pauvreté, le PNUD a initié ce projet fondé sur l'approche micro crédit - micro entreprise.

- **Actions de structuration du secteur pour exclus**

Dans sa préoccupation à prendre en charge les problèmes sanitaires de toute la population congolaise par l'approche mutualiste, le ministère de la santé de la RDC a mis en place une cellule technique pour la structuration du cadre juridique des mutuelles de santé. Ceci permettrait la diminution des cas des exclus de la protection sociale.

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

La lutte contre le chômage est la préoccupation qui revient le plus dans les discours des responsables de la RDC. Ils estiment qu'avec la création d'emploi pour les jeunes et les exclus en général, une solution durable sera trouvée pour la protection sociale de l'ensemble de la population congolaise. Raison pour laquelle ils prônent l'instauration de l'économie sociale du marché en RDC.

RWANDA
1999-2000

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Risques professionnels	<p>Prestations d'incapacité temporaire : 75% du salaire mensuel moyen du travailleur pendant les 3 mois précédant l'accident. Dues jusqu'à guérison ou constatation de l'incapacité permanente.</p> <p>Pension d'incapacité permanente : 85% du salaire mensuel moyen du travailleur pendant les 3 mois précédant l'accident, si l'incapacité est totale.</p> <p>Supplément pour assistance constante : 40% de la pension.</p> <p>Incapacité partielle : Pourcentage de la pension totale proportionnel au degré d'incapacité, si 15% ou plus. Montant forfaitaire égal à 3 annuités de la pension, si l'incapacité est inférieure à 15%.</p> <p>Prestations médicales : Soins médicaux et chirurgicaux, services de laboratoire, médicaments, hospitalisation, soins dentaires, transport et appareils de prothèse.</p>
Invalidité	<p>Prestations d'incapacité permanente</p> <p>Pension d'invalidité : 30% du salaire moyen pendant les 3 ou 5 dernières années (période la plus favorable), plus 1% par année d'assurance au-delà de 180 mois. (Années antérieures à 55 ans à la date de la demande prises en compte pour autant de périodes de 6 mois.) Si période non couverte, prise en considération des 3 ou 5 dernières années civiles précédant la date de cessation d'activité salariée.</p>
Vieillesse	<p>Pension de vieillesse : 30% du salaire moyen pendant les 3 ou 5 dernières années (période la plus favorable), plus 1% par année d'assurance au-delà de 180 mois. Si période non couverte, prise en considération des 3 ou 5 dernières années civiles précédant la date de cessation d'activité salariée.</p> <p>Indemnité de vieillesse : Somme forfaitaire égale à 50% du salaire mensuel moyen multiplié par le nombre d'années de cotisations si âgé de 55 ans (ou moins si vieillissement prématuré) et n'ayant pas droit à pension.</p>
Survivants	<p>Pension de veuve : 50% de la pension de l'assuré. Egalement payée au veuf.</p> <p>Indemnité de survivants : Somme forfaitaire égale à 1 mois de pension pour chaque tranche de 6 mois d'assurance du défunt, si n'ayant pas droit à pension.</p> <p>Pension d'orphelins : 25% de la pension de l'assuré pour chaque orphelin de moins de 18 ans (25 ans si étudiant, sans limite d'âge si invalide); 40% si orphelin de père et de mère.</p> <p>Indemnité d'orphelin: Somme forfaitaire égale à 50% de l'indemnité de survivants, due à chaque orphelin. Maximum: Double de l'indemnité de survivants.</p> <p>Pensions de parents : 25% de la pension de l'assuré, en l'absence de veuve, veuf ou enfants. Egalement payable aux parents adoptifs.</p>

	Maximum des pensions de survivants: 100% de la pension de l'assuré.
--	---

En ce qui concerne la maladie, le code du travail prévoit le paiement de 100% du salaire pour une durée maximum de 30 jours de repos médical et pour la maternité 100% du salaire pendant 2 mois.

2. Statut de l'organisme assureur

La caisse sociale du Rwanda est chargée de la gestion des cotisations et des prestations sous la surveillance générale du ministère du travail et des affaires sociales.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

(à compléter)

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Risques professionnels	Travailleurs salariés
Invalidité	Travailleurs salariés
Vieillesse	Travailleurs salariés
Survivants	les personnes à charge (Veuve, Veuf, orphelins et parents)

5. Réalité de la couverture

La population totale au Rwanda est évaluée à 6 200 000 individus. La population en âge d'activité voisine 2 900 000 individus dont 6 % des salariés, soit 120 000 personnes seulement. Parmi les non salariés 1 800 000 individus (94 %), 632 personnes seulement se sont volontairement assujetties selon les dispositions de l'article 3, dernier alinéa, du décret-loi du 22 août 1974 donnant libre cours à la catégorie ci haut citée de se prémunir contre les risques sociaux auprès de la caisse du Rwanda. 30 000 individus ont souscrit une assurance sociale personnelle sur le marché privé (SONAR, COGEAR, SOCRAS). La sécurité institutionnelle rwandaise couvre ainsi à peine 10% de la population.

La sécurité sociale au Rwanda ne profite donc qu'à une minorité de la population; or cette minorité est celle qui, située dans le secteur moderne, dispose déjà, de par le statut et la rémunération, d'une place privilégiée au sein de la société toute entière. Au cours de la décennie 1970-1980, le nombre de salariés et, partant, de personnes protégées, était relativement élevé puisque la couverture concernait alors 18% de la population totale. Au cours de la décennie 1980-1990, la crise qui a affecté tout le continent africain a eu pour principale conséquence de stabiliser dans un premier temps le nombre d'emplois puis d'amorcer dans un second temps la régression du nombre de travailleurs salariés, tandis que le secteur informel ne cessait par ailleurs de se développer et avec lui le besoin en couverture sociale pour le grand nombre.

Le champ d'application matériel de la protection sociale au Rwanda est limité à quelques risques; le nombre de personnes protégées est très restreint et essentiellement centré sur le groupe professionnel des travailleurs salariés; dans les fait, beaucoup d'entre eux échappent encore à cette protection si bien que 7 à 10 % seulement de la population dispose réellement

d'une couverture. Les transferts sociaux opérés par la sécurité sociale existent mais restent négligeables en termes de flux; en outre, ils n'ont pas d'impact réel sur la masse des rwandais puisqu'ils bénéficient exclusivement à une couche sociale considérée, à tort ou à raison, comme une population déjà "privilegiée". La caisse sociale du Rwanda, en faillite en 1994 et que certains voulaient voir disparaître à l'occasion d'une privation de la sécurité sociale, se porte bien, grâce à une gestion rigoureuse et au dynamisme de la collectivité de travail,. Quant à la place qu'a occupée la sécurité sociale dans les préoccupations nationales des dirigeants, celle-ci est pour le moins inexistante.

6. Difficultés des mécanismes publics

La caisse sociale du Rwanda a connu jusqu'à un passé encore récent beaucoup de difficultés qu'ont aggravées les événements d'avril 1994.

Domaines	Difficultés
Prestations	Cessation momentanée de paiement des prestations sociales en 1994
Juridiques	
Financiers	Difficultés financières
Administratif & Gestion	

7. Types des demandes de coopération technique

Le gouvernement du Rwanda a formulé une requête de coopération technique auprès du BIT pour l'aider à définir une politique de protection sociale adaptée aux nouvelles conditions économiques et sociales du pays et la stratégie pour y parvenir.

8. Actions de coopération technique

Dans le cadre du programme de coopération technique, le BIT a, sur la demande du gouvernement du Rwanda, mis à sa disposition les services d'un consultant pour l'aider à définir une politique de protection sociale adaptée aux nouvelles conditions économiques et sociales du pays et la stratégie pour y parvenir.

Pour l'essentiel, il ressort des recommandations du consultant du BIT un appel à la réhabilitation à tous les niveaux de la protection sociale des Rwandais en dotant le pays d'un dispositif permanent adapté aux réalités sociales et économiques nationales et participant à la lutte contre la pauvreté.

II. Secteur informel

1. De l'extension des mécanismes de protection sociale au Rwanda

a. Prestations

(A compléter ultérieurement)

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

(A compléter ultérieurement)

c. De l'existence des projets

L'OMS, en collaboration avec le ministère de la santé rwandais, a lancé un projet sur la mutuelle de santé pour la couverture sanitaire des travailleurs du secteur informel.

10. L'exclusion sociale au Rwanda

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population

- Les cas le plus frappant de l'exclusion au Rwanda

Les exploitants agricoles, les artisans.

- Actions de développement économique pour exclus

(A compléter ultérieurement)

- Actions de structuration du secteur pour exclus

(A compléter ultérieurement)

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Il est évident qu'au Rwanda le problème des réfugiés est au centre des préoccupations des responsables, ainsi que celui de la réconciliation nationale. En dehors de cette préoccupation morale et politique, la sécurité sociale au Rwanda occupe une place secondaire pour ne pas dire inexistante.

Dans les documents de politique économique tels que le DCPEF (1993-1996) ou DCPE relatif à l'année 1997 ou même dans les documents de stratégies en faveur d'une croissance durable (1993) ou d'une relance socio-économique (1995), on ne trouve nulle part trace d'un programme ou d'une activité de sécurité sociale, du moins en tant que telle.

Même situation dans les actions de la lutte contre la pauvreté : les différents programmes sociaux ont été élaborés à partir des grandes politiques sectorielles de l'Etat, à savoir la santé, l'éducation et l'action sociale. Bien plus encore est l'absence de toute référence à la protection sociale dans la politique d'amélioration des revenus, comme si on avait oublié que la sécurité sociale distribue des revenus secondaires dits "sociaux" qui non seulement améliorent les finances des ménages mais aussi le pouvoir d'achat des personnes âgées.

En ce qui concerne les partenaires sociaux eux-mêmes, la centrale des syndicats des travailleurs du Rwanda (CESTRAR) œuvre en faveur d'une meilleure couverture des populations salariées, en revanche, on ne peut pas dire que l'association des entrepreneurs du Rwanda (AER) s'intéresse beaucoup à la question de la protection des populations contre les risques sociaux.

Au sein même du ministère de la fonction publique et du travail, la réflexion sur la problématique générale de la couverture sociale, d'une part, et sur la place que le dispositif doit occuper au sein de la nation, d'autre part, ne semble pas avoir été amorcée jusqu'à ce jour.

SENEGAL**1999-2000**

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maladie	Prestations médicales: Paiement partiel du coût des soins de santé, y compris hospitalisation, produits pharmaceutiques, visites de médecin. Le pourcentage de remboursement est déterminé par le conseil administratif des instituts d'assurance-santé sur la base des fonds disponibles.
Maternité	Prestations de maternité : 100% du salaire.
Risques professionnels	Prestations d'incapacité temporaire : 50% du salaire pendant les 28 premiers jours d'incapacité; 66 2/3% par la suite. Payables dès le jour suivant l'accident jusqu'à guérison ou constatation de l'incapacité permanente. Prestations d'incapacité permanente Pension d'incapacité permanente: Incapacité totale: 100% des salaires moyens. Incapacité partielle: Salaire moyen multiplié par 50% du degré d'incapacité pour le pourcentage d'incapacité jusqu'à 50%, et par 150% du degré d'incapacité pour le pourcentage supérieur à 50%. Prestations médicales: Soins médicaux et chirurgicaux, hospitalisation, médicaments, appareils de prothèse, réadaptation et transport.
Invalidité	Pension d'invalidité: La même que la pension de vieillesse y compris le supplément.
Prestations familiales	Allocations familiales: 750 francs par mois pour chacun des 6 premiers enfants âgés de 2 à 14 ans, (18 ans si apprenti, 21 ans si étudiant ou invalide), 700 francs par mois à partir du 7e enfant. Allocation prénatale: 750 francs par mois pendant 9 mois (en 3 versements) pour chacun des 6 premiers enfants. Allocation de maternité: 750 francs par mois dès la naissance de chacun des 6 premiers enfants jusqu'à leur 2e anniversaire (650 francs par mois pour chaque enfant après le 6e). Quelques services sociaux et sanitaires sont également fournis aux mères et aux enfants.
Vieillesse	Pension de vieillesse : 55 ans, anticipation de 2 ans au maximum avec réduction de 5% par année d'anticipation. 1 année de cotisations. Cessation de l'activité. Pension d'invalidité: Incapacité de travail. 53 ans. 1 année de cotisations. Pension de survivants: L'assuré était pensionné ou remplissait les conditions d'ouverture du droit à pension.
Survivants	Pension de veuve : 50% de la pension du défunt, si âgée de 50 ans (anticipation de 5 ans au maximum avec réduction de 5% par année d'anticipation) ou élevant 2 enfants à charge de moins de 18 ans. Egalement payée au veuf âgé de 55 ans ou invalide. Pension d'orphelin : 20% de la pension de l'assuré pour chaque orphelin de père et de mère de moins de 18 ans. Maximum pour tous les orphelins: 100% de la pension.

2. Statut de l'organisme assureur

L'Institution de Prévoyance retraite du Sénégal est chargée de la gestion du régime sous la surveillance générale du Ministère du Travail et de la Formation professionnelle tandis que la Caisse de sécurité sociale a sous sa responsabilité la gestion du régime des prestations de maternité.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

L'institut est administré par un conseil paritaire employeurs- travailleurs.

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Maladie	Travailleurs salariés permanents et personnes à leur charge (épouses et enfants).
Maternité	Femmes salariées
Risques professionnels	Travailleurs salariés, apprentis, stagiaires et étudiants des branches techniques.
Invalidité	Travailleurs salariés y compris les travailleurs domestiques, saisonniers et journaliers.
Prestations familiales	Travailleurs salariés
Viellissement	Travailleurs salariés y compris les travailleurs domestiques, saisonniers et journaliers.
Survivants	Veuve, orphelins

5. Réalité de la couverture par rapport aux normes

La sécurité sociale au Sénégal est limitée à une faible partie de la population. En effet, les mesures de sécurité sociale en vigueur au Sénégal n'intéressent que quelques 9% des actifs, soit 3% de la population totale du pays ou bien 9.1% de cette population si l'on prend en considération les personnes qui en bénéficient en vertu de droits dérivés. Les actifs effectivement occupés comptent deux groupes :

Les salariés, environ 224 000 individus

Les non salariés, près de 2 000 000 d'actifs.

Pour les non salariés qui forment 90% de la population active effectivement occupée, il n'existe aucun mécanisme de sécurité sociale en leur faveur. Parmi eux il y a les exploitants agricoles (79% des actifs) qui sont totalement dépourvus de couverture sociale alors qu'ils participent fortement à la formation de la richesse nationale (25%). Dans l'effectif des non salariés non- agricoles, 150 000 individus sont chefs d'entreprise et seule une minorité a pu contracter une assurance individuelle auprès de sociétés privées pour se prémunir eux-mêmes ainsi que leurs familles contre certains risques sociaux.

Les salariés (9%) disposent d'une couverture sociale presque complète (maladie, Famille, maternité, vieillesse, risques professionnels, invalidité et survivants), mais la qualité n'est pas toujours de mise.

La protection sociale organisée est basée sur le pluralisme institutionnel. En 1991, plusieurs institutions assurent à différentes catégories de la population la couverture de certains risques sociaux à court, moyen et long terme (CSS, IPRES, IPM, Ministère de la santé publique, compagnies d'assurance privée). La sécurité sociale au Sénégal est très segmentée par le jeu combiné des différentes catégories de bénéficiaires.

Quant aux personnes non couvertes par le régime de la sécurité sociale en vigueur au Sénégal, elles contribuent néanmoins au financement de la protection sociale par la fiscalité directe ou indirecte.

6. Difficultés des mécanismes publics

IPRES :

Situation financière difficile. En 1989, les dépenses techniques du régime général ont été de 20% supérieures aux recettes. Globalement, l'IPRES a supporté des dépenses de 17% supérieures à ses recettes. La gestion est déficitaire par exercice, ce qui est très préoccupant pour une institution qui gère une branche à long terme :

Pas des réserves,

Difficulté de renouvellement de l'effectif des travailleurs (On compte moins de quatre travailleurs actifs pour la prise en charge d'un retraité).

Chute des recettes techniques.

Rôle des services mal défini

Intervention dissimulée de la puissance publique en matière financière et de la gestion patrimoniale.

CSS :

Maîtrise imparfaite du fichier ou du processus de recouvrement

Inadéquation des dépenses enregistrées pour les accidents de travail

Les dépenses administratives ne sont pas ventilées selon les branches

L'intégration de la CSS dans le secteur para public fausse ses règles de gestion

Au niveau des organes de décision, la représentation tripartite est inégalitaire et déséquilibrée au profit de l'Etat qui alors dispose d'une plénitude de pouvoir pour l'orientation de la gestion et l'emploi de fonds.

7. Types des demandes de coopération technique

Le gouvernement sénégalais a demandé au BIT de réaliser une étude d'ensemble de la protection sociale au Sénégal et de ses perspectives d'évolution. En outre, le gouvernement du Sénégal a sollicité auprès du BIT l'envoi d'une mission pour étudier la situation actuelle du fonds de retraites et de proposer des postes de réforme à court et moyen terme.

8. Actions de coopération technique

Dans le cadre du programme de coopération technique et à la demande du gouvernement sénégalais, le BIT a réalisé une étude d'ensemble de la protection sociale au Sénégal et de ses perspectives d'évolution.

En effet, le diagnostic fait par le BIT conduit à faire un certain nombre d'observations générales sur la situation en matière de protection sociale au Sénégal, à formuler une série de recommandations en direction des principales institutions et à proposer que soient effectuées des études plus appropriées sur des aspects d'importance capitale pour l'avenir de cette protection sociale.

II. Secteur informel

9. De l'extension des mécanismes de protection sociale au Madagascar

a. Prestations

L'extension de la protection sociale à un plus grand nombre au Sénégal a démarré avec l'initiative de Bamako en 1987 où les ministres africains de la santé ont adopté des stratégies de réformes des systèmes de santé. Cette initiative vise à conforter la promotion des soins de

santé primaires décidée à Alma Ata en 1978 ayant pour objectif le renforcement des soins de santé primaires communautaires en vue d'accélérer l'accès à la santé pour tous.

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

Le mouvement mutualiste au Sénégal date d'une dizaine d'années. Depuis 2 ans ce mouvement bénéficie d'appuis importants au niveau national et international. C'est dans ce cadre que la prise en charge des problèmes médicaux dans le secteur non couvert se fait selon l'approche mutualiste.

c. De l'existence des projets

Le programme BIT-ACOPAM / ANMC, mène des actions de la promotion et de formation dans le domaine des mutuelles de santé.

Au niveau du ministère de la santé an été mis en place le 11 septembre 1997.

D'autres partenaires soutiennent les mutuelles de santé notamment, la Mutualité Française qui s'est engagé dans le développement de la mutualité à Rufisque.

10. l'exclusion sociale au Sénégal

- Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population

Le gouvernement sénégalais est favorable à l'extension de la couverture sociale pour l'ensemble de la population.

- Les cas le plus frappant de l'exclusion au Sénégal

- Actions de développement économique pour exclus

- Actions de structuration du secteur pour exclus

11 Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Le gouvernement sénégalais est préoccupé par l'efficacité de son système de protection sociale, raison pour laquelle il a réitéré maintes fois des requêtes de coopération technique auprès du BIT pour pallier les insuffisances actuelles.

TOGO**1999-2000**

I. Secteur institutionnel

I. Description des modalités de prise en charge des risques couverts

Risques couverts	Modalités de prise en charge
Maternité	Prestations de maternité : 100% du salaire journalier moyen (moitié à la charge de l'employeur)
Risques professionnels	Incapacité temporaire : 66 2/3% du salaire journalier moyen plus allocations. Pension d'incapacité permanente : 85% du salaire moyen, si incapacité totale. Somme forfaitaire égale à 3 fois la pension annuelle si incapacité de moins de 20%, supplément pour assistance constance : 50% de pension. Soins médicaux, dentaires, chirurgicaux, hospitalisation, médicaments, appareils de prothèse, transport et réadaptation.
Invalidité	Pension d'invalidité
Prestations familiales	Allocations familiales : Enfant âgé de moins de 16 ans (18ans si apprenti, 21 ans si étudiant ou invalide). Quelques services sociaux et sanitaires également fournis aux mères et enfants.
Vieillesse	Pension de vieillesse : 55 ans (ou 50 ans si vieillissement prématuré) ou 30 ans de service effectifs. 20 ans d'immatriculation et 60 mois de cotisations au cours des 10 dernières années (à titre transitoire, les travailleurs âgés bénéficient d'un crédit spécial pour les années antérieures à 1968). Cessation de toute activité rémunérée. Pas payée à l'étranger, sauf si accord de réciprocité.
Survivants	Pension de veuve : 30% du salaire de l'assuré. Egalement payé au veuf à charge. Pension d'orphelin : 10% du salaire pour chaque orphelin et 15% pour chaque orphelin de père et de mère de 16 ans (18ans si apprenti, 21 ans si étudiant ou invalide.) Père et mère à charge : 10% du salaire chacun.

2. Statut de l'organisme assureur

Le régime de la sécurité sociale du Togo est sous la gestion de la caisse nationale de la sécurité sociale (CNSS), établissement public siégeant à Lomé. Elle est dotée de la personnalité juridique et de l'autonomie financière.

3. La place des partenaires sociaux dans la gestion du mécanisme

4. Champ d'application

Risques couverts	Catégorie de la population couverte
Maternité	Femmes salariées.
Risques professionnels	Travailleurs salariés, membres de coopératives, apprentis et étudiants.
Prestations familiales	Travailleurs salariés ayant 1 enfant ou plus. Egalement pensionnés avec enfants à charge.
Invalidité	Travailleurs salariés
Vieillesse	Travailleurs salariés, membres de coopératives, apprentis et étudiants.
Survivants	Veuves, veufs, orphelins, père et mère

5. Réalité de la couverture

Le régime de sécurité sociale du Togo est institué par l'ordonnance N° 39/73 du 12 novembre 1973, il comprend trois branches :

Une branche des pensions (prestations de vieillesse, d'invalidité et de décès).

Une branche des risques professionnels (prestations en cas d'accident de travail et de maladies professionnelles).

Une branche des prestations familiales (prestations familiales et de maternité) complétée par une action sanitaire et sociale.

Tous les travailleurs soumis aux dispositions du code du travail exerçant à titre principal sur le territoire national sont assujettis au régime de sécurité sociale. L'affiliation est aussi obligatoire pour les salariés de l'Etat et de collectivités publiques ne bénéficiant pas d'un régime particulier de sécurité sociale ainsi que pour tous ceux qui sont assimilés à des travailleurs salariés (élèves des écoles professionnelles, stagiaires, apprentis, personnes placées dans des centres de formation, de réadaptation et de rééducation professionnelle). Le système de sécurité sociale au Togo semble être à la hauteur de sa tâche conformément à la législation en vigueur selon le rapport des experts du BIT de 1987.

En effet, en considérant toutes les prestations couvertes pour la période allant du 1981-1985, la CNSS a accusé une augmentation des recettes plus rapidement que les dépenses. Ce qui prouve à la fois la bonne santé de l'institution et la marque de confiance qu'ont les assurés envers cette dernière.

6. Difficultés des mécanismes publics

7. Types des demandes de coopération technique

Le gouvernement de la République du Togo a sollicité la coopération du BIT, dans le cadre de son programme régulier d'assistance technique, pour l'élaboration d'une étude financière et actuarielle du régime de sécurité sociale géré par la caisse nationale de sécurité sociale.

8. Actions de coopération technique

Domaines	Actions	
	Récemment réalisés	Actuellement en cours
Prestations		
-Juridiques		
-Financiers	Analyse financière et actuarielle de la CNSS	
-Administratif & Gestion		

II. ~~Secteur informel~~

1. De l'extension des mécanismes de protection sociale au Togo

a. Prestations

b. Mécanismes et stratégies de fonctionnement

c. De l'existence des projets

10. L'exclusion sociale au Togo

- **Attitudes des responsables du pays face aux exclus de la protection sociale au sein de la population.**

- **Les cas le plus frappant de l'exclusion au TOGO**
Les travailleurs non salariés(secteur informel).

- **Actions de développement économique pour exclus**

- **Actions de structuration du secteur pour exclus**

11. Les préoccupations gouvernementales relatives à la protection sociale

Le Togo est parmi les rares pays africains dont les systèmes de protection sociale présentent quelques aspects positifs. Néanmoins, la situation du secteur informel togolais demeure une préoccupation pour le gouvernement car malgré l'importance des travailleurs du dit secteur, aucun mécanisme de protection sociale n'est encore envisagé pour eux.

ANNEXE 3 : L'ORGANISATION DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT FRANCOPHONES COMPAREE ENTRE 1960 ET 1995

Le tableau que nous présentons ici⁸⁸ se rapporte aux mesures légales concernant soit l'ensemble des salariés, soit une partie appréciable d'entre eux, à l'exclusion des dispositions qui ne visent que les fonctionnaires et les agents du secteur public. Ne sont pas indiqués les services publics de soins médicaux qui, dans la plupart des pays africains, s'adressent, en principe, à l'ensemble de la population mais sont notoirement insuffisants, ni les régimes universels tels le régime de protection sociale instauré au Gabon avec l'appui du BIT, étant donné leur manque de diffusion. Il convient aussi de ne pas perdre de vue que, à côté de la législation, les conventions ou accords concernant certaines branches d'activité ou certaines grandes entreprises contiennent souvent des dispositions importantes relatives à la protection sociale et que ces mesures conventionnelles peuvent dans certains pays occuper une place essentielle.

Pays	Situation avant 1960	Situation en 1995
Bénin	Maladie E (1952) Maternité A (1955) Risques professionnels A (1959) Prestations familiales A (1955)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A Vieillesse A (1970) * Invalidité A (1970) Survivants A (1970) Prestations familiales A
Burundi	Maladie E Maternité E Risques professionnels A (1949) Vieillesse A (1956) Invalidité A (1956) Survivants A (1956)	Maladie E (1966) Maternité E (1966) Risques professionnels A Vieillesse A Invalidité A Survivants A Prestations familiales E (1971)
Burkina Faso	Maladie E (1952) Maternité A (1955) Risques professionnels A (1959) Prestations familiales A (1955)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A Vieillesse A (1960)* Survivants A (1960) Prestations familiales A

⁸⁸ Alessandro Giuliano, " *La situation actuelle des régimes publics de sécurité sociale dans les pays francophones d'Afrique au sud du Sahara : un état des lieux* ", Réflexions sur les stratégies de réforme de la protection sociale, Bureau International du Travail, 2000.

Cameroun	Maladie E (1952) Maternité A (1956) Risques professionnels E (1944) Prestations familiales A (1956)	Maladie E Maternité A Risques professionnels E Vieillesse A (1970) Invalidité A (1970) Survivants A (1970) Prestations familiales A
République Centrafricaine	Maladie E (1952) Maternité A (1956) Risques professionnels E (1944) Prestations familiales A (1956)	Maladie A (1970) Maternité A Risques professionnels E Vieillesse A (1963) Invalidité A (1963) Survivants A (1963) Prestations familiales A
Congo	Maladie E (1952) Maternité A (1956) Risques professionnels A (1959) Prestations familiales A (1956)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A Vieillesse A (1962) Invalidité A (1971) Survivants A (1962) Prestations familiales A
Côte d'Ivoire	Maladie E (1952) Maternité A (1955) Risques professionnels E (1932) Prestations familiales A (1955)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A Vieillesse A (1960) Survivants A (1960) Prestations familiales A
Djibouti	Risques professionnels E (1957)	Maternité A (1962) Risques professionnels A (1966) Vieillesse A (1975) Survivants A (1976) Prestations familiales A (1962)
Gabon	Maladie E (1952) Maternité A (1956) Risques professionnels E (1935) Prestations familiales A (1956)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A (1961) Vieillesse A (1963) Survivants A (1963) Prestations familiales A
Guinée	Maladie E (1952) Maternité A (1955) Risques professionnels A (1959) Vieillesse A (1959) Survivants A (1959) Prestations familiales A (1955)	Maladie A (1960) Maternité A Risques professionnels A Vieillesse A Invalidité A (1960) Survivants A Survivants (all. décès) A (1960) Prestations familiales A
Madagascar	Maladie E (1952) Maternité A (1956) Risques professionnels E (1938) Prestations familiales A (1956)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A (1962) Vieillesse A (1968) Invalidité A (1968) Survivants A (1968) Prestations familiales A

Mali	Maladie E (1952) Maternité A (1955) Risques professionnels A (1959)	Maladie (indemnités) E Maladie (soins médicaux) A (1962) Maternité A (1962)
-------------	---	--

	Prestations familiales A (1955)	Risques professionnels A Vieillesse A (1961)* Survivants A (1961) Prestations familiales A
Mauritanie	Maladie E (1952) Maternité A (1955) Risques professionnels E (1932) Prestations familiales A (1955)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A (1963) Vieillesse A (1965) Invalidité A (1965) Survivants A (1965) Prestations familiales A
Niger	Maladie E (1952) Maternité A (1955) Risques professionnels E (1932) Prestations familiales A (1955)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A (1962) Vieillesse A (1967) * Invalidité A (1967) Survivants A (1967) Prestations familiales A
Rwanda	Maladie E Maternité E Risques professionnels A (1949) Vieillesse A (1956) Invalidité A (1956) Survivants A (1956)	Maladie E Maternité E Risques professionnels A Vieillesse A Invalidité A Survivants A
Sénégal	Maladie E (1952) Maternité A (1955) Risques professionnels A (1958) Prestations familiales A (1955)	Maladie (indemnités)E Maladie (soins médicaux) A (1975) Maternité A Risques professionnels A Vieillesse A (1975) * Invalidité A (1975) Survivants A (1975) Prestations familiales A
Tchad	Maladie E (1952) Maternité A (1956) Risques professionnels E (1935) Prestations familiales A (1956)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A (1966) Vieillesse A (1977/1984) Invalidité A (1977/1984) Survivants A (1977/1984) Prestations familiales A

Togo	Maladie E (1952) Maternité A (1956) Risques professionnels E (1957) Prestations familiales A (1956)	Maladie E Maternité A Risques professionnels A (1964) Vieillesse A (1968)* Invalidité A (1968) Survivants A (1968) Prestations familiales A
République Démocratique du Congo	Maladie E Maternité E Risques professionnels A (1949) Vieillesse A (1956) Invalidité A (1956) Survivants A (1956) Prestations familiales E (1951)	Maladie E Maternité E Risques professionnels A Vieillesse A Invalidité A Survivants A Prestations familiales E

A : régime établi sur le modèle des assurances sociales ;
E : obligation directe ou responsabilité de l'employeur.

* Le régime d'assurance vieillesse a remplacé le régime conventionnel inter étatique de l'IPRAO institué en 1958.

La date indiquée entre parenthèses se rapporte, soit à l'institution d'une protection pour l'éventualité dont il s'agit, soit au changement du mode de protection (en général, institution d'un régime établi sur le modèle des assurances sociales à la place d'un système plus ancien).

ANNEXE 4 : L'ORGANISATION DES REGIMES DE SECURITE SOCIALE DANS LES PAYS EN DEVELOPPEMENT LUSOPHONES COMPAREE ENTRE 1960 et 1995⁸⁹

Pays	Situation avant 1960	Situation en 1995
Angola	Maladie (soins médicaux) E (1956) Risques professionnels E (1957) Maternité E (1957)	Maladie E (1962) Maternité A (1990) Risques professionnels A (1990) Vieillesse A (1990) Survivants A (1990) Décès A (1990)
Cap Vert	Maladie E et A (1954)* Risques professionnels E (1960) Vieillesse A (1954)* Survivants A (1954)* Prestations familiales A (1954)*	Maladie A (1982) Maternité A (1982) Risques professionnels A (1978) Vieillesse A (1982) Survivants A (1982) Prestations familiales A (1982)
Guinée Bissau	Maladie E (1956) Risques professionnels E (1950) Vieillesse A (1956)* Survivants A (1956)*	Maladie A (1986) Maternité A (1986) Risques professionnels A (1980) Vieillesse A (1986) Survivants A (1986) Prestations familiales A (1984) Décès A (1986)
Guinée Equatoriale	Risques professionnels E et A (1947) Vieillesse A (1947) Prestations familiales A (1955)	Maladie A (1984) Maternité A (1984) Risques professionnels A (1984) Vieillesse A Survivants A (1984) Prestations familiales A
Mozambique	Maladie E (1956) Risques professionnels E (1956)	Maladie A (1990) Maternité A (1990) Maternité A (1990) Vieillesse A (1990) Survivants A (1990)
Sao Tome et Principe	Maladie A (1958)* Risques professionnels E (1947) Vieillesse A (1958)* Survivants A (1958)* Décès A (1958)*	Maladie A (1990) Maternité A (1990) Risques professionnels A (1990) Vieillesse A (1990) Survivants A (1990) Décès A (1990)

* caisses syndicales

⁸⁹ Alessandro Giuliano, “ *La situation actuelle des régimes publics de sécurité sociale dans les pays francophones d’Afrique au sud du sahara : un état des lieux* ”, in *Réflexions sur les stratégies de réforme de la protection sociale*, Bureau International du Travail, 2000.

ANNEXE 5 LES REGIMES DE SECURITE SOCIALE DANS LES PAYS ANGLOPHONES DE LA ZSP⁹⁰

Risques/Pays	Ghana	Kenya	Nigeria
Vieillesse	oui	oui	oui
Personnes couvertes	Salariés, travailleurs indépendants sous conditions, force armée	fonctionnaires, salariés, excepté les travailleurs occasionnels	salariés des entreprises de plus de 5 personnes, les travailleurs indépendants, affiliation volontaire pour certaines catégories d'exclus
Financement	Personnes assurées et employeurs les forces armées ont un régime spécial	Personnes assurées et employeurs Régime spécial pour les salariés du service public	personnes assurées et employeurs régime particulier pour les fonctionnaires
Organisme gestionnaire	Caisse nationale d'assurance nationale et de sécurité sociale	Caisse nationale de sécurité sociale	caisse d'assurance sociale
Tutelle**	Ministère de l'Economie et des Finances	Ministère du travail	Ministère fédéral du travail
Maladie	non des accords collectifs entre salariés et employeurs	oui couverture hospitalière	non système d'offre de soins dans les hôpitaux et dispensaires publics
Personnes couvertes	salariés	Salariés des secteurs privé et public, non salariés, affiliation volontaire possible pour les exclus	tout le monde
Financement		Personnes assurées	les pouvoirs publics
Organisme Gestionnaire		caisse nationale hospitalière	
Tutelle **		Ministère de la santé	
Accident du travail *	oui	oui	oui
Personne couvertes	salariés	salariés	salariés
Financement	Employeurs	employeurs	employeurs
Organisme gestionnaire	Assurances privées	Assurances privées	assurances privées
Tutelle**	Ministère du travail	Ministère du travail	Ministère fédéral du travail

* et maladies professionnelles

**de l'administration gestionnaire

⁹⁰ d'après Social Security Administration, *Social Security Programs Throughout The World, 1999*

Risques/Pays	Zimbabwe	Seychelles
Vieillesse	Oui	oui
Personnes couvertes	salariés sauf fonctionnaires	tous les citoyens bénéficient de la retraite "universelle" tous les salariés bénéficient d'un système complémentaire
Financement	Personnes assurées et employeurs	personnes assurées et employeurs financent la retraite universelle. les salariés cotisent volontairement, les employeurs le font obligatoirement dans le cadre d'un régime complémentaire
Organisme gestionnaire	Organisme national de sécurité sociale	Ministère des finances
Tutelle**	Ministère des affaires sociales	
Maladie	non	oui
	soins de santé primaire gratuits pour les pauvres pouvant justifier de leur statut d'indigent	régime d'assurance sociale avec des prestations en espèces uniquement, parallèlement à une offre universelle de soins
Personnes couvertes	les pauvres	salariés et travailleurs indépendants pour les prestations en espèces
Financement	les pouvoirs publics	personnes assurées et employeurs
Organisme Gestionnaire		Ministère des finances
Tutelle **		
Accident du travail *	Oui	oui
Personne couvertes	salariés, dont fonctionnaires	salariés
Financement	Employeurs	personnes assurées et employeurs
Organisme gestionnaire	Organisme national de sécurité sociale	Ministère des finances
Tutelle**	Ministère des affaires sociales	

* et maladies professionnelles

**de l'administration gestionnaire

Risques/Pays	Afrique du Sud	Ste lucie	Ethiopie
Vieillesse	Oui	oui	oui
Personnes couvertes	Personnes ayant de faibles ressources et les fonctionnaires	les salariés du secteur privé et les apprentis sauf fonctionnaires	secteur public
Financement	pouvoirs publics	personnes assurées et employeurs	employeurs et personnes assurées
Organisme gestionnaire	Administration de la sécurité sociale	conseil d'administration de l'assurance nationale	administration de la sécurité sociale
Tutelle **	pouvoirs publics	bureau du premier ministre	bureau du premier ministre
Maladie	Oui	oui	noni
Personnes couvertes	Salariés, cotisant au chômage, dont les plus pauvres, perçoivent des prestations en espèces. De plus, les plus pauvres dont les personnes âgées reçoivent des prestations médicales en nature	salariés du secteur privé et les apprentis sauf fonctionnaires	
Financement	Etat et employeurs Dans le cadre de l'assurance chômage Les prestations en nature sont financées par l'Etat	personnes assurées et employeurs	
Organisme gestionnaire	Assurance chômage: gestion bipartite du conseil d'administration	conseil d'administration de l'assurance nationale	
Tutelle **	Ministère du travail	bureau du premier ministre	
Accident du travail *	Oui	oui	oui
Personnes couvertes	Salariés des secteurs public et privé	salariés du secteur privé et les apprentis sauf fonctionnaires	les salariés du secteurs publics
Financement	Employeurs dont l'Etat en tant qu'employeur	les personnes assurées et employeurs	employeurs et personnes assurées
Organisme gestionnaire	Fonds de compensation et les mutuelles	conseil d'administration de l'assurance nationale	administration de la sécurité sociale
Tutelle**	Ministère du travail	bureau du premier ministre	bureau du premier ministre

* et maladies professionnelles

**de l'administration gestionnaire

Risques/Pays	St vincent et les grenadines	Ile maurice
Vieillesse	Oui	oui
Personnes couvertes	salariés et les travailleurs indépendants	tous les citoyens bénéficient à un certain âge de la retraite universelle. Tous les salariés cotisent au système de retraite basé sur le travail
Financement	Employeurs et personnes assurées	le gouvernement finance la retraite universelle, les employeurs et les personnes assurées financent le système basé sur le travail
Organisme gestionnaire	Conseil d'administration de l'assurance nationale	conseil d'administration tripartite de l'organisme national des retraites
Tutelle **		Ministère de la sécurité sociale et de la solidarité nationale
Maladie	Oui	oui
Personnes couvertes	salariés et les travailleurs indépendants	les salariés reçoivent les prestations en espèces toute personne a accès aux hôpitaux publics gratuitement
Financement	employeurs et personnes assurées	les employeurs financent les prestations en espèces.
Organisme gestionnaire	conseil d'administration de l'assurance nationale	Ministère de la sécurité sociale et de la solidarité nationale
Tutelle **		
Accident du travail *	Oui	oui
Personnes couvertes	salariés et travailleurs indépendants	tous les salariés
Financement	employeurs et l'Etat en tant qu'employeur	employeurs
Organisme gestionnaire	conseil d'administration de l'assurance nationale	Ministère de la sécurité sociale et de la solidarité nationale
Tutelle**		

* et maladies professionnelles

**de l'administration gestionnaire

ANNEXE 6 L'INITIATIVE DE BAMAKO

Le principe du “recouvrement des coûts” a été lancé par les ministres de la Santé des pays africains réunis en 1987 à Bamako pour une conférence organisée sous l’égide de l’Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du Fonds des Nations unies pour l’Enfance (UNICEF). Le but de l’Initiative de Bamako (IB) était “ *d’assurer à l’ensemble de la population l’accès aux soins de santé primaires et de restaurer la confiance des usagers dans les services de santé publique* ”. La vente directe aux usagers de médicaments génériques acquis à faible prix et revendus avec une marge devait assurer le réapprovisionnement en médicaments et le financement des dépenses de fonctionnement des centres de santé. Par la suite, la notion de "recouvrement des coûts" s'est étendue à diverses recettes collectées par les structures sanitaires : consultations, hospitalisation, accouchements, examens de laboratoire, traitements ophtalmologiques, soins dentaires... Parallèlement l’Initiative de Bamako instaurait une participation des communautés tant dans la gestion que dans le financement des centres de santé.

Dans leur formulation initiale, les objectifs de l’IB étaient les suivants : financement de paquets minimum d’activités (PMA) ; décentralisation maximale de la responsabilisation jusqu’au niveau où on peut atteindre au mieux les cibles des politiques ; minimalisation des coûts à travers des politiques de médicaments essentiels génériques (MEG) ; cogestion communautaire par un contrôle communautaire de la gestion des médicaments et des recettes ; cofinancement communautaire pour mobiliser une partie des ressources nécessaires à la pérennisation du système.

En 1988, l’Initiative était lancée à grande échelle, dans deux premiers pays : la Guinée et le Bénin, avec le soutien de l’UNICEF. A partir de 1993, la plupart des pays s’y ralliaient peu ou prou et la dévaluation du franc CFA en 1994 accélérât considérablement le processus pour les pays de la zone franc. Ces pays réorientaient leur politique d’achat vers des médicaments essentiels sous nom générique et officialisaient la tarification des médicaments dans les centres de santé primaires. Ainsi, dix ans après l’adoption de l’IB, sous l’influence des événements et des bailleurs, presque tous les pays africains sont passés, peu ou prou, au paradigme des centres de santé payants et cogérés⁹¹.

⁹¹ L’Initiative de Bamako a été mise en oeuvre en Guinée et au Bénin en 1988, puis, en Mauritanie en 1989, en Côte d’Ivoire en 1991, au Sénégal, au Tchad et au Burkina Faso en 1993, au Niger en 1996..., mais aussi dans les pays anglophones : Nigéria en 1988, en Guinée Bissao en 1995.

Les modalités de mise en oeuvre

Si les principes théoriques de l'IB sont bien connus et incluent prioritairement trois grands thèmes (médicaments essentiels génériques, recouvrement des coûts et participation communautaire), leur mise en oeuvre varie sensiblement d'un pays à l'autre, en fonction, entre autres, de politiques nationales plus ou moins innovantes, de la réaction des acteurs par rapport aux réformes, du degré d'acceptation des populations et des pressions éventuelles exercées par les bailleurs.

Selon les pays, le mode, le niveau et la structure du recouvrement des coûts peuvent changer et avoir des influences significatives sur les évolutions d'activités et les résultats en matière de santé. Une tarification peut, ou non, assurer la viabilité financière du centre de santé, être acceptable par les usagers, orienter les patients vers les services les plus efficaces, stimuler la prévention, inciter la continuité des soins, permettre une gestion plus simple et plus transparente.

On peut distinguer cinq principaux types de mode de paiement :

- ceux qui sont axés autour d'une marge sur le médicament sous deux formes : soit le paiement au médicament, (le patient paie uniquement les médicaments prescrits, la marge bénéficiaire finançant à la fois la filière médicament et les frais de fonctionnement du centre de santé) ; soit le paiement éclaté (qui oblige à un double paiement par les usagers, les actes d'une part selon un tarif donné et les médicaments d'autre part) ;

- ceux qui sont basés sur le forfait : le paiement forfaitaire à l'acte (Pour chaque consultation, un prix forfaitaire est fixé qui comprend à la fois le coût des soins et celui des médicaments prescrits) ; et le paiement forfaitaire par épisode de maladie (Le patient paie un forfait représentant le prix total de tous les soins, y compris les médicaments, pour un épisode de maladie. Ce prix peut être uniforme ou différencié selon les maladies) ;

- le paiement d'une cotisation annuelle ou périodique *per capita* (Paiement d'une somme forfaitaire chaque année, qui donne droit à tous les services et tous les traitements, soit gratuitement soit avec un ticket modérateur).

Le choix d'un mode de paiement est assurément difficile. Il n'en existe pas qui soit totalement satisfaisant, chacun ayant ses avantages et ses inconvénients. De nombreux critères doivent être pris en considération et notamment la viabilité, la simplicité de gestion, l'acceptabilité, l'accessibilité, la continuité des soins, l'intégration et l'équité.

Le tarif éclaté est le mode de tarification le plus largement répandu. On remarque cependant que l'ensemble des pays n'applique pas le principe de la double caisse qui pourtant prévient le risque de surprescription de certains personnels de santé qui par ce biais augmentent les excédents des centres. Il reste que les paiements officieux et parallèles (dit sur-tarification) semblent encore appliqués dans de nombreux pays.

Une nécessaire réduction des coûts inutiles

Pour que le système de recouvrement des coûts soit compatible avec l'accessibilité aux soins d'une grande part de la population, il faut de toute évidence que les coûts soient les plus réduits possibles dans les limites compatibles avec une qualité des soins optimale. Deux postes de dépenses sont particulièrement importants à cet égard : les achats de produits pharmaceutiques et de consommables, et les frais de personnel. Par ailleurs, d'autres variables liées à l'environnement socio-économiques jouent de manière défavorable sur le recouvrement des coûts.

Compte tenu de l'importance des coûts que représentent les achats de médicaments, la rationalisation des dépenses pharmaceutiques s'impose et pourtant, l'utilisation des médicaments essentiels achetés selon leur nom générique (DCI) ne semble pas être généralisée dans les centres de soins primaires. Compte tenu que les recettes dégagées sont fondées principalement sur la vente de médicaments, on constate que la sur-prescription est monnaie courante.

La politique des pays plus ou moins favorables à l'importation de médicaments génériques ou à leur fabrication locale a un impact fort sur les prix du marché intérieur. En général, les situations de monopole en terme d'approvisionnement ont disparu. Il reste que, dans beaucoup de pays, les centrales d'achat subissent des ruptures de stock, de durée et de niveau variables. On constate par ailleurs de fréquents dysfonctionnements dans la gestion des pharmacies des centres de santé (médicaments périmés, ruptures de stocks parce que les commandes de renouvellement ont été adressées trop tardivement, etc.).

La faible activité de nombreux centres conduit à s'interroger sur la productivité de leur personnel. Dans le secteur public, la meilleure performance pour les matrones est souvent de 0,5 accouchement par jour et par matrone, et pour le personnel infirmier et médecin de moins de cinq consultations par jour. L'IB préconisait que des fonds du recouvrement servent à payer des primes au personnel méritant, incitation à une meilleure qualité des services. Les primes sont rarement attribuées en fonction du rendement ou de la qualité des personnels mais bien plus souvent selon des grilles préétablies d'ancienneté et de postes. Cette allocation des recettes provenant du recouvrement des coûts est réelle, et explique l'insuffisance des médicaments et des consommables ainsi que la qualité médiocre de l'entretien des bâtiments et du matériel.

La pratique des dessous-table et des détournements est rendue possible par l'absence d'affichage des tarifs à l'entrée des centres de santé et s'explique aussi par la faiblesse des revenus du personnel de santé et les tarifs non adaptés aux coûts réels.

Quel bilan peut-on faire de l'IB dix ans après son instauration ?

Les objectifs étaient, il est vrai, difficiles à atteindre en si peu de temps. Pourtant, à bien des égards, tant du point de vue de l'accès aux soins, de leur qualité que de l'équilibre financier des systèmes de santé ou de l'équité sociale, les ambitions des promoteurs de l'IB ont été rarement atteintes, du moins simultanément.

Un large consensus semble se dessiner sur le terrain quant au caractère inéluctable d'une prise en charge partielle des dépenses de santé par les usagers. Mais évidemment le montant et les formes de cette prise en charge sont fortement contrastés sur le terrain et la formule idéale devrait prendre en compte à la fois l'efficacité, l'équité et la pérennité. La forte avancée obtenue grâce au recouvrement des coûts a vraisemblablement consisté à faire prendre conscience que la santé a un coût et que les structures de santé doivent apprendre à faire de la gestion financière, à évaluer leurs coûts, à pratiquer des formes de tarification et de facturation.

Les financements IB ont certainement permis un "rattrapage" des pays qui avaient initialement la situation la moins bonne en matière de santé et plus largement de développement humain durable : la Guinée, le Bénin, la Mauritanie. Nous avons constaté un "rattrapage" en termes de couverture vaccinale, d'accès aux médicaments, de réduction des disparités entre milieu urbain et milieu rural et d'activités de soins. Rattrapage oui, mais aussi besoin sans doute d'un *second souffle* pour les plus anciens adeptes de l'IB.

Les expériences positives semblent davantage concerner les centres associatifs privés que les centres publics communautaires. On retrouve ici notamment les CSCOM du Mali et les FSUCOM d'Abidjan. Projets relativement autonomes par rapport aux circuits financiers de l'Etat et davantage initiés par les populations civiles et soutenus individuellement par les bailleurs que les centres publics qui émargent au budget public. Ce bilan confirme la supériorité théorique, pour des objectifs sociaux, d'institutions qui ne sont ni des organisations publiques pures (supposées à caractère bureaucratique, sans souci d'efficacité maximale), ni des organisations privées pures (supposées ne viser que des objectifs de profit).

Ces politiques ont eu le mérite de corriger le biais rural-urbain qui s'est nettement réduit depuis dix ans, de susciter une amélioration notable dans la disponibilité des médicaments bon marché pour les populations, de revitaliser des centres qui servent de points d'appui utiles pour des programmes d'action tels que les programmes de vaccination ou les programmes de formation, de responsabiliser les

populations. Un peu partout, sur l'ensemble des pays, on observe l'existence de centres de santé revitalisés avec une offre de médicaments le plus souvent disponibles et de services de meilleure qualité. Il existe du reste une corrélation positive entre le degré d'ancienneté dans l'IB, le degré d'avancement du programme de vaccination et le degré de réduction des disparités rural-urbain.

Mais les pays connaissent des difficultés à concilier et atteindre les objectifs d'efficacité, d'efficience, d'équité et de pérennité et à améliorer les indicateurs de résultats en matière de mortalité et morbidité.

La réponse serait assurément négative s'il fallait répondre globalement aux quatre questions suivantes:

- davantage de personnes ont-elles accès au système et sont-elles mieux soignées ?
- la productivité du personnel dans les centres publics a-t-elle augmenté ?
- les pauvres et les indigents sont-ils pris en charge ?
- sans les interventions des bailleurs, le système pourrait-il perdurer ?

Les facteurs favorables à une politique de recouvrement des coûts sont rarement tous atteints en même temps, c'est à dire une autonomie de gestion qui permet de générer et d'utiliser des recettes propres et de libérer les initiatives; un intéressement et une motivation du personnel suffisants ; la confiance et l'éthique professionnelle ; la proximité de la population et la représentativité des membres de comités de gestion ; le développement du tiers-payant et d'initiatives de type mutuelles ; des systèmes de formation et d'information ; une bonne complémentarité avec les hôpitaux et les équipes de districts.

La situation reste très fragile. Il suffit souvent d'un facteur défavorable pour dégrader la situation générale d'un centre : un déplacement géographique, les négligences d'un gestionnaire, l'incompétence ou la malhonnêteté d'un membre du personnel, une rupture de stock, une pénurie d'eau ou d'électricité, le non-renouvellement d'un projet d'appui qui arrive en phase finale, les retards dans les dotations budgétaires ou des allocations budgétaires inadéquates.

Comme les taux de fréquentation des centres n'augmentent pas et que les charges s'accroissent, les taux de recouvrement baissent. De plus en plus de centres deviennent alors déficitaires et le système financier mis en place est appelé à s'effondrer lorsque les pharmacies privées disposeront de stocks de médicaments génériques, évitant ainsi aux populations le coût de l'acte ou de l'entrée dans le centre (jugées actuellement par elles comme un pensum obligatoire pour accéder aux médicaments).

Dix ans après la mise en place des politiques IB, le besoin d'un second souffle se fait sentir dans la plupart des pays. Les décideurs cherchent à introduire des modes de financement alternatifs au paiement direct des soins par les usagers. Au delà de cela, on peut distinguer divers objectifs :

- la solvabilisation de la demande (en cas de revenus saisonniers par exemple) ;
- l'accroissement ou la stabilisation des ressources disponibles pour le secteur santé ;
- l'amélioration de la qualité des soins ;
- la recherche d'une plus grande équité dans l'accès aux soins.

ANNEXE 7 : LA CONFERENCE INTERAFRICAINNE DE PREVOYANCE SOCIALE (CIPRES)

La Conférence Interafricaine de Prévoyance Sociale (CIPRES) est une organisation internationale créée à l'initiative de la France et soutenue par elle. Elle a été instituée par un traité signé le 21 septembre 1993 à ABIDJAN par les ministres des finances et les ministres chargés de la prévoyance sociale, des 14 pays africains⁹² membres de la Zone Franc. Le traité est entré en vigueur le 10 octobre 1995. Les bureaux du siège de la CIPRES ont été ouverts le 1^{er} octobre 1996 à LOME.

Outil d'intégration sous-régionale, appui technique pour diagnostiquer les problèmes et améliorer la gestion des caisses, les objectifs de la CIPRES, affirmés dès l'article premier du Traité, sont au nombre de quatre :

- fixer les règles communes de gestion ;
- instituer un contrôle de la gestion des organismes de prévoyance sociale en vue de rationaliser leur fonctionnement pour mieux garantir les intérêts des assurés sociaux y compris ceux des travailleurs migrants ;
- réaliser des études et élaborer des propositions tendant à l'harmonisation des dispositions législatives et réglementaires applicables aux organismes et aux régimes de prévoyance sociale ;
- faciliter la mise en œuvre, par des actions spécifiques au niveau régional, d'une politique de formation initiale et permanente des cadres et techniciens des organismes de prévoyance sociale des Etats membres.

Au niveau institutionnel, la CIPRES est organisée à trois niveaux :

- Le Conseil des ministres de tutelle de la prévoyance sociale⁹³. Il s'agit d'un organe souverain. Il est chargé des décisions concernant l'organisation de la Conférence. Il arrête le budget, approuve le programme annuel de travail de l'Inspection régionale. Il dispose d'un pouvoir normatif en matière de règles de gestion des caisses et est compétent pour se prononcer sur les recommandations de la Commission de surveillance.

- La Commission de surveillance de la prévoyance sociale, qui examine les rapports d'audit et préconise, au besoin, des mesures de redressement proposées par l'Inspection régionale. Elle assure la préparation des réunions des Conseils des ministres. Elle préside et coordonne les travaux du comité des experts qui portent sur les propositions susceptibles d'être soumises au Conseil des ministres.

- L'Inspection régionale de la prévoyance sociale, qui est chargée des inspections, sur pièces et sur place, dans les organismes des Etats membres. Cette inspection est le seul organe permanent de la conférence.

Après que l'année 1999 ait été marquée par de nombreuses incertitudes, qui ont affecté lourdement les conditions de fonctionnement même de la CIPRES, la cinquième session ordinaire du Conseil des ministres qui s'est tenue à Bangui le 17 février 2000 a constitué une ouverture favorable à la reprise des activités de cette organisation. Un plan d'action pour l'Inspection a été adopté pour l'an 2000 et les inspecteurs qui se trouvaient dans une situation de non droit depuis la fin de l'année 1999 ont été reconduits dans leurs fonctions pour une durée de un an, cette période devant être mise à profit pour organiser un nouveau concours de recrutement prenant en compte la représentativité de l'Afrique de l'Ouest et de l'Afrique Centrale.

Le financement du fonctionnement de la CIPRES a été assuré à hauteur de 50 % par la France dans le cadre d'un FAC qui a pris fin en décembre 1999. Ce FAC a été prolongé jusqu'en juillet 2001. A l'issue de cette période, la France pourrait prolonger son appui sous conditions d'un renforcement de l'autonomie financière de l'institution. Par ailleurs, une convention de partenariat entre la CIPRES et l'IGAS pourrait être envisagée, voire même avec d'autres institutions étrangères.

⁹² A ce jour, le traité n'est toujours pas ratifié par les Comores et le Gabon.

⁹³ Au terme de la présidence camerounais de 1999, la présidence est assurée, pour l'année 2000, par le ministre de l'Emploi, de la Fonction publique et de la Formation professionnelle de la République centrafricaine.

ANNEXE 8 : LES MUTUELLES DE SANTE

Un organisme mutualiste est une association facultative de personnes (à adhésion libre) sans but lucratif, dont l'objectif est de parer aux conséquences que divers risques sociaux entraînent pour leurs membres et leurs familles. Il est financé par les cotisations de ses membres et sa gestion repose sur les représentants de ses adhérents. Il a une indépendance institutionnelle complète sous réserve de respecter certains principes définis par la loi. Une mutuelle se distingue de l'assurance maladie obligatoire publique notamment par une solidarité moins étendue et par une démocratie moins éloignée des membres cotisants. Elle se distingue de l'assurance maladie commerciale par son caractère non lucratif, par une solidarité beaucoup plus marquée à divers égards et par son caractère démocratique.

En Afrique, les mutuelles peuvent s'inscrire dans la tradition de l'entraide qui est une des valeurs de base des sociétés traditionnelles (les tontines, en particulier financières, sont une forme d'entraide qui y est toujours répandue). Aujourd'hui, différentes expériences de création et de développement des mutuelles sont en cours dans plusieurs pays d'Afrique et semblent offrir des perspectives intéressantes pour les années à venir. L'articulation entre un centre de soins et une mutuelle peut à la fois faciliter le fonctionnement de cette dernière et améliorer l'offre de soins en assurant au centre des ressources plus régulières et en lui permettant ainsi d'accroître son activité. D'une manière générale, en raison des sérieux problèmes, notamment d'accessibilité financière, que pose le système de paiement direct par les patients et des limites indubitables de ce système, le concept de mutuelle de santé retient de plus en plus l'attention en Afrique. Pour autant, il ne faut pas perdre de vue les limites probables du développement de la mutualité dans les conditions de l'Afrique d'aujourd'hui. A court et même à moyen terme, il semble très peu probable que les mutuelles puissent couvrir de larges couches de population. Le problème de l'équité pour les couches les plus pauvres reste donc posé.

Pourtant, c'est un fait, les mutuelles se développent un peu partout, dans les pays francophones comme dans les pays anglophones sous le terme MHO⁹⁴. Près de 60% des mutuelles actuellement en activité ont moins de trois ans d'âge et se situent aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain.

On trouve plusieurs types de mutuelles impliquées dans le financement de l'accès aux soins : des mutuelles traditionnelles organisées au niveau de la famille élargie ou de l'ethnie ou des mutuelles qui sont liées à un mouvement social ou associatif et qui pour ces dernières peuvent être organisées au niveau national. La taille des mutuelles varie elle aussi :

Moins de 100 membres	Entre 100 et 1.000 membres	entre 1.001 et 10.000 membres	Entre 10.001 et 100.000 membres	plus de 100.000 membres
27%	36%	14%	18%	5%

Source : C. Atim, "The contribution of Mutual Health Organisation to financing delivery and access to health care, BIT-ANMC 1998.

La stratégie d'appui aux mutuelles se santé adopté à Abidjan en juin 1998 a arrêté un certain nombre de recommandations parmi lesquelles on peut citer :

- préserver dès le départ l'autonomie, l'indépendance et la responsabilité des mutuelles ;
- inscrire l'appui aux mutuelles dans la durée ;
- développer des systèmes de suivi-évaluation performants ;
- participer à l'amélioration de l'offre de soins et à la promotion de la santé ;
- rechercher des synergies avec les actions génératrices de revenus ;
- élargir l'appui à tous les acteurs impliqués et aux autres formes d'organisation des populations ;
- appuyer les Etats dans la création d'un environnement favorable aux mutuelles ;

⁹⁴ Mutual Health Organization, ainsi défini: "*nonprofit, autonomous organization based on solidarity between, and democratic accountability to, their members whose objective is to improve their members' access to good quality health care through their own financial contributions and by means of any range of financial mechanisms that mainly involve insurance, but that may also include prepayments, savings and soft loans, third-party subscription payments and so on*" (C. Atim, 1998).

- aider les prestataires à devenir de véritables partenaires des mutuelles ;
- œuvrer au développement de compétences locales ;
- mobiliser le concours des acteurs extérieurs.

Le développement réussi des mutuelles suppose que les bénéficiaires potentiels soient familiarisés avec le principe de l'assurance et de la solidarité, qu'ils aient une garantie de qualité des prestations obtenues et voient leurs revenus augmenter en même temps qu'ils s'assurent afin qu'apparaisse la spirale vertueuse.

Pour prendre un exemple significatif, la familiarité avec le principe d'assurance apparaît dans les plans de gestion de terroirs qui s'appuient sur les structures sociales d'une commune et reviennent à utiliser une approche participative pour définir un plan de développement communal intégrant des actions productives, des actions de protection de l'environnement et des projets d'infrastructures sanitaires et éducatives. Le financement de ce plan est assuré à la fois par des financements propres des membres du village, par des subventions et par des prêts. Tous les villages concernés qui ont des projets d'élevage ont l'habitude de l'assurance incorporée aux prêts : cette assurance donne lieu à une cotisation de tous les ménages éleveurs qui entre dans une caisse gérée par un trésorier du village et sert en cas de perte de bétail. Des entretiens avec les comités villageois⁹⁵ montrent qu'il est possible d'introduire une mutualisation quasi-obligatoire du risque santé si les leaders du village sont informés et motivés et si les avantages obtenus correspondent aux besoins et demandes des villageois (incluant les services de médecine traditionnelle).

Il est important d'intégrer assurance santé de proximité et actions génératrices de revenus et d'adapter les appuis aux conditions économiques, sociales et financières des populations concernées. Par exemple, dans une même zone climatique, on peut trouver un village dont les membres survivent et un village voisin dont les membres ont su adopter une innovation culturelle et atteindre des revenus monétaires satisfaisants⁹⁶. Dans le premier type de village, il n'est pas possible de créer un système viable de mutuelle sans innovations productives pour élever les revenus monétaires. Dans le deuxième type de village, une cotisation annuelle est immédiatement mobilisable. Cela pose le problème de la nécessité d'allocations redistributives qui doivent être mises en place dans tous les cas entre salariés urbains et non salariés, entre riches et pauvres.

⁹⁵ L'exemple que nous utilisons est celui du terroir de Dolé-Routounia au Niger appuyé par le Programme d'Appui aux Initiatives de Gestion Locale des Roneraies.

⁹⁶ L'exemple que nous utilisons est celui de la zone de savane ivoirienne où des villages qui possèdent plus de terres et ont osé abandonner le riz pour une culture efficace du coton gagnent plus que des villages qui pratiquent à la fois riz et coton, mais les deux de façon médiocre sur des espaces plus réduits.

ANNEXE 9 : LES SOCIÉTÉS PRIVÉES DE CONSEIL DANS LES DOMAINES DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ

Il existe peu de sociétés privées qui interviennent dans le domaine de la protection sociale/santé sur le plan international. Quelques grands groupes de conseil affichent leur offre dans ces domaines. Il ne nous a pas été possible toutefois d'obtenir des informations précises sur la réalité de leur activité. A l'exception de petites sociétés qui sont liées à des universités (Clermont-Ferrand, Montpellier), quatre sociétés de conseil qui ont une réalité d'intervention dans ce secteur nous sont apparues comme devant être citées.

Groupe Bernard Brunhes

Créé en 1987, le Groupe Bernard Brunhes⁹⁷ développe une activité de conseil en France et à l'étranger. Depuis la fin des années 80 et notamment après la chute du mur de Berlin, Bernard Brunhes Consultant (BBC) a développé une activité d'études et d'intervention dans le domaine sanitaire et social, notamment en Europe de l'Est, y compris dans l'ancienne Union soviétique, ainsi qu'au Maghreb. Une filiale internationale, Bernard Bruhnes International (BBI), est en charge de cette activité internationale.

BBI est intervenu comme chef de projet dans de nombreuses interventions lourdes d'assistance technique à l'Est, financées pour la plupart par la Commission européenne : à titre d'exemple, BBI a géré pendant les années 1997-2000 l'intervention de la commission européenne en faveur des pays candidats à l'adhésion dans le domaine de la protection sociale.

SOFRECO/Conseil Santé

SOFRECO (Société Française de Réalisation, d'Etudes et de Conseil)⁹⁸ est une société de Conseil et d'Ingénierie⁹⁹, créée en 1976 et qui comprend quatre départements principaux :

- Agro Industries, Industries sucrières et industries diverses
- Agriculture, Développement rural, Gestion du milieu naturel,
- Chimie, engrais, pétrole, énergie, environnement industriel,
- Economie, développement économique.

C'est dans le cadre de ce dernier département que SOFRECO intervient dans le domaine des finances publiques et de la gestion de l'Etat, domaine qui représente 25 à 30 % de son activité (**33 MF de CA/an**). C'est au travers de cette démarche que SOFRECO a été amené à s'intéresser aux questions de sécurité sociale ou de Fonds de pension. Toutefois, cette activité reste modeste : (**2 à 3 MF sur les 33**).

Conseil Santé S.A¹⁰⁰ est une filiale de SOFRECO. Elle est structurée en deux départements :

- Le Département santé qui propose des services d'assistance technique, d'évaluation, d'étude, et de formation dans différents domaines : évaluation de projets et de programmes de santé ; renforcement institutionnel et planification sanitaire régionale et nationale ; gestion des organismes de santé (projets médicaux, projets d'établissement, assistance à l'ouverture d'hôpitaux) ; financement de la santé, à un niveau macro-économique (assurance maladie) ou micro-économique (financement des soins de santé de base) ; formation, dispensée en accompagnement de projets d'assistance technique ou personnalisée, afin de s'adapter au mieux aux besoins du personnel formé ; médecine du travail et promotion de la santé dans les entreprises.

⁹⁷ Bernard Bruhnes consultants – 89 rue du Faubourg St Honoré – 75011 PARIS – Tél 33 (0)1 53.02.15.00 – e-mail : bbc.bruhnes.com

⁹⁸ SOFRECO – 92/98 boulevard Victor Hugo – 92215 CLICHY – Tél 33 (0)1 41.27.95.95 – e-mail : welcome@sofreco.com

¹⁰⁰ Conseil santé – 92/98 boulevard Victor Hugo – 92215 CLICHY – Tél 33 (0)1 55.46.92.60 – e-mail : phama@conseilsante.com

- Le Département chimie et pharmacie qui intervient dans les domaines de la chimie, médecine, pharmacie, cosmétique, des pesticides, de l'agro-alimentaire et des biotechnologies. Ce département intervient notamment en recherche documentaire, pour le montage de dossiers techniques et fait de la veille technologique.

Les équipes de CONSEIL SANTE S.A. sont constituées de médecins de toutes spécialités, d'infirmiers cadres, d'économistes de la santé et d'ingénieurs biomédicaux.

SODETEG

SODETEG est une société filiale de Thomson-CSF, spécialisée dans l'ingénierie et le conseil¹⁰¹. Elle intervient dans plusieurs domaines : transports et infrastructures, bâtiment, industrie et hautes technologies, développement et coopération. C'est dans le cadre de ce secteur d'intervention que SODETEG est susceptible d'intervenir sur les sujets de santé publique (réforme des systèmes de santé, économie de la santé, politique du médicament, gestion hospitalière, systèmes d'information sanitaires, épidémiologie...) ou sur les sujets touchant à la réforme de l'Etat (réforme des finances publiques, pensions de retraite...)

Le CREDES

Le Centre de Recherches et d'Etudes pour le Développement de la Santé (CREDES-International) est une société anonyme¹⁰², qui dépend de la " Caisse Des Dépôts Développement " (C3D). Elle a été créée en 1984, et elle rassemble des spécialistes de la santé publique internationale (médecins, pharmaciens, économistes, planificateurs, gestionnaires, ingénieurs). Son champ d'action s'étend aussi bien aux problèmes de santé publique des pays européens qu'à ceux des pays en développement.

Le CREDES réalise des études et des recherches pour le compte des grandes agences de développement (BAD, BM, FED, OMS, UNICEF, UE : Phare, Tacis). Il développe des activités de conseil en France pour le compte d'institutions publiques et de collectivités locales. Il fournit une assistance technique à de nombreux pays et à diverses institutions pour la mise en œuvre de programmes de réorganisation des services de santé et assure le suivi et l'évaluation de projets mis en œuvre soit dans le cadre de l'aide internationale, soit par des collectivités locales en France.

L'ACODESS

L'ACODESS (Association de coopération pour le développement des services de santé) a été créée sous l'impulsion du ministère des affaires étrangères afin de constituer une tête de réseau de professionnels de santé susceptibles d'intervenir à la demande de ce ministère. L'association s'est réellement constituée en 1986. Il s'agit d'une association 1901 dont le conseil d'administration regroupe l'Ecole Nationale de la Santé Publique, la Conférence nationale des directeurs de Centres Hospitaliers Universitaires, la Conférence nationale des directeurs de Centres Hospitaliers Généraux, l'Association des hôpitaux locaux, l'Association des anciens élèves de l'ENSP ainsi que des membres à titre individuel.

L'ACODESS¹⁰³ intervient essentiellement dans des domaines touchant le secteur public de la santé : conseil aux ministères de la santé et aux administrations sanitaires locales, gestion des services de santé, politiques de santé publique, ingénierie hospitalière, gestion et maintenance des équipements biomédicaux. De plus, l'ACODESS consacre une partie de son activité à des actions de recherche en étroite relation avec les programmes de coopération et d'assistance technique sur le terrain.

¹⁰¹ SODETEG - 25 rue du Pont des Halles -94666 RUNGIS Cedex, - Tél : 33 (0)146 86 09 86, www.sodeteg.thomson-csf.com

¹⁰² CREDES - 53, rue de Turbigo - 75003 PARIS- Tél. : 33 (0)1 42 74 11 10 – e-mail : credes@club-internet.fr

¹⁰³ ACODESS – 11 rue Rondelet – 75012 PARIS – Tél 33 (0)1 44.68.98.33 – e-mail : acodess@wanadoo.fr

ANNEXE 10 : QUELQUES ONG QUI INTERVIENNENT DANS LE SECTEUR DE LA PROTECTION SOCIALE SUR LA PLAN INTERNATIONAL

Sans pouvoir présenter ici toutes les ONG qui œuvrent dans le domaine de la protection sociale, nous retiendrons plus particulièrement deux groupements qui, par leur origine et leur composition, proche du mouvement syndical et de l'économie sociale, méritent d'être soulignés : l'ICOSI et l'IPSE.

L'Institut de coopération sociale Internationale, (ICOSI)¹⁰⁴ a été créé en 1983. Il rassemble des organisations syndicales, des institutions de prévoyance sociale, des coopératives, des mutuelles. Il développe des activités d'information (rencontres internationales, missions d'étude, publications), d'assistance technique dans le cadre de la coopération bilatérale et multilatérale (accompagnement social des réformes économiques, réforme des systèmes de protection sociale, promotion de l'économie sociale), de formation (cadres sociaux, syndicaux, coopérateurs, mutualistes, agents de développement, fonctionnaires).

L'Institut de la Protection Sociale Européenne¹⁰⁵ est aussi issu du monde de l'économie sociale. Il agit pour accompagner la construction européenne d'une protection sociale solidaire en favorisant le dialogue social et le débat autour d'un modèle social européen. Entre autres activités, l'IPSE réalise des rencontres européennes permettant de mettre en contact sur des grands thèmes de la protection sociale, les principales institutions et organisations internationales et les partenaires sociaux représentatifs, à même de faire avancer le débat et les échanges sur ces sujets tant dans l'Union européenne que dans les pays associés.

¹⁰⁴ ICOSI, 62, Boulevard Garibaldi, 75015 PARIS, tél. 01 40 56 02 40, fax. 01 40 56 00 37, E-mail : ICOSI@wanadoo.fr

¹⁰⁵ IPSE, 92, Boulevard Magenta, 75010 PARIS, tél. 0140 37 13 88, fax. 0140 36 07 65, E-mail : euroipse@aol.com

**ANNEXE 11 : JUMELAGES PHARE CONSENSUS III - PROTECTION SOCIALE
(printemps/été 2000 sur crédits 1999)**

Renforcement de la capacité administrative des pays candidats

PAYS	PROJET	BUDGET (meuro)
Bulgarie	Mise en œuvre de la coordination des régimes de sécurité sociale (règlements 1408/71 et 574/78).	0,63
Bulgarie ⁽¹⁾	Développement des ressources humaines de la Caisse nationale d'assurance maladie bulgare afin d'assurer le fonctionnement satisfaisant des organismes d'assurance maladie nouvellement créés.	1,25
République tchèque	Mise en œuvre de la coordination des régimes de sécurité sociale (règlements 1408/71 et 574/78).	1,1
République tchèque	Assistance à la réforme des pensions.	2,17
Estonie ⁽²⁾	Mise en œuvre de la coordination des régimes de sécurité sociale (règlements 1408/71 et 574/78).	0,4
Hongrie	Mise en œuvre de la coordination des régimes de sécurité sociale (règlements 1408/71 et 574/78).	0,92
Pologne	Mise en œuvre de la coordination des régimes de sécurité sociale (règlements 1408/71 et 574/78).	2,0
Lituanie	Développement de la protection sociale : mise en œuvre d'une politique d'assistance sociale	2,0
Roumanie	Développement et renforcement des organismes d'assurance maladie au niveau national et local.	1,0
Slovaquie	Mise en œuvre de la coordination des régimes de sécurité sociale (règlements 1408/71 et 574/78).	0,72
Slovénie ⁽³⁾	Mise en œuvre de la coordination des régimes de sécurité sociale (règlements 1408/71 et 574/78).	0,4

Sont soulignés les projets pour lesquels la France a transmis à la Commission une manifestation d'intérêt dont le résultat, lorsque la proposition française a été retenue, est indiqué ci-après :

⁽¹⁾ France Etat leader envoie un conseiller pré-adhésion (CPA) à Sofia pour la durée du projet et fournit des experts pour des missions de court terme.

⁽²⁾ France en partenariat avec le Danemark (Etat leader) ; envoi des experts pour des missions de court terme.

⁽³⁾ France en partenariat avec la Suède (Etat leader) ; envoi des experts pour des missions de court terme.

ANNEXE 12 : L'ORGANISATION DE LA COOPERATION TECHNIQUE DANS DIVERS MINISTÈRES

- *Le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie*

Ce ministère a créé en 1981 l'Association pour le Développement des Echanges en Technologie Economique et Financière (ADETEF). Cette association régie par la loi de 1901 a une vocation inter directionnelle en matière de coopération technique internationale vers les pays en développement ou en transition. Par ailleurs, ce ministère a créé le 11 mai 1999 un Comité de Direction de la Coopération Technique Internationale (CODICTI) présidé par le ministre et dont le secrétaire général est le président de l'ADETEF. L'objectif du CODICTI est de *“ prendre toute initiative tendant à renforcer la coordination et le professionnalisme de la coopération technique réalisée par les agents du ministère ”*.

Le ministère de l'Education nationale.

Le ministère a créé une délégation aux affaires internationales qui coordonne le développement des échanges et de la coopération avec les systèmes scolaires, universitaires et de recherche étrangers sur les plans bilatéral, multilatéral, communautaire et francophone.

Face à la croissance des appels d'offres internationaux, la coopération prend depuis ces quelques années une nouvelle dimension. Quatre organismes interviennent dans ce secteur dont deux récemment :

- le GIP Edufrance, a été créé en 1998. Agence pour la promotion de formations et des échanges éducatifs et scientifiques de formation supérieure, ce GIP associe les ministères de l'éducation nationale, de la recherche et la Technologie, Affaires étrangères et coopération, les établissements publics et privés, universités, grandes écoles et instituts et fondations.

- la DRIC, (la Direction des relations internationales du ministère)

- le Centre International d'Etudes Pédagogiques (CIEP) de Sèvres est un établissement public national placé sous la tutelle du ministre de l'éducation nationale, de la recherche, et de la technologie. Il a pour mission de contribuer à la mise en oeuvre des programmes de coopération en éducation sur des projets bilatéraux et multilatéraux.

- la Société Française d'Exportation des Ressources Educatives (SFERE) est une société anonyme créée en 1984.

- *Le ministère de la justice*

Le ministère de la justice s'appuie sur ARPEJ pour la mise en œuvre des projets de coopération gérés par son service international. ARPEJ, Association pour le Renouveau et la Promotion des Echanges Juridiques, a été créé en 1993 sous la forme d'une association régie par la loi de 1901. Le budget de fonctionnement de cette association provient de subventions publiques (Ministère de la Justice, Ministère des Affaires étrangères) et privés (bureau de Paris...) ainsi que des cotisations de ses membres. Pour se positionner sur le marché concurrentiel, ARPEJ n'ayant pas qualité pour assumer la gestion des appels d'offres internationaux, le rôle d'opérateur revient à une association ACOJURIS¹⁰⁶. Il s'agit là d'une nouvelle association créée fin 1998 : l'Agence de coopération juridique internationale. L'apport financier initial du ministère de la Justice a été de 650 000 FF à cette association, les fonds du budget de fonctionnement proviennent des cotisations de ses membres identiques à ceux d'ARPEJ.

- *Le ministère de l'Agriculture et de la Pêche*

¹⁰⁶ une nouvelle association créée fin 1998 : l'Agence de coopération juridique internationale. L'apport financier initial du ministère de la Justice est de 650 000 FF, les fonds du budget de fonctionnement proviennent des cotisations de ses membres identiques à ceux d'Arpeje.

Le ministère de l'Agriculture et de la Pêche développe sa coopération bilatérale grâce à un budget de 170 Millions/ an, permettant notamment de financer les opérateurs qui effectuent la mise en oeuvre. A cette fin, le ministère utilise les services de l'ADEPTA, Association pour le Développement des Exportations des Produits et des Techniques Agricoles. Cette association, loi 1901 regroupe des entreprises, essentiellement des équipementiers (matériels agricoles), des bureaux d'études, des institutions telle que l'INRA (Institut National de Recherche Agronomique), le CIRAD (Centre de Coopération Internationale en Recherche Agronomique pour le Développement).

L'ADEPTA organise des colloques, gère l'accueil des délégations étrangères et effectue une veille des appels d'offres internationaux. Le ministère fait également appel à un réseau structuré à l'international composé de la Direction des Relations Economiques extérieures (DREE), du Centre Français du Commerce Extérieur (CFCE)¹⁰⁷ et le CFME-ACTIM - agence pour la promotion internationale des technologies et des entreprises françaises et par une Société de Promotion des EXportations Agroalimentaires SOPEXA qu'il aide à hauteur de 140 MF/ an.

¹⁰⁷ Il reçoit du ministère de l'agriculture et de la pêche près de 20 M F / an

ANNEXE 13 : LE GIP-INTER

Le GIP Inter est l'outil de coopération technique du ministère dans les domaines des relations du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle dans le cadre des orientations arrêtées par le ministre de l'emploi et de la solidarité. Sa création a fait l'objet d'une habilitation législative particulière¹⁰⁸ dans la loi n° 91-1405 du 31 décembre 1991 (article 50).

Le GIP Inter est constitué par l'ensemble des structures publiques : services centraux et locaux du ministère chargé du travail, de l'emploi et de la formation, agence nationale pour l'emploi (ANPE), association nationale pour la formation professionnelle des adultes (AFPA), agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), institut national du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (INTEFP).

Le GIP Inter met à la disposition des institutions publiques étrangères qui le souhaitent l'expertise et le savoir-faire des experts publics et, le cas échéant privés, spécialistes des questions de travail, d'emploi et de formation professionnelle. Des programmes de coopération annuels ou pluriannuels sont élaborés en partenariat avec les pays concernés. Cette coopération a pour objectif l'établissement de relations durables entre fonctionnaires et experts de pays différents, l'amélioration de l'efficacité et de la qualité des institutions chargées des relations du travail, du marché du travail, de l'emploi et de la formation, la lutte contre le travail des enfants.

Le GIP dispose de ressources financières qu'il peut utiliser de façon souple et rapide¹⁰⁹. Il participe depuis 1995 au financement du programme IPEC du BIT pour la lutte contre le travail des enfants¹¹⁰. Ses actions sont financées par le ministère de l'emploi et de la solidarité, les contributions des pays avec lesquels se réalisent les actions, les apports des organismes internationaux. Le GIP Inter agit également comme opérateur dans le cadre d'appels d'offres internationaux (Union européenne, Banque Mondiale).

Son équipe permanente est composée d'une directrice, de 4 chargés de mission, de 3 assistantes et d'un agent comptable. Son président, Inspecteur général des affaires sociales, joue un rôle important dans la structure, notamment d'animation et de représentation. Le GIP Inter conçoit et met en œuvre des missions d'experts publics et privés pour animer des formations, concevoir des projets, élaborer des textes juridiques. Il mobilise chaque année 300 experts à cette fin. Il organise des visites d'études : depuis 1995, plus de 400 séjours d'études ont été organisés pour plus de 1000 cadres et experts étrangers. Il met en place des équipes projet chargées de conduire des actions pluriannuelles à l'étranger. Il participe comme opérateur à des programmes multilatéraux, en particulier pour les jumelages avec les pays candidats à l'Union européenne.

Il a des programmes avec 25 pays pour 120 projets. Il travaille ainsi à la mise en œuvre de programmes de coopération :

- en Europe centrale et orientale, (Roumanie, Hongrie, Pologne, Bulgarie, République tchèque, République slovaque) ;
- dans la CEI (Russie) ;
- en Méditerranée (Maroc, Tunisie, Algérie, Turquie, Palestine, Egypte, Jordanie) ;
- dans le sud-est asiatique (Viêt-nam, Chine, Cambodge)
- avec certains pays de l'Afrique subsaharienne (Sénégal, Mali).

¹⁰⁸ Une loi est nécessaire pour créer, sinon un GIP, du moins une catégorie de GIP pour un domaine considéré (recherche, enseignement...).

¹⁰⁹ Ses crédits d'intervention se montaient en 1999 à 12 millions de francs.

¹¹⁰ L'accord signé le 19 mai 1999 entre le directeur général du BIT et la ministre de l'emploi et de la solidarité a porté la contribution du GIP Inter de 6 à 10 millions de francs sur la base de projets déposés auprès de son conseil d'administration.

ANNEXE 14 : UN EXEMPLE DE RECHERCHE EUROPEENNE DANS LE DOMAINE DE LA PROTECTION SOCIALE

Action COST

Tous les systèmes de protection sociale en Europe connaissent de sérieuses difficultés et depuis le milieu des années 1980 font l'objet de réformes diverses. Or, les recherches sur les systèmes de protection sociale sont souvent trop concentrées sur le niveau national, il semble donc nécessaire d'élargir ces recherches afin d'aborder les questions fondamentales transversales qu'impliquent ces réformes. La Mission Recherche (MiRe) de la Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de l'emploi et de la solidarité a conduit sur 6 ans (de 1994 à 2000) un programme de recherche sur la comparaison des systèmes de protection sociale en Europe.

L'idée de départ reposait sur le constat de l'absence de l'analyse du cas français dans les comparaisons internationales et de la faible présence des chercheurs français dans les débats internationaux, de la méconnaissance française des systèmes étrangers de protection sociale et surtout de l'intérêt heuristique de la comparaison internationale, qui permet de mieux comprendre les fonctionnements et problèmes nationaux. Quatre rencontres ont ainsi été organisées (à Oxford en mai 94, à Berlin en avril 1995, à Florence en février 1996 et à Copenhague en septembre 1998). Ces rencontres ont donné lieu à publication et à l'établissement d'un fichier de chercheurs spécialisés sur les questions de protection sociale.

Il est résulté de ce programme la nécessité de créer une recherche européenne consacrée à l'impact de l'intégration européenne sur les réformes et les transformations des systèmes de protection sociale et la nécessité de coordonner au niveau européen les multiples recherches comparatives ou plus simplement nationales sur l'évolution des systèmes de protection sociale. Ces objectifs seront réalisés dans le cadre d'une " Action COST A15 " dont le titre sera :

" Réformer les systèmes de protection sociale dans l'Europe.
Comparer les dynamiques de recomposition des systèmes européens de protection sociale
dans les contextes de mondialisation et de construction européenne "

Une action COST est une proposition de la Direction Recherche de la Commission européenne qui consiste à construire un réseau de chercheurs sur un thème donné. Le comité de gestion de ce COST A15 est présidé par Monsieur Denis Bouget, Professeur de sciences économiques à l'université de Nantes et directeur de la Maison des sciences de l'homme Ange Guépin de Nantes.

ANNEXE 15 : UNE ACTION DE RECHERCHE AVEC LE BIT

“ Working Paper Series ” sur l’extension de la protection sociale

Le BIT souhaite organiser la publication et la diffusion la plus large possible d'une série de documents de travail (*working paper series*) sur l'extension de la protection sociale. Cette série vise à animer un débat international à partir d'une problématique et de questions centrales pour le BIT, issues de ses propres expériences de terrain ainsi que des débats avec d'autres organisations internationales et des gouvernements nationaux.

Cette série vise à mettre en place un forum de publication et d'échanges scientifiques sur des aspects souvent négligés dans les débats académiques en matière de politiques sociales et de welfare state :

- la protection sociale dans les pays en voie de développement,
- une analyse des acteurs de la protection sociale qui s'étend aux autres acteurs que l'Etat, notamment le secteur volontaire et la famille (plus particulièrement les femmes) (welfare pluralism, nouveau partenariat entre l'Etat et la société civile),
- les articulations entre les différents acteurs et les différentes formes de protection sociale (systèmes de protection sociale et non “ Etat-providence ”),
- les logiques collectives (les groupes) et politiques (la participation, les choix collectifs) qui portent et sont portées par les dispositifs et les acteurs de la protection sociale (la participation),
- les dynamiques historiques et présentes de développement des différentes formes de protection sociale,
- les options politiques et le devenir de la protection sociale dans le monde.

Sur la base d'un texte problématique, il s'agira de publier des textes de haute qualité scientifique écrits par d'éminents chercheurs en sciences sociales (économie, sociologie, science politique, histoire, anthropologie...), venus des pays développés mais aussi des autres pays (en voie de développement, émergents et en transition) qui partiront de leur spécialité pour réagir aux interrogations problématiques du BIT.

Les textes de la série permettront de mieux connaître la contribution de différents groupes d'acteurs à la protection sociale : la famille, les femmes, le secteur associatif et mutualiste, les acteurs du marché et les différents acteurs publics. Ils permettront aussi de comprendre les différents modes d'articulation entre ces acteurs et les formes de protection sociale qu'ils prodiguent (que ce soit en termes de relations financières, de types de relation - contractuelle, subsidiaire, complémentaire voire concurrente, ou bien d'économie générale des systèmes qui se sont développés). La série s'interrogera aussi sur les processus d'exclusion de la protection sociale : qui est exclus ? de quelle protection sociale ? La question de la participation aux décisions et à la gestion de la protection sociale sera centrale de ce point de vue, ainsi que celle de la couverture du secteur informel, des femmes et des enfants. Les questions d'une protection sociale à la fois liée à l'emploi et favorable à celui-ci seront abordées. Le thème de l'extension de la protection sociale permettra en outre de revenir sur l'histoire des systèmes occidentaux, de leur condition (économique, sociale, politique) et de leur dynamique de développement Il permettra aussi d'aborder les débats contemporains sur les différentes options actuellement envisagées, notamment au sein des organisations internationales (BIT, mais aussi Banque mondiale, OCDE, CEE, OMS...).

Pour organiser et valoriser cette série de working papers, le BIT s'appuiera sur une collaboration avec la MSH Ange-Guépin de Nantes, qui fera appel à ses nombreux réseaux de chercheurs internationaux pour garantir une diffusion large à la série. La MSH devrait aussi organiser plusieurs types de séminaires autour de la série : un séminaire trimestriel (organisé à Nantes, Paris ou Genève selon les cas) autour de 2 ou 3 papiers de la série. Un séminaire spécifique sur les organisations internationales et la protection sociale, organisé conjointement avec le réseau COST A15 présidé par Denis Bouget (directeur de la MSH Ange-Guépin) et co-animé par Bruno Palier, et éventuellement avec le ministère des Affaires sociales (DREES) ainsi qu'un séminaire à mi-parcours visant à évaluer et valoriser les 15/20 premiers textes publiés dans la série.

Le BIT s'appuiera en partie sur ces travaux pour promouvoir une conception de la protection sociale qui puisse faire face aux défis rencontrés par les pays en voie de développement, les pays émergents, les pays en transition mais aussi les pays industrialisés. Il s'agit de concevoir la protection sociale de demain, qui puisse faire face aux besoins des plus pauvres tout en ne favorisant pas le développement de systèmes à plusieurs vitesses. Il s'agit en outre de s'appuyer sur un certain nombre de valeurs et principes défendus par le BIT pour définir cette nouvelle conception de la protection sociale pour tous : un travail décent, une participation des acteurs concernés, une égalité de traitement (entre riches et pauvres, entre hommes et femmes).

ANNEXE 16 : QUELQUES EXEMPLES ETRANGERS D'ORGANISATION DE LA COOPERATION TECHNIQUE INTERNATIONALE DANS LE DOMAINE SOCIAL

En Allemagne

La politique publique de coopération dans le domaine de la protection sociale, comporte des objectifs circonscrits dans un cadre où le rôle de l'Etat est volontairement réduit. (Il est même étonnant de mesurer combien l'approche des pouvoirs publics allemands dans ce domaine affirme des principes libéraux qui sont éloignés de la position française, lorsque par exemple, on lit dans le " Document de politique générale de la coopération allemande (1999) ") :

“ La mise en place de la protection sociale relève certes de la mission des gouvernements, mais l'Etat ne doit agir que de façon subsidiaire, dans la mesure où les acteurs privés et les assurances individuelles ne suffisent pas à assurer les minima sociaux. L'Etat doit ainsi fournir les conditions globales permettant à la protection sociale privée de se mettre en place, réduire les risques sociaux de base, et laisser leur place aux initiatives personnelles ”

Ce document met l'accent sur les mesures susceptibles d'améliorer l'accès à la protection sociale des plus pauvres et des " personnes en danger " que sont les enfants, les mères mineures, les mères seules, les veuves, les personnes âgées ou gravement malades et les victimes de catastrophe.

La politique de coopération allemande est définie par le Ministère fédéral de la coopération et du développement (BMZ). Elle est essentiellement mise en œuvre par la GTZ.

La GTZ¹¹¹ (*Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* ou Société pour la Coopération Technique) est une société de droit privé à responsabilité limitée (de type SARL, mais disposant d'un Directoire et un Conseil de Surveillance). Le capital social, qui est entièrement possédé par l'Etat allemand est de 40 millions de DM. Le président du Conseil de Surveillance est le représentant du Ministère de la coopération.

La GTZ a une partie de son activité qui répond à des objectifs de service public pour le compte de l'Etat et une autre partie de son activité qui s'inscrit dans les procédures d'appel d'offre. Elle n'attend pas toutefois les demandes et crée celle-ci par une politique active de prospection à l'étranger. Sur le plan budgétaire, la GTZ ne reçoit pas de subvention globale, mais des concours spécifiques correspondant aux coûts constatés de chaque programme approuvé.

La GTZ a un personnel permanent de l'ordre de 1200 personnes au siège. Elle emploie par ailleurs, dans les pays bénéficiaires de ses projets, environ 6500 agents de droit local. A cela s'ajoutent plus de 1500 experts allemands " à long terme " et des experts pour des missions courtes. Concernant les experts fonctionnaires sur des périodes longues (3 ans), la GTZ les salarie selon une formule proche du détachement. (Certains ministères ou Länders assurant à ces fonctionnaires à leur retour un déroulement de carrière intéressant. S'agissant des fonctionnaires en mission " courte " (moins de six mois), la GTZ leur verse une rémunération accessoire, supplément à la rémunération de base servie par l'administration d'origine.

Au Royaume Uni

L'élaboration de la politique de coopération en matière de protection sociale relève au Royaume-Uni du ministère pour la coopération internationale (" Department for International Development "DFID). Les ministères sociaux en la matière, sont soit absents, (ministère de la sécurité sociale), soit associé de manière ponctuelle (ministères de l'éducation et de l'emploi). La division du développement social du DFID une petite unité au sein de l'administration de la coopération. Elle est chargée de contribuer à la

¹¹¹ Les informations concernant la GTZ sont extraites d'un compte-rendu de visite effectué par un représentant de l'ADETEF en août 1997 à son siège à Eschborn, près de Francfort-sur-le-Main.

définition de la politique du ministère, de créer des réseaux et d'entretenir des relations avec les autres donateurs, notamment les organisations internationales (Union européenne, Banque mondiale, ONU...).

Le DFID conduit une politique décentralisée : un plan et un budget sont arrêtés par pays. Leur mise en œuvre et leur adaptation sont délégués au bureau local du ministère britannique du développement. Les bureaux implantés dans les pays bénéficiaires de programmes jouissent d'une grande autonomie de décision par rapport à leur administration centrale.

Selon les actions programmées, le DFID fait appel à l'expertise de consultants privés, d'universités, de spécialistes du service national de santé (NHS), d'ONG et d'organismes caritatifs. En Grande Bretagne, en effet, l'organisation de la coopération administrative distingue clairement les fonctions de donneurs d'ordres (qui commande et finance la coopération) et les fonctions d'opérateur (qui l'exécute). Ces deux fonctions sont exercées par des organismes séparés. Les opérateurs sont majoritairement dans le secteur privé.