Initiative de l'AISS Recherches & points de vue N° 12

Evaluer l'exclusion

Une synopsis de l'étude de l'Initiative de l'AISS

Centre for Research in Social Policy, Université de Loughborough

> Simon Roberts Karl Ashworth Bruce Stafford

Evaluer l'exclusion

Une synopsis de l'étude de l'Initiative de l'AISS

Centre for Research in Social Policy Université de Loughborough

Simon Roberts Karl Ashworth Bruce Stafford

1. Introduction

Ce rapport examine qui est exclu de la couverture de sécurité sociale et pourquoi dans 15 pays à travers le monde. Les pays étudiés sont les suivants: Allemagne, Australie, Costa Rica, Etats-Unis, Finlande, Hongrie, Inde, Mali, Maroc, Mexique, Royaume-Uni, Tanzanie, République tchèque, Thaïlande et Uruguay. L'étude analyse la couverture pour la vieillesse et les soins de santé dans les 15 pays et la couverture pour le chômage en Allemagne, Australie, Etats-Unis, Finlande et Royaume-Uni. L'étude essaie aussi de déterminer quels sont les régimes les plus affectés par l'absence de couverture universelle et quelles sont les options politiques disponibles à court et moyen terme pour étendre le taux de couverture.

1.1 Les pays étudiés

L'échantillon a été choisi de manière à inclure des pays ayant des caractéristiques diverses sur le plan géographique, politique et du marché du travail, et des expériences historiques, des traditions et des modèles de sécurité sociale différents. Pour des raisons analytiques, les pays sont répartis dans l'un des trois groupes – A, B et C.

Les pays du groupe A sont: l'Allemagne, l'Australie, les Etats-Unis, la Finlande et le Royaume-Uni;

Les pays du groupe B sont: le Costa Rica, la Hongrie, le Mexique, la République tchèque et l'Uruguay;

Les pays du groupe C sont: l'Inde, le Mali, le Maroc, la Tanzanie et la Thaïlande.

Le critère déterminant pour la répartition dans les groupes A, B et C est économique (il s'agit plus spécifiquement du PIB par tête).

2. Couverture

2.1 Pensions de vieillesse

Les données révèlent une connexion étroite entre le niveau de développement économique d'un pays et la couverture de sécurité sociale. L'analyse a mis en évidence une relation entre le niveau de protection de la sécurité sociale et le PIB par tête, le nombre de personnes employées dans le secteur agricole, le pourcentage de la population économiquement active qui travaille à son compte, et le pourcentage estimé du PIB généré dans le secteur non structuré. L'étude a également mis en évidence une relation entre le niveau de protection de la sécurité sociale et le fait que le système de sécurité sociale soit national ou constitué de régimes à base sectorielle ou professionnelle.

Quand la couverture est définie comme le fait de percevoir actuellement une pension de vieillesse, l'étude confirme les constations de l'Organisation internationale du Travail (OIT)¹ selon lesquelles de fortes proportions de la population dans de nombreuses régions du monde ne bénéficient d'aucune protection sociale, ou n'ont qu'une couverture très limitée. Alors que dans les pays du groupe A le taux de couverture s'échelonne de 72 pour cent au Royaume-Uni à 99 pour cent en Finlande, son estimation dans les pays du groupe B oscille entre 17 pour cent au Mexique et 88 pour cent en République tchèque, tandis que les estimations pour les pays du groupe C varient de 4 pour cent en Thaïlande à 47 pour cent au Maroc.

Lorsque la couverture résulte du fait que les personnes en âge de travailler cotisent aux régimes de pension ou sont protégées par un régime universel ou basé sur le critère de résidence, 84 pour cent en moyenne de la population actuelle en âge de travailler des pays du groupe A peuvent être considérés comme étant couverts par une pension d'Etat. Dans les pays du groupe B, environ la moitié des futurs bénéficiaires étaient couverts. En moyenne, 12 pour cent des personnes en âge de travailler cotisaient à des régimes de pension (de toute nature) dans les pays du groupe C.

Alors que les chiffres présentés pour les pays des groupes A et B montrent la proportion des personnes couvertes par le principal régime de pensions nationales, ils n'indiquent pas celles qui perçoivent une prestation de retraite d'une nature ou d'une autre. Chacun des pays des groupes A et B a recours à une combinaison de certains ou de tous les régimes légaux contributifs, non contributifs, non contributifs soumis à condition de ressources, et privés pour assurer la sécurité du revenu pendant la vieillesse. En principe, la couverture devrait avoir été largement définie pour inclure la perception de toute prestation versée au titre d'un risque spécifique. Toutefois, comme il a fallu travailler avec des données publiées, il n'a pas été possible d'évaluer le nombre de personnes percevant effectivement l'une ou l'autre de ces prestations. En additionnant simplement le nombre des personnes percevant chacune des prestations pour un risque donné, on aurait risqué de compter plusieurs fois les mêmes personnes.

S'il est tenu compte des prestations de survivants, des pensions professionnelles et privées et des allocations d'assistance sociale versées sous condition de ressources, on estime que chacun des pays du groupe A fournit une assurance vieillesse à plus de 95 pour cent de la population, alors que si l'on inclut les prestations de survivants et l'assistance sociale, la plupart des personnes soient susceptibles d'être couvertes au titre des pensions de vieillesse en République tchèque et en Hongrie. Toutefois, des taux de couverture

2

¹ BIT (2000) Rapport 2000 sur le travail dans le monde du Bureau international du Travail: Sécurité du revenu et protection sociale dans un monde en évolution. Bureau international du Travail, Genève, juin.

nominalement élevés dans le cadre de régimes non contributifs soumis à condition de ressources peuvent dissimuler une sous-utilisation effective, indépendamment du pays.

Il se peut que le taux de couverture par l'assurance sociale soit en baisse en République tchèque et en Hongrie, alors que pour la vieillesse au Mexique et en Uruguay il stagnait ou baissait au milieu des années 90 et dans la seconde moitié de cette décennie. A la fin de la décennie, le taux de couverture au Mexique était revenu au niveau d'avant la crise économique de 1995. Toutefois, alors que l'Uruguay avait encore l'un des taux de couverture les plus élevés d'Amérique latine pour les pensions, il y a eu une tendance à la baisse du niveau de couverture entre 1999 et 2001 tandis que le non-paiement des cotisations prenait régulièrement de l'ampleur entre 1996 et 2000.

2.2 La santé

Les Etats-Unis exceptés, chacun des pays du groupe A couvre quasiment 100 pour cent de sa population nationale, tandis qu'à l'exception possible du Mexique, les pays du groupe B assurent également un droit aux soins de santé à environ l'ensemble de la population. Le chiffre de 58 pour cent pour le Mexique se réfère aux personnes qui ont une assurance sociale. Il n'inclut pas les gens qui peuvent prétendre aux prestations de soins de santé dispensées par le Secrétariat à la salubrité et à l'assistance. Le taux de couverture dans les pays du groupe C est beaucoup plus faible et s'échelonne entre moins de deux pour cent au Mali et 21 pour cent en Tanzanie.

En théorie, l'Inde assure un droit aux soins de santé à l'ensemble de sa population alors que, depuis l'instauration de soins de santé universels dans le cadre du "régime 30 baht", le taux de couverture en Thaïlande est aussi nominalement de 100 pour cent. L'évaluation de ces régimes quant à leur champ d'application, leur étendue, l'adéquation des soins de santé dispensés et leur degré d'accessibilité dans la pratique dépasserait le cadre de cette étude.

Toutefois, en Inde, seulement 20 pour cent de toutes les dépenses de santé passent par le secteur public, ce qui se traduit par une insuffisance du nombre des médecins, une pénurie de médicaments essentiels et une dégradation des équipements et des hôpitaux. En Thaïlande, le manque de ressources financières, d'infrastructures sanitaires et de personnel, en particulier dans les zones rurales, pourrait rendre inégale l'application à travers le pays de la couverture prévue dans le cadre du programme 30 bath.

2.3 Le chômage

Les niveaux de couverture pour le chômage présentaient en 2000 un éventail très large au sein des pays du groupe A, oscillant entre un minimum de 33 pour cent aux Etats-Unis et un maximum de 97 pour cent en Finlande. Le faible taux de couverture pour le chômage aux Etats-Unis paraît résulter de la sévérité des conditions requises pour l'octroi des prestations de chômage et de ce qu'il n'existe pas d'allocation d'assistance sociale pour ceux qui ne satisfont pas aux critères d'attribution des prestations contributives. Dans chacun des pays étudiés, il y a un rapport étroit entre les prestations de chômage et les politiques du marché du travail. Chacun des pays concernés a rendu plus strictes les conditions d'emploi au cours de la dernière décennie. Toutefois, pour que la stratégie permettant de passer "de l'assistance au travail" réussisse, il faut faire évoluer la politique des placements dans les emplois à court terme vers des emplois durables à des niveaux salariaux suffisants pour maintenir les individus au-dessus du revenu minimum.

3. Caractéristiques principales des catégories exclues

L'étude constate que l'exclusion n'est pas "aléatoire" mais qu'il existe d'un pays à l'autre des similarités systématiques concernant les personnes ayant le moins de chances d'être couvertes par la sécurité sociale et identifie les femmes, les migrants et les travailleurs du secteur non structuré agricole et urbain comme étant les catégories les plus susceptibles d'être exclues. L'étude révèle que ces catégories ne sont pas protégées en grande partie du fait de la relation entre leur situation sur le marché du travail et le rôle et la conception des régimes contributifs, qui caractérisent la plupart des systèmes de sécurité sociale des pays étudiés. Le problème de la concentration excessive sur l'assurance des travailleurs du secteur structuré est exacerbé pour les soins de santé dans certains des pays étudiés par l'accent mis de façon inappropriée sur la prestation de services inadaptés aux profils pathologiques courants et aux caractéristiques épidémiologiques et par l'incapacité à répondre aux besoins de soins de santé des femmes. Ces constatations ont des incidences importantes pour la conception des politiques d'élargissement de la protection de la sécurité sociale.

3.1 Les secteurs informels agricole et urbain

Les secteurs non structurés agricole et urbain représentent un défi particulièrement aigu pour ceux qui cherchent à étendre la couverture de la sécurité sociale. La moitié de la population active mondiale est employée dans l'agriculture, tandis qu'au cours des dernières décennies la mondialisation et l'ajustement structurel ont accru l'emploi dans le secteur non structuré dans toutes les régions du monde².

Même lorsque les travailleurs du secteur agricole et du secteur urbain non structuré ont des droits à la sécurité sociale, le faible niveau d'instruction et la non-syndicalisation peuvent empêcher certaines catégories d'accéder à leurs droits. Beaucoup d'employeurs du secteur non structuré se soustraient au paiement des cotisations pour leurs salariés, alors que dans beaucoup de pays étudiés du groupe C, l'Etat n'est pas doté de mécanismes institutionnels efficaces pour identifier et affilier les travailleurs indépendants et les travailleurs des microentreprises et du secteur non structuré, et recouvrer leurs cotisations.

Lorsque l'affiliation aux régimes est volontaire, la proportion de ceux qui y adhèrent est souvent très faible. Cela vient peut-être du fait que beaucoup de travailleurs des secteurs non structurés agricole et urbain ont des besoins immédiats de nourriture, de logement et de vêtements et peuvent ne pas être en mesure ou peu désireux de mettre de côté une proportion relativement élevée de leurs revenus courants pour répondre à des besoins futurs. Beaucoup peuvent ne pas avoir de protection en raison de la fluctuation de leurs revenus. L'incitation des travailleurs indépendants à cotiser peut aussi être réduite par le fait qu'il n'y ait pas dans leur cas d'employeur qui cotise.

3.2 Les femmes

La couverture au titre des pensions de vieillesse et des soins de santé a une dimension sexospécifique importante. C'est seulement dans les régimes universels d'Australie et de Finlande et en République tchèque que les femmes retraitées sont susceptibles de percevoir une pension comme les hommes. Le taux élevé de couverture pour les femmes en République tchèque tient peut-être en partie aux crédits de cotisation consentis aux personnes qui se trouvent temporairement en dehors de la population active. Dans les pays du groupe B, hormis la République tchèque, les hommes étaient environ un tiers de plus que

² Charmes, J. (2000): *Informal Sector, Poverty and Gender: A Review of Empirical Evidence*. Document commandé pour le *Rapport sur le développement dans le monde 2000/2001*. Banque mondiale, Washington.

les femmes susceptibles de percevoir une pension. Alors que dans les pays du groupe A, les hommes étaient environ un quart de plus que les femmes susceptibles de percevoir une pension. En Tanzanie, le seul pays du groupe C où les données concernant les hommes et les femmes étaient disponibles séparément, les hommes étaient presque quatre fois plus susceptibles de percevoir une pension que les femmes.

Dans certains pays, il peut y avoir des différences dans la couverture pour les soins de santé parmi les familles car certains régimes d'assurance maladie ne couvrent que les salariés assurés. Il peut s'ensuivre que les femmes et les enfants ne soient que partiellement ou pas du tout couverts. Dans de nombreux pays, il n'est pas répondu de façon adéquate aux besoins de soins de santé des femmes.

3.3 Les migrants

Les migrants constituent une autre catégorie qui peut être représentée de façon disproportionnée parmi les travailleurs informels. Dans certains cas, les migrants peuvent être des résidents en situation irrégulière et n'avoir en conséquence aucun droit aux prestations. Toutefois, dans chacun des pays étudiés il existe des conditions de nationalité ou de résidence afférentes au moins à certaines pensions de vieillesse ou de prestations de soins de santé qui peuvent exclure les migrants en situation régulière. Ceux qui ne sont pas exclus par les conditions de nationalité ou de résidence peuvent avoir des antécédents professionnels qui ne sont pas conformes au modèle du salarié à long terme du secteur structuré et peuvent ne pas avoir versé suffisamment de cotisations pour avoir droit à une pension complète. Les migrants peuvent faire l'objet de discrimination et être réticents également à faire valoir leurs droits.

4. Politiques pour étendre la couverture

Les décideurs chargés de l'élargissement du champ d'application doivent décider quels régimes ou combinaison de régimes sont susceptibles de répondre le mieux à l'objectif d'étendre la sécurité sociale à toutes les parties de la société et renforcer les institutions à l'échelon national, local et communautaire qui sont les plus à même de distribuer les prestations et les services choisis.

4.1 Choix du régime

Si les systèmes contributifs peuvent fournir un niveau de protection élevé à leurs affiliés, ils sont exclusifs et ne sont pas ouverts aux personnes extérieures. Nos constatations montrent que le modèle d'assurance sociale contributive, mis en place en Europe et fondé sur une situation de l'emploi où les individus touchent des gains et ont un dossier professionnel, s'est révélé inefficace pour étendre la sécurité sociale au-delà des élites urbaines dans les pays du groupe C et dans certains pays du groupe B où l'agriculture reste une activité à fort coefficient de main d'œuvre et où l'économie urbaine est en grande partie informelle. Ces constatations ont des incidences importantes pour l'extension de la protection de la sécurité sociale, dans la mesure où elles montrent qu'il sera nécessaire de dépasser l'assurance sociale traditionnelle pour élargir la couverture aux catégories qui ne sont pas actuellement protégées.

Les options pour élargir le champ d'application de la sécurité sociale aux catégories non protégées sont notamment les suivantes:

- resserrer le lien entre les prestations et les cotisations,
- élargir le champ d'application des régimes contributifs; et
- s'écarter du principe contributif.

4.1.1 Renforcer le lien entre les prestations et les cotisations

L'orientation de la politique de certains pays est allée ces derniers temps dans le sens d'un resserrement du lien entre les prestations et les cotisations avec l'instauration de systèmes à plusieurs volets comportant une importante composante basée sur les cotisations définies accompagnée généralement d'un volet redistributif public modeste. On estime que le resserrement de ce lien est une condition préalable à une extension financièrement saine de la couverture permettant aux recettes de couvrir les obligations et de rendre ainsi le système plus viable pour ceux qui en font partie³.

Si les propositions visant à renforcer l'offre de pensions des second et troisième volets pourraient assurer une sécurité accrue et maintenir des niveaux de revenu élevés pendant la retraite pour les personnes déjà affiliés, il est très improbable que ces politiques permettent une meilleure intégration des catégories qui sont actuellement de jure ou de facto en dehors du champ d'application du système existant, et elles pourraient même accroître le nombre de personnes dépourvues de couverture de sécurité sociale.

4.1.2 Modifier le principe contributif

Nos constatations montrent que les régimes d'assurance contributifs, dans leur forme actuelle, ne protègent pas des proportions importantes de la population dans de nombreux pays. La couverture des régimes contributifs pourrait être étendue à des catégories actuellement exclues en réduisant les taux de cotisation qui sont inabordables pour beaucoup de gens à faible revenu, et en modifiant les conditions d'ouverture des droits pour tenir compte de la situation particulière de catégories déterminées comme les travailleurs indépendants et les gens de maison, les femmes et les migrants. Les politiques susceptibles d'améliorer la couverture des femmes consistent à modifier les conditions de cotisation et à assurer que les régimes pourvoient de façon suffisante aux besoins des survivants. Tandis que pour les migrants le principe contributif pourrait être modifié pour permettre aux migrants de choisir les cotisations des "meilleures années". Cette option nécessite que les cotisants ou l'Etat subventionnent les anciens non-cotisants et que ces derniers soient perçus comme des ayants droit légitimes par les cotisants et/ou les contribuables⁴. Ainsi, il pourrait s'avérer difficile d'étendre cette approche aux catégories qui sont perçues comme "extérieures", telles que les migrants.

4.1.3 Dépasser le principe contributif

Une autre option, qui peut être combinée avec l'une ou l'autre des précédentes, consiste à établir un filet de protection financé par l'impôt pour contribuer à couvrir les lacunes qui apparaissent dans un régime contributif. On a estimé que le système australien soumis à condition de ressources fournit un modèle pour les pays qui n'ont pas les moyens d'avoir un système d'assurance sociale ou ne veulent pas s'engager dans cette voie. Toutefois, l'exemple de certains pays étudiés montre que l'assistance sociale sous condition de ressources n'atteint pas toujours la population visée et que des taux de couverture nominalement élevés dans le cadre de régimes non contributifs soumis à condition de ressources peuvent dissimuler une sous-utilisation effective. La non-utilisation des prestations versées sous condition de ressources pourrait davantage exclure les femmes que les hommes.

³ James, E. (1999): Coverage under old age security programs and protection for the uninsured – what are the issues?, document présenté à la conférence de la Banque de développement interaméricaine sur la protection sociale, 4-5 février; Banque mondiale (1994): Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect and Promote Growth, Presses de l'université d'Oxford, New York.

⁴ Stafford, B. (1998): *National Insurance and the Contributory Principle*, DSS In-house Report 39, Département de la sécurité sociale, Londres.

4.1.4 Droit universel

Pour ceux qui cherchent à combler les lacunes de la couverture, les régimes universels présentent en principe un intérêt majeur parce que par définition ils couvrent l'ensemble de la population cible⁵. Nos données montrent que, à l'exception des Etats-Unis, l'universalisation des droits à prestations s'est déroulée avec plus de succès pour les soins de santé que pour les pensions de vieillesse dans les pays des groupes A et B. Ces résultats ont été en grande partie obtenus grâce à la création et au développement de régimes financés entièrement ou partiellement par l'impôt. Parmi les pays étudiés, c'est la Finlande qui dispose de la protection la plus complète pour toutes les catégories de personnes, y compris les femmes et les migrants.

4.1.5 Les soins de santé

Les problèmes de concentration sur l'assurance des travailleurs du secteur structuré sont exacerbés pour les soins de santé dans les pays du groupe C et dans quelques pays du groupe B par l'accent mis de façon inappropriée sur une médecine secondaire et tertiaire coûteuse qui est plus adapté aux profils pathologiques et aux caractéristiques épidémiologiques rencontrés dans les pays du groupe A.

Si la couverture des soins de santé doit être élargie, il faut concentrer les ressources sur les soins de santé primaires qui concernent la majorité de la population. Il y a des exemples de mesures politiques fortes dans les pays étudiés des groupes B et C visant à étendre des soins de santé appropriés à la majorité de la population. Parmi les exemples tirés des pays étudiés du groupe B, on peut citer le programme de réforme des soins de santé des années 90 au Costa Rica pour étendre le champ d'application des soins de santé, qui a nécessité un transfert des ressources des prestations de soins de santé de niveau secondaire et tertiaire vers les soins de santé primaires et une amélioration de la formation aux soins de base des médecins et des infirmières; il en est de même du régime créé au Mexique en 1996 pour fournir des soins primaires aux zones rurales et urbaines marginalisées, qui a permis d'atteindre 10 millions de personnes dépourvues d'un accès régulier aux soins de santé. Parmi les pays du groupe C, la Thaïlande a dernièrement institué un régime de couverture sanitaire universelle, qui est financé en partie par l'Etat et en partie par la cotisation de la personne, et qui est destiné à ceux qui n'ont pas d'autre système de protection, notamment les travailleurs agricoles des zones rurales, les travailleurs urbains informels et les travailleurs migrants saisonniers.

Il se pose toutefois de très importantes questions d'équité quant à l'accès à des soins de qualité. On relève des différences notables dans les résultats sanitaires et l'état de morbidité qui sont liées aux inégalités socioéconomiques au sein de la population d'un même pays⁶. Cela montre que les droits formels peuvent ne pas coïncider avec les droits réels dans certains pays et qu'une part équitable des budgets de santé n'est pas affectée à toutes les sections de la population⁷.

Les défis auxquels sont confrontés les décideurs des pays du groupe C sont qualitativement différents de ceux du groupe A. Dans ces pays, les soins de santé sont insuffisants et le droit aux prestations limité à certaines catégories. Les femmes ont des besoins de santé particuliers, qui ne sont pas toujours reconnus ou satisfaits. On ne donne pas en particulier une priorité suffisante à la santé mentale dans les pays étudiés.

⁵ Reynaud, E. (2001): Extension de la couverture de la sécurité sociale: la démarche du Bureau international du Travail, Rapport présenté à la 27^e Assemblée générale de l'AISS, 9-15 septembre, Stockholm.
⁶ Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (1980), publié en 1982 sous le titre: Inequalities in Health: The

Ministère de la Santé et de la Sécurité sociale (1980), publié en 1982 sous le titre: Inequalities in Health: The Black Report, The Stationary Office, Londres.

⁷ Dror, D. et Jacquier, C.: "Micro-assurance: étendre l'assurance maladie aux exclus", *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 52, no. 1, janvier 1999, Peter Lang, Berne.

4.2 Capacité administrative et gouvernance

Lorsqu'on considère les options politiques, la capacité d'intervention de l'Etat est cruciale⁸. La capacité d'intervention de l'Etat varie entre nos trois groupes de pays. Dans les pays du groupe A et à un degré variable dans les pays du groupe B, l'Etat a la capacité institutionnelle de recouvrer les impôts et les cotisations, ce qui donne la possibilité d'élargir la couverture publique existante aux catégories exclues.

Toutefois, dans les pays du groupe C, la capacité de l'Etat à recouvrer les impôts et les cotisations et à fournir des prestations et des services est beaucoup plus faible. Dans cette perspective, les prestations et services universels peuvent apparaître comme le choix d'un instrument politique le plus réaliste pour l'élargissement de la couverture dès lors qu'ils nécessitent un appareil administratif beaucoup plus restreint que les prestations et services contributifs ou versés sous condition de ressources. Néanmoins, quel que soit le choix du régime, il sera nécessaire pour les pays du groupe C et certains du groupe B de renforcer les capacités et l'engagement de l'Etat à recouvrer les impôts et les cotisations et à dispenser des prestations et des services aux populations cibles.

Il peut s'avérer particulièrement difficile de distribuer des prestations de soins de santé aux zones rurales isolées en raison de la faible densité démographique et de la dispersion de l'habitat, du manque d'infrastructures et de médecins, de l'analphabétisme, des obstacles linguistiques et ethniques, des préjugés culturels contre la médecine moderne, et du manque de confiance de l'usager dans la qualité des services disponibles. La bonne gouvernance est cruciale pour une utilisation efficace et efficiente des ressources et pour donner confiance en la crédibilité et l'intégrité du régime. Il existe des exemples de bonnes pratiques parmi les pays étudiés du groupe B. Par exemple, des stratégies spécifiques de réforme au Costa Rica comportent une amélioration de la gouvernance résultant d'une participation accrue de la communauté aux décisions en matière de politique sanitaire à l'échelon local, avec en parallèle une réduction des coûts de fourniture des prestations de soins de santé de base grâce à un renforcement de la coordination des organismes concernés.

5. Conclusion

Si l'objectif politique est d'étendre la sécurité sociale à toutes les parties de la société, les décideurs doivent alors déterminer quels régimes ou combinaison de régimes sont susceptibles d'atteindre le mieux cet objectif. L'orientation politique dans certains pays consiste à remplacer les régimes de sécurité sociale qui comportent un élément redistributif par des régimes basés sur une équivalence directe entre les cotisations et les prestations des individus.

Si l'objectif politique est d'étendre la couverture, il est très improbable que cette voie soit la bonne. Nos constatations font ressortir un lien entre la méthode de financement et la couverture: le taux de couverture semble s'accroître d'autant plus que le régime s'éloigne d'une équivalence directe entre les cotisations et les prestations individuelles et se rapproche d'un régime de sécurité sociale qui redistribue les ressources.

La relation entre la redistribution et le taux de couverture est peut-être rien moins que surprenante. Si les régimes qui sont basés sur une équivalence entre les cotisations et les prestations individuelles peuvent assurer la sécurité pour la vieillesse et la maladie aux

⁸ Reynaud, E. (2001): *Extension de la couverture de la sécurité sociale: la démarche du Bureau international du Travail*, Rapport présenté à la 27^e Assemblée générale de l'AISS, 9-15 septembre, Stockholm.

affiliés, ils demeurent fermés à ceux qui peuvent avoir le plus besoin de sécurité sociale. Dans de nombreux cas, il n'est pas possible d'intégrer les exclus dans le champ d'application des prestations. Pour fournir une protection sociale suffisante à ces catégories, il faudrait détacher totalement ou partiellement les cotisations des prestations et assurer une redistribution des ressources.

Dans certaines parties du monde, la coïncidence de ressources financières limitées avec des besoins de grande ampleur s'oppose à la mise en place d'un système de sécurité sociale efficace. Heater estime que l'interdépendance économique et monétaire croissante du monde remet en cause l'idée d'une politique de justice distributive dans le cadre strict de l'Etat nation:

"Si les mécanismes économiques sont transnationaux, la justice économique doit l'être aussi."9

Toutefois, des groupes d'intérêt puissants peuvent s'opposer à l'extension de la couverture de la sécurité sociale à l'échelon tant national qu'international. Par exemple, les fournisseurs d'assurances privées ont intérêt à s'opposer au développement de l'assurance publique et peuvent même avoir intérêt à favoriser une restriction de la couverture existante. Ironiquement, c'est la profession médicale qui peut être l'un des groupes d'intérêts les plus vigoureusement opposés à l'extension du champ d'application des soins de santé. Par exemple, aux Etats-Unis, les compagnies d'assurance maladie et la profession médicale se sont systématiquement opposées à l'instauration de toute forme de système universel de soins de santé car cela réduirait leurs gains.

Le défi politique majeur posé par la suppression des lacunes de la couverture est d'assurer la légitimité à l'échelon national et mondial pour le partage des risques et la redistribution des ressources de façon qu'un engagement puisse être pris de donner et de maintenir une sécurité sociale pour tous, et non pas simplement pour quelques-uns.

-

⁹ Heater, D. (1990): *Citizenship: The Civic Ideal in World History, Politics and Education*, Logman, Londres, p. 274.