Initiative de l'AISS Recherches & points de vue N° 4

Evaluer l'exclusion

Synthèse des conclusions préliminaires d'une étude de l'Initiative de l'AISS

Centre for Research in Social Policy, Université de Loughborough

> Simon Roberts Bruce Stafford Karl Ashworth

> > Août 2002

Avant-propos

En matière de sécurité sociale, l'exclusion fait débat sur la scène politique et dans la presse écrite et parlée depuis quelques années. Certains experts estiment que dans les pays industriels, la couverture sociale est sur le déclin en raison de l'instabilité croissante de l'emploi. Dans de nombreux pays en développement, il semble que l'emploi salarié stable et déclaré soit en perte de vitesse et que le taux de couverture, déjà faible, ait encore reculé.

Dans le cadre de son Initiative, l'AISS a demandé une étude internationale intitulée *Evaluer l'exclusion*. Le but est de fournir des réponses objectives à deux questions fondamentales. Quels groupes sont-ils actuellement exclus de la sécurité sociale? Comment les pouvoirs publics peuvent-ils contribuer à l'extension de la protection?

Quinze pays ont été choisis pour cette enquête. Afin de garantir la pertinence des résultats pour le plus grand nombre de pays, ces derniers ont été sélectionnés à partir d'un large éventail de régions géographiques et de niveaux de couverture.

L'étude privilégie deux types de prestations qui induisent le plus gros des dépenses d'ensemble de la sécurité sociale: les soins de santé et les pensions, notamment la retraite et les pensions d'invalidité et de survivant.

Les chercheurs du Centre for Research in Social Policy de Loughborough University au Royaume-Uni coordonnent les travaux. Ils ont constitué une équipe internationale d'experts originaires des pays étudiés, dont les noms et les institutions d'affiliation apparaissent à la fin du document.

L'AISS a demandé au Centre for Research in Social Policy de rédiger une synthèse des conclusions préliminaires de l'étude à distribuer avant la conférence de septembre 2002 sur l'Initiative de l'AISS. Ce document devra servir de toile de fond à la session de la conférence intitulée "Etendue de la protection et politiques publiques". D'autres résultats de l'étude seront disponibles dans les publications de l'Initiative de l'AISS après la conférence.

Dalmer D. Hoskins Secrétaire général

Evaluer l'exclusion

Synthèse des conclusions préliminaires d'une étude de l'Initiative de l'AISS

Centre for Research in Social Policy Université de Loughborough

Simon Roberts Bruce Stafford Karl Ashworth

1. Introduction

Il est fréquent dans le monde qu'une grande partie de la population ne bénéficie d'aucune protection ou d'une protection très limitée (Beattie, 2000). Le présent document s'appuie sur les conclusions préliminaires de l'étude réalisée sous la direction de l'AISS, intitulée *Evaluer l'exclusion*, dans 15 pays choisis à travers le monde:

- Qui ne bénéficie d'aucune protection pour la retraite et la maladie et pour quelle raison?
- Quels sont les programmes qui souffrent le plus de l'absence d'universalité de la couverture?
- Quelles sont les stratégies adoptées par les différents pays pour instaurer la sécurité sociale?
- Quelles sont les options politiques disponibles à court et à moyen terme pour étendre la protection?

Pour des raisons analytiques, les pays sont classés en trois groupes – A, B et C - en fonction de leur niveau de développement économique.

Les 15 pays étudiés sont:1

Groupe A: Australie, Allemagne, Finlande, Royaume-Uni et Etats-Unis Groupe B: Costa Rica, République tchèque, Hongrie, Mexico et Uruguay

Groupe C: Inde, Mali, Maroc, Tanzanie et Thaïlande

¹ La liste des experts qui ont effectué les rapports nationaux apparaît à la fin de ce document.

Ce document privilégie deux composantes de la sécurité sociale: les pensions de retraite dans la section 2 et les soins de santé dans la section 3. Les deux sections proposent une description des principaux groupes exclus, des causes possibles et des options politiques envisagées. La section 4 est consacrée aux conclusions provisoires.

Le point de départ normatif de ce document est que la recherche de la protection universelle est souhaitable. Cette idée ne rencontre naturellement pas un appui unanime. Par exemple, les récentes mesures appliquées par le gouvernement allemand pour affilier les personnes ayant des emplois atypiques au régime de sécurité sociale ont déclenché une levée de boucliers. Les opposants ont fait valoir que pour faire face aux enjeux de la mondialisation et de la compétitivité des marchés, les entreprises devaient réduire le coût du travail, notamment en rognant sur toute forme d'assurance sociale obligatoire ou en s'en désengageant.

Si cette proposition normative est acceptée, les gouvernants devront étendre la protection de la sécurité sociale selon deux dimensions, à savoir la portée et le niveau, ce dernier aspect n'étant pas traité dans le présent document. Cependant, la protection contre le risque d'indigence au moment de la vieillesse n'est efficace que si, au minimum, le niveau des prestations est suffisant pour la prévenir². De même, la couverture des soins de santé implique au minimum:

"... la protection contre le risque tels que si des services de soins de santé coûteux (par rapport au budget d'une personne ou d'un ménage) sont nécessaires, des services d'une qualité appropriée seront physiquement accessibles, et le coût de ces services n'empêchera pas les personnes d'y avoir recours ou n'appauvrira pas leur famille" (Kutzin, 2000, p.2).

L'étendue de la protection revêt des dimensions concrètes et opérationnelles: les gouvernants doivent décider quels programmes ou combinaison de programmes sont susceptibles de répondre au mieux à l'objectif consistant à offrir une protection à tous les membres de la société et, simultanément de créer des institutions au niveau national, local et collectif qui puissent fournir les prestations sélectionnées (Gillion, 2000). Cependant, les politiques ne s'élaborent pas dans le vide. Le point de départ est nécessairement l'organisation existante ainsi que les dispositions institutionnelles qui fournissent déjà des pensions et des soins de santé dans un contexte national et international plus large (Holzmann et Packard, 1999; James, 1999).

2. Protection contre la vieillesse

Pour ce qui est des pensions de retraite, notre étude confirme la conclusion de Beattie selon laquelle il est fréquent dans le monde qu'une grande partie de la population ne bénéficie d'aucune protection sociale ou seulement d'une protection très limitée. Tandis que dans le groupe A, l'éventail des prestations de retraite couvre jusqu'à 90 pour cent de la population, il en va tout autrement dans les pays des groupes B et C. Dans les pays du groupe B, l'on estime la protection entre 12 et 21 pour cent au Mexique et 88 pour cent dans la République tchèque. La protection dans les pays du groupe C est plus réduite, avec des estimations allant de 4 à 11 pour cent en Thaïlande à 47 pour cent au Maroc.³

En classant les régimes de sécurité sociale selon leur "méthode de financement", deux mécanismes fondamentaux ressortent clairement: les régimes financés par des cotisations

2

² Il est vrai que la définition et la mesure du niveau de pauvreté et des critères de niveau suffisant posent problème et sont sujets à controverse.

Les chiffres précis pour l'Inde ne nous sont pas encore parvenus.

d'une part, qui font le lien entre les prestations, les services et les cotisations, et les régimes non contributifs d'autre part, financés par les recettes fiscales. D'autres distinctions peuvent être faites à l'intérieur de ces deux grandes catégories. Les régimes de retraite contributifs peuvent être publics et/ou privés et englober des régimes à prestations définies et des régimes à cotisations définies; les comptes individuels peuvent être pré-capitalisés ou permettent la diversification des investissements, etc. Les régimes de retraite financés par l'impôt relèvent de deux grandes catégories: les prestations à un taux uniforme accordées à tous au-delà d'un certain âge et les prestations soumises à conditions de ressources pour veiller à ce que toutes les personnes au-delà d'un certain âge aient un niveau de vie minimum.

Les systèmes financés par l'impôt et ceux basés sur les cotisations sont dotés de différents mécanismes d'affiliation. Les systèmes financés par l'impôt exigent l'affiliation à un régime et soumettent l'ouverture des droits à des conditions de nationalité et de résidence ainsi qu'à des tests visant à définir la qualité de "citoyen social". D'autres critères réduisent les groupes cibles. Les régimes d'assurance sont fondés sur une communauté d'intérêts plus étroite basée principalement sur l'emploi plutôt que sur un régime et reflètent les dispositions contractuelles (Roberts et Bolderson, 1993). Ils contiennent également un élément d'échange "bilatéral" dans la mesure où l'on considère que les cotisants "gagnent" des prestations (Faist, 1995). La pondération de ces principes dans le système national de sécurité sociale a une incidence de taille sur la détermination de ceux qui sont couverts et ceux qui sont exclus de la protection.

2.1 Le principe contributif et les pensions

Les régimes contributifs ont un lien étroit avec le marché du travail, et visent principalement les personnes ayant un emploi sûr et durable dans l'économie structurée. Bien qu'il y ait des différences entre les pays, les principaux groupes non protégés en raison de leur position sur le marché du travail sont:

- les travailleurs agricoles;
- les travailleurs urbains dans l'économie non structurée. Cette catégorie peut être divisée en sous-groupes:
 - o les indépendants,
 - o les salariés des petites entreprises,
 - o les employés à faible revenu,
 - les personnes ayant des emplois physiquement éprouvants qui ne peuvent pas travailler suffisamment longtemps pour totaliser un minimum de cotisations ouvrant droit à une pension de retraite,
 - o les travailleurs à temps partiel et intermittents, et
 - o les employés de maison.
- les travailleurs familiaux non rémunérés.

Ces groupes sont plutôt prépondérants dans les pays des groupes B et C.

La protection contre la vieillesse varie selon le sexe. Tandis que les indépendants non couverts par un régime de retraite sont essentiellement des hommes, les femmes sont plus présentes dans les autres groupes non protégés. En conséquence, elles risquent davantage que les hommes de ne pas être affiliées à un régime contributif.

Partout dans le monde, ce sont surtout les femmes qui sont employées comme aides à domicile ou domestiques, qui occupent des emplois faiblement rémunérés, flexibles, atypiques ou à temps partiel, qui ont des contrats temporaires ou même une combinaison de travail à temps partiel et de travail temporaire. Elles risquent donc davantage d'être exclues

des systèmes contributifs. Même lorsqu'elles travaillent dans le secteur structuré, le principe de cotisation est lié aux caractéristiques du travail masculin et ne prend généralement pas en compte ni ne compense les circonstances qui sont à l'origine de disparités dans leur emploi (Millar, 1996).

Les migrants et les populations autochtones forment d'autres groupes de populations souvent largement sur-représentés parmi les travailleurs du secteur non structuré. Les migrants constituent un autre groupe dont l'histoire ne se conforme pas au modèle du travail stable et à long terme du secteur structuré. Même lorsque les régimes contributifs sont ouverts aux non nationaux, en raison du long délai de réalisation, les pensions contributives ne sont pas d'une grande utilité pour les résidents à court et à moyen terme à moins qu'ils n'additionnent les cotisations versées dans leur pays d'origine à celles de leur nouveau pays de résidence par le biais de nouveaux accords bilatéraux.

La position des groupes autochtones sur le marché du travail peut signifier qu'eux aussi sont exclus de la protection procurée par les régimes contributifs. Par exemple, les groupes de populations autochtones sont sous-représentés dans les systèmes contributifs de sécurité sociale au Mexique, tandis que les Roms sont sous-représentés en Hongrie.

Les restrictions appliquées à la protection des travailleurs agricoles et des salariés du secteur informel urbain s'expliquent par:

- le niveau de développement économique / le manque de ressources fiscales;
- l'incapacité des groupes à faible revenu à cotiser;
- la réticence de certaines personnes et entreprises à cotiser;
- l'incapacité à détecter, affilier et recouvrer les cotisations parmi les micro-entreprises et les travailleurs du secteur non structuré;
- l'absence d'infrastructure institutionnelle;
- les difficultés à étendre la protection aux zones rurales; et
- la discrimination.

Niveau de développement économique / manque de ressources fiscales

Il existe un lien étroit entre le niveau de développement économique d'un pays et la couverture de sécurité sociale. Cela découle de la structure de la main d'œuvre, de la capacité administrative et des ressources disponibles, ainsi que de l'histoire politique, économique et sociale. Cependant, la quantité de ressources allouées à des programmes particuliers relève d'une décision politique et cela a une incidence non négligeable sur la couverture.

Incapacité des groupes à faible revenu à cotiser

Beaucoup de travailleurs à faible revenu n'ont pas suffisamment de moyens à consacrer à leur sécurité future. Les travailleurs de l'agriculture, les indépendants et les travailleurs temporaires ne sont parfois pas couverts en raison des fluctuations de leur revenu. Le fait qu'il n'y ait pas d'employeur qui cotise pour eux peut également dissuader les indépendants de cotiser. Dans certains pays, les responsables politiques supposent que les petits employeurs sont incapables, même dans le secteur structuré, de cotiser aux régimes d'assurance.

Lorsqu'il existe des régimes pour les indépendants sur une base volontaire, la proportion des affiliés est très faible. Par exemple, au Maroc, où l'incorporation volontaire des indépendants et des groupes similaires est possible par le biais de Damane Hirafi ("Solidarité professionnelle"), seuls deux ou trois pour cent des indépendants se sont affiliés.

Cependant, la contrainte n'est pas forcément la solution. Même lorsque l'affiliation est obligatoire, comme c'est le cas au Costa Rica pour tous les indépendants qui cotisent à la

Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (SIVM) du régime de retraite de la Caja Costarricense de Seguridad Social, seuls neuf pour cent l'ont fait (Mesa-Lago, 1998).

Réticence à cotiser

Les problèmes d'intégration des indépendants ne sont pas propres aux pays en développement. Dans les pays du Groupe A, les petites entreprises et les indépendants manifestent souvent peu d'empressement à payer des taxes ou à se conformer à la réglementation publique en général. Même aux Etats-Unis, où le respect de la réglementation est élevé, l'on estime que plus de la moitié des indépendants ne s'acquitte pas de leurs cotisations de sécurité sociale (Banque mondiale, 2001).

Manque de capacité administrative

Dans de nombreux pays en développement, l'Etat ne dispose pas de mesures institutionnelles efficaces pour détecter, affilier et recouvrer les cotisations des indépendants, des micro-entreprises et des travailleurs du secteur non structuré. Une main d'œuvre composée de nombreux petits établissements et de particuliers peut causer de grandes difficultés administratives et induire des coûts de transaction élevés. Ainsi, la main d'œuvre totale en Inde s'élève environ à 400 millions de personnes. Même si les comptes sont informatisés, le traitement des demandes et l'émission des relevés de compte et des autres correspondances représentent un lourd fardeau administratif.

Dans certains pays des groupes B et C, il existe une différence entre la couverture légale et de facto. Au Mexique, par exemple, les propriétaires d'entreprises de plus deux salariés sont juridiquement tenus d'affilier leurs salariés à l'Institut mexicain d'assurance sociale (IMSS) mais beaucoup de ces micro-entreprises sont informelles et l'application de la loi est très difficile. En effet, l'application de la loi votée en 1973, qui entérine la couverture obligatoire par l'IMSS des indépendants, des petits entrepreneurs, des travailleurs familiaux non rémunérés et d'autres salariés a été suspendue pendant presque 30 ans jusqu'à ce que le pouvoir exécutif promulgue des règlements sur les prestations et le financement.

Lorsque les indépendants sont inclus, le niveau de la protection et des prestations varie. Ceux qui sont couverts par le régime général de la sécurité sociale bénéficient, en règle générale, d'une protection sociale assez complète. D'autre part, les indépendants qui sont tenus de s'affilier à un régime spécial de sécurité sociale bénéficient d'une protection moindre.

Manque d'infrastructure institutionnelle

Un faible niveau d'instruction et l'absence de syndicalisation peuvent empêcher certains groupes de faire valoir leurs droits. Par exemple, en Uruguay, 98 pour cent des domestiques sont des femmes, ce qui représente 18 pour cent de l'ensemble des emplois féminins, et 40 pour cent se trouvent dans le quintile des plus bas revenus. L'on estime que 24 pour cent de ces femmes seulement sont couvertes par la Banque d'assurance sociale (Bank of Social Insurance – BPS). Cela tient à la forte rotation des emplois, à la méconnaissance des droits et aux difficultés à négocier avec les employeurs faute d'instruction des domestiques, d'organisation et de syndicalisation et en raison de l'insuffisance des inspections du travail par les autorités.

Difficultés à étendre la protection aux zones rurales

La géographie et la dispersion de la population sont également des facteurs qui réduisent la couverture. En Tanzanie, par exemple, les concepteurs de politiques d'assurance sont souvent réticents à administrer et à fournir des services dans les zones dépourvues d'infrastructures, dans les secteurs sous-développés sur le plan économique et au faible revenu par habitant. Lorsque les régimes tentent de pénétrer dans des zones où la population est éparpillée, le recouvrement des cotisations est souvent difficile.

Discrimination

Les disparités dont souffrent les femmes, les migrants et les peuples autochtones dans de nombreux pays sont également le résultat de la discrimination directe. Souvent, ces personnes sont victimes de discrimination dans le domaine de l'éducation et de l'emploi et par conséquent n'ont pas les mêmes possibilités que les autres d'accéder aux pensions de retraite. Dans certains pays, le statut de la femme est encore plus précaire. Par exemple, en Inde, la perte de l'époux "s'accompagne généralement d'une baisse importante des revenus du ménage, d'une mise au ban de la société ainsi que d'une dégradation de la santé et de l'alimentation" (Banque mondiale, 2000).

2.2 Options politiques à court et à moyen terme pour les pensions

Stimuler le développement économique

La mise en évidence du lien étroit entre le développement économique, en particulier le PIB par habitant, et le niveau de couverture de la sécurité sociale, a conduit de nombreux pays à considérer la croissance économique comme la clé du renforcement de la protection (James, 1999). Favoriser le développement économique peut être souhaitable en soi, et peut entraîner une amélioration de la protection de la sécurité sociale. Mais il est peu probable que cela sera une solution, à court ou même peut-être à moyen terme, au problème de protection.

Fort d'un tel optimisme, on risque souvent de ne pas accorder suffisamment d'attention à l'histoire des pays dont le taux de couverture est élevé, ce qui montre que tandis que les politiques d'aide sociale répondent à l'évolution socio-économique, les systèmes d'aide sociale ont vu le jour à l'issue de luttes politiques et de troc et se sont imposés lorsque le pouvoir et les intérêts de solidarité ont coïncidé (Baldwin, 1990). Peut-être cela relèverait-il du déterminisme de penser que les intérêts dominants qui ont façonné les systèmes d'aide sociale bien rôdés pourront nécessairement être reproduits dans les pays en développement. Ainsi, Titmuss estimait que:

"les circonstances de la guerre ont créé un sentiment sans précédent de solidarité sociale au sein du peuple britannique, qui les a préparé à accepter une multiplication des politiques égalitaires et une intervention accrue de l'Etat" (Thane, 1982, p. 223).

Si c'est le cas, il ne serait alors pas souhaitable de reproduire les circonstances qui ont conduit au développement de la protection au Royaume-Uni.

Beaucoup de pays souffrent actuellement des conséquences de la "mondialisation" qui porte préjudice à leur développement économique et à leur sécurité sociale. Par exemple, l'Uruguay a été un pionnier en matière d'aide sociale en Amérique et a créé un système de sécurité sociale complet (bien que compartimenté) puisque la quasi-totalité de la main d'œuvre a accès aux pensions d'assurance sociale. Cependant, les conditions économiques exogènes au cours des années 1990, combinées aux politiques d'ajustement structurel, ont conduit à une restriction de la couverture puisque le chômage a augmenté et que le secteur non structuré a pris de l'importance.

Renforcer les liens entre les prestations et les cotisations

Bien que les systèmes contributifs, tant publics que privés, fournissent une protection de qualité à leurs membres, ils sont exclusifs et non accessibles aux personnes extérieures. Dans les pays des groupes B et C, c'est la majorité de la population qui se trouve en dehors de la portée des régimes contributifs. L'orientation des mesures politiques dans de nombreux pays a récemment fait apparaître un lien plus étroit entre les prestations et les cotisations.

Des systèmes à plusieurs piliers ont en effet été instaurés, reposant largement sur une composante contributive généralement associée à un pilier public modeste de redistribution. L'argument avancé est que ce lien plus étroit est une pré-condition à un élargissement financièrement viable de la couverture, permettant au revenu de couvrir les obligations et donc de rendre le système plus pérenne pour ceux qui y sont affiliés (James, 1999; Banque mondiale, 1994).

Selon les partisans de l'application de la méthode à plusieurs piliers aux pensions de retraite, le faible taux de participation aux systèmes réformés de sécurité sociale ne devrait non pas être interprété comme un défaut fondamental mais comme une conséquence des coûts de transaction élevés, des problèmes systémiques de conception et des problèmes de crédibilité qui nécessitent de réformer davantage et plus en profondeur pour diversifier les risques et attirer une plus grande participation (Holzmann et Packard, 1999).

Alors que les propositions visant à renforcer l'offre de pensions dotées d'un deuxième et d'un troisième pilier peuvent apporter davantage de sécurité et maintenir un haut niveau de revenus de retraite pour ceux qui en sont déjà membres, il est très improbable que ces mesures permettent de prendre en compte des groupes qui sont actuellement de jure ou de facto en dehors des dispositions actuelles. Bien qu'il soit parfois avancé qu'un lien plus direct entre les cotisations et les prestations serait logique du point de vue économique pour les indépendants/indépendantes, cela risque d'être beaucoup trop optimiste car il semble plus probable que le resserrement du lien aura l'effet inverse, à savoir augmenter le nombre de personnes non assurées ou sous-assurées qui ont très peu cotisé (James, 1999).

Améliorer l'accès aux régimes contributifs

Les éléments dont nous disposons suggèrent que les régimes d'assurance contributifs, sous leur forme actuelle, ne fonctionnent pas pour un grand nombre de personnes dans les groupes B et C. L'ironie peut-être, c'est que les systèmes contributifs ne couvrent pas les catégories les plus défavorisées de la société qui ont le plus besoin de la sécurité sociale.

Le modèle d'assurance sociale contributif risque également d'être mal équipé pour s'adapter à la diversité et à la flexibilité des pays du groupe A étant donné que de plus en plus, le parcours personnel des personnes diffère des schémas familiaux et professionnels requis. La question pour les pays du groupe A est de savoir si les régimes, publics et privés, essentiellement basés sur l'assurance, peuvent être suffisamment flexibles pour s'adapter à la multiplication des nouvelles formes d'emploi, telles que le travail à temps partiel et le travail indépendant (Schulte, 2002). Une deuxième option politique consiste à modifier le principe contributif pour incorporer les groupes exclus.

Les politiques susceptibles d'améliorer la couverture des retraites pour les femmes visent à modifier les conditions de cotisation et à veiller à ce que les régimes servent suffisamment de prestations aux survivants. Par exemple, en 1978, le Royaume-Uni a lancé le "Home Responsibilities Protection" pour protéger la pension de retraite publique de base des aides à domicile. Les personnes peuvent être créditées de cotisations d'assurance si elles

- abandonnent leur emploi pour s'occuper d'enfants;
- abandonnent leur emploi pour s'occuper de quelqu'un de gravement malade ou handicapé;
- travaillent à temps partiel; ou
- acceptent un emploi faiblement rémunéré.

Instauration d'un régime à revenu minimum

Une autre option, qui peut être combinée avec l'une ou l'autre des deux options précédentes, consiste à introduire un filet de sécurité financé par l'impôt pour aider à combler les lacunes constatées dans tel régime contributif. Certains groupes néo-libéraux, tels que le

"Kronberger Kreis" en Allemagne, plaident en faveur d'un assouplissement accru du marché du travail en général, et du temps de travail en particulier, tout en demandant une stricte équivalence entre le risque individuel et les paiements des cotisations dans tous les régimes d'assurance sociale, y compris les pensions de retraite et les soins de santé. Cela signifierait que l'assistance sociale devrait s'adapter à tous les nouveaux risques de flexibilité.

L'Australie a rejeté le modèle d'assurance sociale en faveur d'un système fondé sur des catégories et soumis à conditions de ressources. Les prestations de vieillesse sont déterminées sur la base de conditions de revenus et des avoirs. Cela a pour effet d'exclure les personnes dotées de moyens indépendants (bien qu'elles soient en principe couvertes). En conséquence, l'Australie a réussi à fournir une protection complète tout en allouant un budget relativement modeste à la sécurité sociale. Le gouvernement consacre environ deuxtiers de la moyenne de l'OCDE aux transferts de la sécurité sociale.

Les régimes d'assistance sociale soumis à conditions de ressources posent un problème de coût, car parfois trop élevé, aux pays des groupes B et C. Outre le coût, l'efficacité de l'administration et l'utilisation des prestations par la population couverte sont également d'une importance primordiale. Les filets de sécurité varient. Tandis que certains d'entre eux donnent des droits clairs, d'autres sont localisés et discrétionnaires, et peuvent se fonder sur des jugements arbitraires relatifs à la personnalité et au mérite. Ainsi, Maurice a instauré un régime de retraite soumis à conditions de ressources mais des complications au sujet de l'ouverture des droits ont conduit à son remplacement par une pension universelle pour toutes les personnes âgées de plus de 60 ans.

La non utilisation des prestations par la population couverte est un sujet généralement laissé de côté dans les débats de politique générale. Van Oorschot (1995) estime que cela vient de l'idée centrale selon laquelle seul un petit nombre de personnes dans une population ayant droit à une prestation ne la reçoit pas, parce que les personnes cherchent leur profit et ne renoncent pas délibérément à un gain financier. Selon Van Oorschot, peu d'éléments viennent étayer l'idée selon laquelle la non utilisation des prestations pose un problème grave, dans les pays du groupe A tout au moins. Il semble que ce ne soit que dans quelques cas assez précis que le taux de non utilisation des prestations par la population couverte représente moins de 20 pour cent (Nicaise, 2001).

La plupart des pays ne disposent que de très peu d'informations, voire d'aucunes, relatives à la non utilisation des prestations par la population. Cependant, d'après des recherches au Royaume-Uni, l'on estime qu'entre 400 000 et 700 000 retraités (pensioner benefit units) ne réclament pas le complément de revenu (Income Support) soumis à conditions de ressources auxquels ils ont droit (Département de la Sécurité sociale, 1999). Les raisons invoquées dans les études tiennent à l'attitude et à l'administration et concernent le manque de connaissances, la complexité administrative et le fait que certains retraités considèrent comme honteux le fait de demander des prestations soumises à conditions de ressources.

Il a été suggéré que le cas australien fournisse un modèle pour les pays qui ne souhaitent pas s'engager sur la voie de l'assurance sociale. Lorsque la grande majorité des personnes âgées reçoit une pension soumise à conditions de ressources, le problème de la honte et de la non-utilisation des prestations ne risque pas de se poser de façon grave. Cependant, si la proportion de la population qui reçoit une pension de vieillesse continue à décliner – comme cela a été le cas en passant de 85 pour cent à 70 pour cent au cours des 15 dernières années environ – il y aura un moment où les problèmes de honte et de non-utilisation s'aggraveront.

Prestations universelles à taux uniforme

Une autre option consiste à fournir une prestation à taux uniforme à toutes les personnes audessus d'un certain âge. La Finlande est le seul pays de l'étude qui propose une pension universelle à taux unique. Elle dispose également d'un des plus forts taux de couverture en matière de pensions de vieillesse et d'une protection égale pour les hommes et les femmes.

3. Soins de santé

A l'exception des Etats-Unis, chaque pays du groupe A fournit virtuellement une couverture de 100 pour cent à sa population, tandis que dans le groupe B, quatre pays sur cinq proposent théoriquement à l'ensemble de leur population un accès aux soins de santé. Les chiffres pour le Mexique sont moins clairs, et suggèrent une fourchette basse de 58 pour cent et une fourchette haute de 95 pour cent. La couverture dans le groupe C s'étale de moins de deux pour cent au Mali à 21 pour cent en Tanzanie où tous les enfants de moins de cinq ans et tous les adultes de plus de 65 ans ont théoriquement accès aux soins de santé. La Thaïlande a récemment étendu formellement l'ouverture des droits à l'ensemble de sa population par le biais du Programme de couverture santé universelle (Universal Health Coverage Programme - UHCP). Comme indiqué dans la section 1 ci-dessus, il faut accorder une attention toute particulière au niveau de la prestation, bien que cette question ne soit pas traitée dans ce document.

Quelque 60 ans après la Déclaration de Philadelphie en 1944, à l'exception des Etats-Unis, le taux d'exclusion des services de santé est pratiquement nul dans les pays du groupe A. Cependant, cette constatation cache des différences importantes en matière de résultats de santé et de morbidité, liées aux inégalités socio-économiques au sein de populations d'un même pays (Département de la Santé et de la Sécurité sociale, 1980). Cela indique que l'ouverture formelle des droits n'est pas toujours égale aux droits proprement dits et qu'un partage équitable des budgets de santé n'englobe pas toutes les catégories de la population (Dror et Jacquier, 1999).

Différents mécanismes permettent aux administrations de rationner l'administration de soins:

- la dissuasion introduction de frais, accès peu aisé, instauration de barrières sociales et psychologiques;
- le retard queues et listes d'attente;
- le détournement on détourne les patients des soins secondaires pour les orienter vers les soins primaires;
- la dilution les patients reçoivent moins de traitements ou des médicaments moins chers;
- le refus refus d'administrer certaines formes de traitement à quiconque ou à certaines personnes ou à certains groupes (Lenaghan, 1999).

Faisant figure d'exception parmi les pays du groupe A, les Etats-Unis ne proposent pas des soins de santé à l'ensemble de leur population. D'une part, certains groupes sont exclus, en raison des tarifs pratiqués sur le marché concurrentiel de l'assurance santé volontaire. D'autre part, les mesures prises par les entreprises d'assurance privées pour lutter contre la sélection défavorable, telles que l'exclusion de la couverture pour certaines conditions préexistantes, et la suppression de certains traitements très coûteux, a conduit à la segmentation de la population en différentes catégories de risques et à l'exclusion de la protection d'un grand nombre de personnes (Kutzin, 2000).

3.1 Le principe contributif et les soins de santé

Les mêmes groupes de personnes qui sont exclues des pensions de vieillesse contributives sont exclues de l'assurance maladie contributive pour les mêmes raisons. Il s'agit principalement des travailleurs agricoles et des travailleurs urbains du secteur non structuré

de l'économie. Une fois encore, les femmes, les migrants et les populations autochtones sont sur- représentés parmi les populations exclues.

Difficultés à étendre la protection aux zones rurales

Il peut s'avérer particulièrement difficile de fournir des soins de santé dans les zones rurales isolées faute d'infrastructure, de professions médicales, de la faible densité de la population et de sa dispersion, de l'analphabétisme, d'obstacles linguistiques et ethniques, de préjugés culturels à l'encontre de la médecine moderne et de la défiance de l'utilisateur face à la qualité des services disponibles.

Les Femmes

Dans certains pays, l'on peut trouver des différences de couverture au sein des familles car certains régimes d'assurance maladie ne couvrent que les services fournis aux salariés assurés. En conséquence, les femmes et les enfants ne sont couverts que partiellement, voire pas du tout.

Les femmes ont des besoins particuliers en matière de santé, qui ne sont pas toujours reconnus ou pris en compte. Par exemple, en Inde, malgré une chute du taux de mortalité infantile, les décès touchent davantage les filles que les garçons. Au cours des dix dernières années, la différence entre le taux de mortalité des jeunes garçons et des petites filles s'est accentuée, tandis que l'absence de soins appropriés pendant la grossesse explique la plupart des décès liés à la maternité en Inde (Banque mondiale, 2000).

Les Migrants

Les migrants peuvent échapper à l'assurance maladie. Par exemple, parmi les patients non assurés qui ont fréquenté des cliniques au Costa Rica, beaucoup étaient des immigrants récents, notamment en provenance du Nicaragua et de Colombie, employés comme saisonniers ou comme temporaires. Les difficultés à étendre la protection à ces travailleurs sont d'ordre administratif et culturel. Il est difficile d'identifier ces travailleurs saisonniers et temporaires justement parce qu'ils sont temporaires ou saisonniers et donc mobiles. En outre, les migrants ne souhaitent pas toujours revendiquer leurs droits.

Populations autochtones

Dans certains pays, les populations autochtones échappent à la couverture fournie par les régimes d'assurance contributifs.

3.2 Options politiques pour les soins de santé à court et à moyen terme

Le taux élevé de mortalité infantile dans certains pays du groupe C traduit l'urgence qu'il y a à renforcer la protection contre la maladie sans attendre une amélioration générale de la situation économique. La taille de la main d'œuvre structurée dans les pays du groupe C limite les possibilités d'élargir la couverture maladie par le biais d'une assurance contributive.

L'impossibilité pour les régimes d'assurance contributifs à fournir des soins de santé à de grandes parties de la population a conduit les pays à instaurer et à étendre des régimes financés entièrement ou partiellement par l'impôt général. Le Mexique a ciblé les communautés indigènes sans accès régulier aux soins de santé par le biais d'un programme public visant à étendre la protection (Programme to Expand Coverage – PAC-). Ce programme propose un ensemble de base de services de santé qui comprennent: l'assainissement de base, le planning familial, les soins pendant la grossesse et lors de l'accouchement, le suivi de l'alimentation et de la croissance de l'enfant, l'immunisation, le traitement de la diarrhée, des maladies parasitaires et respiratoires graves, la prévention et

la lutte contre la tuberculose pulmonaire, l'hypertension, le diabète, la dengue, le paludisme, le choléra, le diabète sucré et les accidents, le dépistage du cancer du col de l'utérus, et une formation ouverte au public pour les auto-soins. En 2000, le PAC aurait permis de traiter 8,1 millions de personnes, dont 62 pour cent se trouvent dans des populations à prédominance indigène. Les soins aux localités difficiles d'accès sont apportés par des équipes itinérantes, bien qu'il soit envisagé que celles-ci contribueront à établir des centres de soins permanents.

En 2001, la Thaïlande a lancé un programme de couverture santé universelle (Universal Health Coverage Programme – UHCP), communément appelé le "programme à 30 bahts", car c'est le coût du traitement. Financé en partie par l'Etat et en partie par les cotisations des clients, il vise les personnes qui ne sont pas assurées par les deux principaux régimes de santé, notamment les travailleurs agricoles dans les zones rurales, les travailleurs urbains exclus de la protection sociale, les travailleurs migrants saisonniers et les indépendants. Cependant, l'avenir financier de ce régime est incertain.

Le Mali consacre moins de cinq dollars US par personne et par année aux dépenses de santé. Moins de deux pour cent de la population est couverte par un régime d'assurance santé employeur. C'est au niveau local que se trouve la plus grande partie de l'infrastructure pour la promotion de la santé. Les gouvernants souhaitent en priorité renforcer l'accès aux soins de santé primaires, y compris la contraception, le suivi prénatal et l'immunisation, l'éducation et l'approvisionnement en eau potable. Les micro-régimes d'assurance santé ont vu le jour vers la fin des années 80 et sont organisés au niveau local sur une base non lucrative avec la participation des membres à la gestion et à la prise de décision (Zett, 2000). Au cours des années 1990, le Mali a lancé un programme de soins de santé géré collectivement grâce à un appui financier extérieur. L'élément clé de ce programme est le centre de santé de proximité, un centre de soins primaires géré et financé par la collectivité. Ces centres ont pour but d'augmenter l'utilisation de contraceptifs et le nombre de femmes bénéficiant de consultations prénatales. Cependant, au Mali comme dans d'autres pays du groupe C, l'essentiel des soins est assuré par la famille.

Bien que les améliorations administratives soigneusement conçues garantissent une rentabilisation optimale des cinq dollars US annuels, il est évident qu'au Mali et dans les autres pays du groupe C, le besoin en ressources financières se fait cruellement sentir. Beaucoup de pays du groupe C ne disposent pas des ressources financières pour fournir des soins de santé efficaces à leur population. La différence entre les taux de mortalité infantile et de morbidité entre les pays du groupe A et C est fort éloquente à cet égard.

4. Conclusions

Si l'objectif politique, qui n'est en aucune façon universellement partagé, est de faire bénéficier de la sécurité sociale et des soins de santé toutes les composantes de la société, alors les gouvernants doivent décider quels programmes ou combinaison de programmes sont susceptibles de répondre au mieux à cet objectif. L'orientation des politiques dans de nombreux pays vise à remplacer les programmes de sécurité sociale qui contiennent un élément de redistribution, par des programmes qui établissent une équivalence directe entre les cotisations et les prestations individuelles et à aller vers un régime de sécurité sociale qui redistribue les ressources.

La relation entre la redistribution et la couverture n'est peut-être pas si surprenante que cela. Alors que les régimes basés sur une équivalence entre les cotisations et les prestations individuelles peuvent fournir une sécurité lors de la vieillesse et de la maladie aux "initiés", ils sont inaccessibles pour ceux qui ont peut-être le plus besoin de la sécurité sociale. Dans de nombreux cas, il n'est pas possible de ramener les exclus dans le cadre de systèmes où les

prestations sont liées à des cotisations. Fournir une protection sociale appropriée à ces groupes nécessite que l'on supprime totalement ou partiellement les liens entre les cotisations et les prestations et que l'on redistribue les ressources.

Dans de nombreuses régions du monde, le fait que des ressources financières limitées coïncide avec des besoins importants joue en défaveur de la mise en oeuvre d'un régime universel qui sert des prestations à un taux forfaitaire lors de la vieillesse. Cette situation ne favorise pas non plus la création d'un régime sous conditions de ressources sauf au niveau le plus rudimentaire et probablement le plus inégal et inefficace. Si le fardeau de la maladie ou de la vieillesse n'est pas partagé, cela pourrait causer de graves problèmes aux familles qui luttent pour survivre avec de maigres ressources.

Il serait nécessaire qu'il y ait une redistribution beaucoup plus grande au-delà des frontières nationales. Heater affirme que l'interdépendance économique et monétaire croissante dans le monde sape tout argument en faveur de la mise en place d'une politique de justice distributive dans les limites strictes de l'Etat-nation:

"Si les mécanismes économiques sont transnationaux, la justice économique devrait l'être elle aussi. Il s'ensuit que la citoyenneté sociale ne peut qu'avoir une connotation mondiale". (Heater, 1990, p. 274)

Références

Baldwin, P. (1990), The Politics of Social Solidarity, Cambridge University Press

Beattie, R. (2000), "Social protection for all: But how?", *International Labour Review*, Vol. 139, no. 2, pp129-148

Department of Health and Social Security, (1980), published in 1982 as *Inequalities in Health: The Black Report*, London: The Stationary Office

Department of Social Security, (1999), Social Security Statistics 1999, London: The Stationary Office

Dror, D. and Jacquier, C. "Micro Insurance: Extending Health Insurance to the Excluded", *International Social Security Review*, Vol. 52, Issue 1, January 1999, Oxford: Blackwell

Faist, T. (1995), "Boundaries of welfare states: immigrants and social rights on the national and supranational level", in Miles, R. and Thranhardt, D. (eds.), *Migration and European Integration*, London: Pinter

Gillion, C. (2000) "The development and reform of social security pensions: The approach of the International Labour Office", *International Social Security Review*, Vol. 53, 1/2000, Oxford: Blackwell

Heater, D. (1990), Citizenship: The Civic Ideal in World History, Politics and Education, London: Longman

Holzmann, R. and Packard, T. (1999), "Extending Coverage in Multi-Pillar Pension Systems", paper prepared for The World Bank Conference New Ideas about Old-Age Security, September

James, E. (1999), "Coverage under old age security programs and protection for the uninsured – what are the issues?", paper presented at Inter-American Development Bank Conference on Social Protection, Feb. 4-5

Kutzin, J. (2000), Towards Universal Healthcare Coverage: A Goal-Oriented Framework for Policy Analysis, Washington: World Bank

Lenaghan, J. (1999), "Legal Aspects: Entitlement and Denial", paper given to the British German Workshop on Health Policy sponsored by the German Ministry of Health, London, June

Mesa-Lago, C, (1998), *La Reforma de Pensiones en Costa Rica*, Fundacion Freidrich Ebert, San José, Costa Rica, September

Millar, J. (1996) "Women, poverty and social security" in Hallett, C. (ed.) Women and Social Policy: An introduction, Hemel Hempstead: Prentice Hall

Nicaise, I. (2001) A note on non take- up of benefits, Leuven: HIVA

Roberts, S. and Bolderson, H. (1993), "How closed are Welfare States? Migration, Social Security and National Frontiers: Social Security Provisions for Non-EU Nationals in Six EU Countries", paper presented at the Annual Conference of the International Sociological Association, September, Oxford

Schulte, B. (2002), "Flexicurity in an international perspective", paper given to Special Conference on Flexibility, Ministry of Labour and Social Affairs with support of the European Commission, Toledo

Thane, P. (1982), The Foundations of the Welfare State, London: Longman

World Bank (1994), Averting the Old Age Crisis: Policies to Protect and Promote Growth, New York: Oxford University Press

World Bank, (2000), "Despite health improvements, malnutrition remains a silent emergency in India", *News Release* No. 2000/087/SAR, Washington

World Bank (2001) Coverage: the scope of protection in retirement income systems, Washington: World Bank

Van Oorschot, W. (1995), "Modelling non-take-up", in van Oorschot, W. (ed.) *New Perspectives on the non-take-up of social security benefits*, Tilburg University Press

Zett, J-B, (2000), "Actualisation de l'inventaire des mutuelles de santé au Burkina Faso" - version provisoire, *Banque de données sur les mutuelles de santé et leur structures d'appui*, Septembre, Dakar

L'équipe d'experts: Rapports nationaux

Cette recherche est basée sur 15 rapports nationaux effectués par les experts de sécurité sociale suivants:

Pays	Expert	Institut
Allemagne	Dr. Bernd Schulte	Max Planck Institut, München, Allemagne
Australie	Professeur Peter Saunders	Social Policy Research Centre, University of New South Wales, Sydney, Australie
	Tony Eardley	
Costa Rica	Professeur Tim Gindling	University of Maryland, Baltimore County, USA and University of Costa Rica University of Costa Rica
	Juan Diego Trejos	
Etats-Unis	Professeur David Greenberg	University of Maryland Baltimore County, Department of Economics, Etats-Unis
Finlande	Professeur Johannes Pakaslahti	Finnish National Research and Development Foundation, Helsinki, Finlande
	Matti Kari	
Hongrie	Professeur Igor Tomes	Personnel Ltd and Personnel Slovakia Ltd Prague, République tchèque
	Aniko Ballo	
Inde	Professeur R.K.A Subrahmanya	Social Security Association of India, New Delhi, Inde
	Dr. A. Prakash Rao	
Mali	Professeur Saad Belghazi	INSEA, Rabat, Maroc
	Dr. Daha Tidiane Bâ	IAE, Bamako
Maroc	Professeur Saad Belghazi	INSEA, Rabat, Maroc
Mexique	Professeur Carmelo Mesa-Lago	Florida International University, Latin American and Caribbean Centre, Miami, Etats-Unis
République tchèque	Professeur Igor Tomes	Personnel Ltd. and Personnel Slovakia Ltd Prague, République tchèque
Royaume-Uni	Dr. Simon Roberts Dr. Bruce Stafford Karl Ashworth Rachel Youngs	Centre for Research in Social Policy (CRSP), Loughborough University, Royaume-Uni

Pays	Expert	Institut
Tanzanie	Professeur Samuel Wangwe Dr. Paula Tibandebage	Economic and Social Research Foundation Dar es Salaam, Tanzanie
Thaïlande	Professeur Pawadee Tonguthai	Thammasat UniversityFaculty of Economics, Bangkok, Thaïlande
Uruguay	Professeur Carmelo Mesa-Lago Dr. Fabio Bertranou	Florida International University, Latin American and Caribbean Centre, Miami, Etats-Unis ILO, Santiago, Chili