



## La protection sociale en Amérique latine

*Analyser les enjeux et identifier les axes de coopération pour la France*

Catherine Collombet

N°2013-03, juillet



PREMIER MINISTRE

Commissariat général  
à la stratégie  
et à la prospective

Les documents de travail du Commissariat général à la stratégie et à la prospective (CGSP) sont des études ou des travaux de recherche effectués au CGSP. Ils n'engagent que leurs auteurs et ne reflètent pas nécessairement des positions du Commissariat général à la stratégie et à la prospective. L'objet de leur diffusion est de susciter le débat et d'appeler commentaires et critiques.



## Sommaire

<b>Résumé</b> .....	5
<b>Introduction</b> .....	7
<b>I La protection sociale en Amérique latine : une histoire longue</b> .....	9
1.1. La construction de systèmes sociaux corporatistes .....	9
1.2. La fragilisation et le développement de la capitalisation dans les années 1980 et 1990.....	9
1.3. Le renouveau de la sécurité sociale dans les années 2000.....	11
<b>II Des réformes récentes ciblées sur les personnes les plus défavorisées</b> .....	13
2.1. L'amélioration de l'accès aux soins pour les plus pauvres .....	13
2.2. L'essor des « transferts monétaires conditionnels » (TMC), une philosophie novatrice dans la lutte contre la pauvreté .....	15
2.3. Le développement des mécanismes de solidarité en matière de retraites .....	17
<b>III Des défis à relever toujours considérables</b> .....	19
3.1. Des niveaux d'inégalité encore très élevés.....	19
3.2. La persistance du secteur informel et le risque de dualisme .....	20
3.3. Les limites de l'accès aux soins .....	22
3.4. Vieillesse et soutenabilité financière .....	23
<b>IV Pour la France, quels axes de coopération en Amérique latine ?</b> .....	27
4.1. La contribution à la dynamique d'universalisation de la couverture sociale .....	27
4.2. L'appui à la prise en charge des nouveaux besoins sociaux .....	29
<b>Conclusion</b> .....	31
<b>Bibliographie</b> .....	33



# La protection sociale en Amérique latine

*Analyser les enjeux et identifier  
les axes de coopération pour la France*

Catherine Collombet

## Résumé

La protection sociale en Amérique latine s'inscrit dans une histoire longue. Jusque dans les années 1970, les systèmes se sont construits selon une logique du « haut vers le bas », la protection sociale étant d'abord mise en place pour des catégories favorisées puis progressivement étendue. Après une phase de fragilisation, la protection sociale connaît, depuis les années 2000, une nouvelle expansion, cette fois-ci selon une logique du « bas vers le haut », qui part des plus défavorisés. L'accès aux soins des plus pauvres est amélioré par des couvertures non contributives et la restructuration de l'offre de soins. Les « transferts monétaires conditionnels » réduisent de manière efficace l'extrême pauvreté. Des mécanismes de solidarité se développent également en matière de retraites, tant dans les systèmes par répartition que par capitalisation.

Des défis considérables demeurent cependant en termes de niveau des inégalités, ampleur du travail informel et vieillissement. La France, qui a un intérêt stratégique à appuyer le développement de la protection sociale dans les pays émergents, pourrait renforcer encore sa coopération avec cette zone en la positionnant selon quatre axes : universalisation de la couverture maladie, appui à la sortie de l'informalité, préparation de la société au vieillissement et offre d'accueil des jeunes enfants.

**Mots-clefs** : Protection sociale ; travail informel ; transferts monétaires conditionnels ; coopération, soins de premier recours.



# La protection sociale en Amérique latine

*Analyser les enjeux et identifier  
les axes de coopération pour la France*

Catherine Collombet<sup>1</sup>

## Introduction

En Europe, les développements de la protection sociale en Amérique latine sont surtout connus à travers le dispositif de la *Bolsa Familia* au Brésil. Cette prestation créée en 2004, versée aux familles les plus pauvres et conditionnée à la scolarisation et au suivi sanitaire des enfants, a en effet joué un rôle important dans la réduction de la pauvreté. Elle est cependant loin d'être l'unique innovation sociale intervenue sur le continent, et pourrait être ainsi qualifiée « d'arbre qui cache la forêt ». Au cours des deux dernières décennies, nombre de pays ont mis en place des « transferts monétaires conditionnels » (TMC) analogues à la *Bolsa Familia*, mais ont aussi étendu la couverture maladie des plus pauvres, réorganisé leur offre de soins ou encore mis en place des pensions minimales pour les personnes âgées.

L'Amérique latine apparaît, du point de vue de la protection sociale, comme une terre de contrastes et de défis. Elle est le continent où les inégalités sont les plus élevées et celui où les réformes d'inspiration libérale, telles que la mise en place de régimes de retraite par capitalisation, ont été poussées le plus loin. Mais elle est aussi l'un de ceux où la dynamique de réformes en faveur des ménages pauvres, poussée par les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) des Nations Unies, a été la plus forte. La poursuite de l'extension de la protection sociale fait aujourd'hui face à d'importants défis, notamment la rapidité du vieillissement et la persistance du travail informel à un niveau élevé. Ce dernier sujet met les États face à un dilemme, car la couverture du travail informel par des mécanismes non contributifs peut décourager l'entrée dans le travail formel.

Bien que n'étant pas traditionnellement une zone prioritaire de la coopération française, l'Amérique latine est un terrain propice au développement du « socle de protection sociale » que la France soutient au niveau mondial et dont elle a un intérêt stratégique à appuyer la mise en place sur ce continent. La coopération en la matière pourrait être renforcée si la France positionne bien son offre, en réponse aux défis que doivent relever les pays latino-américains<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Catherine COLLOMBET, chargée de mission au département Questions sociale, Commissariat général à la stratégie et à la prospective (catherine.collombet@strategie.gouv.fr).

<sup>2</sup> Ce document de travail s'inscrit dans le prolongement des travaux du Centre d'analyse stratégique sur la protection sociale dans les BRICS, menés en 2011 et 2012 (cf. Collombet C. et Lensing Hebben C., 2012 et Centre d'analyse stratégique, 2012).





## I La protection sociale en Amérique latine : une histoire longue

Comparé à d'autres pays émergents ou en développement, la protection sociale en Amérique latine s'inscrit dans une histoire longue, parfois presque aussi ancienne que celle des pays occidentaux. Trois phases peuvent être distinguées de manière schématique :

- la construction des régimes sociaux sur une base corporatiste à partir des années 1920 ;
- la fragilisation dans les années 1980 et 1990 ;
- le renouveau à la fin des années 1990 et dans les années 2000.

### 1.1. La construction de systèmes sociaux corporatistes

Selon Carmelo Mesa-Lago (1991), on peut distinguer trois groupes de pays correspondant à trois vagues de développement de la protection sociale en Amérique latine :

- les pays « pionniers » (Chili, Uruguay, Argentine, Brésil, Cuba), qui ont mis en place de premiers dispositifs dès les années 1920 ;
- les pays intermédiaires (Colombie, Mexique, Costa Rica, Venezuela, Paraguay, Pérou), qui les ont introduits dans les années 1940 ;
- les derniers venus (Amérique centrale principalement), qui leur ont emboîté le pas dans les années 1950 et 1960.

Les systèmes de protection sociale alors créés prennent la forme de fonds d'assurance sociale, les « cajas de prevision », alimentés par des cotisations sociales, selon un schéma proche du modèle bismarckien en Europe. La protection est organisée par groupes de travailleurs cotisant à une « caja ».

La logique d'extension, essentiellement politique et corporatiste au départ, amène à une multiplication des « cajas ». Elle s'est faite, selon Bruno Lautier (2012), au gré de la nécessité de passer des alliances avec des catégories « clés » de salariés : la fonction publique d'abord (militaire et civile) ; les salariés des transports (chemins de fer, dockers) et de l'énergie ensuite ; puis ceux de la finance, des mines, etc. L'objectif de développement à l'ensemble des travailleurs, selon une stratégie « du haut vers le bas », poursuivi sous l'influence de l'Organisation internationale du travail dans les années 1950 et 1960, aboutit ainsi à une structure très éclatée avec des centaines de caisses catégorielles dans certains pays. Les « cajas » connaissent ensuite des phases de regroupement, notamment au Brésil, en Argentine et au Mexique.

L'essor progressif de ce système corporatiste a connu un certain succès dans les pays les plus avancés (Argentine, Brésil, Chili, Uruguay), le taux de couverture de la population par la sécurité sociale y atteignant les 70 % à la fin des années 1970. Cette logique a pu toutefois être critiquée pour son caractère anti-redistributif, des catégories relativement aisées bénéficiant de transferts sociaux importants en partie financés par le budget de l'État, tandis que l'assistance aux plus pauvres était très peu développée.

### 1.2. La fragilisation et le développement de la capitalisation dans les années 1980 et 1990

Ouvertes par la crise de la dette au Mexique en 1982, les années 1980 ont marqué une rupture par rapport à la phase expansionniste antérieure. Sous l'effet des crises financières

à répétition et des plans d'ajustement destinés à y remédier, les dépenses de sécurité sociale en Amérique latine reculent ou changent de nature, les formes privées de couverture gagnant du terrain.

En Argentine, alors que 70 % des travailleurs cotisaient à un fonds de sécurité sociale en 1980, ce taux tombe à 35 % en 2003 (Gill *et al.*, 2004). Sur l'ensemble de l'Amérique latine, les dépenses sociales diminuent fortement tant en valeur absolue qu'en part des dépenses publiques, au cours des années 1980 : selon ce dernier indicateur, elles reculent de dix points en Argentine, de douze points au Chili et de dix-huit points au Brésil en moyenne sur les années 1982 à 1989 par rapport à la période 1980-1981 (Filgueira, 2005). Le taux de pauvreté de la zone passe de 40,3 % à 48,3 % entre 1980 et 1990, et le taux d'extrême pauvreté de 18,6 % à 22,5 % (Barrientos et Hinojosa-Valencia, 2009). On assiste également, selon François Bourguignon, à une « hausse notable des inégalités dans plusieurs des pays les plus directement concernés par les réformes institutionnelles: Argentine, Mexique, Pérou, Equateur, et même Brésil, bien que le niveau d'inégalité y soit déjà très haut »<sup>3</sup>.

Ce recul de la couverture sociale est à mettre en rapport avec la progression du travail informel, non affilié à la sécurité sociale (*cf.* 3.2 pour la définition de ce phénomène). Celui-ci augmente sur la période et passe de 53 % du total de l'emploi non agricole en 1990-1994 à 56 % en 1995-1999 (Jütting et de Laiglesia, 2009) sous l'effet combiné de la croissance de la population active— elle-même expliquée par la croissance démographique, l'exode rural et la participation accrue des femmes au marché du travail, et de la contraction de l'emploi dans l'économie formelle. L'emploi aurait ainsi, dans les années 1990, diminué dans le secteur public et peu progressé (moins que l'effectif de la population active) dans les grandes entreprises du secteur formel, tandis qu'il augmentait dans les activités indépendantes, le travail domestique et les micro-entreprises du secteur non structuré (Mesa-Lago, 2007).

Les années 1980 et 1990 voient également de nombreux pays passer à des systèmes de retraite par capitalisation. Le Chili est le premier, en 1981, à décider la substitution complète d'un système obligatoire de capitalisation pour les salariés à l'ancien système par répartition. Dans les années 1990, la Banque mondiale promeut l'adoption de systèmes « multipiliers » (Banque mondiale, 1994), la retraite publique par répartition ne représentant que le premier étage, des systèmes de capitalisation liés à l'activité professionnelle et l'épargne retraite individuelle constituant les deuxième et troisième étages. Entre 1993 et 2006, neuf réformes comportant un passage total ou partiel à la capitalisation s'échelonnent en Argentine, Bolivie, Colombie, Costa Rica, République dominicaine, El Salvador, Mexique, Pérou et Uruguay. Le Brésil et le Venezuela sont les seuls grands pays d'Amérique latine à avoir entièrement conservé leur système par répartition.

Les pays ayant opté pour la capitalisation ne vont pas tous, cependant, aussi loin que le Chili. Les coûts budgétaires très importants inhérents à la transition (le budget de l'État doit couvrir les droits acquis dans le système par répartition, qui ne sont plus financés par les cotisations des actifs) ont conduit la plupart des autres pays à des réformes moins audacieuses et au choix de systèmes parallèles ou mixtes, plus faciles à financer. On distingue ainsi trois types de réformes (Mesa-Lago, 2007b) :

- une substitution complète du public par le privé (Bolivie, Chili, République Dominicaine, Salvador, Mexique, Nicaragua) ;

---

<sup>3</sup> Même si, selon cet auteur, on ne peut attribuer la hausse de l'inégalité exclusivement aux programmes d'ajustement structurels ou à des réformes particulières (Bourguignon, 2012).

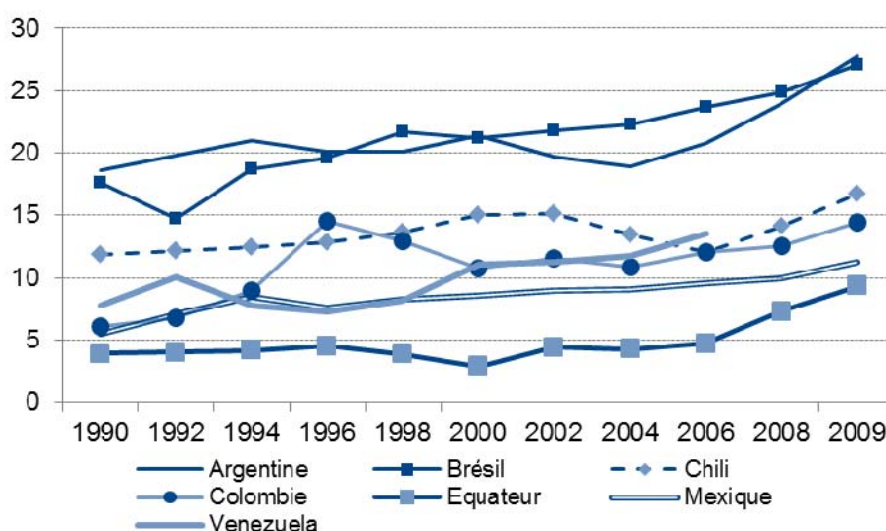
- un fonctionnement parallèle du public et du privé, le système public étant maintenu mais mis en compétition avec un système privé (Colombie et Pérou) ;
- un système mixte à deux piliers, le plus proche des préconisations de la Banque mondiale, où le public joue le rôle de premier pilier et le système privé devient le second pilier du système et paie des pensions supplémentaires (Argentine, Costa Rica, Équateur, Uruguay).

Le Mexique, où la réforme de 1997 a rendu les comptes individuels de retraite privés obligatoires pour l'ensemble des salariés du secteur privé et coopératif qui entrent sur le marché du travail<sup>4</sup>, est le pays qui se rapproche le plus de la réforme chilienne.

### 1.3. Le renouveau de la sécurité sociale dans les années 2000

Alors que leur évolution avait été particulièrement heurtée dans les années 1980 et 1990, on constate, après un court d'arrêt en 2001-2002, une croissance régulière des dépenses sociales en Amérique latine. Elles passent ainsi de 15,3 % du PIB en 2000 à 18,4 % en 2008 (ECLAC, 2010), soit un doublement ou un triplement de la dépense par tête selon les pays, par rapport au niveau de 1990-1991 (Lautier, 2012, *op. cit.*). Le Brésil par exemple, alors qu'il se prévaut d'un niveau de dépenses sociales déjà élevé par rapport à la moyenne des pays d'Amérique latine, connaît une expansion de ses dépenses sociales de près de trois points de PIB entre 1995 et 2005, certes en partie liée à la montée en charge de son généreux système de retraites<sup>5</sup>. Deuxième pays du continent après Cuba pour son niveau de dépenses sociales, cette évolution le situe à mi-chemin entre la moyenne du continent (15,9 %) et celle des pays de l'OCDE (25,5 %).

**Graphique 1**  
**L'évolution des dépenses de protection sociale, entre 1990 et 2009, dans sept pays d'Amérique latine**



Sources : Données ECLAC.

<sup>4</sup> À la différence des employés du secteur public et des travailleurs relevant de régimes spéciaux qui sont maintenus, cf. Bertranou *et al.* (2009).

<sup>5</sup> Les dépenses passent de 19 % en 1995 à 21,9 % en 2005.

Ce renouveau coïncide avec une nette inflexion de l'agenda des institutions internationales en faveur de la protection sociale. Même s'ils ne traitent pas directement de la couverture sociale, les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD) adoptés par les Nations Unies en 2000 poussent à son évolution. Le but à atteindre – la réduction de l'extrême pauvreté et de la faim consistant, entre 1990 et 2015, à diviser par deux la proportion de personnes vivant avec moins de 1,25 dollar par jour et la part de personnes souffrant de la faim –, incite les pays concernés à développer des filets de sécurité pour soutenir les revenus des plus démunis. Par ailleurs, les objectifs de réduction des deux tiers de la mortalité des enfants de moins de cinq ans et des trois quarts de la mortalité maternelle poussent à améliorer l'accès aux soins de la population, en mettant un accent particulier sur la santé de la mère et de l'enfant.

De son côté, l'Organisation internationale du travail (OIT) a relancé son action en faveur du développement de la protection sociale. Un groupe consultatif de haut niveau a été formé autour de Michelle Bachelet, ancienne présidente du Chili, qui a remis en octobre 2011 le rapport : *Le socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive*<sup>6</sup>. Dans une logique de plaidoyer, celui-ci contient de nombreux arguments en faveur de l'extension de la protection sociale quel que soit le niveau de développement du pays concerné : la contribution à la réalisation des OMD, la possibilité d'un coût modéré, la facilitation de la prise de risques individuelle grâce à l'existence d'un filet de sécurité ou encore la capacité à amortir l'effet des crises économiques. Le socle de protection sociale comporte deux priorités cohérentes avec les OMD : l'accès universel aux soins de santé et la mise en place d'un filet de sécurité, y compris pour les personnes en âge de travailler. Il s'est traduit juridiquement par la recommandation n°202 de l'OIT adoptée le 14 juin 2012.

---

<sup>6</sup> Cf. Hirsch (2011), membre de ce groupe.

## II Des réformes récentes ciblées sur la protection sociale des personnes les plus défavorisées

Les réformes récentes relatives à la protection sociale sont d'une logique très différente de celle qui avait prévalu jusque dans les années 1970, « du haut vers le bas ». Coïncidant avec les OMD et les recommandations de l'OIT sur le socle de protection sociale, elles privilégient au contraire la protection des plus défavorisés.

### 2.1. L'amélioration de l'accès aux soins pour les plus pauvres

Les réformes intervenues en matière de santé ont entendu développer l'accès aux soins des personnes en situation de pauvreté en agissant sur trois leviers : la prise en charge financière par l'extension de l'assurance-maladie ; une réorganisation de l'offre privilégiant les soins de premier recours, en particulier ceux destinés à la mère et à l'enfant ; le développement de la demande grâce aux incitations financières procurées par les TMC (sur ce dernier point, *cf.* 2.2). Elles ont contribué aux progrès réalisés par les pays latino-américains pour atteindre les OMD.

Concernant la prise en charge financière, plusieurs pays ont choisi de compléter leur assurance contributive mise en place au XX<sup>e</sup> siècle par une couverture non contributive pour les personnes à bas revenus, en y associant un panier de soins garantis. Le Brésil se distingue par la mise en place d'un système public intégré et universel.

La Colombie, le Chili et le Mexique se classent dans le premier groupe. La Colombie a créé en 1993 un « régime subventionné » permettant de couvrir les personnes n'étant pas en mesure de cotiser au « régime contributif ». Le régime subventionné est financé par le gouvernement fédéral, les gouvernements locaux et le reversement d'une partie des cotisations sociales du régime contributif, ce qui permet une solidarité entre les deux régimes. Au Chili, les personnes peuvent choisir de cotiser pour leur couverture maladie entre l'assureur public (le FONASA) et des assureurs privés (les ISAPRES), mais les personnes définies comme indigentes ont le droit d'être couvertes par le FONASA sans payer de cotisation. 36 % des 13,2 millions d'assurés du FONASA sont considérés comme indigents. Quant au Mexique, il a créé en 2003 une « assurance santé populaire » (*Seguro Popular*) ouverte aux personnes non couvertes par la sécurité sociale contributive ou une assurance privée, dans laquelle la plupart des personnes affiliées sont en pratique exonérées de contribution. Au-delà du financement, il s'agit de systèmes de santé différents, le système contributif étant géré par l'Institut de protection sociale (IMSS) et le *Seguro Popular* par le ministère de la Santé.

La création de ces systèmes non contributifs s'est accompagnée d'un renforcement des droits des personnes concernées, sous la forme de la définition d'un « panier de soins ». En Colombie, le panier de soins du régime subventionné est beaucoup plus restreint que celui du régime contributif ; il ne couvre que les soins primaires et certaines dépenses particulièrement élevées dites « catastrophiques ». Toutefois, un arrêt de la Cour constitutionnelle rendu en 2008 a exigé un rapprochement entre les deux paniers de soins. Le gouvernement chilien a, pour sa part, défini en 2005 un panier de soins, dit « AUGE » (*Acceso Universal con Garantías Explicitas*), qui recense cinquante-six pathologies (progressivement étendues à quatre-vingt) devant être couvertes par le FONASA et les ISAPRES pour tous les assurés, y compris les indigents. De même, le Mexique a explicitement défini en 2003 les soins pris en charge pour les bénéficiaires du *Seguro*

*Popular*, alors qu'auparavant, les personnes non assurées s'adressant au système de soins public ne bénéficiaient d'aucune garantie.

Le système brésilien fonctionne selon une logique différente, même si l'objectif recherché est également d'assurer la couverture des personnes défavorisées. Le Brésil a mis en place au début des années 1990 un système unifié accessible à tous les Brésiliens, le *Sistema Unico de Saude* (SUS). Cofinancé par l'État fédéral, les États et les municipalités, le SUS prend en charge, pour toute la population, un panier de soins défini au niveau national, sans ticket modérateur. À la différence des systèmes non contributifs ciblés sur les pauvres dans les autres pays d'Amérique latine, le SUS couvre de manière uniforme la majorité de la population : il finance 75 % des consultations médicales et 62 % des hospitalisations, le reste étant pris en charge par des assureurs privés ou directement par les ménages.

Comme le conclut la Banque mondiale au terme d'une analyse comparative de nombreux projets de couverture maladie universelle dans des pays en développement (Giedion *et al.*, 2013), la levée des obstacles à l'accessibilité financière n'est pas suffisante, à elle seule, pour développer l'accès aux soins des plus défavorisés. Il est dès lors intéressant que plusieurs pays d'Amérique latine aient couplé l'extension de la prise en charge financière avec une réorganisation des soins.

Parallèlement à la création du SUS, le Brésil a ainsi défini une stratégie centrée sur les soins de premier recours (*Primary Care Strategy*) et notamment les soins aux familles (*Family Health Strategy*), en rupture avec son système jusqu'alors très centré sur les soins hospitaliers. Sous la responsabilité des municipalités, des équipes de soins pluridisciplinaires ont été mises en place en priorité dans les zones les plus défavorisées. Elles sont responsables de la santé de la population vivant dans leur ressort et conduisent auprès d'elle des démarches de promotion de la santé, y compris par des visites à domicile. En 2009, elles couvraient 53 % de la population, soit 100 millions de personnes, dont 90 % des 20 % d'habitants les plus pauvres.

De son côté, Cuba est allé très loin dans l'organisation d'un système de soins centré sur des soins primaires fournis par des professionnels de santé au plus près des familles. Le maillage de la population est organisé par quartier autour du *consultorio*, premier niveau de recours, les professionnels du *consultorio* vivant au sein du quartier et étant intégrés à la communauté qu'ils servent. Des ratios minima de professionnels et d'équipements sont définis, à chaque niveau de soin (primaire, tertiaire, secondaire) aboutissant à une densité très élevée de professionnels pour un pays de ce niveau de développement (Dosani, 2009).

À partir de 2003, ce système a inspiré, au Venezuela, le développement d'un modèle proche avec la « Mission Barrio Adentro », qui a bénéficié de l'appui de nombreux médecins cubains. Les centres de santé, dits « postes de santé populaires » sont localisés à l'intérieur des quartiers et dans les zones marginalisées des grandes villes. Le système est fondé sur une forte participation de la communauté locale, à travers des comités de santé dont les membres sont choisis en assemblée de citoyens. Comme à Cuba, le premier niveau du système, les postes de santé populaire, doivent couvrir un nombre maximum de familles.

Plusieurs autres pays ont mis en place des programmes centrés sur la santé de la mère et de l'enfant. En Argentine, le plan *Nacer* (naître), créé en 2003 pour faire face aux conséquences sanitaires de la crise économique de 2001, assure la couverture des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans non assurés. Les dotations financières transférées aux provinces sont liées à leurs performances en termes d'inscription dans le programme, d'amélioration d'indicateurs de santé et de qualité des soins. Le Chili a, de son côté, lancé en 2006 un programme global de protection de l'enfant,



*Chile Crece Contigo* (le Chili grandit avec toi), qui comporte pour les familles vulnérables une aide financière, une garantie d'accès à des crèches et jardins d'enfant et un suivi d'ensemble du développement de l'enfant assuré dans les centres de soins de premiers recours.

Ces programmes enregistrent des résultats positifs et contribuent à l'amélioration des performances sanitaires de ces pays. Ainsi, la Colombie a vu le taux de couverture santé de sa population passer de 58 % en 1997 à 96 % en 2010 ; pour les 20 % les plus pauvres, le taux de couverture était quasi nul en 1995 et de 90 % en 2010. Au Brésil, une étude a montré qu'une extension de 10 % de la couverture par la *Family Health Strategy* entraînait une diminution de 4,5 % de la mortalité infantile (Couttolen et Dmytraczenko, 2013).

Dans son ensemble, l'Amérique latine est en bonne voie pour atteindre l'OMD relatif à la réduction des deux tiers du taux de mortalité des enfants avant cinq ans, ce taux étant passé de 54 pour mille en 1990 à 18 en 2008 (l'objectif consiste à le ramener à 16 avant 2015). Les progrès sont également rapides pour la mortalité maternelle, passée de 130 pour 100 000 en 1990 à 72 pour 100 000 en 2008, même si l'OMD de réduction des trois quarts est encore éloigné.

## 2.2. L'essor des « transferts monétaires conditionnels » (TMC), une philosophie novatrice dans la lutte contre la pauvreté

Les TMC sont emblématiques du développement de la protection sociale en Amérique latine depuis le début des années 2000 et ont suscité un intérêt croissant au niveau mondial. Ils se sont fortement développés au sein du continent d'abord (même si le Bangladesh a également été un pays pionnier), puis au-delà, et sont désormais reconnus pour leur intérêt en termes de réduction de la pauvreté mais aussi d'investissement dans le capital humain<sup>7</sup>. Leur principe consiste dans le versement d'une prestation en espèces aux ménages les plus pauvres, conditionné au respect de certaines obligations, concernant notamment la santé des enfants (suivi de la femme enceinte, vaccinations, examens de suivi du développement de l'enfant) et leur éducation (inscription à l'école et assiduité). Ces conditions, parce qu'elles visent à orienter les comportements, peuvent, aux yeux de certains observateurs, relever d'une logique paternaliste (Standing, 2007).

L'originalité des TMC est de concevoir les transferts monétaires comme un moyen de réduire la pauvreté tout en soutenant la constitution de capital humain. Sur le plan de la théorie économique (Fiszbein et Schady, 2009), ils sont justifiés par l'incapacité du marché à réduire à lui seul la pauvreté et par la nécessité de modifier les incitations qui jouent sur le comportement des ménages. Ceux-ci seraient en effet amenés à sous-investir dans le capital humain de leurs enfants car ils n'estimeraient pas le « retour sur investissement » à son juste niveau ou seraient contraints par un manque de liquidité. L'incitation financière résultant du TMC doit permettre d'accroître cet investissement.

Le Mexique et le Brésil ont été les premiers à développer des dispositifs de TMC, à travers les programmes *Progres*a (puis *Oportunidades*) et *Bolsa Escola* (puis *Bolsa Família*), qui ont ensuite connu une extension large et rapide à l'ensemble du continent. Le programme *Bolsa Escola* a été créé en 1995, par le gouvernement de centre droit de Fernando Henrique Cardoso, pour accroître la fréquentation scolaire des enfants venant de familles en situation

---

<sup>7</sup> Ils ont notamment bénéficié très rapidement du soutien de la Banque mondiale et de la Banque interaméricaine de développement.

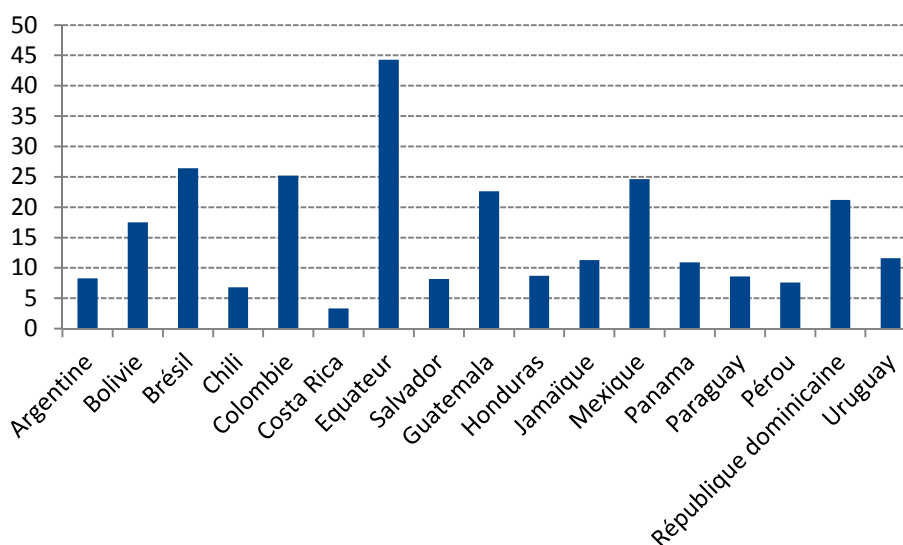
d'extrême pauvreté, dont on avait constaté une entrée tardive dans le système scolaire et des taux d'abandon scolaire élevés, du fait notamment de la nécessité de compléter les revenus familiaux par le travail des enfants. Créée par le président Lula, à travers une loi adoptée en janvier 2004, à partir de la fusion entre *Bolsa Escola* et plusieurs autres programmes (*Bolsa Alimentação*, *Auxílio Gás* et *Cartão Alimentação*), la *Bolsa Familia* a vu le nombre de ses bénéficiaires augmenter rapidement : 5,1 millions de familles en étaient bénéficiaires en 2002 et 12,9 millions en 2012, soit 26 % de la population (Lautier, 2011).

Au Mexique, le programme *Oportunidades*, mis en place localement en 1997 dans les zones rurales pauvres, puis étendu aux zones urbaines en 2002, fournit aux familles participantes un système de bourses pour chaque enfant inscrit à l'école à partir de la dernière année du primaire. Fondé sur un barème progressif en fonction de l'avancement dans la scolarité et d'un montant plus élevé à partir du secondaire pour les filles, dont le taux d'abandon est plus élevé que celui des garçons, *Oportunidades* vise à inciter les familles à investir le plus loin possible dans la scolarisation de leurs enfants. Après une montée en charge rapide, le nombre de familles bénéficiaires dépasse cinq millions en 2012 et *Oportunidades* représente 46,5 % du budget fédéral de lutte contre la pauvreté.

Inspirés par ces premières expériences, presque tous les pays d'Amérique latine ont développé un ou plusieurs TMC qui couvre aujourd'hui plus de 25 millions de familles sur le continent et plus de 113 millions de personnes (Cecchini et Martinez, 2012). Les dispositifs sont cependant plus ou moins ciblés, leur couverture allant de 3,3 % de la population au Costa Rica, 6,8 % au Chili et 7,6 % au Pérou à 24,6 % au Mexique, 25,2 % en Colombie, 26,4 % au Brésil et 44,3 % en Équateur. Les montants versés sont assez faibles, de l'ordre de 20 à 30 dollars par mois ; il en résulte un coût assez limité qui va de 0,11 % du PIB au Chili, à 0,14 % au Pérou et 0,2 % en Argentine, pour atteindre 0,45 % du PIB en Uruguay, 0,47 % au Brésil, 0,51 % au Mexique et 1,17 % en Équateur (Cecchini et Martinez, *op. cit.*).

Graphique 2  
Population couverte par les « transferts monétaires conditionnels »

En % de la population totale



Source : Cecchini S. et Martínez R. (2012).



Ces dispositifs ont joué un **rôle important dans les années 2000 pour réduire la pauvreté et les inégalités**. En matière de pauvreté, la *Bolsa Família* au Brésil aurait **réduit l'intensité de la pauvreté** (c'est-à-dire l'écart entre le revenu moyen des pauvres et le seuil de pauvreté) de 10 %, *Oportunidades* au Mexique de 19 % et le programme équatorien de 14 % (Fiszbein et Schady, *op. cit.*). En matière d'inégalités, leur succès est également important. Entre 2001 et 2008, les programmes sociaux au Brésil, dont *Bolsa Escola* et *Bolsa Família*, expliquent 17 % de la réduction des inégalités sur la période (contre néanmoins 66,9 % pour les revenus du travail et 15,7 % pour les allocations de sécurité sociale « classiques »). Bruno Lautier (2011, *op. cit.*), souligne cependant que du fait de leur faible montant, les TMC ont un impact important sur l'extrême pauvreté (ce montant est suffisant pour sortir les personnes concernées du dénuement) mais faible sur la pauvreté simple (le transfert n'est pas assez important pour permettre le franchissement du seuil de pauvreté).

En matière d'éducation et de santé, les TMC se sont traduits par un effet sur l'accès et le recours à l'éducation et aux soins. Ainsi, la *Bolsa Família* aurait permis de réduire le taux d'absentéisme<sup>8</sup> et d'abandon<sup>9</sup> et donc augmenté (de deux ans) le nombre moyen d'années d'éducation reçues et réduit fortement les inégalités de durée de scolarisation (OCDE, 2010). En matière de santé, elle aurait amélioré l'utilisation par les femmes enceintes des services prénataux (1,5 visite prénatale en moyenne) ainsi que la probabilité qu'un enfant reçoive l'ensemble de ses vaccins de l'âge de six mois (de 12 à 15 points de pourcentage)<sup>10</sup>.

En revanche, les résultats en termes de **niveau d'éducation, de santé et de nutrition** apparaissent plus modestes (Fiszbein et Schady, *op. cit.*), ce qui peut s'expliquer par l'insuffisance de l'offre de service ou sa faible qualité. Selon Bruno Lautier (2011, *op. cit.*), le succès de ces dispositifs « repose sur une politique d'offre de services publics gratuits ou quasi-gratuits » et « les politiques de transfert de revenus ne peuvent constituer un substitut, mais seulement un complément, aux politiques sociales ».

### 2.3. Le développement des mécanismes de solidarité en matière de retraites

Moins connus que les TMC mais pouvant jouer un rôle majeur dans la lutte contre la pauvreté, les pensions non contributives ont été développées à partir des années 1990, en réponse au caractère limité des progrès dans l'extension de la couverture contributive (Grosh *et al.*, 2013). Mises en place dans un certain nombre de pays avant leur basculement dans la capitalisation – au Chili dès 1975 par exemple, elles ont connu une seconde phase d'essor dans les années 2000. Elles sont présentes aussi bien dans les pays à couverture contributive relativement élevée (Argentine, Brésil, Chili, Costa Rica, et Uruguay<sup>11</sup>) que dans des pays avec des populations plus jeunes et une couverture contributive plus faible (Bolivie, Équateur<sup>12</sup>). Qu'ils soient ciblés ou à vocation universelle (prestation sous condition de ressources au Chili ou minimum de revenu garanti à partir d'un certain âge en Bolivie ou en Argentine), ces dispositifs assurent une large couverture de la population dans certains pays. La *Renta Dignidad* en Bolivie couvre 80 % des soixante-cinq ans et plus. Au Chili, la pension non contributive, ciblée sur les 60 % les plus pauvres, couvre plus de la moitié des plus de soixante-cinq ans des deux derniers déciles (Grosh *et al.*, *op. cit.*). Quant au Brésil, il combine depuis les années 1990 un système semi-contributif de pensions

<sup>8</sup> 3,6 % de moins pour les enfants dans le programme.

<sup>9</sup> 1,6 % de moins.

<sup>10</sup> Brauw *et al.*, 2011.

<sup>11</sup> Pays qui ont un taux de couverture de plus de 40 %.

<sup>12</sup> Pays dont le taux de couverture est situé entre 20 et 30 %.

rurales (les assurés cotisent mais le système est largement subventionné par l'État) et une pension minimale non contributive pour les personnes âgées et handicapées, le *Benefício de Prestação Continuada* (BPC). Beaucoup moins connu à l'étranger que la *Bolsa Família*, le BPC assure cependant un niveau de revenus bien plus élevé et est en plus indexé sur le salaire minimum, qui a beaucoup progressé au cours des années 2000.

Les dispositifs destinés à remédier aux inégalités de pension entre hommes et femmes constituent une autre catégorie de mécanismes de solidarité. Le Chili a créé en 2008 une « bonification universelle pour maternité » (Mesa-Lago, 2008) : pour chaque naissance d'un enfant, la mère reçoit une somme égale à 10 % de dix-huit mois de salaire minimum, qui est versée sur son compte individuel de retraite, produit des intérêts à partir de cette date et complète sa pension au moment de la retraite. Cette réforme vise à remédier à un des défauts de la capitalisation : si les inégalités de pension entre hommes et femmes existent dans tous les systèmes de retraite contributifs, en raison des rémunérations moins importantes et des carrières, elles sont accrues dans les systèmes de capitalisation par le fait que la rente est calculée en fonction de l'espérance de vie de chaque sexe ; celle des femmes étant plus élevée, la pension servie est moins importante.

Sur l'ensemble du continent, l'existence de ces dispositifs non contributifs a permis de parvenir à une plus large couverture de la population que ne le permettrait, seul, le système contributif qui désavantage, du fait du poids de l'informel, les ménages à faibles revenus et à emploi instable (Ribe *et al.*, 2010). Enfin, ces dispositifs de pensions non contributives auraient réduit de manière significative la pauvreté des plus de soixante-cinq ans pour un coût compris entre 0,2 et 1 % du PIB (Bertranou *et al.*, 2002).

### III Des défis à relever toujours considérables

#### 3.1. Des niveaux d'inégalité encore très élevés

Les inégalités ont connu, entre 2002 et 2009, une baisse conséquente<sup>13</sup>, de plus de 1 % par an, dans neuf des pays du continent, avec des résultats particulièrement spectaculaires en Argentine ou au Venezuela (voir notamment Gasparini et Lustig, 2011). Ce n'est qu'au Costa Rica, au Guatemala et en République Dominicaine que les segments les plus riches de la société ont accru, sur la période, leur part dans le revenu total. Au Brésil, par exemple, la baisse connue dans les années 2000 serait, selon l'OCDE, comparable en ampleur à la forte hausse observée dans les années 1960, résultant de l'amélioration des performances sur le marché du travail des travailleurs peu qualifiés, suite à la hausse du niveau scolaire ainsi qu'à la progression de la redistribution (OCDE, 2010, *op. cit.*).

La répartition des revenus dans la région reste cependant très inégale, car l'Amérique latine part de très haut : elle est de longue date le continent le plus inégalitaire de la planète<sup>14</sup>. Le revenu moyen par habitant des 10 % des ménages les plus aisés est encore, en 2009, environ dix-sept fois plus élevé que celui des 40 % les plus pauvres (ECLAC, 2010b). Le Brésil (coefficient de Gini de 0,656), la Colombie (0,592), le Chili (594) et le Guatemala (0,555) sont en 2008 les pays les plus inégalitaires du continent, le Venezuela (0,433), le Salvador (0,46), le Pérou (0,496) et l'Uruguay (0,499) les moins inégalitaires (ECLAC, 2009). Parmi les trente-cinq pays les plus inégalitaires au monde figurent seize pays d'Amérique latine et parmi les quinze les plus inégalitaires au monde, on compte neuf pays d'Amérique latine<sup>15</sup>.

Tableau 1  
Évolution des inégalités, mesurées par l'indice de Gini  
par région, sur la période 1990-2008

*Valeurs moyennes non pondérées*

	1990	2000	2008	2008-1990	2008-2000
Asie	36,4	40,0	40,4	4,0	0,6
Europe de l'Est et Asie centrale	26,7	33,2	35,4	8,7	2,2
Amérique latine et Caraïbes	46,9	49,2	48,3	1,5	-1,3
Moyen-Orient et Afrique du Nord	39,2	39,2	39,2	0,0	0,0
Afrique subsaharienne	49,1	46,1	44,2	-4,8	-1,8
Pays à revenu élevé	27,4	30,8	30,9	3,5	0,0

Source : Ortiz I. et Cummins M. (2012).

<sup>13</sup> Mesurées par le coefficient de Gini qui est compris entre 0 et 1. Dans une économie où un seul individu concentre tout le revenu, ce coefficient est de 1. Il est de 0 quand tout le monde reçoit le même revenu.

<sup>14</sup> Les comparaisons avec des indices de Gini pour l'Asie, l'Afrique subsaharienne et septentrionale, l'Europe centrale et orientale, la communauté d'États indépendants, le Moyen-Orient ont montré que l'Amérique latine était le continent le plus inégalitaire (Fonds monétaire international, 2007).

<sup>15</sup> [http://www.statistiques-mondiales.com/gini\\_croissant.htm](http://www.statistiques-mondiales.com/gini_croissant.htm)

## 3.2. La persistance du secteur informel et le risque de dualisme

### 3.2.1. Le travail informel et son évolution

Le travail informel est défini par l'OIT comme « une relation d'emploi non soumise à la législation nationale du travail, à l'impôt sur le revenu, à la protection sociale ou au droit à certains avantages liés à l'emploi » (Organisation internationale du travail, 2004). Il recouvre des situations assez différentes : l'emploi salarié dans des entreprises du secteur informel, dont l'ensemble de l'activité n'est pas déclaré, l'emploi non déclaré dans des entreprises du secteur formel, mais aussi les travailleurs indépendants lorsqu'ils ne sont pas affiliés à la sécurité sociale, ce qui est le cas majoritaire en Amérique latine, notamment dans le secteur agricole. Contrairement à une idée reçue, le travail informel ne concerne pas que des personnes défavorisées, du moins en Amérique latine : selon l'OCDE, c'est dans les catégories moyennes, celles dont le revenu est compris entre 50 % et 150 % du revenu médian, que l'on trouve le plus grand nombre de travailleurs informels (OCDE, 2010b).

Le *Panorama du travail 2011* publié par l'OIT montre la persistance en Amérique latine d'un large secteur informel, d'au moins 50 % de la population urbaine avec trois catégories de pays sur les seize étudiés :

- les pays à plus de 60 % de travailleurs informels (Bolivie, Salvador, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Pérou) ;
- les pays où ce pourcentage se situe entre 40 et 60 % (Argentine, Brésil, Colombie, Costa Rica, République dominicaine, Équateur, Mexique, Panama, Venezuela) ;
- un pays où cette part est à moins de 40 % (Uruguay).

L'Amérique latine est ainsi l'une des régions du monde les plus concernées par le travail informel, derrière l'Afrique subsaharienne et l'Asie du sud et de l'est, mais devant l'Asie de l'ouest et l'Afrique du nord (Jütting et de Laiglesia, *op. cit.*).

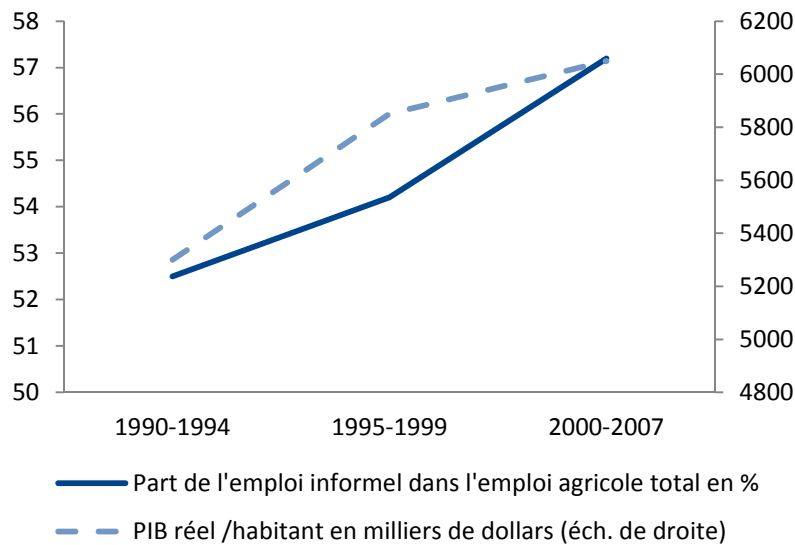
Les dernières décennies ont montré que le développement économique ne se traduisait pas mécaniquement par la régression du travail informel. Au contraire, la proportion de celui-ci est passée de 53 % en 1990-1994 à 57 % en 2000-2007, alors que dans le même temps, le PIB par habitant progressait en termes réels de 5 300 à 6 100 euros par habitant<sup>16</sup>. En évolution, seuls le Brésil et le Chili auraient connu une baisse du travail informel sur la période 2002-2008 (Gasparini et Tornarolli, 2009). Au Brésil, ce sont les capacités à générer des créations nettes d'emplois dans le secteur formel (3,5 millions de créations en 2007 contre 1 million en 1999) et à élever le niveau d'éducation de la population qui auraient été déterminantes (OCDE, 2010 b, *op. cit.*) ainsi que les mesures législatives visant à formaliser le travail de certaines catégories de travailleurs, notamment les travailleurs domestiques<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> Ibid.

<sup>17</sup> Voir loi n° 8212/1991 : les cotisations de sécurité sociale passent de 20 % (le taux ordinaire pour les employeurs) à 12 % ;  
et loi n° 11324/2006 : les employeurs de travailleurs domestiques peuvent déduire les cotisations dans leur déclaration fiscale (*cf.* Ansiliero et Paiva, 2008).

Graphique 3  
L'emploi informel en Amérique latine



Source : Jütting et de Laiglesia, *op. cit.*

### 3.2.2. Le piège de l'informel

Or, l'informalité est un frein naturel à l'extension de la couverture des régimes contributifs de retraite, que ce soit dans les régimes par répartition ou les régimes par capitalisation. La faiblesse des revenus qui caractérise les conditions de travail, leur caractère irrégulier et l'absence d'abondement de l'employeur rendent l'affiliation individuelle très difficile, même lorsqu'elle est théoriquement possible. Ainsi en 2009, le taux d'affiliation chez les indépendants n'était, en moyenne, sur dix-huit pays d'Amérique latine, que de 28,4 % et de 22,7 % chez les employés domestiques, loin derrière le secteur public (91,4 %) ou le secteur privé (70 %) <sup>18</sup>.

En 2011, 57 % des travailleurs urbains d'Amérique latine seulement cotisaient pour leur retraite, selon l'OIT (Organisation internationale du travail, 2011). Cette couverture n'a que peu progressé entre 1990 et 2000, seuls le Chili, le Costa Rica et l'Uruguay étant sensiblement au-dessus de 50 %. La situation est fortement génératrice d'inégalités, les plus riches étant de loin les mieux couverts ; le taux de couverture varie de 20 % pour le premier quintile à près de 58 % pour le dernier (ECLAC, 2011, *op. cit.*). Les écarts sont encore plus élevés au Chili et au Costa Rica (Ribe *et al.*, *op. cit.*).

La faiblesse de la couverture par le système contributif rend sa base trop étroite et limite les possibilités d'améliorer les prestations. Les taux de cotisations sociales dans le secteur formel sont souvent déjà élevés – ils sont, par exemple, bien supérieurs à la moyenne mondiale, en Colombie, au Mexique, et également au Venezuela <sup>19</sup>, et dans un contexte de forte compétition internationale sur le coût du travail, il paraît difficilement envisageable de les augmenter encore.

<sup>18</sup> Voir ECLAC (2011).

<sup>19</sup> Ibid.

La solution apportée par nombre de pays à ce problème de couverture des travailleurs informels, qui est de développer la protection sociale sur une base non contributive (pensions non contributives, paniers de soins non contributifs des systèmes de santé), présente cependant le risque de pérenniser un système dual de protection sociale, et d'inciter les travailleurs à demeurer dans l'informel où ils n'ont pas à payer de cotisations et peuvent bénéficier de prestations sociales.

### 3.3. Les limites de l'accès aux soins

L'accès aux soins en Amérique latine est encore fragilisé par la persistance de restes-à-charge élevés pour les ménages et par celle d'une double segmentation, d'une part entre les différents systèmes de prise en charge (assurance privée, assurance publique contributive et couverture publique non contributive) et d'autre part, entre les offreurs de soins, le secteur public étant souvent d'une moins bonne qualité que le secteur privé.

Avec un niveau de dépenses de santé qui est le plus élevé au monde après celui enregistré dans les pays de l'OCDE, et une part des dépenses publiques dans le secteur de la santé qui est faible, l'Amérique latine se caractérise par des dépenses privées et des dépenses à la charge des ménages particulièrement fortes. Une étude menée par la Banque mondiale dans plusieurs pays d'Amérique latine a ainsi montré que le pourcentage de non pauvres tombant sous le seuil de pauvreté du fait des dépenses de santé serait de 5 % en Argentine, voire même de 11 % en Équateur (Baeza et Packard, 2006).

Par ailleurs, dans la plupart des pays qui ont mis en place des paniers de soins garantis pour les plus pauvres, ces paniers sont encore relativement limités, les pathologies les plus graves n'étant pas prises en charge. En Colombie, le panier du régime subventionné est inférieur de 50 % à celui du régime contributif alors qu'au Mexique, le panier public couvre principalement les soins primaires et rembourse mal les soins complexes. Les soins offerts par les systèmes publics seraient par ailleurs d'une qualité inférieure à ceux offerts par le privé. L'OCDE parle ainsi d'une « *mauvaise qualité du pilier inférieur, imputable au manque de ressources* » (OCDE, 2010b, *op. cit.*). Par ailleurs, la formation de professionnels de santé médicaux et paramédicaux en nombre suffisant est un défi, notamment pour les pays dont les ressources sont les plus limitées. Ainsi, le Venezuela n'a pu développer rapidement son offre de soins de premier recours qu'en faisant venir un nombre important de médecins et d'infirmiers cubains. L'OMS a d'ailleurs identifié, à l'occasion de son rapport annuel 2006, quatre pays d'Amérique latine en particulier qui devraient connaître une pénurie aigüe de services (Pérou, Salvador, Honduras et Nicaragua) et chiffré à 40 % l'augmentation nécessaire de médecins et professionnels de santé dans les années à venir sur le continent (Organisation mondiale de la santé, 2006). Dans les pays d'Amérique latine et des Caraïbes, il existe en outre un phénomène de « fuite des cerveaux » vers les États-Unis qui aggrave le problème.

La segmentation du système de santé a enfin des effets régressifs, les ménages modestes consacrant une plus grande part de leur revenu à la santé que les quintiles plus riches selon l'OCDE<sup>20</sup>.

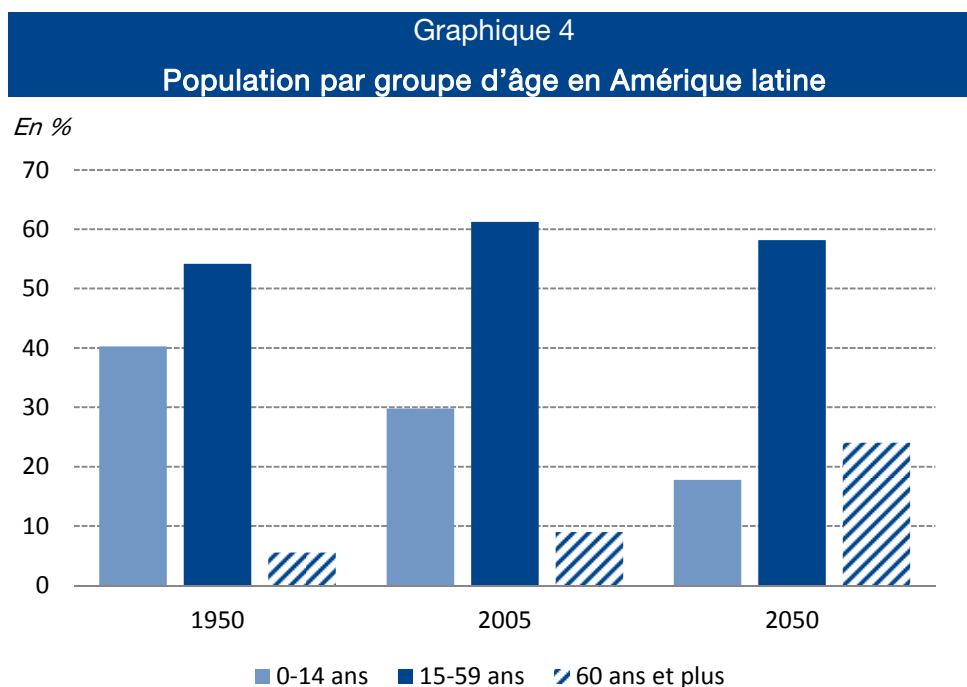
---

<sup>20</sup> OCDE 2010b, *op. cit.*

### 3.4. Vieillesse et soutenabilité financière

#### 3.4.1. Un vieillissement rapide à l'horizon 2030-2040

L'Amérique latine devrait connaître un processus de vieillissement particulièrement marqué, les soixante dernières années ayant vu un déclin rapide de la fécondité, aujourd'hui proche de celle des pays développés (elle est passée de six enfants par femme en 1950 à 2,3 en moyenne) et un allongement important de la durée de la vie, qui a cru de 23,4 années. Seuls cinq pays latino-américains, parmi les plus pauvres, conservent des indices de fécondité supérieurs à trois enfants par femme (Haïti, Bolivie, Guatemala, Paraguay, Honduras) et seuls les plus pauvres ont encore une espérance de vie inférieure à soixante-quinze ans (Guatemala, Honduras, Paraguay, Haïti et Bolivie). L'arrivée à l'âge de la retraite de la génération née lors de l'explosion démographique des années 1960 devrait marquer, à partir de 2020, le début d'une période de forte augmentation de la population âgée qui devrait durer plusieurs décennies. Les plus de soixante ans devraient voir leur nombre doubler d'ici 2040 et les plus de quatre-vingt ans quadrupler<sup>21</sup>. Le vieillissement de la population est d'ores et déjà particulièrement fort dans certains pays (Costa Rica, Cuba, Uruguay) et il devrait être, pour l'ensemble du continent, beaucoup plus rapide que dans les pays développés (Prévôt-Schapira et Velut, 2012) : le doublement de la part des personnes âgées, de 7 à 14 %, devrait prendre environs deux décennies au Brésil et en Colombie, contre un siècle en moyenne en Europe.



Source : Cotlear, 2011.

Cela va signifier la fin de la période de « *dividende démographique* » (ECLAC, 2012), caractérisée par une croissance rapide de la population d'âge actif, qui va démarrer en 2020

<sup>21</sup> Plus de 60 ans : 5,6 % de la population en 1950, 10 % en 2010 ; 21 % en 2040 et 36 % en 2100 ; les plus de 80 ans : 0,4 % en 1950 ; 1,5 % en 2010 ; 6 % en 2050 ; 10 % en 2075.



en moyenne, mais se concrétiser encore plus rapidement pour certains pays (la Colombie et le Pérou), alors que le Brésil, le Chili, Costa Rica et Cuba sont déjà sortis de cette période favorable (Agence française de développement, 2011).

### 3.4.2. Les besoins de financement associés à cette transition

Alors que les systèmes contributifs d'Amérique latine se caractérisent par un niveau de prestations offertes élevé (Cotlear, ed., 2011), le vieillissement de la population devrait mécaniquement accroître les besoins de financement des systèmes de retraite par répartition alors que le vivier de cotisations que constitue la population d'âge actif va se réduire dans les vingt prochaines années<sup>22</sup>. Au Brésil, dans un scénario où la générosité des pensions resterait la même, l'augmentation rapide du ratio personnes âgées/population d'âge actif, qui devrait tripler entre 2010 et 2050, se traduirait, selon la Banque mondiale, par une hausse insoutenable des dépenses publiques de pensions qui passeraient de 10 % du PIB en 2004 à 37 % du PIB en 2050 (Banque mondiale, 2011).

En termes de dépenses maladie (Cotlear, *op. cit.*), si les pays d'Amérique latine suivent la tendance observée dans les économies avancées, augmentation de l'utilisation et des coûts des dépenses de santé pour les catégories d'âges élevés, le vieillissement devrait se traduire mécaniquement par une hausse importante de ces dépenses. Au Brésil, la Banque mondiale chiffre l'impact d'un tel scénario à 4,4 points de PIB de dépenses publiques supplémentaires en santé en 2050 (soit un niveau de dépenses total qui représenterait 7,7 % PIB<sup>23</sup>).

La transition démographique accélérée devrait s'accompagner, en outre, d'une transition épidémiologique et de santé<sup>24</sup> qui constituerait un enjeu fort d'adaptation pour le système de santé. Cette transition épidémiologique est déjà enclenchée (Cotlear, *op. cit.*) : alors que les maladies transmissibles et les conditions maternelles et périnatales ne représentent plus, en Amérique latine que 22 % de la mortalité (contre 70 % en Afrique subsaharienne et 45 % en Asie), les maladies non transmissibles, et notamment les maladies cardiovasculaires, sont désormais la cause dominante des décès (62 %, contre 21 % en Afrique subsaharienne et 86 % dans les pays à hauts revenus)<sup>25</sup>. Les pays d'Amérique latine sont par ailleurs particulièrement touchés, par rapport à d'autres de niveau de développement équivalent, par l'obésité abdominale et le cholestérol ou l'hypertension<sup>26</sup>. Ces nouvelles pathologies vont signifier des coûts importants de prise en charge pour les systèmes de santé qui devront s'adapter en compétences et équipements, pour des soins généralement complexes et coûteux. Les systèmes devront aussi développer une capacité à mener des dépistages précoces et des actions en amont sur les facteurs de risques adaptés à ces nouveaux types de pathologies.

Enfin, cette transition démographique nécessitera un développement des services de soins aux personnes âgées pour faire face aux enjeux de la dépendance et l'adoption d'actions

---

<sup>22</sup> La population d'âge actif représentait, en 1950, 54 % de la population de la région ; elle a connu une hausse constante entre 1950 et 2010 où elle se montait à 62 % ; elle devrait atteindre un pic en 2020 où elle atteindrait 63 % et diminuer ensuite régulièrement.

<sup>23</sup> Banque mondiale (2011), *op. cit.*

<sup>24</sup> C'est-à-dire à un changement de long terme dans les causes principales de décès et à une explosion des causes liées aux pathologies non transmissibles (maladies chroniques et dégénératives).

<sup>25</sup> Pan-American Health Organization, 2007.

<sup>26</sup> Voir étude INTERHEART réalisée sur un panel de 52 pays et incluant six pays d'Amérique latine, citée In : Cotlear, *op. cit.*



préventives de façon à allonger le plus possible le nombre d'années de vieillissement en bonne santé.



## IV Pour la France, quels axes de coopération avec l'Amérique latine ?

L'Amérique latine n'est pas traditionnellement une zone prioritaire de la politique de coopération française. Elle n'a reçu en 2010 que 8 % de l'aide publique au développement (APD) bilatérale, contre 46 % pour l'Afrique subsaharienne. Un rééquilibrage est cependant en cours : en 2006, ce taux n'était que de 4 % ; l'Amérique latine représente aujourd'hui des montants équivalents à ceux versés à l'Afrique du nord. Surtout, l'importance de la coopération ne peut se mesurer à la seule aune de l'ampleur financière de l'APD. La doctrine française actuelle, exprimée par le « document-cadre de la coopération au développement » (DCCD) pour 2011-2012, réserve les aides financières (dons ou prêts concessionnels) aux pays pauvres et privilégie, s'agissant des pays émergents, la coopération technique. L'objectif stratégique est d'accompagner ces pays dans le rééquilibrage de leur modèle de développement, afin de le rendre plus inclusif et socialement plus respectueux de l'environnement.

La France a un triple intérêt à renforcer sa coopération technique avec l'Amérique latine dans le domaine de la protection sociale. Tout d'abord, elle promeut au niveau mondial le concept de « socle de protection sociale » et l'universalisation de la couverture sociale. Or, l'Amérique latine est, comme le montre ce document de travail, un terrain fertile, sur lequel nombre de pays ont progressé de manière importante vers l'objectif d'universalisation (Brésil, Chili, Colombie, etc). Ensuite, la coopération entre l'Amérique latine et l'Union européenne, dans le cadre du programme Eurosocial engagé en 2005 et renouvelé en 2010 (« Eurosocial II »), témoigne de l'intérêt des pays de la zone pour des échanges en la matière. Le programme Eurosocial II concerne aussi bien l'élaboration des politiques publiques que la consolidation des institutions sanitaires et sociales. Enfin, les échanges d'expérience peuvent être bénéfiques dans les deux sens : si la France a certes un niveau de protection sociale encore largement supérieur à celui des pays latino-américains, elle peut tirer des enseignements de leur expérience sur des sujets comme l'accès au droit ou l'organisation des soins de premier recours. En outre, si notre pays pratique depuis longtemps la conditionnalité des transferts sociaux (les allocations familiales sont assorties de longue date de conditions de scolarisation et de suivi sanitaire), l'examen de l'expérience des TMC pourrait aider à renouveler les débats suscités par ce concept.

Afin de mieux positionner l'offre de coopération française, celle-ci gagnerait à être articulée autour de deux priorités stratégiques, qui correspondent à la fois aux besoins des États d'Amérique latine et aux atouts que peut faire valoir la France : d'une part, la contribution à la dynamique de l'universalisation de la couverture sociale ; d'autre part, l'accompagnement de la prise en charge des nouveaux besoins sociaux.

### 4.1. La contribution à la dynamique d'universalisation de la couverture sociale

#### 4.1.1. Promouvoir le système français d'assurance-maladie universelle

La France peut tout d'abord valoriser son expérience d'universalisation de l'assurance-maladie, dont le cheminement présente quelques similitudes avec celui des pays d'Amérique latine : au départ centrée sur les travailleurs et leurs familles, l'assurance-maladie a été progressivement étendue à l'ensemble de la population. La structuration du système français pourrait être mise en avant comme voie de sortie pour remédier à la

segmentation actuelle de la plupart des systèmes latino-américains, qui est source d'inégalités. Elle présente trois caractéristiques fortes :

- tous les citoyens doivent être affiliés à l'assurance-maladie obligatoire, ce qui évite que les plus riches ne choisissent d'en sortir pour adhérer à des assurances privées ;
- les assurés qui cotisent bénéficient des mêmes prestations que les assurés qui en sont dispensés de par leurs faibles revenus (la France se rapprochant ainsi davantage du système intégré brésilien que des systèmes dualistes tels que celui de la Colombie) ;
- grâce au système des affections de longue durée (ALD) et à la prise en charge à 100 % des actes hospitaliers lourds, la France assure une très bonne prévention des dépenses catastrophiques.

La France dispose également d'une très bonne couverture de sa population par les assureurs complémentaires, qui devrait encore progresser à la suite de l'accord interprofessionnel du 11 janvier 2013 prévoyant sa généralisation pour les salariés. Le système de la CMU complémentaire, créé en 2000, caractérisé par la prise en charge à 100 % de la part complémentaire et la dispense d'avance de frais, pourrait être davantage promu. L'implication des organismes mutualistes dans la coopération, qui y participent déjà à travers le GIP SPSI (la Fédération nationale de la mutualité française en est membre) ou par leur action propre (la MGEN, par exemple, est à l'initiative d'un réseau « Éducation et solidarité »), pourrait être renforcée.

Bien sûr, les pays d'Amérique latine n'ont pas encore les ressources suffisantes pour porter leur protection au niveau de celle de la France, le taux de prise en charge publique des dépenses de santé atteignant 75 % dans notre pays. L'enjeu est de promouvoir le système français comme direction dans laquelle progresser. Par sa forte contribution à la réduction des inégalités, sa prévention efficace des dépenses catastrophiques et la faiblesse de ses coûts de gestion, le système français présente des caractéristiques attractives.

#### *4.1.2. Simplifier la sécurité sociale pour encourager la sortie de l'informalité*

Il apparaît essentiel de simplifier autant que possible les démarches des employeurs et des salariés vis-à-vis des organismes de sécurité sociale pour encourager la sortie de l'informalité. La France dispose d'une expérience importante dans ce domaine. Le site [net-entreprises.fr](http://net-entreprises.fr), où les employeurs peuvent réaliser leurs démarches sociales en ligne, compte aujourd'hui 2,8 millions d'entreprises inscrites. Les régimes d'affiliation simplifiés pour les travailleurs indépendants, comme le régime « micro-social » et le régime des autoentrepreneurs, qui permettent de calculer les cotisations par application d'un pourcentage du chiffre d'affaires, pourraient également susciter l'intérêt de ces pays qui cherchent à développer l'affiliation des indépendants.

Un enjeu connexe est celui de l'amélioration des relations entre l'administration sociale et les entreprises. Des pratiques comme le rescrit, dans le cadre duquel les réponses données par l'administration l'engagent vis-à-vis de l'entreprise, ou l'organisation de recours amiables, par lesquels l'administration accepte de réexaminer sa position, pourrait faire l'objet de transferts d'expériences et contribuer ainsi au renforcement du professionnalisme des administrations sociales des pays d'Amérique latine.

Les chantiers en cours, dans le cadre du « choc de simplification » et de la mise en place de la « déclaration sociale nominative », devraient encore renforcer le positionnement de la France dans ces domaines.

## 4.2. L'appui à la prise en charge des nouveaux besoins sociaux

Comme les pays développés, les pays émergents, en particulier en Amérique latine, font face, d'une part au vieillissement de leur population et à la transformation de leurs défis sanitaires, d'autre part au développement du travail des femmes et à des besoins croissants d'accueil des jeunes enfants.

### 4.2.1. Préparer la société au vieillissement et accompagner la « transition épidémiologique »

La « transition épidémiologique » qualifie le passage que connaissent les pays émergents des défis sanitaires propres aux pays pauvres (maladies infectieuses, malnutrition, mortalité infantile et maternelle, etc) à ceux observés dans les pays riches (maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardio-vasculaires, progression de l'obésité, etc).

La France a construit ses succès en matière de coopération sanitaire sur le premier type de problématiques. Elle est l'un des premiers contributeurs mondiaux à la lutte contre le sida et a mis en place un outil de coopération dédié, le GIP Esther. Elle dispose cependant d'atouts importants pour développer son offre sur le second type de problématiques, et a commencé à le faire ; le cadre d'intervention sectoriel 2012-2014 de l'Agence française de développement (AFD) sur la santé et la protection sociale indique ainsi comme priorité pour l'Amérique latine le « *renforcement des systèmes de santé et de protection sociale pour améliorer la prise en charge des maladies chroniques et des personnes âgées* ». La France dispose en effet d'une forte expérience en matière de prise en charge des maladies chroniques, dans tous ses aspects : prévention, traitement, coordination des parcours de soins, maîtrise des risques, etc.

La France peut également proposer de nombreuses actions ayant trait à l'adaptation de la société au vieillissement : évaluation et prise en charge de la perte d'autonomie, maisons de retraite et services à domicile, adaptation des logements et de la ville, accompagnement des aidants familiaux, « *silver economy* », etc. L'adaptation de la ville et des logements au vieillissement s'inscrit dans les priorités de l'AFD à l'égard de l'Amérique latine, dont l'axe 2 s'intitule : « Soutenir les politiques urbaines intégratrices et créatrices d'activités ».

### 4.2.2. Développer l'offre d'accueil des jeunes enfants

En Amérique latine et dans les Caraïbes, la participation des femmes aux marchés du travail a globalement progressé, de 5 points de pourcentage entre 1997 et 2007, mais l'écart entre les sexes reste profond, le taux d'activité des femmes était de 47,1 % en 2007 contre 73,1 % pour les hommes (Bureau international du Travail, 2008). Le développement de structures d'accueil du jeune enfant peut soutenir le développement de l'activité des femmes. Il peut aussi renforcer la dynamique d'investissement dans le capital humain des jeunes enfants liée à la mise en place des TMC.

La France dispose d'un des niveaux d'offre d'accueil des jeunes enfants les plus élevés en Europe, position que les objectifs annoncés par le gouvernement pour le quinquennat devraient contribuer à renforcer. Elle présente l'intérêt de s'appuyer sur une diversité de solutions (accueil collectif, accueil individuel, financement du congé parental), pouvant ainsi répondre à la diversité des situations et des choix de société faits par les pays latino-américains. Le système des assistantes maternelles présenterait probablement un intérêt particulier pour les pays latino-américains, car il représenterait un débouché potentiel pour de nombreux travailleurs informels.



## Conclusion

La protection sociale en Amérique latine a connu depuis une quinzaine d'années des évolutions très significatives qui sont souvent allées dans le sens d'un renforcement de la couverture des plus pauvres, en matière de santé, de retraite ou de soutien au revenu. Cette région continue cependant à faire face à des défis considérables, liés à l'ampleur du travail informel, au niveau élevé des inégalités et au vieillissement. Le mouvement social en cours au Brésil montre que loin d'avoir satisfait la demande de protection et d'égalité, les progrès sociaux des quinze dernières années ont sans doute élevé le niveau des attentes. Par une coopération bien positionnée, la France peut accompagner les pays latino-américains vers de nouvelles étapes dans le développement de la protection sociale.





## Bibliographie

Agence française de développement (2011), *Les enjeux du développement en Amérique latine*, mars, collection À savoir.

Ansiliero G. et Paiva L.H. (2008), « L'évolution récente de la couverture de la sécurité sociale au Brésil », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 61(3), juillet-septembre.

Baeza C.C. et Packard T.G. (2006), *Beyond Survival, Protecting Households From Health Shocks in Latin America*, World Bank publishing.

Banque mondiale (1994), *Averting the Old-Age Crisis. Policies to Protect the Old and Promote Growth*, Oxford University Press.

Banque mondiale (2011), *Becoming old in an older Brazil, Implications of Population Aging on Growth, Poverty, Public Finance and Service Delivery*, World Bank publishing.

Barrientos A. et Hinojosa-Valencia L. (2009), « A Review of Social Protection in Latin America », Centre for Social Protection, prepared as part of a Social Protection Scoping Study funded by the Ford Foundation, juin.

Bertranou F.M., Solorio C. et van Ginneken W. (2002), *Pensiones No Contributivas Y Asistenciales, Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Uruguay*, International Labor Organization.

Bertranou F.M., Calvo E. et Bertranou E. (2009), "Is Latin America retreating from individual retirement accounts?", Center for Retirement Research at Boston College, n°9-14, juillet.

Bourguignon F. (2012), *La mondialisation de l'inégalité*, la République des idées, le Seuil.

de Brauw A., Gilligan D., Hoddinott J. et Roy S. (2011), "The Impact of *Bolsa Família* on Education and Health Outcomes in Brazil", an evaluation, International Food Policy Research Institute, août ; Gilligan D. (IFPRI) et Fruttero A. (LCSHD), Second Generation of CCTs Evaluations Conference, The World Bank, 24 octobre, 2011.

Bureau international du Travail (2008), *Tendances mondiales de l'emploi des femmes*, mars Genève.

Cecchini S. et Martínez R. (2012), *Inclusive Social Protection in Latin America: A Comprehensive, Rights-Based Approach*, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, United Nations, Santiago, janvier.

Centre d'analyse stratégique (2012), « Étendre la protection sociale dans les pays émergents, défis et réponses », actes de colloque.

Collombet C. et Lensing Hebben C. (2012), « Droit du travail et protection des travailleurs dans les pays émergents », *La Note d'analyse*, n°301, novembre, Centre d'analyse stratégique.

Couttolen B. et Dmytraczenko T. (2013), "Brazil's primary care strategy", The World Bank's Universal Health Coverage Studies Series, *UNICO Studies Series*, n° 2

Cotlear D. (2011), *Population Aging: Is Latin America Ready?*, novembre, World Bank Publishing.

Dosani R. (2009), "Lessons from the Cuban health system: Comparative mortality of Cuba, India, and the United States", *Global Pulse*, AMSA's International Health Journal, juin.

ECLAC (2009), "Trends in social spending, cash transfers and conditional transfer programmes", Chapter II In : *Social Panorama of Latin America 2009*.

ECLAC (2010), "Public social spending in Latin America: General trends and investment in developing the skills of the new generations", Chapter III In : *Social Panorama of Latin America 2010*.

ECLAC (2010b), "Time for equality : Closing gaps, opening trails", Document préparé pour la 33<sup>e</sup> session de la CEPAL, Brasilia, 30 mai – 1<sup>er</sup> juin.

ECLAC (2011), "Social Protection and Inequality: Cracks, Rigidities, Open Ground and Opportunities", Chapter IV In : *Social Panorama of Latin America 2011*.

ECLAC (2012), « Ageing, solidarity and social protection, Time for progress towards equality », communications présentées à la 3<sup>e</sup> conférence régionale intergouvernementale sur le vieillissement en Amérique latine et dans les Caraïbes, mai.

Filgueira F. (2005), "Welfare and Democracy in Latin America: The Development, Crises and Aftermath of Universal, Dual and Exclusionary Social States", United Nations, Research Institute for Social Development, draft.

Fiszbein A. et Schady N. (2009), *Transferts monétaires conditionnels, réduire la pauvreté actuelle et future*, en collaboration avec Ferreira F.H.G., Grosh M., Keleher N., Olinto P. et Skoufias E., Banque mondiale, World Bank Publishing.

Fonds monétaire international (2007), "Globalization and inequality", World Economic Outlook, October, Washington DC.

Gasparini L. et Tornarolli L. (2009), Labor Informality in Latin America and the Caribbean: Patterns and Trends from Household Survey Microdata, Central Data Catalog, Data, Banque mondiale.

Gasparini L. et Lustig N. (2011), "The rise and fall of income inequality in Latin America", Working papers 213, ECINEQ, Society for the Study of Economic Inequality ; Working Papers 0118, CEDLAS, Universidad Nacional de La Plata.

Gill I.S., Packard T. et Yermo J. (2004), *Keeping the Promise of Social Security in Latin America*, Washington DC: Stanford University Press and the World Bank.

Giedion U., Alfonso E.A. et Diaz Y. (2013), "The impact of universal coverage schemes in the developing world: A review of the existing evidence", The World Bank's Universal Health Coverage Studies Series, *UNICO Studies Series*, n°25.

Grosh M., Fruttero A. et Oliveri M.L. (2013), "Understanding the poverty impact of the global financial crisis in Latin America and the Caribbean", In Part II: *The Role of Social Protection*, Banque mondiale.

Hirsch M. (2011), *Sécu : objectif monde. Le défi universel de la protection sociale*, Stock.

- Jütting J. et de Laiglesia J. (2009), « L'emploi informel dans les pays en développement : une normalité indépassable ? », *OCDE Synthèses*, mars.
- Lautier B. (2011), « Politiques de redistribution et de transferts sociaux », dans : Agence française de développement (2011).
- Lautier B. (2012), « La diversité des systèmes de protection sociale en Amérique latine, Une proposition de méthode d'analyse des configurations de droits sociaux », *Revue de la régulation*, 11, 1<sup>er</sup> semestre, printemps.
- Mesa-Lago C. (1991), "Social security in Latin America", in *Economic and Social Progress in Latin America*, Banque interaméricaine de développement.
- Mesa-Lago C. (2007), « Évolution du marché du travail, assurance sociale et couverture médicale de la population en Amérique latine : problèmes et lignes d'action », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol. 60(1), janvier-mars.
- Mesa-Lago C. (2007b), "Social security in Latin America, Pension and health care reforms in the last quarter century", *Latin American Research Review* vol. 42(2), p. 181-201.
- Mesa-Lago C. (2008), « La protection sociale au Chili : des réformes pour plus de justice », *Revue internationale du travail*, vol. 147, n°4.
- OECD (2010), *Tackling Inequalities in Brazil, China, India and South Africa: The Role of Labour Market and Social Policies*, OECD Publishing.
- OCDE (2010b), *Perspectives économiques de l'Amérique latine 2011. Une région de classes moyennes ?*, janvier, Éditions OCDE.
- Organisation internationale du travail (2004), *Rapport de la dix-septième conférence internationale des statisticiens du travail*, Genève.
- Organisation internationale du travail (2011), *Panorama du travail*, rapport annuel, Genève.
- Organisation mondiale de la santé (2006), *Working Together for Health, The World Health Report 2006*. Genève.
- Ortiz I. et Cummins M. (2012), « L'inégalité mondiale. La répartition des revenus dans 141 pays », Document de travail, août, Unicef Politique sociale et économique.
- Pan-American Health Organization (2007), *Health in the Americas*, Washington DC.
- Prévôt-Schapira M.-P. et Velut S. (2012), « Amérique latine, les défis de l'émergence », Série Documentation Photographique, n°8089.
- Ribe H., Robalino D.A. et Walker I. (2010), *Achieving Effective Social Protection for All in Latin America and the Caribbean, From Right to Reality*, Banque mondiale.
- Standing G. (2007), "Conditional cash transfers: Why targeting and conditionalities could fail", UNDP, International Poverty Centre, *One Pager* no. 47.