ESS – Extension de la Sécurité sociale

Espace budgétaire et extension de la protection sociale: expériences de pays en développement

Bolivie, Botswana, Brésil, Costa Rica, Lesotho, Namibie, Thaïlande et Afrique du Sud

Fabio Durán-Valverde

José Francisco Pacheco

ESS – Document N°33

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL

Département de la Protection sociale
Genève

Copyright © Organisation internationale du Travail 2014
Première édition 2014

Les publications du Bureau international du Travail jouissent de la protection du droit d'auteur en vertu du protocole n° 2, annexe à la Convention universelle pour la protection du droit d'auteur. Toutefois, de courts passages pourront être reproduits sans autorisation, à la condition que leur source soit dûment mentionnée. Toute demande d'autorisation de reproduction ou de traduction devra être envoyée à l'adresse suivante: Publications du BIT (Droits et licences), Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubdroit@ilo.org. Ces demandes seront toujours les bienvenues.

Les bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leur ont été octroyés. Visitez le site www.ifrro.org afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

Données de catalogage avant publication du BIT

Durán Valverde, Fabio; Pacheco, José Francisco

Espace budgétaire et extension de la protection sociale : Bolivie, Botswana, Brésil, Costa Rica, Lesotho, Namibie, Thaïlande et Afrique du Sud /Fabio Durán-Valverde, José Francisco Pacheco ; Bureau international du Travail, Département de la Protection Sociale - Genève: BIT, 2014

ESS paper ; No 33 ; ISSN 1020-9581; 1020-959X (web)

International Labour Office; Social Security Dept

protection sociale / sécurité sociale / financement de la sécurité sociale / politique fiscale / Bolivie / Botswana / Brésil / Costa Rica / Lesotho / Namibie / Thaïlande / Afrique du Sud R

02.03.1

L'éditrice de la présente série est la Directrice du Département de la protection sociale du BIT. Pour obtenir plus d'information à propos de la série ou pour présenter un document, veuillez joindre:

Isabel Ortiz, Directrice du Département de la protection sociale
Organisation international du Travail
4 Route des Morillons
CH-1211 Genève 22 Suisse
Tel. +41.22.799.6226 • Fax:+41.22.799.79.62
Courriel: ortizi@ilo.org

Les désignations utilisées dans les publications du BIT, qui sont conformes à la pratique des Nations Unies, et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Bureau international du Travail aucune prise de position quant au statut juridique de tel ou tel pays, zone ou territoire, ou de ses autorités, ni quant au tracé de ses frontières.

Les articles, études et autres textes signés n'engagent que leurs auteurs et leur publication ne signifie pas que le Bureau international du Travail souscrit aux opinions qui y sont exprimées.

La mention ou la non-mention de telle ou telle entreprise ou de tel ou tel produit ou procédé commercial n'implique de la part du Bureau international du Travail aucune appréciation favorable ou défavorable.

Les publications et les produits électroniques du Bureau international du Travail peuvent être obtenus dans les principales librairies ou auprès des bureaux locaux du BIT. Il est aussi possible de se les procurer directement, de même qu'un catalogue ou une liste des nouvelles publications, à l'adresse suivante: Publications du BIT, Bureau international du Travail, CH-1211 Genève 22, Suisse, ou par courriel: pubvente@ilo.org.

Visitez notre site Web: www.ilo.org/publns.

Imprimé en Suisse

Table des matières

Page

Liste des sigles et acronymes xi

Avant-propos xv

Remerciements xvii

1. Introduction 1

2. Espace budgétaire et protection sociale: résumé des enseignements tirés de la présente étude 4

   2.1. Sources d'information 4

   2.2. Vue d'ensemble des pays étudiés 5

   2.3. Conditions générales et budgétaires: lien avec l'espace budgétaire dédié à la protection sociale 9

   2.4. Tendances et enseignements 12

      2.4.1. Caractéristiques principales des programmes de protection sociale 12

      2.4.2. Mécanismes de création d'espace budgétaire 14

      2.4.3. Quatorze enseignements tirés de l'expérience des pays étudiés 17

3. Financer l'extension de la protection sociale grâce aux taxes sur les hydrocarbures en Bolivie 22

   3.1. Profil du pays 22

   3.2. Le système de protection sociale en Bolivie 23

      3.2.1. Prestations contributives 23

      3.2.2. Prestations non contributives 23

   3.3. Renta dignidad: vers l'universalisation des pensions de vieillesse 24

   3.4. Indicateurs de couverture 25

   3.5. Comment l'espace budgétaire nécessaire pour financer l'extension de la couverture sociale non contributive a-t-il été créé? 27

   3.6. L'espace budgétaire et la durabilité des investissements pour le développement 31

   3.7. Les effets d'un nouvel investissement social en Bolivie 31

   3.8. Enseignements 32

4. Les fondements d'une amélioration de la protection sociale au Botswana 34

   4.1. Profil du pays 34

   4.2. Politique de protection sociale 42

      4.2.1. Organisation et couverture 42

      4.2.2. Financement et dépenses liés à la protection sociale 46

      4.2.3. Pensions 49

   4.3. Réflexions sur la création d'un espace budgétaire 50

   4.4. Réflexions sur les politiques et enseignements 52

4.4.1. Réflexions sur les politiques 52
4.4.2. Enseignements 53

5. Elargir l'espace budgétaire grâce aux cotisations sociales au Brésil 55
5.1. Profil du pays 55
5.2. Investissement social 56
5.3. Vue d'ensemble du système de protection sociale brésilien 57
5.3.1. Programmes d'assurance sociale 57
5.3.2. Système universel de santé 58
5.3.3. Assistance sociale 59
5.4. L'espace budgétaire pour la protection sociale 62
5.4.1. La Constitution de 1998 et l'espace budgétaire 63
5.4.2. Charge fiscale brute: le rôle des cotisations sociales 63
5.4.3. Pensions destinées au milieu rural 64
5.5. Taxes temporaires sur les transactions financières 65
5.6. Espace budgétaire, croissance économique et développement 66
5.7. Un espace budgétaire pour le développement 68
5.8. Enseignements 70

6. La priorisation de l'espace budgétaire pour la protection sociale au Costa Rica 72
6.1. Profil du pays 72
6.2. Programmes de protection sociale et dépenses sociales 77
6.3. Programmes contributifs de sécurité sociale: la Caisse d'assurance sociale du Costa Rica (CCSS) 80
6.4. Pensions non contributives 82
6.5. Initiatives de réduction de la pauvreté 83
6.5.1. Approche initiale visant à réduire la pauvreté au Costa Rica: la Caisse d'allocations familiales FODESAF 84
6.5.2. Le programme pour le logement Bono de Vivienda 84
6.5.3. Le programme pour les repas scolaires Comedores escolares 84
6.5.4. Le programme de transfert conditionnel en espèces Avancemos 85
6.5.5. Le programme CEN-CINAI 85
6.5.6. Taux de couverture des principales initiatives de réduction de la pauvreté 85
6.6. L'espace budgétaire pour la protection sociale au Costa Rica 86
6.7. Défis et enseignements 87
6.7.1. Défis 87
6.7.2 Enseignements 88

7. Tirer parti des bonnes conditions économiques et de la forte volonté politique d'étendre la protection sociale au Lesotho 91
7.1. Profil du pays 91
7.2. Initiatives et financement des programmes de protection sociale 96
7.2.1. Programmes de protection sociale 96

7.2.2. Financement du programme social 98
7.2.3. Régime de pension de vieillesse 99
7.2.4. Autres régimes de pension 100
7.3. Espace budgétaire pour la protection sociale 101
7.4. Défis et enseignements 102
7.4.1. Défis 102
7.4.2. Enseignements 103

8. Des politiques qui permettent de surmonter des ressources limitées en Namibie 104
8.1. Profil du pays 104
8.2. Les programmes et dépenses publiques de protection sociale 108
8.2.1. Dépenses sociales et dépenses de protection sociale 109
8.2.2. Pensions de vieillesse 112
8.2.3. Système contributif de sécurité sociale 112
8.2.4. Autres initiatives d'assistance sociale 113
8.2.5. Le revenu de base 114
8.3. La création d'un espace budgétaire en Namibie 115
8.4. Défis et enseignements 116
8.4.1. Défis 116
8.4.2. Enseignements 117

9. La protection sociale pour l'intégration en Afrique du Sud 119
9.1. Profil du pays 119
9.2. Programmes de protection sociale et investissement 124
9.2.1. Programmes d'assistance sociale 127
9.2.2. Programmes d'assurance sociale 130
9.3. Création d'espace budgétaire pour la protection sociale 132
9.4. Défis et enseignements 133
9.4.1. Défis 133
9.4.2. Enseignements 134

10. Une stratégie hybride pour atteindre la couverture de santé universelle en Thaïlande 136
10.1. Profil du pays 136
10.2. Programmes de protection sociale et dépenses sociales 140
10.2.1. Régimes contributifs de sécurité sociale 140
10.2.2. Programmes sociaux non contributifs 143
10.2.3. Dépenses de protection sociale 145
10.2.4. Combler les lacunes dans le secteur des soins de santé: Le Régime de couverture universelle (UCS) 147
10.3. La construction d'un espace budgétaire pour la protection sociale 148
10.4. Défis et enseignements 151
10.4.1. Défis 151
10.4.2. Enseignements 151

Bibliographie 155

Autres documents publiés dans cette série 169

Liste des tableaux

1. Réduction du service de la dette et flux d'APD par pays, 2005-2008 11

2. Augmentations des dépenses sociales et des dépenses de protection sociale (coefficient multiplicateur) 12

3. Matrice des programmes (par pays) 13

4. Matrice des stratégies pour la mobilisation l'espace budgétaire (par pays) 15

5. Indicateurs de couverture de protection sociale en Bolivie, 2000-2009 26

6. Programmes de protection sociale au Botswana 43

1. Programmes de protection sociale au Botswana 44

7. Evolution de la couverture du système de retraite au Brésil 58

8. Principaux indicateurs socioéconomiques au Costa Rica (dernière année disponible) 76

9. Programmes contributifs et non contributifs au Costa Rica 78

10. Principaux indicateurs sociaux au Lesotho 95

11. Programmes de protection sociale au Lesotho 96

12. Conditions socioéconomiques en Namibie 108

13. Programmes de protection sociale en Namibie 109

14. Indicateurs socioéconomiques d'Afrique du Sud sur plusieurs années 124

15. Principaux indicateurs sociaux en Thaïlande 139

16. Programmes de protection sociale en Thaïlande 140

17. Taux de cotisation à la Caisse de sécurité sociale en pourcentage des salaires assujettis en Thaïlande 142

18. Prestations de protection sociale et sources de financement en Thaïlande 149

Liste des figures

1. Indice de développement humain (pays étudiés dans le rapport) 6

2. PIB par habitant (2009) et croissance du PIB par pays (1995-2009, exprimé en PPA) 7

3. Dépenses sociales et dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB (2005-2008) 7

4. Dépenses sociales et dépenses de protection sociale en pourcentage du total des dépenses publiques (2005-2008) 8

5. Dépenses publiques et recettes fiscales, 2005-2008 (pourcentage du PIB) 9

6. Variations nettes des recettes fiscales et des dépenses publiques en points de pourcentage du PIB 10

7. Lien entre les dépenses de sécurité sociale et l'IDH (dernière année disponible) 14

8. Recettes fiscales totales et recettes provenant des taxes sur les hydrocarbures en pourcentage du PIB en Bolivie (1990-2008)..... 28

9. Dépenses sociales en pourcentage du PIB et recettes provenant des taxes sur les hydrocarbures en Bolivie (1995 – 2007) 29

10. Tendances des dépenses liées aux programmes d'assistance sociale en pourcentage du PIB en Bolivie..... 30

11. Taux de croissance démographique au Botswana, 1960-2008..... 34

12. Pyramide des âges au Botswana, 2010 35

13. Taux de croissance du PIB et du PIB par habitant au Botswana, 1960-2010 36

14. Structure de l'économie par secteur au Botswana 36

15. Exportations de diamants en pourcentage de la totalité des exportations du Botswana, 2001-2008..... 37

16. Recettes fiscales et dépenses publiques en pourcentage du PIB au Botswana, 1991-2008 38

17. APD en pourcentage du RNB au Botswana, 1960-2008 39

18. Dette externe et service de la dette au Botswana, 1975-2007 40

19. Taux de pauvreté au Botswana, 1985, 1992, 2002 et 2007..... 41

20. IDH au Botswana, 1980-2007..... 41

21. Mortalité infantile au Botswana, 1980-2008..... 42

22. Dépenses sociales publiques en pourcentage du PIB et des dépenses publiques totales au Botswana, 2000-2008 47

23. Structure des dépenses sociales par secteur au Botswana, 1991, 1995, 2000, 2005 et 2008 ... 48

24. Dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB et des dépenses publiques totales au Botswana, 1991-2008 48

25. Structure des dépenses de protection sociale au Botswana, 1991-2008..... 49

26. Evolution des dépenses sociales en pourcentage du PIB au Brésil..... 56

27. Cotisants assurés au système de retraite en pourcentage de la PEA au Brésil..... 57

28. Dépenses publiques réelles de santé au Brésil 59

29. Couverture des programmes d'assistance sociale au Brésil (en milliers) 61

30. Recettes fiscales (cotisations sociales incluses) et cotisations sociales en pourcentage du PIB au Brésil 63

31. Taxe CPMF en pourcentage des dépenses de protection sociale et du PIB au Brésil 65

32. Taux de croissance démographique au Costa Rica, 1960-2010 72

33. Pyramides de la population au Costa Rica, 1995, 2010 et 2025 (projection) 73

34. PIB par habitant au Costa Rica, 1960-2008 74

35. Dépenses et recettes gouvernementales au Costa Rica (plusieurs années) 75

36. Service de la dette en pourcentage des exportations totales au Costa Rica, 1977-2008 75

37. Flux d'APD en pourcentage du RNB au Costa Rica, 1960-2008 76

38. Dépenses sociales en pourcentage du PIB au Costa Rica, 1990-2009 79

39. Composition des dépenses sociales au Costa Rica, 1990-2009 79

40. Part moyenne des catégories de protection sociale au Costa Rica, 2000-2009 80

41. Cotisations sociales en pourcentage du PIB et des dépenses de protection sociale au Costa Rica, 1990-2009 81

42. Couverture de l'assurance-maladie et des pensions contributives en pourcentage de la PEA au Costa Rica, 1990-2009 82

43. Couverture de vieillesse par des retraités cotisants et non cotisants (âgés de plus de 65 ans) au Costa Rica, 1990-2009 83

44. Bénéficiaires pauvres en pourcentage de la population cible au Costa Rica, 2007 (par programme) 86

45. Pourcentage de bénéficiaires qui ne font pas partie du groupe cible au Costa Rica, 2007 (par programme) 87

46. Taux de croissance démographique au Lesotho, 1960-2008 91

47. Recettes et dépenses publiques en pourcentage du PIB au Lesotho (périodes de 5 ans, 1990-2008) 92

48. Structure des recettes fiscales au Lesotho, 2008 93

49. Structure des dépenses publiques au Lesotho, 2004 et 2008 93

50. Dette extérieure et service de la dette totale au Lesotho, 1975-2008 94

51. APD en pourcentage du RNB, 1966-2008 95

52. Structure des dépenses sociales du Lesotho en pourcentage du PIB, 2005-2008 98

53. Dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB au Lesotho, 2005-2008 99

54. Structure des dépenses de protection sociale au Lesotho, 2009 100

55. Taux de croissance démographique en Namibie, 1960-2010 104
56. Pyramides de la population en Namibie, 2010 et 2030 105
57. PIB par habitant en Namibie, 1980-2008 (dollar courant) 106
58. Recettes fiscales et dépenses publiques en pourcentage du PIB (plusieurs années) 106
59. Dette extérieure en pourcentage du PIB en Namibie, 2003-2008 107
60. APD en pourcentage du RNB en Namibie, 1985-2008 107
61. Dépenses sociales publiques en Namibie, 2005-2008 110
62. Composition des dépenses sociales en pourcentage du PIB en Namibie, 2005-2008 110
63. Dépenses de protection sociale en pourcentage du total des dépenses publiques en Namibie, 2005-2008 111
64. Santé, assurance sociale contributive et assistance sociale en pourcentage du PIB en Namibie, 2005-2008 111
65. Population totale en Afrique du Sud, 1960-2010 119
66. Pyramides des âges de l'Afrique du Sud, 2000, 2010 et 2025 120
67. PIB par habitant en dollars en Afrique du Sud, 1960-2010 121
68. Recettes fiscales et dépenses de l'Afrique du Sud, 2000-2008 122
69. Service de la dette totale en pourcentage des exportations totales en Afrique du Sud, 1994-2008 122
70. Flux d'APD en pourcentage du RNB et en valeur par habitant en Afrique du Sud, 1993-2008 123
71. Dépenses sociales en Afrique du Sud, 2000-2008 125
72. Structure des dépenses sociales en pourcentage du PIB en Afrique du Sud, 2000-2008 126
73. Dépenses réelles par habitant pour les programmes de protection sociale en Afrique du Sud exprimées en rands, 2000-2008 127
74. Taux de couverture du programme de pension de vieillesse en Afrique du Sud, années de référence 129
75. Taux de croissance démographique en Thaïlande, 1960-2009 136
76. PIB par habitant en dollars courants en Thaïlande, 1960-2009 137
77. Recettes totales, dépenses totales et solde budgétaire en pourcentage du PIB en Thaïlande, 1995-2008 138
78. Service de la dette en pourcentage des exportations totales en Thaïlande, 1975-2008 138
79. Flux d'APD en pourcentage du RNB en Thaïlande, 1960-2008 139

80. Coût par bénéficiaire dans une sélection de programmes de protection sociale en Thaïlande, 2006-2008 144

81. Dépenses sociales en pourcentage du PIB et des dépenses publiques en Thaïlande, 2005-2009 145

82. Dépenses sociales par catégories en Thaïlande, 2005-2009 146

83. Dépenses en matière de santé, d'assurance sociale et d'assistance sociale en pourcentage du PIB en Thaïlande, 2005-2009 146

84. Budget de la couverture universelle en pourcentage du PIB et du budget du gouvernement en Thaïlande, 2003-2009 148

Liste des sigles et acronymes

AFP	Administrateurs de fonds de pension
AISS	Association internationale de la sécurité sociale
APC	Corps des pionniers africains (*African Pioneer Corps*) (Lesotho)
APD	Aide publique au développement
APS	Autorité de fiscalisation et contrôle des pensions et assurances (*Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros*) (Bolivie)
ARV	traitement antirétroviral
BAfD	Banque africaine de développement
BAIS	Enquête du Botswana sur l'impact du sida
BAD	Banque asiatique de développement
BIT	Bureau international du Travail
BCCR	Banque central du Costa Rica (*Banco Central de Costa Rica*)
BIG	Projet pour un revenu de base (*Basic income grant*) (Namibie)
BFTU	Fédération syndicale du Botswana (*Botswana Federation of Trade Unions*)
BM	Banque mondiale
BONOSOL	Régime non contributif de retraite *Bono Solidario* (Bolivie)
BPOPF	Caisse de retraite des fonctionnaires publics au Botswana (Botswana *Public Officers Pension Fund*)
CBO	organisations communautaires (*Community-based organizations*)
CBS	Bureau central de statistiques (*Central Bureau of Statistics*) (Namibie)
CCSS	Caisse d'assurance sociale du Costa Rica (*Caja Costarricense del Seguro Social*)
CEF	Caisse d'épargne fédérale (*Caixa Econômica Federal*) (Brésil)
CELADE	Centre démographique d'Amérique latine et des Caraïbes
CEN-CINAI	Programme pour la petite enfance (Costa Rica)
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
COIDF	Fonds d'indemnisation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle (*Compensation for Occupational Injuries and Diseases Fund*) (Afrique du Sud)
CONAI	Commission nationale des affaires autochtones (*Comisión Nacional de Asuntos Indígenas*) (Costa Rica)
CPMF	Taxe temporaire sur les transactions financières (*Contribuição Provisória por Movimentação Financeira*) (Brésil)
CSG	Subvention pour enfant à charge (*Child Support Grant*) (Afrique du Sud)
CSLL	Cotisations sociales sur le revenu net (*Contribuição Social sobre o Lucro*

	Líquido) (Brésil)
CSMBS	Régime de prestations médicales de la fonction publique (*Civil Servant Medical Benefit Scheme*) (Thaïlande)
DG	Pension d'invalidité (*Disability Grant*) (Afrique du Sud)
ECF	Fonds d'indemnisation des employés (*Employee's Compensation Fund*) (Namibie)
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture
FCC	Fonds de capitalisation collective (Bolivie)
FMI	Fonds monétaire international
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la Population
FODESAF	Caisse d'allocations familiales (*Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares*) (Costa Rica)
FONABE	Fonds national des bourses d'études (*Fondo Nacional de Becas*) (Costa Rica)
GEPF	Fonds de pension des employés de l'Etat (*Government Employees Pension Fund)* (Afrique du Sud)
GPF	Fonds de pension du gouvernement (*Government Pension Fund*) (Thaïlande)
IBGE	Institut brésilien de géographie et de statistique (*Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística*)
IDH	indice de développement humain
IEV	indice d'espérance de vie
IMAS	Institut mixte d'aide sociale (*Instituto Mixto de Ayuda Social*) (Costa Rica)
INAMU	Institut national pour les femmes (*Instituto Nacional de las Mujeres*) (Costa Rica)
INSS	Institut national de sécurité sociale (Brésil)
IPEA	Institut de recherche économique appliquée (*Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada*) (Brésil)
IRIF	Projet inter-régional de lutte contre les inégalités (*Inter-Regional Inequality Facility*) (Afrique du Sud)
LHDA	Autorité de développement des hautes terres du Lesotho (*Lesotho Highlands Development Authority*)
MDS	Ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim (*Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome)* (Brésil)
MFDP	Ministère des Finances et de la Planification du développement (*Ministry of Finance and Development Planning*) (Botswana) (Lesotho)
MGECW	Ministère de l'Egalité des sexes et de la Protection de l'enfant (*Ministry of Gender Equality and Child Welfare*) (Namibie)
MHI	Assurance-maladie obligatoire (Costa Rica)
MHSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux (Namibie)

MIDEPLAN	Ministère de Planification nationale et de Politique économique (*Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica*) (Costa Rica)
NHSO	Office de Sécurité sanitaire nationale (*National Health Security Office*) (Thaïlande)
NSSF	Fonds national de sécurité sociale (*National Social Security Fund*) (Afrique du Sud)
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economiques
OIT	Organisation internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PANI	Fondation nationale pour les enfants (*Patronato Nacional de la Infancia*) (Costa Rica)
PEA	population économiquement active
PIB	produit intérieur brut
PMA	pays les moins avancés
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	parité de pouvoir d'achat
PSTWF	Fonds de protection pour les professeurs d'écoles privées (*Private-School Teachers' Welfare Fund*) (Thaïlande)
PVVIH	personnes vivant avec le VIH-sida
RHVP	Programme régional de lutte contre la faim et la vulnérabilité (*Regional Hunger and Vulnerability Programme*)
RNB	revenu national brut
SASSA	Agence sud-africaine de sécurité sociale (*South African Social Security Agency*)
SENARC	Secrétariat national de revenu de citoyenneté (*Secretaria Nacional de Renda de Cidadania*) (Brésil)
SIDA	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIDES	Système d'information sociodémographique, économique et environnemental (*Sistema de Información Sociodemográfica, Económica y Ambiental*) (Costa Rica)
SMG	Subvention spéciale pour les enfants (*Special Maintenance Grant*) (Namibie)
SSC	Commission de la sécurité sociale (*Social Security Commission*) (Namibie)
SSF	Caisse de sécurité sociale (*Social Security Fund)* (Thaïlande)

SSPAM	Assurance-maladie pour les adultes (*Seguro de Salud para el Adulto Mayor*) (Bolivie)
STPA	Plan d'action à court terme en faveur des orphelins (Botswana)
SUMI	Assurance-maladie universelle pour les mères et les enfants (*Seguro Universal Materno Infantil*) (Bolivie)
SUS	Système unique de santé (*Sistema Único de Saúde*) (Brésil)
TCE	transfert conditionnel en espèces
TMI	taux de mortalité infantile
TVA	taxe sur la valeur ajoutée
UCS	Régime de couverture universelle (*Universal Coverage Scheme*) (Thaïlande)
UDAPE	Unité d'analyse politique économique et sociale (Bolivie)
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (*United Nations General Assembly Special Session*)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNPD	Division des achats des Nations Unies *(United Nations Procurement Division*)
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
WCF	Caisse d'indemnisation des travailleurs (*Workmen's Compensation Fund*) (Thaïlande)
WDI	Indicateurs du développement dans le monde (*World Development Indicators*)
WVG	Allocation pour les anciens combattants (*War Veterans Grant*) (Afrique du Sud)

Avant-propos

Le présent rapport porte sur l'analyse des expériences nationales dans la création de l'espace budgétaire pour l'extension de la protection sociale. Cette étude a été réalisée dans le cadre du Projet STEP/Portugal, dont le but est de promouvoir l'extension de la protection sociale.

Le document présente les résultats d'études menées dans huit pays en développement où l'extension de la protection sociale s'est déroulée avec succès, notamment par la mise en œuvre de socles de protection sociale nationaux au cours des dernières années. Les études de cas cherchent à identifier les stratégies adoptées pour financer l'extension de la protection sociale et les moyens utilisés pour créer l'espace budgétaire nécessaire.

La création d'un espace budgétaire est une question très complexe, qui dépasse largement les questions purement économiques. Les décisions concernant l'extension de la protection sociale sont prises dans des contextes nationaux spécifiques marqués par des circonstances culturelles, démographiques, économiques, sociales et politiques propres à chaque pays. Les résultats et les enseignements tirés de cette étude doivent être considérés dans ce cadre spécifique.

En se fondant sur les analyses des pays sélectionnés, cette étude montre que ces derniers ont pu étendre au moins une composante de leurs systèmes de protection sociale en utilisant généralement une combinaison de stratégies visant à créer un espace budgétaire. Certaines stratégies sont communes à plusieurs pays, tandis que d'autres ne peuvent être appliquées que dans des contextes nationaux particuliers.

Ce document démontre que les pays en développement sont en mesure de créer un espace budgétaire pour étendre la protection sociale et que l'investissement dans le développement humain génère des retombées importantes en termes de développement économique et social.

Nous espérons que les pays souhaitant mettre en œuvre des socles de protection sociale et renforcer leurs systèmes de sécurité sociale pourront bénéficier des résultats présentés dans le présent rapport.

Michael Cichon
Directeur
Département de la Sécurité sociale
Bureau international du Travail
(2005-2013)

Remerciements

Ce rapport a été élaboré par Fabio Durán-Valverde et José Francisco Pacheco Jiménez, sous la coordination technique de Christine Bockstal et Philippe Marcadent. Les auteurs tiennent à remercier les personnes suivantes pour leurs commentaires avisés: Christina Behrendt, Florence Bonnet, Michael Cichon, Krzysztof Hagemejer, Karuna Pal, Luis Frota, Helmut Schwarzer, Anne Drouin et Ana Carolina de Lima Vieira. Nous adressons également nos remerciements à Germaine Ndiaye-Guisse pour l'appui administratif apporté.

Par ailleurs, les auteurs tiennent à remercier Lou Tessier pour la coordination de l'étude en français, ainsi que Victoria Giroud-Castiella, Emilie Lafore, Andjali Cochet et Lisandro Nanzer, pour leurs contributions.

La parution de cette publication dans sa version française a été possible grâce à la contribution financière du ministère du Travail de la République française.

1. Introduction

Le financement est une pièce maîtresse de la conception des stratégies de mise en œuvre de systèmes de protection sociale universelle. Sans financement adéquat et durable, les interventions gouvernementales dans ce domaine peineront à atteindre leurs objectifs. Pour cette raison, la question de la recherche d'un espace budgétaire pour financer l'extension de la sécurité sociale est au cœur des préoccupations des décideurs politiques en matière de protection sociale.

Le but ultime de la Campagne mondiale du Bureau international du Travail (BIT) sur la sécurité sociale et la couverture pour tous est de développer des systèmes complets de sécurité sociale, cohérents et correctement coordonnés pouvant garantir une protection universelle contre les risques sociaux tout au long de la vie. Ceci correspond à l'une des principales conclusions de la Conférence internationale du Travail (CIT) en 2011, dans le cadre de l'extension de la protection sociale et des efforts nationaux visant à créer des socles de protection sociale.

Du fait de leur nature, les décisions visant à assurer la viabilité financière des systèmes complets de protection sociale dépassent le simple cadre de la protection sociale. Elles supposent des stratégies nationales qui intègrent la fiscalité au système économique dans son ensemble.

Au fil du temps, la question de l'espace budgétaire a fait l'objet d'analyses et de débats intenses dans différents domaines de la politique publique. Récemment, le programme de financement du développement humain, en particulier la mise en place des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), a suscité un regain d'intérêt pour la question de la création d'un espace budgétaire visant à financer les politiques liées à ces derniers. Le problème s'étend aussi à d'autres domaines d'étude liés à la notion de développement et au rôle de la protection sociale, à la fois comme instruments de lutte contre la pauvreté et comme objectif de société de bien-être.

Ce rapport vise à apporter une contribution spécifique dans le domaine de la création d'un espace budgétaire pour l'extension de la protection sociale et à proposer une approche analytique de l'expérience de plusieurs pays dans différentes parties du monde, afin que d'autres pays puissent mieux comprendre les processus impliqués.

Il existe un lien étroit entre la possibilité d'étendre la protection sociale et la capacité économique et politique d'un pays à générer des ressources durables qui rendent le financement public de ces initiatives viable à long terme.

Les ressources budgétaires sont limitées et le processus par lequel elles sont générées et distribuées en fonction des différents objectifs de politique publique, y compris la protection sociale, est complexe d'un point de vue à la fois technique et politique. Dans le monde en développement, le défi du financement de la sécurité sociale est de plus en plus sérieux, compte tenu des contraintes naturelles imposées à la fois par la capacité limitée de l'économie et par des facteurs locaux spécifiques liés aux caractéristiques sociales, historiques et culturelles de chaque pays.

D'un point de vue budgétaire, le défi consistant à créer un espace est double. D'une part, la capacité de gouvernements à générer de nouvelles ressources internes ou externes de façon durable, en modifiant la source ou le niveau de financement, est nécessairement limitée. D'autre part, les Etats doivent utiliser ces ressources le plus efficacement possible pour atteindre leurs objectifs de protection sociale.

Outre ces questions budgétaires, rappelons que les décisions sur le financement et les dépenses répondent généralement aux intérêts spécifiques des parties prenantes qui ont suffisamment de pouvoir pour les influencer. Aucune intervention sur le financement ou les dépenses publiques ne peut être neutre lorsqu'il s'agit de déterminer quels groupes de la société sont les gagnants ou les perdants. Par conséquent, la création d'un espace budgétaire, quel qu'en soit le but, se déroule dans un contexte marqué par les relations entre les groupes au pouvoir dans la société. Ce point est important lorsque l'on considère les mesures relatives à l'investissement social, en particulier celles visant la protection sociale. Le financement de la protection sociale implique donc un processus de prise de décisions complexe dans lequel la dimension politique a un poids considérable.

Compte tenu de tous ces facteurs complexes, la situation souvent précaire en termes de couverture de la sécurité sociale n'est pas une surprise, surtout dans le monde en développement. On estime que plus de 80 pour cent de la population mondiale ne bénéficie pas d'une protection sociale adéquate. En Afrique subsaharienne et en Asie du Sud, la proportion de la main-d'œuvre protégée par la sécurité sociale est estimé entre 5 et 10 pour cent. Même dans les pays industrialisés, la couverture des régimes contributifs de sécurité sociale ne s'étend pas à la totalité de la population économiquement active. Cette situation se traduit également par de grandes disparités nationales et régionales en termes de niveau d'investissement public dans la protection sociale. Selon le *Rapport mondial sur la sécurité sociale 2010/11*, les pays européens consacrent entre 20 et 30 pour cent du PIB à la sécurité sociale, alors que l'investissement en Afrique varie de 4 à 6 pour cent (Bureau international du Travail, 2010a).

Pour le BIT, une institution basée sur des principes de justice sociale et des objectifs stratégiques qui traitent explicitement du développement et de l'extension de la protection sociale, la question de l'espace budgétaire est primordiale. Pratiquement toutes les décisions relatives à l'extension de la protection sociale impliquent aussi des mesures visant à créer un espace budgétaire.

Ce rapport aborde certaines expériences pratiques de pays en développement qui se sont engagés dans un processus d'extension de la sécurité sociale. Entre autres, le rapport souligne les efforts du Brésil et du Costa Rica pour étendre la couverture de l'assurance sociale dans les zones urbaines et rurales. Dans le cas du Brésil, le processus a été accompagné de mesures visant à reconstruire et accroître l'efficacité de la répartition des dépenses entre les programmes sociaux.

Lorsque le débat sur la mise en œuvre d'un socle de protection sociale se concentre sur l'extension de la couverture des régimes non contributifs financés par les recettes non liées aux contributions sociales, les principales décisions portent sur la disponibilité et la pérennité des ressources existantes (fiscalité générale et impôts affectés), sur le niveau de priorité des dépenses de protection sociale et sur la réorganisation des programmes existants afin de les optimiser. Par conséquent, ce rapport traite également des développements pertinents dans ce domaine en Bolivie, au Botswana, au Lesotho, en Namibie, en Afrique du Sud et en Thaïlande.

Ce rapport ne cherche pas à quantifier les exigences en termes d'espace budgétaire pour le financement de la protection sociale. En réalité, il analyse l'expérience pratique de certains pays en développement où l'extension de la protection sociale a remporté un certain succès. D'après l'analyse des expériences nationales, il cherche à développer un ensemble d'enseignements, de conclusions et de recommandations relatifs à la création d'un espace budgétaire, en tenant compte des avancées majeures accomplies et des défis pratiques auxquels sont confrontés ces pays en matière de création d'un espace budgétaire pour étendre la protection sociale.

Les expériences examinées dans le présent document montrent qu'il est envisageable de construire des socles de protection sociale dans les pays en développement. En outre, ces expériences ont montré qu'il n'existe pas de recette unique pour créer un espace budgétaire visant à financer la protection sociale, et que chaque contexte national a ses caractéristiques historiques, politiques, économiques et culturelles. Cela étant, les enseignements tirés de ces expériences sont très utiles pour identifier des perspectives et stratégies communes qui pourraient être adaptées à d'autres pays en développement.

Après l'introduction, la deuxième partie résume les enseignements tirés de l'élaboration de ce rapport et présente une vue d'ensemble comparative des évolutions dans les pays analysés, notamment leur situation budgétaire et économique, les principales tendances des dépenses sociales et de protection sociale et, enfin, les enseignements tirés des stratégies adoptées par les différents pays pour financer l'extension de la protection sociale. Le corps du rapport (parties trois à dix) est consacré à la présentation des huit études de cas (Afrique du Sud, Bolivie, Botswana, Brésil, Costa Rica, Lesotho, Namibie et Thaïlande). D'une manière générale, les études de cas respectent la structure suivante: profil du pays et contexte, description des principaux éléments du système de protection sociale, ampleur et caractéristiques principales de la couverture, niveau de financement et de dépenses, stratégies nationales de création d'espace budgétaire pour les investissements dans la protection sociale, viabilité de ces stratégies et leur impact probable sur la pauvreté et la vulnérabilité.

2. Espace budgétaire et protection sociale: résumé des enseignements tirés de la présente étude

Cette partie résume les données principales et les enseignements tirés de l'analyse de huit expériences pays (Afrique du Sud, Bolivie, Botswana, Brésil, Costa Rica, Lesotho, Namibie et Thaïlande). Le résumé apporte des informations encourageantes aux décideurs dans d'autres pays susceptibles de vouloir mettre en œuvre des initiatives similaires.

À ce stade, deux conclusions méritent toute notre attention. La première est que la création d'un espace budgétaire durable pour la protection sociale est possible et qu'il existe différentes options pour l'élargir. Il ne s'agit pas seulement d'un projet utopique. Comme nous le verrons dans la suite du rapport, les décideurs ne sont pas limités à une ou deux options; au contraire, il en existe un large éventail. Les outils nécessaires existent, et même les pays les plus pauvres analysés dans ce rapport ont obtenu des résultats extraordinaires. D'autre part, leurs diverses expériences montrent aussi qu'il n'y a pas de recette unique pour augmenter le financement de la protection sociale. Bien que ces pays aient plusieurs points en commun, les décisions adoptées par les gouvernements dépendent de l'environnement social, politique, économique et culturel de chaque pays. En d'autres termes, la meilleure stratégie a une composante fortement idiosyncrasique.

2.1. Sources d'information

Les pays en développement peinent à recueillir des données uniformes et statistiquement comparables sur les dépenses liées à la protection sociale, surtout à cause des définitions et des critères différents utilisés pour mesurer les composantes des dépenses. Compte tenu de ces difficultés, cette étude s'attache à recueillir, systématiser et analyser les données sur la protection sociale afin de réduire les problèmes méthodologiques associés à sa définition et les moyens de la mesurer. Les informations fournies ici sont la responsabilité exclusive des auteurs.

Dans ce rapport, les termes «sécurité sociale» et «protection sociale» sont interchangeables. Ainsi, la «protection sociale» est: (1) interchangeable avec la «sécurité sociale» ou (2) entendue comme la «protection» prévue par la sécurité sociale en cas de risques et besoins sociaux.

Suivant cette définition large de la protection sociale, la définition statistique utilisée dans ce rapport pour mesurer les dépenses de protection sociale repose sur la définition fonctionnelle du BIT (Scholz, Cichon et Hagemejer, 2000) qui prend en compte trois catégories: les dépenses des programmes contributifs (assurance sociale), les dépenses de programmes non contributifs (assistance sociale ou programmes universels), et les dépenses publiques de santé. Les dépenses de protection sociale (prestations en espèces ou en nature) englobent les branches suivantes: soins de santé, maladie, invalidité, survivants, accidents du travail, vieillesse, famille et enfants, programmes liés au marché du travail, aide au logement, éducation de base (école primaire, prestations en espèces et en nature), et alimentation et nutrition (aide alimentaire, coupons alimentaires, subventions alimentaires). Dans les pays en développement, il est d'usage de classer les prestations en fonction des coutumes et des nécessités locales.

Par exemple, les composantes des dépenses de protection sociale au Brésil incluent les dépenses de santé et d'hygiène, qui englobent les soins essentiels, les soins hospitaliers et ambulatoires, les traitements prophylactiques et thérapeutiques, la surveillance de la santé, la surveillance épidémiologique, l'alimentation et la nutrition et d'autres fonctions de la santé publique. Les dépenses de sécurité sociale couvrent le régime de base (*Previdência Básica*), le régime de retraite obligatoire (*Previdência do Regime Estatutário*), le régime

complémentaire (*Previdência Complementar*) et le régime spécial (*Previdência Especial)*. Les dépenses de l'assistance sociale se matérialisent par des prestations en espèces pour les personnes âgées, les personnes handicapées, les enfants et les adolescents (notamment le programme *Bolsa Família*) et la communauté. Dans le cas de l'Afrique du Sud, les dépenses de protection sociale englobent les dépenses de santé (services de soins ambulatoires, services hospitaliers, recherche et développement de la santé, services de santé publique et autres dépenses de santé non précisées), les dépenses pour les programmes contributifs (assurance sociale et protection contre le chômage) et les dépenses d'assistance sociale pour protéger les personnes âgées, les anciens combattants et les personnes handicapées, et pour promouvoir les soins en faveur des personnes dépendantes et fournir des allocations familiales, entre autres.

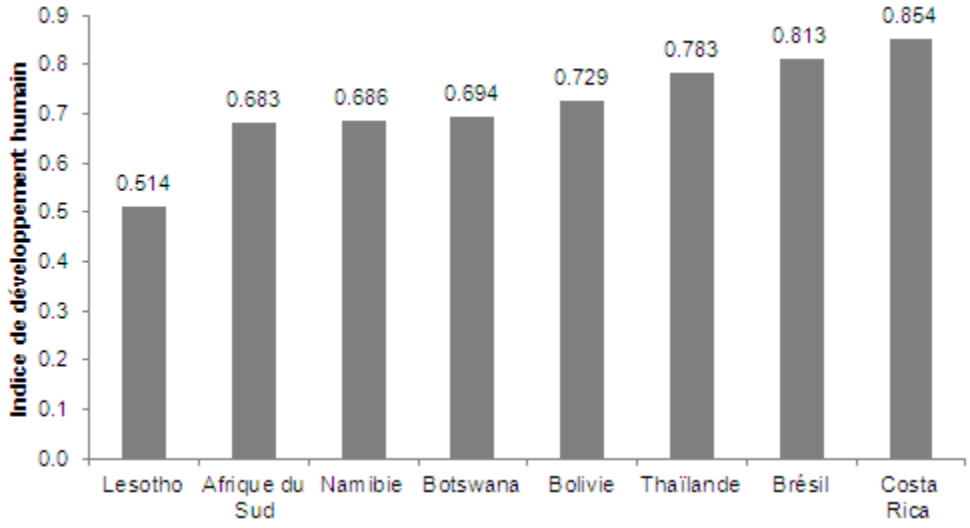
Les sources d'information utilisées dans le présent rapport comprennent à la fois des sources primaires et secondaires. Dans le cas particulier des informations sur les dépenses de protection sociale, des sources primaires ont été utilisées. Par exemple, les données concernant la Bolivie, le Brésil, le Costa Rica, le Lesotho, la Namibie et la Thaïlande sont extraites des statistiques annuelles publiées par les ministères des finances de chaque pays. Les données pour l'Afrique du Sud proviennent de l'agence gouvernementale de statistiques *Statistics South Africa (Stats SA)*. Pour le Botswana, les rapports annuels présentés par la Banque centrale sont la source principale. Les informations qui ne sont pas en lien avec la protection sociale, telles que les statistiques macroéconomiques, budgétaires et démographiques, proviennent de bases de données et de publications des institutions de chaque pays (ministères des finances, banques centrales, organismes de sécurité sociale, agences de statistiques et autres organismes publics), ainsi que des bases de données en ligne d'organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le BIT, le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), la Banque mondiale (BM), le Fonds monétaire international (FMI), l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la Banque africaine de développement (BAfD) et la Banque asiatique de développement (BAD).

2.2. Vue d'ensemble des pays étudiés

Les huit études de cas sont un échantillon de pays très hétérogènes. On compte trois pays latino-américains, un pays asiatique et quatre pays africains, avec des populations plus ou moins importantes: de 2 à 5 millions d'habitants (Namibie, Lesotho, Botswana et Costa Rica), en passant par 10 millions (Bolivie), à plus de 50 millions (Afrique du Sud, Thaïlande et Brésil).

Ce groupe de pays est aussi hétérogène en termes de conditions socioéconomiques. Le développement humain, mesuré par l'indice de développement humain (IDH), est très variable: il passe d'un niveau très faible au Lesotho, à un niveau très élevé au Costa Rica (voir figure 1). De même, les taux de pauvreté oscillent entre des taux d'incidence faibles en Thaïlande et des taux élevés au Lesotho, tandis que les taux d'inégalité, mesurés par le coefficient de Gini, comptent parmi les plus élevés au monde (Brésil, Botswana, Lesotho, Namibie et Afrique du Sud).

Figure 1. Indice de développement humain (pays étudiés dans le rapport)



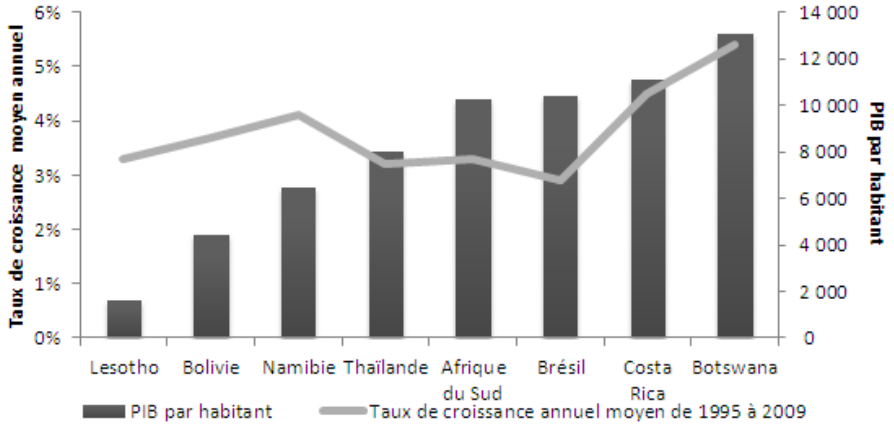
Source: PNUD 2009.

En termes d'économie, le Brésil figure parmi les 10 premiers pays au monde et occupe la première place au sein du groupe, suivi par la Thaïlande et l'Afrique du Sud (voir figure 2). En termes de PIB par habitant, les quatre premiers pays sont le Botswana, le Brésil, le Costa Rica et l'Afrique du Sud (avec un PIB par habitant et par an supérieur à 10 000 dollars [1] exprimé en PPA). En bas du classement figurent les pays pauvres comme le Lesotho (1 613 dollars) et la Bolivie (4 426 dollars). Ainsi, l'échantillon présente un groupe de pays à des stades de développement économique et de maturité institutionnelle très différents et qui présentent des modèles politiques distincts.

En ce qui concerne la croissance du PIB, les pays peuvent être classés en trois groupes. Un premier groupe, composé du Botswana, du Costa Rica et de la Namibie, présentait un taux de croissance moyen de 4 pour cent par an entre 1995 et 2009. Le deuxième groupe, composé de la Bolivie, du Lesotho, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande, présentait des taux moyens de croissance de l'ordre de 3 à 3,9 pour cent par an à la même période. Le Brésil avait un taux moyen de croissance du PIB atteignait 2,9 pour cent, ce qui s'explique en partie par des taux faibles pendant la crise des années 1990.

[1] Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.

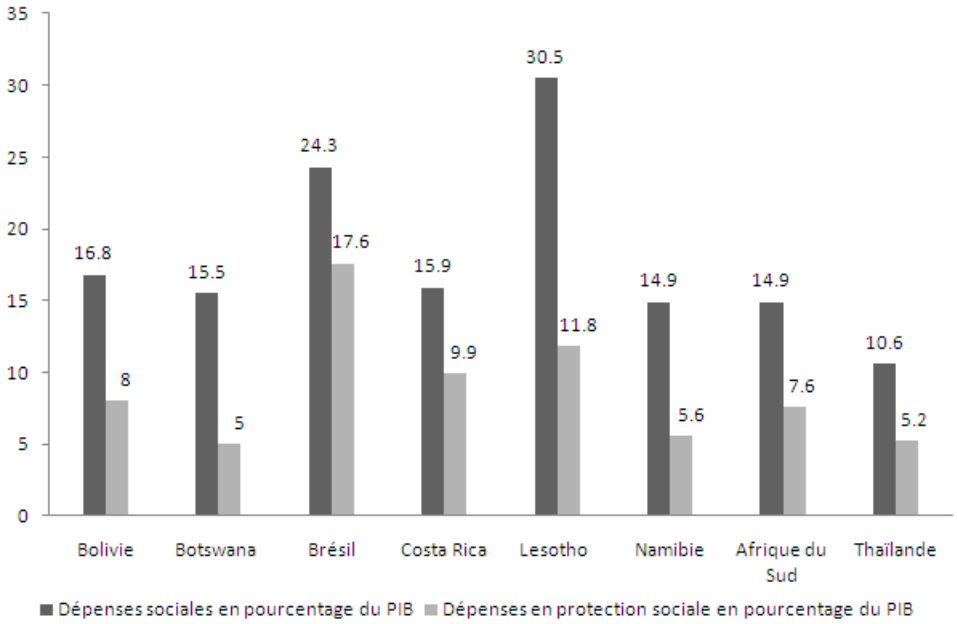
Figure 2. PIB par habitant (2009) et croissance du PIB par pays (1995-2009, exprimé en PPA)



Source: Banque mondiale 2010.

Entre 2005 et 2008, la moyenne des dépenses sociales représentait 21,3 pour cent du PIB [2], tandis que la moyenne des dépenses de protection sociale (y compris les dépenses de santé) en représentait 14,6. Dans l'ensemble, deux tiers des dollars dépensés dans le secteur social ont été alloués à des initiatives de protection sociale, ce qui indique clairement une volonté politique d'appuyer ces initiatives. Comparés aux niveaux régionaux, trois pays (Brésil, Costa Rica et Lesotho) présentent des coefficients supérieurs (voir figure 3). Selon le *Rapport mondial sur la sécurité sociale 2010-2011* du BIT, les dépenses de sécurité sociale (y compris la santé) ont représenté 9,7 pour cent du PIB en Amérique latine; 8,7 pour cent en Afrique subsaharienne et 12 pour cent en Asie et dans le Pacifique en 2010 (Bureau international du Travail, 2010a, tableau 8.1).

Figure 3. Dépenses sociales et dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB (2005-2008)

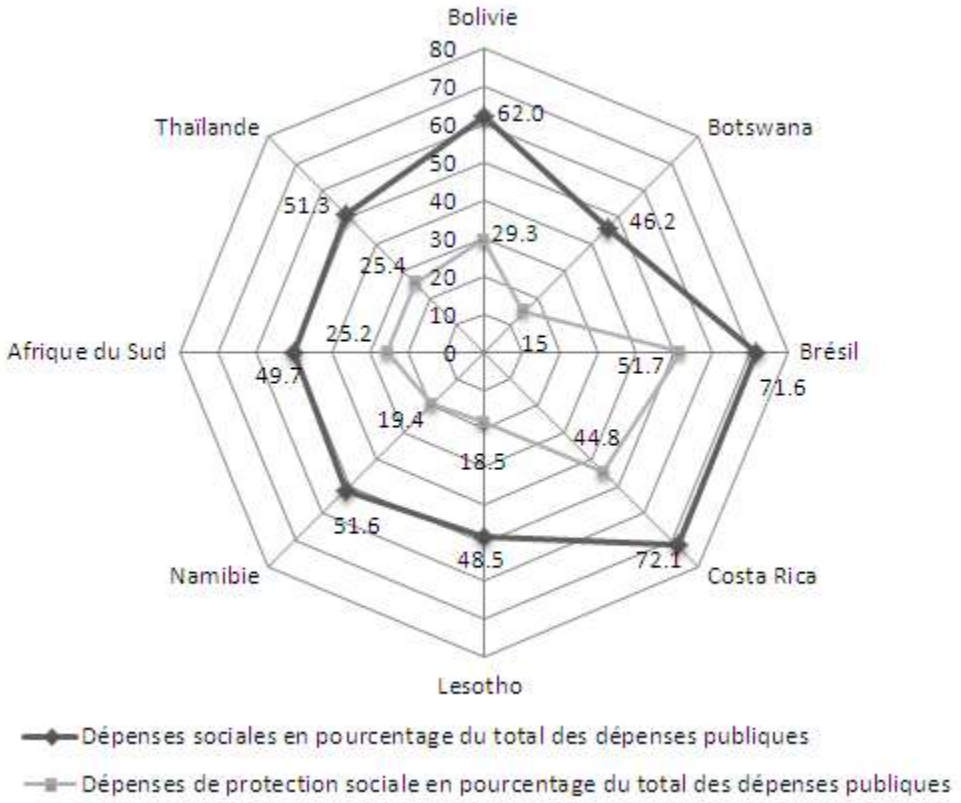


[2] Moyenne pondérée selon la taille du pays. Pour cet indicateur, une simple moyenne s'élevait à 17,9 pour cent.

Source: données des ministères des finances, du logement et de l'éducation et les agences de statistiques de chaque pays; Banque centrale du Botswana, Banque mondiale (2010), CEPALC (2010a), FMI (2010b), OMS (2010b).

En pourcentage du total des dépenses publiques, les dépenses sociales ont représenté une moyenne de 56,6 pour cent. Le Costa Rica occupe la première place avec près de 72,1 pour cent des dépenses publiques allouées aux dépenses sociales (voir figure 4). La part des dépenses dans le secteur social du Botswana (46,2 pour cent) place le pays en bas du classement. Près de la moitié des dépenses sociales a été attribuée aux initiatives de protection sociale, avec de grandes variations entre le Brésil (51,7 pour cent) et le Botswana (15 pour cent).

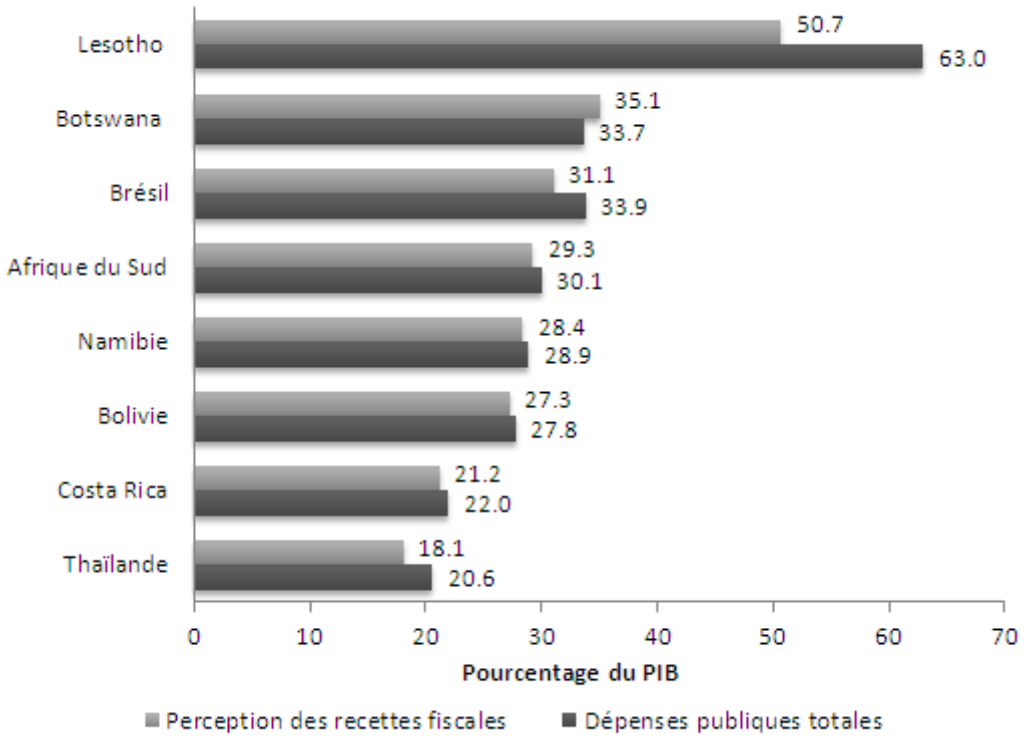
Figure 4. Dépenses sociales et dépenses de protection sociale en pourcentage du total des dépenses publiques (2005-2008**)**



Source: données des ministères des finances, du logement et de l'éducation et les agences de statistiques de chaque pays; Banque mondiale (2010), CEPALC (2010a), FMI (2010b), OMS (2010b).

Les pays diffèrent également en fonction de la taille de leurs gouvernements. Avec des dépenses publiques qui représentent moins de 25 pour cent du PIB (cotisations sociales comprises), la Thaïlande et le Costa Rica sont considérés comme des petits gouvernements en termes de participation à l'économie telle qu'exprimée par la perception des recettes fiscales et les dépenses totales en pourcentage du PIB. Le Lesotho représente le plus grand gouvernement du groupe avec un taux de 50,7 pour cent du PIB pour les recettes et 63 du PIB pour cent pour les dépenses. Les autres pays présentent des niveaux de dépenses publiques entre 27 et 35 pour cent du PIB (voir figure 5).

Figure 5. Dépenses publiques et recettes fiscales, 2005-2008 (pourcentage du PIB**)**



Source: données des ministères des finances, du logement et de l'éducation et les agences de statistiques de chaque pays; Banque centrale du Botswana, Banque mondiale (2010), CEPALC (2010a), FMI (2010b).

2.3. Conditions générales et budgétaires: lien avec l'espace budgétaire dédié à la protection sociale

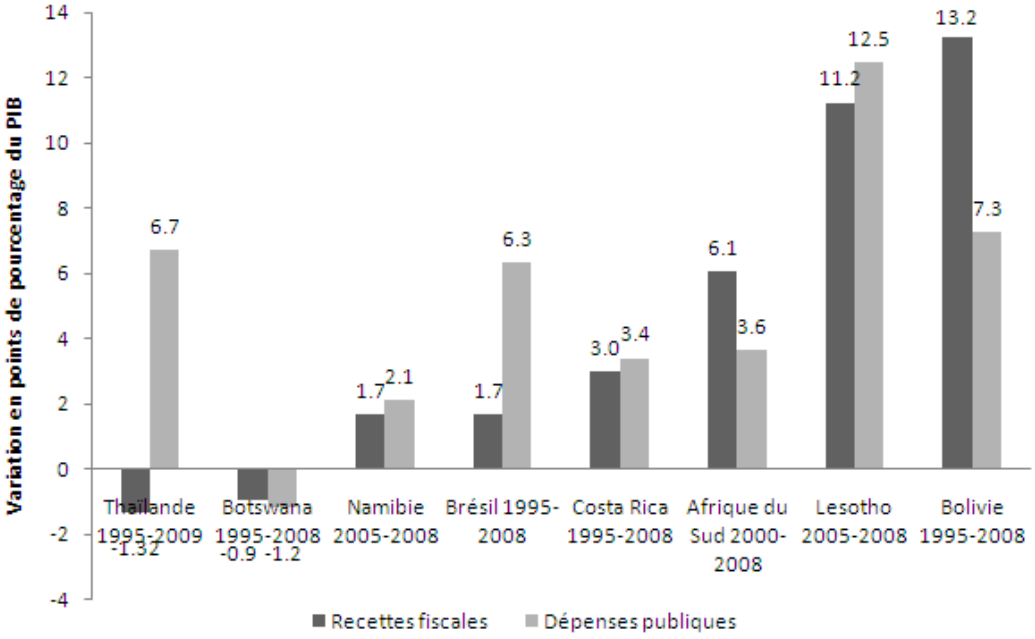
L'échantillon des huit pays choisis pour cette étude montre que la création d'un espace budgétaire pour la protection sociale exige un ensemble de facteurs tels que la croissance économique, la priorité macroéconomique, l'appui politique et d'autres stratégies complémentaires.

Le lien entre l'investissement social et la croissance économique est d'une importance capitale, et la littérature sur le sujet va dans ce sens: la croissance est essentielle pour augmenter les budgets sociaux. En évaluant les taux de croissance annuels du PIB et des dépenses sociales dans les pays étudiés, les résultats montrent que le taux de croissance moyen du PIB (3 pour cent) restait très proche des augmentations annuelles des dépenses sociales (2,9 pour cent). La protection sociale a eu tendance à croître à un rythme supérieur de 3,4 pour cent par an, ce qui indique que cette catégorie a obtenu un appui considérable qui a permis d'augmenter sa part globale au fil du temps.

La situation financière du secteur public est un autre facteur déterminant de la marge de manœuvre en termes de création d'espace budgétaire. La taille des gouvernements de l'échantillon (exprimée par le recouvrement des recettes fiscales et les dépenses totales en pourcentage du PIB) variait de 25 à 63 pour cent du PIB, et au cours de la période de 2005 à 2008, tous les pays, à l'exception du Botswana, ont enregistré un déficit budgétaire compris entre 1 et 12,3 pour cent du PIB. Comme le montre la figure 6, au cours de la période analysée, tous les pays (à l'exception du Botswana) ont augmenté la part du secteur public dans l'économie, parfois de plus de 10 points de pourcentage du PIB. Ces nouvelles sont très positives pour les pays à faible et moyen revenu, car elles montrent que

l'augmentation de la fiscalité visant à augmenter les dépenses publiques consacrées au secteur social est possible, en dépit des difficultés que connaissent généralement ces pays.

Figure 6. Variations nettes des recettes fiscales et des dépenses publiques en points de pourcentage du PIB



Source: données des ministères des finances, du logement et de l'éducation et les agences de statistiques de chaque pays; Banque centrale du Botswana, Banque mondiale (2010), CEPALC (2010a), FMI (2010b).

La mise en place de stratégies complémentaires pour créer un espace budgétaire pour la protection sociale est également une caractéristique commune à ce groupe de pays. Le rapport a étudié deux stratégies principales. En vertu de la première stratégie, la réduction de la dette totale et du service de la dette (surtout des taux d'endettement publics) a été l'une des voies principales utilisées pour créer un espace budgétaire en permettant au gouvernement de libérer des ressources en faveur de la protection sociale. Tous les pays de l'étude ont obtenu des réductions substantielles de cette façon. Concernant la réduction du ratio du service de la dette totale en pourcentage du total des exportations, le Botswana, la Bolivie, le Lesotho et l'Afrique du Sud ont enregistré une réduction des coefficients du service de la dette de plus de 54 pour cent comparés aux niveaux de 1995. Des réductions plus modestes, mais toujours significatives dans le service de la dette ont été enregistrées au Brésil, au Costa Rica et en Thaïlande.

Une stratégie complémentaire couramment utilisée par les pays pour la création d'un espace budgétaire est le recours aux flux d'aide publique au développement (APD) pour renforcer les initiatives de protection sociale. En général, l'utilisation de l'APD dans les pays décrits dans ce rapport a donné des résultats mitigés, mais la dépendance au financement extérieur a diminué dans tous les pays (voir tableau 1). Dans l'ensemble, la Bolivie et le Lesotho, et à un degré moindre la Namibie, ont le plus bénéficié de l'aide au développement, tandis que les flux du Brésil, du Costa Rica, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande étaient très faibles et pratiquement pas utilisés pour financer les dépenses sociales. Le peu de résultats disponibles sur l'utilisation des fonds de l'APD signifie que, même s'ils constituaient une part importante du revenu national brut (RNB), les sommes d'argent allouées à la protection sociale étaient limitées.

Tableau 1. Réduction du service de la dette et flux d'APD par pays, 2005-2008

Pays	Réduction nette du service de la dette (%)	Flux APD en pourcentage du RNB
Costa Rica	24,4	0,1
Thaïlande	33,8	0,2
Brésil	37,8	0,0
Afrique du Sud	54,4	0,3
Lesotho	58,8	6,2
Bolivie	61,6	8,7
Botswana	82,2	1,4
Namibie	/	3,6

Source: Banque mondiale, 2010.

Concernant la priorité macroéconomique et la priorité budgétaire (c'est-à-dire l'engagement politique) pour augmenter les dépenses de protection sociale, il faut tenir compte de la part des dépenses publiques affectées aux programmes pertinents. En général, les dépenses sociales ont représenté une moyenne de 40,9 pour cent du total des dépenses publiques par rapport à 26,4 pour cent pour la protection sociale [3]. Ces chiffres témoignent de l'engagement ferme des gouvernements pour financer des programmes de protection sociale. Cependant, la priorité macroéconomique et budgétaire doit être évaluée au fil du temps afin de déterminer si ce niveau élevé d'investissement est le résultat d'un processus cumulatif ou si, au contraire, il reflète une participation en baisse dans les budgets publics.

Le tableau 2 montre que dans tous les pays analysés, les taux de dépenses sociales et de dépense de protection sociale en pourcentage du PIB ont augmenté par rapport à la première année d'analyse. Seul le Lesotho n'a pas enregistré d'augmentation des dépenses dans le secteur social. En général, l'augmentation des dépenses sociales totales a plus bénéficié aux les dépenses de protection sociale. Pour les pays disposant de données pour la période de 2005 à 2008, les dépenses sociales totales ont été multipliées par un coefficient de 1,15 en moyenne et les dépenses en protection sociale par un coefficient de 1,5. La Thaïlande a pu augmenter ses dépenses dans la protection sociale grâce à son programme ambitieux de soins de santé universels qui fournit des services de santé à plus de 50 pour cent de la population et a permis au pays de couvrir plus de 94 pour cent de la population.

[3] Moyenne pondérée selon la taille du pays. Une simple moyenne des dépenses des secteurs sociaux en pourcentage du total des dépenses publiques s'élevait à 56,6 pour cent, alors qu'une simple moyenne des dépenses de protection sociale en pourcentage du total des dépenses publiques s'élevait à 28,7 pour cent.

Tableau 2. Augmentations des dépenses sociales et des dépenses de protection sociale
(coefficient multiplicateur)

Pays	Dépenses sociales	Dépenses de sécurité sociale
Lesotho 2005-2008	1,2	1,8
Namibie 2005-2008	1,1	1,2
Botswana 1995-2008	1,1	1,5
Afrique du Sud 2000-2008	1,2	1,3
Brésil 1995-2008	1,3	1,2
Thaïlande 2005-2008	1,4	1,6
Bolivie 1995-2007	1,4	1,7
Costa Rica 1995-2009	1,5	1,4

Source: données des ministères des finances, du logement et de l'éducation et les agences de statistiques de chaque pays; Banque centrale du Botswana, Banque mondiale (2010), CEPALC (2010a), FMI (2010b), OMS (2010b).

Enfin, l'engagement politique a été abordé de façon à voir comment toute augmentation des dépenses budgétaires a-t-elle été utilisée pour couvrir les programmes sociaux ou les programmes de protection sociale. Hormis le Botswana et le Costa Rica, environ 55 pour cent du total des augmentations dans les dépenses publiques ont été consacrés à financer les dépenses sociales et 85 pour cent de ces dépenses sociales supplémentaires ont été alloués à des initiatives de protection sociale. Ces résultats soulignent clairement la part croissante des dépenses sociales et des dépenses de protection sociale dans les programmes des gouvernements des pays étudiés dans ce rapport.

2.4. Tendances et enseignements

2.4.1. Caractéristiques principales des programmes de protection sociale

Avant d'aborder les stratégies de création d'espace budgétaire, il convient de mentionner le type de programmes qui a le plus bénéficié de la création d'un espace budgétaire dans les pays étudiés. Dans le tableau 3, la matrice montre que les programmes d'éducation, de santé et de prestations sociales ont été prioritaires dans chaque pays. Dans ce contexte, la notion de priorité signifie deux choses: soit les programmes représentent une forte proportion du PIB, soit ils se sont considérablement développés au cours des dernières décennies. Dans la plupart des cas, l'éducation est le sous-secteur social le plus important, avec des budgets de plus de 5 pour cent du PIB. Même au Lesotho, qui a réduit la part des dépenses pour l'éducation dans le PIB, le niveau actuel des dépenses est encore supérieur à 10 pour cent du PIB.

Tableau 3. Matrice des programmes (par pays)

Type de programme	Bolivie	Botswana	Brésil	Costa Rica	Lesotho	Namibie	Afrique du Sud	Thaïlande
Santé et nutrition	X	X	X	X	X	X	X	X
Education	X	X	X	X	X	X	X	X
Pension de retraite	X	X	X	X	X	X	X	X
Autres prestations de sécurité sociale (maternité, handicap, survivants, etc.)	X	X	X	X	X	X	X	X
Transferts conditionnels en espèces	X		X	X				
Transferts inconditionnels en espèces		X			X	X	X	X
Logement	X			X		X	X	

Les prestations de sécurité sociale (invalidité, survivants et accidents du travail, congé maladie et maternité, allocations familiales, hors assurance-maladie et pensions de vieillesse) apparaissent également dans tous les pays dans le cadre du portefeuille des droits à la protection sociale. Cependant, il faut être prudent quant à ces composantes, car la portée des prestations offertes diffère sensiblement d'un pays à l'autre. Par exemple, l'Afrique du Sud et la Bolivie proposent une gamme complète de prestations sociales tandis que le Lesotho se concentre sur les prestations d'invalidité et autres pensions.

Les quatre pays d'Afrique (Botswana, Lesotho, Namibie et Afrique du Sud) ont renforcé leurs initiatives en matière de pension de vieillesse au cours des deux dernières décennies. Au Botswana, au Lesotho et en Namibie, la couverture dépasse les 90 pour cent de la population. Le cas du Lesotho est particulièrement intéressant, étant donné qu'il est le seul à faire partie des pays les moins avancés (PMA) en Afrique, avec un régime de retraite non contributif. Avec le Népal, ils sont les deux seuls pays les moins avancés au monde dans cette situation (Pelham, 2007). Le Lesotho illustre clairement que les nations les plus pauvres sont parfaitement capables de protéger leurs citoyens s'il existe un engagement politique. En général, les pensions de vieillesse ne représentent pas plus de 1 pour cent du PIB, mais elles ont un effet considérable sur le niveau de pauvreté d'un pays.

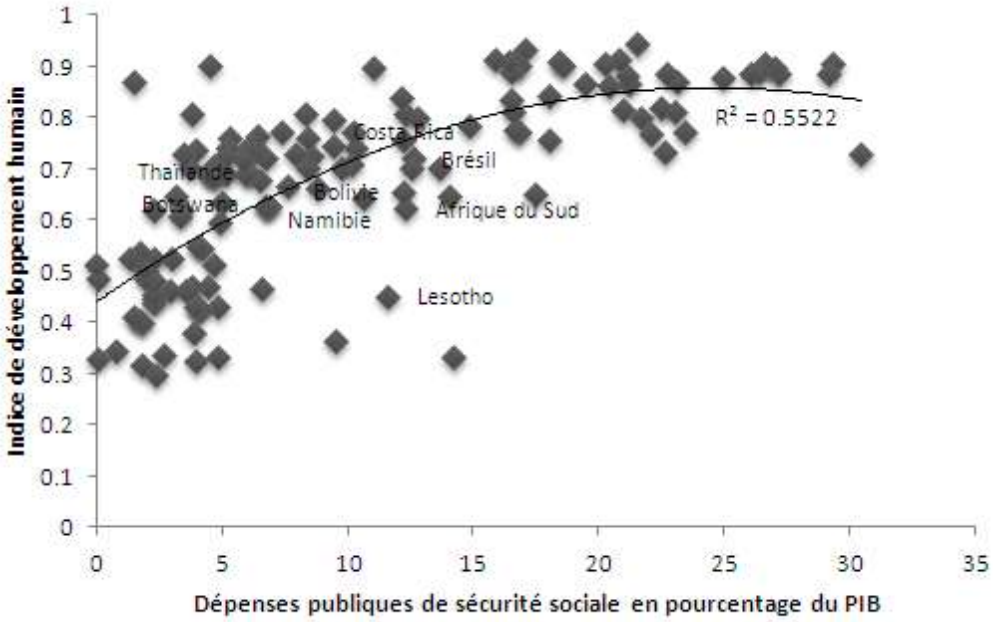
Les programmes de réduction de la pauvreté figurent également dans la liste des initiatives qui ont enregistré une augmentation considérable de leur budget grâce à l'élargissement de l'espace budgétaire. Cependant, on note une tendance marquée dans les approches adoptées par les différentes régions. En Amérique latine, les transferts conditionnels en espèces ont prévalu, tandis qu'en Afrique, les transferts inconditionnels ont été plus populaires, en particulier les transferts en espèces aux groupes les plus vulnérables tels que les enfants, les personnes âgées, les orphelins et les personnes vivant avec le VIH.

Bien que les dépenses pour l'aide au logement apparaissent également dans la majorité des cas, la tendance générale est de réduire la part des programmes de logement dans les dépenses sociales. Dans certains cas, notamment au Botswana et au Lesotho, les programmes d'aide au logement ont représenté plus de 3 pour cent du PIB, mais aujourd'hui ils ont été réduits, parfois de 50 pour cent par rapport à leur part initiale. En résumé, les initiatives pour le logement existent, mais elles jouent un rôle moins important dans les stratégies sociales dans leur ensemble.

Une simple conclusion peut être tirée des informations précédentes et il convient de la souligner: l'investissement efficace dans les programmes sociaux est toujours profitable. La

figure 7 présente le lien entre les dépenses de sécurité sociale (en pourcentage du PIB) et l'IDH. Le résultat démontre qu'il existe une corrélation positive entre les deux variables et que l'augmentation des dépenses de sécurité sociale entraîne des gains importants dans la situation générale de la population (mesurés par l'IDH).

Figure 7. Lien entre les dépenses de sécurité sociale et l'IDH (dernière année disponible)



Source: PNUD 2011; BIT 2010a.

2.4.2. Mécanismes de création d'espace budgétaire

Le groupe des pays analysés fournit de nombreux résultats en ce qui concerne la création d'un espace budgétaire pour la protection sociale et la mise en œuvre de programmes sociaux efficaces qui influencent clairement le niveau de vie de la population. L'analyse qui suit montre de nombreux exemples de la façon dont les pays ont géré l'espace budgétaire dans la pratique pour étendre leurs programmes sociaux. Une attention particulière doit être portée à l'Afrique du Sud et au Lesotho pour le succès considérable de leurs pensions de vieillesse; au Costa Rica pour son programme contributif de sécurité sociale; et au Brésil pour la réussite de l'initiative de transfert conditionnel en espèces, *Bolsa Família*. En réalité, ces quatre pays ont décidé d'innover et de donner la priorité au secteur social. En conséquence, tous les pays de ce rapport ont mis en place des politiques alternatives ingénieuses pour élargir l'espace budgétaire à des fins sociales (taxes spécifiques sur les transactions financières au Brésil, négociations stratégiques avec des sociétés multinationales au Botswana) et ont pris des initiatives politiques risquées (abolition de l'armée au Costa Rica et réduction d'autres programmes de dépenses sociales) afin de pouvoir accroître les dépenses de protection sociale.

Plusieurs caractéristiques sont présentées dans le tableau 4. Tout d'abord, pas une seule des stratégies individuelles adoptées ne visait à augmenter l'espace budgétaire pour la protection sociale uniquement. La combinaison de stratégies est claire, tout comme le fait que les pays ne fondent pas leur financement de la protection sociale sur une seule source de financement. La diversification est la clé de la durabilité, et cette stratégie a été suivie par la plupart des pays étudiés dans ce rapport.

Tableau 4. Matrice des stratégies pour la mobilisation l'espace budgétaire (par pays)

Stratégie	Bolivie	Botswana	Brésil	Costa Rica	Lesotho	Namibie	Afrique du Sud	Thaïlande
Taxation sur les minéraux ou taxes similaires (taxes spéciales)	X	X	X					
Augmentation de la fiscalité générale			X		X			X
Augmentation des cotisations sociales			X	X	X	X	X	X
Excédents budgétaires		X	X			X		
Redéfinition du budget. Réduction des dépenses non prioritaires ou des dépenses militaires				X	X		X	X
Réduction de la dette nationale et du service de la dette	X	X	X	X	X		X	X
Aide publique au développement						X		
Vente de biens de l'Etat	X							
Gains d'efficience			X					
Amendement de la constitution			X	X			X	X

Impôts spécifiques fondés sur les ressources naturelles. Dans les pays qui bénéficient de ressources naturelles, comme la Bolivie et le Botswana, les taxes sur leur exploitation sont une alternative viable, en particulier lorsque les pays renégocient les conditions dans lesquelles les opérations ont été effectuées dans le passé. Le monde en développement compte de nombreux pays regorgeant d'immenses ressources naturelles, mais croulant sous le fardeau de la pauvreté qui se transmet d'une génération à l'autre.

Augmentation de la fiscalité générale. Trois des pays étudiés, le Brésil, le Lesotho et la Thaïlande, ont réalisé des gains impressionnants en matière de fiscalité générale, ce qui montre que cette solution est aussi envisageable. Il convient de rappeler que ces politiques sont mises en œuvre sur une période relativement longue et doivent être accompagnées d'autres politiques pertinentes dans un cadre de discipline macroéconomique et budgétaire.

Cotisations sociales. Pour créer un espace budgétaire, le fait de générer un financement par les cotisations sociales est par essence associé à l'extension de la sécurité sociale contributive. La plupart des pays étudiés (le Brésil, le Costa Rica, le Lesotho, la Namibie, l'Afrique du Sud et la Thaïlande) ont augmenté leur financement de manière significative grâce aux cotisations sociales. Le Brésil, par exemple, qui a considérablement étendu sa couverture de sécurité sociale dans les zones urbaines et rurales, a créé une taxe spéciale sur les transactions financières pour financer le système de soins de santé universel. Comme au Brésil, les cotisations sociales du Costa Rica représentent la plus grande part des fonds utilisés pour financer les programmes de protection sociale. Dans les deux pays, les cotisations sociales sont étroitement associées à l'introduction d'innovations pour encourager la formalisation du marché du travail et pour étendre la couverture de la sécurité sociale contributive. Ce genre d'innovation explique en grande partie les progrès réalisés dans la création d'un espace budgétaire.

Réallocation budgétaire. Lorsqu'une augmentation significative des recettes n'était pas possible, certains pays ont opté pour une réorientation de la structure de leur budget public. Dans plusieurs cas, comme au Costa Rica, au Lesotho, en Afrique du Sud et en Thaïlande, les gouvernements ont réduit leurs dépenses dans certains domaines qu'ils ne considéraient plus comme étant prioritaires ou dont le financement pouvait être réduit. Le Lesotho, par exemple, a choisi de réduire la part des dépenses pour l'éducation dans les

dépenses totales du gouvernement. Au Costa Rica et en Thaïlande, les dépenses militaires ont chuté et dans le cas du Costa Rica, elles ont été complètement supprimées.

L'Afrique représentait 1,1 pour cent des dépenses militaires dans le monde, mais en Afrique subsaharienne, selon les données publiées par l'Institut international de recherche sur la paix de Stockholm (2010), le chiffre est passé à 1,9 pour cent du PIB (17,4 milliards de dollars). Dans le groupe des pays analysés, les dépenses militaires ont varié de 1,3 à 3,5 pour cent du PIB.

Réduction du service de la dette. Une autre caractéristique intéressante est celle du rôle actif de la réduction de la dette totale et du service de la dette dans l'élargissement de l'espace budgétaire visant à étendre la protection sociale. Tous les pays ont enregistré une réduction importante de la charge de leur dette, notamment la dette publique, et des paiements du service de la dette correspondants. Par conséquent, davantage de ressources ont été allouées au secteur social, comme en Thaïlande, où près d'un tiers des ressources ainsi libérées ont été allouées aux programmes sociaux.

Aide publique au développement (APD). L'APD n'était pas une source de financement importante pour les initiatives sociales dans les pays analysés. Dans tous les cas, si le niveau de l'APD a diminué ou augmenté, elle ne représentait qu'une petite part du RNB. En outre, seule une fraction de l'aide extérieure totale reçue a été allouée à la protection sociale. En conséquence, l'APD n'a pas joué un rôle essentiel, ce qui montre qu'une stratégie endogène de financement de la protection sociale est envisageable, même dans les pays en développement.

Voie constitutionnelle. Il s'agit de la pratique qui consiste à définir totalement ou partiellement les dépenses sociales dans la constitution, ce qui oblige les gouvernements à considérer certains programmes comme des initiatives prioritaires pour la nation et donc à élargir leurs budgets. Les constitutions du Brésil, du Costa Rica, de l'Afrique du Sud et de la Thaïlande mentionnent explicitement le financement de l'éducation, de la santé et de la sécurité sociale. Dans le cas du Costa Rica, les dépenses pour l'éducation ne peuvent pas être inférieures à 6 pour cent du PIB, et au Brésil, en Afrique du Sud et en Thaïlande, la constitution inscrit la santé et la sécurité sociale dans les droits du citoyen. Il est ainsi possible d'assurer un niveau minimum de dépenses sociales en rattachant les futures décisions politiques à un cadre prédéterminé.

Gains d'efficience. Une façon de libérer des ressources, qui pourraient ensuite être allouées à la sécurité sociale, consiste à réduire les coûts en améliorant l'efficacité des dépenses. L'expérience du Brésil, où la structure des programmes de transferts en espèces et les critères et mécanismes d'allocation des ressources ont été révisés pour en améliorer le ciblage, montre qu'il est possible de réduire les coûts en restructurant les transferts sociaux.

Finalement, il existe un certain nombre d'autres stratégies qui illustrent les nombreuses possibilités d'élargissement de l'espace budgétaire. Elles comprennent une gestion macroéconomique prudente, entraînant des excédents budgétaires qui permettent d'étendre les possibilités de financement social (Botswana, Brésil et Namibie) et de vendre des biens de l'Etat (Bolivie). La corruption est souvent à l'origine des pertes de ressources de protection sociale. D'après l'indice de perception de la corruption publié par l'ONG *Transparency International* (2010), environ 75 pour cent des pays étudiés dans ce rapport ont un indice inférieur à 5 (10 correspond à un faible niveau de corruption) et les pays d'Afrique et d'Asie du Sud sont en bas de la liste. En Afrique subsaharienne, l'Union africaine a estimé les pertes globales dues à des pratiques de corruption à 148 milliards de dollars en 2002, équivalant à 50 pour cent du total des recettes fiscales. Au niveau des ménages, ce chiffre représente une moyenne de 3,2 pour cent du revenu familial.

2.4.3. Quatorze enseignements tirés de l'expérience des pays étudiés

Enseignement 1

La stabilité macroéconomique et la discipline budgétaire sont essentielles pour l'élargissement de l'espace budgétaire. Les expériences du Botswana, du Brésil, du Lesotho et de la Thaïlande montrent que tout ce qui peut être fait pour maintenir la stabilité macroéconomique en appliquant des principes de prudence budgétaire finira par porter ses fruits en termes de création d'espace budgétaire et de viabilité. Au Botswana, les nouvelles ressources générées par les accords sur l'extraction de diamants ont été utilisées prudemment par le gouvernement, afin de ne pas mettre en péril la situation budgétaire.

Le Brésil a été en mesure de combiner une stabilité macroéconomique et des politiques d'inclusion sociale fondées sur des niveaux élevés d'investissement social, ce qui a permis de stimuler la demande des ménages; cette réussite est due à la politique monétaire et une gestion financière responsable. Au Botswana et au Lesotho, en dépit de la croissance rapide de la collecte des impôts, les gouvernements ne se sont pas engagés dans un accroissement similaire des dépenses publiques; ainsi, les excédents cumulés ont permis de ne pas sacrifier le budget de la protection sociale lors de la récente crise économique. Grâce à une politique budgétaire prudente et une priorité largement accordée aux dépenses sociales, la Thaïlande a été en mesure de réaffecter les ressources pour renforcer sa stratégie d'accès universel à la santé, malgré une performance modeste en termes de recouvrement de l'impôt. Cette expérience montre également que la création d'un espace budgétaire pour un usage particulier peut passer par la réaffectation des ressources à des secteurs ou des catégories de dépenses plus efficaces.

Enseignement 2

La croissance économique est importante, mais elle n'est pas toujours l'élément déterminant dans la création d'un espace budgétaire pour l'extension de la protection sociale. L'analyse de la création d'un espace budgétaire ne confirme pas l'hypothèse selon laquelle cet espace est tributaire d'une croissance économique exceptionnelle. Le Brésil et le Costa Rica, très différents en termes de taille et de caractéristiques économiques, sont la preuve qu'une bonne combinaison de croissance économique (même modérée) et de politiques inclusives visant à générer des fonds donnent de bons résultats. Le Costa Rica a profité d'une politique soutenue pour renforcer les institutions du secteur social dans les années 1960 et 1970, en particulier l'assurance sociale et les programmes de transferts en espèces non contributifs. L'exemple de l'Afrique du Sud montre que les dépenses de protection sociale peuvent être considérablement augmentées, même si la performance économique du pays est modérée. De même, les politiques de réduction de la pauvreté en Thaïlande ont permis au gouvernement de réduire le niveau de financement de ses programmes d'assistance sociale.

La Namibie illustre parfaitement les mécanismes dont disposent les pays ayant une performance macroéconomique et budgétaire modérée. Aucun facteur macroéconomique généralement associé à la création d'un espace budgétaire n'a été remarquable. La production a augmenté à un rythme modéré et n'est pas passée au niveau supérieur des recettes fiscales, comme cela avait été prévu. D'un point de vue macroéconomique, la croissance économique moyenne a été bien en deçà des taux dynamiques des pays tels que le Botswana et le Mozambique, où la croissance moyenne du PIB a dépassé 8 pour cent par an. En outre, le gouvernement a réduit sa participation à l'économie et en 2008 le niveau d'imposition et de dépenses était considérablement plus faible qu'en 1991, juste après l'indépendance. Néanmoins, le gouvernement a été en mesure de générer un excédent budgétaire dans la seconde moitié des années 2000, ce qui indique une politique budgétaire très prudente.

Enseignement 3

La volonté politique est cruciale. D'après l'ensemble des expériences analysées analysés dans ce rapport, il est clair que l'engagement politique est la clé de l'extension de la protection sociale. Un pays peut enregistrer une croissance économique élevée et générer un excédent budgétaire, mais si la protection sociale n'est pas une priorité budgétaire, cette extension ne se fera pas automatiquement. L'existence de politiques actives d'extension de la protection sociale est cruciale. Cela est particulièrement vrai dans des contextes tels que celui de l'Afrique du Sud, où le gouvernement fonctionne avec des conditions budgétaires très restrictives, généralement accompagnées par un déficit budgétaire. Si les fonds publics n'augmentent qu'à un rythme modéré et si l'aide extérieure est limitée, alors la décision critique implique de modifier la composition des dépenses publiques en augmentant le budget des secteurs prioritaires aux dépens des autres secteurs. Au Lesotho, le Premier ministre et les principaux partis politiques ont fait preuve d'un fort engagement politique pour approuver et procéder à l'attribution de fonds supplémentaires aux programmes existants, pour ouvrir un espace budgétaire supplémentaire en mettant en œuvre de nouveaux programmes sociaux et pour réformer les mécanismes existants qui n'étaient pas financièrement viables à long terme.

Cependant, quand il s'agit d'investir dans le développement, il existe toujours une certaine concurrence pour tout nouvel espace budgétaire. Dans un monde caractérisé par des ressources de plus en plus rares et par des coûts d'opportunité, la protection sociale est une utilisation possible des ressources fiscales parmi tant d'autres. Cela est particulièrement vrai lorsque le nouvel espace budgétaire est créé grâce à l'augmentation de la fiscalité. Ensuite, lorsque l'espace budgétaire est généré, le processus de répartition du nouvel espace budgétaire entre les utilisations alternatives répond à des critères sociaux complexes pour lesquels de nombreux facteurs entrent en jeu. Voici une liste non exhaustive des facteurs qui jouent un rôle important dans ces décisions: les particularités d'un pays, sa culture, sa situation politique, son histoire, les intérêts des groupes au pouvoir et la répartition du pouvoir politique et économique entre eux.

Enseignement 4

L'espace budgétaire pour l'extension de la protection sociale est une question hautement politique. Les décisions telles que la réduction (en Thaïlande) ou l'élimination (au Costa Rica) de l'armée, ou la renégociation des recettes provenant de l'exploitation des hydrocarbures (en Bolivie) expliquent certains changements majeurs dans le financement de la protection sociale. En Bolivie, la décision comportait une série de processus politiques très complexes, et parfois antagonistes, impliquant les différentes parties prenantes. Cependant, le résultat a été la création d'un système universel de pension sociale dans un des pays les plus pauvres d'Amérique du Sud. Au Brésil, des batailles politiques acharnées ont eu lieu pendant des années au sujet des avantages ou des inconvénients de la création d'une taxe sur les transactions financières, qui a finalement joué un rôle clé dans le financement et la consolidation du système de santé universel jusqu'à l'abolition des cotisations sociales fondées sur les transactions financières et leur remplacement par d'autres sources de revenus.

Enseignement 5

Les cotisations sociales sont un outil efficace pour générer un espace budgétaire. Cette conclusion est cruciale en termes de financement de la protection sociale. L'espace budgétaire pour la sécurité sociale est assez spécifique, car, contrairement à d'autres domaines de l'investissement pour le développement, l'assurance sociale (généralement fondée sur les cotisations salariales) a été une source de financement dès la création des systèmes de sécurité sociale. Selon le modèle de sécurité sociale particulier adopté, les cotisations sociales peuvent largement expliquer la taille de l'espace budgétaire généré par

le pays. Dans de nombreux pays, en particulier dans le monde industrialisé, il est difficile d'imaginer un régime de sécurité sociale sans sources spécifiques de financement fondées sur les cotisations sociales. Plusieurs pays en développement étudiés dans ce rapport apportent également des preuves irréfutables sur la possibilité de créer une part importante de l'espace budgétaire grâce aux cotisations sociales. Dans les pays d'Amérique latine (Argentine, Chili, Colombie, Panama, Uruguay, sauf Brésil et Costa Rica), il serait impensable aujourd'hui d'envisager un système de protection sociale durable sans les ressources provenant des cotisations sociales.

Enseignement 6

Les politiques de formalisation du travail sont un moyen de créer un espace budgétaire par le biais de l'extension de la couverture. En l'absence d'un changement des salaires réels ou des revenus personnels, une augmentation des cotisations sociales ne peut, par définition, que provenir de la réduction de l'informalité. Les interventions visant à étendre la sécurité sociale aux travailleurs indépendants et aux micro et petites entreprises généreraient un espace budgétaire indépendamment des politiques fiscales générales.

Les innovations dans la création d'un espace budgétaire consistant à augmenter la couverture ou le recouvrement des cotisations sociales peuvent engendrer des rendements très importants. Au Brésil, les instruments financiers et la politique sociale ont bénéficié d'innovations, dont les plus importantes du système de protection sociale du pays sont énumérées ci-dessous: l'introduction du régime «semi-contributif» de pension rurale; le recours aux taxes sur les transactions financières pour que l'économie formelle génère des ressources; l'amélioration du cadre administratif et institutionnel du système de recouvrement des cotisations sociales; et des mesures pour faciliter et augmenter le niveau de taxation et la couverture de sécurité sociale des micro et petites entreprises

Les résultats des études de cas du Brésil et du Costa Rica vont à l'encontre de la théorie néoclassique selon laquelle l'augmentation des niveaux de cotisations sociales peut favoriser l'informalité. Le Costa Rica bénéficie de l'un des taux les plus élevés de cotisations sociales nominales et effectives de toute l'Amérique latine, mais, avec le Chili et l'Uruguay, il enregistre aussi l'un des taux les plus bas d'informalité. Le pays figure également parmi les premiers pays en termes de compétitivité, bien au-dessus des moyennes régionales. Comme dans le cas du Brésil, les cotisations sociales ne semblent donc pas être associées à l'informalité du marché du travail. Si les politiques d'inclusion sociale sont en mesure d'améliorer la qualité et l'employabilité de la main-d'œuvre, et si ces interventions offrent plus d'opportunités pour le développement d'un secteur des affaires étendu, le résultat escompté est une réduction du niveau d'informalité.

Enseignement 7

Renégocier les conditions de répartition des richesses générées par l'exploitation des ressources naturelles est une option. Dans le monde en développement, il existe de nombreux pays dont les ressources naturelles sont exploitées depuis longtemps et où la population n'a pas vraiment bénéficié de la répartition des gains. Pourtant, les exemples de la Bolivie et du Botswana abordés dans le présent rapport sont la preuve que cette situation peut changer et que les résultats en termes de création d'espace budgétaire peuvent être impressionnants.

La Bolivie est un exemple de la faisabilité politique et économique d'une négociation plus équitable des conditions de répartition des bénéfices de l'exploitation des ressources naturelles. En Bolivie, la renégociation a été radicale, et en raison de ses effets positifs sur la création d'un espace budgétaire, elle constitue une étape stratégique en faveur du développement durable et de la croissance économique. Au Botswana, l'accord sur le diamant signé avec De Beers a été essentiel pour l'augmentation et la consolidation des

recettes fiscales. Cela prouve qu'il est possible, dans ce contexte, de mettre en œuvre des stratégies profitables pour toutes les parties prenantes et que les accords peuvent être renégociés selon des conditions avantageuses. C'est aussi un bon exemple pour inciter les pays dont l'économie repose sur les ressources minières, et qui choisissent les entreprises mixtes entre le gouvernement et le secteur privé, à exploiter ce type de ressource.

Enseignement 8

L'efficacité de la gestion des dépenses sociales est essentielle. Il est possible de créer un espace budgétaire en revoyant les programmes et les mécanismes institutionnels et administratifs. Les réformes de l'organisation des programmes de transferts sociaux (concernant la structure, les outils et les critères utilisés pour la répartition des ressources) visant à introduire un certain degré de sélectivité et des incitations progressives (telles que la rénovation des programmes d'enseignement et le programme *Bolsa Família*) peuvent se révéler être un mécanisme efficace pour créer un espace budgétaire. Comme en Thaïlande, les gouvernements doivent adopter une approche pragmatique et stratégique pour l'élaboration des politiques. L'expérience de la Thaïlande est donc la preuve que les améliorations de la répartition des ressources et de la pertinence des dépenses peuvent apporter une contribution précieuse à l'amélioration de l'efficacité des dépenses.

L'argent est important, mais il ne suffit pas. Durant plus de dix ans, de 1994 à 2006, le taux de pauvreté au Costa Rica s'est stabilisé autour de 20 pour cent de la population; pourtant, un cadre institutionnel étendu était déjà en place. Mais les problèmes concernant le ciblage et la conception des programmes subsistent, ce qui réduit inévitablement l'efficacité.

Enseignement 9

La conception du système de protection sociale est importante. En relation avec le concept de socle de protection sociale proposé par le BIT, la nécessité de concevoir des systèmes de protection sociale complets qui combinent différents types d'instruments de manière articulée est une idée centrale. Les pays doivent rester très prudents quant aux initiatives qu'ils créent. Une longue liste de programmes sociaux risque d'entraîner des problèmes de coordination. En outre, la contribution de certains programmes de lutte contre la pauvreté peut être assez faible. L'expérience du Costa Rica soulève deux problèmes potentiels. Tout d'abord, il est généralement très difficile d'annuler ou de faire marche arrière lorsque les programmes sont en cours, ainsi les décideurs ont tendance à les conserver, même s'ils n'apportent pas les résultats escomptés. Deuxièmement, si les programmes sont trop nombreux, la demande de financement supplémentaire risque de les mettre en concurrence avec d'autres priorités.

Enseignement 10

L'investissement social paie et contribue au développement économique. Les études sur les répercussions de l'augmentation des investissements sociaux en Bolivie confirment les bénéfices d'une telle stratégie sur la croissance économique. La Bolivie prouve que les investissements dans la protection sociale sont en concurrence avec les investissements privés. Les dépenses de protection sociale sont injectées dans l'économie et font partie d'un flux circulaire de revenus. Ces injections sont utiles pour appuyer la croissance des dépenses à court terme et pour contribuer à la stabilisation macroéconomique en temps de crise.

Sur le long terme, le système de sécurité sociale agit en tant que contributeur direct à la compétitivité du pays en améliorant l'état de santé de la population, et en tant que contributeur indirect en réduisant les inégalités et en assurant la promotion de la paix sociale, deux éléments auxquels les investisseurs accordent une grande importance

lorsqu'ils doivent choisir une localisation pour leurs entreprises. Outre l'expérience de la Bolivie, les résultats du Brésil, du Costa Rica et de la Thaïlande soutiennent l'idée que l'investissement dans la protection sociale a un effet positif sur la génération de revenus, la croissance et les recettes fiscales à long terme.

Enseignement 11

Associer des programmes contributifs à des programmes non contributifs offre des avantages. Le cas de la Thaïlande suggère deux choses sur la couverture de santé universelle. Tout d'abord, il réaffirme l'idée que la fiscalité générale joue un rôle crucial dans la réalisation de cet objectif dans les pays où les marchés du travail informel prévalent. Deuxièmement, la couverture universelle en Thaïlande n'est pas le fruit d'une seule source de financement (impôts généraux), mais elle a été rendue possible par un modèle hybride qui combine les mécanismes des régimes à caractère contributif et non contributif.

Enseignement 12

Les prestations non contributives de protection sociale sont une solution viable dans la poursuite de l'objectif d'une couverture universelle dans les pays où l'économie informelle est importante. L'exemple des pensions sociales en Bolivie et en Afrique du Sud montre que, bien que la possibilité d'étendre l'assurance sociale traditionnelle soit limitée (principalement à cause de la prédominance de l'économie informelle), un régime de prestations non contributif est une option envisageable pour garantir les droits universels conformément à l'approche du socle de protection sociale proposé par le BIT. Une fois que les programmes universels qui constituent le socle de protection sociale sont créés, des programmes contributifs peuvent évoluer progressivement (ici, il est fait référence au développement «vertical» du système) à mesure que les conditions sur le marché du travail s'améliorent.

Enseignement 13

Le dialogue social tripartite et la bonne gouvernance sont importants pour protéger les cotisations sociales. La représentation tripartite et la participation d'autres parties prenantes dans la gouvernance des systèmes de protection sociale ont servi de bouclier politique solide pour protéger les cotisations sociales. A cet égard, les expériences du Brésil et du Costa Rica sont très riches. Au Costa Rica, durant les années 1980 et 1990, lorsque l'ajustement structurel néolibéral et les programmes de stabilisation ont réduit les dépenses de santé du gouvernement central, qui ont alors atteint un niveau historiquement bas, les recettes du système de sécurité sociale ont augmenté et ont permis de maintenir les dépenses de santé au même niveau. La société civile doit être considérée comme un partenaire dans la création d'un espace budgétaire. Participer ne signifie pas que l'Etat doive présenter un produit fini à son public, mais il devrait concevoir les principales caractéristiques du projet en collaboration avec ses partenaires sociaux. En Thaïlande, trois éléments clés ont encouragé le processus: le rassemblement de tout le savoir-faire nécessaire au moyen de la recherche; l'engagement politique; et la participation sociale.

Enseignement 14

Un effort soutenu et une patience sans faille sont indispensables. Développer un système complet de protection sociale avec toutes ses composantes contributives et non contributives exige un effort soutenu en termes d'investissement et d'engagement politique dans l'extension de la sécurité sociale. Aucun pays ne peut s'attendre à des résultats extraordinaires à court terme liés à l'investissement social. Pour arriver à ces résultats, il faut mettre en place des institutions permanentes et faire preuve d'une grande persévérance.

3. Financer l'extension de la protection sociale grâce aux taxes sur les hydrocarbures en Bolivie

3.1. Profil du pays

Située dans la région andine de l'Amérique du Sud, la Bolivie compte 10 millions d'habitants. Son territoire s'étend sur 1,1 million de km^2 et se divise administrativement selon neuf départements et 334 municipalités.

La Bolivie est un pays à faible revenu; son produit national brut par habitant est de 4 278 dollars (PPA 2008) et occupe la 104ème place au rang mondial. En 2008, le pays occupait la 113ème place pour l'indice de développement humain (IDH) défini par les Nations Unies, avec 65 pour cent de la population vivant en dessous du seuil de pauvreté, un taux de mortalité infantile de 43 pour mille et une espérance de vie de 66 ans.

La principale activité économique du peuple bolivien est l'agriculture, bien que la plus importante source de revenus du pays soit l'exploitation des ressources naturelles, principalement des hydrocarbures sous forme de gaz naturel.

Ces caractéristiques font de la Bolivie un des pays d'Amérique latine connaissant le niveau de progrès économique et social le plus faible. L'histoire du pays a été marquée par une forte instabilité politique et économique, avec des alternances très fréquentes du pouvoir.

Selon une analyse récente du FMI, l'économie de la Bolivie a été très prospère ces dernières années. Le pays a bénéficié d'une amélioration conséquente de ses termes d'échange (en particulier dans les secteurs minier et gazier), ce qui a renforcé son stock de réserves internationales et son excédent budgétaire. Même pendant la crise économique des dernières années, la position du pays parmi les pays en développement s'est améliorée en termes de performance macroéconomique. En 2009, l'économie a progressé de 3,25 pour cent, l'inflation a diminué et l'excédent budgétaire était proche de 4 pour cent du PIB. Selon le FMI, la politique budgétaire du gouvernement en 2010 semblait compatible avec un ensemble de réformes qui, à moyen terme, aurait pu contribuer à réduire la forte dépendance sur les revenus provenant de la production d'hydrocarbures. Le FMI indique également qu'il n'y a aucune preuve significative de désalignement des taux de change et que, dans le secteur financier, les réglementations récentes visent à renforcer la liquidité et à gérer le risque de crédit du pays semblent adéquates. L'amélioration du climat d'investissement est une priorité et inclut la récente approbation de mandats constitutionnels, qui, selon le FMI, semblent compatibles avec la recherche d'un cadre clair et stable pour l'investissement privé (FMI, 2010a).

Selon les données officielles, le PIB par habitant de la Bolivie, mesuré en termes réels, a considérablement augmenté au cours des dernières années, passant d'une moyenne d'environ 2 500 dollars au début des années 1990 à 3 059 dollars en 2009, soit une augmentation d'environ 20 pour cent en 10 ans. Ces chiffres concordent avec les données officielles concernant les performances récentes d'autres indicateurs tels que la consommation moyenne des ménages, le taux de consommation d'électricité, d'eau et de gaz, et les placements bancaires.

Au cours des dernières années, les principales évolutions en matière de protection sociale en Bolivie ont été l'extension de certains programmes d'aide sociale, y compris la consolidation d'une pension universelle non contributive pour toutes les personnes de 60

ans et plus connue sous le nom de *Renta Dignidad* (pension de la dignité), et la création de deux programmes de transferts conditionnels visant les groupes vulnérables, *Bono Juancito Pinto* et *Bono Juana Azurduy*.

Ce chapitre sur le cas bolivien analyse la portée du système universel de retraite et ses implications en termes d'investissement social, les sources d'appui financier et la stratégie pour créer l'espace budgétaire nécessaire, le contexte dans lequel le nouvel espace budgétaire a été généré, et la viabilité de ces changements.

3.2. Le système de protection sociale en Bolivie

En Bolivie, comme dans d'autres pays d'Amérique latine, le système de protection sociale a évolué vers un modèle qui associe des composantes contributives et non contributives à un certain nombre de prestations. En raison d'un large éventail de programmes, chacun avec sa palette de prestations, et du manque de coordination, le système est très fragmenté et les programmes contributifs ont une très faible couverture. Les pensions non contributives pour les personnes âgées sont l'exception en termes de couverture de protection sociale.

3.2.1. Prestations contributives

A l'exception de l'assurance-chômage, la composante contributive du système de sécurité sociale de la Bolivie couvre les risques énumérés dans la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952: invalidité, vieillesse, survivants, accidents du travail, assurance-maladie, congés maternité et maladie, allocations familiales et autres allocations (mariage, accouchement, allaitement et funérailles).

Jusqu'en 2010, le régime de pension contributif était administré par des fonds de pension privés, qui géraient des comptes individuels. Après un processus politique complexe, une nouvelle loi visant à nationaliser le système et transférer son administration à une entité étatique a été approuvée. En 2011, un processus de transition a été lancé afin de transférer progressivement la gestion du nouveau système à l'entité étatique. Les prestations de santé contributives et d'autres subventions sont administrées par les caisses d'assurance-maladie (*Cajas de salud*).

D'un point de vue historique, il convient de rappeler que la composante contributive a un taux de couverture très faible, qui compte parmi les trois plus faibles en Amérique latine. Une étude du BIT (Duran-Valverde et Picado, 2009) a estimé que moins de 13,5 pour cent de la population économiquement active cotisait au régime d'assurance-maladie, qui protège environ 30 pour cent de la population totale et moins de 15 pour cent de la population rurale. La situation du régime de retraite contributif est encore plus critique, puisque le taux de couverture n'a pas réussi à s'élever au-dessus du pic historique de 12 pour cent de la population économiquement active.

3.2.2. Prestations non contributives

Les prestations non contributives sont une composante majeure du système de protection sociale de la Bolivie et couvrent un large éventail de prestations dans des domaines essentiels comme les pensions de vieillesse, les services de soins de santé et les transferts conditionnels en espèces pour des groupes spécifiques. Voici les principaux programmes non contributifs:

- La pension universelle de vieillesse appelée *Renta Dignidad* pour tous les citoyens dès l'âge de 60 ans;

- L'assurance-maladie universelle pour les mères et les enfants (*Seguro Universal Materno Infantil* - SUMI), dont les bénéficiaires potentiels sont tous les enfants de moins de cinq ans et toutes les femmes enceintes dès le début de la grossesse jusqu'à six mois après l'accouchement. Elle ne couvre pas le traitement de maladies incluses dans l'assurance-maladie de base (*Seguro Básico de Salud* - SBS) pour la population générale;

- L'assurance-maladie pour les adultes (*Seguro de Salud para el Adulto Mayor* – SSPAM), une assurance complète gratuite conçue pour fournir des prestations de soins de santé à tous les niveaux dans le cadre du régime national de santé pour les citoyens de plus de 60 ans qui ne sont pas couverts par l'assurance-maladie sociale, qu'ils soient Boliviens ou étrangers résidant dans le pays;

- Le *Bono Juancito Pinto*, un transfert conditionnel en espèces pour l'assiduité scolaire. Il cible les segments les plus vulnérables de la population, tels que les enfants dans l'enseignement public formel, l'enseignement alternatif de la jeunesse et l'enseignement spécial;

- Le *Bono Juana Azurduy*, un transfert conditionnel en espèces pour des soins de santé en faveur des femmes durant la grossesse et l'accouchement et de leurs enfants de moins de deux ans. Il comprend quatre versements avant la naissance, un à la naissance et 12 jusqu'aux 2 ans de l'enfant;

- Un programme social de solidarité pour le logement (*Programa de Vivienda social y solidaria*), une subvention de 70 pour cent du coût du logement pour les personnes à faible capacité financière, avec des garanties individuelles et collectives.

Vers la fin de l'année 2009, les estimations officielles ont indiqué que les prestations au titre des trois programmes de transferts conditionnels avaient atteint environ 31 pour cent de la population totale de la Bolivie.

3.3. Renta dignidad: vers l'universalisation des pensions de vieillesse

Une des campagnes les plus exigeantes du président Juan Evo Morales s'est concentrée sur le renforcement du régime de pension non contributif. Cela a abouti à la création de la pension de vieillesse universelle (*Renta universel de vejez*), mieux connue en Bolivie sous le nom de *Renta Dignidad*. Le programme a été créé en 2007 par la Loi n° 3791 en remplacement du régime de retraite non contributif précédent connu sous le nom de *BONOSOL* [4].

La *Renta Dignidad* est administrée par le ministère de l'Economie et des Finances publiques, avec la participation de l'armée et du système bancaire national pour la fourniture des prestations.

La *Renta Dignidad* est une prestation de pension non contributive que l'Etat bolivien offre à tous les Boliviens de plus de 60 ans qui vivent dans le pays et qui ne reçoivent pas de pension de sécurité sociale contributive ou d'autre paiement prévu par le budget national. Elle est également versée aux bénéficiaires du régime de pension contributif,

[4] Créé en 1995, le programme BONOSOL permettait de distribuer 220 dollars aux Boliviens de plus de 65 ans sur une période de plus de dix ans. Le programme a été financé par un fonds créé à partir de la privatisation des entreprises d'Etat en 1997 sous la présidence de Juan Evo Morales.

jusqu'à 75 pour cent du montant total de la *Renta Dignidad*, et couvre également les frais d'obsèques.

Le montant de la *Renta Dignidad* est de 200 bolivars par mois (environ 28,5 dollars) pour les personnes qui ne bénéficient pas du régime de pension contributif, et 150 bolivars par mois (environ 21 dollars) à ceux qui reçoivent une pension au titre du régime de l'assurance sociale obligatoire. Les calculs basés sur le *Boletín estadístico* du Bureau du vice-ministre des retraites (SPSV, 2009) montrent que vers la fin de 2009, la pension mensuelle moyenne s'élevait à 27 dollars.

La principale innovation de ce régime est sa source de financement. Les prestations universelles proviennent de la caisse de pension universelle de vieillesse (*Fondo de renta universal de vejez)*, qui est financée comme suit:

a) 30 pour cent de toutes les ressources reçues par l'Etat au titre de l'impôt direct sur les hydrocarbures provenant des préfectures, des municipalités, du Fonds pour le développement des peuples indigènes d'Amérique latine et du Trésor public.

b) Les dividendes des entreprises publiques qui ont été «capitalisées» (partiellement vendues par l'Etat aux sociétés transnationales), selon la proportion d'actions détenues par tous les citoyens en Bolivie [5].

La *Renta Dignidad* est payée sur une base mensuelle, selon la date de naissance du bénéficiaire. Pour pouvoir en bénéficier, il faut présenter une pièce d'identité.

Pour pouvoir bénéficier de la *Renta Dignidad*, le bénéficiaire doit être âgé d'au moins 60 ans, être citoyen bolivien ou naturalisé, être domicilié dans le pays et avoir une pièce d'identité nationale. La prestation peut être versée à une institution financière agréée, ce qui correspond dans la pratique à l'ensemble du système bancaire national ainsi qu'à des bases militaires approuvées.

Comparée au régime non contributif précédent, la *Renta Dignidad* s'est traduite par une amélioration substantielle de l'accès aux pensions de retraite. En 2008, l'ancien versement annuel a été remplacé par un versement mensuel et la limite d'âge est passée de 65 à 60 ans. Depuis lors, le nombre de bénéficiaires a augmenté de façon remarquable, passant de près de 450 000 retraités en 2006 à 750 000 en 2009, soit une augmentation de 65 pour cent en moins de quatre ans.

3.4. Indicateurs de couverture

Au cours de la dernière décennie, la couverture des programmes de protection sociale de la Bolivie a enregistré une forte augmentation, à l'exception des programmes de pensions contributifs et d'assurance-maladie, comme le montre le tableau 5.

[5] La capitalisation a impliqué une augmentation du capital de certaines entreprises d'Etat, grâce à de nouvelles contributions d'investisseurs privés étrangers, pour un montant égal à leur valeur comptable. Ainsi, 50 pour cent des actions sont passées dans les mains des investisseurs privés, tandis que les autres 50 pour cent ont été offerts aux citoyens boliviens (ceux domiciliés dans le pays et âgés de 21 ans avant le 31 décembre 1995). Ces actions ont constitué le Fonds de capitalisation collective (FCC), dont l'administration a été confiée aux administrateurs de fonds de pension (AFP) du régime d'assurance sociale obligatoire. Les bénéfices provenant de la vente de ces actions étaient la seule source de financement de BONOSOL. L'ensemble du processus a été inversé en 2006, quand Juan Evo Morales a repris le pouvoir après un référendum en 2004.

La faible couverture des régimes contributifs est principalement attribuable à l'existence d'une très forte proportion de travailleurs indépendants, dont la plupart travaillent dans l'économie informelle ou dans le secteur de l'agriculture traditionnelle. Ceci va de pair avec un taux de fraudes aux cotisations de sécurité sociale élevé, même dans l'économie formelle.

Tableau 5. Indicateurs de couverture de protection sociale en Bolivie, 2000-2009

Indicateur	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Pensions contributives, cotisants en % de la PAE[1]	11,1	10,8	10,9	12,1		
Assurances-maladie, cotisants en % de la PAE	12,4	14,4	14,5	15,7		
Population de 60 ans et plus, bénéficiant d'une pension contributive (%)	17,6	15,6	15,5	15,3	15,7	
Population de 60 ans et plus, bénéficiant d'une pension non contributive (%)	62,1	75,8	71,7	75,2	110,7	
Population de 60 ans et plus, bénéficiant d'une pension (%)	79,7	91,4	87,2	90,5	126,4	
Couverture des programmes d'assistance sociale (% population totale)	4	5	16,8	23,1	33,6	36,8
«*Renta Dignidad*»	4	5	4,7	5	7,5	7,3
Programme «*Juancito Pinto*»	-	-	11,3	13,5	18	18
Programme «*Juana Azurduy*»[2]	-	-	-	-		3,6
Programmes d'alphabétisation	-	-	0,8	4,6	8,2	8

[1] PAE = Population Active Employée

[2] Le programme Juana Azurduy a débuté en mai 2009.

Source: Banque mondiale, 2010; APS, 2010; BIT, 2010b; FMI, 2010b; UDAPE, 2010; Ministère bolivien de l'Economie et des Finances publiques, 2010.

Contrairement aux programmes contributifs, tous les programmes non contributifs ont rapidement augmenté en l'espace de quelques années, notamment la *Renta Dignidad*, le *Bono Juancito Pinto*, le *Bono Juana Azurduy* et le programme d'alphabétisation nouvellement créé (*Programa libre de alfabetización*), avec un nombre total de bénéficiaires qui est passé de 4 pour cent à près de 37 pour cent de la population totale en 10 ans.

L'extension de la couverture de la *Renta Dignidad* a été particulièrement importante. En 2000, quelque 60 pour cent de la population âgée de 60 ans et plus recevaient une pension non contributive [6]. Les données officielles sur les bénéficiaires enregistrés à partir de 2008 combinées avec les projections démographiques des Nations Unies (CEPALC, 2010a) indiquent un taux de couverture de 100 pour cent [7].

Ces statistiques illustrent l'importance moindre de la composante contributive du système de sécurité sociale, du moins en ce qui concerne le nombre de personnes

[6] Il convient de noter qu'avant 2006 le programme *Renta Dignidad* était universellement accordé aux personnes de 65 ans et plus.

[7] La couverture supérieure à 100 pour cent peut être justifiée par: certaines failles dans les données; des cas dans lesquels une personne reçoit plus d'une pension non contributive (fraude); ou la réception simultanée des deux types de pensions (juridiquement possible).

couvertes, et l'inefficacité relative de l'assurance sociale en termes de couverture au fil des ans. Les indicateurs de couverture permettent également d'affirmer que la création de BONOSOL et sa consolidation ultérieure sous la forme d'une pension de vieillesse universelle, la *Renta Dignidad*, est sans doute le progrès le plus important de la politique de protection sociale en Bolivie des dernières années. En réalité, l'élément le plus important de la réforme structurelle du système de retraite de la Bolivie est le régime de retraite non contributif, sans doute beaucoup plus important que le passage d'un régime à prestations déterminées à un régime de comptes individuels.

Les statistiques de couverture des programmes non contributifs en Bolivie confirment que le pays est un exemple incontestable de réussite en termes de politiques relatives aux droits universels de protection sociale. Dans les parties suivantes, nous analyserons les stratégies de financement de ces mesures en termes de mobilisation durable d'un espace budgétaire.

3.5. Comment l'espace budgétaire nécessaire pour financer l'extension de la couverture sociale non contributive a-t-il été créé?

En raison de l'importance de la protection sociale dans les économies nationales, la création d'un espace budgétaire pour financer l'extension de la couverture est l'un des plus grands défis de la politique sociale, puisqu'une politique universelle nécessite généralement la mobilisation d'un volume important de ressources.

En Bolivie, l'élargissement de la couverture des programmes de protection sociale précédemment décrit, en grande partie sous la forme de prestations non contributives, a été rendu possible par la combinaison de deux phénomènes, qui ont eu lieu dans des circonstances politiques très différentes, voire contradictoires:

a) Tout d'abord, dans les années 1990, on a pu assister à la vente massive d'actifs publics au secteur privé, connue en Bolivie comme le phénomène de capitalisation des biens de l'Etat. Ce processus a joué un rôle majeur dans la création du Fonds de capitalisation collective (FCC). La seule fonction du FCC était d'appuyer le BONOSOL, une prestation payable à tous les Boliviens âgés de 65 ans. Il est important de garder à l'esprit que ce processus de vente des biens de l'Etat a eu lieu en même temps que la réforme du système de retraite bolivien, qui a introduit des comptes individuels sous l'administration privée des fonds de pension (AFP). BONOSOL était donc un élément essentiel de la politique économique de la privatisation des biens de l'Etat.

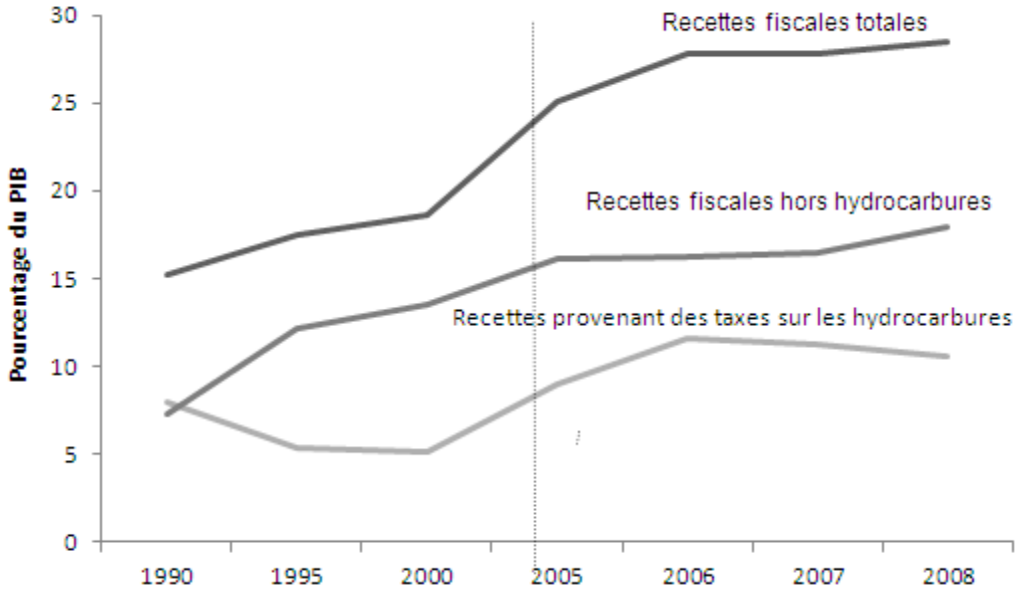
b) Deuxièmement, la renationalisation du secteur des hydrocarbures a été décrétée en 2006. En vertu de la nouvelle loi, l'Etat a récupéré la pleine propriété, la possession ou le contrôle total des ressources naturelles en hydrocarbures du pays. En outre, la loi sur la nationalisation a établi un nouveau régime qui a radicalement changé la distribution des revenus provenant de la production d'hydrocarbures: 82 pour cent des recettes pour l'Etat et 18 pour cent pour les entreprises privées. En conséquence, les recettes de l'Etat bolivien provenant de l'exploitation et de la vente d'hydrocarbures ont été multipliées, et ont à leur tour entraîné une augmentation significative des recettes fiscales (et donc de l'espace budgétaire).

Ainsi, la consolidation de la *Renta Dignidad* est le produit historique de deux processus politiquement et idéologiquement antagonistes. Son prédécesseur, BONOSOL, avait été conçu comme un instrument de «compensation politique» pour la privatisation des biens de l'Etat lors de la montée du néolibéralisme en Bolivie. A ce stade précoce, il a été un moyen d'offrir un régime de retraite non contributif à une génération spécifique de

Boliviens. La deuxième phase, qui a consolidé le financement et l'universalité de l'instrument en tant que droit du citoyen, s'est produite suite au transfert du pouvoir politique dans les mains des dirigeants socialistes.

En tant qu'outil de création d'un espace budgétaire, la méthode bolivienne semble novatrice, car elle découle d'une renégociation des conditions d'exploitation des ressources naturelles du pays. En fait, depuis les années 1990, l'augmentation des recettes fiscales de la Bolivie est presque continue (figure 8) et les recettes fiscales totales sont passées d'environ 15,3 pour cent du PIB en 1990 à 28,5 pour cent en 2008 [8].

Figure 8. Recettes fiscales totales et recettes provenant des taxes sur les hydrocarbures en pourcentage du PIB en Bolivie (1990-2008)



Source: Banque centrale de Bolivie, 2009; Banque mondiale, 2010.

Dans une large mesure, on peut attribuer le nouvel espace budgétaire de la Bolivie aux recettes du gouvernement provenant de la production et de la vente d'hydrocarbures. Les impôts publics sur les recettes provenant des taxes sur les hydrocarbures représentaient 5,3 pour cent du PIB en 1995, et sont passés à 9 pour cent en 2005 pour atteindre 11,3 pour cent du PIB en 2007.

Les recettes fiscales globales de la Bolivie en termes de PIB, y compris les recettes provenant des taxes sur les hydrocarbures, sont désormais supérieures à la moyenne en Amérique latine.

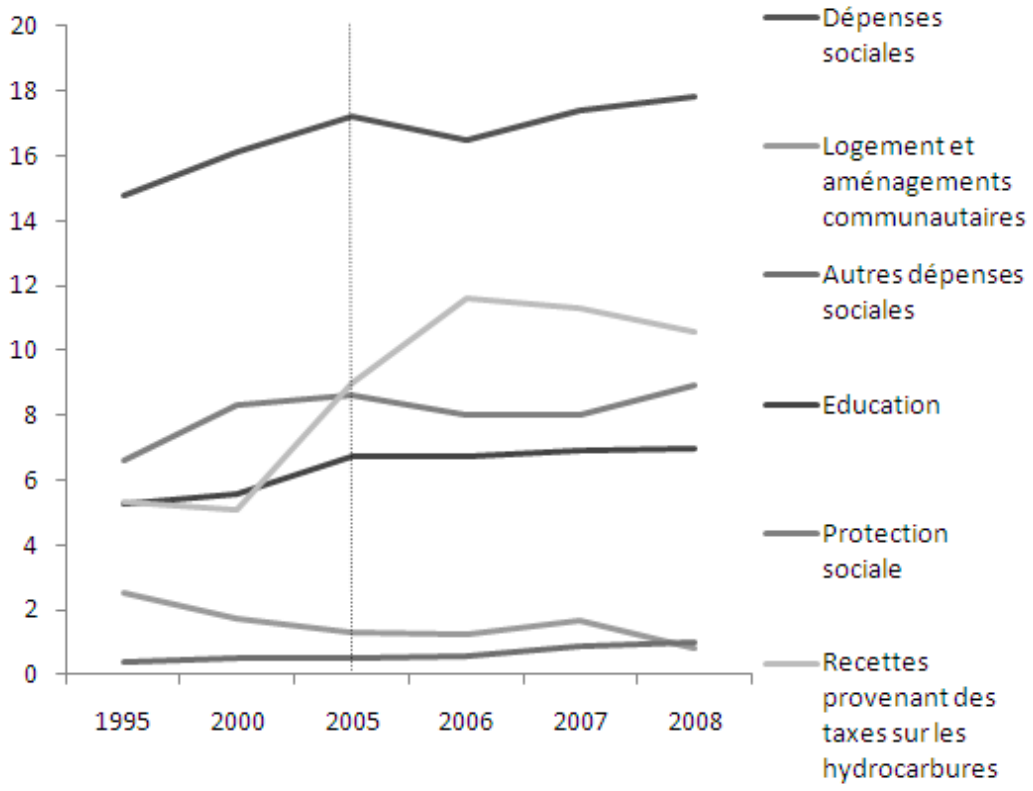
Il ne faut pas oublier de mentionner les efforts de l'Etat bolivien visant à augmenter la charge fiscale dans d'autres domaines que le secteur des hydrocarbures. En réalité, cette charge n'a cessé de croître au cours des 15 dernières années. Entre 1995 et 2008, les recettes fiscales non liées aux hydrocarbures, notamment les cotisations de sécurité sociale, sont passées de 12,2 pour cent à 17,9 pour cent du PIB (figure 9).

[8] Y compris les cotisations à la sécurité sociale.

Le comportement de l'indicateur de pression fiscale de la Bolivie projette une image positive des politiques de création d'espace budgétaire entreprises dans le pays au cours des 15 dernières années.

Compte tenu de ce processus de création d'espace budgétaire, la mesure dans laquelle le nouvel espace budgétaire a été alloué au financement du développement, en particulier à la promotion de l'investissement social, est indispensable.

Figure 9. Dépenses sociales en pourcentage du PIB et recettes provenant des taxes sur les hydrocarbures en Bolivie (1995 – 2007)



Source: Ministère bolivien de l'Economie et des Finances publiques (*Ministerio de Economía y Finanzas Públicas*), 2008; FMI, 2010b.

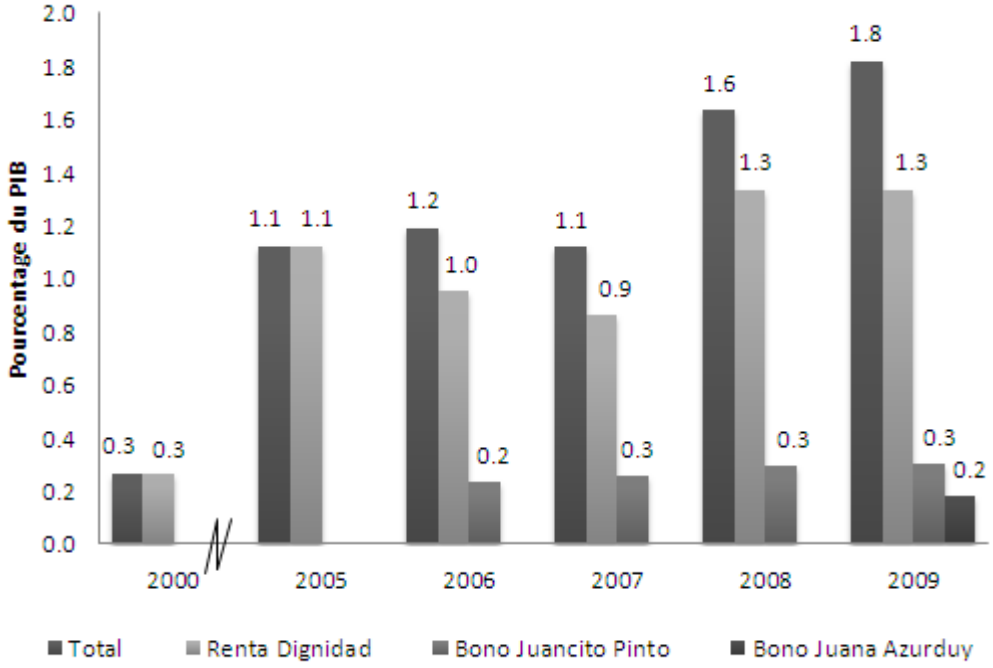
Le principal indicateur de la priorité macroéconomique accordée aux dépenses sociales, c'est-à-dire le ratio des dépenses dans les secteurs sociaux sur le PIB, montre que la politique publique a clairement mis l'accent sur l'investissement social. Entre 1995 et 2007, le ratio des dépenses sociales sur le PIB a augmenté de 4,7 points de pourcentage; cette augmentation a été inférieure à l'augmentation globale de 11 points de pourcentage dans les recettes fiscales totales. Les nouveaux investissements, quoique significatifs en termes relatifs, étaient encore plus faibles que l'augmentation des recettes de l'Etat provenant exclusivement de la vente des hydrocarbures (6 points de pourcentage du PIB sur la même période). Ces indicateurs reflètent une politique prudente, mais non restrictive vis-à-vis de l'allocation des ressources fiscales par rapport au nouveau poids de la charge fiscale bolivienne.

Il faut souligner l'importante contribution des recettes des hydrocarbures par rapport au volume des dépenses sociales; ces recettes équivalent actuellement à deux tiers du total des dépenses de la Bolivie dans le secteur social (figure 9).

Le degré de priorité donné aux investissements dans la protection sociale est également important. Bien que les programmes d'assurance sociale contributifs n'aient pas réussi à augmenter leurs recettes au-delà des niveaux historiques des deux dernières décennies, la protection sociale non contributive a reçu un coup de pouce considérable, clairement facilité par le nouvel espace budgétaire. Il convient de souligner que cette situation est très différente de celle des autres pays de la région, comme l'Argentine, le Brésil, le Chili et la Colombie. Contrairement à la Bolivie, ces pays ont réussi à mobiliser des quantités substantielles de recettes par le biais de cotisations sociales.

Les dépenses totales de protection sociale, à caractère contributif ou non contributif, sont passées de 4,6 pour cent à 7,6 pour cent du PIB entre 1995 et 2007. Durant la même période, les dépenses de protection sociale en termes réels ont été multipliées par un coefficient de 2,5. La majeure partie de cette augmentation est due à l'accroissement des dépenses des programmes non contributifs.

Figure 10. Tendances des dépenses liées aux programmes d'assistance sociale en pourcentage du PIB en Bolivie



Source: Source: Ministère bolivien de l'Economie et des Finances publiques (*Ministerio de Economía y Finanzas Públicas*), 2010; UDAPE, 2010.

L'investissement dans les trois principaux programmes non contributifs de protection sociale (*Renta universal de vejez* pour les pensions de vieillesse, *Bono Juancito Pinto* pour les prestations pour l'éducation et *Bono Juana Azurduy* pour les allocations de maternité et pour les enfants) a rapidement augmenté au cours de la dernière décennie, principalement en raison de l'extension de la couverture des pensions non contributives (*Renta dignidad*). En 2009, le chiffre officiel des dépenses liées à ces trois programmes équivalait à 1,8 pour cent du PIB, dont près des trois quarts alloués à la *Renta Dignidad* (figure 10).

3.6. L'espace budgétaire et la durabilité des investissements pour le développement

Certes, la création de *Renta dignidad* et d'autres programmes de transferts conditionnels en espèces établis récemment en Bolivie a été une réussite, étant donné le choix limité de politiques publiques de protection sociale dans le pays. C'est également le cas dans de nombreux autres pays à faible et moyen revenus.

Compte tenu du stade de développement économique et social en Bolivie, en particulier si l'on tient compte de la grande importance de l'économie informelle dans la création totale de l'emploi, il est impossible d'identifier les options permettant une couverture universelle, ou même une extension significative de la couverture existante, qui serait entièrement fondée sur un financement contributif. Dans tous les cas, les résultats qui pourraient être obtenus par l'extension de l'assurance contributive à l'ensemble de l'économie formelle, bien que nécessaire et indispensable dans une stratégie à long terme, ne seraient pas significatifs à court et à moyen terme.

Au vu de leur source de financement, la viabilité de *Renta Dignidad*, le plus coûteux des programmes non contributifs, et d'autres programmes d'assistance sociale créés ces dernières années semble être directement liée à la capacité de la Bolivie de générer des recettes de l'exploitation de ses ressources en hydrocarbures. La Bolivie étant très riche en hydrocarbures, surtout en gaz naturel, la durabilité de tout régime dépendra aussi de l'évolution future du pacte social et politique, lui-même à l'origine de l'augmentation des dépenses de protection sociale. Cette évolution est très complexe et difficile à prévoir, surtout dans un pays qui, tout au long de son histoire, a fait preuve d'instabilité politique.

Contrairement à d'autres pays qui bénéficient également d'une quantité importante de ressources naturelles à extraire et exploiter commercialement, la Bolivie semble faire de gros efforts pour élargir son espace budgétaire par d'autres moyens, notamment des recettes fiscales régulières, sans exclusivement tenir compte de sa richesse en hydrocarbures. Ceci est un signe prometteur pour assurer la pérennité de l'espace budgétaire déjà capitalisé.

3.7. Les effets d'un nouvel investissement social en Bolivie

Dans le cas de la Bolivie, en plus de la viabilité de l'espace budgétaire créé par les taxes sur l'exploitation des ressources naturelles, il est possible d'évaluer la création d'un espace budgétaire du point de vue de la qualité des nouvelles dépenses sociales, notamment en termes de leur influence sur les objectifs de développement.

Plusieurs études ont documenté les réalisations récentes du pays concernant la croissance de l'investissement et la réduction de la pauvreté et, plus généralement, la réalisation des OMD. Une étude quantitative prospective menée par Valdivia et Monténégro (2009) affirme que depuis 2006, le taux de croissance de l'investissement public a augmenté, comprenant une hausse de 3 pour cent de l'investissement social et une autre de 3 pour cent de l'investissement dans le secteur de la production. Le même auteur affirme que les transferts réalisés par le biais de la *Renta Dignidad* et les indemnités versées par le *Bono Juancito Pinto* et le *Bono Juana Azurduy* ont eu un effet intergénérationnel sur le niveau de protection de la société bolivienne: «[…] Ce choc budgétaire a eu pour principal effet d'augmenter le niveau de protection des personnes disposant de moins de ressources, ainsi que le PIB de 1,1 pour cent par rapport à sa tendance naturelle» (Valdivia et Monténégro, 2009).

En Bolivie, des améliorations ont été documentées dans l'accès à l'éducation et à la santé maternelle et infantile, grâce à des programmes d'incitations financières. En ce qui

concerne les prestations pour l'assiduité scolaire, Pardo (2010) souligne que le taux de fréquentation scolaire des 6-11 ans en Bolivie a augmenté de 2,6 points de pourcentage entre 2006 et 2007. En outre, on estime qu'en moyenne, les familles des zones urbaines avec des enfants scolarisés en primaire ont dépensé près de 375 bolivianos chaque année (environ 55 dollars) pour l'éducation et que la prestation pour l'éducation peut couvrir 53 pour cent des dépenses de la famille pour l'éducation dans les zones urbaines et plus de 100 pour cent dans les zones rurales. L'augmentation des taux de scolarisation a également été documentée.

En ce qui concerne l'impact de la *Renta Dignidad*, on estime qu'en 2008, près de 7 pour cent de la population et 20 pour cent de l'ensemble des ménages ont bénéficié du programme, qui a contribué à hauteur de 9,4 pour cent du revenu mensuel du ménage et a donc eu un impact significatif sur la demande interne (Pardo, 2010).

Quant à l'impact sur la pauvreté, Pardo (2010) a estimé que grâce aux programmes de transferts conditionnels en espèces, l'extrême pauvreté diminuerait de 14,6 points de pourcentage entre 2007 et 2015 et que si les prestations de ces programmes n'étaient pas accordées, alors le pourcentage de personnes vivant dans la pauvreté extrême en 2008 serait supérieur de 39,8 pour cent.

3.8. Enseignements

Enseignement 1

Il est possible de renégocier les termes de la répartition des richesses générées par l'exploitation des ressources naturelles. Les pays en développement jouissant de ressources naturelles ont un avantage évident en termes de leur capacité à financer les dépenses publiques et les investissements sociaux, surtout pour le développement. Cependant, à en juger par l'histoire de la Bolivie, un pays qui au cours des cinq derniers siècles a connu plusieurs cycles d'exploitation massive de ses ressources naturelles non renouvelables (argent, guano, caoutchouc, étain et hydrocarbures), cet objectif ne semble pas facile à atteindre, notamment si l'on considère l'économie politique. Le cas de la Bolivie montre qu'il est possible, politiquement et économiquement, de renégocier les conditions de la répartition des bénéfices tirés de l'exploitation des ressources naturelles afin d'obtenir des conditions plus équilibrées et équitables pour le pays. En Bolivie, cette renégociation a été radicale, et en raison de l'influence positive sur la création d'un espace budgétaire, elle représente une étape stratégique vers le développement durable et la croissance économique.

Enseignement 2

Les recettes de l'Etat provenant de l'exploitation des ressources naturelles peuvent représenter une part importante de l'investissement pour le développement. Les recettes de la Bolivie provenant de l'exportation des hydrocarbures représentent environ 40 pour cent des recettes fiscales totales et 10 pour cent du PIB. Ce point est très important, puisque ces sources «nouvelles» équivalent à plus des deux tiers des dépenses totales de la Bolivie dans le secteur social. Au cours des deux dernières décennies, le coût de la protection sociale a considérablement augmenté, mais il a été largement dépassé par l'augmentation des impôts sur les bénéfices provenant des hydrocarbures.

Enseignement 3

Les prestations non contributives de protection sociale sont une option viable pour parvenir à une couverture universelle dans les pays où il existe une économie informelle importante. L'exemple de la Bolivie montre que, même si la possibilité

d'étendre l'assurance sociale traditionnelle est limitée (principalement à cause de la prédominance de l'économie informelle), un régime de prestations non contributives est une option viable pour garantir les droits universels conformément à l'approche des socles de protection sociale du BIT. Cependant, il ne faut en aucun cas négliger le financement des politiques et d'autres efforts visant à accroître le niveau de taxation dans les secteurs de l'économie où cela est possible, ni les stratégies de création d'espace budgétaire, passant par une augmentation des charges sociales, et le renforcement de la protection sociale à long terme.

Enseignement 4

L'investissement dans la protection sociale paie. Des études récentes sur les répercussions d'un investissement social accru en Bolivie confirment les avantages d'une telle stratégie pour la croissance économique. La Bolivie prouve clairement que l'argument selon lequel l'investissement dans la protection sociale va à l'encontre de l'investissement privé est faux. Cette idée est erronée, car il est évident que les dépenses de protection sociale, quelles que soient leurs origines, sont injectées dans l'économie et font partie d'un flux circulaire de revenus. Ces injections de ressources sont utiles pour appuyer la croissance des dépenses à court terme et, en augmentant le capital humain, elles contribuent à la stabilisation macroéconomique en temps de crise, qui est elle aussi un véritable facteur de l'élargissement de l'espace budgétaire.

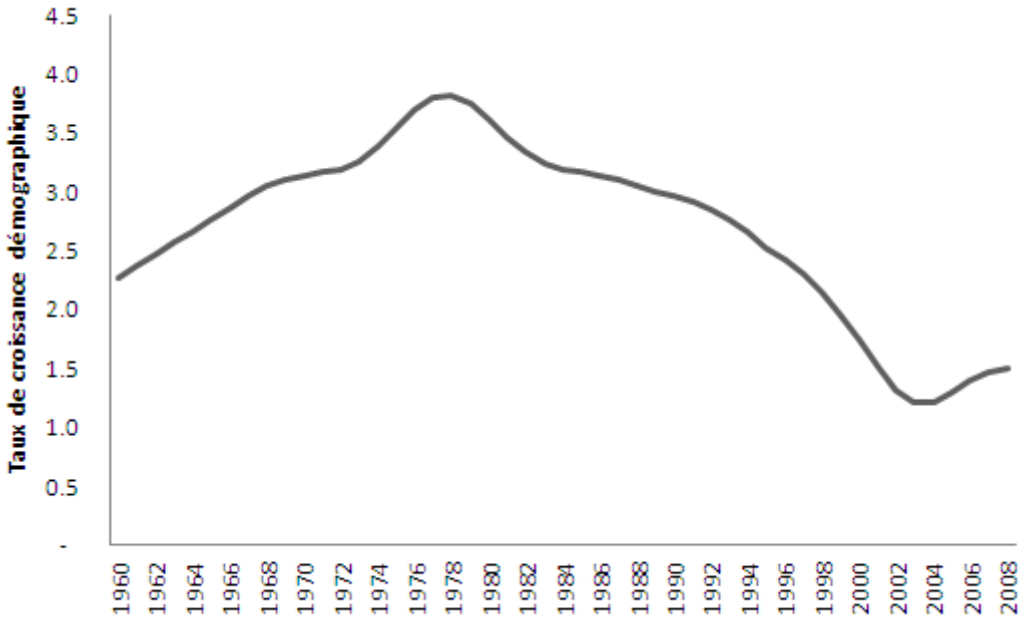
4. Les fondements d'une amélioration de la protection sociale au Botswana

4.1. Profil du pays

Situé en Afrique australe, le Botswana est une république parlementaire devenue indépendante en 1966. Le pays est enclavé entre la Namibie au nord et à l'ouest, l'Afrique du Sud au sud et au sud-est et le Zimbabwe au nord-est. Le Botswana s'étend sur une superficie totale de 581 730 km^2 et est le 47ème plus grand pays au monde. Depuis l'indépendance, des élections libres et démocratiques ont eu lieu dans le pays.

En 2010, la population totale était estimée à 1 978 000 millions d'habitants, selon la base de données de la Division de la population des Nations Unies (Département des affaires économiques et sociales, 2010). En 1978, le taux de croissance démographique a atteint son maximum de 3,8 pour cent, puis il a commencé à diminuer pour finalement atteindre un taux faible de 1,2 pour cent en 2003 et 2004 (figure 11). Selon le taux de croissance démographique actuel, la population devrait atteindre 2,7 millions d'habitants en 2050.

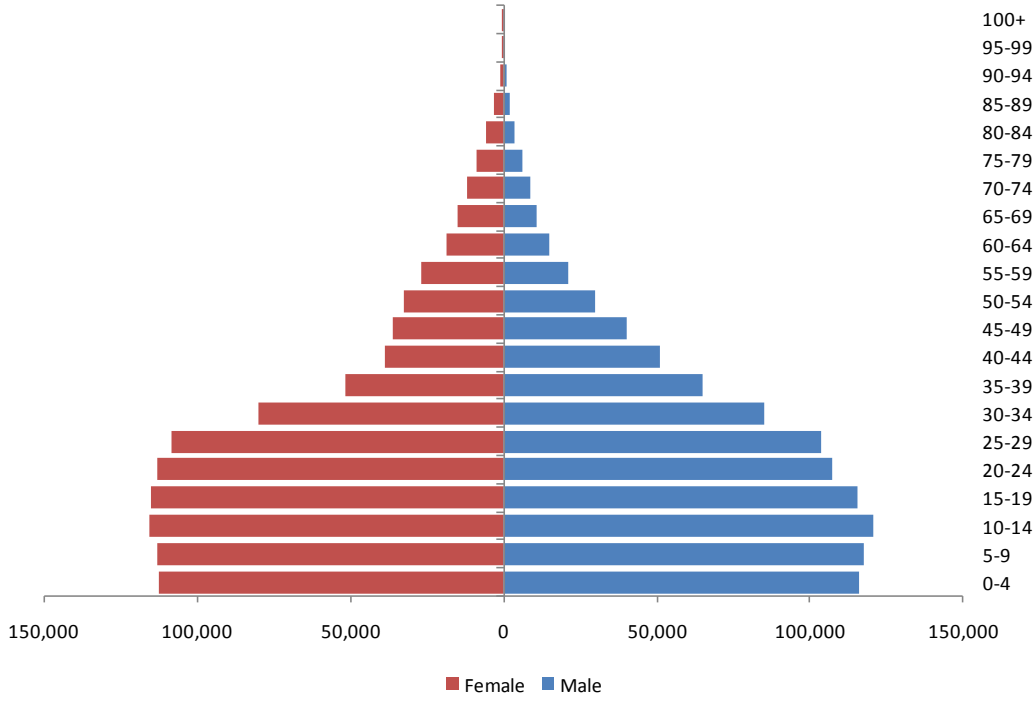
Figure 11. Taux de croissance démographique au Botswana, 1960-2008



Source: base de données de la Division de la Population des Nations Unies, 2009.

Dans l'ensemble, la population du Botswana est jeune, avec un âge médian de 21,7 ans. La pyramide des âges (figure 12) montre une forte prédominance des tranches d'âge inférieures. En 2010, un tiers de la population avait moins de 14 ans et 75 pour cent de la population en avait moins de 30. À l'autre extrémité de la pyramide des âges, seulement 5,5 pour cent de la population actuelle est âgée de 60 ans ou plus.

Figure 12. Pyramide des âges au Botswana, 2010



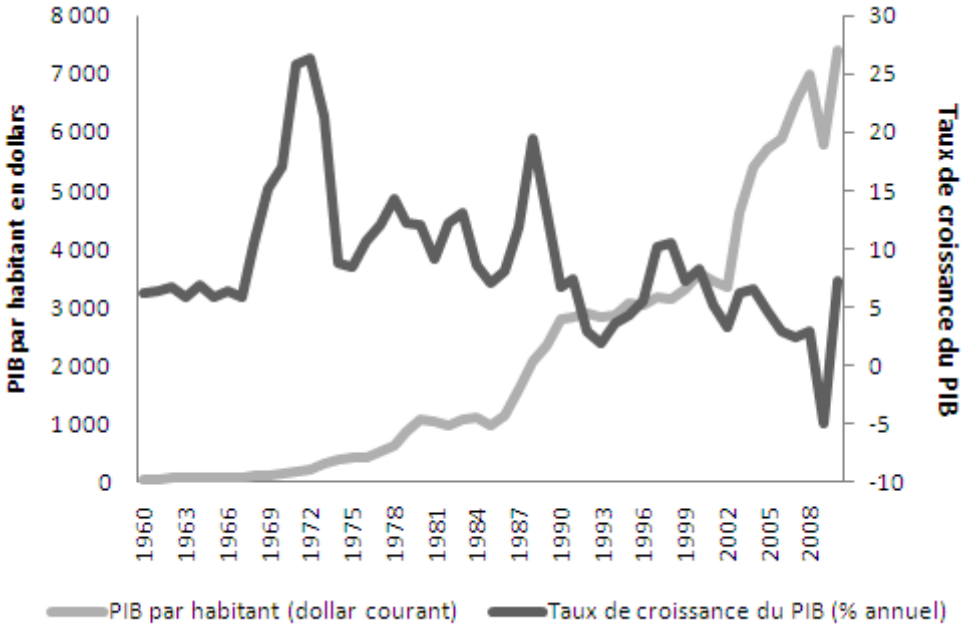
Source: Bureau du recensement américain, 2010.

Quasiment tous les principaux indicateurs démographiques ont montré une tendance à la baisse au cours des trois dernières décennies. Le taux de fécondité est passé de 3,8 naissances par femme en 1995 à un chiffre attendu de 2,5 naissances par femme en 2010, tandis que le taux brut de natalité est passé de 30 à 23 naissances pour 1 000 habitants au cours de la même période.

En termes économiques, le Botswana produit 22 pour cent des diamants du monde et il occupe la première place pour la production de ce minéral. Depuis l'indépendance du pays, l'économie a été stimulée par les exportations de diamants, et c'est sans doute l'élément qui permet le mieux de comprendre la performance économique du Botswana.

Entre 1966 et 2005, le Botswana a enregistré la plus forte croissance économique au monde, avec un taux moyen de croissance économique annuelle de 9 pour cent. Entre 1966 et 1990, le taux de croissance moyen était encore plus élevé (13 pour cent), bien que la croissance moyenne de 10 ans ait ralenti après 1980, passant de 11,5 pour cent en 1980 à 5,1 pour cent dans les années 1990 et à 4,7 pour cent dans les années 2000 (figure 13). La performance impressionnante de son économie a permis au pays de multiplier son PIB par habitant par un coefficient de 50 entre 1970 et 2008. Malgré le ralentissement de la croissance dans les années 2000, le PIB par habitant a doublé.

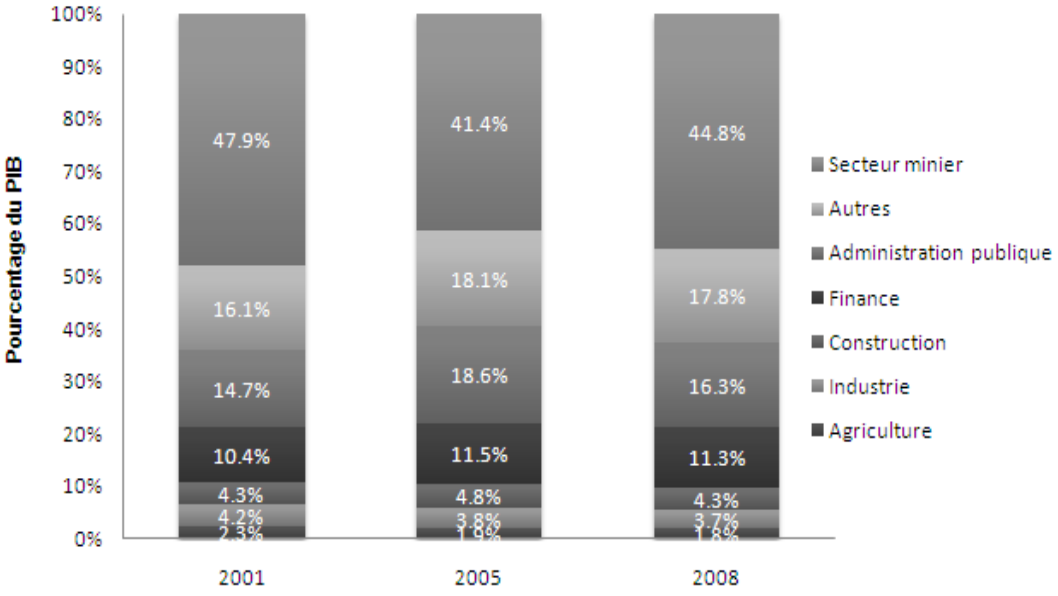
Figure 13. Taux de croissance du PIB et du PIB par habitant au Botswana, 1960-2010



Source: Banque mondiale, 2010.

L'économie du Botswana est une économie axée sur les ressources, et se distingue par sa forte dépendance aux exportations de diamants, le produit principal du pays depuis l'indépendance. Par conséquent, il n'est pas surprenant que l'exploitation minière soit la principale activité économique du pays; elle représentait 45 pour cent du PIB en 2008. La participation du secteur de l'administration publique, le deuxième secteur au Botswana, représente environ un tiers de la contribution du secteur minier (figure 14).

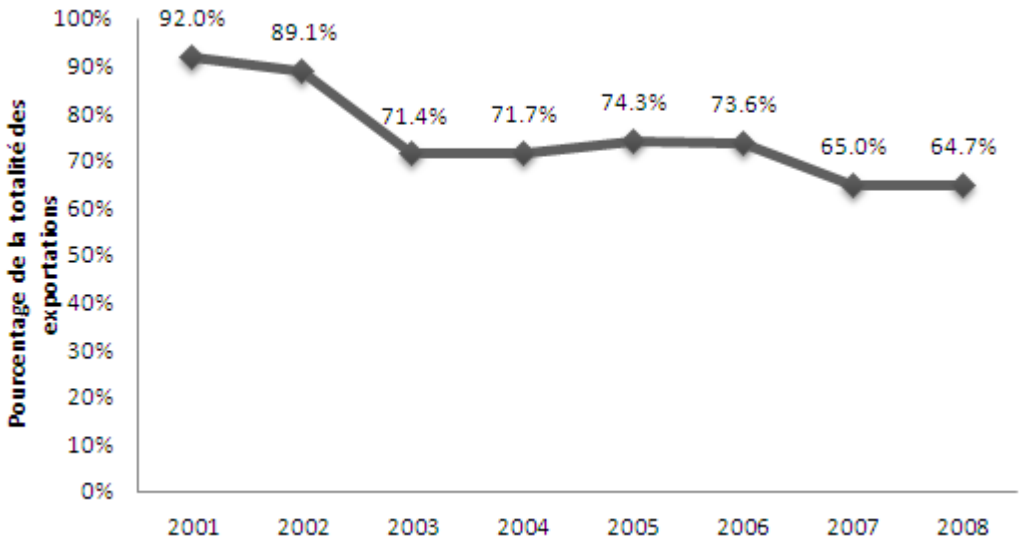
Figure 14. Structure de l'économie par secteur au Botswana



Source BAD *et al.*, 2010.

Historiquement, les diamants ont représenté plus de 90 pour cent du total des exportations, mais après 2003, leur part a diminué pour atteindre 65 pour cent en 2008 (figure 15). Cette baisse de la part des diamants dans les exportations totales a été le résultat de deux facteurs. Tout d'abord, la demande de diamants sur le marché international a fortement chuté durant la crise financière de 2008 [9]. Deuxièmement, d'autres exportations du Botswana ont augmenté à des taux très dynamiques bien supérieurs à la performance des diamants. Alors que les exportations de diamants ont augmenté en moyenne de 5,5 pour cent par an entre 2001 et 2008, les exportations de matte de nickel-cuivre et de textile ont augmenté de 43 pour cent et 49 pour cent respectivement.

Figure 15. Exportations de diamants en pourcentage de la totalité des exportations du Botswana, 2001-2008



Source: BAD *et al.*, 2010.

Deux caractéristiques supplémentaires façonnent l'économie du Botswana. La première est que le taux de chômage était estimé à 7,5 pour cent en 2007, certaines sources citant même un taux à deux chiffres. Durant les années pour lesquelles des données sont disponibles, le taux de chômage moyen était de 21,4 pour cent entre 1990 et 2006.

La deuxième caractéristique est la prévalence de faibles taux d'inflation depuis 1997. A l'exception de 2006 (11,6 pour cent) et 2008 (12,7 pour cent), l'indice des prix à la consommation a augmenté en moyenne de 8,4 pour cent entre 1997 et 2009.

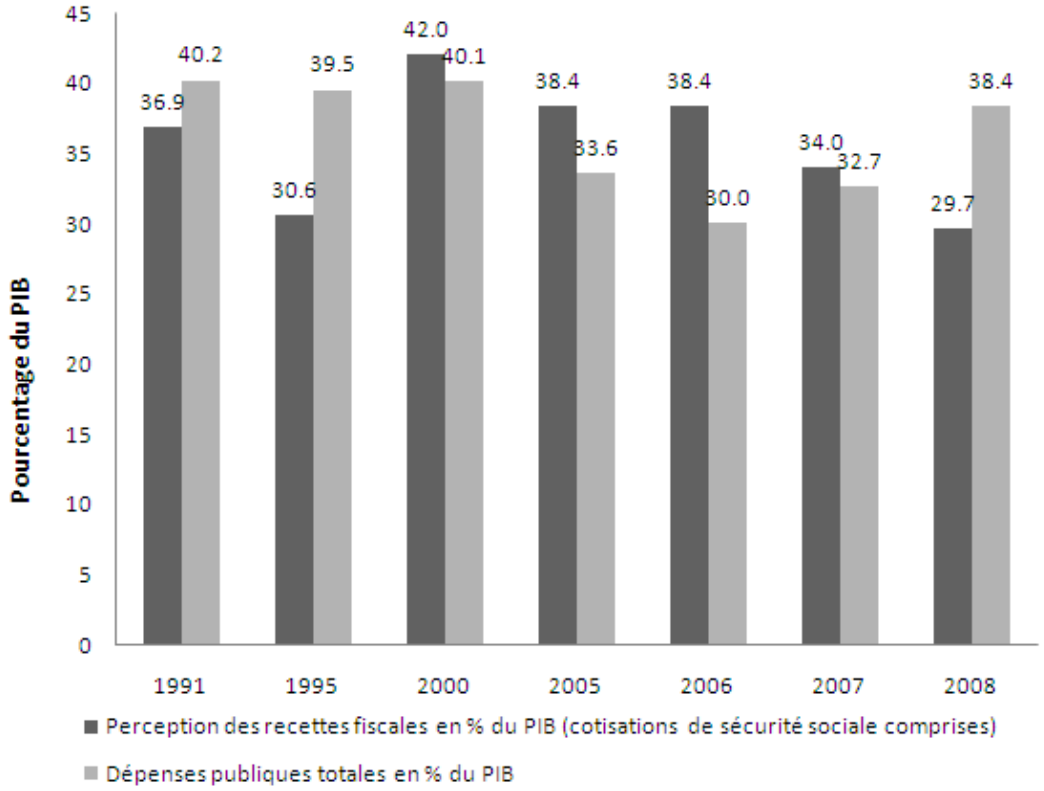
En matière fiscale, depuis l'indépendance jusqu'en 1995, l'économie a enregistré une grande accumulation de réserves internationales et un excédent budgétaire durable. En dépit de recettes fiscales en forte croissance (provenant principalement des taxes à l'exportation de diamants et d'une croissance économique accélérée), le gouvernement a maintenu une politique prudente et aucun déficit budgétaire n'a jamais été observé. En 2008, les recettes fiscales ont représenté 29,7 pour cent du PIB, avec une moyenne de 35,7 pour cent du PIB entre 1995 et 2008 (figure 16).

La participation du gouvernement dans l'économie est également élevée pour un pays en développement. En 2008, les dépenses publiques ont représenté 38 pour cent du PIB, alors qu'entre 1995 et 2008, le taux moyen de participation du secteur public était de

[9] Voir article: http://www.nytimes.com/2009/02/20/business/worldbusiness/20iht-diamond.4.20339704.html.

36,4 pour cent. Le chiffre de 2008 suggère que les dépenses publiques se sont redressées après trois ans où elles étaient en moyenne de 32 pour cent du PIB. Dans les années 1990, elles se sont maintenues autour de 40 pour cent du PIB.

Figure 16. Recettes fiscales et dépenses publiques en pourcentage du PIB au Botswana, 1991-2008



Source: Banque centrale du Botswana, 2010; FMI, 2010b.

Les recettes du gouvernement du Botswana provenaient pour la plupart des exportations de diamants. Cette forte source de revenus tirée du produit le plus important du pays est le résultat d'une entreprise mixte (50/50) conclue entre le gouvernement et la société diamantaire *De Beers Botswana Mining Company* (Debswana). L'arrangement initial, qui avait mis en place un accord de contrôle à 20/80, a ensuite été l'objet de nouvelles négociations et d'amendements, à la suite desquels le Botswana a augmenté sa participation à hauteur de 50 pour cent en achetant 30 pour cent supplémentaires des actions de la société (Gaolathe 1997).

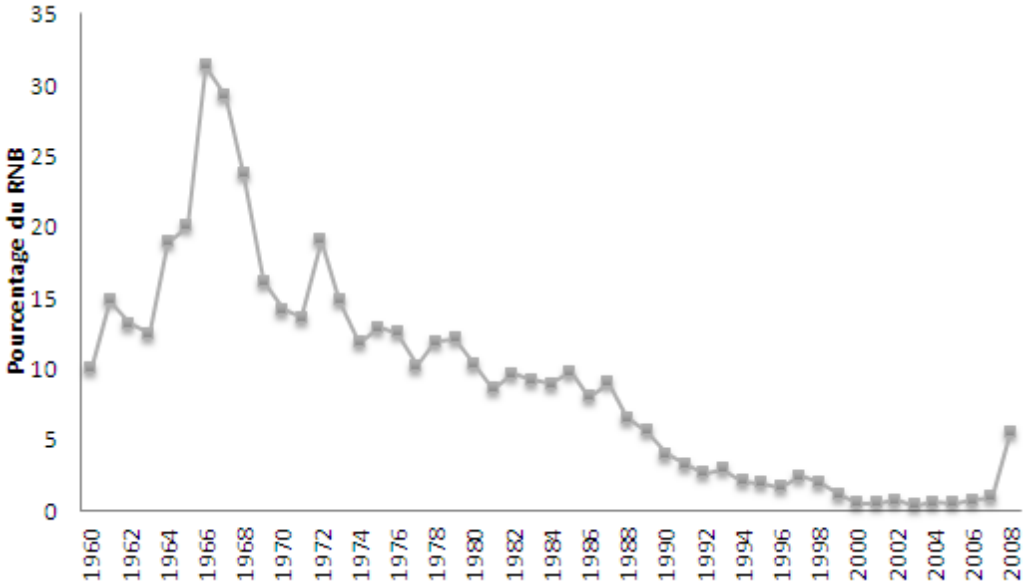
Concernant les négociations entre les deux parties, Maipose (2008, pages 10-11) explique la situation de la façon suivante:

> «*Un des choix politiques les plus importants a été la décision de négocier un partenariat avec les sociétés minières. Ces accords supposaient* que l*a gestion des entreprises* devait être laissée *à des partenaires privés*. *Rétrospectivement, ils peuvent être considérés comme le fondement d'un «partenariat intelligent» entre les secteurs privé et public.* [*...] Certains observateurs se demandent comment le gouvernement a réussi à négocier une si bonne affaire avec une entreprise multinationale*. *L'explication réside dans la nature de l'économie politique du Botswana, dans la nature des intérêts au travail, et dans les effets d'émulation en dehors du Botswana*. *Les biens de l'Etat sont traditionnellement légitimes;* les *négociations menant à la propriété partielle des mines* par l'Etat *ont reflété son rôle traditionnel permettant de canaliser les politiques de redistribution* [*...] La tendance à la nationalisation dans le monde en développement*, en particulier en *Afrique, a servi de levier aux négociateurs botswanais et* a

donné *une bonne raison aux investisseurs étrangers de vouloir contourner la question de la nationalisation. En tant que pays très pauvre,* le Botswana *risquait d'effrayer les investisseurs étrangers, considérés comme étant essentiels au développement* [*...] Craignant les conséquences de la nationalisation dans le reste du monde et afin de renforcer un intérêt économique qui s'est avéré rentable, les compagnies minières ont accepté de laisser davantage d'actions au gouvernement* [*...] Ainsi, le résultat des négociations a concilié les intérêts des deux parties*».

L'APD a fortement contribué à la création d'un espace budgétaire au Botswana pendant les premières années suivant l'indépendance; aujourd'hui, l'afflux de dons et de ressources externes est minime par rapport à ces chiffres historiques. L'APD représentait en moyenne 10,9 pour cent en pourcentage du RNB, entre 1970 et 1989, puis elle a commencé à chuter pour atteindre une moyenne de 1,8 pour cent du RNB entre 1990 et 2008. En 2008, le flux d'APD s'est redressé et représentait 5,4 pour cent du RNB, en grande partie grâce à l'aide extérieure pour la lutte contre le VIH et le sida (figure 17). Toutefois, la tendance générale à la baisse de l'APD a été compensée par une augmentation rapide des exportations. Ainsi, en termes d'espace budgétaire, il est possible de parler d'un «effet de substitution» entre les deux mouvements de fonds, étant donné le lien étroit entre les exportations et les recettes publiques.

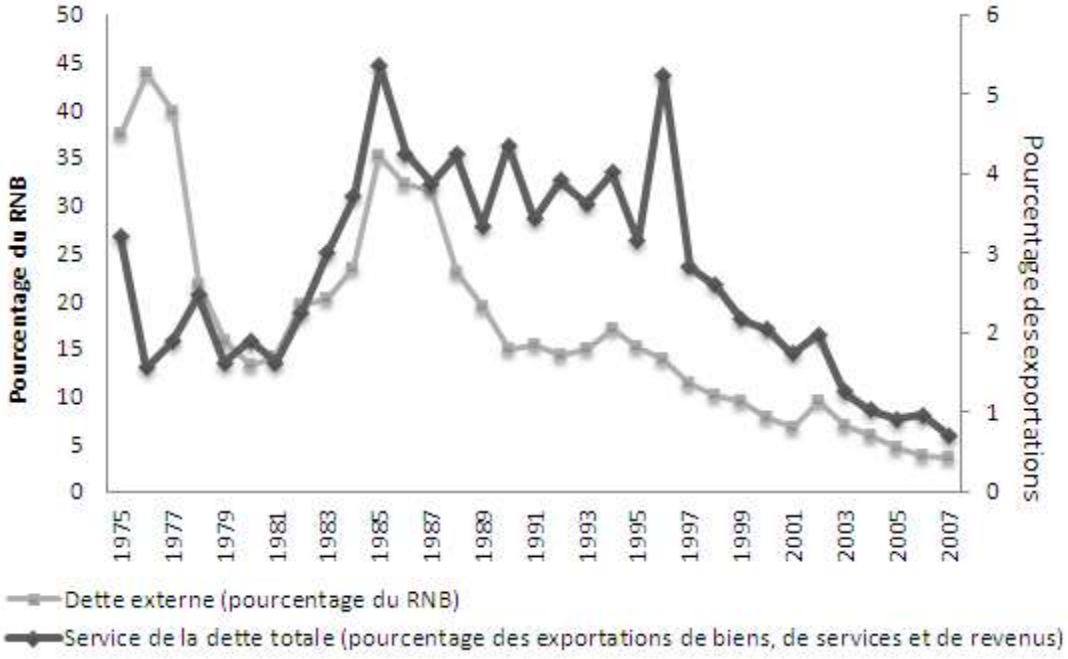
Figure 17. APD en pourcentage du RNB au Botswana, 1960-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

Une autre question pertinente concernant la création de l'espace budgétaire était la gestion de la dette, principalement caractérisée par la prudence, même pendant les périodes de forte croissance. La dette extérieure, par exemple, est passée d'un maximum de 47 pour cent du RNB en 1973 à 3,6 pour cent entre 2006 et 2008. En conséquence, l'économie a affiché des niveaux élevés d'épargne brute, qui sont passés de 31,6 pour cent du PIB en 1975 à 45,4 pour cent du PIB en 2008. En outre, les paiements du service de la dette ont considérablement diminué, pour atteindre seulement 0,7 pour cent des exportations totales en 2007 (figure 18).

Figure 18. Dette externe et service de la dette au Botswana, 1975-2007



Source: Banque mondiale, 2010.

Les excédents budgétaires et l'accumulation de réserves ont permis au pays d'accroître l'épargne sous forme d'investissements de capitaux off-shore et d'épargne à l'étranger (Jefferis, 1998). Selon le ministère des Finances et de la Planification du développement (2006), cité par Maipose (2008), le Botswana est un cas atypique parmi les pays africains et les pays en développement, et ce, pour trois raisons:

a) Depuis 1986, les économies nationales ont dépassé les investissements nationaux, de sorte que l'économie a enregistré un excédent de liquidité.

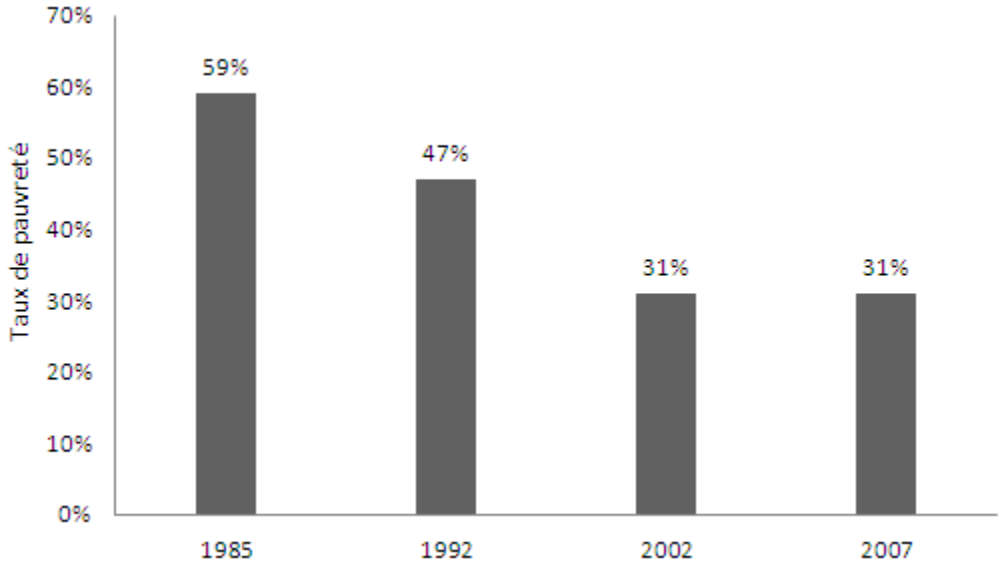
b) Les principales sources de revenus du gouvernement (minéraux, douanes, aide étrangère et revenus liés aux investissements des réserves) sont en devises étrangères; ainsi, la charge fiscale ne retombe pas sur la population.

c) En 2005, les réserves internationales du Botswana équivalaient à 40 mois d'importations.

Sur le plan social, l'incidence de la pauvreté au Botswana atteignait en moyenne 31,2 pour cent entre 2000 et 2007, selon la base de données du PNUD (PNUD, 2009) [10]. Plusieurs autres estimations indiquent que le taux de pauvreté dans le pays était de plus de 30 pour cent durant des périodes encore plus longues. Selon Obuseng (2007), le ratio par tête depuis 1985, année durant laquelle le gouvernement a mis en place des calculs systématiques de la pauvreté, a évolué comme le présente la figure 19 ci-dessous. Pendant les années 2000, le pays n'a pas été en mesure de réduire le niveau de pauvreté sous la barre des 30 pour cent. Les inégalités sont donc une préoccupation majeure au Botswana, d'autant plus qu'en 2007, le coefficient de Gini était le troisième le plus élevé au monde (0,63).

[10] Selon un seuil de pauvreté de 1,25 dollar par personne et par jour (PNUD, 2009).

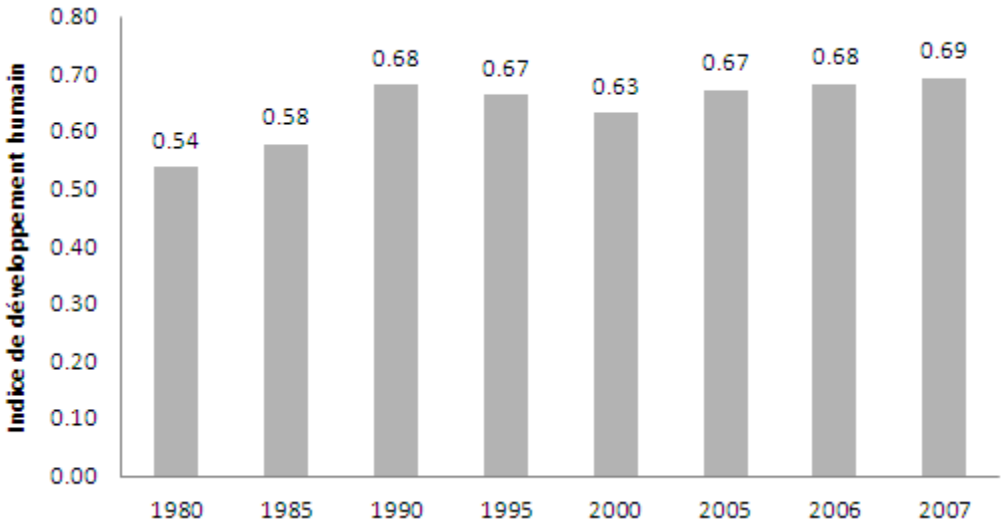
Figure 19. Taux de pauvreté au Botswana, 1985, 1992, 2002 et 2007



Source: Obuseng, 2007; PNUD, 2010.

Malgré une croissance exceptionnelle du pays, l'IDH du Botswana entre dans la catégorie «moyenne» de la classification du PNUD (figure 20). La principale limitation à de nouveaux progrès est l'indice d'espérance de vie, la seule composante de la formule qui a diminué entre 1980 et 2007.

Figure 20. IDH au Botswana, 1980-2007



Source: PNUD, 2010.

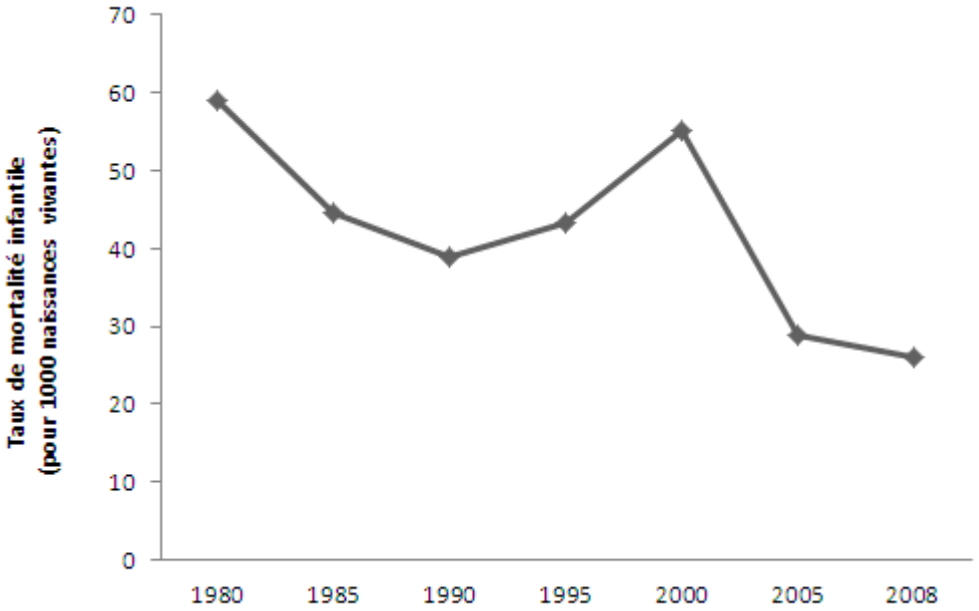
L'espérance de vie est de 53 ans. En raison de la forte présence du VIH-sida dans la population adulte, l'indicateur est passé de 64,2 ans en 1990 à 50,9 ans en 2005, date à laquelle il a commencé à se redresser. Malgré tout, l'espérance de vie actuelle est encore de 12 pour cent inférieure à celle de 1980.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le facteur principal de la baisse de l'espérance de vie est la prévalence du VIH-sida. Selon ONUSIDA et l'Agence nationale de coordination pour la lutte contre le sida NACA (2010), l'Enquête du Botswana sur l'impact

du sida (BAIS) a estimé que 17,6 pour cent des personnes de plus de 18 mois étaient séropositives en 2008. D'autre part, la surveillance sentinelle du VIH-sida en 2009 a permis de calculer que la prévalence du VIH chez les femmes enceintes était de 33 pour cent. En général, la prévalence globale du VIH est estimée à environ 17 pour cent de la population, avec environ 340 000 adultes et 20 000 enfants vivant actuellement avec la maladie. Bien que les taux diminuent depuis 2005, la prévalence du VIH reste encore très élevée au Botswana.

Des progrès importants ont été observés dans le taux de mortalité infantile (TMI). Entre 1980 et 2008, le TMI a diminué de 56 pour cent et son niveau actuel est de 25,9 décès pour 1 000 naissances vivantes (figure 21). Des problèmes d'insuffisance pondérale affectent 13 pour cent des enfants de moins de 5 ans. La mortalité maternelle est estimée à 380 décès pour 100 000 naissances vivantes, un taux élevé pour un pays à revenu intermédiaire.

Figure 21. Mortalité infantile au Botswana, 1980-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

En matière d''éducation, le taux d'analphabétisme chez les personnes de plus de 15 ans est de 17,1 pour cent. Le taux du Botswana ne fait pas bonne figure, comparé à ceux des pays voisins comme la Namibie (12 pour cent) et l'Afrique du Sud (12 pour cent).

4.2. Politique de protection sociale

4.2.1. Organisation et couverture

Le Botswana dispose d'un large éventail d'initiatives publiques visant à réduire la pauvreté et la vulnérabilité. Les programmes ciblent plusieurs groupes: familles pauvres, enfants, personnes âgées, anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale. En général, la plupart des programmes de protection sociale entrent dans la catégorie de l'assistance sociale (tableau 6). Leurs caractéristiques sont les suivantes:

- Les deux types (assistance sociale et autres programmes de protection sociale) sont financés par des allocations budgétaires du gouvernement, sauf les droits liés aux accidents du travail qui sont couverts par l'employeur.

- Il n'existe pas de régime contributif.

- Presque toutes les initiatives sont non conditionnelles.

- La plupart des programmes sont universels au sein d'un groupe cible spécifique. Cependant, comme il sera observé dans la partie suivante, un segment important de la population est encore couvert par les programmes universels (pensions de vieillesse et soins à domicile, par exemple).

La liste des principales initiatives de protection sociale est présentée dans le tableau 6, et des détails complémentaires sur chaque programme sont présentés dans la matrice 1.

Tableau 6. Programmes de protection sociale au Botswana

Programmes d'assistance sociale (programmes de transferts en espèces non classiques)	**Autres programmes de protection sociale**
Programme pour les personnes démunies	Pension de vieillesse universelle
Programme alimentaire pour les groupes vulnérables	Programme de soins pour les orphelins
Programme alimentaire en milieu scolaire	Protection des personnes handicapées
Allocations pour les anciens combattants (Seconde Guerre)	Maladie et maternité
Programme de travail rémunéré en cas de sécheresse	Accident du travail
Programme pour les personnes vivant dans des régions isolées	Allocations familiales
Programmes de soins communautaires à domicile (programme VIH/sida)	

Source: BFTU, 2007a; BFTU, 2007b; OPM, 2010; AISS; SSA, 2010.

En termes de couverture, les initiatives les plus importantes sont le programme pour les personnes démunies, le programme de pensions de vieillesse, le programme de soins aux orphelins et le programme de soins communautaires à domicile (programme VIH/sida). Le programme pour les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale diminue en raison de l'âge avancé de ses bénéficiaires; la couverture du programme de lutte contre la sécheresse varie en fonction du nombre d'urgences. La couverture de tous les programmes a augmenté dans les années 2000, mais certains ne protègent encore qu'une petite partie de la population cible. Entre 2000 et 2009, la couverture a évolué de la manière suivante:

- ***Personnes démunies***. Leur couverture a presque doublé, passant de 23 873 personnes en 2002 à 42 381 en 2009. Bien que le terme «démuni» ne renvoie pas exclusivement aux personnes pauvres (voir matrice 1), il existe un lien étroit entre les deux. Si l'on choisit de cibler les personnes pauvres, la couverture ne représente que 6,8 pour cent de la population cible.

- ***Programme en faveur des orphelins***. Le nombre d'orphelins enregistrés qui reçoivent des prestations du programme de soins aux orphelins est passé de 39 571 en 2002 à 47 964 en 2004 et 51 578 enfants en 2006. Le nombre d'orphelins enregistrés a chuté pour atteindre 46 833 en 2009 (BFTU, 2007a; Matambo, 2010; OPM, 2010). Le taux

de couverture en 2006 était de 92 pour cent des orphelins enregistrés, mais il y a eu des désaccords quant au nombre réel d'orphelins dans le pays, d'autant plus que le gouvernement du Botswana utilise une définition différente de celle des Nations Unies pour le terme «orphelin».

- ***Anciens combattants***. Cette disposition budgétaire vise à protéger les personnes qui ont participé à la Première ou à la Seconde Guerre mondiale. Le transfert en espèces actuel est de 359 pulas par mois (environ 47 dollars). Bien sûr, la couverture a diminué au fil du temps, et le nombre de bénéficiaires est passé de 6 953 en 2003 à 3 005 à la fin de 2009.

- ***Programmes pour les personnes vivant avec le VIH-sida***. 3 557 patients étaient inscrits dans le programme de soins communautaires à domicile (OPM, 2010). La couverture réelle, en supposant un total de 340 000 personnes vivant avec le VIH-sida (PVVIH), serait de 1 pour cent du nombre de personnes affectées par le virus.

Matrice 1. Programmes de protection sociale au Botswana

Programme	Raisons ou objectifs	Eligibilité et couverture	Prestations
Programmes pour les personnes démunies Politique nationale pour les personnes démunies lancé en 1980 et modifications ultérieures	L'objectif de cette politique était de s'assurer que le gouvernement fournisse une assistance minimale aux personnes dans le besoin pour améliorer leur santé et leur protection et lutter contre la pauvreté.	Les personnes âgées et les enfants démunis, selon la définition de la Politique nationale pour les personnes démunies. Une «personne démunie» est: *a)* un individu qui, en raison d'un handicap ou d'une maladie chronique, n'est pas en mesure de prendre part à des activités économiques et ne dispose donc pas de biens ni de ressources en quantité suffisante. *b)* une personne incapable de prendre part à une activité économique durable et disposant de sources de revenus peu fiables et limitées en raison de l'âge, d'un handicap physique ou mental, d'une déficience affective ou psychologique, ou encore en raison d'une maladie en phase terminale. *c)* un enfant de moins de 18 ans qui nécessite des soins et ne peut pas être pris en charge dans le cadre du programme en faveur des orphelins, ou dont un parent est en phase terminale et dans l'incapacité d'en prendre soin, ou a été abandonné et nécessite des soins.	Rations alimentaires, transferts en espèces, accès aux services sociaux (réhabilitation, frais funéraires et frais d'hébergement). Les personnes démunies temporairement résidant dans les zones rurales ont droit à l'équivalent de 181,90 pulas de rations alimentaires par mois, et celles des zones urbaines en reçoivent 181,40. Ce montant inclut: 61 pulas pour couvrir des besoins personnels. Les personnes démunies de façon permanente ont droit à 256,90 pulas par mois dans les zones rurales et 256,40 pulas de produits alimentaires dans les zones urbaines. Ils reçoivent également 61 pulas pour les articles personnels. Ces montants peuvent aller jusqu'à 400 pulas en fonction de la hausse des prix des matières premières, en particulier dans les zones rurales. En outre, des ajustements tenant compte de l'inflation sont effectués chaque année. Les enfants de moins de 18 ans bénéficient également de ce programme. Selon les dispositions de cette politique, les enfants qui peuvent en bénéficier sont ceux qui nécessitent des soins et ne peuvent pas être pris en charge dans le cadre du programme en faveur des orphelins. En plus des rations alimentaires, ces enfants reçoivent une assistance matérielle: uniformes scolaires, articles de toilette, transports, vêtements de protection, internat, frais de scolarité dans les écoles privées et professionnelles, vêtements, paiement des frais supplémentaires exigés par les écoles (visites, sport, développement et autres). Toutes les catégories de personnes démunies sont exemptées du paiement des services publics, tels que les frais médicaux et scolaires, les frais d'eau et

Programme	Raisons ou objectifs	Eligibilité et couverture	Prestations
			d'électricité, etc. Les frais funéraires sont entièrement couverts par les autorités locales.
Programme en faveur des orphelins Depuis 1999: STPA (*Short Term Plan of Action on Care Orphans:* plan d'action à court terme en faveur des orphelins)	Ce programme s'est justifié par un nombre croissant d'orphelins dû à l'épidémie de VIH-sida dans le pays.	Le terme «orphelin» est entendu comme tout enfant de moins de 18 ans qui a perdu un (parent seul) ou deux (couples mariés) parents biologiques ou adoptifs ou tout enfant abandonné ou délaissé par ses parents qui restent introuvables.	Panier alimentaire de 216 pulas par mois. Vêtements, articles de toilette, aide à l'éducation, soutien psychologique et protection contre les abus et la violence. Frais médicaux gratuits dans les établissements publics de santé, indemnités de transport et aide au paiement des factures pour les services publics tels que l'eau et l'électricité.
Programme alimentaire pour les groupes vulnérables, 1966	Le programme vise à distribuer des repas et des suppléments alimentaires aux personnes souffrant de malnutrition et aux femmes en âge de procréer des ménages pauvres ou à faible revenu.	Femmes enceintes et qui allaitent, les enfants de moins de cinq ans risquant de souffrir de malnutrition et les patients atteints de tuberculose.	Alimentation complémentaire pour les moins de cinq ans. Rations alimentaires pour les mères qui allaitent. La couverture varie en fonction de la sécheresse.
Programme alimentaire en milieu scolaire	Le programme vise à fournir de la nourriture cuisinée aux enfants pour soulager la faim, ce qui permet d'améliorer l'apprentissage en classe.	Ecoles en milieux urbain et rural dans l'ensemble du pays.	
Pension de vieillesse universelle, 1996	L'objectif principal de ce programme est de fournir une sécurité financière aux personnes âgées qui sont, par ailleurs, sans moyens de subsistance en raison de la désintégration du système de soutien de la famille élargie.	Citoyens du Botswana âgés de 65 ans et plus. Citoyens souffrant de troubles mentaux ou citoyens du Botswana qui reçoivent une autre pension ou qui vivent hors du pays. Les personnes âgées en prison n'ont pas le droit de recevoir cette pension.	166 pulas tous les mois, ajustés selon l'inflation chaque année.
Allocation pour les anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale, 1998		Anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale, épouses survivantes ou enfants de moins de 21 ans.	Allocation mensuelle.
Programme de travail rémunéré en cas de sécheresse, 1960	- Mise à disposition d'un supplément temporaire de revenus en milieu rural à travers l'emploi salarié pour les personnes les plus touchées par la sécheresse. -Optimisation des opportunités d'emploi. -Création d'une infrastructure socialement utile ou productive. -Optimisation de la participation des communautés rurales dans l'identification de projets pertinents.	Toute personne, ou tout ménage ayant perdu son emploi à cause de la sécheresse.	Chaque participant reçoit 10 pulas par jour. Les chefs d'équipe reçoivent 16 pulas.
Programme pour les personnes vivant dans des régions isolées, datant des années 1970 (le programme a été modifié plusieurs fois)	Ce programme vise l'amélioration des conditions de vie des personnes vivant dans des régions isolées (Basarwa/Bushmen), éloignées et arides dans l'ouest du Botswana où l'activité économique est très faible.	Les mêmes conditions que celles des autres programmes sociaux s'appliquent.	Prestations sociales telles que décrites ci-dessus (pension de vieillesse, orphelins, etc.) et Fonds de promotion économique (FPE), un programme visant à créer des emplois pour les habitants de régions isolées.

Programme	Raisons ou objectifs	Eligibilité et couverture	Prestations
Programmes de lutte contre le VIH-sida, 2004	L'incidence et la prévalence du VIH-sida sont élevées et touchent gravement le pays. En 2009, environ 300 000 personnes vivaient avec le VIH-sida, soit 25% de la population âgée de plus de 18 ans (site web d'AVERT [11]), le deuxième taux de prévalence du VIH le plus élevé au monde. Le pays a dépensé 340 millions de dollars en 2008 pour les activités de lutte contre le VIH-sida. Les programmes visent à améliorer le niveau de vie et l'espérance de vie des personnes vivant avec le VIH (PVVIH).	Personnes vivant avec le VIH ou les membres de leur famille.	Programme de soins communautaires à domicile (*Community Home-Based Care programme* - CHBC). Programme en faveur des orphelins. Programme national pour les personnes démunies. Programme national de thérapie antirétrovirale. Régimes d'assistance sociale privée.

Source: BFTU, 2007a.

Encadré 1
VIH et protection sociale au Botswana: programme de soins communautaires à domicile

En 1995, le gouvernement du Botswana a présenté sa stratégie de soins communautaires à domicile (CHBC) visant à fournir des services complets de soins à domicile au niveau de la communauté afin de répondre aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels des malades en phase terminale, notamment les PVVIH et leur familles. Le gouvernement du Botswana met en œuvre le programme en collaboration avec des organisations non gouvernementales et des organisations communautaires; le ministère de la Santé est chargé de l'élaboration des politiques et des protocoles pour l'orientation vers les professionnels adaptés. Le ministère des Collectivités locales, par le biais du ministère des Services sociaux, est responsable de l'élaboration des politiques et des normes pour la fourniture de conseils techniques concernant la composante de la protection sociale. Le programme CHBC fournit des soins médicaux et infirmiers, un appui psychosocial, des informations, des services de sensibilisation et de communication pour changer les comportements et des services de soutien psychologique et spirituel. Les mesures de soutien les plus importantes sont présentées ci-dessous.

a) Le panier alimentaire

Les patients reçoivent un panier alimentaire mensuel qui varie en fonction de l'état du patient (par exemple, si le patient a besoin d'une alimentation par intubation). Le coût du panier alimentaire prescrit pour les patients qui nécessitent une intubation est de 1 200 pulas par mois (environ 157 dollars).

b) Le transport

Le programme CHBC gère et coordonne le transport des patients bénéficiaires nécessitant des examens médicaux. Les véhicules achetés dans le cadre du programme doivent être utilisés uniquement pour le transport des patients.

Source: BFTU, 2007b.

4.2.2. Financement et dépenses liés à la protection sociale

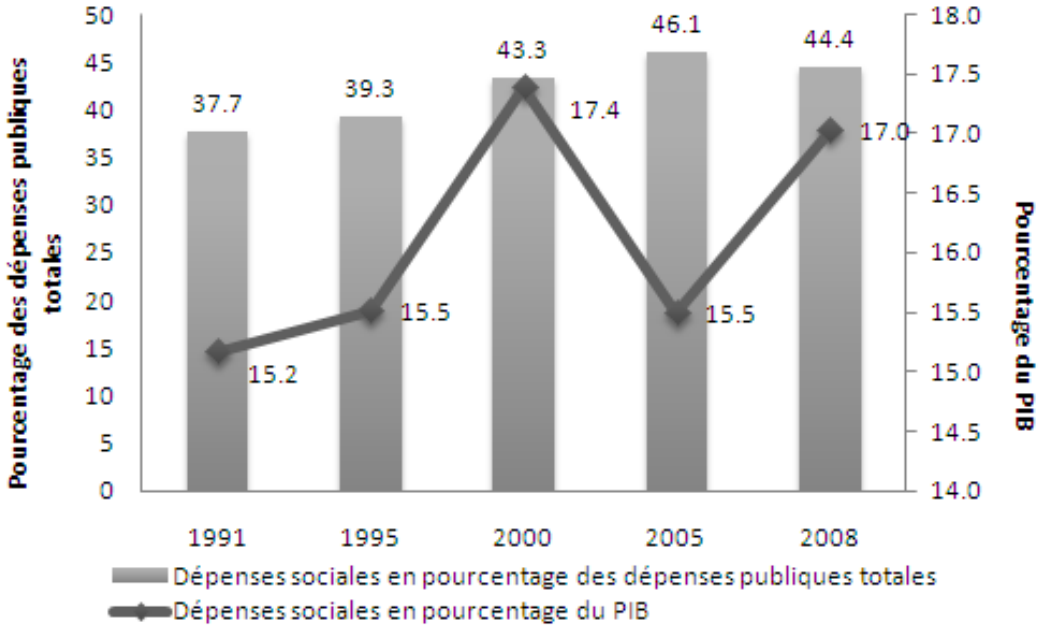
A l'exception de la Caisse de retraite des fonctionnaires publics au Botswana (*Botswana Public Officers Pension Fund* - BPOPF) qui est un programme contributif bipartite, la protection sociale au Botswana est financée par des allocations budgétaires de

[11] AVERT est une organisation caritative internationale qui lutte contre le VIH-sida, est établie au Royaume-Uni et qui s'emploie à écarter le danger du VIH-sida dans le monde grâce à la sensibilisation, les traitements et l'accès aux soins (http://www.avert.org).

l'Etat. Les excédents continus et l'accumulation de réserves financières ont permis au pays d'autofinancer sa politique sociale, ce qui est particulièrement important à une époque où l'APD est réduite.

Les dépenses publiques pour le secteur social (éducation, santé, alimentation et protection sociale) représentaient 17 pour cent du PIB en 2008, soit une augmentation de 2 points de pourcentage par rapport aux niveaux observés en 1991. Durant la même période, les dépenses sociales ont pris une place considérable dans le budget public, passant de 38 pour cent à 44 pour cent des dépenses totales du gouvernement (figure 22). En conséquence, l'investissement social réel par habitant au Botswana a été multiplié par quatre entre 1991 et 2008 (passant de 283,1 à 1 138,6 dollars).

Figure 22. Dépenses sociales publiques en pourcentage du PIB et des dépenses publiques totales au Botswana, 2000-2008

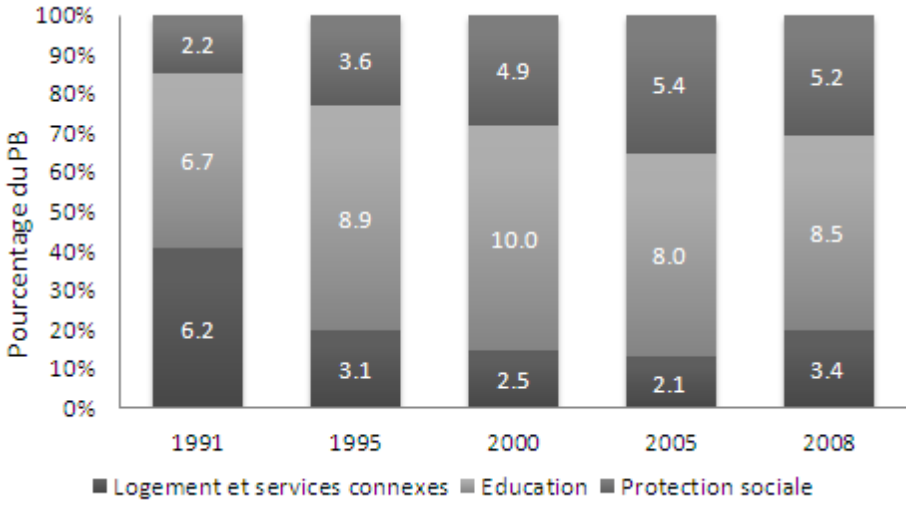


Source: Banque central du Botswana, 2010; FMI, 2010b.

En ce qui concerne la composition des dépenses des programmes sociales, les deux dernières décennies révèlent trois tendances notables (figure 23):

- une baisse continue des dépenses de logement en proportion du PIB;
- des dépenses irrégulières dans le secteur de l'éducation, qui ont d'abord enregistré une croissance rapide entre 1991 et 2000, puis se sont ralenties jusqu'en 2008. Toutefois, l'éducation représente la plus grande part des dépenses sociales;
- une augmentation dynamique de la part de la protection sociale dans le PIB.

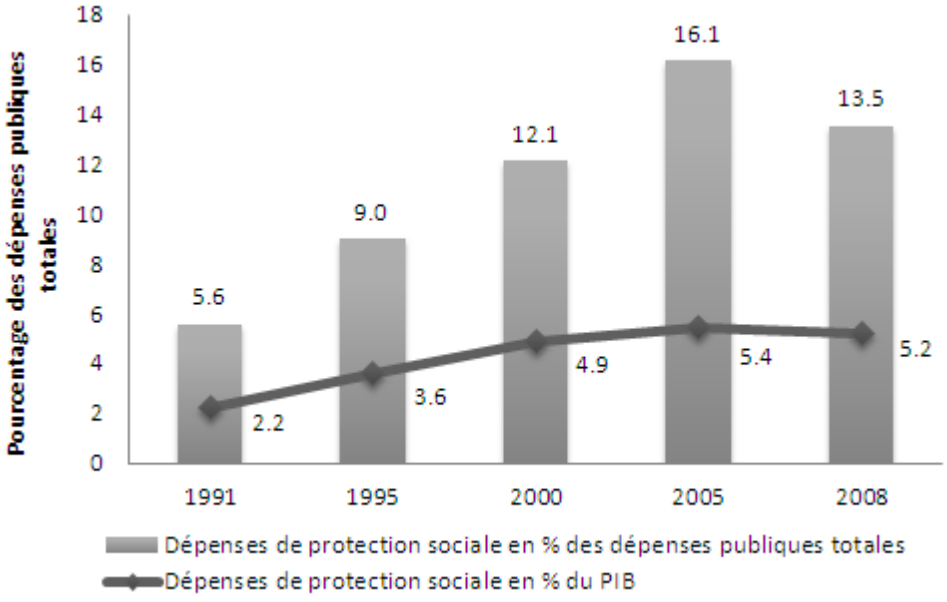
Figure 23. Structure des dépenses sociales par secteur au Botswana, 1991, 1995, 2000, 2005 et 2008



Source: Banque centrale du Botswana, 2010; FMI, 2010b.

Proportionnellement, les augmentations des dépenses de protection sociale ont été beaucoup plus élevées que les augmentations dans les dépenses sociales en général. La protection sociale a gagné 3 points de pourcentage du PIB entre 1991 et 2008 et sa part dans les dépenses publiques totales a été multiplié par 2,4 (de 5,6 pour cent à 13,5 pour cent) (figure 24). En outre, les dépenses réelles par habitant pour les programmes de protection sociale ont été multipliées par 5,6 entre 1991 et 2008. En conséquence, les dépenses de protection sociale ont représenté une part croissante des dépenses sociales: 14,8 pour cent en 1991, 28 pour cent en 2000 et 35 pour cent en 2005. Un certain ralentissement a été observé au cours des trois années suivantes et en 2008 les dépenses de protection sociale représentaient 30,5 pour cent des dépenses publiques sociales.

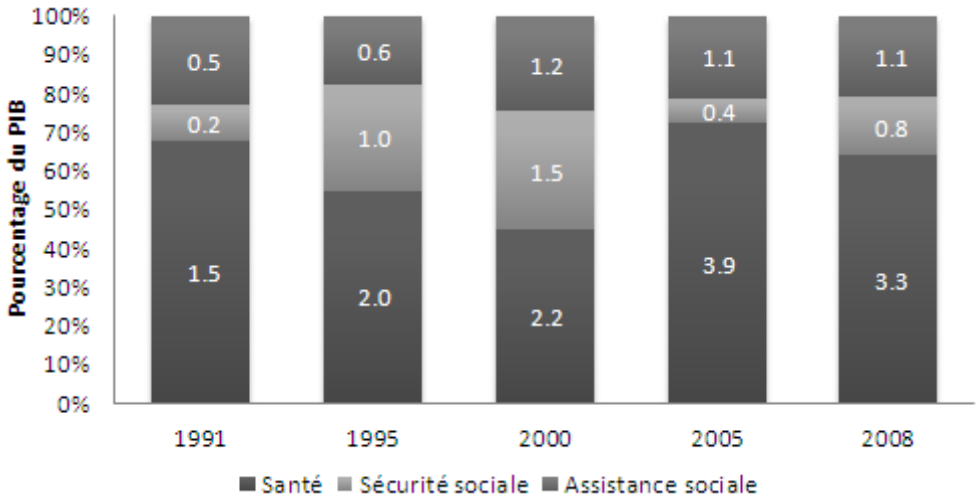
Figure 24. Dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB et des dépenses publiques totales au Botswana, 1991-2008



Source: Banque centrale du Botswana, 2010; FMI, 2010b.

Concernant la composition des dépenses de protection sociale (figure 25), les dépenses de santé ont subi une augmentation considérable, surtout après 2005. Entre 1991 et 2008, la part des dépenses de santé dans le PIB a doublé et les programmes de santé sont restés premiers dans la protection sociale. Les programmes d'assistance sociale ont également doublé leur part dans le PIB entre les années 1990 et 2000, mais en termes de dépenses totales, ils représentaient un tiers des dépenses consacrées aux activités de santé publique. Enfin, les dépenses à caractère non contributif de la sécurité sociale, notamment les pensions de vieillesse, ont vu leur part dans le PIB quadrupler. Les estimations indiquent qu'avec 90 639 bénéficiaires recevant 220 pulas par mois (environ 29 dollars), le programme de pensions de vieillesse représente 0,58 pour cent du PIB, soit 73 pour cent du total des dépenses de sécurité sociale.

Figure 25. Structure des dépenses de protection sociale au Botswana, 1991-2008



Source: Banque centrale du Botswana, 2010; FMI, 2010b.

Pour résumer, au cours de la dernière décennie, les allocations budgétaires du Botswana en faveur des programmes de protection sociale ont augmenté. Cependant, la plupart des nouvelles dépenses se sont faits en faveur d'un secteur unique, celui de la santé, alors que les deux autres composantes (assurance sociale et assistance sociale) n'ont bénéficié que d'une augmentation faible, voire nulle, au cours de la même période.

4.2.3. Pensions

Le système de pensions du Botswana offre trois options différentes: les pensions de vieillesse universelles, les régimes de retraite pour les employés gouvernementaux et du secteur privé et les régimes volontaires de retraite professionnelle.

Le régime de pension de vieillesse universelle est un régime non contributif qui n'est pas soumis à des conditions de ressources. Il vise à assurer la sécurité financière des personnes âgées de 65 ans et plus. Le programme a été introduit en 1996; il est actuellement administré par le délégué aux prestations sociales du ministère des Gouvernements locaux. Pour pouvoir bénéficier du régime, il faut être citoyen botswanais, être âgé de 65 ans et avoir une carte Omang valide (carte nationale d'identité) [12].

[12] En langue tswana, «Omang» signifie «Qui êtes-vous?».

Actuellement, le montant des pensions de vieillesse est de 220 pulas par mois (environ 29 dollars) et le financement du programme est entièrement pris en charge par le gouvernement grâce aux recettes fiscales. En l'espace de sept ans, le nombre de retraités est passé de 84 577 en 2003 à 86 859 en 2006 et 90 639 en 2009. Selon les rapports du gouvernement, le taux de couverture est proche de 95 pour cent des personnes âgées de 65 ans et plus.

Il existe deux options de retraite pour les employés du gouvernement. La plus importante est la Caisse de retraite des fonctionnaires publics au Botswana (BPOPF), modifié en 2001, lorsque l'ancien régime est passé d'un régime à prestations définies à un régime à cotisations définies. Plus de 75 pour cent de tous les membres affiliés à une caisse de retraite au Botswana sont à la BPOPF. La contribution du gouvernement à cette caisse correspond à 15 pour cent de la masse salariale tandis que le personnel du secteur public cotise à hauteur de 5 pour cent. Les membres de la BPOPF peuvent prendre leur retraite à l'âge de 60 ans. Pour les employés du gouvernement qui n'ont pas choisi de s'affilier à la BPOPF, il existe un régime de retraite par répartition financé par le gouvernement général grâce aux recettes récurrentes.

Le troisième groupe de pensions se compose des régimes volontaires de retraite professionnelle et des plans de retraite professionnelle complémentaire, généralement établis par les employeurs des moyennes et grandes entreprises, telles que Debswana (9 000 employés), la Banque du Botswana et certaines institutions paraétatiques. Dans le cadre de ces régimes, les cotisations sont prélevées mensuellement des salaires et l'employeur les complète. Les cotisations dépendent des règles et des directives propres à chaque régime de retraite. En moyenne, le taux de cotisation varie de 10 à 15 pour cent du salaire (5 pour cent financés par l'employé et de 5 à 10 pour cent financés par l'employeur), mais le cadre réglementaire actuel permet de cotiser à hauteur de 35 pour cent.

Au cours de la dernière décennie, les pensions professionnelles ont suivi une évolution très dynamique. Cependant, de grandes disparités subsistent en termes de couverture. Environ 40 pour cent des travailleurs du secteur formel sont affiliés aux caisses de retraite, mais l'affiliation est beaucoup plus élevée dans le secteur public que dans le secteur privé (Jefferis et Kenewendo, 2010). Selon l'Organisation internationale des autorités de contrôle des pensions (OICP), seulement 16 pour cent des 300 000 employés du secteur privé bénéficiaient d'une retraite professionnelle en 2009. Le taux de couverture des employés du secteur public est de 67 pour cent. Plus de 190 000 travailleurs ne bénéficient d'aucune couverture.

Enfin, il existe un régime de gratuité selon lequel les employeurs effectuent des versements en espèces lors du cinquième anniversaire du contrat de travail d'un salarié, ainsi que des paiements équivalents au double du taux tous les cinq ans. Cependant, les employeurs ne sont pas tenus d'effectuer un préfinancement de ces prestations, ainsi les paiements ne sont généralement pas utilisés pour financer le revenu à la retraite (Stewart et Yermo, 2009).

4.3. Réflexions sur la création d'un espace budgétaire

Dans l'ensemble, le Botswana a mis en place un cadre favorable à l'élargissement de son espace budgétaire de manière durable. La croissance économique impressionnante enregistrée depuis l'indépendance a été un élément fondamental pour mettre en place le fondement matériel nécessaire à la construction d'une société meilleure. Mais en soi, la croissance n'est pas suffisante. Le pays a su allier une croissance rapide à des éléments complémentaires pour que le processus soit durable. Ces éléments sont décrits ci-dessous.

a) *Une politique budgétaire stratégique, en particulier une politique fiscale, qui a permis de tirer parti du monopole détenu par le Botswana dans le marché international du diamant.* Le gouvernement du Botswana a décidé de rendre le commerce des diamants profitable à l'ensemble de la nation. Pour ce faire, il a décidé de formaliser un accord avec De Beers, avantageux pour toutes les parties, et permettant à l'entreprise d'exploiter les mines de diamants du pays et d'obtenir une marge de profit «normale» (sans exercer de monopole sur les bénéfices). Tout revenu au-delà de cette marge bénéficiaire a été perçu par le gouvernement sous forme de taxes et de redevances. En 2008, les taxes sur les ressources minières constituaient 62 pour cent des recettes totales du gouvernement, tandis que les revenus provenant de ces mêmes ressources (redevances, intérêts) ont représenté 85 pour cent des recettes non fiscales.

b) *Une gestion macroéconomique prudente durant les périodes de croissance grâce à laquelle le Botswana a pu dégager des excédents budgétaires et accumuler des réserves à long terme* (surtout avant 1990). Même pendant les longues périodes de forte croissance du PIB, le gouvernement a décidé d'augmenter les dépenses, dans une certaine mesure, et d'investir les économies réalisées dans des activités génératrices de revenus. L'accumulation d'actifs financiers a été utilisée en dernier recours, durant la récente crise, d'autant plus que la demande internationale de diamants a considérablement diminué ces dernières années.

c) *Une réduction de la dette et des paiements du service de la dette.* Le gouvernement a réussi à réduire sa dette extérieure et les paiements de la dette de manière à ce que ces derniers constituent moins d'un pour cent des exportations actuelles [13]. Cette situation renforce la position financière du gouvernement et permet d'allouer davantage de fonds aux activités de développement.

d) *Une dépendance à l'APD en déclin.* Le pays a également fait un usage stratégique des subventions internationales. Suite à l'indépendance, des quantités massives d'APD ont été essentielles au financement des projets publics. A mesure que le Botswana progressait et que ses exportations augmentaient, le pays a entamé un processus de substitution entre les subventions et les recettes de l'exportation.

Le résultat de ce processus à long terme a été le suivant: une meilleure capacité du gouvernement à percevoir les recettes et à accroître ses dépenses publiques. La collecte des recettes au Botswana est très efficace, comparée à d'autres pays africains.

En ce qui concerne les dépenses publiques, elles sont restées très similaires en termes de PIB entre 1995 et 2008. En 2008, les dépenses publiques étaient de 38,4 pour cent du PIB, soit 1,2 point de pourcentage de moins qu'en 1995. La politique budgétaire a été caractérisée par une discipline stricte et par la prudence, malgré la croissance rapide du recouvrement des recettes fiscales au cours des trois dernières décennies.

En fait, la capacité financière accrue du gouvernement du Botswana a été accompagnée d'une augmentation des allocations de dépenses sociales dans le budget public. Bien qu'en termes nets, les dépenses publiques soient restées pratiquement les

[13] Les agences internationales de notation accordent habituellement la note A au Botswana pour le risque de crédit.

mêmes de 1995 à 2008, les dépenses sociales ont augmenté de 1,9 point de pourcentage du PIB et la protection sociale de 2,9 [14].

Malgré les augmentations nettes dans ces régions, le niveau de protection sociale reste faible, compte tenu du PIB par habitant relativement élevé dont bénéficie le Botswana, contrairement à ses voisins les plus proches. En comparaison avec d'autres pays dont le niveau de développement est plus faible, tels que le Cap-Vert et le Lesotho, la protection sociale au Botswana est largement inférieure. Le Cap-Vert, avec un PIB par habitant 3,8 fois inférieur à celui du Botswana, a consacré 7,3 pour cent du PIB à des programmes de protection sociale, tandis que le Lesotho, avec un PIB par habitant 11 fois inférieur, leur en a consacré 9,3 au cours de la deuxième moitié des années 2000. Malgré des progrès importants en matière d'investissement dans la santé entre 1991 et 2008, par exemple, les niveaux actuels de dépenses de santé publique du Botswana (3,3 pour cent du PIB) sont encore insuffisants d'après les recommandations internationales (autour de 5 pour cent du PIB). Il reste encore du travail pour étendre l'assurance sociale et l'assistance sociale, étant donné que les dépenses publiques qui leur sont consacrées varient de 0,8 à 1,1 pour cent du PIB. Ces chiffres ne sont clairement pas suffisants pour un pays où 31 pour cent de la population vit en dessous du seuil de pauvreté.

En somme, les expériences positives du Botswana après son indépendance en 1966 ont créé un environnement propice à l'accroissement des dépenses du gouvernement. Celui-ci a profité de ces conditions favorables et a intensifié le recouvrement des recettes et des dépenses publiques, avec des allocations de ressources importantes pour les secteurs sociaux. Les dépenses dans le secteur social ont finalement augmenté en pourcentage du PIB et en pourcentage du total des dépenses, ce qui traduit une forte volonté politique. Cependant, deux facteurs importants ont caractérisé les investissements dans la protection sociale:

a) À l'exception de l'éducation (8,5 pour cent du PIB en 2008), le niveau des investissements dans d'autres domaines sociaux est inférieur au niveau optimal. Dans le cas spécifique des programmes d'assurance sociale et d'assistance sociale, les allocations de ressources actuelles sont faibles, compte tenu des conditions de pauvreté existantes et du PIB par habitant élevé dans le pays.

b) Les années 2000 n'ont généré qu'une performance modérée en termes de création d'un espace budgétaire pour la protection sociale.

4.4. Réflexions sur les politiques et enseignements

4.4.1. Réflexions sur les politiques

Les récentes conditions économiques, caractérisées par une crise internationale qui a entraîné une baisse significative de la demande de diamants, ont créé un climat propice à une modification de la politique sociale globale du Botswana. La comparaison entre un PIB par habitant élevé et des taux de pauvreté de modérés à élevés explique l'intensification des allocations budgétaires à la protection sociale, en particulier sous la forme d'assistance sociale et d'assurance sociale. L'expérience du Botswana montre que la croissance rapide ne suffit pas à réduire la pauvreté, et il est donc important de renforcer la capacité du gouvernement à injecter des fonds dans les programmes de protection sociale. Compte tenu de leur niveau actuel, certains générateurs d'espace budgétaire typiques, tels

[14] A l'inverse, le logement a chuté de 2,8 points de pourcentage.

que l'allégement de la dette et l'APD, risquent de jouer un rôle très limité dans un avenir proche.

Les mesures politiques alternatives visant à créer un espace budgétaire supplémentaire pour les programmes de protection sociale pourraient inclure les éléments suivants:

a) *Une stratégie de diversification de la production*. La baisse des revenus fiscaux suite à la baisse des exportations de diamants montre qu'une forte dépendance à un seul produit n'est pas souhaitable en termes de durabilité économique. Certes, le pays s'ouvre à d'autres secteurs, comme le tourisme et le textile, mais l'exploitation minière représente encore 44,7 pour cent du PIB (contre 47,9 pour cent en 2001). Une modification de l'accord sur le diamant devrait également être envisagée.

b) *La récente augmentation de la taxe sur la valeur ajoutée* (de 10 à 12 pour cent [15]) est considérée comme une excellente opportunité pour augmenter les ressources allouées à la protection sociale.

c) *La réévaluation des programmes d'aide sociale existants*. Le système actuel est très fragmenté, avec plusieurs initiatives de nature non conditionnelle et des groupes cibles très différents. Dans certains cas, la couverture est assez faible. Certains programmes peuvent subsister, mais le pays devrait commencer à penser à une nouvelle génération de programmes publics, notamment au transfert conditionnel en espèces. Cela pourrait être une option intéressante pour un pays qui occupe la 125ème place de l'indice de développement humain et où la pauvreté touche plus de 30 pour cent de la population. L'amélioration des conditions d'éducation et de santé requiert la mise en œuvre de programmes plus performants pour améliorer le niveau de vie de la population. Une stratégie plus intégrée serait aussi plus avantageuse en termes de réduction des coûts administratifs, de coordination et de ciblage.

d) *La création d'un régime général de pensions de sécurité sociale*. C'est une solution que le gouvernement du Botswana devrait prendre en considération pour élargir son espace budgétaire.

4.4.2. Enseignements

Le Botswana est un bel exemple du fait de l'association de la croissance économique à une politique budgétaire stratégique peut améliorer l'allocation des ressources pour la protection sociale. Entre 1990 et 2008, les dépenses de protection sociale ont augmenté plus rapidement que toute autre catégorie politique sociale en termes de PIB et de PIB par habitant. Cependant, les dépenses totales dans le secteur social sont restées stables; ainsi, les augmentations de dépenses de protection sociale semblent davantage résulter de la réduction des dépenses en matière de logement et d'éducation (en termes de PIB) que d'un accroissement dans toutes les composantes. Les allocations de ressources pour la protection sociale du Botswana sont inférieures à celles des pays voisins, qui ont enregistré une croissance économique plus lente. Toutefois, il faut reconnaître les efforts considérables qui ont été accomplis au cours des deux dernières décennies.

Enseignement 1

Le cas du Botswana montre qu'une gestion financière stratégique est essentielle pour élargir l'espace budgétaire. Ceci peut être observé dans deux domaines. Tout d'abord,

[15] http://www.finance.gov.bw/index.php?option=com_content1&parent_id=334&id=358.

l'accord sur le diamant avec De Beers était essentiel à l'augmentation et la consolidation des recettes fiscales. Le Botswana a prouvé que les stratégies avantageuses pour toutes les parties peuvent être mises en œuvre dans un contexte similaire à celui dont le pays bénéficiait à l'époque et, plus important encore, que les accords peuvent être renégociés pour obtenir des conditions plus avantageuses. C'est un bon exemple pour les pays dont l'économie repose sur les ressources minières qui décident d'opter pour des entreprises mixtes entre le gouvernement et le secteur privé pour exploiter leurs ressources.

Enseignement 2

Le deuxième défi est celui de la gestion du boum macroéconomique. Au lieu d'accroître les dépenses publiques proportionnellement à la collecte des recettes, le gouvernement du Botswana a opté pour une politique prudente concernant l'augmentation des dépenses pour générer des excédents budgétaires.

Enseignement 3

Le Botswana a réalisé des objectifs importants dans l'extension de la protection sociale, mais davantage d'efforts et de volonté politique sont encore nécessaires. Le pays dispose d'une liste de programmes sociaux variés qui ciblent pratiquement tous les groupes vulnérables de la société. C'est un premier pas positif. Toutefois, la portée et la couverture de certains de ces programmes (tels que les soins à domicile) sont limitées, tandis que d'autres (tels que le programme en faveur des orphelins et les pensions de vieillesse) ont atteint les objectifs prévus (bien que la couverture universelle n'ait toujours pas été atteinte dans le cas des pensions de vieillesse). Compte tenu des graves problèmes socio-économiques du Botswana et de la dynamique de production exceptionnelle dont il a bénéficié pendant près de quatre décennies, et au vu de sa productivité et de ses circonstances budgétaires satisfaisantes, des fonds supplémentaires devraient être alloués à la protection sociale et à l'assistance sociale.

Enseignement 4

On pourrait émettre l'hypothèse selon laquelle la gestion macroéconomique a peut-être été trop prudente. À l'exception de l'éducation, la politique sociale du Botswana n'a pas l'ambition d'étendre ses budgets dans des domaines clés, tels que la santé et la sécurité sociale, tous deux essentiels au développement du capital humain du pays. Cela s'est produit en dépit du fait que la part des dépenses sociales dans le total des dépenses a augmenté, ce qui reflète l'existence d'une volonté politique forte, mais avec des limites strictes. L'exemple le plus évident pour illustrer cette situation est l'absence d'un régime de sécurité sociale contributif, qui pourrait être dirigé en faveur de la protection de la classe moyenne et pour compléter les composantes actuelles du socle de protection sociale.

5. Elargir l'espace budgétaire grâce aux cotisations sociales au Brésil

5.1. Profil du pays

Avec une population de 190 millions d'habitants et un territoire de plus de 8,5 millions de km^2, la République fédérative du Brésil est le plus grand pays d'Amérique latine et le cinquième pays le plus peuplé du monde. Administrativement, il est organisé de la façon suivante: un district fédéral, 26 Etats fédéraux et plus de 5 500 municipalités. La forêt tropicale amazonienne constitue une grande partie de son territoire (40 pour cent); pour cette raison, le pays dispose de la plus grande biodiversité animale sur la planète. La population brésilienne est concentrée dans les grandes villes le long de la côte, ce qui contraste avec les vastes territoires inhabités de l'intérieur des terres. Le Brésil est le seul pays de langue portugaise en Amérique.

L'IDH du Brésil est élevé et selon les données du PNUD pour la période de 2000 à 2006, le Brésil se classe au $75^{ème}$ rang mondial (0,813 point). L'espérance de vie est d'environ 73 ans, le taux de mortalité infantile de 22 pour mille, et environ 21,5 pour cent de la population vit en dessous du seuil de pauvreté. En 2008, le PIB par habitant était de 10 296 dollars (PPA), un des plus élevés d'Amérique latine et le $70^{ème}$ au niveau mondial.

Selon la Banque mondiale (2010), le Brésil est la deuxième puissance économique en Amérique, après les Etats-Unis. Ses exportations sont particulièrement importantes au niveau mondial. Les principales activités économiques du pays sont l'agriculture, l'élevage, l'industrie, l'exploitation minière et pétrolière, et le tourisme.

Au cours de la dernière décennie, le Brésil a réussi à créer une situation macroéconomique solide et a ainsi mieux résisté à la crise économique mondiale. Ces résultats sont principalement attribuables à la discipline budgétaire appliquée par le pays et correspondent généralement à l'orientation de sa politique économique. Toutefois, si des progrès sont encore à faire et des réformes quand même nécessaires, au niveau régional, la performance macroéconomique du Brésil est se distingue.

Selon les données du FMI et de la BM, le Brésil a enregistré une baisse de son ratio dette publique / PIB et une croissance de ses réserves de devises étrangères. Cela a accru sa capacité de résistance aux chocs économiques et a permis une amélioration des conditions économiques du pays, en particulier par rapport à la décennie précédente.

Après la crise de 2002, des réformes économiques ont visé l'amélioration des revenus, de l'emploi, de la dette publique, des réserves de devises étrangères et de l'affranchissement de la dépendance de la dette intérieure vis-à-vis du dollar. Un autre point fort de la politique économique du Brésil est sa demande intérieure croissante; selon les autorités brésiliennes, cette réussite s'explique en grande partie par l'évolution favorable de l'investissement social.

La modification de la politique de taux de change pour un taux variable a été un facteur tout aussi important dans la politique du Brésil, consistant à rechercher la stabilité macroéconomique et le maintien de la compétitivité internationale du pays, la politique d'indexation sur le dollar des années 1980 et 1990 ayant entraîné une grande instabilité et une vulnérabilité des taux de change.

Plus récemment en 2009, en raison de la crise économique internationale, l'économie brésilienne s'est temporairement contractée, mais vers 2010, elle a retrouvé le chemin de la croissance.

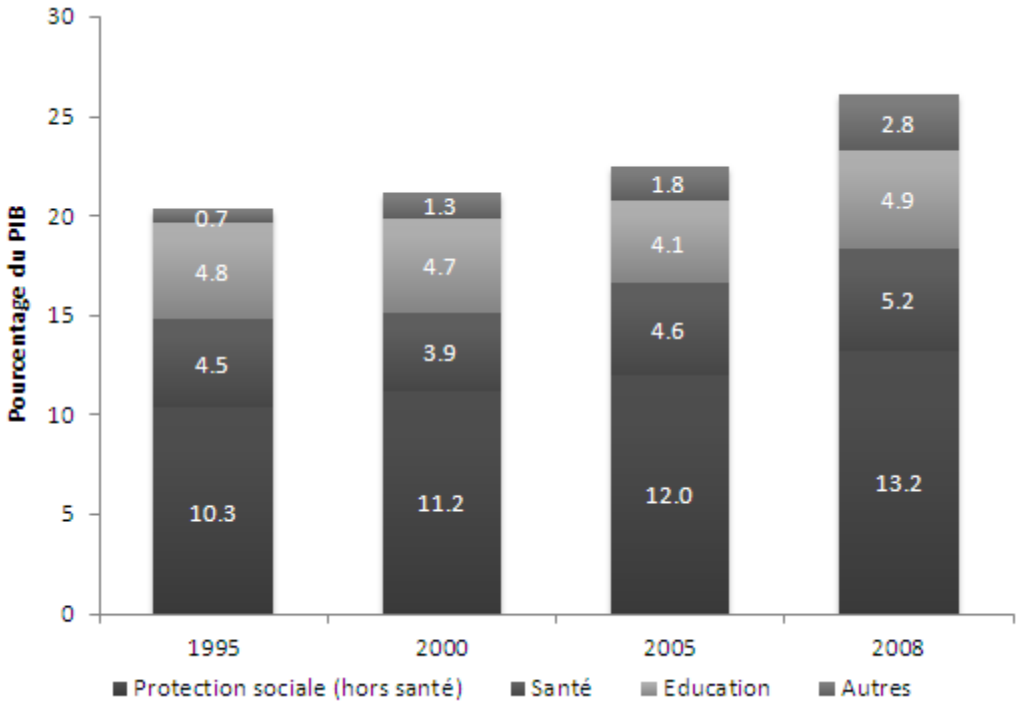
Durant la crise économique, la consommation des ménages a été soutenue par les programmes sociaux, vigoureusement encouragés ces dernières années. Cette croissance des dépenses de consommation traduit une augmentation de la confiance des consommateurs en leur revenu actuel et futur. Un autre élément qui semble contribuer à la croissance économique durable est la bonne performance de l'investissement, grâce à un climat propice et de bonnes perspectives commerciales.

5.2. Investissement social

L'investissement social joue un rôle important dans les finances publiques au Brésil. Les programmes de protection sociale (santé, sécurité sociale et assistance sociale) sont la composante la plus importante des dépenses sociales au Brésil (70 pour cent). La volonté de l'Etat de garantir les droits à la sécurité sociale, clairement établis dans la nouvelle Constitution de 1988, à travers sa politique sociale, se reflète dans l'importance de la protection sociale en termes de financement, de couverture et de protection accordée.

Au cours des 15 dernières années, l'augmentation des dépenses sociales [16] du Brésil a été régulière, passant de 20,3 à 26,1 pour cent du PIB entre 1995 et 2008, soit un gain impressionnant de 5,7 points de pourcentage (figure 26).

Figure 26. Evolution des dépenses sociales en pourcentage du PIB au Brésil



Source: ministère des Finances et du Trésor public, 2010; FMI, 2010b.

Tel que présenté dans la partie suivante, le coût de la sécurité sociale contributive explique en grande partie l'augmentation des dépenses sociales au Brésil, en termes de création d'espace et de dépenses budgétaires.

[16] Dans le cadre de cette analyse, la définition des dépenses sociales est fondée sur celle de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC); ses composantes les plus importantes sont l'éducation, la santé, l'assurance sociale, l'assistance sociale et le logement.

5.3. Vue d'ensemble du système de protection sociale brésilien

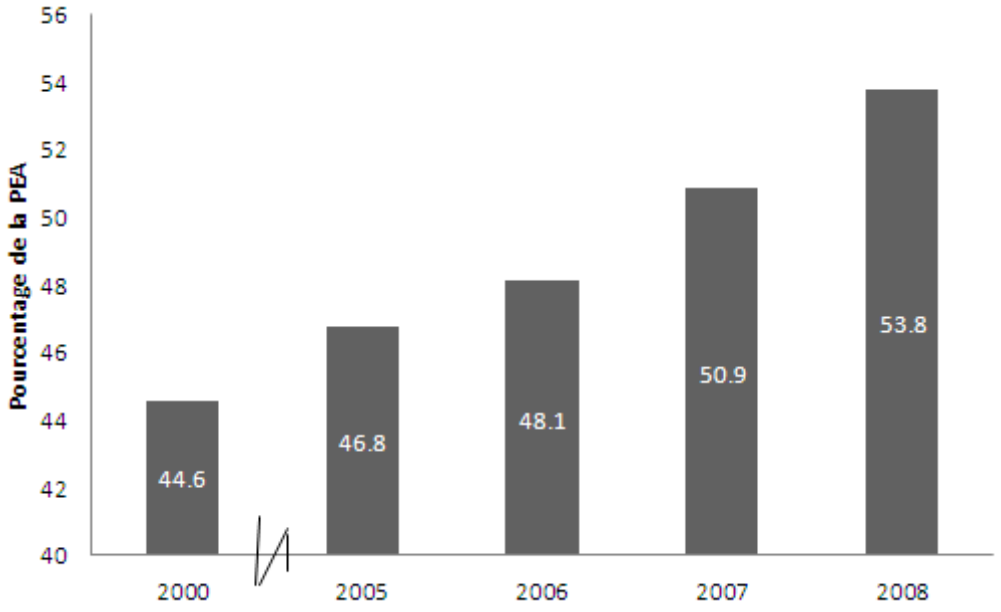
Le système brésilien de protection sociale est l'un des plus développés d'Amérique latine. Il est organisé selon quatre piliers: l'assurance sociale (*Previdência social*), qui gère les prestations en espèces; le système de santé unifié (*Sistema universal de saúde* - SUS); les programmes d'aide sociale; et les programmes complémentaires. Les programmes d'assurance sociale et le SUS sont ceux qui mobilisent le plus de ressources et couvrent le plus grand nombre de personnes.

5.3.1. Programmes d'assurance sociale

L'assurance sociale au Brésil combine des programmes relevant du régime général (*Regime Geral*) et des programmes pour les fonctionnaires. L'administration du régime général incombe au ministère de la Sécurité sociale et à l'Institut national de sécurité sociale (INSS), tandis que les programmes pour les fonctionnaires sont gérés directement par les organismes de sécurité sociale aux niveaux fédéral et local. Le spectre de protection des programmes d'assurance sociale englobe toutes les prestations classiques d'assurance sociale mentionnées dans la Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952; à l'exception de la santé qui est gérée par le SUS.

L'assurance sociale couvre toutes les catégories de travailleurs: les salariés et les travailleurs indépendants. Les groupes qui ne sont pas généralement protégés dans d'autres pays, comme les employés domestiques et les travailleurs ruraux, bénéficient d'une couverture ample.

Figure 27. Cotisants assurés au système de retraite en pourcentage de la PEA au Brésil



Source: ministère des Finances et du Trésor public, 2010; FMI, 2010b.

D'un point de vue statistique, la couverture des cotisants affiliés par rapport à la couverture totale de la population active atteignait 53,8 pour cent en 2008 (figure 27) [17], et a enregistré une croissance de 9 points de pourcentage depuis 2000. C'est l'une des augmentations de couverture les plus rapides enregistrées en Amérique latine au cours des deux dernières décennies; elle souligne la volonté politique de l'Etat brésilien de mettre en œuvre le système de sécurité sociale prévu par la Constitution de 1988.

Le facteur le plus important dans la création d'un espace budgétaire pour la protection sociale au Brésil est sans doute le financement contributif de l'assurance sociale, fondé sur les cotisations salariales.

Tableau 7. Evolution de la couverture du système de retraite au Brésil

Indicateur	1995	2000	2005	2006	2007	2008
Pensions contributives, cotisants actifs en % de la PEA	47,7	44,6	46,8	48,1	50,9	53,8
Population de 60 ans et plus bénéficiant d'une pension contributive (%)[a]	59	62,7	71,6	72,4	73	74
Population de 60 ans et plus bénéficiant d'une pension non contributive (%)	4,3	5	7,6	8	8,3	8,6
Population de 60 ans et plus bénéficiant d'une pension (%)	63,3	67,7	79,2	80,4	81,2	82,6

[a] Les données pour l'année 2000 correspondent à l'année 2003.

Source: ministère de la Sécurité sociale, 2008 et 2010; Division de statistique des Nations Unies, 2010.

Une autre façon de mesurer la couverture du système de retraite consiste à regarder la proportion de personnes âgées de plus de 60 ans bénéficiaires. Cet indicateur, a également fortement augmenté au cours des trois dernières décennies (de 63,3 à 82,6 pour cent entre 1995 et 2008, soit une hausse de la couverture de 19 points de pourcentage en seulement 13 ans). Cette augmentation du nombre de bénéficiaires peut s'expliquer par la hausse de 15 points de pourcentage de ceux touchant des pensions contributives (tableau 7).

5.3.2. Système universel de santé

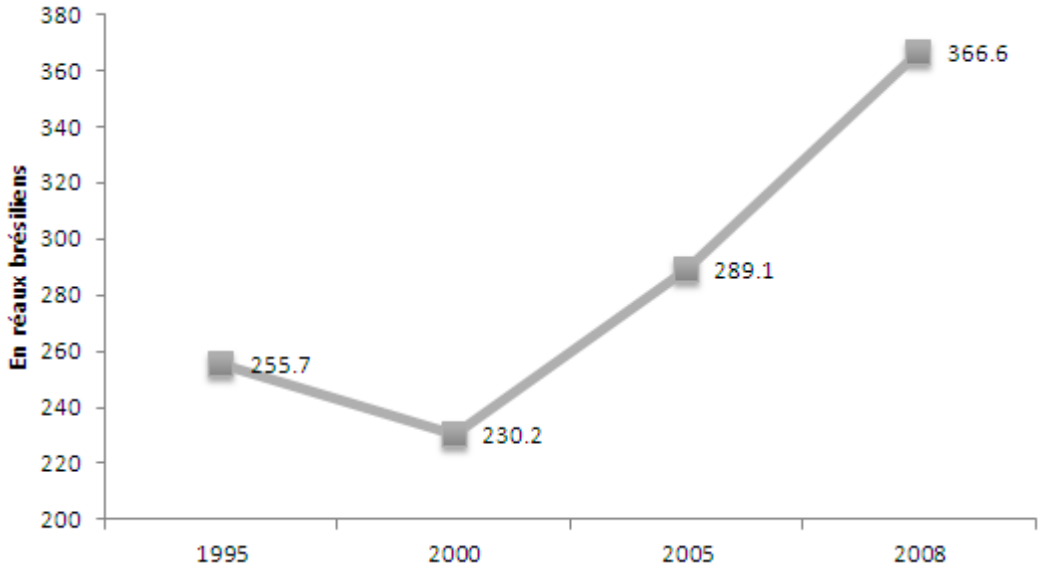
Le SUS administré par le ministère de la Santé du Brésil est le seul système national de santé en Amérique latine jouissant d'une couverture universelle et de prestations de santé complètes financées par l'impôt. Le système puise sa force dans la Constitution brésilienne de 1988, dans laquelle la santé a été établie comme un droit du citoyen et une obligation de l'Etat. Aujourd'hui, on estime que plus de 80 pour cent des Brésiliens sont couverts par le SUS, mais dans la pratique, tous ne disposent pas du même accès aux services. Avant cette réforme constitutionnelle, seules les personnes ayant la capacité de payer des cotisations sociales avaient accès à la protection de la santé.

Depuis 1996, l'administration du SUS incombe aux municipalités, qui bénéficient d'un financement et d'une assistance technique de la part du gouvernement fédéral et de l'Etat. Cependant, le niveau de participation des gouvernements municipaux, à la fois dans le financement du SUS et dans la fourniture et la gestion des soins de santé, est déterminé par le niveau de conformité aux exigences d'accréditation.

[17] Ce chiffre sous-estime probablement la couverture totale de la population économiquement active, car il ne tient pas compte de la couverture générée par des cotisations indirectes fondées sur la valeur des ventes par les agriculteurs.

Les prestations du SUS comprennent les trois niveaux de soins de santé: services ambulatoires de base, soins hospitaliers et soins de santé complexes. En théorie, la couverture est universelle, mais les dépenses de ménages en soins de santé sont encore élevées; en 2006, elles représentaient 52 pour cent des dépenses totales de santé (OMS, 2010a). La législation actuelle offre aux Brésiliens la possibilité d'opter pour des prestataires de soins privés et des régimes de protection complémentaire privés. Il existe quatre moyens d'accéder à la protection complémentaire privée: l'assurance-maladie privée, les plans de coopérative de santé, les plans gérés par les hôpitaux et les plans de soins de santé autogérés. Dans la pratique, seule la classe moyenne peut accéder à ces formes d'assurance privée. En outre, les primes d'assurance augmentent fortement en fonction de l'âge de la personne assurée et par conséquent, une grande partie des dépenses de santé privées prennent la forme de dépenses directes. Cependant, il faut reconnaître les efforts du gouvernement brésilien pour accroître l'investissement social dans la santé (figure 28).

Figure 28. Dépenses publiques réelles de santé au Brésil



Source: ministère des Finances et du Trésor national, 2010; Banque mondiale, 2010.

Grâce à la création du SUS, le système de santé du Brésil a pu bénéficier d'une forte extension de la couverture et des dépenses. En termes réels par habitant, les dépenses publiques de santé ont augmenté de 43 pour cent entre 1995 et 2008. Cependant, la hausse totale en termes réels sur cette même période a été de 70 pour cent.

5.3.3. Assistance sociale

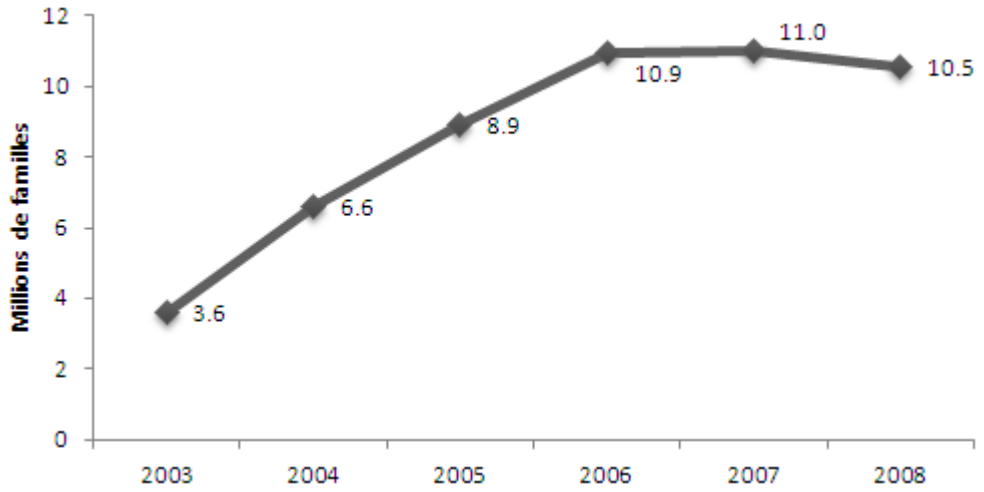
Au cours des dernières années, le Brésil a fourni de nombreux efforts pour développer une série de programmes d'assistance sociale visant à protéger la famille, la maternité, l'enfance, l'adolescence, les personnes âgées et les personnes handicapées. D'une manière générale, les programmes visent les segments les plus vulnérables de la population et sont financés par le ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim (MDS).

La question la plus importante concernant les programmes d'assistance sociale au Brésil est celle du niveau horizontal de couverture. En 2008, environ 47 millions de personnes ont bénéficié de ces programmes, soit environ 25 pour cent de la population totale. Ces dernières années, suite à l'introduction du nouveau programme *Bolsa Família*, le nombre de bénéficiaires a considérablement augmenté (encadré 2).

Encadré 2. Le programme *Bolsa Família*

Bolsa Família a été lancé en 2003. Ce programme de transfert conditionnel en espèces vise à soutenir les familles pauvres. Il rassemble divers programmes de transferts en espèces du gouvernement fédéral cherchant à répondre à certains besoins essentiels des familles (*Bolsa Escola, Bolsa Alimentação, Cartão Alimentação* and *Auxílio Gas*). La couverture du programme s'est rapidement étendue, passant de 3,6 millions de familles en 2003 à 10,5 millions en 2008.

Familles bénéficiaires du programme *Bolsa Família* (en millions)



Source: IPEADATA, 2010.

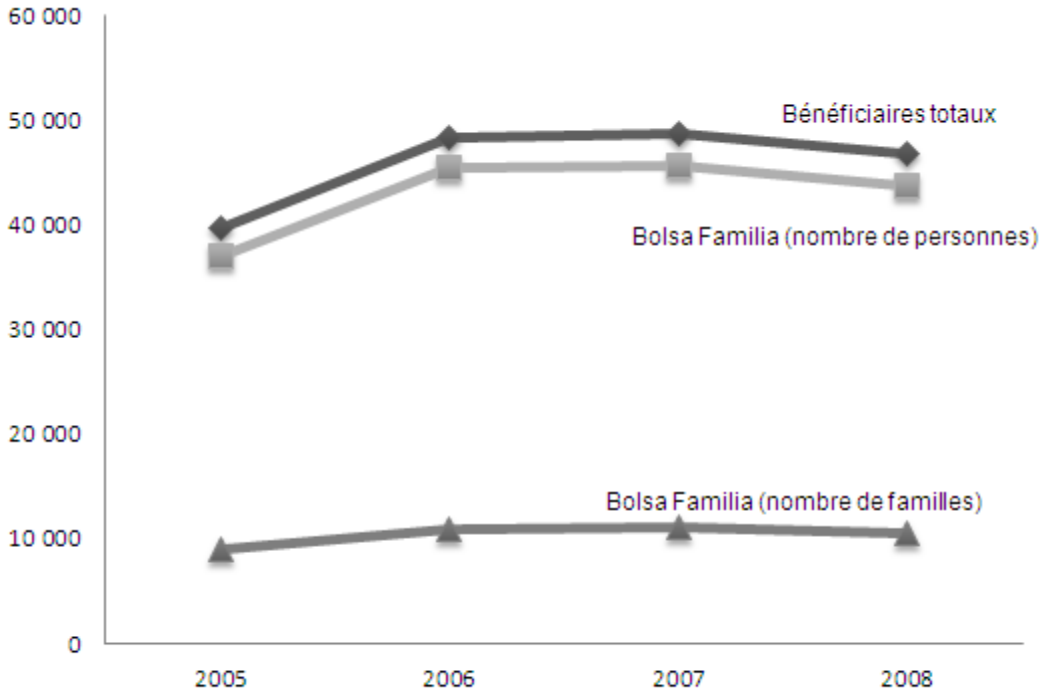
Conditions d'éligibilité: les familles extrêmement pauvres (en fonction du revenu des ménages par habitant), les femmes enceintes ou allaitantes ayant des enfants de 12 ans au moins, et les adolescents jusqu'à 15 ans. *Ciblage*: effectué grâce à un système d'inscription des familles pauvres dans le pays. La collecte des données et les inscriptions sont à la charge des municipalités, tandis que le ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim centralise les bases de données. La Caisse d'épargne fédérale (*Caixa Econômica Federal* - CEF) s'occupe de l'administration et du fonctionnement du programme. *Conditionnalité*: la couverture est soumise à certaines conditions en matière de développement humain, telles que l'assiduité scolaire (pour les enfants âgés de 6 à 17 ans), la vaccination (pour les enfants jusqu'à l'âge de 6 ans), la prise en charge alimentaire et les consultations prénatales et postnatales. *Organisation institutionnelle*: le programme est géré par le Secrétariat national de revenu de citoyenneté (SENARC) relevant du ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim. Les décisions sont prises par le Président sur recommandation d'un comité de gestion du programme. *Suivi et évaluation*: les municipalités sont chargées de vérifier la conformité avec les conditions de couverture, tandis que le contrôle de qualité incombe au SENARC.

Après une légère contraction du programme en 2008, les chiffres préliminaires indiquent une augmentation des dépenses et du nombre de bénéficiaires pour 2009, qui s'explique par la décision du gouvernement d'augmenter les investissements en faveur du programme afin de pallier les effets de la crise économique mondiale. En 2009, 12,4 millions de familles bénéficiaient du programme.

Source: ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim, 2010.

Sur les 47 millions de bénéficiaires des programmes de transferts en espèces de 2008, *Bolsa Família* en couvrait environ 43 millions (figure 29). En trois ans seulement, de 2005 à 2008, les dépenses réelles pour les programmes de transferts conditionnels en espèces ont augmenté de près de 50 pour cent.

Figure 29. Couverture des programmes d'assistance sociale au Brésil (en milliers)



Source: IPEADATA, 2010.

En 2008, les dépenses pour les programmes de transferts en espèces s'élevaient à 1,3 pour cent du PIB, dont 0,4 pour cent mis en œuvre à travers *Bolsa Família*.

Evolutions récentes

Dans le contexte des efforts récemment déployés par le Brésil pour étendre la couverture de la protection sociale, le gouvernement a lancé le programme *Brasil sem Miséria* en juin 2011, pour lutter contre la pauvreté. Ce programme vise à promouvoir l'inclusion sociale et l'intégration productive de 16,2 millions de personnes vivant dans la pauvreté extrême. Une grande partie de cette population ne participe à aucun programme de protection sociale. Cette opération est gérée par le ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim, qui collabore avec d'autres organismes fédéraux et avec le secteur privé. Le programme fonctionne aux niveaux fédéral, étatique et municipal. Il vise à accroître le revenu des ménages par habitant, améliorer l'accès aux services publics et accroître l'intégration productive en renforçant les moyens économiques des Brésiliens par la création d'emplois.

L'augmentation du revenu des ménages est soutenue par le programme *Bolsa Família* et la pension BPC (*Benefício de Prestação Continuada*).Le plan *Brasil sem Miséria* élargit le champ d'application du programme *Bolsa Família* grâce à l'augmentation du nombre d'enfants éligibles par famille de trois à cinq. Le gouvernement cherche à étendre les prestations à 1,3 million d'enfants supplémentaire. Les paiements varient de 22 à 200 dollars par mois. Le gouvernement espère atteindre 800 000 familles supplémentaires correspondant aux conditions d'éligibilité, mais ne recevant aucune prestation pour cause de manque d'accès à l'information, car vivant dans des régions isolées ou en raison de problèmes administratifs. La pension BPC est un droit constitutionnel qui assure la sécurité de revenu (un salaire minimum) aux personnes âgées et handicapées pauvres.

L'accès aux services publics est assuré par l'intégration des programmes pour l'éducation, l'aide sociale, la sécurité alimentaire et nutritionnelle, la santé, l'eau courante et

l'électricité. Dans le domaine de l'éducation, le plan intègre des programmes qui proposent des cours d'alphabétisation aux jeunes et aux adultes ainsi que des activités diverses dans les écoles publiques. Le domaine des soins de santé inclut le SUS et des programmes axés sur la santé de la famille, la santé en milieu scolaire, la promotion et la prévention de la santé bucco-dentaire et la médecine. L'assistance sociale et la sécurité alimentaire et nutritionnelle sont fournies par le Centre de référence d'assistance sociale, le Centre de référence d'assistance sociale spécialisé et des programmes tels que la banque alimentaire et l'alimentation en milieu scolaire.

Dans les zones rurales, l'intégration productive est assurée grâce à l'assistance technique, l'appui à l'accès aux marchés publics et privés, la construction de citernes avec le programme *Bolsa Verde* qui transfère 152 dollars tous les trois mois (avec la carte Bolsa *Família*) aux familles inscrites au programme d'appui à la conservation de l'environnement. Dans les zones urbaines, le gouvernement promeut l'intégration productive par le biais de la formation professionnelle et la création d'emplois. Son objectif est d'intégrer les bénéficiaires de *Bolsa Família* au marché du travail.

La population cible est identifiée grâce à une recherche active fondée sur les cartes de la pauvreté. L'inscription des familles se fait au niveau local dans le registre unifié des programmes sociaux du gouvernement fédéral (*Cadastro Único para Programas Sociais*). Ce mécanisme recueille des informations socioéconomiques des familles en situation de pauvreté (caractéristiques des ménages, niveau d'éducation, statut de l'emploi et niveau de revenu). Les familles éligibles ne recevant pas de prestations des programmes de protection sociale sont identifiées et incluses dans les différents programmes en fonction de leurs besoins. Les familles déjà enregistrées sont automatiquement incluses dans le plan, et doivent également répondre aux critères de participation. Le gouvernement a prévu près de 20 milliards de réaux par an pour financer le plan. Ce budget annuel comprend des fonds de *Bolsa Família* et il est garanti jusqu'en 2014.

Bien qu'un nombre important de familles et des personnes reçoivent des transferts conditionnels en espèces, le volume des dépenses liées à ces programmes est loin d'être suffisant, surtout en comparaison avec le niveau d'investissement total dans la protection sociale qui a atteint 18 pour cent du PIB en 2008.

Cela tend à supposer que, même si les dépenses consacrées aux programmes d'assistance sociale au Brésil ont affiché une augmentation significative au cours des dernières années, elles sont encore bien inférieures aux dépenses pour d'autres programmes de protection sociale, comme la santé et l'assurance sociale.

Actuellement, les dépenses de protection sociale sont principalement affectées aux programmes d'assurance sociale et ils ont été les premiers créateurs d'espace budgétaire en termes de recettes générées dans le pays au cours des dernières années.

5.4. L'espace budgétaire pour la protection sociale

Comme nous l'avons vu, les dépenses sociales du Brésil, notamment ses dépenses de sécurité sociale, ont considérablement augmenté au cours des dernières années, avec une forte accélération dans les années 2000.

Deux questions se posent. Quelles ont été les sources de financement utilisées pour assurer l'augmentation des dépenses de protection sociale? Dans quelle mesure peut-on lier cette augmentation aux mécanismes de création d'espace budgétaire?

5.4.1. La Constitution de 1998 et l'espace budgétaire

La nouvelle constitution a introduit des garanties explicites sur le droit du peuple brésilien à la sécurité sociale, ce qui est très positif puisque cela implique que la politique de protection sociale du gouvernement est conforme aux dispositions des principaux instruments internationaux de protection des droits de l'homme: la Déclaration de Philadelphie, la Déclaration universelle des droits de l'homme et le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

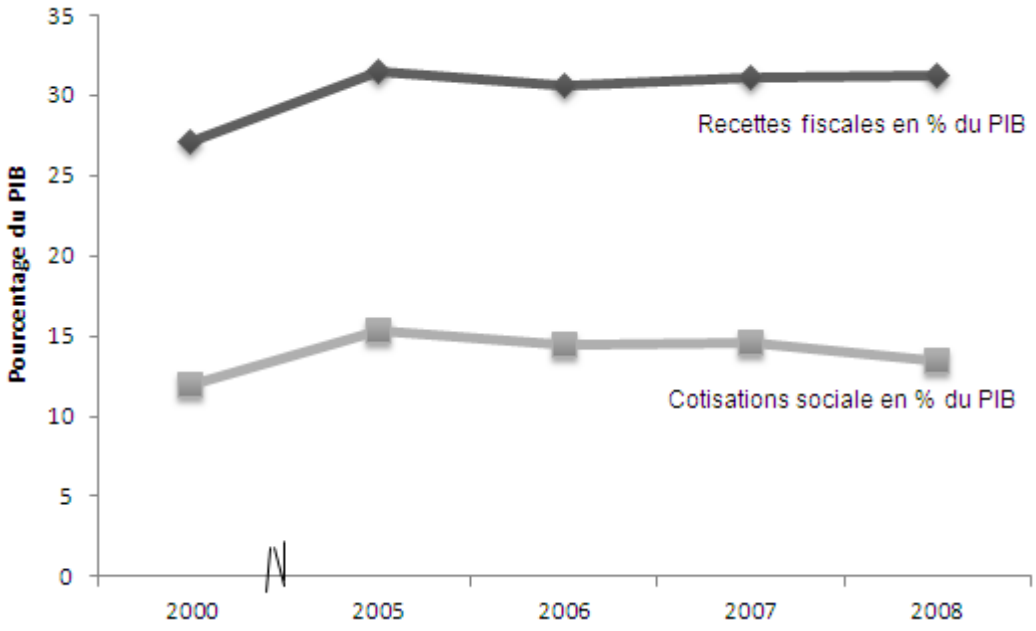
Une conséquence directe de la consolidation progressive de ce cadre législatif a été la très forte croissance des obligations de l'Etat comparée au niveau minimum de dépenses de protection sociale dans le passé. Cette situation a représenté un défi en termes de viabilité budgétaire à cause de la rigidité dans la gestion budgétaire généralement associée aux engagements liés au paiement des prestations contributives. Cette question sera abordée plus tard dans ce chapitre.

5.4.2. Charge fiscale brute: le rôle des cotisations sociales

Conformément à la définition proposée par les Nations Unies, l'Institut brésilien de géographie et de statistique (IBGE) propose de classer les impôts en cinq catégories: impôts sur les produits, autres impôts liés à la production, impôts sur le revenu et la propriété, cotisations sociales et impôts sur le capital. Ces éléments constituent la charge fiscale brute du Brésil, généralement exprimée en termes de PIB.

Santos et Costa (2007) ont mis en évidence l'augmentation de la charge fiscale brute du Brésil de 27 pour cent en 1996 à près de 31 pour cent en 2006. Cela représente sans doute l'une des plus fortes hausses en Amérique latine. Ainsi, le pays occupe une position de choix comparé au reste du monde en développement. L'augmentation remarquable de la charge fiscale est en grande partie attribuable à des modifications des cotisations sociales, qui, au Brésil, ne concernent pas seulement les cotisations sociales classiques, mais incluent aussi d'autres composantes.

Figure 30. Recettes fiscales (cotisations sociales incluses) et cotisations sociales en pourcentage du PIB au Brésil



Source: ministère des Finances et du Trésor national, 2010; FMI, 2010b.

Les recettes fiscales totales, y compris les cotisations de sécurité sociale et autres cotisations, comme la taxe temporaire sur les transactions financières (*Contribuição «Provisória» por Movimentação Financeira* - CPMF) ont considérablement augmenté entre 2000 et 2005.

La structure fiscale du Brésil est marquée par l'importance des cotisations sociales, dont les paiements à l'assurance sont la principale composante. Comme on peut le voir sur la figure 30, près de la moitié des recettes fiscales de l'Etat proviennent des cotisations sociales.

En 1997, l'introduction d'une taxe temporaire sur les transactions financières en tant que cotisation sociale (CPMF) a été une tentative intéressante pour obtenir des ressources de l'économie formelle afin de financer les dépenses sociales ciblant les segments les plus pauvres de la population. La plupart des revenus de la CPMF ont été utilisés pour financer des programmes non contributifs.

Le poids relatif des cotisations sociales dans les finances publiques est une composante se retrouvant dans d'autres pays en développement. En Amérique latine, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, le Mexique et l'Uruguay sont en tête des pays où les cotisations de sécurité sociale constituent une proportion importante des finances publiques et de l'investissement social pour le développement. En Afrique, la Tunisie en est un autre exemple: les cotisations de sécurité sociale s'y élèvent à environ 5,6 pour cent du PIB et représentent près de 30 pour cent des recettes fiscales totales.

Ce point est essentiel pour comprendre le rôle des institutions de sécurité sociale dans la création d'un espace budgétaire, même dans les pays en développement.

Dans les pays ayant un faible niveau de développement, comme c'est le cas de la plupart des pays d'Afrique, l'assurance sociale en est encore à un stade embryonnaire et, si la situation ne change pas, leurs systèmes de protection sociale vont continuer à s'appuyer fortement sur le financement non contributif, voire devoir aussi compter sur l'aide étrangère directe. Cependant, les efforts entrepris dans la mise en œuvre de systèmes de protection sociale financés par les cotisations sociales doivent être poursuivis. Il faut le voir comme une invitation à poursuivre le développement de la protection sociale sur le long terme, en combinant l'impôt général avec la mobilisation d'un espace budgétaire fondé sur les systèmes d'assurance sociale pour financer des programmes non contributifs. Compte tenu de l'expérience du Brésil et d'autres pays à revenu intermédiaire, la discussion sur la création d'un espace budgétaire dans les pays à faible revenu devrait porter essentiellement sur des innovations en matière de collecte de ressources publiques de manière à générer un certain degré de redistribution des revenus.

5.4.3. Pensions destinées au milieu rural

Les pensions destinées au milieu rural sont un outil innovant pour étendre la couverture aux populations rurales au Brésil. Le régime d'assistance sociale du pays a été mis en place en 1971 sous le nom de FUNRURAL. La Constitution de 1988 a ensuite changé le mode de financement et d'administration du programme. En 2007, grâce à cette innovation, le Brésil avait réussi à l'intégrer dans le régime d'assurance spéciale (*Segurado especial*) ciblant les petits producteurs ruraux et plus de 80 pour cent des employés ruraux [18], ce dernier étant considéré comme un indicateur de sécurité sociale notable pour l'Amérique latine.

[18] *In* Cabanas, 2008.

Depuis 1991, les producteurs, les partenaires, les métayers, les fermiers et les pêcheurs qui travaillent pour des entreprises familiales sans employés permanents cotisent à la sécurité sociale à un taux de 2,1 pour cent sur les revenus bruts tirés de la commercialisation de leurs produits. En vertu de ce régime, des pensions de retraite égales au salaire minimum sont payées à partir de l'âge de 60 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes. Cette prestation est conditionnelle: il faut avoir exercé une activité rurale pendant au moins 15 ans. En 2008, le programme a fait l'objet d'une législation spéciale.

Entre 1992 et 1994, la loi sur l'assurance sociale en milieu rural a eu de grandes répercussions sur l'élargissement de l'espace budgétaire du pays et sur la couverture de l'assurance sociale (IPEA, 2007).

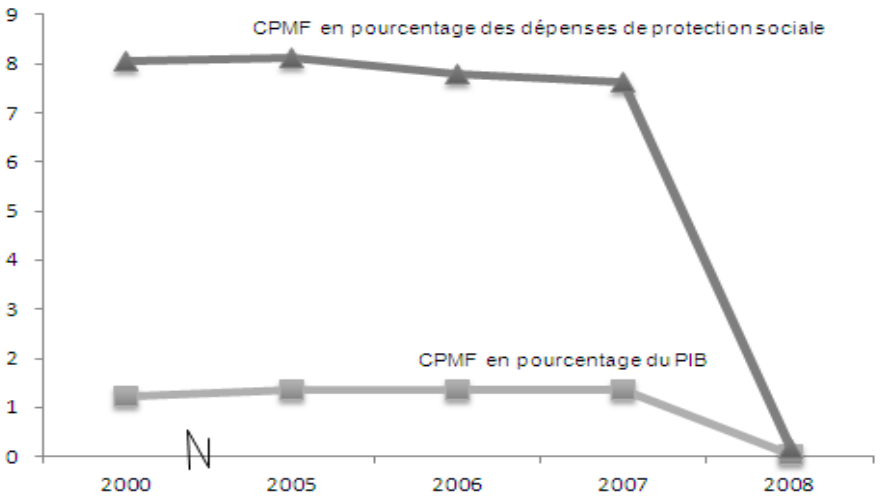
Le régime d'assurance spéciale établi dans le cadre de la loi reçoit un volume très important de subventions de l'Etat, estimé à environ 85 pour cent du total des dépenses; les prestations versées à ce titre peuvent donc être considérées comme étant de nature semi-contributive. Une telle innovation dans le mode de financement doit être minutieusement examinée du point de vue de sa capacité à créer un espace budgétaire, puisqu'elle contraste avec la situation de la plupart des pays en développement où les prestations destinées à la population rurale, si elles existent, sont financées au titre d'un système non contributif. Au Brésil, le recouvrement des cotisations en fonction de la valeur des ventes de la production permet à l'Etat de financer une partie du coût de la protection sociale. Ce mécanisme est également très intéressant pour les économistes opposés aux cotisations sociales fondées sur les gains, puisque l'assiette fiscale correspond ici à la valeur des ventes de produits agricoles. Cependant, le régime peut également être critiqué, au motif que ce type de fiscalité directe implique une certaine régression.

5.5. Taxes temporaires sur les transactions financières

La taxe CPMF a été imposée au Brésil de 1997 à 2007, et a été abrogée au terme d'une vive controverse politique. La cotisation prenait la forme de prélèvements sur les comptes détenus par des institutions financières.

La valeur maximale du quota de la CPMF a atteint 0,38 pour cent de la valeur des transactions financières. A des fins comptables et parce que la CPMF avait été conçue principalement pour financer les dépenses de protection sociale, le mécanisme a été classé dans la catégorie des cotisations sociales.

Figure 31. Taxe CPMF en pourcentage des dépenses de protection sociale et du PIB au Brésil



Source: ministère des Finances et du Trésor national, 2010; FMI, 2010b.

Malgré une opposition franche à ce régime, la CPMF a réussi à survivre pendant dix ans [19] et a joué un rôle important dans le financement de plusieurs composantes majeures des dépenses de protection sociale. Au cours de la période durant laquelle la taxe a été appliquée, 42 pour cent des recettes perçues ont été utilisées pour le système unique de santé (SUS), 21 pour cent pour l'assurance sociale, 21 pour cent pour le programme *Bolsa Família* et 16 pour cent pour d'autres services sociaux.

En 2007, les recettes totales de la CPMF équivalaient à 1,4 pour cent du PIB (figure 31), un pourcentage suffisant pour couvrir le coût total de *Bolsa Família* et d'autres programmes non contributifs de protection sociale. En termes de dépenses de protection sociale, la CPMF représentant plus de 8 pour cent du total des dépenses entre 2000 et 2005, ce qui montre à quel point elle a contribué au financement de la protection sociale.

Lorsqu'il n'est pas possible de suffisamment augmenter les recettes fiscales directes ou indirectes pour pouvoir générer l'espace budgétaire nécessaire, une taxe sur les transactions financières offre plusieurs avantages. En premier lieu, il est relativement facile de la mettre en œuvre et d'assurer son suivi, car elle existe au sein d'institutions réglementées et supervisées, ce qui est le cas de la plupart des pays en développement. Deuxièmement, elle concerne tout le monde, même les agents qui sont en mesure de payer et qui échappent ainsi aux cotisations salariales. Troisièmement, elle est un instrument de contrôle fiscal qui permet de faire des recoupements avec les transactions financières dans tout le pays. Quatrièmement, elle permet l'acheminement direct des ressources provenant de l'économie formelle, de manière progressive. Cela est particulièrement important étant donné que la plupart des pays en développement ont une structure fiscale très régressive qui s'appuie principalement sur les impôts indirects. Dans ces conditions, l'introduction d'une taxe sur les transactions financières pour financer les dépenses sociales en faveur des personnes pauvres est une innovation avantageuse.

Le principal argument avancé par les détracteurs de la CPMF est le suivant: elle introduit une distorsion du marché financier et décourage le développement des activités bancaires, ce qui peut avoir une influence négative sur l'efficacité et la croissance de l'économie. Cependant, aucune preuve empirique ne semble soutenir cette hypothèse.

En janvier 2008, deux mesures ont été annoncées pour neutraliser en partie la perte de recettes fiscales provoquée par la disparition de la CPMF. Premièrement, le taux des cotisations sociales sur le revenu net (CSLL) payées par les institutions financières est passé de 9 à 15 pour cent. Deuxièmement, une augmentation de la taxe a été décrétée sur les opérations de crédit, les opérations de change et les assurances. L'augmentation des revenus grâce à ces mesures a été estimée à 10 milliards de dollars (Banque centrale du Brésil, 2008).

5.6. Espace budgétaire, croissance économique et développement

Avec la crise monétaire brésilienne de la fin des années 1990, les chocs domestiques dus à la crise de rationnement de l'électricité de 2001 et l'incertitude quant à la future

[19] Elle existait sous un autre nom auparavant.

politique économique du président Lula nouvellement élu en 2002, la prime de risque du Brésil était supérieure à la moyenne de l'Indice obligataire des marchés émergents [20].

Ce scénario a été contrebalancé par les politiques d'ajustement budgétaire entreprises au cours de cette période, qui ont entraîné une baisse du niveau des indicateurs de risque du pays et une amélioration de la situation de la dette publique et de la situation budgétaire.

Au Brésil, le principal instrument utilisé pour générer des excédents primaires a consisté à augmenter la charge fiscale. Au cours des années 1970 et 1990, la charge fiscale tournait autour de 25 pour cent du PIB, mais après 1994, avec la mise en œuvre du programme *Plano Real* [21], la charge fiscale sur les biens et services a augmenté.

La situation macroéconomique et fiscale favorable du Brésil, soutenue par la bonne performance des exportations, a permis d'accumuler une quantité importante de réserves monétaires internationales et, ainsi, de réduire la charge fiscale que constituait la dette publique extérieure. En pourcentage du PIB, la dette extérieure du Brésil est devenue négative à partir de 2006, et le pays est devenu créancier extérieur net pour la première fois depuis de nombreuses années.

En termes de situation budgétaire du pays, l'excédent affiché par le compte des administrations publiques (recettes générales moins dépenses) a atteint 2,9 pour cent du PIB en 2008, sa valeur la plus élevée dans l'histoire économique récente du Brésil.

La politique gouvernementale permettant une meilleure capacité de financement des dépenses publiques peut être évaluée par rapport à la notion d'espace budgétaire. Selon la définition traditionnelle de l'espace budgétaire, l'augmentation significative des recettes fiscales qu'a connue le Brésil, y compris des cotisations de sécurité sociale, est considérée comme un véritable moyen de création d'espace budgétaire dans la mesure où elle ne met pas en péril la viabilité budgétaire et la stabilité macroéconomique.

Une question fondamentale se pose alors sur le délai dans lequel se répercute l'élargissement budgétaire au niveau macro-économique sont évaluées, en particulier en ce qui concerne le potentiel de croissance économique soutenue.

Dans le cas du Brésil, les rapports du gouvernement et le FMI ont mis en évidence la situation financière et macroéconomique prospère du pays, en dépit de la crise financière mondiale. En 2008, au moment le plus critique de la crise économique internationale, l'économie brésilienne a progressé de plus de 5 pour cent en termes réels, se positionnant ainsi comme l'un des rares pays au monde disposant d'un taux de croissance élevé. Plus récemment, après une baisse de la croissance en 2009, les projections du gouvernement et de certaines organisations internationales (CEPALC, FMI, par exemple) ont laissé entrevoir une reprise significative de la croissance économique à partir de 2010.

Lors de la récente crise financière internationale, l'autorité monétaire brésilienne a documenté la contribution de la consommation et de l'investissement privé à la croissance du PIB en 2009 (2,4 et 1,9 points de pourcentage, respectivement). Il a été conclu que cette tendance haussière de la consommation privée des ménages a été soutenue par les dépenses des programmes d'assistance sociale, ainsi que par la stabilité relative du marché du travail.

[20] L'indice obligataire des marchés émergents (EMBI) est un indicateur des risques du pays fondé sur le comportement de la dette extérieure contractée par chaque pays. Plus les obligations liées à la dette souveraine sont respectées, plus le taux EMBI augmente.

[21] *Plano Real* était un ensemble de mesures économiques visant la stabilisation de l'économie brésilienne au début de l'année 1994.

Pour sa part, l'investissement est devenu un facteur clé dans le maintien du processus de croissance économique.

L'économie du Brésil a révélé ses points forts dans des domaines importants pour la croissance économique, et ceux-ci ont été mis à rude épreuve pendant la crise économique mondiale de ces dernières années.

On peut se demander, toutefois, si l'une des grandes forces du Brésil, à savoir la perception des revenus fiscaux qui permet au pays d'imposer une charge fiscale proche de la moyenne des pays de l'OCDE, deviendra à moyen et long terme un lourd fardeau sur les agents économiques et un obstacle à la croissance. Cette question s'inscrit dans le cadre du débat en cours, souvent marqué par des convictions idéologiques, qui pour l'instant, n'ont abouti sur aucune conclusion claire. Cela dit, les autorités brésiliennes et les spécialistes dans le domaine de la fiscalité ont évoqué la nécessité d'une réforme structurelle importante du modèle d'imposition en cours, dont la complexité et la fragmentation semblent faire l'objet d'un large consensus.

Aboal *et al.* (2009) soulignent l'importance de la composition et de l'efficacité des dépenses publiques dans la création d'un espace budgétaire au Brésil, et rappellent que les règles régissant le fonctionnement du régime de retraite et le droit aux prestations ont donné lieu à un certain manque de souplesse dans la structure des dépenses du gouvernement, puisque le total des dépenses de pensions atteignait en moyenne près de 11 pour cent du PIB entre 2000 et 2008 et 68 pour cent des dépenses primaires du gouvernement central (en réalité, les dépenses des prestations de l'INSS sont passées à 7,26 pour cent du PIB en 2007). Pour les auteurs, la rigidité de ces composantes des dépenses signifie que, dans le climat institutionnel actuel, la capacité de générer un espace budgétaire pour la croissance est réduite, et que la possibilité d'amélioration de la situation budgétaire du Brésil réside dans la modification d'éléments clés, en particulier l'éducation et l'investissement public.

Dans le cadre d'une étude approfondie de l'espace budgétaire dans le Cône Sud (Argentine, Brésil, Chili et Uruguay), Aboal *et al.* (2009) ont conclu qu'un élargissement de l'espace budgétaire pour l'élaboration des politiques avait eu lieu ces dernières années et que la région jouissait désormais d'une situation relativement favorable. En contrepartie, cela augmente la marge de manœuvre pour la conception de politiques, en réduisant la menace d'une dette non viable. Toutefois, les auteurs ont ajouté que les améliorations observées n'avaient pas abouti à une extension immédiate de l'espace budgétaire pour la croissance.

Bien qu'Aboal *et al.* fournissent de nombreuses preuves de l'évolution budgétaire au Brésil, leurs conclusions sur la création d'un espace budgétaire sont fondées sur des résultats immédiats, plutôt que sur les implications globales à moyen et long terme. Ainsi, ils affirment que dans ce cas de figure, tant que la pression fiscale augmentait, les dépenses liées à la croissance ne pouvaient augmenter partiellement, en raison de la rigidité des autres composantes des dépenses ayant des répercussions sur les excédents budgétaires et empêchaient que ceux-ci n'augmentent de manière concomitante à la hausse de la fiscalité.

5.7. Un espace budgétaire pour le développement

Le fait que l'augmentation de la charge fiscale et de l'intervention budgétaire au Brésil corresponde à une véritable extension de l'espace budgétaire peut être évalué par la méthode employée par le PNUD selon laquelle l'évaluation devrait aller plus loin qu'une simple analyse des répercussions de ces mesures à moyen et à long terme. Par conséquent, le principal critère à évaluer devrait être l'équilibre approprié entre la discipline budgétaire

et l'efficacité des dépenses liées à l'accumulation des capacités de production, en termes de stock de capital à la fois physique et humain.

Par leur nature même, la réalisation des OMD et la mise en place d'une société de bien-être doivent généralement être des objectifs intrinsèques à une politique de développement durable. Cela étant, nous allons maintenant analyser certaines variables liées aux objectifs de développement.

L'investissement dans l'éducation a considérablement augmenté au Brésil au cours des dernières années, à la fois en dépenses réelles et par habitant. Entre 2000 et 2008, les dépenses réelles d'éducation ont augmenté de 36 pour cent, tandis que l'augmentation par habitant était de 24 pour cent. La croissance de l'investissement dans la santé était bien plus élevée, puisque durant la même période les dépenses réelles de santé ont augmenté de 75 pour cent, tandis que les dépenses par habitant ont augmenté de 60 pour cent.

Cet investissement a eu des conséquences directes sur la quantité et la qualité des ressources humaines disponibles. Dans le même temps, il s'est traduit par une augmentation de la capacité productive du pays, grâce aux trois facteurs suivants: a) la réduction de la mortalité et de la croissance de la population économiquement active; b) l'augmentation de la productivité du travail grâce à l'amélioration de la santé; c) l'augmentation de la productivité du travail résultant de l'amélioration de la formation de la main-d'œuvre, générée par une augmentation de l'assiduité scolaire. La combinaison de ces effets devrait se traduire à moyen et à long terme (15 ans ou plus) par une augmentation du revenu global des ménages et, par conséquent, par une augmentation de la demande des ménages et de l'investissement.

Bien que les répercussions d'une meilleure santé et d'une meilleure éducation sur les niveaux de revenu des familles aient été largement étudiées, leurs conséquences sur la croissance économique n'ont pas été approfondies. Cette question quantitative est très complexe, notamment en raison des relations entre les variables concernées que les modèles quantitatifs ne sont pas en mesure de saisir avec précision.

Des études menées par Pochmann (2007), Lavinas (2007) et Soares *et al*. (2006), ainsi que des données provenant d'enquêtes-ménages réalisées en 2004 et 2006 montrent que les indicateurs socioéconomiques du Brésil se sont améliorés et que des progrès ont été accomplis en termes de réduction de la pauvreté absolue et des inégalités de revenu. Selon la CEPALC, le taux de pauvreté au Brésil est passé de 38 pour cent de la population en 2002 à 28 pour cent en 2007 (PNUD, 2008).

Selon Paes de Sousa (2010), 19,4 millions de Brésiliens ont réussi à surmonter l'extrême pauvreté dans la dernière décennie et, en 2008 le taux de pauvreté extrême équivalait au tiers de celui de 2001. Le même rapport indique que le Brésil a réussi à atteindre l'un des OMD dix ans avant la date prévue et a que le pays a établi des objectifs plus stricts de réduction de la pauvreté. En termes de réduction des inégalités entre 2001 et 2008, les 10 pour cent de la population disposant des revenus les plus faibles ont vu leur revenu multiplié par un taux six fois supérieur à ceux des 10 pour cent qui perçoivent les revenus les plus élevés (IPC-IG, 2008).

La qualité des dépenses sociales, en termes d'efficience et d'efficacité, est essentielle à la mobilisation d'un espace budgétaire et sert de critère pour l'analyse de la politique budgétaire au Brésil durant les deux décennies qui ont suivi l'entrée en vigueur de la Constitution de 1988. Les effets des dépenses sociales ont été perçus dans des domaines essentiels pour la durabilité de la croissance économique. Outre les améliorations des indicateurs de pauvreté déjà mentionnées, la couverture et les performances du système éducatif ont progressé. Le taux d'analphabétisme chez les Brésiliens âgés de 15 à 17 ans a diminué de 8,2 pour cent en 1992 pour passer à 1,7 pour cent en 2007, et la durée moyenne

de la scolarité pour les personnes de 15 ans et plus est passée de 5,2 à 7,3 ans (de 2,6 à 4,5 ans dans les zones rurales) au cours de la même période. Entre 2000 et 2008, la taille de la population bénéficiant de l'assurance sociale a augmenté de 9 points de pourcentage, ce qui indique clairement le mouvement des travailleurs du secteur informel vers le secteur formel. Les prestations versées dans le cadre du système d'assistance sociale ont été étendues à près de 50 millions de personnes, partant d'une base de 2 millions en 2000. Cependant, malgré le processus solide de restructuration du système de santé (notamment le renforcement des programmes de prévention et de promotion de la santé, comme pour le programme *Saúde da Família* et l'universalisation de l'accès à la santé à travers le SUS), les dépenses de santé des ménages sont encore très élevées au Brésil. En réponse à la crise économique, le gouvernement a récemment adopté des mesures sensées avoir un impact social à moyen et à long terme, comme les augmentations substantielles dans le programme de prestation continue (*Benefício de Prestação Continuada*), le maintien des investissements dans le cadre du programme d'accélération de la croissance (*Programa de Aceleração do Crescimento*), qui joue un rôle clé dans la création d'emplois dans le secteur formel, et la poursuite de projets d'infrastructures sociales dans les zones rurales (alimentation, logement et assainissement), reconnus comme étant des sources de croissance pour l'économie.

En conclusion, l'intervention budgétaire appuyée par une augmentation importante du financement de l'Etat semble jusqu'ici avoir été tout à fait compatible avec les objectifs du Brésil en termes de croissance économique et de développement. Le Brésil est sans doute l'un des rares pays d'Amérique latine, et peut-être du monde en développement, dont l'expérience dans l'augmentation de la charge fiscale a été un succès, ce qui a certainement joué un rôle clé dans l'appui aux politiques de croissance économique du pays et dans le financement de la sécurité sociale et des dépenses sociales. Cependant, alors que les indicateurs macroéconomiques des dix dernières années témoignent d'une gestion responsable de la fiscalité, il ne faut pas négliger les occasions de réviser le système fiscal, comme l'ont suggéré plusieurs experts et institutions.

5.8. Enseignements

Enseignement 1

Les innovations visant à élargir l'espace budgétaire par l'augmentation des cotisations peuvent générer d'importants rendements. Les innovations du Brésil comprennent à la fois des instruments fiscaux et des politiques sociales. Du point de vue du système de protection sociale, les innovations les plus importantes sont: la mise en place du régime de pensions dédiés au milieu rural; le recours aux taxes sur les transactions financières afin d'obtenir des financements de l'économie formelle, et surtout pour appuyer l'extension de la protection sociale; l'amélioration du cadre administratif et institutionnel du système de recouvrement; des mesures pour faciliter et accroître le champ d'application de la fiscalité et la couverture de la protection sociale dans les micro et petites entreprises.

Enseignement 2

L'efficacité de la gestion des dépenses sociales est d'une importance primordiale. Il est possible de créer un espace budgétaire en révisant des programmes et des mécanismes institutionnels et administratifs. Les réformes dans l'organisation de programmes de transferts sociaux, à la fois en termes de structure, d'outils et de critères pour l'allocation des ressources visant à générer une certaine sélectivité et des incitations progressives (tels que la rénovation des programmes d'enseignement et de *Bolsa Família*) peuvent être des moyens efficaces pour créer un espace budgétaire. Au Brésil, ces réformes ont été très importantes pour l'extension de la couverture du régime de santé universel et,

en même temps, pour la garantie d'un investissement social plus efficace. Les expériences brésiliennes en matière de soins de santé universels intégrés (indicateurs du système éducatif et couverture de l'assistance sociale) sont importantes au vu de leurs répercussions sur la réduction de la pauvreté et l'accumulation de capital.

Enseignement 3

La discipline budgétaire et macroéconomique est particulièrement importante. Le Brésil a été en mesure d'atteindre un degré élevé de stabilité macroéconomique, reposant largement sur les effets des programmes sociaux sur la demande intérieure. Toutefois, ces réalisations sont largement attribuables à une gestion responsable du gouvernement des questions monétaires et fiscales. La gestion de la dette du secteur extérieurs du pays a été un élément clé dans la création d'un espace budgétaire, si bien que l'économie brésilienne est devenue un créancier étranger.

Enseignement 4

La formalisation de l'économie facilite l'extension de la protection sociale tout en générant un espace budgétaire pour la croissance. L'hypothèse selon laquelle les cotisations de sécurité sociale génèrent des distorsions dans le marché du travail et font progresser l'informalité n'est pas corroborée par l'expérience du Brésil. Dans ce pays, une grande partie de l'augmentation des recettes de l'État est attribuable à l'augmentation des cotisations de sécurité sociale, ce qui explique l'extension notable de la couverture d'assurance sociale contributive au cours des dernières années. Plus précisément, l'importante évolution positive des taux d'adhésion à la sécurité sociale traduit clairement le processus de formalisation du travail. Bien sûr, ce mécanisme ne fonctionne pas seul; il exige des réformes instrumentales et administratives pour encourager, voire obliger les entreprises à adhérer au régime d'assurance sociale tout en leur facilitant la démarche. En termes de croissance et de stabilisation macroéconomique, la progression de l'investissement direct dans la protection sociale semble être considérable dans le cadre de l'expérience du Brésil, beaucoup plus que les modèles quantitatifs ne sont en mesure de l'expliquer. Les gains sont notables en termes de capital humain, de productivité, de sentiment de citoyenneté, de cohésion sociale, de stabilité politique et de climat favorable à l'investissement.

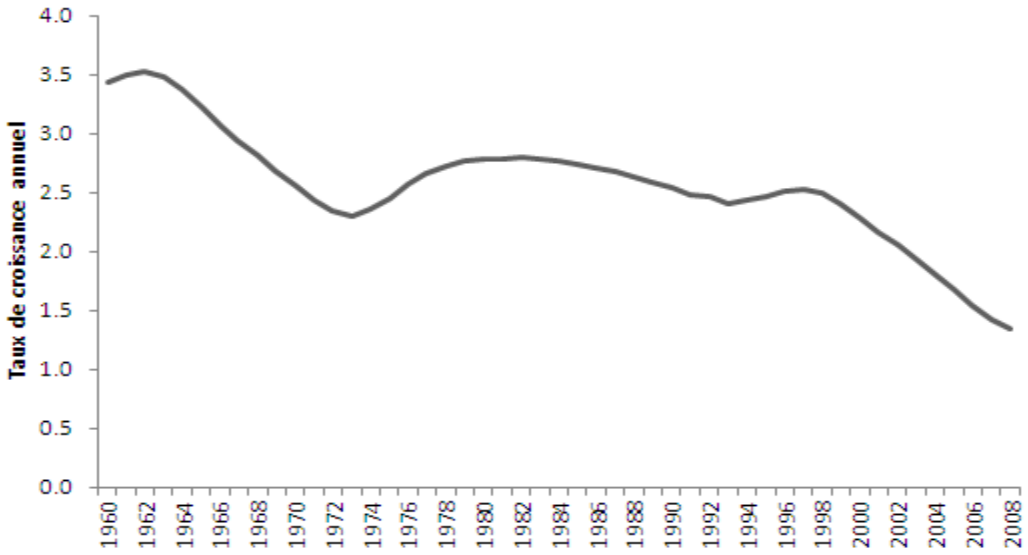
6. La priorisation de l'espace budgétaire pour la protection sociale au Costa Rica

6.1. Profil du pays

Le Costa Rica est un pays d'Amérique centrale de petite taille totalisant une superficie de 51 100 km^2. Il est bordé par le Nicaragua au nord, l'océan Pacifique au sud et à l'ouest, le Panama au sud-est et les Caraïbes à l'est. Il est généralement considéré comme la démocratie la plus solide de l'Amérique latine. Son armée a été abolie en 1948. Le Costa Rica est une République où le président est élu pour un mandat de quatre ans.

La population totale du Costa Rica a été estimée à 4,5 millions d'habitants en 2010. Au cours de la dernière décennie, le taux annuel de croissance démographique a atteint en moyenne 1,7 pour cent, avec un net recul depuis les années 1980, période à laquelle la population augmentait de 2,8 pour cent (figure 32). En d'autres termes, le taux de croissance démographique actuel est presque égal à la moitié du taux de 1982 et près de 60 pour cent inférieur à celui de 1962.

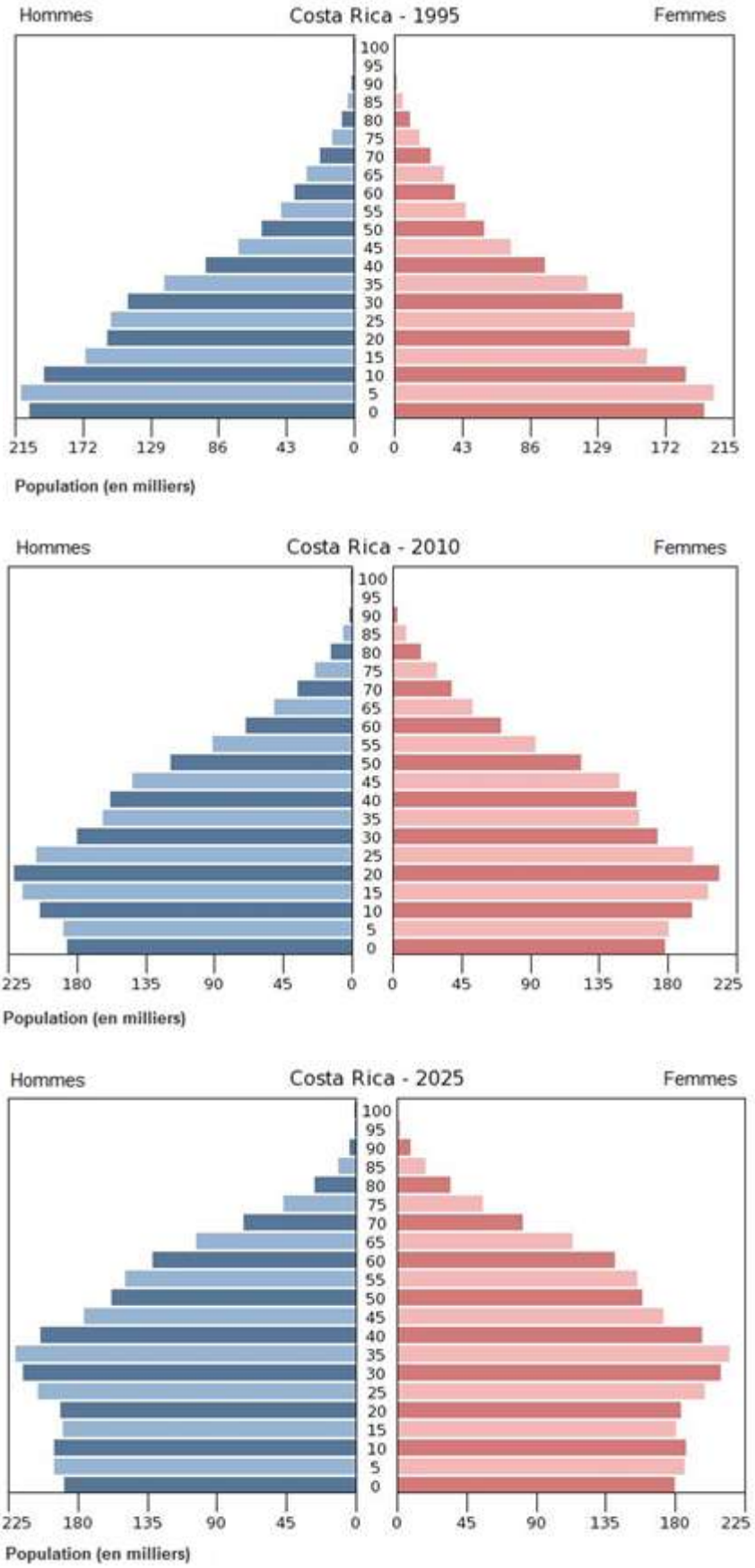
Figure 32. Taux de croissance démographique au Costa Rica, 1960-2010



Source: Division de la population des Nations Unies, 2010.

Un taux de natalité faible et une espérance de vie en hausse ont accéléré le vieillissement de la population. Entre 1995 et 2010, le taux de personnes de plus de 65 ans est passé de 4,7 pour cent de la population totale à 6,2 pour cent, une tendance qui devrait accélérer au cours des prochaines années, de sorte que d'ici à 2025 un Costaricien sur 10 sera âgé de plus de 65 ans. D'autre part, les enfants de moins de 14 ans, qui constituaient 34,7 pour cent de la population totale en 1995, représentaient 25 pour cent en 2010, avec une projection de 21 pour cent en 2025 (figure 33).

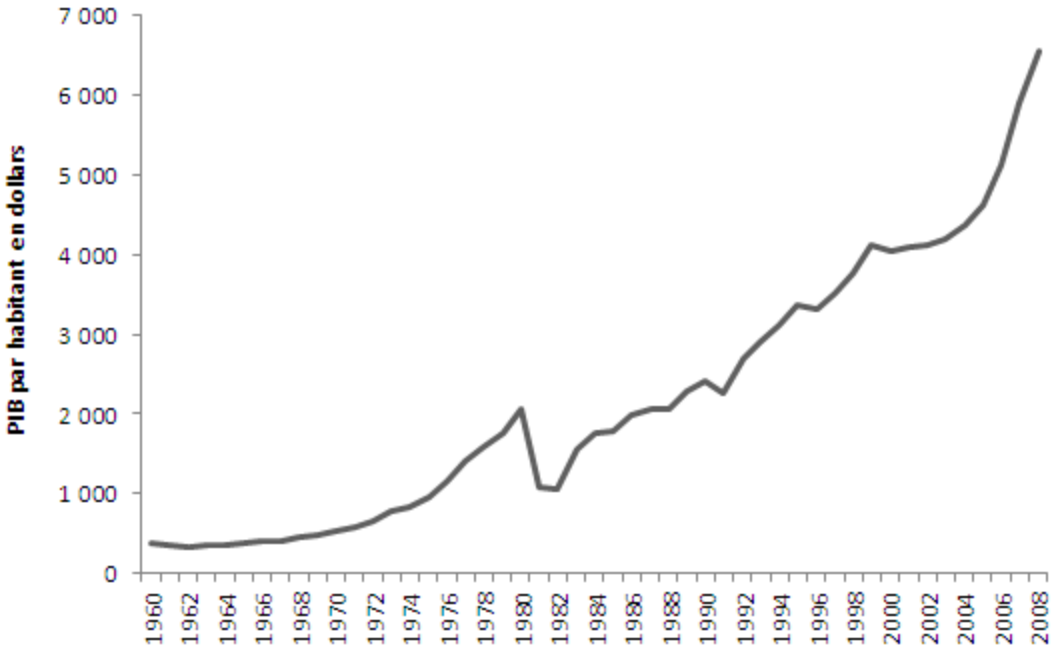
Figure 33. Pyramides de la population au Costa Rica, 1995, 2010 et 2025 (projection)



Source: Bureau du recensement des Etats-Unis, 2010.

Le PIB par habitant du Costa Rica (figure 34) a été estimé à 6 382 dollars en 2009 (11 122 dollars PPA), soit le deuxième plus élevé dans la région d'Amérique centrale après le Panama, et 4,2 fois plus élevé que le PIB par habitant du Nicaragua (le pays d'Amérique centrale ayant le revenu le plus faible en PPA).

Figure 34. PIB par habitant au Costa Rica, 1960-2008

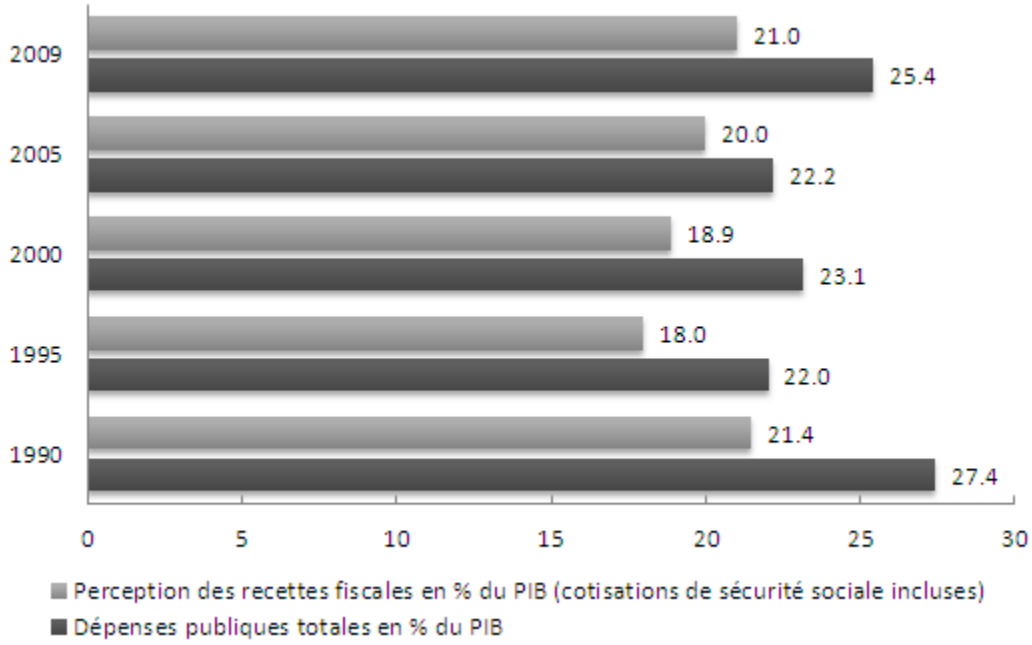


Source: Banque mondiale, 2010.

Le taux de croissance économique entre 1961 et 2010 atteignait en moyenne 4,8 pour cent par an. Avant la crise de 2008-2009, ce dernier progressait de 4,6 pour cent au cours des années 2000. Cependant, ce taux était toujours inférieur au taux de 6,3 pour cent enregistré au cours des années 1970 et de 5,5 pour cent des années 1990. Depuis la crise économique de 1981-1982, la pire dans l'histoire du pays, le Costa Rica n'a connu qu'un seul épisode de croissance économique négative en 2009 (2,8 pour cent). Exprimés par habitant, des taux de croissance négatifs ont été observés à cinq reprises: en 1985, 1991, 1996, 2001 et 2009.

D'un point de vue budgétaire, les déficits budgétaires chroniques prévalent au Costa Rica. À l'exception de 2007 et 2008, le solde budgétaire est négatif depuis 1970. Le déficit budgétaire du secteur public constituaient en moyenne 2,5 pour cent du PIB dans les années 2000 (figure 35).

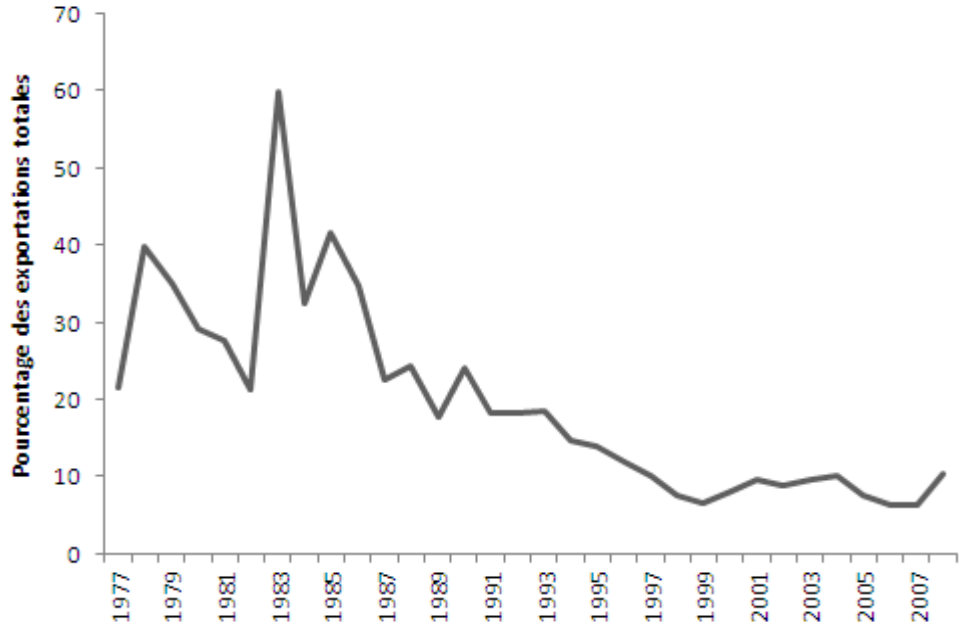
Figure 35. Dépenses et recettes gouvernementales au Costa Rica (plusieurs années)



Source: ministère des Finances (*ministerio de Hacienda*), 2010; FMI, 2010b.

Dans l'ensemble, la dette publique du Costa Rica a diminué au fil des ans. La dette extérieure, qui s'élevait à 28 pour cent du PIB en 1995, est passée à 19,8 pour cent en 2000, puis à 18,3 pour cent en 2005 et à 12,2 pour cent en 2009. Cette diminution constante est le résultat d'une stratégie gouvernementale visant à remplacer la dette extérieure par la dette intérieure, compte tenu des taux d'intérêt plus avantageux sur le marché intérieur. Cela s'est traduit par une baisse continue du service de la dette, exprimé en pourcentage des exportations (figure 36). Entre 1995 et 2009, la dette intérieure est passée de 24,5 pour cent du PIB à 22,4 pour cent en 2009.

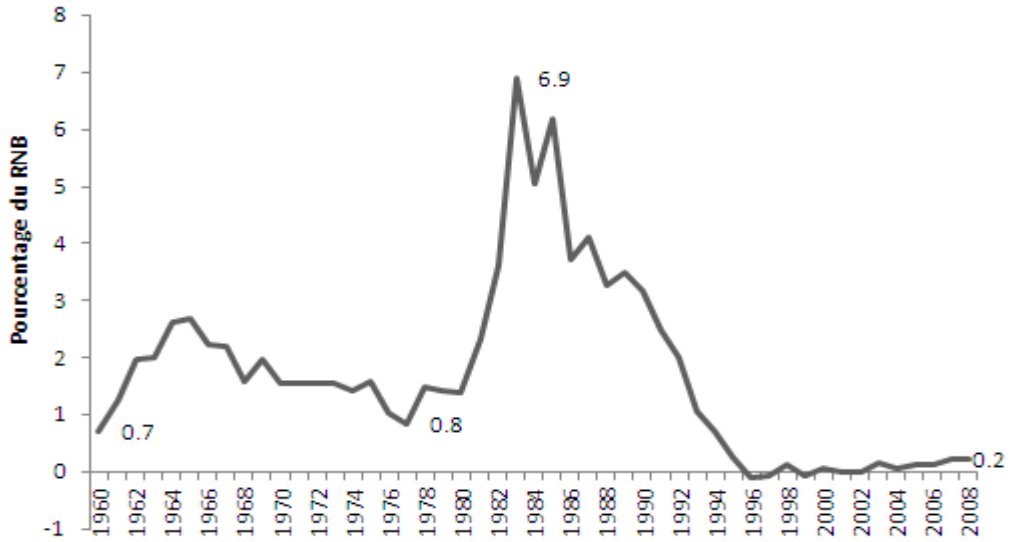
Figure 36. Service de la dette en pourcentage des exportations totales au Costa Rica, 1977-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

L'aide extérieure a rapidement diminué depuis le milieu des années 1980 et le Costa Rica ne dépend quasiment plus de l'aide publique au développement (APD). Entre 1983 et 1985, l'APD nette constituait 6 pour cent du RNB, un chiffre qui contraste avec les 3,7 pour cent pour le reste des années 1980; les 0,9 pour cent des années 1990 et les 0,1 pour cent au cours des années 2000 (figure 37). L'APD par habitant, qui a culminé à 103,5 dollars en 1985, a atteint 14,6 dollars par personne en 2008.

Figure 37. Flux d'APD en pourcentage du RNB au Costa Rica, 1960-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

Les conditions socioéconomiques au Costa Rica sont en général beaucoup plus favorables que dans la plupart des pays en développement. Depuis l'abolition de l'armée, une longue tradition d'investissement dans la santé, l'éducation, l'alimentation et le logement semble avoir porté ses fruits. La pauvreté touche moins de 20 pour cent de la population et le pays figure parmi les cinq premiers pays d'Amérique latine en termes de développement humain. Les conditions sanitaires sont comparables à celles des pays développés: l'espérance de vie moyenne est proche de 80 ans et la mortalité infantile est inférieure à 10 décès pour 1000 naissances vivantes. La prévalence du VIH est parmi les plus basses du continent (tableau 8).

Tableau 8. Principaux indicateurs socioéconomiques au Costa Rica (dernière année disponible)

Indicateur	Valeur	Année
Indice de pauvreté au seuil national de pauvreté (pourcentage)	18,5	2009
Coefficient de Gini	0,44	2009
IDH	0,85	2009
Espérance de vie à la naissance (ans)	79	2008
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	8,8	2009
Taux de mortalité maternelle pour 10 000 naissances vivantes	3,3	2005
Taux de prévalence du VIH-sida (chez les personnes âgées de 15 à 49 ans)	0,4	2007
Taux d'alphabétisation chez les adultes (pourcentage)	96	2007
Enfants en sous-poids (pourcentage)	6,6	2008

Source: ministère de la Planification nationale et de la Politique économique, 2010.

6.2. Programmes de protection sociale et dépenses sociales

Le Costa Rica a mis depuis longtemps en œuvre des politiques sociales. L'enseignement primaire a été déclaré universel au XIXème siècle et la sécurité sociale a été introduite dans les années 1940. À ce jour, le socle de protection sociale du Costa Rica est constitué par un vaste réseau de programmes contributifs et non contributifs. Il existe au moins 34 programmes visant à réduire la pauvreté, sans compter les initiatives contributives de protection sociale (retraites et assurance-maladie). Le tableau 9 ci-dessous reprend la liste des programmes en cours dans le pays, classés en fonction de leur nature.

Le tableau est divisé en deux groupes de programmes: les initiatives de protection sociale contributives et non contributives. D'autres catégories sociales telles que l'éducation et la culture sont également mentionnées.

Les programmes de sécurité sociale contributifs sont regroupés autour de la gestion et de la coordination de la Caisse d'assurance sociale du Costa Rica (CCSS), créée en 1943. La CCSS gère la caisse nationale d'assurance-maladie et le régime de retraite contributif. Bien que la CCSS offre aussi des services de santé aux indigents et verse des pensions non contributives à certains groupes, ces segments ne sont pas classés dans la catégorie à caractère contributif.

Les programmes non contributifs de réduction de la pauvreté peuvent être classés en deux grandes catégories, chacune subdivisée en cinq sous-catégories (Trejos, 2009). Les deux catégories sont les suivantes:

1. **Programmes promotionnels sélectifs**. Ce groupe comprend tous les programmes visant à renforcer les capacités de la population cible ou à compléter les programmes universels existants. Le groupe comprend des initiatives clés comme CEN-CINAI (un programme de développement de la petite enfance), le *Comedores escolares* (un programme de repas scolaires) et *Avancemos*, un programme de transfert conditionnel en espèces pour lutter contre l'abandon scolaire au niveau secondaire.

2. **Programmes d'assistance sociale**. Ils ont été créés dans le but principal de compenser les faibles revenus des ménages et de réduire l'exclusion ou la vulnérabilité. Dans l'ensemble, ils ne sont pas un facteur essentiel des dépenses totales pour le secteur social. À la seule exception du Réseau national de soins (*Red Nacional de cuido*), ces programmes ne représentent pas plus de 15 pour cent des dépenses publiques pour les stratégies de réduction de la pauvreté ou de vulnérabilité.

Tableau 9. Programmes contributifs et non contributifs au Costa Rica

Programmes contributifs	Programmes non contributifs de réduction de la pauvreté				
	Programmes promotionnels sélectifs		Réseau de protection sociale		
	Complémentaires aux programmes universels.	Appui au renforcement des capacités.	Compensation	Assistance sociale	Lutte contre la vulnérabilité ou l'exclusion
Assurance sociale nationale (CCSS)	*Centro de Atención Infantil* (CEN-CINAI): soins aux jeunes enfants.		Programmes de création d'emplois du ministère du Travail	Subventions, IMAS	PANI
Régimes de pensions contributifs (CCSS et autres)	*Comedores Escolares*: programmes de repas scolaires.		Urgences, IMAS	Réseau national de soins	INAMU
	Avancemos: transferts conditionnels en espèces visant à réduire l'abandon scolaire au niveau secondaire.		Commission nationale d'urgence		Conseil politique national pour les jeunes
	Couverture des services de soins de santé en faveur de la population indigente.				CONAI
					Personnes handicapées
					Personnes âgées

Source: Céspedes; Jiménez, 2010.

Note: Les programmes les plus importants en termes de couverture et de dépenses sont indiqués en italiques.

IMAS: Institut mixte d'aide sociale (*Instituto Mixto de Ayuda Social*)

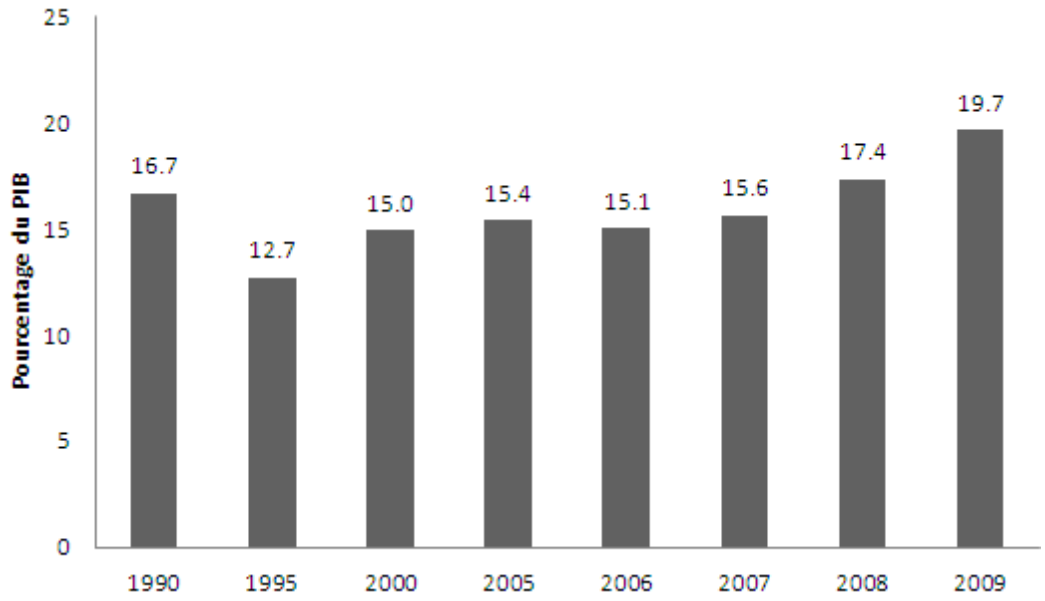
PANI: Fondation nationale pour l'enfance (*Patronato Nacional de la Infancia*)

INAMU: Institut national pour les femmes (*Instituto Nacional de las Mujeres*)

CONAI: Commission nationale des affaires autochtones (*Comisión Nacional de Asuntos Indígenas*)

En 2009, environ un cinquième du PIB du Costa Rica a été alloué aux dépenses sociales. Après une forte baisse du niveau de l'investissement social au milieu des années 1990, les dépenses sociales publiques ont augmenté pendant les années 2000 et se sont stabilisées à environ 15 pour cent du PIB (figure 38). Une deuxième vague d'augmentations a été enregistrée après 2006 avec l'introduction du programme de transfert conditionnel en espèces *Avancemos*. Il faut également souligner la forte part des dépenses sociales dans les dépenses publiques totales. En 1990, 60 pour cent des dépenses publiques ont été affectés à l'investissement social. Ce pourcentage est passé à 70 en 2006 et à 77,4 en 2009.

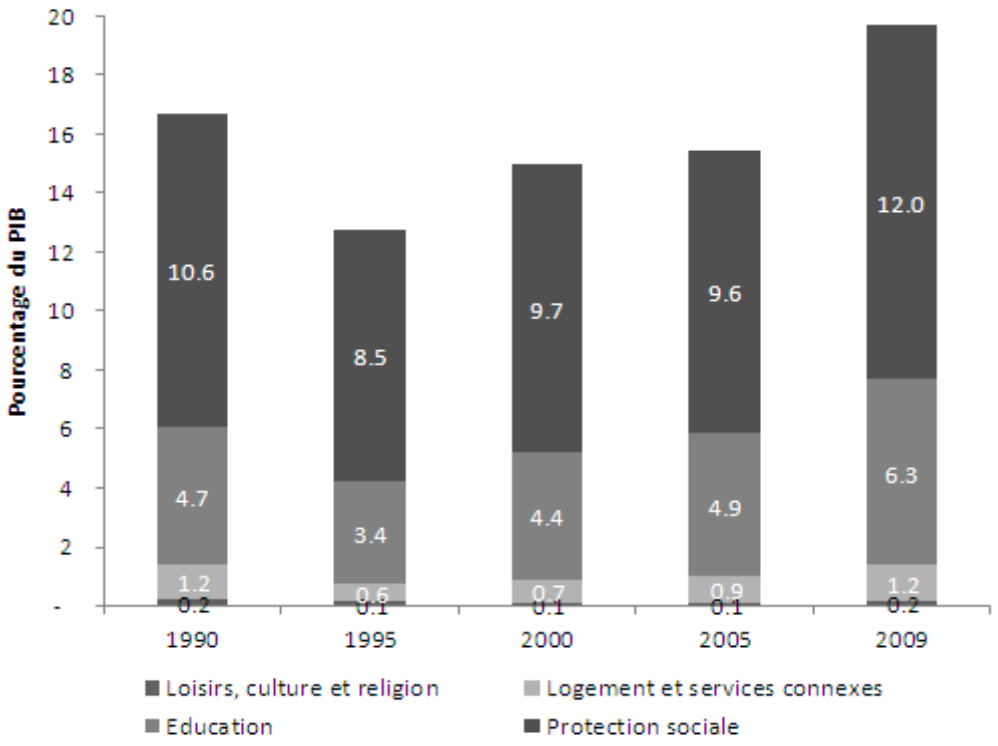
Figure 38. Dépenses sociales en pourcentage du PIB au Costa Rica, 1990-2009



Source: ministère des Finances (*Ministerio de Hacienda)*, 2010; FMI, 2010b.

Si l'on considère les différentes catégories de dépenses, la part de l'éducation et de la protection sociale dans les dépenses totales pour le secteur social se situait entre 92 et 94 pour cent (figure 39). Leur part est restée la même tout au long des deux dernières décennies, avec une légère augmentation dans la seconde moitié des années 2000. Entre 1990 et 2009, la part de la culture et le logement ont perdu du terrain et la croissance des dépenses de protection sociale est passée derrière celle des dépenses d'éducation, au moins durant les cinq dernières années.

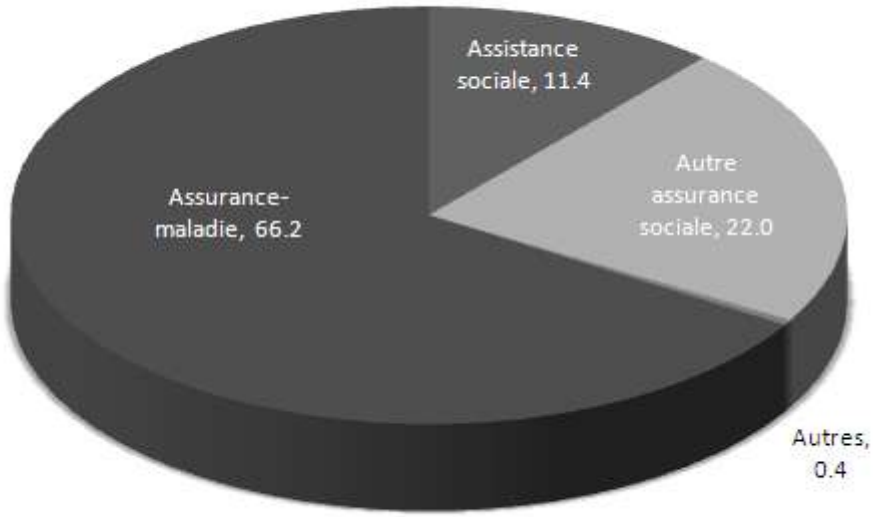
Figure 39. Composition des dépenses sociales au Costa Rica, 1990-2009



Source: ministère des Finances (*Ministerio de Hacienda)*, 2010; FMI, 2010b.

Comme mentionné précédemment, les dépenses de protection sociale ont représenté 10 pour cent du PIB au cours des deux dernières décennies. En haut de la liste, on retrouve les dépenses pour les soins de santé (deux tiers) puis l'assurance sociale représentant une autre tranche de 22 pour cent (figure 40). La part de la protection sociale correspondait à peu près à la moitié des dépenses totales du gouvernement en 2009.

Figure 40. Part moyenne des catégories de protection sociale au Costa Rica, 2000-2009



Source: ministère des Finances (*Ministerio de Hacienda)*, 2010; FMI, 2010b.

6.3. Programmes contributifs de sécurité sociale: la Caisse d'assurance sociale du Costa Rica (CCSS)

Même si les différents gouvernements ont accompli d'importants efforts pour organiser le secteur de la santé du Costa Rica au XIXème siècle, ce n'est qu'à partir de 1941 qu'un régime d'assurance-maladie obligatoire (*Mandatory Health Insurance* - MHI) a été mis en place avant de devenir la Caisse d'assurance sociale du Costa Rica (CCSS) et le système de sécurité sociale dans son ensemble. En plus de la création de la CCSS, le gouvernement de l'époque a approuvé des lois essentielles comme le Code du travail (1943), le chapitre de la constitution sur les garanties sociales et la création de l'Université du Costa Rica.

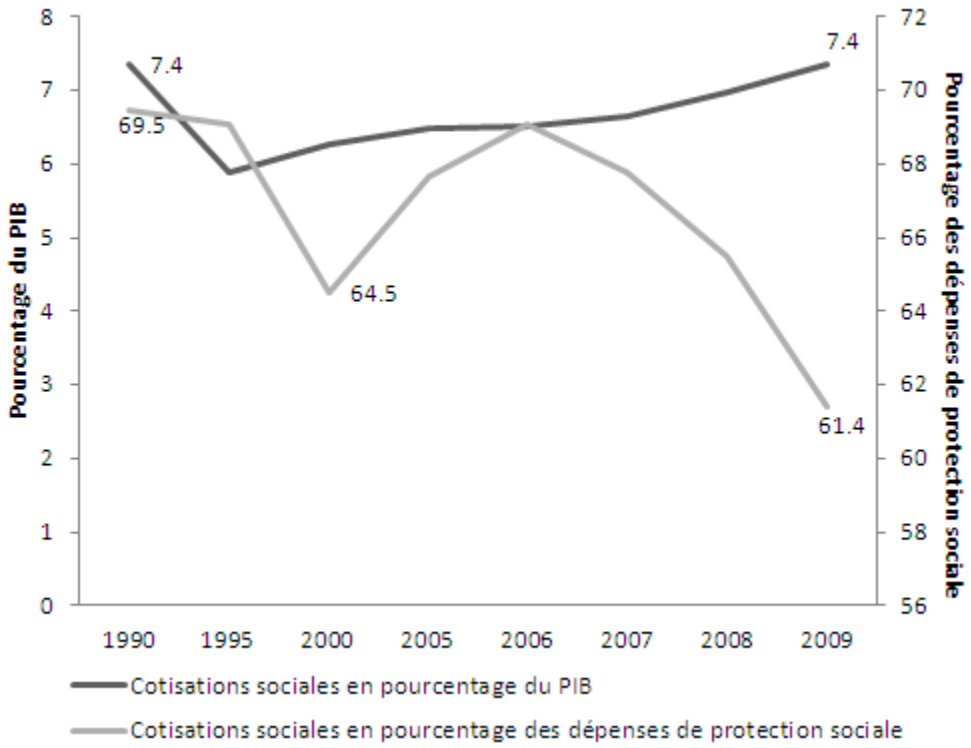
La création de l'assurance-maladie obligatoire est le résultat d'un consensus social qui a impliqué le gouvernement lui-même, le Parti communiste et l'Eglise catholique romaine, un triumvirat inattendu qui s'est entendu sur l'importance du projet.

Au départ, l'assurance-maladie obligatoire a été mise en place pour protéger les travailleurs contre les risques de maladie, de maternité et d'accident du travail, et pour accorder une pension de vieillesse aux personnes âgées lors de leur départ à la retraite. Ce système est une évolution de la couverture de base des salariés de l'industrie et du gouvernement, puis il a été élargi de manière à inclure les prestations pour les familles des travailleurs, à proposer une assurance-maladie volontaire et, par le biais de transferts budgétaires à la CCSS, à couvrir ceux qui ne l'étaient pas auparavant.

Pour financer le régime d'assurance-maladie contributif, les règlements ont introduit une cotisation de 15 pour cent de la masse salariale dans le secteur formel, soit un taux de 10,25 pour cent sur les revenus déclarés pour les travailleurs indépendants et un taux de 14 pour cent pour les retraités. L'Etat finance les services de santé pour les ménages les plus pauvres et les indigents par le biais d'une taxe spécifique sur les produits de luxe, l'alcool, la bière, les sodas et autres marchandises importées.

Les pensions contributives sont financées par une cotisation de 8 pour cent de la masse salariale, mais de nouvelles augmentations de 0,5 point sont attendues tous les cinq ans jusqu'en 2035. Durant la dernière décennie, les cotisations de santé et de retraite ont constitué en moyenne 6,7 pour cent du PIB et 66 pour cent des dépenses de protection sociale (figure 41). Cependant, la part des dépenses de protection sociale a enregistré une baisse progressive depuis 1990, et ce, pour deux raisons principales. La première est la suivante: de toutes les composantes de la protection sociale, les cotisations sociales ont augmenté plus lentement que les dépenses de santé, les pensions non contributives et les programmes de réduction de la pauvreté. Ceci s'explique par le second facteur, qui est lié à une diminution du taux de couverture de la population économiquement active (PEA) par l'assurance sociale. Après avoir culminé à 71,7 pour cent de la PEA en 1994 et 1995, la couverture a chuté pour atteindre 66,4 pour cent en 2000, soit le même niveau qu'en 1991. Pendant les années 2000, le taux de couverture a continué de diminuer jusqu'en 2003 (52,2 pour cent), avant de rentrer dans une phase de récupération pour atteindre 64,8 pour cent en 2009 (rapports annuels CCSS de 1995 à 2009).

Figure 41. Cotisations sociales en pourcentage du PIB et des dépenses de protection sociale au Costa Rica, 1990-2009



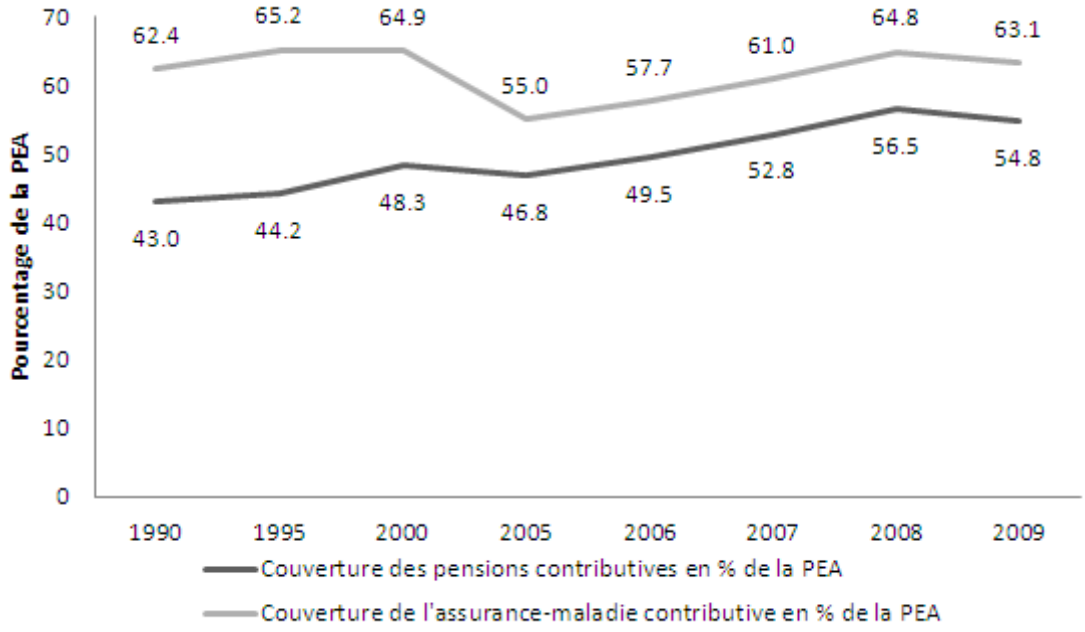
Source: ministère des Finances (*Ministerio de Hacienda)*, 2010; FMI, 2010b.

Outre le régime de retraite contributif CCSS, il existe d'autres régimes contributifs spéciaux administrés par des organismes gouvernementaux spécifiques. Au total, on compte actuellement huit régimes de retraite supplémentaires couvrant les salariés du

secteur public, mais la plupart d'entre eux sont en voie d'extinction. Les programmes pour les enseignants et les fonctionnaires de la justice restent les plus importants en termes de couverture et de dépenses.

En ce qui concerne la couverture (figure 42), près de 63 pour cent de la PEA a été affiliée au régime d'assurance-maladie en 2009. Entre 1990 et 2009, l'affiliation tournait autour de 61,8 pour cent de la PEA et 88 pour cent de la population totale. Les pensions contributives couvraient un total de 54,8 pour cent de la PEA en 2009, contre 43 pour cent en 1990. Les pensions contributives de la CCSS représentent 53,4 pour cent de cette couverture, tandis que les 46,5 pour cent restants sont affiliés à des régimes spéciaux. Le régime d'assurance-maladie compte plus d'affiliés que le régime de pensions, ce qui peut sans doute s'expliquer par l'existence d'un programme volontaire de santé au sein de la CCSS qui augmente la part de la population ayant accès à une couverture de santé.

Figure 42. Couverture de l'assurance-maladie et des pensions contributives en pourcentage de la PEA au Costa Rica, 1990-2009



Source: ministère de la Planification nationale et de la Politique économique, 2010.

6.4. Pensions non contributives

Les pensions non contributives couvertes par des transferts budgétaires du ministère des Finances sont également accessibles aux groupes particuliers. Pour pouvoir en bénéficier, il faut entrer dans une des catégories suivantes:

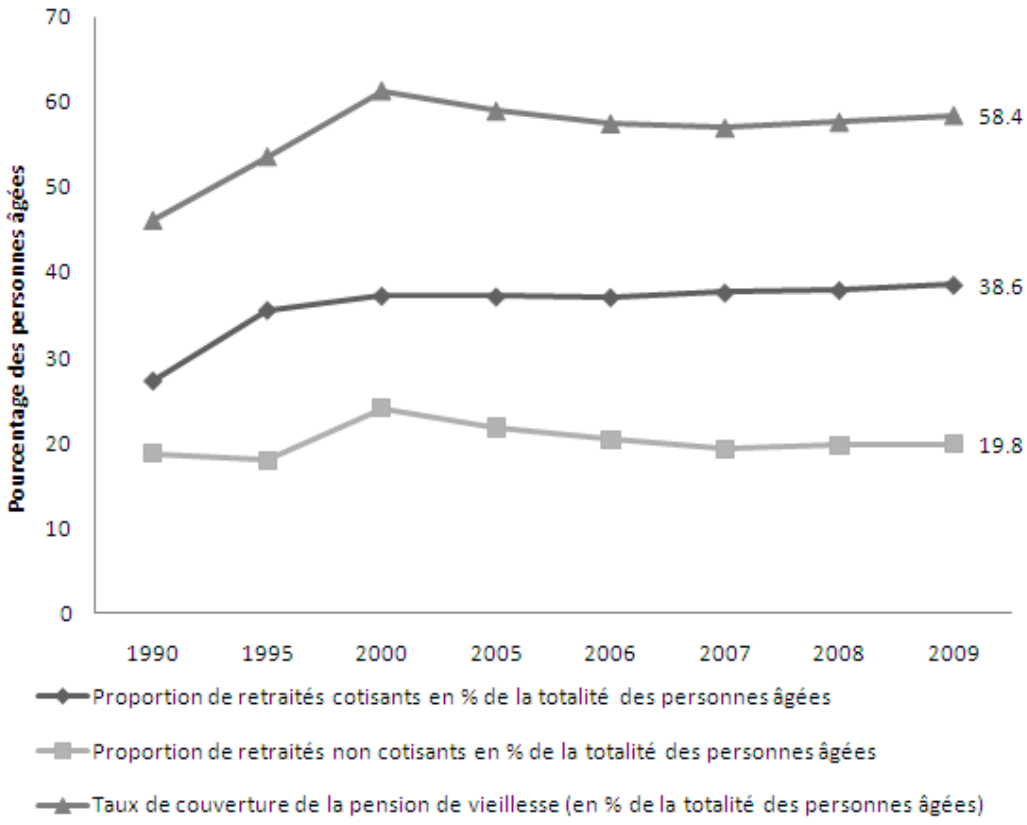
- être âgé de plus de 65 ans;
- être âgé de 18 à 64 ans, être handicapé et ne pas être en mesure de travailler;
- être veuf/veuve et être âgé de 55 à 65 ans et ne percevoir aucun revenu;
- être orphelin (enfants);
- être étudiant âgé de 18 à 21 ans et ne pas formellement travailler;

- être en situation de pauvreté.

Les régimes à caractère non contributif existent également pour couvrir les groupes spéciaux tels que les anciens présidents et les victimes de guerre. En tout, on compte 57 437 bénéficiaires de régimes non contributifs au Costa Rica, soit 1,3 pour cent de la population. Au total, 89 pour cent de ce groupe est couvert par la CCSS. Selon le ministère de la Planification, la pension non contributive moyenne était de 118 dollars par mois en 2009.

Près de 60 pour cent des personnes âgées de 65 ans ou plus recevaient une pension en 2009, une proportion qui a augmenté de 27 pour cent au cours des 20 dernières années. Le ratio des pensions contributives sur les pensions non contributives a également évolué depuis 1990. A cette date, ce ratio était de 1,45 contre 1. En 2009, il est passé à près de 2 contre 1. En d'autres termes, les pensions non contributives représentaient 40,7 pour cent de tous les retraités du Costa Rica en 1990 et en représentent 34 pour cent aujourd'hui.

Figure 43. Couverture de vieillesse par des retraités cotisants et non cotisants (âgés de plus de 65 ans) au Costa Rica, 1990-2009



Source: ministère de la Planification nationale et de la Politique économique, 2010.

6.5. Initiatives de réduction de la pauvreté

Comme le montre le tableau 9, le Costa Rica bénéficie d'un large éventail d'initiatives politiques visant à réduire la pauvreté, l'exclusion et la vulnérabilité sociale. Cependant, cinq d'entre elles seulement constituent la plus grande part des dépenses sociales de lutte contre la pauvreté (80 pour cent): le programme pour le logement (*Bono de Vivienda*), les pensions non contributives (décrites ci-dessus), le programme pour les repas scolaires

(*Comedores Escolares*), le programme pour la petite enfance (CEN-CINAI) et le programme de transfert conditionnel en espèces (*Avancemos*).

6.5.1. Approche initiale visant à réduire la pauvreté au Costa Rica: la Caisse d'allocations familiales FODESAF

En 1971, le président Figueres a créé l'Institut mixte d'aide sociale (IMAS), un organisme d'Etat en charge de la réduction du niveau de pauvreté extrême. Puis, en 1974, les politiques de lutte contre la pauvreté ont été complétées par la mise en place de la Caisse d'allocations familiales (FODESAF), une caisse spécialement créée pour financer la lutte contre la pauvreté et les programmes de réduction de la pauvreté. La FODESAF est financée par une taxe de 5 pour cent sur la masse salariale et une taxe de 20 pour cent sur les ventes, bien que ces 20 pour cent ne soient pas toujours payés en totalité. La Caisse a quatre caractéristiques spécifiques suivantes:

- C'est un fonds permanent.
- Elle vise à financer les programmes portant sur la formation de capital humain.
- Elle dispose de ressources financières relativement stables qui ne vont pas à l'encontre du financement des programmes universels.
- Elle bénéficie d'un contrôle et d'un suivi, comme toute institution publique.

6.5.2. Le programme pour le logement Bono de Vivienda

En 1986, le gouvernement du Dr Oscar Arias a créé un système de financement pour le logement et, dans le cadre de celui-ci, une aide au logement connue sous le nom de *Bono de Vivienda*. L'objectif principal du fonds *Bono de Vivienda* était de fournir un appui financier aux familles pauvres afin de faciliter l'accès au logement. Ce fonds, administré par la Banque hypothécaire du logement, est financé par les ressources provenant de la FODESAF. Dans le cadre de ce régime, la banque propose des obligations garanties par l'Etat pour l'accès au logement qui s'élèvent actuellement à 10 290 dollars et ne sont accordées qu'une seule fois aux familles. Pour en bénéficier, le revenu total d'une famille ne doit pas être supérieur à 1 456 dollars par mois. Les investissements actuels du programme de logement correspondent à 0,3 pour cent du PIB.

6.5.3. Le programme pour les repas scolaires Comedores escolares

Le programme de repas scolaires du Costa Rica *Comedores escolares* est une initiative créée en 1975 dont les objectifs sont les suivants:

- fournir aux élèves des repas complémentaires pour améliorer leur alimentation;
- promouvoir l'hygiène et encourager les bonnes habitudes;
- promouvoir une alimentation saine.

En 2008, quelque 598 552 élèves et étudiants du secondaire (environ 55 pour cent de la population étudiante) ont bénéficié du programme et ont mangé dans une des cantines participant au projet au moins une fois par semaine. Le programme fonctionnait dans 4 750 centres académiques et disposait d'un budget équivalent à 0,2 pour cent du PIB.

6.5.4. Le programme de transfert conditionnel en espèces Avancemos

En 2006, le gouvernement a lancé le programme *Avancemos*, un programme de transfert conditionnel en espèces visant à réduire le taux d'abandon scolaire au secondaire. L'initiative a été pleinement mise en œuvre en 2007. *Avancemos* est le seul programme conditionnel de transfert en espèces au Costa Rica, mais ce n'est pas la seule initiative fondée sur une bourse d'études. En 1997, le Fonds national de bourses d'études (FONABE) a été créé pour réduire le taux d'abandon au secondaire. En principe, le FONABE était le seul organe chargé de l'administration des bourses pour l'ensemble du système éducatif, mais après 2009, le gouvernement a décidé de laisser l'IMAS gérer *Avancemos*. En conséquence, la double nature du programme (contrôler l'abandon scolaire et réduire la pauvreté) a été clairement établie. Des bourses d'études pour l'éducation primaire sont désormais gérées par le FONABE et celles du secondaire par l'IMAS.

Dans le cadre du programme *Avancemos,* la couverture a augmenté de façon spectaculaire au cours des dernières années, passant de 94 621 bénéficiaires en 2007 à 130 469 en 2008 et 165 749 en 2009. En 2009, *Avancemos* couvrait 51,5 pour cent des élèves des établissements scolaires publics du secondaire. Le transfert en espèces varie en fonction du niveau scolaire de l'élève, et il s'élève entre 30 et 97 dollars par mois. Au total, les programmes *Avancemos* ont coûté 161,9 millions de dollars en 2009, soit 0,5 pour cent du PIB.

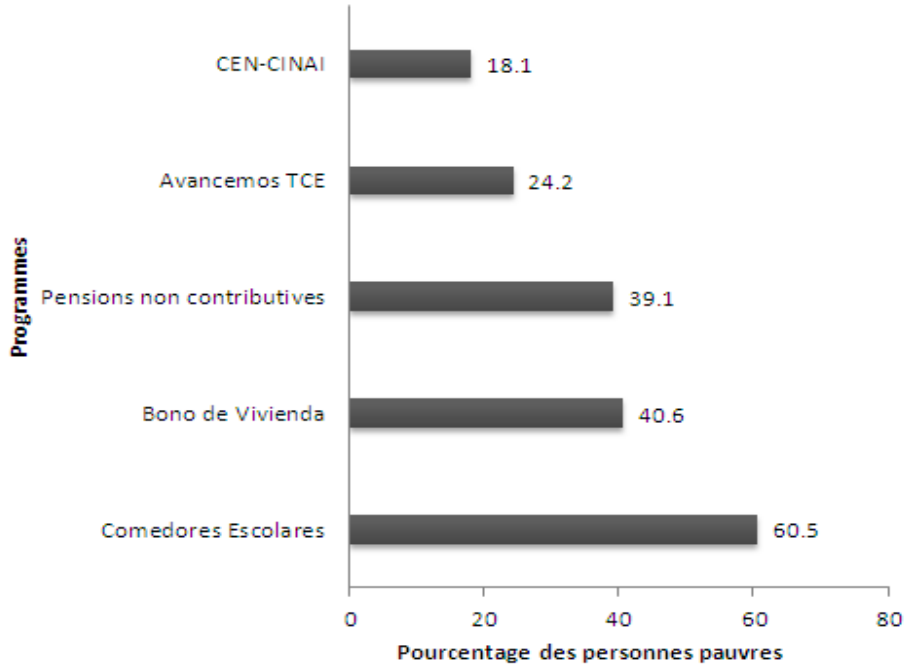
6.5.5. Le programme CEN-CINAI

Depuis 2008, le programme CEN-CINAI est un réseau de 619 centres qui proposent (soit dans les centres, soit directement aux familles bénéficiaires) des aliments, du lait et des soins de santé intégrés à environ 72 000 enfants de moins de 7 ans et aux mères. Cette année-là, les dépenses annuelles équivalaient à 0,05 pour cent du PIB.

6.5.6. Taux de couverture des principales initiatives de réduction de la pauvreté

La figure 44 montre la couverture des personnes vivant dans la pauvreté en pourcentage de la population cible (ici, les personnes pauvres pour l'année 2007). La plupart des programmes peinent à atteindre l'ensemble de la population cible, et leur couverture ne dépasse jamais 60 pour cent, avec un minimum de 18 pour cent pour le programme CEN-CINAI. Ce problème de ciblage peut s'expliquer par différentes raisons. Tout d'abord, il y a une pénurie de superviseurs pour vérifier les informations fournies par les candidats. Deuxièmement, la population cible n'est pas nécessairement constituée de personnes vivant dans la pauvreté; le programme *Comedores escolares*, par exemple, est ouvert à tous, afin que tout étudiant puisse se rendre à l'une des cantines et manger gratuitement. Troisièmement, les règles fixées par un programme risquent d'affecter les ménages pauvres plus que les autres groupes. Ainsi, dans le cas d'*Avancemos,* le bénéficiaire doit répondre aux conditions d'admissibilité du programme, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur certains groupes, comme les personnes vivant dans la pauvreté extrême qui connaissent des taux d'abandon plus élevés que les autres groupes socioéconomiques.

Figure 44. Bénéficiaires pauvres en pourcentage de la population cible au Costa Rica, 2007 (par programme)



Source: Trejos, 2009.

6.6. L'espace budgétaire pour la protection sociale au Costa Rica

Le chapitre précédent montre que le Costa Rica dispose d'un vaste réseau de programmes de protection sociale. En plus des dépenses du gouvernement pour les initiatives de réduction de la pauvreté et des allocations de protection sociale, l'éducation joue un rôle crucial dans l'ensemble de l'investissement social. Depuis 1940, plusieurs mécanismes ont été mis en place pour élargir l'espace budgétaire, dont certains sont standard et d'autres propres au Costa Rica.

1. Au cours des sept dernières décennies, les différents gouvernements et les forces politiques et sociales se sont engagés à consacrer une part croissante et continue des ressources à l'investissement social. La création de la CCSS et du système d'assurance sociale obligatoire a été le fruit d'un consensus entre trois groupes aux idéologies bien distinctes (le gouvernement, les communistes et l'Eglise catholique).

2. Entre 1960 et 1978, la croissance économique a été forte (plus de 6 pour cent par an), ce qui a permis aux gouvernements de l'époque d'augmenter significativement la perception des recettes. L'explosion des prix du café au milieu des années 1970 a été essentielle à la mise en place du fonds FODESAF, qui est à l'origine des initiatives de réduction de la pauvreté. Toutefois, la croissance économique et l'augmentation des recettes fiscales n'expliquent pas le niveau de protection sociale élevé du Costa Rica. Au cours des décennies suivantes, la croissance économique a ralenti, mais les dépenses sociales ont continué de croître et les programmes sociaux de se diversifier.

3. La suppression de l'armée en 1948 a libéré une grande quantité de ressources à des fins sociales, et ce, de façon permanente. Cette décision a été cruciale dans la vie du pays, non seulement pour des raisons civiles, mais aussi pour les fonds qu'elle a mis à disposition de l'accumulation de capital humain. Au cours des 30 années qui ont suivi l'abolition de l'armée, l'espérance de vie au Costa Rica est passée de 40 à plus de 70 ans.

4. Au Costa Rica, un grand nombre d'initiatives en matière de dépenses sociales ont valeur constitutionnelle. La question de savoir si la constitution est le document approprié pour définir la politique sociale ou non fait débat, mais le fait est qu'elle a été un bon moyen d'obliger les décideurs à lier les recettes publiques à l'investissement social. Une réforme récente de la constitution prévoit que l'investissement public dans l'éducation corresponde au moins à 6 pour cent du PIB.

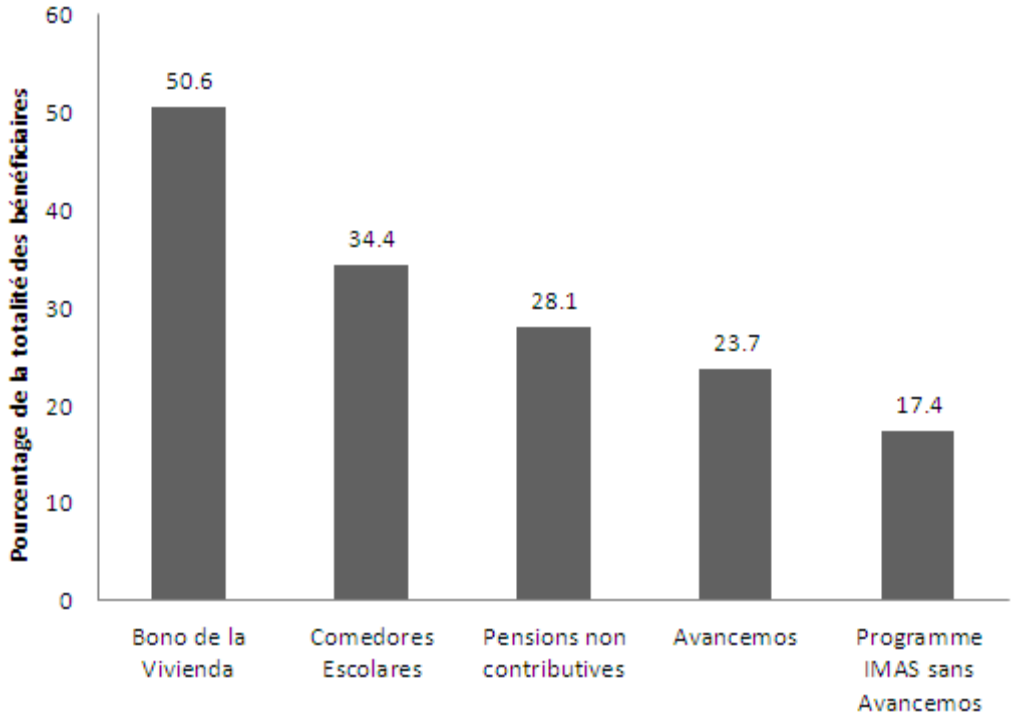
6.7. Défis et enseignements

6.7.1. Défis

Le Costa Rica illustre parfaitement les efforts à long terme visant à consolider un réseau d'institutions et de programmes pour améliorer le développement humain et le niveau de vie. Cependant, il est encore possible d'améliorer le rendement de chaque dollar investi dans les secteurs sociaux. Les principaux défis du système de protection sociale sont décrits ci-dessous.

1. L'impression générale est que les fonds supplémentaires ne sont pas une priorité pour l'investissement social. Au contraire, les dépenses publiques pour l'investissement social comptent parmi les plus élevées d'Amérique latine. Cependant, toutes ces dépenses ne sont pas forcément bien exploitées. La figure 45 montre les carences d'un échantillon de programmes sociaux au Costa Rica. Un peu plus de la moitié des bénéficiaires des obligations de logement, par exemple, ne faisaient pas partie de la population cible, et près de 30 pour cent des retraités cotisants ne sont pas issus des ménages les plus pauvres. Améliorer le ciblage de ces programmes est donc une étape essentielle pour optimiser l'impact des ressources disponibles.

Figure 45. Pourcentage de bénéficiaires qui ne font pas partie du groupe cible au Costa Rica, 2007 (par programme)



Source: Trejos, 2009.

2. Les cotisations sociales jouent un rôle stratégique essentiel dans la viabilité du système de protection sociale au Costa Rica. Les cotisations affectées sont ajustées en fonction du salaire global et de la capacité administrative de la CCSS à percevoir ces recettes. Le mécanisme de recouvrement des cotisations est isolé des décisions budgétaires à court terme et les dépenses sociales sont réduites en conséquence. Même si les gouvernements futurs augmentent les dépenses de protection sociale (ce qui est en cours avec le Réseau national de soins), la possibilité d'élever le niveau d'investissement social est limitée par la charge fiscale relativement faible de 16 pour cent du PIB (hors cotisations sociales). Cette possibilité dépend de la mise en œuvre de réformes fiscales considérables. La charge fiscale devrait augmenter de 2 ou 3 points de pourcentage du PIB et l'évasion fiscale réduire de moitié. Le Bureau du contrôleur national du ministère des Finances (Ministère des Finances, *Ministerio de Hacienda*, 2010) a estimé que l'évasion fiscale représentait environ 79 pour cent des perceptions potentielles de l'impôt sur le revenu, un chiffre extrêmement élevé qui correspond à 3,6 pour cent du PIB.

3. La réaffectation des ressources est une tâche très complexe. Tout d'abord, comme précédemment établi, la part des dépenses sociales dans ces dépenses publiques est déjà élevée. Par conséquent, réduire le budget dans certains domaines pour accroître les budgets sociaux aura une incidence sur la performance des autres secteurs. En outre, plus de 80 pour cent des dépenses du gouvernement sont fixes et il est donc difficile de redistribuer des ressources vers d'autres priorités. Enfin, la concurrence pour les fonds a récemment augmenté en raison de graves problèmes liés aux infrastructures.

4. Le nombre d'institutions devrait être réduit afin d'abaisser les coûts administratifs et d'améliorer la coordination entre les plans et les programmes. L'intégration de toutes les bases de données de bénéficiaires existantes en un seul système semble être une question prioritaire. Les problèmes de ciblage, la redondance des activités et l'impossibilité apparente de désinscrire les familles qui reçoivent plus d'une prestation mettent en évidence la nécessité d'intégrer la plupart des régimes qui existent.

5. Le nombre relativement faible de personnes ayant un très faible revenu au Costa Rica (par rapport à l'Amérique latine dans son ensemble) exige une nouvelle définition de la notion de pauvreté et l'adoption d'une approche multidimensionnelle élargie. Des institutions telles que FONABE cherchent maintenant des méthodes alternatives de ciblage, capables de mesurer la *vulnérabilité* au lieu de se limiter à la pauvreté, afin que l'identification des bénéficiaires soit plus efficace qu'auparavant. Un changement de cette nature implique l'intégration de groupes sociaux qui ne sont pas généralement considérés comme pauvres.

6.7.2 Enseignements

Certains des principaux enseignements tirés de l'expérience du Costa Rica sont énoncés ci-dessous.

Enseignement 1

Le Costa Rica illustre parfaitement le fait que la croissance économique est importante, sans être pour autant le facteur déterminant dans la mise en place d'une protection sociale étendue. Le pays a profité de taux de croissance élevés dans les années 1960 et 1970 pour créer des organismes devenus des institutions permanentes.

Enseignement 2

Au Costa Rica, les cotisations sociales jouent un rôle essentiel dans la création de l'espace budgétaire. En théorie, bien que des cotisations sociales plus élevées soient associées à une augmentation du coût de la main-d'œuvre et, par conséquent, à l'augmentation du travail informé, les résultats ne sont pas concluants. Au contraire, le Costa Rica affiche l'un des taux de cotisations sociales nominales et effectives les plus élevés de toute l'Amérique latine; pourtant, avec le Chili et l'Uruguay, il enregistre l'un des taux les plus bas d'informalité. Le pays occupe également une place de choix en termes de compétitivité, bien au-dessus des moyennes régionales. Comme au Brésil, les cotisations sociales ne semblent donc pas être associées à l'informalité du marché du travail.

Enseignement 3

Sur le long terme, le système de sécurité sociale a contribué directement à l'amélioration de la compétitivité du pays en améliorant la santé de la population, et indirectement en réduisant les inégalités et en assurant la promotion de la paix sociale (deux éléments que les investisseurs prennent en compte lorsqu'ils décident de la localisation de leurs entreprises). Le régime national d'assurance-maladie est un système solidaire grâce auquel les groupes à faible revenu reçoivent au moins quatre fois plus que le montant de leur cotisation au système. Ce subventionnement croisé a permis aux classes à faible revenu d'avoir accès aux mêmes services que les classes à revenu élevé. Tout ceci a un effet positif sur la génération de revenus futurs, la croissance et les recettes fiscales.

Enseignement 4

Au Costa Rica, le développement social vient de l'intérieur. Les ressources de l'APD n'ont joué aucun rôle significatif dans la construction du système de protection sociale du pays. Pourtant, au moment où le programme d'assurance sociale obligatoire a été lancé, moins de 40 pour cent de la population portait des chaussures.

Enseignement 5

L'extension de la protection sociale est une question hautement politique. L'abolition de l'armée et l'approbation de la loi sur la sécurité sociale ont été deux décisions atypiques pour un pays sous-développé, et quelque peu inopportunes. La première décision a fait du Costa Rica le premier pays au monde ne disposant pas de budget militaire. La seconde a impliqué des agents qui, en principe, n'avaient rien en commun. Ces deux mesures ont traduit une amélioration de la disponibilité des ressources et ont contribué au renforcement d'un modèle dans lequel la formation de capital humain était la pièce maîtresse. Tout cela a exigé une vision claire à long terme de la part de la société dans son ensemble.

Enseignement 6

En termes de gouvernance, l'organe tripartite qui gère la Caisse d'assurance sociale du Costa Rica (travailleurs, employeurs et gouvernement, tous représentés au conseil d'administration de la CCSS) et les mécanismes qui favorisent le dialogue social entre les différentes parties ont servi de bouclier politique puissant pour protéger le recouvrement des cotisations sociales. Par exemple, pendant les années 1980 et 1990, lorsque l'ajustement structurel néolibéral et les mesures de stabilisation ont fait redescendre les dépenses du gouvernement central pour la santé à un niveau historiquement bas, les recettes du système de sécurité sociale ont finalement augmenté et ont permis de maintenir les dépenses de santé au même niveau.

Enseignement 7

L'argent est important, mais, encore une fois, l'argent seul ne suffit pas. Depuis plus d'une décennie, de 1994 à 2006, les taux de pauvreté au Costa Rica se sont stabilisés à environ 20 pour cent de la population, même si le cadre institutionnel étendu était déjà en place. Cela dit, les problèmes de ciblage et de conception des programmes subsistent.

Enseignement 8

Il faut être patient avant de pouvoir obtenir des résultats. Le programme d'assurance sociale ne couvrait au départ pas l'ensemble de la population. En réalité, ce processus s'est étalé sur plus de 30 ans. Une telle stratégie nécessite des institutions permanentes, voie que le Costa Rica a suivi. Plus de 80 pour cent des principaux programmes sociaux du pays ont été créés il y'a 25 ans et les deux éléments fondamentaux de la stratégie sociale, la CCSS et le FODESAF, existent depuis plus de 35 ans.

Enseignement 9

Pour remplir les conditions nécessaires, le pays a dû identifier les sources de financement appropriées. Dans le cas du Costa Rica, les sources de financement sont variées: cotisations salariales, impôts affectés et autres sources de moindre importance comme les bénéfices de la loterie nationale. Cependant, ce type de conception pose certains problèmes: en période de crise, les recettes ont tendance à diminuer alors que la pauvreté augmente. Il est donc important qu'au moins une partie du financement soit fixe ou stable, même si cela peut avoir une incidence budgétaire négative.

Enseignement 10

Les pays devraient être très prudents quant aux initiatives qu'ils créent. Une longue liste de programmes sociaux peut engendrer des problèmes de gouvernance au sein du système. En outre, la contribution de certains programmes de lutte contre la pauvreté peut être assez faible. L'expérience du Costa Rica soulève deux problèmes éventuels. Tout d'abord, il est généralement très difficile d'annuler ou modifier les programmes qui sont en cours; ainsi, les décideurs ont tendance à les conserver même s'ils n'apportent pas les résultats escomptés. Deuxièmement, si les programmes sont trop nombreux, la demande de fonds supplémentaires risque de les mettre en concurrence avec d'autres priorités, comme les infrastructures ou l'environnement.

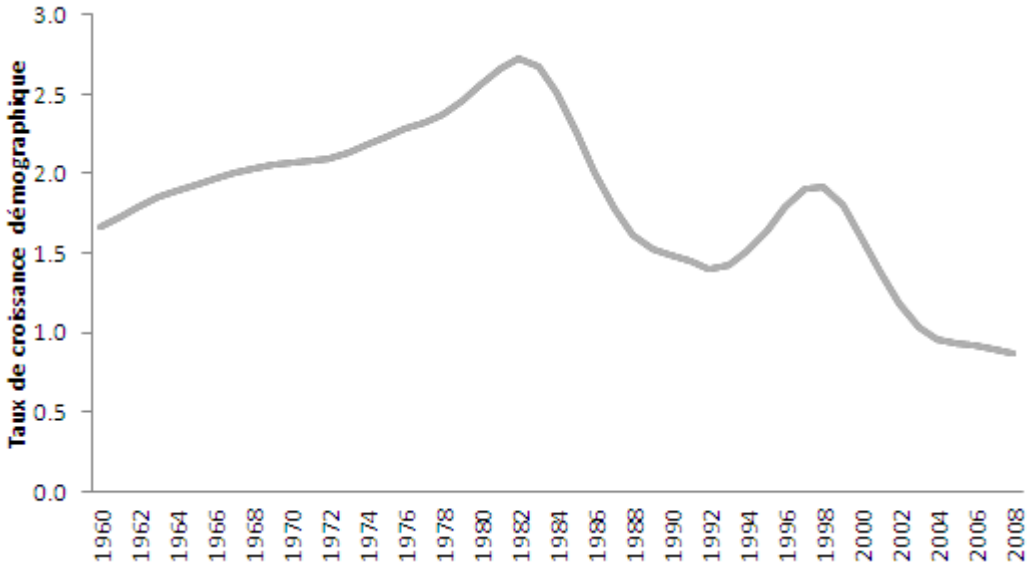
7. Tirer parti des bonnes conditions économiques et de la forte volonté politique d'étendre la protection sociale au Lesotho

7.1. Profil du pays

Le Royaume du Lesotho est un petit pays enclavé en Afrique australe, qui s'étend sur 30 355 km^2. Son seul voisin est l'Afrique du Sud, qui entoure le pays de toutes parts. Le Lesotho est devenu indépendant du Royaume-Uni en 1966. Sur le plan politique, il s'agit d'un système parlementaire doté d'une monarchie constitutionnelle.

La population totale a été estimée à 2 067 000 habitants en 2009 (Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2010). Sa croissance démographique s'est située en moyenne à 1,8 pour cent par an depuis 1960, mais le taux annuel a fluctué depuis 1982, en affichant un déclin pendant quelque temps, avant de marquer une reprise, puis de s'infléchir à nouveau. Depuis 1998, la croissance démographique n'a cessé de chuter chaque année et, entre 2004 et 2008, le taux de croissance moyen était de 0,92 pour cent (figure 46).

Figure 46. Taux de croissance démographique au Lesotho, 1960-2008



Source: Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies, 2010.

L'âge médian de la population au Lesotho est de 22,6 ans et devrait se chiffrer à 25,2 ans en 2050. 55 pour cent de la population est âgée de moins de 25 ans, mais ce taux devrait chuter à 49 pour cent en 2025. Au cours des 15 prochaines années, le pays va connaître une transition vers une population plus âgée au sein de laquelle la tranche des 35-49 ans va passer de 12,6 à 20,3 pour cent de la population totale. La tranche des plus de 65 ans ne va pas beaucoup augmenter et devrait représenter 5,9 pour cent de la population totale en 2025.

D'un point de vue économique et contrairement à ce qui s'est déroulé dans de nombreux pays de l'Afrique australe (au Mozambique et au Botswana, par exemple) où l'économie a enregistré une croissance fulgurante, le Lesotho n'a pas affiché une performance macroéconomique exceptionnelle ni bénéficié d'une quelconque mesure

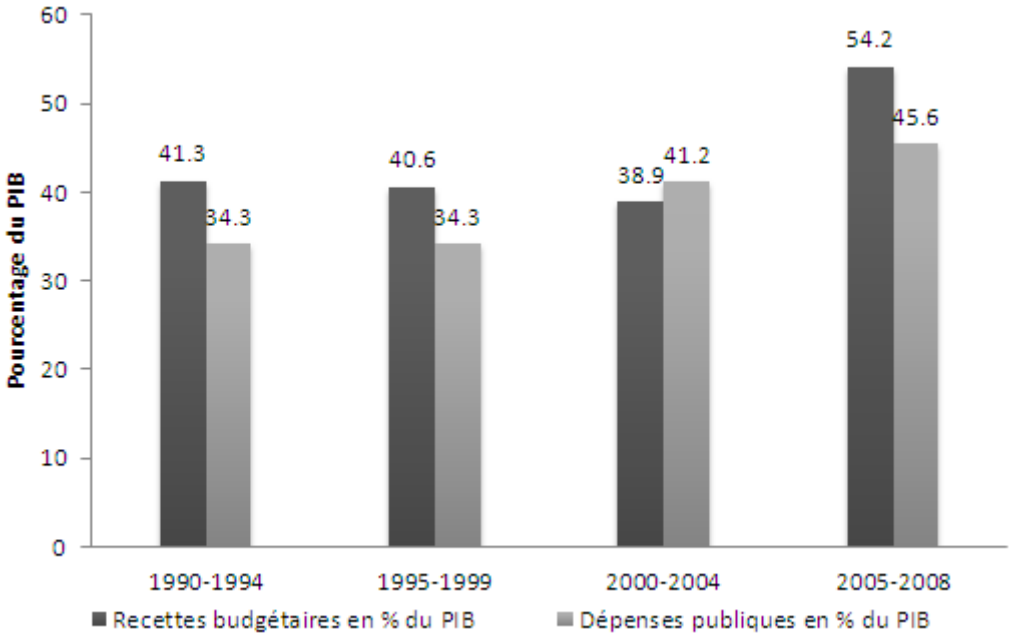
spéciale qui pourrait marquer une distinction entre son économie et celle du reste de la région.

Avec un PIB par habitant de 775 de dollars en 2009 (1 700 dollars PPA), le Lesotho présente une économie modeste et a occupé la 156e position dans le classement de l'indice de développement humain (IDH). Le PIB par habitant s'est multiplié par 13 depuis l'indépendance, à un taux moyen de 4,6 pour cent par année (2,8 pour cent en valeur par habitant). En termes de revenu national brut (RNB), le Lesotho est classé derrière les pays de l'Afrique subsaharienne et son revenu par habitant représente la moitié de la moyenne parmi les pays à revenu intermédiaire (tranche inférieure).

Le pays dépend fortement des Etats-Unis pour les exportations ainsi que de l'Afrique du Sud pour l'emploi et les envois de fonds. Près de 59 pour cent des exportations totales sont destinées aux Etats-Unis, tandis que la plupart des envois de fonds proviennent de mineurs qui travaillent en Afrique du Sud. La plus grande part de l'économie (58 pour cent) est constituée par les services, et l'agriculture se chiffre à 7 pour cent du PIB. En revanche, 86 pour cent de la main-d'œuvre occupée travaille dans le secteur de l'agriculture, mais 45 pour cent de l'ensemble de la main-d'œuvre est sans emploi. Enfin, les exportations ont enregistré le taux record de 58,2 pour cent du PIB en 2002, après quoi celui-ci n'a cessé de chuter chaque année pour atteindre 47,3 pour cent du PIB en 2008.

Le gouvernement joue un rôle déterminant dans l'économie du Lesotho. Durant la seconde moitié des années 2000, les dépenses publiques ont représenté 45,6 pour cent de l'économie. Elles se sont accrues de manière constante depuis 1990 (figure 47). Les recettes budgétaires ont suivi une trajectoire similaire à celle des dépenses et, hormis entre 2000 et 2004, le gouvernement a enregistré des excédents budgétaires. Ceux-ci s'élevaient à 8,3 pour cent en 2007 et à 4,1 pour cent en 2008 (Ministère des Finances et de la Planification du développement, 2009b).

Figure 47. Recettes et dépenses publiques en pourcentage du PIB au Lesotho
(périodes de 5 ans, 1990-2008)

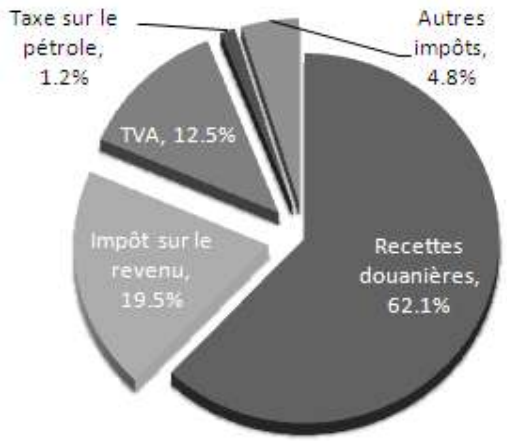


Source: Banque mondiale, 2010.

.

Les impôts constituent la principale source de revenus (89 pour cent) et les recettes douanières représentent 60 pour cent du total (36,3 pour cent du PIB). Cette forte dépendance à une seule catégorie de fonds, loin de baisser au fil des ans, est devenue d'autant plus manifeste, en passant de 54,4 pour cent en 2004 à 62 pour cent en 2008. En revanche, entre 2004 et 2008, le taux de la TVA a chuté; il est passé de 17,7 à 12,5 pour cent de l'imposition totale (figure 48).

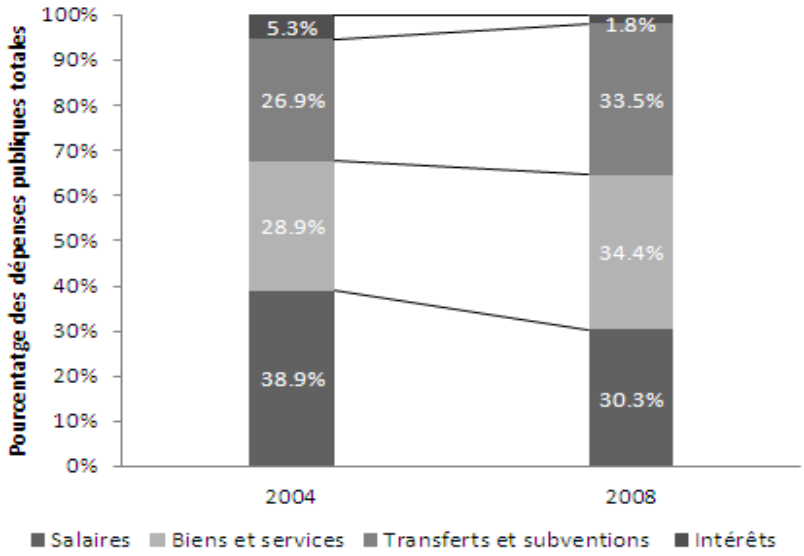
Figure 48. Structure des recettes fiscales au Lesotho, 2008



Source: ministère des Finances et de la Planification du développement, 2009b.

Des changements importants dans la structure des dépenses du gouvernement ont été apportés au cours des cinq dernières années. Premièrement, les dépenses publiques en pourcentage du PIB se sont accrues rapidement et, en 2008, le ministère des Finances et de la Planification du développement a pu annoncer qu'elles s'élevaient à 61,7 pour cent. Deuxièmement, les salaires, qui représentaient autrefois la plus grande part des dépenses, constituent aujourd'hui la troisième part la plus importante du PIB (figure 49). Ils se positionnent derrière les biens et services (34,4 pour cent) ainsi que les transferts et subventions (33,5 pour cent). L'introduction d'un programme de pension de vieillesse universelle en 2004, comme indiqué par la suite, contribue à expliquer le changement dans l'allocation des fonds publics.

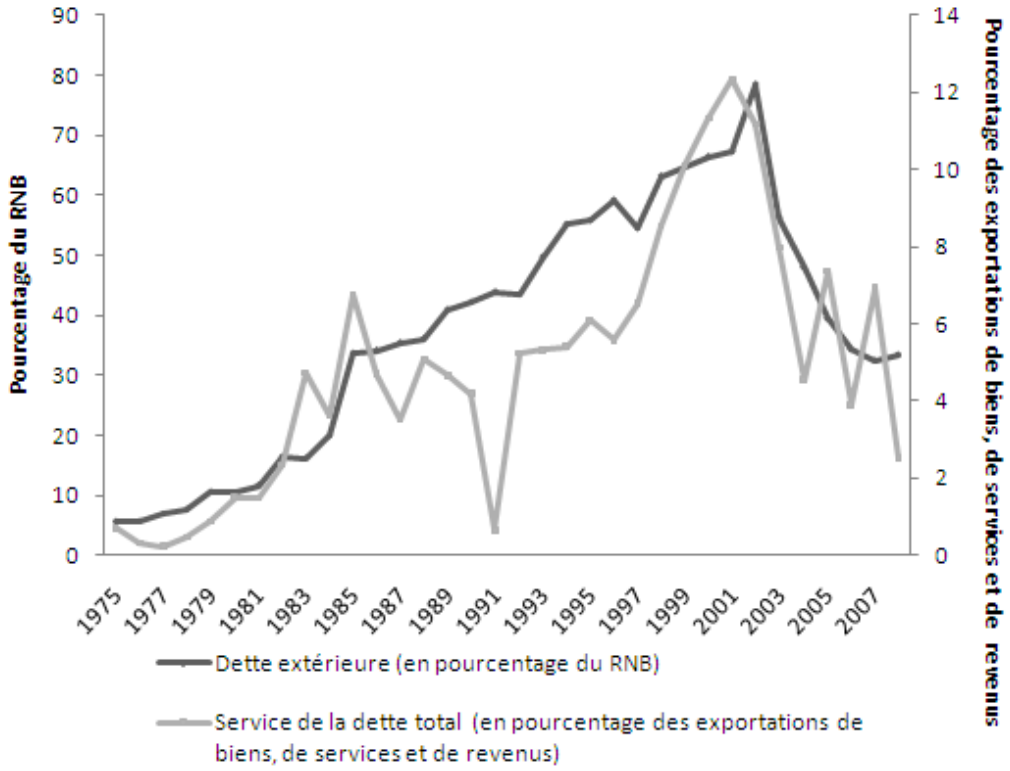
Figure 49. Structure des dépenses publiques au Lesotho, 2004 et 2008



Source: ministère des Finances et de la Planification du développement, 2009b.

Le paiement des intérêts des dettes intérieure et extérieure a représenté une faible part des dépenses du gouvernement, en raison d'une chute de la dette extérieure depuis 2002, année où elle avait culminé à 78,5 pour cent du RNB. En 2008, la dette extérieure constituait 33,4 pour cent du RNB, soit près de la moitié du taux de la décennie précédent qui est toutefois resté plus élevé que celui de la plupart des pays les moins avancés d'Afrique. De la même manière, le service de la dette totale correspond à seulement 2,5 pour cent des exportations totales, après un taux élevé de 12,3 pour cent en 2001 (figure 50). En d'autres termes, le pays est parvenu à libérer des ressources pour les affecter à d'autres domaines, grâce à sa gestion responsable de la dette. Cependant, le ministère des Finances prévoit une croissance du remboursement et des intérêts de la dette entre 2010 et 2013. Pour résumer, la réduction du paiement de la dette au Lesotho a généré des gains dans l'ensemble de l'espace budgétaire, indépendamment du fait qu'ils soient alloués entièrement ou en partie aux dépenses de protection sociale.

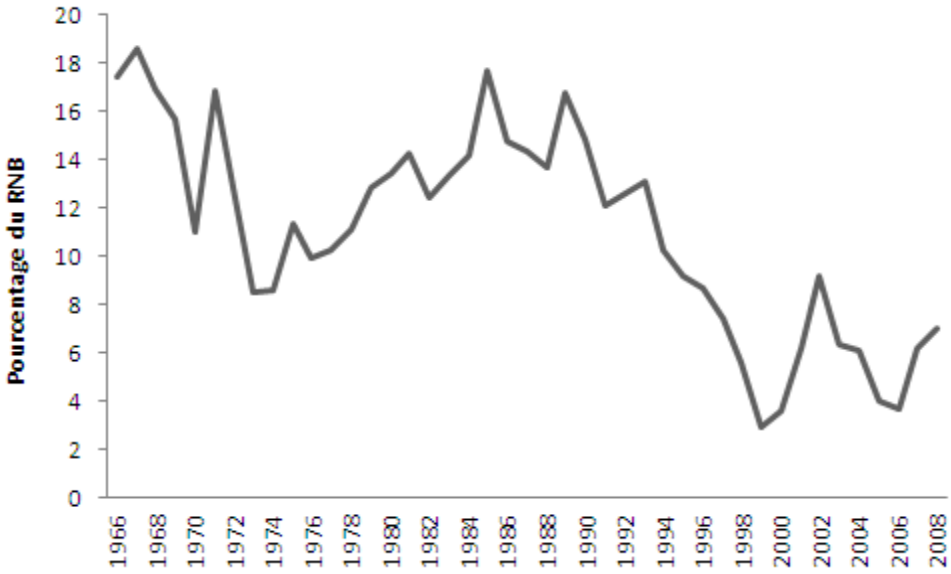
Figure 50. Dette extérieure et service de la dette totale au Lesotho, 1975-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

Au cours des 30 dernières années, le Lesotho a également été caractérisé par des flux relativement faibles d'APD, que le pays a reçus pour financer son développement. Entre 1980 et 2008 (figure 51), l'APD s'élevait en moyenne à 10,1 pour cent du RNB. Celle-ci a doublé entre 2000 (3,6 pour cent) et 2008 (7 pour cent).

Figure 51. APD en pourcentage du RNB, 1966-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

Pour ce qui est du secteur social, la pauvreté et les inégalités demeurent à des niveaux très élevés. Le taux de pauvreté, mesuré à partir du taux de la population qui vit avec moins de 1,25 dollar par jour, s'élevait à 43 pour cent parmi les Basotho (tableau 10). Selon une cartographie de la pauvreté, des progrès considérables ont toutefois été constatés depuis 1999, alors que la pauvreté touchait 68 pour cent de la population. Celle-ci est essentiellement présente dans les zones rurales reculées, notamment dans la région des montagnes et de la Senqu River (Save the Children UK, HelpAge International, Institute of Development Studies, 2005). Les inégalités restent un problème central, tandis que le coefficient de Gini au Lesotho figure parmi les plus élevés au monde (0,62, soit la 2e place). En outre, le taux de malnutrition chez les enfants de moins de cinq ans est systématiquement élevé, en particulier dans la région des montagnes (42 pour cent) ainsi que dans la vallée de la Senqu River (54 pour cent) (PAM, 2008).

Tableau 10. Principaux indicateurs sociaux au Lesotho

Indicateur	Date	Derniers chiffres enregistrés	Source
Population vivant avec moins de 1,25 dollar par jour	2003	43,4 pour cent	Banque mondiale, 2010.
Coefficient de Gini	1995	62,5	PNUD, 2009.
Classement dans l'IDH	2011	160	PNUD, 2009.
Espérance de vie à la naissance (femmes)	2008	45,5 ans	Banque mondiale, 2010.
Espérance de vie à la naissance (hommes)	2008	44,4 ans	Banque mondiale, 2010.
Taux de mortalité infantile	2008	63,1 décès pour 1 000 naissances vivantes	Banque mondiale, 2010.
Nourrissons présentant une insuffisance pondérale à la naissance	2004	13 pour cent	Banque mondiale, 2010.
Prévalence du VIH estimée parmi les personnes âgées de 14 à 49 ans	2009	23,6 pour cent	Banque mondiale, 2010.
Alphabétisation des femmes de plus de 14 ans	1999-2007	90,3 pour cent	PNUD, 2009.
Alphabétisation des hommes de plus de 14 ans	1999-2007	73,7 pour cent	PNUD, 2009.

L'un des plus grands défis à relever par les décideurs est de réduire la prévalence du VIH et du sida, qui touchent un quart de la population âgée entre 14 et 49 ans. Le Lesotho présente le troisième taux le plus élevé du monde de prévalence du VIH (Kaiser Family Foundation, 2005), avec 270 000 personnes vivant avec le VIH et 100 000 orphelins de l'un ou des deux parents en raison du VIH et du sida. La prévalence du VIH et du sida est responsable du faible taux d'espérance de vie à la naissance (44 ans), qui s'explique par le taux élevé de décès néonatals (56 pour cent) causés par la maladie.

7.2. Initiatives et financement des programmes de protection sociale

En dépit des progrès considérables constatés au cours des 15 dernières années, une grande partie des Basotho continue de vivre dans de mauvaises conditions socioéconomiques. Il est dès lors nécessaire de mettre sur pied une vaste série de programmes de protection sociale qui intègrent l'assurance sociale, la protection alimentaire, des initiatives en matière de santé, etc. Les trois parties suivantes traitent des programmes en vigueur au Lesotho de façon plus détaillée, notamment des principales caractéristiques de la pension de vieillesse universelle ainsi que des capacités de l'Etat à fournir les financements nécessaires pour mettre en œuvre les programmes.

7.2.1. Programmes de protection sociale

Selon un rapport du Programme régional de lutte contre la faim et la vulnérabilité (*Regional Hunger and Vulnerability Programme*) datant de 2007, plus de 20 programmes sociaux sont en place et visent à protéger de nombreux groupes de population de la pauvreté, de la faim, des chocs économiques et du chômage. Ils sont divisés en quatre catégories. Le tableau 11 présente les programmes qui sont financés ou mis en œuvre intégralement ou en partie par le gouvernement.

Tableau 11. Programmes de protection sociale au Lesotho

Protection sociale	Assurance sociale	Aide alimentaire	Aide agricole	Santé et autres
Transferts en espèces	Pension de vieillesse	Aide alimentaire – PAM et C-SAFE	FAO urgence et réhabilitation	Programme SIDA du Lesotho
Fonds du Lesotho pour le développement communautaire (*Lesotho Fund for Community Development*)	Pension des vétérans de guerre	Programme de repas scolaires	Augmentation de la production alimentaire (KR2)	Programme d'indemnisation et de réinstallation du LHDA
Pension d'invalidité	Pension des fonctionnaires	Programme de vivres contre travail		Programme de santé mère-enfant
Seuil d'allocation minimum		Repas pour groupes vulnérables		Repas supplémentaires
		Aide alimentaire pour orphelins et enfants vulnérables		Repas thérapeutiques Soins de santé gratuits

Note:
LHDA: Autorité de développement des hautes terres du Lesotho (*Lesotho Highlands Development Authority*)
PAM: Programme alimentaire mondial
FAO: Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture

Source: Programme régional de lutte contre la faim et la vulnérabilité, 2007.

Bien qu'il existe plusieurs initiatives publiques et non publiques au Lesotho, seuls cinq programmes sont essentiels en matière de couverture sociale et ont une incidence

fiscale: le régime de pension de vieillesse non contributif, les régimes de retraite des fonctionnaires, le programme de transferts en espèces, le programme de repas scolaires ainsi que divers programmes d'aides en nature.

Le programme de repas scolaires a été introduit depuis plusieurs dizaines d'années dans le but d'offrir des repas supplémentaires aux enfants dans le besoin dans toutes les écoles primaires du Lesotho. Il a également joué un rôle clé dans la stratégie d'éradication de la faim et de la pauvreté dans le pays (Lambers, 2009) [22]. Seuls les élèves qui intègrent le système éducatif peuvent bénéficier des prestations du programme.

Avant 2009, le programme recevait un soutien considérable du Programme alimentaire mondial (PAM) qui, en 2004, portait assistance à 176 393 enfants, dont 51 pour cent de filles. Peu après, l'assistance a commencé à diminuer et, en 2007, le nombre d'élèves bénéficiaires est passé à 113 695 (Lambers, 2009). Le programme est entré dans une nouvelle phase après 2008, lorsque le gouvernement a commencé à gérer intégralement l'initiative, tandis que le PAM avait réduit son action dans les écoles, concernant ainsi 80 000 enfants en 2008, puis 65 000 en 2009 et 50 000 en 2010. Ces changements n'ont toutefois pas eu d'incidence sur les prestations pour les enfants, car le gouvernement a augmenté le nombre de bénéficiaires dans les écoles publiques. Le ministère de l'Education et de la Formation devrait avoir pris en charge l'intégralité du programme avant la fin de l'année 2010 et devrait couvrir 100 pour cent des écoliers en 2011.

Le premier objectif des transferts en espèces et en nature est de mettre en place un filet de sécurité pour tous les groupes vulnérables au Lesotho, notamment pour les personnes âgées, les malades chroniques, les orphelins et les enfants vulnérables ainsi que les personnes handicapées. Les potentiels bénéficiaires sont ciblés au moyen d'une évaluation de la vulnérabilité et le transfert a lieu une fois qu'il a été établi que la personne en question appartient bien au groupe fortement vulnérable. Le transfert en espèces correspond à 100 maloti par personne et par mois (sachant que 100 maloti correspondent environ 12,85 dollars). D'après le ministère des Finances et de la Planification du développement (2010b), durant l'exercice 2009/2010, près de 2 000 orphelins ont reçu des subventions en espèces (soit environ 10 pour cent des orphelins) et 27 000 orphelins (13,5 pour cent) ont bénéficié d'un ensemble de mesures comprenant de la nourriture, un refuge et un soutien éducatif.

Dans l'ensemble, le nombre de bénéficiaires (et donc le taux de couverture de certains programmes) est certainement plus élevé que les chiffres indiqués par le gouvernement, en raison de la contribution d'ONG et d'organismes de bienfaisance, qui viennent compléter le travail de l'Etat. Par exemple, d'après le Programme régional de lutte contre la faim et la vulnérabilité (2007), 5 600 personnes ont bénéficié des programmes de formations pour produire leurs aliments «vivres contre actifs productifs» (*Food for Assets*) gérés et mis en œuvre par *CARE SA Lesotho, World Vision, Catholic Relief Services* ainsi que *TEBA Development*.

Depuis 1991, le programme de lutte contre le sida, *Lesotho AIDS*, géré par l'autorité de coordination du programme SIDA, fournit des tests VIH, des conseils, une assistance à domicile et des médicaments pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH). L'assistance sociale en ce sens s'est fortement accrue au cours des cinq dernières années. Alors qu'en 2005, 65 215 PVVIH nécessitaient des traitements antirétroviraux (ARV), seulement 8 686 personnes (13 pour cent) en ont bénéficié. En 2009, 122 818 personnes avaient besoin de suivre un traitement ARV et 62 190 y ont eu accès (soit 51 pour cent). L'autorité

[22] http://voices.yahoo.com/ending-child-hunger-school-feeding-lesotho-2458263.html.

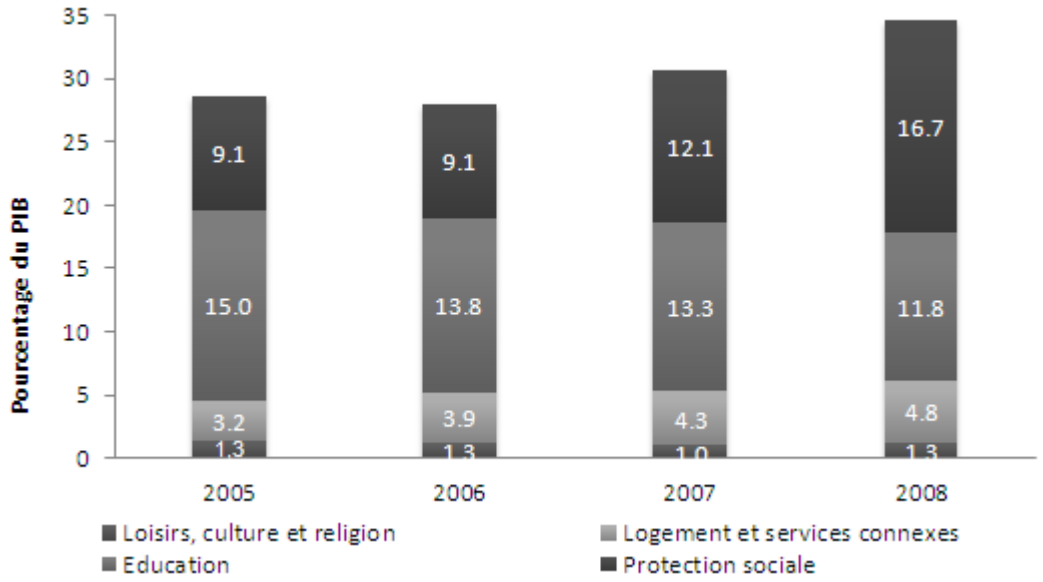
de coordination prévoit que 126 251 PVVIH nécessiteront un traitement ARV en 2010 et se fixe un objectif de 80 pour cent de couverture.

7.2.2. Financement du programme social

Les programmes sociaux étaient auparavant généralement financés par des allocations budgétaires. La situation a toutefois changé après 2008, lorsque le gouvernement a introduit le nouveau système contributif susmentionné. En 2009, près de 90 pour cent des dépenses de protection sociale provenaient de l'imposition.

Le Lesotho affiche l'un des taux les plus élevés de dépenses sociales d'Afrique. Ce fait est d'autant plus remarquable que le Lesotho figure parmi les pays les moins avancés. Si on y inclut le logement, l'éducation et les loisirs, les dépenses totales en programmes sociaux ont représenté 30,5 pour cent du PIB entre 2005 et 2008.

Figure 52. Structure des dépenses sociales du Lesotho en pourcentage du PIB, 2005-2008



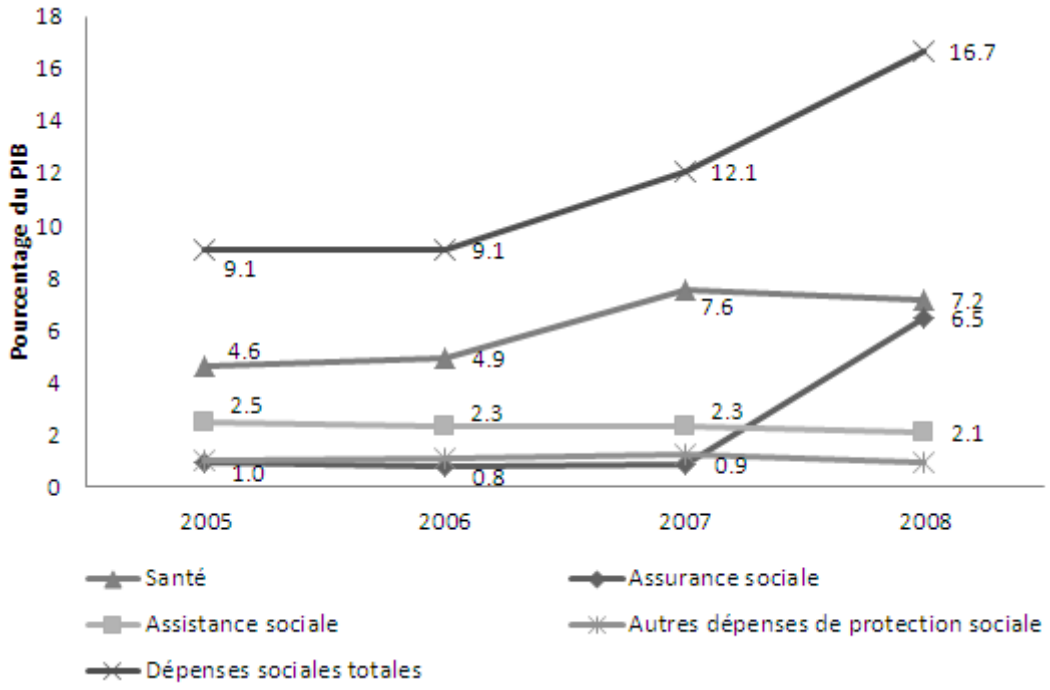
Source: ministère des Finances et de la Planification du développement, 2007, 2008 et 2009b; FMI, 2010b.

La plus grande part des dépenses est consacrée à l'éducation, qui totalise 13,5 pour cent du PIB pendant la période en question (figure 52). Proportionnellement, le Lesotho dépense près de trois fois plus que la moyenne mondiale en termes d'éducation (environ 4,4 pour cent du PIB). Les dépenses sociales liées aux loisirs ainsi qu'au logement n'ont pas subi de grands changements au cours des dernières années.

La protection sociale (assurance sociale, assistance sociale, santé, etc.) a continué de croître, en passant de 9,1 pour cent du PIB en 2005 à 16,7 pour cent en 2008. En termes nets, les dépenses totales de protection sociale entre 2005 et 2008 se sont accrues de 7,6 points de pourcentage du PIB. La valeur est encore plus élevée si elle est mesurée sur une plus longue période (figure 53). La tendance récente de l'ensemble des dépenses de protection sociale peut être divisée en trois phases. Avant 2004, les dépenses de protection sociale étaient essentiellement consacrées au paiement des assurances sociales (système de retraite des fonctionnaires). L'assistance sociale ne représentait pas plus de 0,2 pour cent du PIB, alors que les transferts publics pour les retraites constituaient en moyenne 1,8 pour cent du PIB. De 2004 à 2008, la mise sur pied d'un régime de pension de vieillesse a entraîné une forte augmentation des dépenses d'assistance sociale, se chiffrant à 2,1 pour cent du PIB en 2008.

Les dépenses d'assurance sociale sont restées stables jusqu'en 2007, représentant entre 0,8 et 1 pour cent du PIB. Les dépenses de santé ont également enregistré une forte croissance. En 2008, celles-ci représentaient 6,5 pour cent du PIB, alors qu'elles se chiffraient à 4 pour cent en 2000. En termes réels, les dépenses de santé par habitant ont pratiquement doublé en huit ans, entre 2000 et 2008, en passant de 148,4 maloti (environ 19 dollars) à 286,2 maloti (37 dollars).

Figure 53. Dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB au Lesotho, 2005-2008



Source: ministère des Finances et de la Planification du développement, 2007, 2008 and 2009b; FMI, 2010b.

7.2.3. Régime de pension de vieillesse

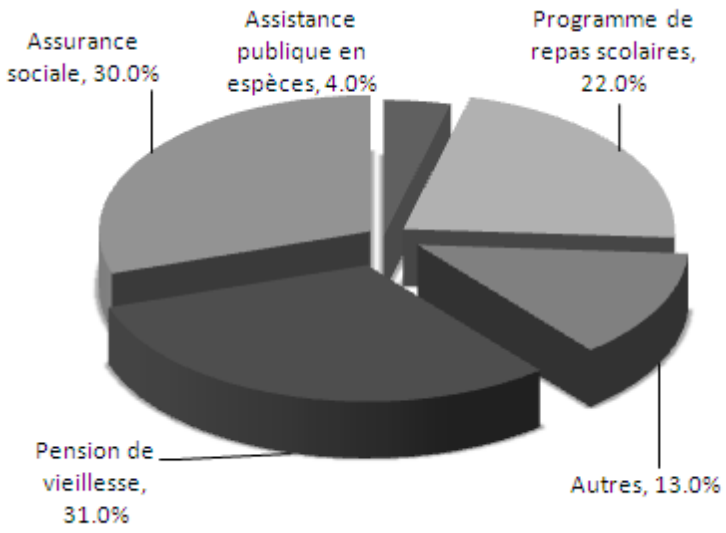
Le programme de pension de vieillesse a été lancé en novembre 2004 en tant que régime universel destiné à accroître le niveau de vie et réduire les effets de la pauvreté parmi les personnes âgées. Il a été conçu pour couvrir toutes les personnes âgées de 70 ans et plus, qui recevaient dans un premier temps 150 maloti par mois (environ 22 dollars à l'époque). Le gouvernement a procédé à des augmentations successives des pensions qui, lors de l'exercice 2009/2010, ont atteint le double, soit 300 maloti par mois (39,7 dollars). Le Lesotho est le seul pays parmi les pays les moins avancés d'Afrique à être pourvu d'un régime non contributif de pension. Il constitue, avec le Népal, l'un des deux seuls pays du monde parmi les moins avancés à posséder un tel régime (Pelham, 2007).

La couverture fournie par le régime de pension de vieillesse reflète une tendance évidente vers l'universalisation. En mai 2005, on dénombrait 69 046 bénéficiaires, soit 93,3 pour cent de la population cible. D'après le ministère des Finances et de la Planification du développement (2010a), des fonds suffisants du budget 2010 ont été réservés (295 millions de maloti ou environ 38 millions de dollars) pour couvrir 81 245 bénéficiaires, ce qui correspond à une couverture universelle.

Quant à la part des dépenses allouée aux pensions, elle est indiquée dans la figure 54, qui présente la structure des dépenses totales de protection sociale. La pension de vieillesse ainsi que le nouveau fonds de pension à cotisation définie représentent conjointement 61 pour cent des dépenses de protection sociale. Le programme de repas scolaires de 2010 est la troisième plus grande initiative et compte pour 22 pour cent du budget alloué à la

protection sociale. Au vu des objectifs fixés par le gouvernement, à savoir de couvrir toutes les écoles pour 2011, le ministère des Finances prévoit que le programme aura utilisé 25 pour cent du budget de la protection sociale en 2012.

Figure 54. Structure des dépenses de protection sociale au Lesotho, 2009



Source: ministère des Finances et de la Planification du développement, 2010a.

7.2.4. Autres régimes de pension

Il existe trois régimes de pension au Lesotho: la pension des troupes de pionniers africains (*African Pioneer Corps* - APC), la plus petite en termes de bénéficiaires et de coût; le régime de pension contributif des fonctionnaires établi récemment et auquel contribuent le gouvernement ainsi que le personnel de la fonction publique; puis le régime de pension de vieillesse non contributif introduit en 2004 (mentionné dans la section précédente).

Les bénéficiaires de la pension APC sont entre autres les anciens combattants de la Première et la Seconde Guerre mondiale ainsi que leurs veuves, citoyennes du Lesotho. Le programme sera fusionné avec le régime de pension de vieillesse.

En 2008, le gouvernement a réformé le système de pension des fonctionnaires. D'un régime à prestations définies, il a évolué vers un régime à cotisation définie entièrement financé. Auparavant, il s'agissait d'un système à répartition qui accordait aux personnes une pension lors de la retraite. Le système était intégralement financé par le budget public, mais les charges financières croissantes pour le gouvernement ont mené au régime contributif qui repose sur des cotisations définies. Avec ce système, les deux parties (le gouvernement et les employés) cotisent une part du salaire annuel des travailleurs réservée à un fonds de pension. Cette participation s'élève à 5 pour cent pour les employés et à 11,2 pour cent pour le gouvernement. Seuls les employés âgés de 45 ans et moins sont concernés par ce nouveau régime. Dans le cadre de ce nouveau système et contrairement au précédent, la pension peut être maintenue pour la conjointe et les enfants en cas de décès. Ainsi, la famille reste protégée, y compris en l'absence du bénéficiaire officiel. Un conseil de gestion indépendant administre le fonds de pension.

7.3. Espace budgétaire pour la protection sociale

Le cas du Lesotho est un exemple remarquable d'extension de l'espace budgétaire à des fins de protection sociale. Les dépenses d'assistance sociale ainsi que d'assurance sociale se sont accrues, et se sont respectivement multipliées par 3,2 et 2,1 entre 2005 et 2010, tel que mentionné dans la section précédente. En d'autres termes, elles ont augmenté bien plus rapidement que l'économie dans son ensemble. Pour y parvenir, le pays a eu recours à divers mécanismes:

1. Le régime de pension de vieillesse a été introduit dans l'état financier de 2004/2005 par le Congrès du Lesotho pour la démocratie (*Lesotho Congress for Democracy*), après plusieurs tentatives de formalisation du nouveau programme. Par conséquent, une protection accrue a non seulement été accordée à une part toujours plus grande de la population, mais les montants du transfert ont aussi doublé entre 2005 et 2009.

2. Le système de pension des fonctionnaires a été restructuré. D'un régime à prestations définies, il a évolué en 2008 vers un régime à cotisation définie entièrement financé. Ceci a permis une augmentation du financement total destiné aux assurances sociales. En d'autres termes, le gouvernement s'est servi de l'introduction d'un impôt sur les salaires de 5 pour cent pour élargir l'espace budgétaire (tout au moins, du point de vue du personnel de la fonction publique).

3. La gestion et le financement du programme de repas scolaires ont été pris en charge par le ministère de l'Education et de la Formation et la couverture universelle des écoles pour 2011 décidée par le gouvernement a accéléré l'allocation des ressources au programme.

4. La priorité a été accordée à certains groupes vulnérables tels que les orphelins, les personnes âgées, les personnes handicapées ainsi que les PVVIH, et la couverture de ce dernier groupe recevant des traitements ARV a été rapidement étendue.

Une croissance progressive du financement de la protection sociale a été atteinte dans des conditions plutôt particulières. Contrairement à ce qui a été observé dans d'autres pays tels que le Botswana et le Mozambique, qui ont affiché des taux de croissance exceptionnels, des réductions du remboursement de la dette ou des flux d'APD conséquents, l'espace budgétaire déterminant du Lesotho a affiché, dans son ensemble, des performances plutôt modérées. La croissance économique à long terme s'élevait à 4,6 pour cent par an, soit environ 60 pour cent du taux du Mozambique et 40 pour cent du taux du Botswana. En outre, les ressources d'APD étaient bien inférieures à celles des pays voisins du Lesotho et, bien que la dette extérieure ait diminué, la diminution n'a pas été aussi importante que celle observée dans d'autres pays pauvres fortement endettés.

Le Lesotho se distingue donc essentiellement des autres pays d'Afrique par sa capacité à prélever des impôts, en tirant parti de sa croissance économique ainsi que de son commerce extérieur actif. La charge fiscale du Lesotho est largement supérieure à la moyenne des impôts prélevés par les pays d'Afrique subsaharienne, à tel point qu'entre 2005 et 2008, les recettes fiscales affichaient une hausse de 10 points de pourcentage par rapport à la décennie précédente et de 15 points de pourcentage par rapport aux 15 années précédentes. Les dépenses publiques se sont toutefois montrées plus modérées, en n'affichant qu'une légère hausse de 4,4 points de pourcentage du PIB entre 2000/2004 et 2005/2008.

D'un point de vue politique, il convient de soulever deux éléments importants. Premièrement, de nouvelles prestations sociales telles que le programme de repas scolaires ainsi que la pension de vieillesse sont accompagnées d'un engagement politique manifeste à approuver les modifications juridiques nécessaires, à mettre en œuvre des réformes

essentielles et à réaffecter des fonds supplémentaires aux prestations sociales. D'après Nyanguru (2007), l'introduction du régime de pension de vieillesse, par exemple, est le fruit d'une initiative du Premier ministre, malgré une opposition de partenaires du développement au sein de Nations Unies, qui étaient plutôt en faveur d'une plus grande allocation des ressources à l'éducation.

En outre, l'accroissement des ressources allouées à la protection sociale s'est accompagné d'augmentations dans d'autres secteurs sociaux, ce qui a renforcé l'idée selon laquelle une volonté politique d'améliorer le financement du secteur social s'est maintenue tout au long des dix précédentes années. L'introduction d'un régime de pension de vieillesse s'est traduite par une hausse de 3 points de pourcentage en termes de PIB en 2009, et le programme de repas scolaires a contribué avec une hausse additionnelle de 2,2 points, tel que mentionné précédemment. De la même manière, les dépenses publiques se sont accrues de 2,5 points de pourcentage et l'éducation publique a également affiché 1 point supplémentaire entre 2000 et 2009, malgré un recul de son taux qui a débuté après 2006. Au total, les quatre programmes (pension de vieillesse, repas scolaires, santé et éducation publiques) ont représenté une augmentation nette de 8,7 points de pourcentage du PIB au cours des années 2000, soit une valeur largement supérieure à la hausse de 4,4 points des dépenses publiques totales pendant la même période.

7.4. Défis et enseignements

7.4.1. Défis

Le gouvernement du Lesotho doit faire face à des défis de taille s'il souhaite améliorer l'impact de ses programmes ainsi que la viabilité de sa politique sociale dans son ensemble.

1. Pour ce qui est du régime de pension vieillesse, le pays doit relever le défi d'étendre la couverture en abaissant l'âge d'attribution, pour passer de 70 à 65 ans, ce qui est la norme internationale pour ce type de programme. Le gouvernement a accompli des progrès considérables en termes de fourniture d'une protection efficace aux bénéficiaires, en atteignant, d'une part, une couverture pratiquement universelle et, d'autre part, en allouant une pension supérieure au seuil de pauvreté. La prochaine étape consiste donc à élargir le groupe cible pour y inclure la catégorie des 65-69 ans, ce qui étendrait le régime à 32 300 nouveaux bénéficiaires et coûterait 116,3 millions de maloti (environ 15 millions de dollars), soit 41 pour cent du budget prévu pour le programme de pension de vieillesse en 2011.

2. Un deuxième défi pour le Lesotho consiste à étendre la couverture à d'autres groupes vulnérables. Bien que les chiffres témoignent du fait qu'une grande proportion d'enfants (les orphelins y compris) et de PVVIH bénéficient de l'un des programmes de protection sociale existants, la couverture ne dépasse pas les 50 pour cent du groupe cible. Les prévisions selon lesquelles les recettes fiscales vont se réduire dans les années à venir se traduiront par une limitation de la capacité du gouvernement à étendre ses programmes de protection sociale. Le défi majeur sera donc de couvrir davantage de personnes avec le même volume de ressources.

3. Le troisième défi est de poursuivre la réforme du régime d'assurance sociale. Le passage à un régime de pension contributif marque une avancée importante en termes d'élargissement de l'espace budgétaire. Le gouvernement peut à présent évaluer la possibilité de créer un large système contributif de sécurité sociale pour couvrir entre autres la maternité, la maladie, les accidents du travail et les allocations familiales.

4. Enfin, il est nécessaire d'apporter une amélioration à la perception d'impôts provenant de sources différentes qui, à l'heure actuelle, jouent un rôle mineur. La TVA, par exemple, n'a représenté que 15 pour cent du total de l'imposition en 2009 et, additionnée à l'impôt sur le revenu, n'a totalisé que 3 maloti sur 10 provenant des impôts perçus. Il est donc encore possible d'accroître leur taux dans la structure fiscale.

7.4.2. Enseignements

Le Lesotho est source de précieux enseignements pour les pays qui affichent de meilleures conditions macroéconomiques et qui sont néanmoins placés derrière lui en termes de dépenses sociales. Sans pour autant présenter des conditions de croissance et d'aide internationale supérieures à la moyenne, le Lesotho est parvenu à étendre son espace budgétaire à des fins de protection sociale de manière conséquente. Nous pouvons dès lors en tirer les enseignements suivants.

Enseignement 1

Pour accroître le niveau de financement destiné à la protection sociale, il est indispensable que le gouvernement puisse gérer une forte croissance des dépenses de manière responsable et qu'il soit en mesure d'évaluer de manière stratégique la façon dont les ressources supplémentaires seront dépensées. L'élargissement de l'espace budgétaire a ainsi découlé de conditions macroéconomiques et budgétaires favorables alliées à une diminution ininterrompue du remboursement de la dette, complétées par d'autres changements d'ordre structurel dans le financement des régimes de pension contributifs. Ainsi, l'Etat estime que la protection universelle des personnes âgées sera atteinte dans un futur proche.

Enseignement 2

Une gestion budgétaire prudente est déterminante pour la viabilité de la stratégie sociale du gouvernement dans son ensemble. Malgré une croissance rapide des recettes, le gouvernement ne s'est pas engagé dans une augmentation correspondante des dépenses publiques. Il a plutôt opté pour des augmentations mesurées dans certaines lignes budgétaires (les salaires, par exemple), tout en donnant la priorité aux allocations de protection sociale. Des excédents réguliers ainsi que l'écart conséquent entre les recettes et les dépenses (4 points de pourcentage du PIB en 2009) ont permis au gouvernement de ne pas sacrifier son budget de protection sociale de manière drastique en temps de crise. Son épargne peut en fait donner lieu à une extension de la couverture sociale.

Enseignement 3

Le Premier ministre ainsi que les partis politiques clés ont fait preuve d'un fort engagement politique lorsqu'ils ont approuvé et alloué davantage de ressources aux programmes, élargi l'espace budgétaire en exécutant les nouveaux programmes sociaux et réformé les mécanismes existants, qui n'étaient pas viables à long terme du point de vue financier.

8. Des politiques qui permettent de surmonter des ressources limitées en Namibie

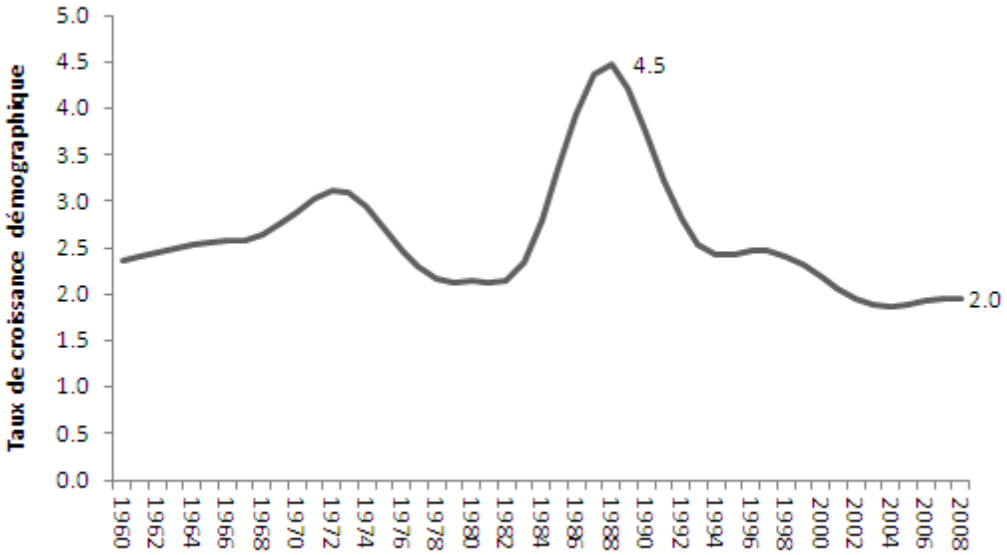
8.1. Profil du pays

La République de Namibie se trouve en Afrique australe, et a des frontières communes avec l'Angola et la Zambie au nord, l'Afrique du Sud à l'est et au sud et le Botswana et le Zimbabwe à l'est. Elle est également bordée par l'océan Atlantique à l'ouest. Le pays a obtenu son indépendance en 1990 et avec une superficie totale de 825 418 km^2, il est un des plus grands pays de la partie méridionale du continent africain.

Malgré un vaste territoire, la Namibie est peu peuplée: sa population est estimée à environ 2,2 millions d'habitants en 2010 et reste proche de celle des pays voisins tels que le Botswana et le Lesotho. La densité de la population est l'une des plus faibles au monde avec 2,5 habitants au kilomètre carré.

Depuis l'indépendance de la Namibie, la population a augmenté selon un coefficient de 1,6 avec une croissance moyenne annuelle de 2,3 pour cent. La croissance démographique a toutefois chuté. Elle s'est stabilisée à environ 1,95 pour cent par an au cours des 5 dernières années (figure 55), mais la tendance à la baisse devrait se poursuivre sur le long terme et le taux annuel atteindre 0,1 pour cent seulement en 2025. On estime que le taux global de fécondité sera passé de 4,6 naissances par femme en 1995 à 1,8 enfant en 2025

Figure 55. Taux de croissance démographique en Namibie, 1960-2010

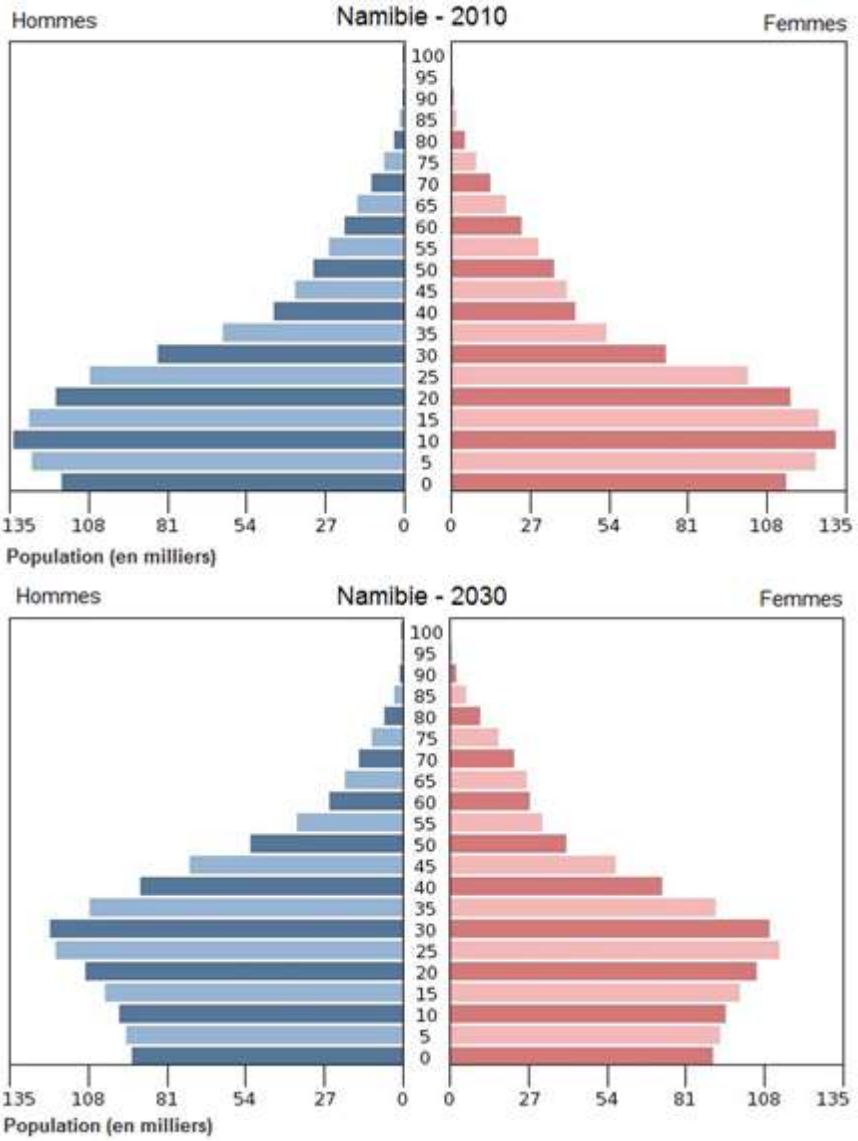


Source: Banque mondiale, 2010.

La Namibie a une population jeune dont l'âge médian est de 20 ans. Aucun processus de vieillissement accéléré n'est envisagé à court ou moyen terme. L'âge moyen risque d'augmenter et de passer à 21,7 années en 2025 puis à 29,9 ans en 2050 (FNUAP, 2009). En termes de participation des différents groupes d'âge (figure 56), cela implique que les enfants de moins de 15 ans représenteront 24,6 pour cent de la population totale en 2030

(35,1 pour cent en 2010), tandis que les personnes de plus de 65 ans en représenteront 6,1 pour cent (4 pour cent actuellement).

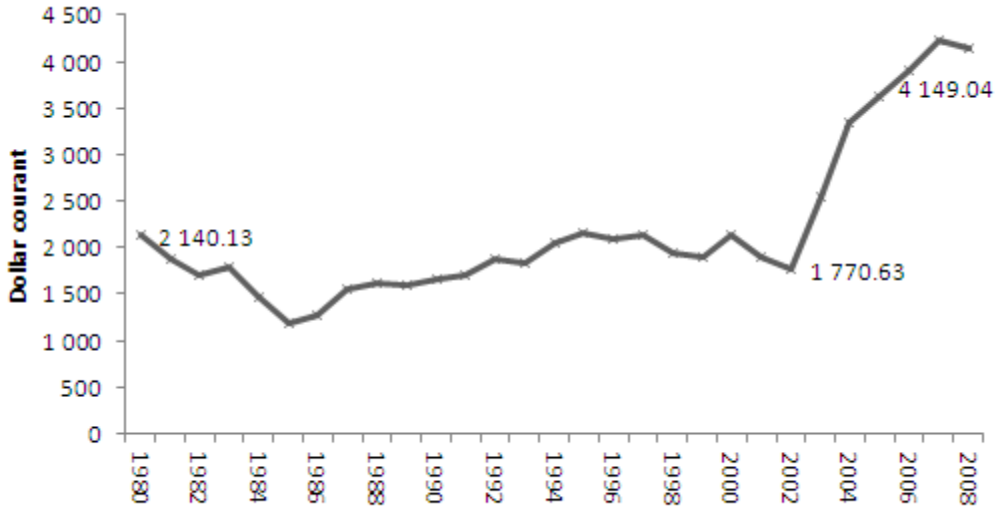
Figure 56. Pyramides de la population en Namibie, 2010 et 2030



Source: Bureau du recensement des Etats-Unis, 2010.

D'un point de vue économique, la Namibie est un pays à revenu moyen et intermédiaire et son PIB par habitant était de 4 178 dollars en en 2009 (6 457 dollars en termes de PPA). Avant l'indépendance, la croissance économique annuelle était faible, avec une moyenne de 1,1 pour cent entre 1981 et 1989. La situation économique s'est améliorée pendant la décennie qui a suivi l'indépendance et le taux de croissance annuel moyen a triplé (3,8 pour cent par an). Cependant, c'est au cours des années 2000 que le PIB de la Namibie a enregistré une forte augmentation, avec des taux passant de 2,5 à 12,3 pour cent et une moyenne de 5,2 pour cent par an. En conséquence, le PIB par habitant, mesuré en termes nominaux, a fortement progressé au cours de cette période, passant de 1 770 dollars en 2002 à 4 178 dollars en 2008 (figure 57).

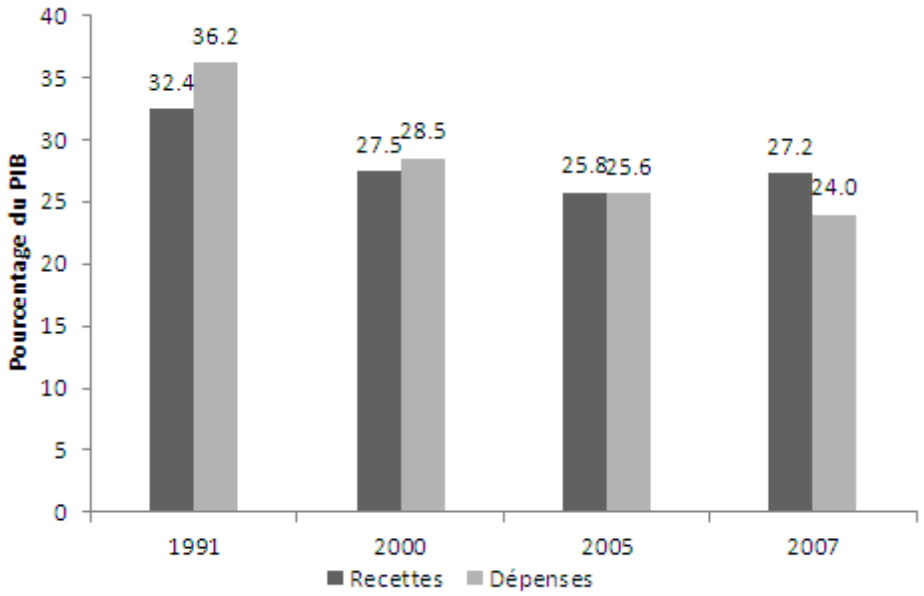
Figure 57. PIB par habitant en Namibie, 1980-2008 (dollar courant)



Source: Banque mondiale, 2010.

Contrairement aux pays voisins tels que le Botswana et le Lesotho dont la situation budgétaire a beaucoup changé, les finances publiques de la Namibie sont restées plus ou moins stables depuis l'indépendance (figure 58). En 1991, les recettes fiscales représentaient 32,4 pour cent du PIB et des dépenses publiques 36,2. Le facteur le plus remarquable à cet égard a été la forte baisse de la part des dépenses publiques, qui est passée à 24 pour cent du PIB en 2007. Par conséquent, le solde net du gouvernement namibien est passé de déficitaire (années 1990) à excédentaire (fin des années 2000) grâce à une réduction des dépenses plutôt qu'une augmentation de la perception des recettes. En fait, la part des recettes fiscales dans le PIB a également diminué entre 1991 et 2007.

Figure 58. Recettes fiscales et dépenses publiques en pourcentage du PIB (plusieurs années)



Source: Banque mondiale, 2010.

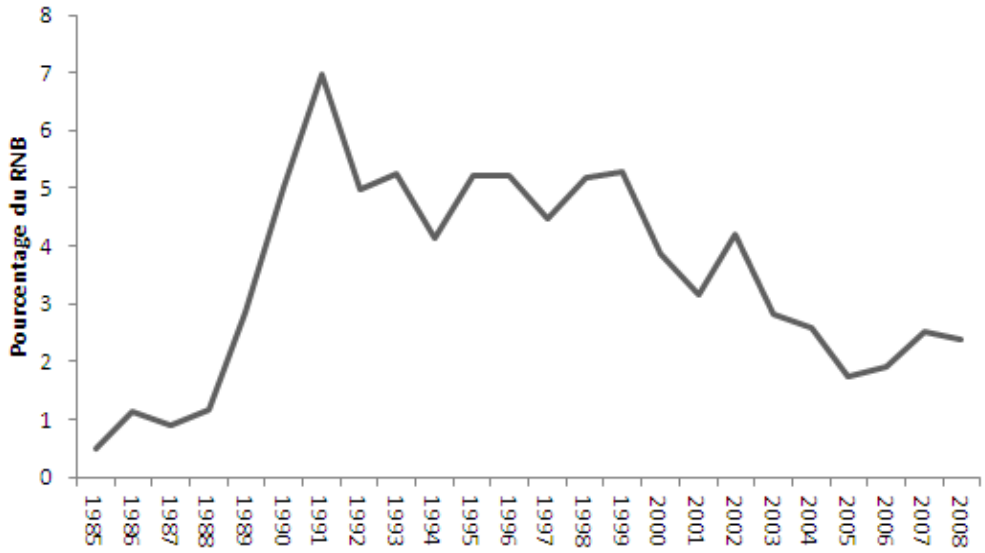
La dette extérieure s'est maintenue à un niveau gérable dans les années 2000 (12 pour cent du PIB), avec une légère baisse de sa moyenne au cours de la deuxième moitié de la décennie (figure 59). Cette réduction de la dette extérieure semble avoir contribué à l'excédent budgétaire enregistré à la fin des années 2000, comme en témoigne la baisse des dépenses publiques pour le service de la dette de 7,2 pour cent du PIB en 1990 à 1,6 pour cent en 2008.

Figure 59. Dette extérieure en pourcentage du PIB en Namibie, 2003-2008

Source: Banque mondiale, 2010.

Une autre caractéristique remarquable de la récente évolution économique de la Namibie est le faible niveau de l'APD reçue depuis 1990. En moyenne, l'APD constituait 4,1 pour cent du revenu national brut (RNB) entre 1990 et 2008, mais elle a sensiblement diminué et atteignait 2,8 pour cent du RNB dans les années 2000. Ces chiffres contrastent avec ceux des pays tels que le Mozambique, qui ont reçu des flux d'APD supérieur à 15 pour cent du RNB.

Figure 60. APD en pourcentage du RNB en Namibie, 1985-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

La Namibie est un pays de contrastes socioéconomiques intéressants. L'incidence de la pauvreté et la mortalité infantile sont inférieures à la moyenne africaine, mais le pays présente le plus fort coefficient de Gini du monde. Les progrès de l'indice de développement humain (IDH) ont été lents depuis l'indépendance (0,657 à 0,686 entre 1990 et 2007). Les taux de prévalence du VIH sont élevés (environ 390 000 PVVIH). La maladie touche plus de 15 pour cent de la population et a des répercussions sur l'espérance de vie, qui est la même aujourd'hui qu'en 1985. L'alphabétisation des adultes et le PIB par habitant permettent d'accroître l'IDH, mais les programmes d'alphabétisation contrent les tentatives du gouvernement pour améliorer l'ensemble des conditions socioéconomiques. Par exemple, alors que le taux d'alphabétisation des adultes était de 76 pour cent en 1990, il est passé à 88 pour cent de la population cible. Mais dans le même temps, l'inscription des enfants dans l'enseignement primaire et secondaire était inférieure à 70 pour cent au cours des années 2000 après avoir atteint un taux de 83 pour cent en 1995.

Tableau 12. Conditions socioéconomiques en Namibie

Indicateur	Résultat	Année	Source*
Incidence de la pauvreté (en pourcentage de la totalité des ménages)	27,6	2008	Bureau central des statistiques, 2008.
Coefficient de Gini	74,3	1992-2007	PNUD, 2009.
IDH	0,678	2007	PNUD, 2009.
Espérance de vie à la naissance (ans)	60,4	2007	PNUD, 2009.
Taux de mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	31,4	2007	Banque mondiale, 2010.
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes)	210	2005	Banque mondiale, 2010.
Prévalence du VIH et du sida (en pourcentage de la population âgée de 15 à 49 ans)	17,8	2008	Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008.
Taux d'analphabétisme des (en pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus)	12	2007	PNUD, 2009.

* La dernière colonne présente les sources utilisées pour chaque indicateur.

8.2. Les programmes et dépenses publiques de protection sociale

Selon un communiqué du gouvernement en 2008, la stratégie de protection sociale intégrale de la Namibie se compose de plus de 15 initiatives politiques visant à assurer un accès équitable aux services sociaux de base et à la protection sociale afin de parvenir à l'égalité et renforcer le bien-être et en particulier l'accès à ces services aux segments vulnérables et marginalisés de la société mal ou non desservis. Elles cherchent également à réduire les inégalités dans le bien-être social, initier les populations (surtout les jeunes) à la culture et la moralité et promouvoir l'égalité des sexes, afin de parvenir à une société plus équitable.

La liste complète des programmes existants est présentée dans le tableau 13. Cinq institutions différentes gèrent l'ensemble des programmes et le ministère du Travail et des Affaires sociales, le ministère de l'Egalité des sexes et de l'Enfance et la Commission de la sécurité sociale (*Social Security Commission* - SSC) sont les principaux acteurs de la stratégie de protection sociale. D'autres programmes n'entrent pas forcément dans la catégorie de la protection sociale, mais ont toutefois une visée sociale (par exemple, le

ministère des Terres et de la Réforme foncière se charge de garantir des terres aux populations rurales sans terre en les relocalisant).

Tableau 13. Programmes de protection sociale en Namibie

Programme	Institution de gestion
Vieillesse	Ministère du Travail et des Affaires sociales
Handicap	Ministère du Travail et des Affaires sociales
Obsèques	Ministère du Travail et des Affaires sociales
Prestations pour lieu sûr	Ministère du Travail et des Affaires sociales
Bourse spéciale	Ministère de l'Egalité des sexes et de la Protection de l'enfant
Bourse de subsistance	Ministère de l'Egalité des sexes et de la Protection de l'enfant
Allocation de famille d'accueil	Ministère de l'Egalité des sexes et de la Protection de l'enfant
Subvention pour les anciens combattants	Ministère des Anciens combattants
Congé maladie et maternité	SSC
Prestation décès	SSC
Caisse nationale de retraite et Caisse nationale de prestation médicale	SSC
Fonds de développement	SSC
Fonds d'indemnisation des employés (ECF)	SSC
Programmes d'aide au logement	Ministère du Gouvernement local et régional et du Logement
Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules motorisés	Fonds d'indemnisation des victimes d'accidents de véhicules motorisés

Source: Gouvernement de la République de Namibie, 2008.

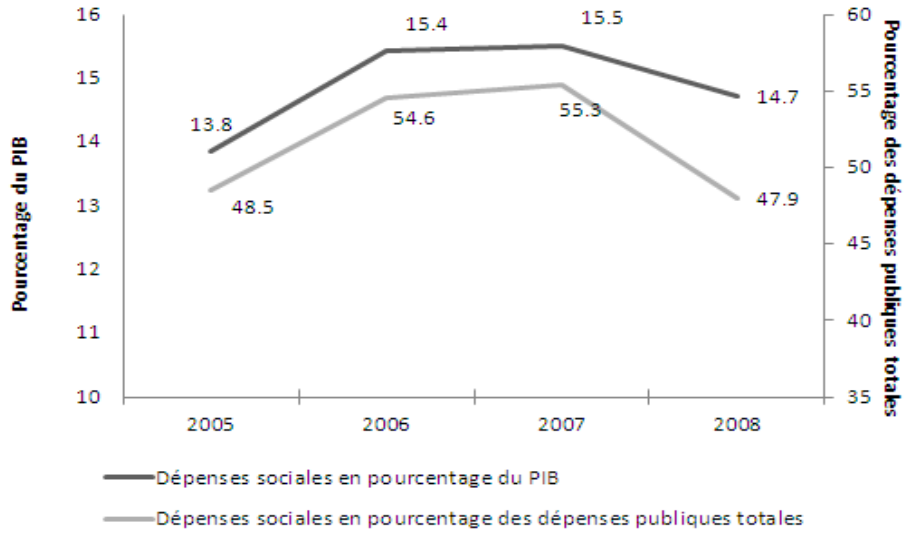
Du point de vue budgétaire, le ministère des Finances est responsable de l'allocation des ressources pour les programmes d'assistance sociale, tandis que la Commission de la sécurité sociale gère les cotisations sociales provenant des employeurs et des salariés afin de financer le régime d'assurance sociale.

8.2.1. Dépenses sociales et dépenses de protection sociale

Deux traits essentiels caractérisent les dépenses sociales en Namibie au cours de la deuxième moitié des années 2000. D'abord, elles ont représenté une part importante de la production et des dépenses totales du gouvernement. Ensuite, elles ont eu tendance à augmenter en dépit de quelques diminutions en 2008. Entre 2005 et 2008, les dépenses sociales constituaient 14,9 pour cent du PIB, un chiffre comparable à celui de l'Afrique du Sud (14,9 pour cent) et du Botswana (15,5 pour cent), supérieur au niveau de l'investissement social au Mozambique (10,2 pour cent du PIB), mais encore loin derrière celui du Lesotho (30,5 pour cent).

Durant la même période, près de 52 pour cent des dépenses gouvernementales ont été allouées au secteur social (figure 61). Cette moyenne élevée pourrait refléter un appui politique fort en faveur d'un accroissement des investissements dans ce domaine. En réalité, à l'exception de 2008, les dépenses sociales n'ont cessé de croître, passant de 48,5 pour cent à 55,3 pour cent du total des dépenses publiques.

Figure 61. Dépenses sociales publiques en Namibie, 2005-2008

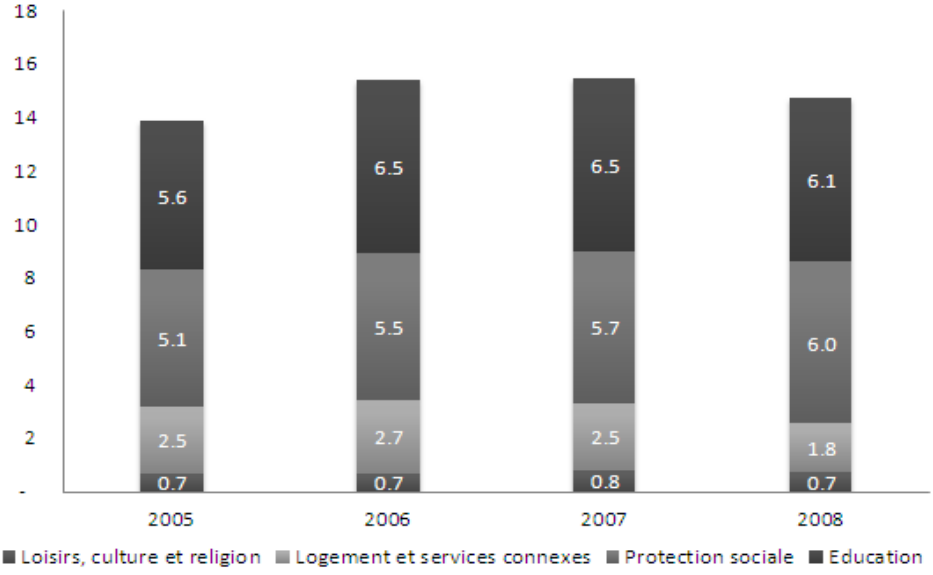


Source: ministère des Finances, 2009; FMI, 2010b.

En ce qui concerne la composition des dépenses sociales, l'éducation représente la part la plus élevée, mais les dépenses de protection sociale ont enregistré la plus forte croissance ces dernières années. Les dépenses publiques d'éducation ont représenté en moyenne 6,2 pour cent du PIB entre 2005 et 2008, contre 5,6 pour cent du PIB pour la protection soviale et la part de l'éducation a augmenté de 18,2 pour cent pendant la même période (figure 62).

Le modèle décrit ici est caractéristique de la Namibie; il n'est pas souvent observé dans d'autres pays. En règle générale, les pays voisins ont eu tendance à allouer la plus grande part des dépenses sociales à l'éducation, en triplant parfois le ratio des dépenses de l'éducation par rapport aux dépenses de protection sociale. En Namibie, les dépenses liées à ces deux composantes sont plus ou moins les mêmes. La part du logement dans le PIB a chuté de 27 pour cent; ce secteur a été le plus durement touché par les coupes budgétaires.

Figure 62. Composition des dépenses sociales en pourcentage du PIB en Namibie, 2005-2008

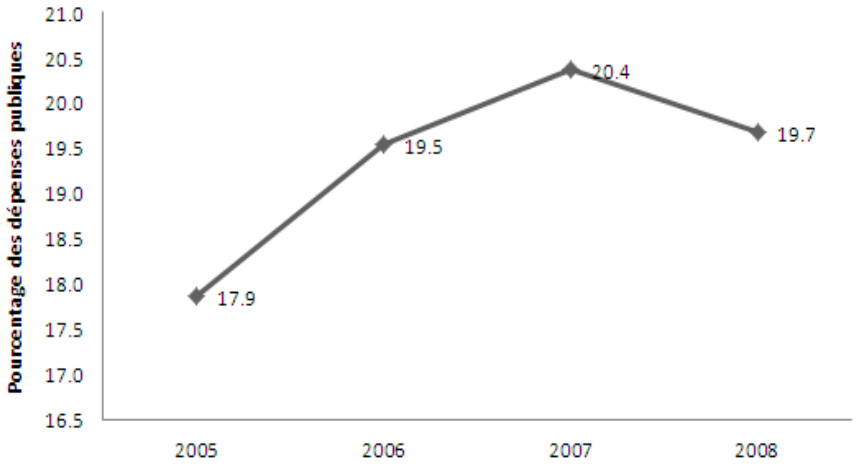


Source: ministère des Finances, 2009; FMI, 2010b.

Les dépenses de protection sociale ont également enregistré une hausse de leur part du total des dépenses publiques et sont passées de 17,9 pour cent en 2005 à 19,7 pour cent en 2008 (figure 63). La Namibie est l'un des pays d'Afrique australe dont les dépenses de protection sociale sont les plus élevées (19,4 pour cent du PIB en moyenne); moins qu'en Afrique du Sud (25,2 pour cent), mais plus qu'au Lesotho (18,5 pour cent), au Botswana (15 pour cent) et au Mozambique (13,3 pour cent).

En termes réels par habitant, la protection sociale a augmenté de 30 pour cent entre 2005 et 2008, passant de 876,7 à 1 141,8 dollars namibiens (1 dollar namibien équivaut à 0,13 dollar). Ces chiffres confirment la conclusion précédente selon laquelle le gouvernement namibien a mis l'accent sur les programmes de protection sociale depuis l'indépendance.

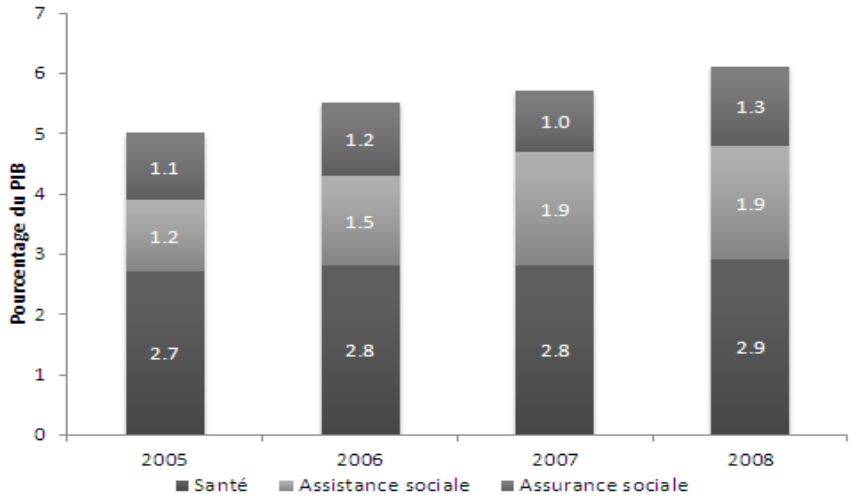
Figure 63. Dépenses de protection sociale en pourcentage du total des dépenses publiques en Namibie, 2005-2008



Source: ministère des Finances, 2009; FMI, 2010b.

En ce qui concerne les dépenses de protection sociale, il faut souligner que les trois principales catégories (santé, sécurité sociale et protection sociale) ont augmenté leur part du PIB entre 2005 et 2008 (figure 64). L'assistance sociale a augmenté de 0,7 point de pourcentage (soit une augmentation de 58 pour cent); elle est devenue la composante la plus favorisée en termes d'augmentation des dépenses. La santé a gagné 0,2 point de pourcentage, soit une croissance de 7 pour cent.

Figure 64. Santé, assurance sociale contributive et assistance sociale en pourcentage du PIB en Namibie, 2005-2008



Source: ministère des Finances, 2009; FMI, 2010b.

8.2.2. Pensions de vieillesse

Les origines du programme de pension de vieillesse remontent à la Loi sur les pensions de vieillesse de 1928 en Afrique du Sud (*Old-Age Pensions Act*). A cette époque, le peuple de l'Afrique du Sud-Ouest, nom sous lequel la Namibie était connue, n'avait pas droit aux prestations de vieillesse. En 1949, la loi a été réformée afin que les Blancs d'Afrique du Sud-Ouest puissent en bénéficier. Il a fallu attendre 1973 pour que tous les Namibiens soient inclus dans le programme. Juste après l'indépendance, le gouvernement s'est engagé à approuver la Loi sur les pensions de 1992 (*Act No. 10 of 1992*), permettant à toutes les personnes de plus de 60 ans de percevoir une pension publique de base. Aujourd'hui, les bénéficiaires doivent être âgés de plus de 60 ans, être citoyens namibiens ou résidents permanents.

Au cours des 10 dernières années, le gouvernement a augmenté la pension publique à plusieurs reprises. En 1999, la pension moyenne était de 160 dollars namibiens, mais en 2008, elle avait presque triplé pour atteindre 450 dollars namibiens. Le seuil de pauvreté de 2010 a été estimé à 398,5 dollars namibiens; ainsi, la prestation suffisait à couvrir les besoins essentiels de 1,13 adulte [23]. Toutefois, ce montant correspond à peu près à la moitié du salaire minimum d'un travailleur agricole (860 dollars namibiens par mois).

L'impact budgétaire de ce programme est assez faible. En 1996, le programme de vieillesse représentait 3,6 pour cent des dépenses totales du gouvernement. Les estimations calculées pour ce rapport donnent un chiffre de 3,1 pour cent du total des dépenses publiques en 2008, soit 0,95 pour cent du PIB.

Du point de vue de la couverture, le programme vise l'universalité. En 2005, le taux de couverture des personnes de plus de 60 ans était de 91,4 pour cent; et en 2008, on comptait 129 228 bénéficiaires.

Le taux de couverture est resté presque le même pendant le reste des années 2000. Ainsi, en 2008, la Namibie était le troisième pays africain en termes de taux de couverture le plus élevé pour les pensions de vieillesse, après l'Ile Maurice et l'Afrique du Sud. La Namibie a donc fait d'énormes progrès, comparé au taux de couverture estimé de 58 pour cent en 1991 (Devereux, 2001).

8.2.3. Système contributif de sécurité sociale

Le système de sécurité sociale de la Namibie a été établi grâce à la Loi sur la sécurité sociale (*Social Security Act, 1994*). Il est administré par la SSC. Le régime a été mis en place par le gouvernement pour améliorer les conditions socioéconomiques et lutter contre la pauvreté. Il vise à fournir un revenu en cas de congé maladie ou maternité et à verser également des prestations en cas de retraite, d'invalidité permanente ou de décès.

La SSC a été créée le 15 janvier 1995 et se charge du recouvrement des cotisations, de l'affiliation des membres (employeurs et salariés), du versement des prestations et de l'investissement de ses fonds. La SSC administre trois fonds:

1. le Fonds maternité, maladie, décès (MSD) accorde des prestations pour le congé maternité, les congés maladie et la prestation de décès, aux bénéficiaires affiliés;

[23] Le Bureau central des statistiques (*Central Bureau of Statistics, 2008*) a établi que le seuil de pauvreté de 2003-2004 se situait à 262,45 dollars namibiens. Ce montant a été ajusté selon l'inflation pour l'estimation du montant de 2010, en appliquant un taux d'inflation estimé de 10,3 pour cent.

2. le Fonds d'indemnisation des employés (ECF) compense l'incapacité causée par les accidents du travail ou les maladies professionnelles subis par les salariés dans le cadre de leur emploi, ou en cas de décès résultant de ces accidents et maladies;

3. le Fonds de développement, créé pour financer des activités de formation pour certaines personnes défavorisées sur le plan socioéconomique et pour les étudiants des établissements d'enseignement supérieur. Il est financé par des transferts provenant d'autres fonds, allocations budgétaires ou des dons de la SSC.

La Loi n° 34 (*Act No. 34*) a également créé deux autres fonds, la Caisse nationale de retraite (*National Pension Fund*) et la Caisse nationale de prestation médicale (*National Medical Benefit Fund*), mais ils ne sont pas encore opérationnels.

Les prestations de congé maternité couvrent le bénéficiaire pendant 12 semaines à hauteur de 100 pour cent du revenu, le minimum étant de 300 dollars namibiens par mois et 6 000 au maximum. Les prestations de congé maladie s'appliquent lorsque l'employé a travaillé pendant la période de temps requise indiquée dans le Code du travail ou dans le contrat de travail. Les prestations de congé maladie représentent 75 pour cent du salaire du travailleur au cours des six premiers mois, le minimum étant de 250 dollars namibiens par mois et 4 750 au maximum; pour les 18 mois suivants, la prestation passe à 60 pour cent du revenu du bénéficiaire. Enfin, l'allocation décès consiste en un versement unique de 3 500 dollars namibiens versé en cas de décès d'un membre de la SSC (employé, retraité ou personne souffrant d'un handicap permanent).

En ce qui concerne le Fonds d'indemnisation des employés, les risques couverts par ce régime en 2008 étaient les suivants:

- frais médicaux pour les employés blessés;
- frais de transport pour un employé blessé;
- prestation d'incapacité totale temporaire;
- compensation pour incapacité permanente;
- frais funéraires;
- versement unique en cas de dépendance partielle;
- compensation pour les survivants (pensions en cas d'accidents).

L'inscription des employeurs et des employés est exigée par la loi. Les employeurs et les employés cotisent à hauteur de 0,9 pour cent de la rémunération des derniers jusqu'à un maximum de 54 dollars namibiens par mois. Les employeurs sont tenus de s'affilier auprès du Fonds d'indemnisation des employés, et seuls les employeurs et les employés inscrits (non les membres de leurs familles) ont droit aux prestations en vertu du régime d'assurance sociale.

Le nombre total des employeurs et des salariés affiliés est passé de 2 730 employeurs et 2 598 employés en 1996 à 38 703 employeurs et 446 921 salariés en 2006.

8.2.4. Autres initiatives d'assistance sociale

D'autres programmes d'assistance sociale existent pour couvrir et protéger les groupes vulnérables d'un large éventail de risques. Comme la pension de vieillesse, ce sont tous des programmes non contributifs. Parmi ces initiatives, sept se dégagent comme étant les

plus importantes: une pension d'invalidité (*Disability Grant*), une prestation de décès (*Funeral Grant*), une subvention spéciale pour les enfants (*Special Maintenance Grant*), une bourse de subsistance (*Maintenance Grant*), une indemnité pour les familles d'accueil (*Foster Parent Grant*), une allocation de placement en lieu sûr (*Place of Safety Allowance*) et une subvention pour les anciens combattants (*Veterans Subvention*).

Le deuxième programme d'assistance sociale le plus important est la pension d'invalidité qui, comme la pension de vieillesse, consiste en une allocation mensuelle de 450 dollars namibiens. Pour recevoir des prestations, une personne doit: a) avoir 16 ans ou plus, b) être diagnostiqué comme étant invalide, temporairement ou définitivement, par un médecin de l'Etat ou atteint du VIH, et c) être un citoyen ou un résident permanent de la Namibie et résider dans le pays.

En 2008, on comptait 19 671 bénéficiaires du programme de pension d'invalidité. Les estimations montrent que l'impact budgétaire du programme est de 106,2 millions de dollars namibiens, ce qui équivaut à 0,47 pour cent du total des dépenses publiques ou 0,15 pour cent du PIB.

Le programme de prestations de décès consiste en une subvention de 2 200 dollars namibiens fournie par le gouvernement aux bénéficiaires des programmes de pensions de retraite ou d'invalidité. Le paquet couvre les frais de cercueil, de cimetière, de transport (si nécessaire) et de funérailles. En 2008, le coût budgétaire du programme a été estimé à 71,6 millions de dollars namibiens versés à 2 713 bénéficiaires. Ce chiffre correspond à 0,32 pour cent du total des dépenses publiques et 0,10 pour cent du PIB.

La bourse de subsistance (*Maintenance Grant* - MG) et la subvention spéciale (*Special Maintenance Grant* - SMG) fournissent des prestations mensuelles aux parents et aux enfants, respectivement. Dans le cas de la MG, la prestation est de 200 dollars namibiens pour le premier enfant et 100 dollars namibiens pour chaque enfant supplémentaire, jusqu'à 6 enfants.

La MG est versée aux parents biologiques (au moins un des deux bénéficie de la pension d'invalidité ou de vieillesse, est veuf ou a un conjoint purgeant une peine de prison) dont le revenu mensuel est inférieur à 1 000 dollars namibiens, dont les enfants ont au moins sept ans et vont à l'école et qui sont citoyens namibiens ou résidents permanents. La SMG peut être versée aux enfants namibiens de moins de 16 ans qui ont été diagnostiqués comme étant invalides, définitivement ou temporairement, ou comme souffrant du VIH-sida.

L'indemnité pour les familles d'accueil se compose d'une subvention mensuelle de 200 dollars namibiens pour le premier enfant et 100 dollars namibiens pour les enfants supplémentaires. Elle est versée à toute personne qui prend soin d'un enfant ou en a la garde temporaire ou définitive. Un programme similaire, l'allocation de placement en lieu sûr, offre 10 dollars namibiens par jour pour à toute personne ou institution qui prend soin d'enfants de moins de 21 ans.

Enfin, la subvention pour les anciens combattants est une subvention spéciale payable à tout Namibien qui vit dans le pays, est âgé de plus de 55 ans et a participé à la guerre d'indépendance en 1990. Les prestations mensuelles s'élèvent à 2 500 dollars namibiens.

8.2.5. Le revenu de base

Entre 2008 et décembre 2009, un certain nombre de groupes religieux, d'ONG engagées dans la lutte contre le sida et de syndicats ont lancé la Coalition pour un revenu de base (*Basic Income Grant Coalition*) et ont piloté un projet en faveur d'un revenu de base (*Basic Income Grant Project* - BIG) à Otjivero-Omitara. L'idée derrière ce projet était

la suivante: chaque résident devrait recevoir un revenu mensuel, quelle que soit sa situation socioéconomique. Par conséquent, chaque personne dans le village a reçu une allocation mensuelle de 80 dollars namibiens. Le projet pilote a pris fin en 2009 et, selon Chung (2010), les résultats de l'initiative ont été très encourageants:

- le nombre d'enfants mal nourris est passé de 42 à 10 pour cent du total des enfants dans le village;
- le taux de criminalité a chuté pour atteindre 36,5 pour cent après le lancement du projet pilote;
- le taux de pauvreté est passé de 86 à 68 pour cent;
- le chômage est passé de 60 à 45 pour cent tandis que les revenus moyens ont augmenté de 29 pour cent, indépendamment de l'allocation

8.3. La création d'un espace budgétaire en Namibie

La Namibie bénéficie de programmes sociaux depuis longtemps. Même avant l'indépendance, le pays a pu profiter d'une expérience considérable dans la mise en œuvre des initiatives sociales qui avaient permis au pays de poursuivre l'objectif d'une couverture universelle des différents groupes cibles. Actuellement, la Namibie bénéficie d'un des modèles de protection sociale les plus solidement établis en Afrique. Il comprend une pension de vieillesse universelle, un large éventail de programmes d'assistance sociale et un régime d'assurance sociale. En ce qui concerne sa stratégie globale de protection sociale, le pays présente des caractéristiques intéressantes. Tout d'abord, la pension de vieillesse est accordée aux personnes de plus de 60 ans, ce qui contraste avec les programmes similaires sur le continent qui commencent à 65 ans, voire à 70. Deuxièmement, les dépenses de l'assurance sociale et de l'assistance sociale ont augmenté au cours des dernières années et, dans le cas de l'assistance sociale, elles traduisent une grande volonté du gouvernement d'allouer des fonds publics à de tels programmes. Il convient de noter que les dépenses de protection sociale sont sur un pied d'égalité avec l'éducation. Troisièmement, la Loi sur la sécurité sociale de 1994 (*Social Security Act*) comporte tous les éléments essentiels nécessaires pour assurer une protection sociale adéquate à la population couverte. Cependant, le fait que la Caisse de retraite et la Caisse nationale de prestations médicales ne soient toujours pas matérialisées 16 ans après leur approbation reste un mystère.

Quatre facteurs essentiels semblent favoriser la création d'un espace budgétaire:

1. Tout d'abord, l'approbation de la Loi sur la Sécurité sociale (Social Security Act, 1994) a établi que les employeurs et les employés devaient payer des cotisations. Avec des taux de couverture supérieurs à 60 pour cent de la population active, le fonds crée un large espace pour les activités de protection sociale.

2. Deuxièmement, le gouvernement fait preuve d'un engagement politique pour augmenter les allocations des programmes d'assistance sociale en l'absence d'une augmentation du niveau de la collecte des impôts. Comme mentionné précédemment, la collecte des recettes et les dépenses du gouvernement ont gravement chuté en termes de PIB après 2000. Depuis, ils se sont stabilisés entre 24 et 29 pour cent du PIB. D'une manière générale, la position économique du gouvernement n'a pas considérablement évolué. Cependant, les dépenses sociales et la protection sociale ont eu tendance à augmenter et à représenter une part croissante des dépenses publiques totales, ce qui traduit une politique budgétaire ferme. Les budgets de la protection sociale et de l'éducation ont été les premiers dans les années 2000, alors que le

logement perdait du terrain en termes de PIB. L'origine de cet engagement politique remonte à la décision des gouvernements après l'indépendance de réduire ou d'éliminer les caractéristiques qui prônaient la discrimination. Cela impliquait notamment la mise à niveau de tous les transferts de pension de vieillesse pour les différents groupes de la population.

3. Troisièmement, les augmentations observées dans les budgets de l'éducation, la santé, l'assurance sociale et l'assistance sociale sont associées à des excédents budgétaires cumulés par le gouvernement au cours de la deuxième moitié des années 2000, qui ont ensuite été liées au taux de croissance économique accélérée, peut expliquer certaines décisions gouvernementales récentes, telles que l'augmentation de 50 pour cent de la pension de vieillesse en 2008.

4. Quatrièmement, la baisse du niveau de remboursement de la dette semble avoir contribué à l'extension de l'espace budgétaire, quoique plus modérément que d'autres facteurs, compte tenu des irrégularités du service de la dette pendant les années 2000. D'autre part, les flux d'APD ont peu contribué à l'élargissement de l'espace budgétaire.

8.4. Défis et enseignements

8.4.1. Défis

Poursuivre les efforts de la Namibie pour améliorer les conditions de vie de la population risque d'être un réel défi. L'inégalité est au cœur de ces difficultés, bien que la pauvreté absolue elle-même doive être réduite. En ce qui concerne l'avenir des initiatives de protection sociale et de la stratégie de financement correspondante, les éléments suivants résument les principaux défis à relever.

1. La collecte des recettes totales doit être intensifiée. Au cours de la dernière décennie, les recettes fiscales ont augmenté au même rythme que le PIB, voire plus lentement. Ainsi, à la fin des années 2000, elles étaient proportionnellement inférieur à celles de 1991.

2. Les modifications futures du système de protection sociale sont nécessaires dans au moins trois domaines:

   a) La Caisse nationale de retraite et la Caisse nationale de prestations médicales qui ont été établies par la Loi sur la sécurité sociale doivent être opérationnelles. Les dépenses de santé privées varient encore de modérées à élevées (elles correspondaient en moyenne à 35 pour cent du total des dépenses de santé avant 2007); ainsi, la mise en place de la Caisse nationale de prestations médicales pourrait fournir une aide financière substantielle aux familles bénéficiaires. La Caisse nationale de retraite est une pièce stratégique manquante de la protection sociale, et sa création pourrait permettre, à moyen terme, de libérer les fonds qui sont actuellement affectés à des pensions de vieillesse.

   b) L'extension de la couverture aux membres de la famille et à d'autres groupes vulnérables est essentielle pour réduire les problèmes d'inégalité. Les prestations dans le cadre du régime d'assurance sociale sont actuellement réservées aux membres inscrits, et excluent le reste de la famille du bénéficiaire. Quant à la couverture du programme, elle concerne généralement les zones urbaines ou n'atteint pas suffisamment la population ciblée. La couverture des traitements antirétroviraux, par exemple, était inférieure à 60 pour cent en 2008 et des pensions d'invalidité pour les personnes vivant avec le VIH et le sida ont

récemment été limitées aux personnes en possession d'un certificat médical assurant leur invalidité à 50 pour cent minimum.

c) Les cotisations sociales sont faibles et ne dépassent pas 1 pour cent du salaire de l'employé. L'extension du régime d'assurance sociale devrait donc être accompagnée d'une augmentation des taux de cotisation.

3. Un débat est en cours sur la meilleure façon d'élaborer une stratégie nationale de protection sociale. Bien que plusieurs questions puissent être soulevées concernant la conception et la mise en œuvre (sources de financement, nature conditionnelle ou inconditionnelle du programme, etc.), ce débat semble offrir une excellente occasion de discuter de la pertinence des initiatives de protection sociale actuelles pour parvenir à une réduction significative du niveau de pauvreté. En d'autres termes, la Namibie pourrait être sur le point de définir une nouvelle stratégie de protection sociale qui aborderait le problème de la fragmentation, tenterait de réduire les coûts administratifs et renforcerait l'efficacité.

4. Au cours des dernières années, les excédents budgétaires pourraient être l'une des principales sources de financement d'un programme de transfert en espèces pour les familles pauvres. McCord (2009) a estimé que, selon la taille de la population et le niveau actuel de pauvreté, un programme de transferts en espèces pourrait coûter entre 2 et 9 pour cent du PIB des pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale. Si le programme ciblait uniquement les ménages en situation de pauvreté extrême, le coût net serait inférieur à 1 pour cent du PIB. Compte tenu des programmes de protection sociale existants en Namibie, il semblerait que l'élargissement de la portée de ses programmes d'assistance sociale serait possible à moindre coût pour le gouvernement.

5. L'amélioration du niveau d'imposition pour élargir l'espace budgétaire est une option difficile pour le gouvernement. Selon les données de *Doing Business*, la TVA est de 15 pour cent en Namibie et supérieure à celle du Lesotho (14 pour cent), de l'Afrique du Sud (14 pour cent) et du Botswana (10 pour cent), mais bien inférieure à celle du Mozambique (17 pour cent). De plus, l'impôt sur les sociétés est parmi les plus élevés en Afrique australe.

8.4.2. Enseignements

Enseignement 1

La Namibie illustre bien les circonstances dans lesquelles se trouvent souvent les pays dont la performance macroéconomique et budgétaire est modérée. Les facteurs macro-économiques généralement associés à la création d'un espace budgétaire ne sont en aucun cas exceptionnels. La production a augmenté à un rythme modéré et n'a pas évolué vers un niveau supérieur de recettes fiscales, comme on pouvait s'y attendre. D'un point de vue macroéconomique, la croissance économique moyenne a été bien en deçà des taux dynamiques des pays tels que le Botswana et le Mozambique, où la croissance moyenne du PIB a dépassé 8 pour cent par an. En outre, le gouvernement a réduit sa participation à l'économie, et en 2008, le niveau d'imposition et de dépenses était considérablement plus faible qu'en 1991, juste après l'indépendance. Néanmoins, le gouvernement a été en mesure de générer un excédent budgétaire dans la seconde moitié des années 2000, ce qui traduit la politique budgétaire très prudente des dernières années, qui a permis d'élargir l'espace budgétaire.

Enseignement 2

La Namibie n'a pas bénéficié d'énormes flux d'APD en complément de l'investissement social (à l'exception des programmes de lutte contre le VIH) et sa dette extérieure n'a pas enregistré de baisse significative.

Enseignement 3

Les résultats indiquent que la création d'un espace budgétaire pour la protection sociale est le fruit de ce que l'on pourrait appeler la création d'un espace budgétaire implicite, qui signifie que l'allocation des ressources pour les objectifs de protection sociale a augmenté, mais les recettes fiscales et les dépenses publiques sont plus ou moins restées au même niveau ou ont effectivement diminué. L'augmentation de la part des dépenses de sécurité sociale est donc le résultat de la réaffectation des fonds des secteurs non prioritaires aux secteurs prioritaires sans altérer le niveau des dépenses. Ce mécanisme est complété par d'autres options telles que la mise en œuvre de programmes d'assurance sociale.

Enseignement 4

En dépit de la disponibilité limitée des ressources, la Namibie a obtenu de bons résultats en termes de budgets et d'initiatives de protection sociale. À l'exception des aides au logement, toutes les grandes composantes des dépenses sociales (santé, assurance sociale, assistance sociale, éducation) ont bénéficié d'une plus grande part du PIB et des dépenses publiques internes. Les programmes clés tels que la pension de vieillesse et les régimes d'assurance sociale signalent des niveaux élevés de couverture auprès de la population cible, ce qui a nettement amélioré le niveau de vie du peuple namibien, comme en témoigne l'incidence de la pauvreté relativement faible comparée à celle des pays voisins.

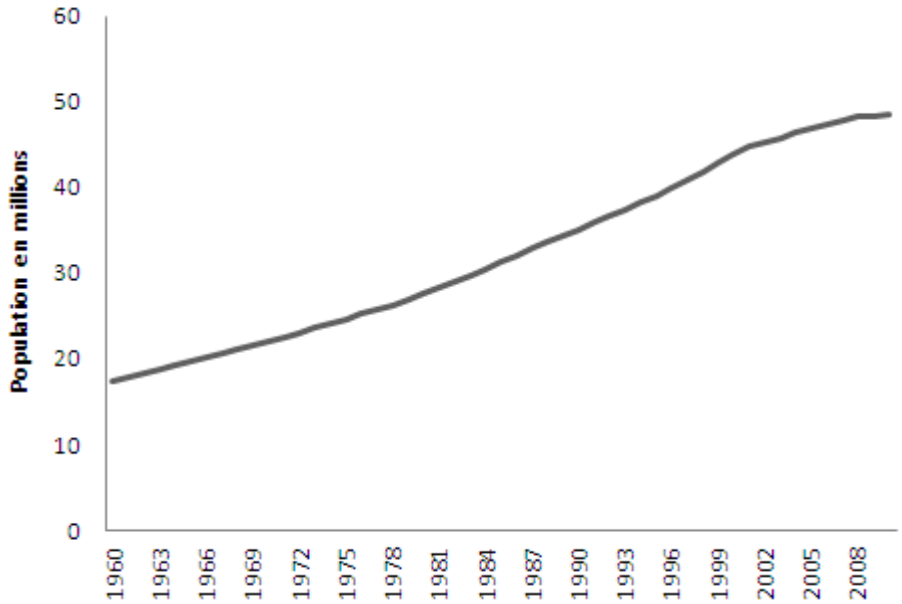
9. La protection sociale pour l'intégration en Afrique du Sud

9.1. Profil du pays

La République d'Afrique du Sud est située à l'extrême sud du continent africain et s'étend sur 1 221 037 km^2. Elle partage des frontières avec la Namibie, le Botswana et le Zimbabwe au nord, avec les océans Atlantique et Indien au sud et à l'ouest, ainsi qu'avec le Mozambique et le Swaziland à l'est. L'Afrique du Sud est une nation hautement diversifiée qui compte 11 langues officielles et de nombreux groupes ethniques. Sur le plan politique, il s'agit d'une démocratie constitutionnelle sous la forme d'une république parlementaire.

En 2010, la population totale s'élevait à 48,5 millions d'habitants (figure 65), avec 50,7 pour cent de femmes, 34,8 pour cent d'enfants de moins de 15 ans et 7,1 pour cent de personnes âgées de plus de 65 ans. Entre 1960 et 2010, la croissance démographique a affiché un taux annuel moyen de 2,1 pour cent. Mais au cours des dix dernières années, le taux annuel a chuté à 1,2 pour cent, et il se maintient en dessous de 1 pour cent depuis 2007.

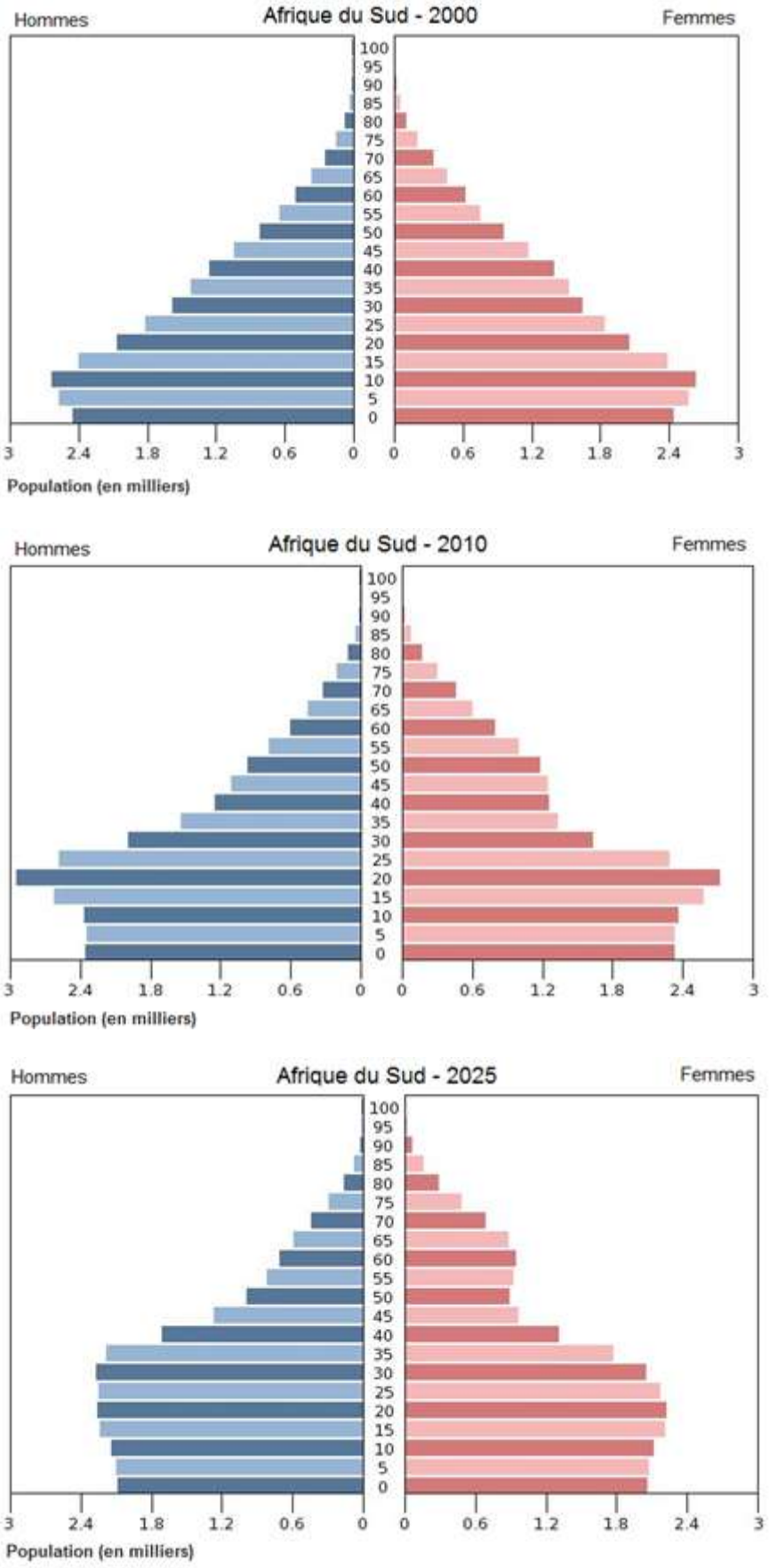
Figure 65. Population totale en Afrique du Sud, 1960-2010



Source: FNUAP, 2010.

Une forte croissance de la tranche des plus de 65 ans est prévue pour les 15 prochaines années. En 2025, un Sud-Africain sur dix devrait appartenir à ce groupe de la population (figure 66), ce qui correspond à une augmentation de 55,8 pour cent par rapport à aujourd'hui.

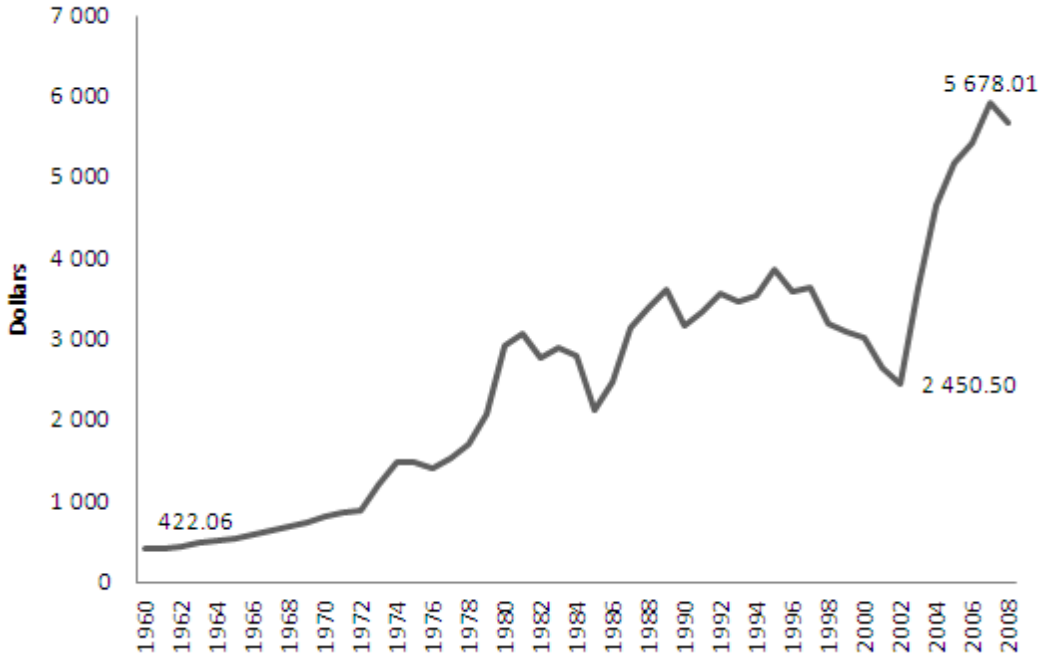
Figure 66. Pyramides des âges de l'Afrique du Sud, 2000, 2010 et 2025



Source: Bureau du recensement des Etats-Unis, 2010.

Sur le plan économique, les performances de l'Afrique du Sud n'ont pas été notables. Entre 1961 et 2010, l'économie a enregistré une croissance annuelle moyenne de 3,2 pour cent, soit 1,2 pour cent en valeur par habitant. L'économie a subi des fléchissements cycliques intenses et périodiques qui ont largement limité sa croissance. En 2002, le PIB par habitant était 16,3 pour cent inférieur au taux de 1980, et entre les 22 années qui séparent 1981 et 2002, six d'entre elles ont affiché un taux de croissance négatif. L'économie a toutefois connu une période de reprise après 2002 (sauf pendant la crise de 2008 et 2009), ce qui a permis au pays de doubler son PIB par habitant (figure 67).

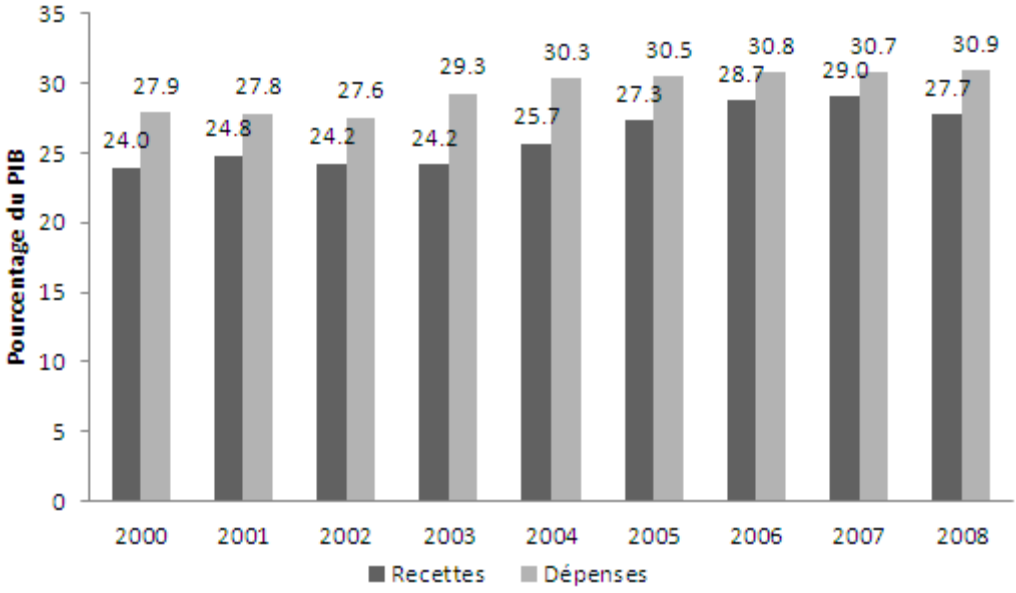
Figure 67. PIB par habitant en dollars en Afrique du Sud, 1960-2010



Source: Banque mondiale, 2010.

L'Afrique du Sud est marquée par un déficit budgétaire chronique. Au cours des années 2000, les recettes publiques représentaient en moyenne 26,2 pour cent du PIB, tandis que les dépenses s'élevaient à 29,5 pour cent de la production totale. Par conséquent, le déficit se chiffrait en moyenne à 3,3 pour cent du PIB (figure 68). Les deux agrégats, à savoir les recettes et les dépenses, ont enregistré une tendance à la hausse au cours de la décennie, mais les recettes ont enregistré une croissance plus élevée, notamment après 2005, ce qui a permis de réduire l'écart budgétaire. Entre 2000 et 2007, la part des recettes du PIB s'est accrue de 5,2 points de pourcentage. Les dépenses, quant à elles, n'ont augmenté que de 2,8 points de pourcentage. La plus grande part des recettes publiques provient de l'impôt sur le revenu, et environ un tiers des recettes totales sont issues d'impôts indirects, tels que la TVA.

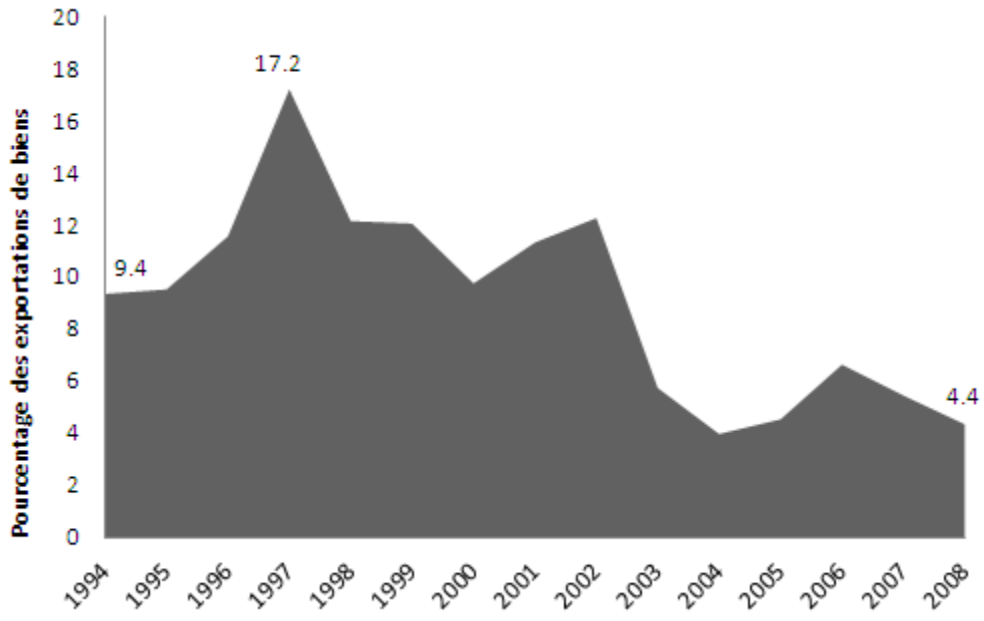
Figure 68. Recettes fiscales et dépenses de l'Afrique du Sud, 2000-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

L'une des caractéristiques principales de l'Afrique du Sud en matière de création d'espace budgétaire a été la forte réduction du service de la dette ainsi que de l'ensemble de la dette publique. La dette publique totale a chuté de 49,5 pour cent du PIB en 1996 à 29,5 pour cent en 2009, avec un recul notoire de la dette intérieure. Ainsi, le service de la dette totale représente aujourd'hui un quart du niveau enregistré en 1997 en termes d'exportations (figure 69) et affiche environ 2 points de pourcentage de moins en termes de PIB. Cette baisse a permis au gouvernement d'accroître ses dépenses sans générer de déficit supplémentaire.

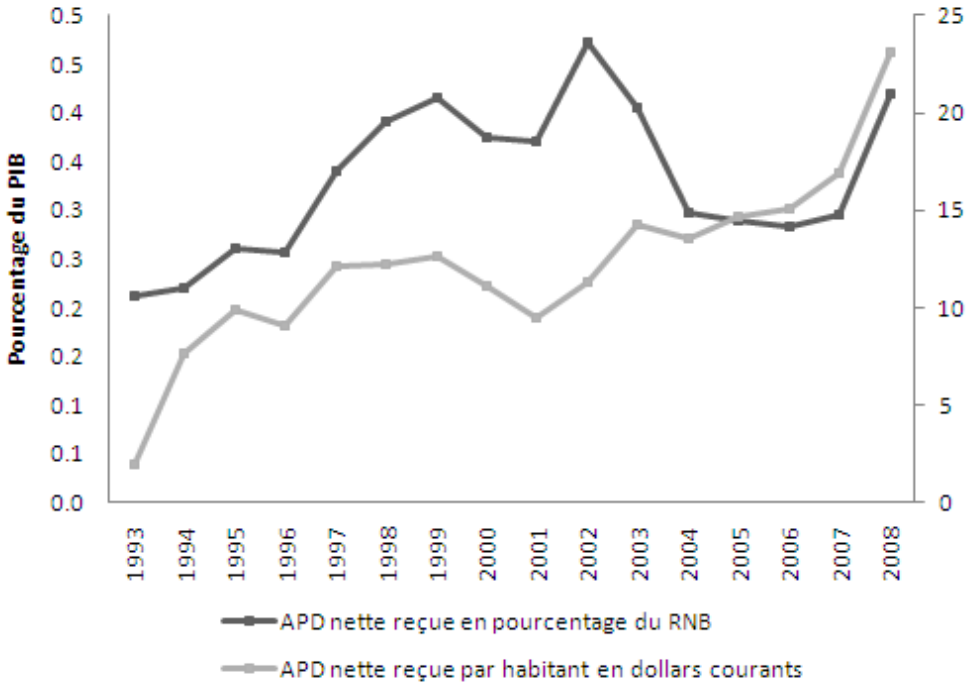
Figure 69. Service de la dette totale en pourcentage des exportations totales en Afrique du Sud, 1994-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

Bien que le flux d'aide publique au développement (APD) ait commencé à s'accroître peu après l'indépendance, il n'a pas représenté, en pratique, une source majeure de financement. Entre 1993 et 2008, l'APD par habitant est passée de 2 à 23 dollars, soit de 0,21 pour cent à 0,42 pour cent du RNB (figure 70). Malgré la constante augmentation des fonds d'APD, ceux-ci sont clairement inférieurs aux volumes attribués aux pays avoisinants pendant la même période.

Figure 70. Flux d'APD en pourcentage du RNB et en valeur par habitant en Afrique du Sud, 1993-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

Pour ce qui est du secteur social, l'Afrique du Sud fait encore face à des défis de taille en matière de pauvreté et d'inégalité. Le pays affiche l'un des taux d'inégalité les plus élevés au monde, et quatre habitants sur dix vivent encore dans des conditions de pauvreté. Sur le plan du développement humain, l'Afrique du Sud se classe en 129^{e} position dans le *Rapport mondial sur le développement humain 2009*, loin derrière sa position en termes de PIB par habitant, dont le taux est pratiquement deux fois supérieur à celui de la Namibie. Pourtant, la Namibie est en 128^{e} position dans l'indice de développement humain, soit une place en dessous de l'Afrique du Sud. Ce constat s'explique par le faible indicateur d'espérance de vie de ce dernier (0,442), qui est influencé par la prévalence élevée du VIH (PNUD, 2009). De fait, environ 5 millions de Sud-Africains vivent avec le VIH. En outre, le pays doit faire face à des questions spécifiques de mortalité infantile et maternelle (tableau 14).

Tableau 14. Indicateurs socioéconomiques d'Afrique du Sud sur plusieurs années

Indicateur	Année	Résultat	Source
Pauvreté (pourcentage de la population vivant avec moins de 2 dollars par jour)	2000-2007	42,9	PNUD, 2009.
Coefficient de Gini	2007	57,8	PNUD, 2009.
Indice de développement humain	2007	0,683	PNUD, 2009.
Espérance de vie à la naissance	2007	51,5	PNUD, 2009.
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	2008	45	Banque mondiale, 2010.
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	2010	300	Banque mondiale, 2010.
Prévalence du VIH et du sida (pourcentage de la population)	2007	16,9	Shisana *et al.*, 2009.
Alphabétisation des adultes (pourcentage)	1999-2007	88	PNUD, 2009.
Enfants présentant une insuffisance pondérale pour leur âge (pourcentage)	1998	15	Banque mondiale, 2010.

9.2. Programmes de protection sociale et investissement

D'après le projet inter-régional de lutte contre les inégalités (*Inter-Regional Inequality Facility* - 2006), le système de protection sociale de l'Afrique du Sud repose sur des prestations sociales ciblées et prévoit un transfert en espèces à des groupes spécifiques tels que les personnes handicapées, les personnes âgées et les enfants. L'accès à une assurance sociale ainsi qu'à une assistance sociale est garanti par la Constitution de l'Afrique du Sud à l'article 27 (paragraphe 1, alinéa c).

Les critères d'attribution des prestations sont établis sur la base des ressources, et tous les programmes sont financés par les impôts généraux. Parmi les trois catégories de programmes de protection sociale en Afrique du Sud (assurance sociale, assistance sociale et prestations universelles), l'assistance sociale est la plus importante en termes de couverture et de financement.

Depuis 2006, la gestion ainsi que le paiement des prestations d'assistance sociale incombent à l'Agence sud-africaine de sécurité sociale (*South African Social Security Agency* - SASSA). A l'heure actuelle, la SASSA administre les aides sociales suivantes:

- Une prestation pour les personnes âgées de 60 ans et plus, sous la forme d'un programme public de pension de vieillesse.
- Une prestation d'invalidité, qui fournit un soutien aux adultes handicapés.
- Une prestation de soutien à l'enfance, par le biais d'une subvention pour les familles ayant des enfants de moins de 14 ans.
- Une prestation pour les enfants en famille d'accueil, sous la forme d'un transfert en espèces aux familles qui accueillent un enfant de moins de 18 ans.
- Une prestation pour le soutien de personnes à charge, qui fournit une aide financière aux familles ayant des enfants handicapés.

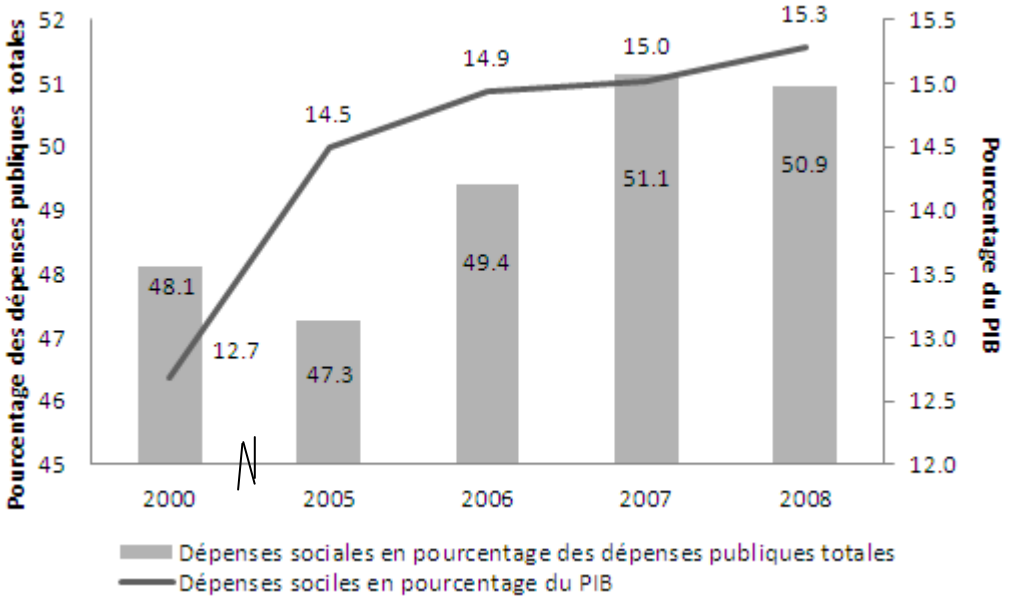
La SASSA administre aussi les programmes de prestation pour les vétérans de guerre, de subvention de l'Etat (*Grant-in-aid*) et d'aide sociale en cas de détresse (*Social Relief of Distress*), mais ceux-ci ont une portée plus limitée que les cinq prestations susmentionnées. Tous les programmes sont financés par les impôts généraux et l'admissibilité est établie sur la base du revenu.

L'Afrique du Sud compte également trois programmes d'assurance sociale: le Fonds d'assurance chômage (*Unemployment Insurance Fund*), le Fonds d'indemnisation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle (*Compensation for Occupational Injuries and Diseases Fund*) ainsi que le Fonds pour les accidents de la route (*Road Accident Fund*). Des pensions contributives existent aussi pour le personnel de la fonction publique dans le cadre du Fonds de pension des employés de l'Etat (*Government Employees Pension Fund*).

En 2008, un total de 13,1 millions de Sud-Africains, soit 27 pour cent de la population, bénéficiait d'une prestation quelle qu'elle soit. Le nombre total de bénéficiaires s'est donc multiplié par 5,4 par rapport à 1995 (passant de 2,4 à 13 millions) et par 3,5 par rapport à 2000 (passant de 3,8 à 13 millions). Pour ce qui est de la couverture sociale, alors que 6,2 pour cent de la population bénéficiait d'au moins une des prestations en 1995, ce taux s'est élevé en 2008 à près de 27 pour cent.

Cette même année, les dépenses publiques dans le secteur social (y compris dans l'éducation, le logement, la protection de la santé, etc.) ont totalisé 15,3 pour cent du PIB et 50,9 pour cent des dépenses publiques totales (figure 71). Au cours des dix dernières années, les dépenses sociales se sont accrues de 2,6 points de pourcentage du PIB (soit une augmentation de 20,5 pour cent). Elles ont également progressé en termes de dépenses publiques, bien que l'augmentation nette en 2008 ne soit que de 5,9 pour cent supérieure à la valeur de 2000, alors que la moitié du budget de l'Etat était affectée au secteur social.

Figure 71. Dépenses sociales en Afrique du Sud, 2000-2008



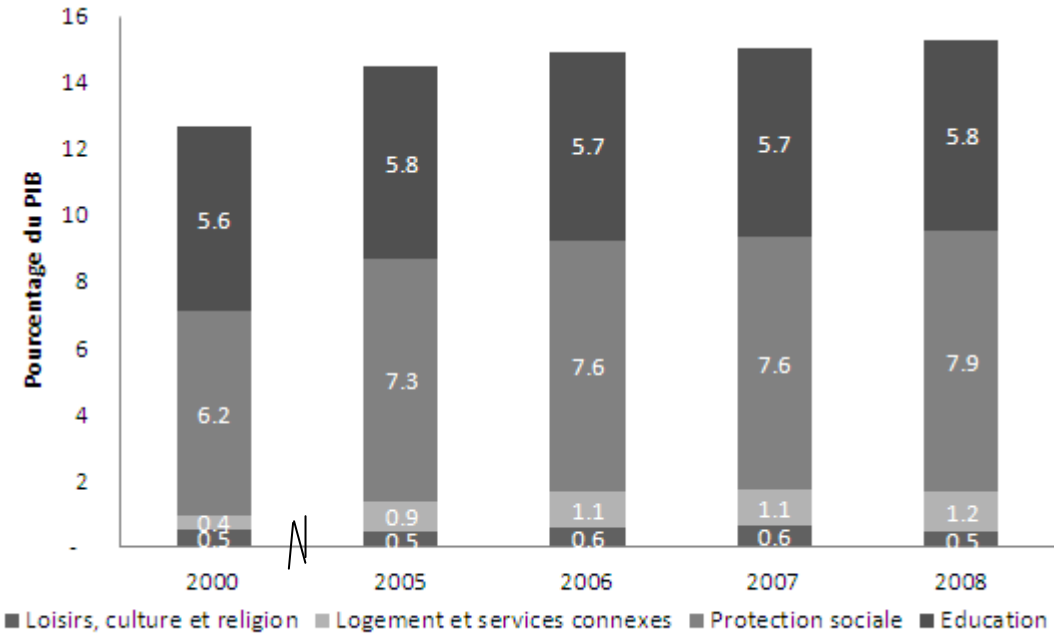
Source: Trésor national, 2009; FMI, 2010b.

Pour ce qui est de la structure des dépenses sociales de l'Afrique du Sud, la protection sociale représente la plus grande part des dépenses et utilise environ la moitié des fonds disponibles pour le secteur social.

Des tendances générales peuvent être observées quant à la structure des dépenses sociales entre 2000 et 2008 (figure 72):

- Les dépenses sociales pour le logement ont triplé en termes de PIB. Il s'agit de loin de la composante qui s'est accrue le plus rapidement. Près de 8 rands sur 10 sont dépensés pour couvrir les besoins en matière de logement.
- La protection sociale représente environ 7,6 pour cent du PIB et 50,8 pour cent des dépenses sociales.
- L'éducation a gagné 0,2 point de pourcentage net du PIB, mais sa part est passée de 43,8 pour cent à 37,7 pour cent de l'ensemble des dépenses sociales.
- La part des dépenses sociales réservée aux loisirs et à la culture était également inférieure.

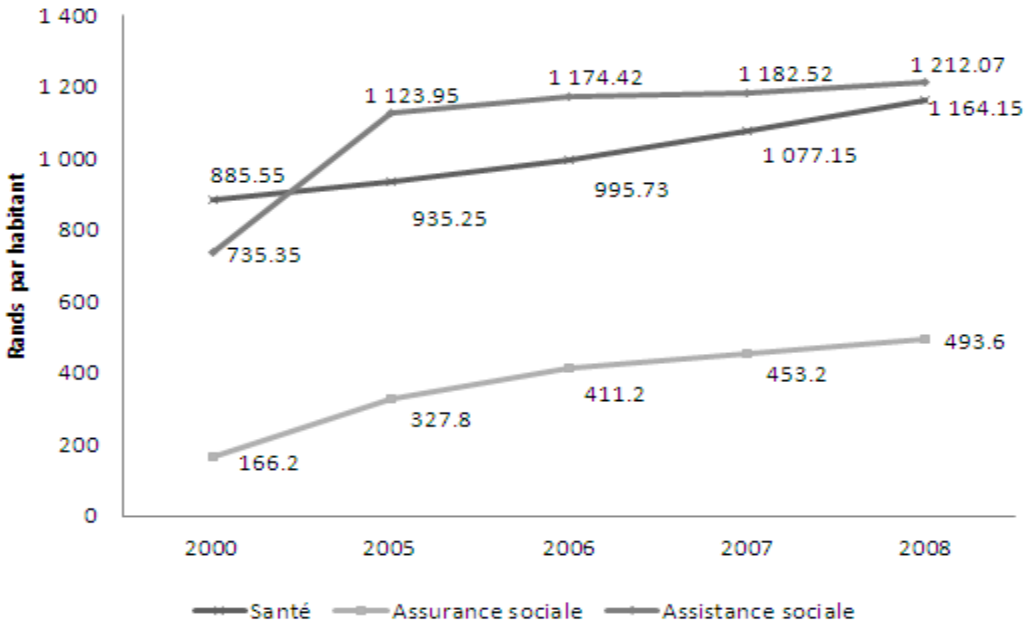
Figure 72. Structure des dépenses sociales en pourcentage du PIB en Afrique du Sud, 2000-2008



Source: Trésor national, 2009; FMI, 2010b.

Pour ce qui est des dépenses de protection sociale, les dépenses réelles par habitant se sont accrues dans chacune des trois catégories étudiées dans le présent chapitre (santé, assurance sociale et assistance sociale). L'assurance sociale est celle qui a augmenté le plus rapidement, affichant en 2008 une dépense par habitant près de trois fois supérieure à la valeur enregistrée en 2000. L'assistance sociale affiche également une hausse (valeur 1,6 fois supérieure), tandis que les dépenses de santé publique sont restées en retrait, avec une augmentation de seulement 31,5 pour cent pendant la même période (figure 73).

Figure 73. Dépenses réelles par habitant pour les programmes de protection sociale en Afrique du Sud exprimées en rands, 2000-2008



Source: Trésor national, 2009; BIT, 2010b; FMI, 2010b.

La structure des dépenses sociales présente trois particularités:

- Les dépenses d'assurance sociale en pourcentage du PIB se sont accrues, passant de 0,6 à 1,4 pour cent au cours de la dernière décennie. En 2000, l'assurance sociale représentait un investissement net de 0,09 centime par rand alloué à la protection sociale. En 2008, ce chiffre a atteint 17 centimes par rand.

- Les dépenses d'assistance sociale sont devenues la composante majeure de la protection sociale, avec 42 pour cent de dépenses directement réservées à des programmes d'assistance sociale (soit 3,3 pour cent du PIB).

- La part des dépenses de santé publique en termes de PIB est restée plus stable (passant de 3,1 à 3,2 pour cent), mais au cours des dix dernières années, son taux dans les dépenses totales de protection sociale s'est abaissé. En 2000, près de 50 pour cent des dépenses de protection sociale étaient destinées à la santé publique, alors qu'en 2008, cette part s'est réduite à 40,5 pour cent.

9.2.1. Programmes d'assistance sociale

Subvention d'enfant à charge (*Child support grant* - CSG)

La CSG a été lancée en avril 1998 pour remplacer les subventions de l'Etat (*State maintenance grant*s) discriminatoires, en vigueur par le passé (Kaseke, 2010), et pour fournir une assistance sociale aux enfants dans le besoin. Pour être bénéficiaire de la CGS, une personne doit remplir les trois conditions suivantes:

- Le parent référent doit être un citoyen sud-africain ou un résident permanent.

- Le demandeur doit être le parent référent de l'enfant ou des enfants.

- L'enfant ou les enfants doivent être âgés de moins de 15 ans (cette condition a changé après avril 2009).
- Le demandeur et son conjoint ou sa conjointe doivent remplir les critères de ressources.
- La demande ne peut porter sur plus de six enfants non biologiques.
- L'enfant ou les enfants ne doivent pas être pris en charge par une institution de l'Etat.

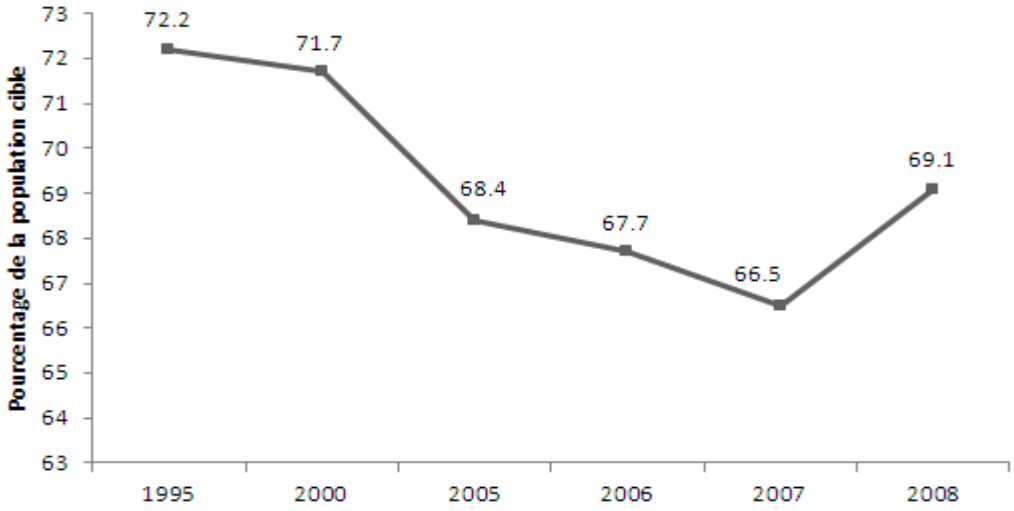
La CSG représente le transfert en espèces le plus important d'Afrique du Sud en termes de couverture, mais pas en termes de dépenses. En 2008, 8,8 millions d'enfants en bénéficiaient. Entre 2000 et 2008, le taux de couverture a été multiplié par 7,9, devenant ainsi la couverture avec le taux de croissance le plus dynamique parmi les diverses prestations. Environ 57,4 pour cent des enfants âgés de moins de 15 ans étaient couverts. Dans les années à venir, l'Etat vise à repousser la limite d'âge pour que les prestations couvrent à court terme tous les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans. La performance exceptionnelle de la prestation durant les dix dernières années est le résultat d'une augmentation constante de son montant moyen et de l'extension de l'âge limite des bénéficiaires. La CSG totalise 240 rands (34 dollars) de transferts par enfant et par mois, avec un coût total de 0,9 pour cent du PIB, qui s'est plus ou moins maintenu pendant les cinq dernières années. La prestation affiche donc une augmentation 2,4 fois supérieure aux 100 rands mensuels attribués en 2000.

Programme public de pension de vieillesse (*State old-age pension*)

Pour bénéficier d'une pension de vieillesse, il faut être un citoyen sud-africain, résider de façon permanente en Afrique du Sud, être âgé d'au moins 60 ans (avant 2010, l'âge minimum était fixé à 63 ans pour les hommes), avoir fait l'objet d'une évaluation des ressources si la personne est mariée, ne pas être pris en charge par une institution de l'Etat et ne pas être bénéficiaire d'une autre prestation sociale.

Le régime public de pension de vieillesse est l'initiative qui présente le deuxième plus grand niveau de couverture en Afrique du Sud. En 1996, environ 1,6 million de citoyens recevaient une pension, or 13 ans après, ce chiffre est passé à 2,4 millions. Malgré tout, le taux de couverture a reculé pendant la même période. Ainsi, en 2008, la part des bénéficiaires avait diminué de 3,1 points de pourcentage par rapport à 1995 (figure 74). La pension mensuelle par personne a été fixée pour 2010 à 1 010 rands (143 dollars), par rapport à 780 rands (130 dollars) en 2005. Dans l'ensemble, les dépenses de pension de vieillesse ont diminué, passant de 1,3 pour cent du PIB à 1,1 pour cent en 2008.

Figure 74. Taux de couverture du programme de pension de vieillesse en Afrique du Sud, années de référence



Source: SASSA, 2009.

Cette pension a fait l'objet de plusieurs évaluations quant à ses effets sur le niveau de pauvreté de ses bénéficiaires. Une étude menée par Woolard *et al.* (2006) conclut que la prestation a réduit la prévalence de la pauvreté de 33 points de pourcentage parmi les personnes âgées. De fait, le taux de pauvreté a diminué chez les bénéficiaires, en passant de 55,9 pour cent lorsqu'ils ne recevaient aucune pension à 22,9 après réception de celle-ci.

Pension d'invalidité (*Disability Grant* - DG) et prestation pour la prise en charge des personnes dépendantes(*Care Dependency Grant* - CDG)

La DG bénéficie aux personnes entre 18 et 60 ans qui souffrent d'un problème de santé reconnu par une commission médicale. De façon similaire, la CDG est destinée aux enfants de moins de 18 ans qui souffrent d'un handicap et nécessitent une prise en charge particulière à la maison. Seuls les citoyens d'Afrique du Sud ou les résidents permanents qui répondent aux critères des ressources et qui ne bénéficient d'aucun autre programme peuvent prétendre à ces prestations.

En 2008, la prestation DG a été accordée à 1,3 million de personnes, pour un total de 1,4 million de bénéficiaires des deux prestations confondues. Entre 2000 et 2008, le nombre de bénéficiaires de DG a doublé, et il a triplé pour la CDG. Si l'on estime que près de 10 pour cent de la population souffre d'un handicap, alors la prestation est accordée à environ 27 pour cent de la population cible. En 2010, la prestation mensuelle était équivalente à la pension de vieillesse de l'Etat (1 010 rands), qui s'élevait en 2005 à 780 rands (130 dollars). Les dépenses totales de maladie et d'invalidité se chiffrent à 0,7 pour cent du PIB, avec un recul de 0,2 point de pourcentage durant la dernière décennie.

Allocation pour les anciens combattants (*War Veterans Grant* - WVG)

Le deuxième type de pension auquel les personnes âgées peuvent prétendre est la WVG. Elle est versée aux anciens combattants de la Seconde Guerre mondiale ou de la guerre de Corée, mais se limite aux personnes qui vivent dans la pauvreté. Les conditions de résidence et d'attribution usuelles s'appliquent.

Le nombre de bénéficiaires a logiquement progressivement diminué au cours du temps, avec un total qui est passé de 13 473 en 1995 à 1 500 en 2008. Les dépenses totales pour ce programme ont représenté moins de 0,1 pour cent du PIB.

Prestation pour les enfants en famille d'accueil (*Foster Child Grant* - FCG)

Le dernier programme important d'assistance sociale est le FCG. Il s'agit d'une subvention de l'Etat accordée aux familles qui s'occupent d'un enfant placé en famille d'accueil. La prestation est accordée après la confirmation par une juridiction de la situation de l'enfant et son placement auprès d'une famille, qui est supervisée par un assistant social. Dans la mesure où il ne s'agit pas d'une question liée à la pauvreté, mais à la situation de l'enfant, la FCG est l'unique prestation à laquelle le critère des ressources ne s'applique pas.

En 2010, la FCG s'élevait à 690 rands par mois (98,5 dollars), alors qu'elle était de 590 rands (90 dollars) en 2005. Le nombre de prestations offertes s'est accru et est passé de 42 990 en 1995 à 66 697 en 2000, puis à 474 759 en 2008. Les dépenses totales pour le programme ont augmenté, représentant 0,18 pour cent du PIB en 2008 contre 0,13 pour cent en 2000.

9.2.2. Programmes d'assurance sociale

Dans le cadre de la protection sociale, les programmes d'assurance sociale ont été les plus dynamiques en termes d'accroissement des dépenses, tel que susmentionné. L'assurance sociale en Afrique du Sud est composée de quatre programmes, dont trois liés à l'emploi et un qui porte sur les accidents de la route. L'Etat ne dispose pas de programme d'assurance-maladie sociale en tant que tel, mais la possibilité d'en introduire un à l'avenir est en cours de discussion. Les quatre programmes sont:

- Fonds d'assurance chômage (*Unemployment Insurance Fund* - UIF);
- Fonds d'indemnisation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle (*Compensation for Occupational Injuries and Diseases Fund* – COIDF);
- Fonds de pension des employés de l'Etat (*Government Employees Pension Fund* – GEPF);
- Fonds pour les accidents de la route (*Road Accident Fund* - RAF).

L'UIF a été établi à travers la nouvelle Loi n° 63 de 2001 sur l'assurance chômage et protège les travailleurs, y compris les employés de maison, en cas de chômage temporaire. Le programme ne couvre pas le personnel de la fonction publique ainsi que les non-Sud-Africains en emploi temporaire. Il couvre, en revanche, les périodes de chômage temporaire qui découlent de la maternité, de la maladie et de la cessation de l'emploi. L'UIF est principalement financé par des cotisations obligatoires des employeurs et des employés (1 pour cent du salaire mensuel est versé par l'employeur et 1 pour cent par l'employé).

Le COIDF a été introduit en 1993, suite à l'adoption de la Loi n° 130 sur l'indemnisation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle. Le régime verse des indemnités aux travailleurs qui sont blessés ou tombent malades dans le cadre de

l'exercice de leur travail, et à leur famille en cas de décès. Les catégories suivantes sont néanmoins exclues du programme [24]:

- les employés domestiques travaillant chez des particuliers;
- les membres de la Force de défense nationale sud-africaine (SANDF), qui bénéficient d'un autre fonds;
- les membres du Service de police d'Afrique du Sud (SAPS), qui bénéficient d'un autre fonds;
- les travailleurs qui n'ont pas d'employeur;
- les travailleurs qui exercent leur fonction en dehors de l'Afrique du Sud pendant plus de 12 mois d'affilée.

Le COIDF est financé par les cotisations de l'employeur uniquement. Les employés ne sont pas soumis à cotisation et les employeurs ne peuvent prélever aucun montant de leurs salaires. Le montant des cotisations dépend du niveau de risque dans le secteur d'activité concerné.

Le RAF vise à protéger les Sud-Africains victimes d'accidents de la route. Le fonds verse une indemnité aux personnes blessées ou aux membres de leur famille. Le régime est financé par une taxe prélevée sur les carburants qui s'élève à 72 centimes par litre.

Enfin, le GEPF est un fonds à prestations définies établi par la Loi sur la pension des employés de l'Etat (proclamation n° 21 de 1996). Les catégories suivantes de prestations sont prévues par le fonds:

- prestations de retraite,
- prestations de retraite anticipée,
- prestations de maladie et autres prestations en cas de cessation de l'emploi,
- prestations de retraite différée,
- prestations en cas de démission,
- prestations en cas de décès,
- prestations pour conjoint et personnes à charge,
- prestations funéraires.

Le GEPF compte 1,2 million de membres actifs et 300 000 membres au bénéfice des prestations. Pour financer ses opérations, le fonds perçoit des cotisations des membres inscrits. Les salariés des employeurs inscrits cotisent à hauteur de 7,5 pour cent de leur rémunération considérée aux fins de la pension, tandis que la fraction à la charge des employeurs s'élève à 13 pour cent pour les employés de la fonction publique et à 16 pour cent pour les corps habillées (militaires etc.).

[24] http://www.westerncape.gov.za/eng/directories/services/7296/21409 [dernière consultation le 21 août 2012].

9.3. Création d'espace budgétaire pour la protection sociale

La section précédente montre clairement que depuis la fin de l'Apartheid en 1994, l'Afrique du Sud a accompli des progrès soutenus pour consolider les composantes d'un socle de protection sociale. Un réseau d'initiatives a été mis en place à différentes fins. Premièrement, il visait à réduire le niveau élevé de pauvreté et d'inégalité qui caractérisait le pays auparavant. Deuxièmement, les programmes de protection sociale constituaient un moyen pour le gouvernement de faire disparaître les derniers vestiges de l'apartheid, période au cours de laquelle la plupart des prestations sociales étaient exclusivement réservées aux Blancs et ne faisaient qu'élargir le fossé d'inégalités sociales et de discrimination. La période post-apartheid a vu naître un système social différent et plus ouvert, marqué par l'objectif clair de réduire le niveau de pauvreté. Tel que l'a souligné Sam Hickey (2007, p. 8), «les programmes de pensions sociales en Afrique du Sud et en Namibie ont évolué vers une forme progressive de protection sociale visant à mettre un terme à la discrimination préexistante à mesure que les conditions du contrat social évoluent.»

Les résultats des 15 dernières années montrent que l'Etat est parvenu à:

- accroître régulièrement les dépenses de protection sociale en pourcentage du PIB;
- affecter la moitié des dépenses publiques au secteur social;
- multiplier le nombre de bénéficiaires par 350 pour cent entre 2000 et 2008;
- accroître le montant des prestations en termes réels;
- diversifier le nombre et la portée des programmes d'assistance sociale.

Pour parvenir à ces résultats significatifs, l'Afrique du Sud a eu recours à deux mécanismes de création d'espace budgétaire: la réduction de la dette publique et la réaffectation des dépenses publiques pour allouer davantage de fonds à des programmes sociaux à une période pendant laquelle les dépenses dans d'autres postes étaient en baisse ou affichaient une croissance plus lente. En outre, ces résultats ont tous été atteints, malgré des circonstances que l'on considère généralement comme défavorables à l'extension de la protection sociale, notamment:

- un taux de croissance économique modéré et fortement instable durant les 30 dernières années;
- une croissance des recettes fiscales faible à modérée durant les dix dernières années;
- un manque de flux d'APD conséquents pour financer des programmes sociaux;
- un contexte socioéconomique difficile marqué par une transition post-apartheid et par des niveaux élevés de pauvreté et d'inégalités, exerçant de fortes pressions sur les dépenses de l'Etat.

Ainsi, la création d'espace budgétaire à des fins de protection sociale découle davantage de décisions politiques que d'un contexte budgétaire avantageux ou de toute autre circonstance favorable (telle que des flux croissants d'APD ou davantage d'emprunts). Le financement des diverses initiatives de protection sociale repose sur des réalisations internes soutenues par un fort engagement politique. Cet engagement est perceptible dans la mesure où:

- les allocations budgétaires à des programmes d'assistance sociale sont aujourd'hui 65 pour cent plus élevées qu'en 2000 en valeur réelle par habitant;

- la Charte des droits sud-africains et la constitution précisent que la protection sociale est un droit essentiel est que l'Etat est tenu de fournir aux citoyens des services tels qu'un accès à l'alimentation, à l'éducation, à la santé et à l'assistance sociale.

En plus de l'accroissement des ressources perçues par le gouvernement à travers les impôts, la réaffectation des ressources au sein même des dépenses publiques à fait office de second mécanisme pour financer les initiatives de protection sociale. En vérifiant la structure des dépenses du gouvernement entre 1983 et 2006, Nyamongo et Schoeman (2007) ont montré que la protection sociale a constitué l'un des postes de dépenses ayant bénéficié d'une croissance des fonds régulière. En revanche, les dépenses de défense et de logement ont enregistré une forte baisse. De fait, le montant alloué à la défense représentait 15 pour cent des dépenses publiques totales en 1983; or il s'élève aujourd'hui à 5 pour cent, libérant ainsi des fonds pour d'autres domaines tels que la protection sociale.

La récente hausse dans l'investissement social a permis d'atténuer les effets négatifs de l'apartheid, notamment dans les zones les plus défavorisées du pays. Malgré les progrès considérables réalisés dans ce domaine, l'Afrique du Sud a encore besoin d'investissements temporaires et massifs dans la protection sociale.

9.4. Défis et enseignements

9.4.1. Défis

Les éléments ci-dessous représentent des défis essentiels relevés pendant l'élaboration du présent rapport auxquels l'Afrique du Sud doit faire face:

1. Malgré l'éligibilité des personnes vivant avec le VIH ou des membres de leur famille à certaines prestations, la faible couverture en traitement ARV réduit la portée de celles-ci pour ce groupe en particulier. D'après l'OMS (2010a), seuls 59 pour cent de la population cible ayant besoin d'un traitement ARV a été couverte en 2010. En d'autres termes, la prestation ne suffit pas à couvrir à la fois les traitements et les dépenses domestiques courantes. Une politique plus active en matière de traitements ARV est nécessaire pour renforcer l'efficacité des prestations sociales.

2. Le système de prestations en vigueur occupe une place de premier plan dans la lutte contre la pauvreté et a permis d'éviter à une grande part de la population, notamment aux enfants et aux personnes âgées, de franchir le seuil de pauvreté. Néanmoins, d'un point de vue administratif, les systèmes fragmentés sont coûteux et difficiles à gérer. En outre, des prestations qui s'adressent à des groupes spécifiques tendent à exclure du système certains segments de la population. Par exemple, il n'existe aucune prestation qui vise les personnes entre 18 et 50 ans, à moins qu'elles ne souffrent d'un handicap. A cet égard, plusieurs auteurs (IRIF, 2006) ont proposé que des mesures soient mises en place pour faciliter l'accès aux prestations et pour améliorer la gestion du système.

Une des propositions porte sur le changement des critères de ressources sur la base desquels les prestations sont accordées. Ces derniers sembleraient poser problème en ce sens qu'ils constituent une barrière institutionnelle pour les personnes les plus démunies en raison de leur accès limité aux bureaux du gouvernement et, par conséquent, à la documentation nécessaire pour déposer une demande.

Une autre proposition consiste à introduire une prestation de revenu de base qui ne viserait pas uniquement les populations pauvres. Ainsi, tout un chacun aurait accès à un

revenu minimum et les ménages démunis pourraient plus facilement satisfaire leurs besoins. Cependant, en l'absence de conditions politiques favorables pour l'approbation d'une telle proposition, le débat s'est progressivement estompé.

3. Un débat important sur la volonté d'établir un large système de sécurité sociale comprenant un régime d'assurance-maladie est en cours. Une proposition émanant du gouvernement préparée par l'Equipe de travail interministérielle portant sur une réforme de la sécurité sociale devrait être soumise à consultation en 2012. Smith *et al.* (2008) présentent les résultats d'une étude menée auprès de 1 000 travailleurs sud-africains qui porte sur leurs besoins en termes de couverture maladie et de protection sociale. Celle-ci a révélé que 57 pour cent des travailleurs du secteur privé n'avaient aucune assurance-maladie et que 65 pour cent ne possédaient pas d'assurance du tout ou uniquement une couverture partielle. Le débat sur les besoins de l'Afrique du Sud en termes de sécurité sociale demeure donc pertinent. Depuis 1997, le département de la santé encourage l'introduction d'une telle initiative et le rapport de la commission d'enquête (*Taylor Committee*) de 2002 va également dans ce sens.

4. Il semblerait que le système d'assistance sociale ait besoin d'être rationalisé. Le système actuel basé sur des prestations s'est montré efficace pour réduire la pauvreté chez certains groupes, mais sa portée n'est pas suffisante pour éviter les problèmes d'équité et d'efficience. Il est grand temps pour le gouvernement et la collectivité sud-africaine dans son ensemble de franchir un nouveau cap et de faire évoluer le système de prestations vers une stratégie de protection sociale qui intégrerait une assurance sociale, des prestations liées à l'emploi, un apport de services sociaux, etc. Quelle que soit la décision finale, les programmes d'assistance sociale ont semble-t-il besoin de changements importants pour les rendre plus inclusifs et efficients.

9.4.2. Enseignements

Certains enseignements clés tirés de la présente analyse de l'expérience sud-africaine au sujet de la création d'espace budgétaire sont énoncés ci-dessous.

Enseignement 1

L'engagement politique est la pierre angulaire qui va permettre d'accroître le niveau d'investissement dans la protection sociale. Cette affirmation se révèle particulièrement correcte dans un contexte comparable à celui de l'Afrique du Sud, où l'Etat opère des politiques budgétaires très restrictives, qui s'accompagnent généralement d'un déficit budgétaire. Si les ressources publiques augmentent de façon modérée et que l'aide extérieure est limitée, alors il convient de se décider à modifier la structure des dépenses publiques en accroissant la part des secteurs prioritaires au détriment des autres secteurs.

Enseignement 2

Dans le même ordre d'idées, des gains conséquents peuvent être réalisés en dépit de conditions économiques peu favorables. Des avancées de taille en matière d'assistance sociale ont été atteintes dans un pays qui affichait une croissance économique faible et instable dans l'ensemble, et dont la situation financière extérieure était plutôt mauvaise.

Enseignement 3

Il est important d'avoir une vue d'ensemble du pays afin de consolider la mise en œuvre d'un socle de protection sociale. La rupture avec l'apartheid a unifié le pays et le système de protection sociale s'est révélé un outil puissant dans la lutte contre l'inégalité, la pauvreté et la discrimination.

Enseignement 4

La mise en œuvre du Fonds national de sécurité sociale (*National Social Security Fund* – NSSF) représente une excellente opportunité d'étendre l'espace budgétaire et de réduire l'inégalité. La tendance très récente des dépenses en matière d'assurance sociale et de santé montre que ces deux domaines ont perdu de la vigueur au cours des dernières années. En outre, près de 60 pour cent des dépenses totales de santé proviennent du secteur privé, ce qui a fortement miné les finances des ménages sud-africains. L'établissement formel du NSSF va sans doute pallier les problèmes d'accroissement du financement et d'égalité d'accès aux soins de santé en obligeant tous les travailleurs à prendre part au programme.

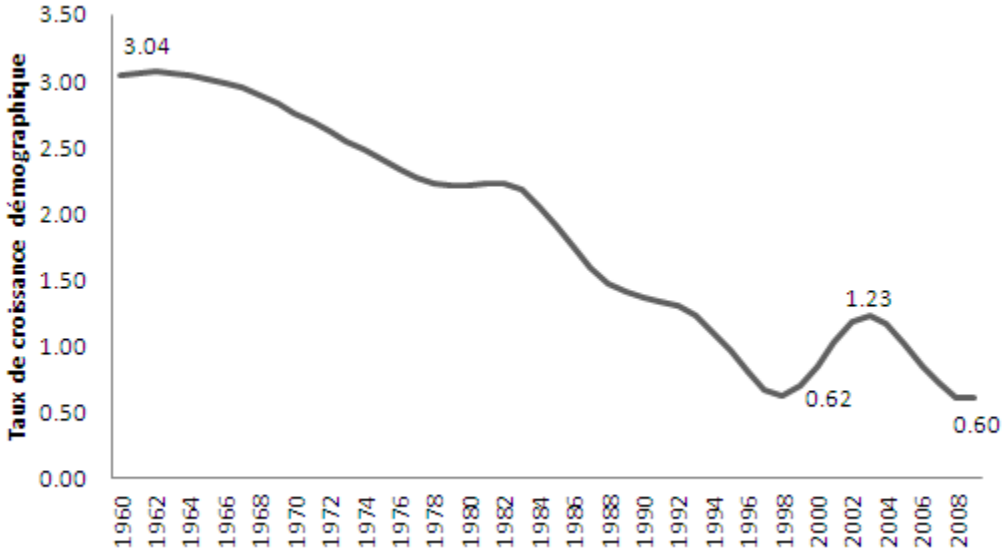
10. Une stratégie hybride pour atteindre la couverture de santé universelle en Thaïlande

10.1. Profil du pays

Situé en Asie du Sud-Est, le Royaume de Thaïlande s'étend sur un territoire de 513 120 km^2. Le pays est frontalier avec la Birmanie et le Laos au nord, le golfe de Thaïlande et la Malaisie au sud, le Laos et le Cambodge à l'est et la mer d'Andaman à l'ouest. La Thaïlande est une monarchie constitutionnelle gouvernée par le roi Bhumibol Adulyadej, qui règne depuis 1946.

La population totale de la Thaïlande a été estimée à 67,8 millions d'habitants en 2009. Depuis 1960, le taux de croissance de démographique est en baisse. En 2009, il atteignait seulement un cinquième du taux de croissance observé en 1960 (figure 75). Dans les années 2000, le taux de croissance démographique moyen était de 0,92 pour cent par an.

Figure 75. Taux de croissance démographique en Thaïlande, 1960-2009



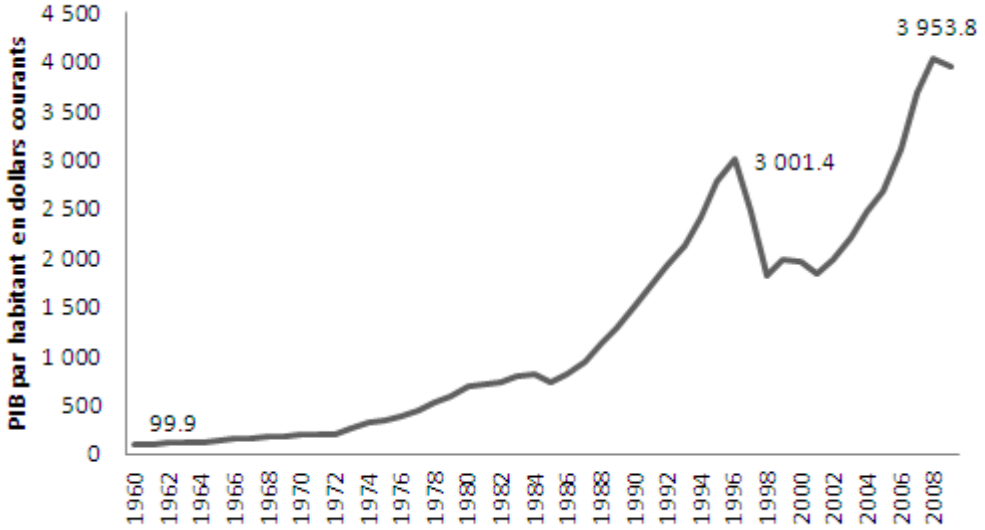
Source: FNUAP, 2009.

Au cours des vingt dernières années et en raison d'une baisse soutenue des taux de fécondité et de mortalité, le vieillissement de la population s'accélère en Thaïlande. La tranche d'âge de 0 à 14 ans qui représentait 30 pour cent de la population en 1990 représente désormais 21,9 pour cent du total. En revanche, la part des plus de 65 ans a augmenté, passant de 4,6 pour cent en 1990 à 7,4 pour cent en 2009. Un Thaïlandais sur dix a plus de 60 ans, ce qui fait de la Thaïlande le deuxième pays de la région avec la population la plus âgée (FNUAP, 2009). L'indice de vieillissement est actuellement de 45 pour cent et devrait dépasser 100 pour cent en 2020 et 140 pour cent d'ici à 2050 [25].

[25] L'indice de vieillissement mesure la proportion de personnes âgées (> 60 ans) par rapport à la population plus jeune (< 15 ans).

En raison de l'exceptionnelle performance économique de la Thaïlande depuis les années 60, le PIB par habitant a été multiplié par 30 entre 1960 et 1996. Cependant, la crise financière asiatique de 1997 a gravement frappé l'économie et en 2001, le PIB par habitant était près de 40 pour cent plus bas qu'en 1996. Depuis, l'économie s'est largement redressée et en 2009, le PIB par habitant était estimé à 3 953 dollars (figure 76). Le revenu national brut (RNB) par habitant, en termes de parité du pouvoir d'achat (PPA), s'élevait à 7 770 dollars en 2008. Le taux de croissance du PIB à long terme atteignait en moyenne 6,4 pour cent par an, mais les récentes dynamiques de l'économie tendent vers une baisse importante. Alors que dans les années 80, le PIB augmentait à un taux annuel de 7,3 pour cent, dans les années 90 celui-ci est descendu à 5,3 pour cent, puis à 4,1 pour cent dans les années 2000.

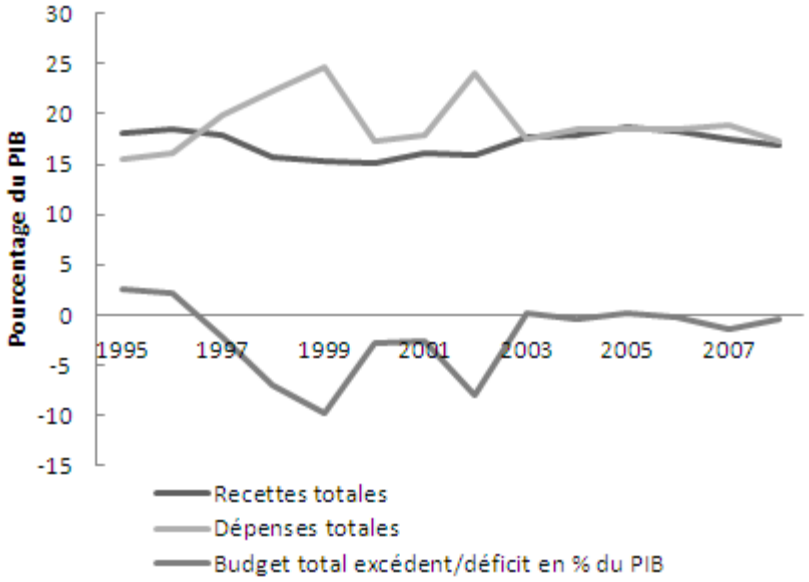
Figure 76. PIB par habitant en dollars courants en Thaïlande, 1960-2009



Source: Banque mondiale, 2010.

En ce qui concerne sa situation budgétaire, la Thaïlande est passée par trois étapes différentes (figure 77). Avant 1997, le pays a bénéficié d'excédents budgétaires soutenus de près de 2,5 pour cent du PIB. Avec la crise de 1997, la situation budgétaire s'est considérablement détériorée et le déficit moyen était de 5,5 pour cent du PIB entre 1997 et 2002. En ce qui concerne l'année 2003, le gouvernement a corrigé son déséquilibre budgétaire et a réduit son déficit moyen à 0,4 pour cent du PIB.

Figure 77. Recettes totales, dépenses totales et solde budgétaire en pourcentage du PIB en Thaïlande, 1995-2008

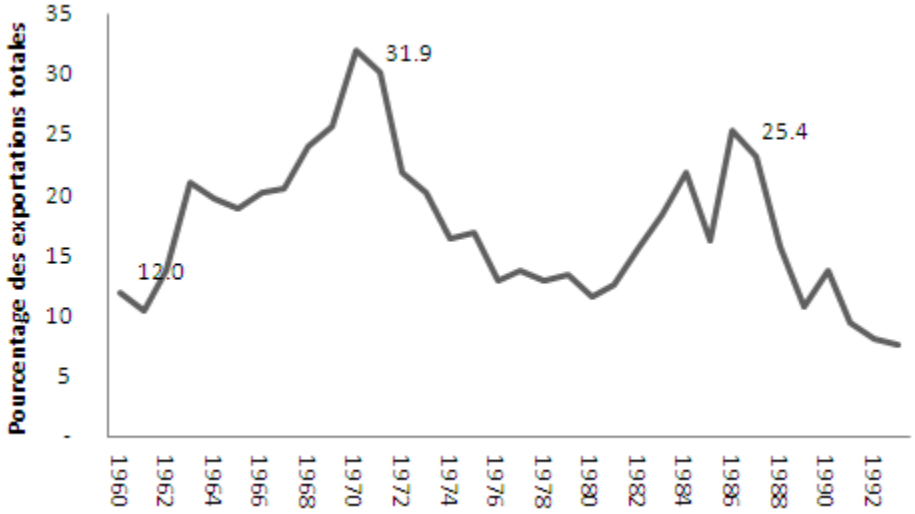


Source: Base de données de la BAsD, 2010.

Des estimations de Jansen et Khannabha (2009) montrent qu'en matière de perception des recettes, le niveau des recettes de la Thaïlande est plus bas que celui attendu compte tenu de son développement économique. De plus, la part de recettes fiscales dans le PIB est restée très stable, ce qui suggère qu'il existe une place conséquente pour élargir l'espace budgétaire en améliorant la perception des recettes sans modifier les impôts.

Le service de la dette totale est en diminution constante depuis 2001 et représente désormais 7,7 pour cent des exportations totales, soit 30 pour cent de la charge de la dette au début de la décennie (figure 78). Cependant, les paiements liés au service de la dette suivent généralement un modèle cyclique plutôt qu'un modèle décroissant régulier.

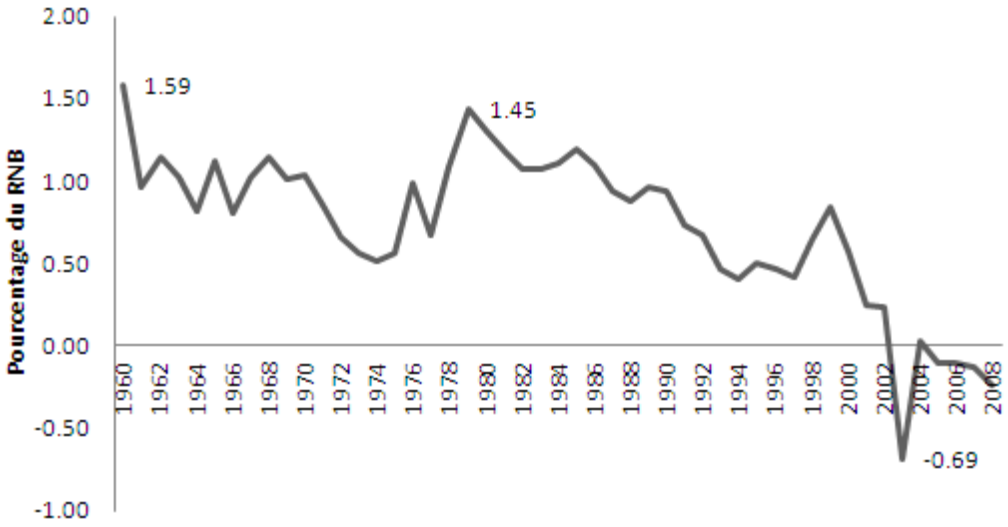
Figure 78. Service de la dette en pourcentage des exportations totales en Thaïlande, 1975-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

Historiquement, la Thaïlande n'a pas reçu beaucoup APD. Le pays a affiché ses plus hauts ratios d'aide extérieure dans les années 60 et 80, lorsque l'APD représentait 1,1 pour cent du RNB (figure 79). La caractéristique la plus remarquable de la Thaïlande, outre sa dépendance minimum aux fonds extérieurs, est que depuis 2003, le pays est un donateur net d'APD plutôt qu'un destinataire.

Figure 79. Flux d'APD en pourcentage du RNB en Thaïlande, 1960-2008



Source: Banque mondiale, 2010.

Dans l'ensemble, la Thaïlande a beaucoup progressé dans la plupart des secteurs sociaux (tableau 15). La pauvreté a considérablement diminué lors du boom économique des années 90, passant de 45 pour cent en 1988 à environ 10 pour cent dans la deuxième moitié des années 2000. L'inégalité y est cependant importante, bien que les auteurs ne soient pas entièrement d'accord sur calcul du coefficient de Gini. Le *Rapport sur le développement humain 2009* du PNUD, par exemple, évaluait l'inégalité de revenus à 0,42 au milieu des années 2000, alors que Jansen et Khannabha (2009) ont indiqué que le coefficient de Gini était de 0,5 en 2004.

Tableau 15. Principaux indicateurs sociaux en Thaïlande

Indicateur	Valeur	Année	Source
Pauvreté (pourcentage de la population vivant en dessous du niveau national de pauvreté)	13,6	2000-2006	PNUD, 2009.
Coefficient de Gini	0,42	Milieu des années 2000	PNUD, 2009.
Indice de développement humain (IDH)	0,78	2007	PNUD, 2009.
Espérance de vie à la naissance (ans)	68,9	2008	Division de la population des Nations Unies, 2010.
Taux de mortalité infantile pour 1 000 naissances vivantes	12,5	2008	Groupe inter-agence pour l'estimation de la mortalité infantile, 2010.
Taux de mortalité maternelle pour 100 000 naissances vivantes	54	2005	Banque mondiale, 2010.
Prévalence VIH/sida (pourcentage de la population)	1,4	2007	Banque mondiale, 2010.
Taux d'alphabétisation des adultes (pourcentage)	94,1	2007	PNUD, 2009.

Enfants souffrant d'insuffisance pondérale (pourcentage)	7	2009	PNUD, 2009.

Du point de vue du développement humain, le pays se trouve dans le groupe intermédiaire (87e position mondiale), avec une réussite impressionnante dans le secteur de l'éducation (94,1 pour cent d'alphabétisation des adultes et 78 pour cent de scolarisation), mais l'espérance de vie (69 ans) est en retard par rapport aux progrès observés dans les autres domaines. Les indicateurs de santé montrent des résultats mitigés, avec un taux de mortalité infantile bas, mais un taux de mortalité maternelle qui pourrait être amélioré.

10.2. Programmes de protection sociale et dépenses sociales

Le système de protection sociale comprend des programmes contributifs et non contributifs couvrant un large éventail de groupes, y compris les fonctionnaires, les employés du secteur privé, les travailleurs non agricoles et les professeurs. La politique du gouvernement est donc fragmentée. La protection sociale était d'abord considérée comme une composante stratégique de la politique de développement de la Thaïlande dans le neuvième Plan national de développement économique et social (2002-2006) comprenant cinq piliers (BIT, 2008a): le développement humain, la promotion de l'emploi, la protection sociale, le contrôle des drogues et la sécurité des personnes et de leurs biens, ainsi que la promotion de la participation institutionnelle au développement. La liste des initiatives de protection sociale est présentée dans le tableau 16.

Tableau 16. Programmes de protection sociale en Thaïlande

Programmes d'assurance sociale	Programmes non contributifs de protection sociale	Autres programmes d'assistance sociale
Caisse d'indemnisation des travailleurs (WCF)	Régime de prestations médicales de la fonction publique (CSMBS)	Enfants
Caisse de sécurité sociale (SSF)	Régime de couverture universelle (UCS)	Femmes défavorisées
Caisses de prévoyance	Pensions	Personnes âgées
Fonds de pension du gouvernement (GPF)		Personnes handicapées
Fonds de protection pour les professeurs d'écoles privées (PSTWF)		Sans-abri et mendiants
		Familles à faibles revenus et familles dans le besoin
		Minorités ethniques
		Victimes de catastrophes

Source: BIT, 2008a et 2008b.

10.2.1. Régimes contributifs de sécurité sociale

La Thaïlande a mis en place cinq régimes contributifs différents, comme le montre le tableau 16. Les principales caractéristiques de ces programmes sont présentées ci-dessous:

La Caisse de sécurité sociale (SSF)

En 1954, l'Assemblée nationale a approuvé la Loi sur la sécurité sociale. Après plusieurs décennies et des tentatives répétées pour qu'elle entre en vigueur, la loi a finalement été appliquée en 1990. Elle profite aux travailleurs thaïlandais en leur fournissant une couverture spécifique et une protection en cas de maladie ou d'accident, de handicap physique, de décès non lié au travail, d'accouchement, de vieillesse, d'aide à l'enfance et de chômage.

L'Office de sécurité sociale du ministère de l'Intérieur thaïlandais administre la SSF, qui couvre les employés des entreprises avec un travailleur ou plus. Au début, le programme couvrait les entreprises comptant un minimum de 20 travailleurs, mais en 1993 et en 2002, deux amendements à ont permis d'étendre la couverture, premièrement, aux entreprises de 10 à 19 travailleurs et, ensuite, à toutes les entreprises avec un travailleur ou plus. La SSF se limite aux entreprises non agricoles et est disponible pour les personnes travaillant à leur compte, mais n'inclut pas les groupes suivants:

- représentants du gouvernement et employés réguliers du gouvernement à différents niveaux;
- employés de gouvernements étrangers ou d'organisations internationales;
- employés d'une entreprise située en Thaïlande, mais dont le siège social est à l'étranger;
- professeurs ou directeurs d'écoles privées;
- étudiants, élèves infirmiers, étudiants de premier cycle et internes en médecine employés par les écoles, les universités ou les hôpitaux.

La SSF fournit les prestations suivantes:

- Prestations maladie. Prestations ambulatoires et non-ambulatoires, indemnité de maladie équivalant à 50 pour cent du salaire mensuel, remboursement des soins dentaires (deux fois par an) et des prothèses.
- Prestations maternité. Prestations en espèces et en nature. La prestation de maternité est un versement unique de 12 000 bahts par accouchement, jusqu'à deux accouchements. Les prestations en espèces sont sous la forme d'une indemnité de 50 pour cent fondée sur le salaire moyen des trois derniers mois (jusqu'à 90 jours).
- Prestation d'invalidité. Indemnité d'invalidité à vie de 50 pour cent du salaire moyen, remboursement des frais médicaux à vie à hauteur de 2 000 bahts par mois, remboursement des prosthèses, des frais d'obsèques et, en cas de décès, indemnité pour les parents allant de 1,5 à 5 fois le salaire moyen du bénéficiaire, en fonction du nombre de mois cotisés.
- Prestation de décès et de survivants. Indemnité pour les frais d'obsèques, indemnités pour les parents en cas de décès, aux mêmes conditions mentionnées au point précédent.
- Allocation familiale. Une indemnité mensuelle de 350 bahts par enfant jusqu'à deux enfants.
- Allocation vieillesse. Une pension équivalant à 20 pour cent du salaire moyen sur les 60 derniers mois, ainsi que de nombreuses indemnités et versements uniques payables

aux bénéficiaires secondaires, si le premier bénéficiaire décède dans les 60 mois après son départ à la retraite ou a cotisé pendant moins de 6 mois.

- Allocation chômage. Une subvention de 50 pour cent du salaire moyen le plus élevé, calculé sur trois mois, pour un maximum de 180 jours en cas de chômage involontaire et de 30 pour cent et 90 jours en cas de chômage volontaire.

La SSF est financée par un mécanisme tripartite selon lequel l'employé, l'employeur et le gouvernement cotisent au régime. Les taux de cotisation varient en fonction de la prestation concernée, comme indiqué dans le tableau 17. Dans l'ensemble, la SSF couvre 8,8 millions de travailleurs et 400 000 personnes travaillant à leur compte, c'est-à-dire 26 pour cent de la population active totale.

Tableau 17. Taux de cotisation à la Caisse de sécurité sociale en pourcentage des salaires assujettis en Thaïlande

	Taux de cotisation (%)			
	Prestations maladie, maternité, d'invalidité et de décès	**Allocations familiale et de vieillesse**	**Assurance-chômage**	**Total**
Gouvernement	1,5	1	0,25	2,75
Employeur	1,5	3	0,5	5,00
Employé	1,5	3	0,5	5,00

Source: Office de la sécurité sociale de Thaïlande, 2010.

La Caisse d'indemnisation des travailleurs (WCF)

La Caisse d'indemnisation des travailleurs (*Workmen's Compensation Fund* – WCF) a été conçue pour couvrir les conséquences négatives des accidents, maladies, handicaps et décès liés au travail. La WCF est exclusivement financée par les employeurs, qui cotisent de 0,2 à 1 pour cent des salaires des travailleurs, en fonction de leur niveau de risque dans l'industrie. Elle fournit les prestations suivantes:

- Prestations de maladie sous forme d'indemnité en espèces (60 pour cent du salaire mensuel dans une fourchette de 2 000 à 9 000 bahts) et de services médicaux.

- Prestations d'invalidité comprenant une indemnité en espèces de 60 pour cent du salaire mensuel pour un maximum de 10 ans pour une invalidité partielle et de 15 ans pour une invalidité permanente, ainsi que des dépenses chirurgicales et de convalescence.

- Prestations de décès et de survivants équivalant à 100 fois la fourchette la plus élevée du salaire quotidien minimum afin de couvrir les frais d'obsèques et une indemnité de 60 pour cent du salaire mensuel sur huit ans, à hauteur de 9 000 bahts maximum par mois.

En 2008, près de 8 millions de travailleurs en Thaïlande étaient affiliés à la WCF, contre près d'un demi-million en 1991. Le nombre moyen de travailleurs percevant une prestation ou une indemnité était de 200 000 entre 2000 et 2007. La WCF couvrait 22,6 pour cent de la population active.

Le Fonds de pension du gouvernement (GPF)

Le Fonds de pension du gouvernement (*Government Pension Fund* – GPF) a été lancé en 1987 dans le cadre de la Loi pour le Fonds de pension du gouvernement (*Government Pension Fund Act B.E. 2539*) pour assurer ses membres dès le départ à la retraite et pour les encourager à économiser et à améliorer leurs conditions de vie. Le GPF, seul programme de ce genre en Thaïlande, était au départ volontaire, mais est devenu obligatoire en 1996 pour tout le personnel de la fonction publique. Depuis 2008, le taux de cotisation s'élevait à 12 pour cent du salaire des employés plus 3 pour cent provenant du gouvernement. En 2008, le GPF comptait 1 168 085 membres, ce qui correspond à 3,2 pour cent de la population active et 96 pour cent du personnel de la fonction publique.

Les caisses de prévoyance

Les caisses de prévoyance sont des régimes de cotisation volontaire proposant des versements uniques provenant des cotisations des employeurs, de celles des employés et des dividendes que l'employé reçoit au moment de son départ à la retraite ou à la fin de son contrat. L'employé cotise entre 2 et 15 pour cent du salaire, tout comme l'employeur. En 2009, la Thaïlande comptait un total de 503 caisses de prévoyance dont la valeur s'élevait à 66,9 millions de bahts et concernaient 9 370 employeurs et 2 millions d'employés (5,3 pour cent de la population active de 2009). Après avoir presque doublé entre 2005 et 2008, les recettes du total des cotisations ont affiché une baisse de 27,2 pour cent.

Fonds de protection des professeurs d'école privée (PSTWF)

Le Fonds de protection des professeurs d'écoles privées (*Private-School Teachers' Welfare Fund* – PSTWF) a été mis en place en 1975 comme une mesure de protection pour les professeurs du secteur privé, qui étaient généralement moins payés et ne bénéficiaient pas d'aussi bonnes conditions de travail que leurs homologues du système scolaire public. Les professeurs cotisent au minimum 3 pour cent de leur salaire, tout comme les employeurs. Le gouvernement cotise deux fois le montant de la cotisation d'un professeur. Les bénéficiaires du PSTWF ont droit à des services de santé gratuits, des allocations familiales, le paiement des frais de scolarité, des prestations d'invalidité, de décès et de vieillesse.

Dans le cadre de la nouvelle Loi pour l'école privée (*Private School Act*), les membres du PSTWF peuvent également emprunter de l'argent au Fonds, qui comptait 150 000 membres en 2006.

10.2.2. Programmes sociaux non contributifs

Pensions

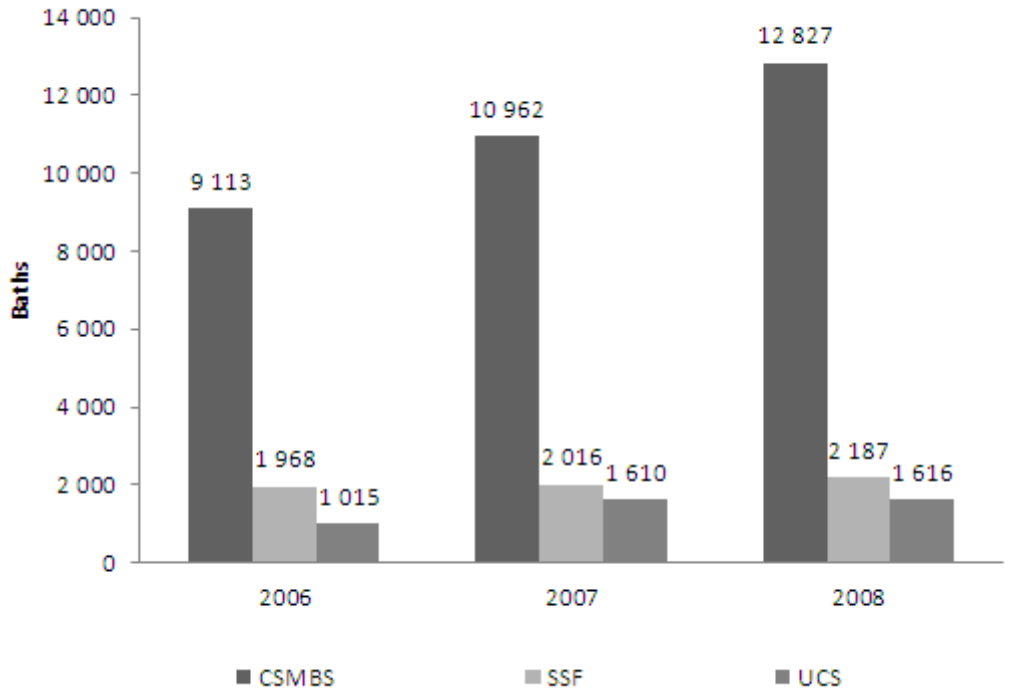
Il n'y a pas de régime de pensions universel en Thaïlande. Seuls les représentants du gouvernement et les employés des entreprises publiques ont le droit à des pensions sociales non contributives financées par des crédits budgétaires. Ces employés peuvent choisir entre un versement unique ou une pension à condition: a) qu'ils aient atteint 60 ans, l'âge de départ à la retraite; b) qu'ils aient travaillé pour le secteur public pendant au moins 25 ans; et c) qu'ils veuillent mettre fin à leur emploi. En 1996, la réforme du régime des pensions a apporté de nombreux changements. Premièrement, tout employé du secteur public recruté après mars 1996 doit être affilié au GPF. Les employés travaillant pour le gouvernement avant cette date ont le choix de s'affilier au GPF ou de rester affiliés à l'ancien système. Dans le dernier cas, la formule pour calculer la pension est modifiée pour inclure la moyenne des salaires des 60 derniers mois à la place du dernier salaire perçu. La pension est plafonnée à 70 pour cent de la moyenne des salaires des 60 derniers mois.

En 2007, 333 143 personnes ont reçu une pension non contributive du gouvernement et 9 277 personnes ont reçu un versement unique. Le coût de ces versements s'est élevé à 20 pour cent de la masse salariale totale du gouvernement pour cette année. Les dépenses publiques en matière de pensions ont augmenté de plus de 20 pour cent par an durant les premières années qui ont suivi la réforme de 1996, mais l'augmentation annuelle a chuté à 5 pour cent en 2007.

Soins de santé non contributifs: le Régime de prestations médicales de la fonction publique (CSMBS)

Le Régime de prestations médicales de la fonction publique (*Civil Servant Medical Benefit Scheme* – CSMBS) fournit des prestations médicales aux représentants du gouvernement et à leurs ayants droit. Il est souvent décrit comme le régime le plus généreux de Thaïlande (BIT, 2008a). Les affiliés ont droit à des services médicaux à l'hôpital et en consultation externe illimités, s'ils sont reçus dans des hôpitaux publics. Entre 2006 et 2008, le nombre total de bénéficiaires inscrits est passé de 4,1 à 4,3 millions de personnes, couvrant 6,4 pour cent de la population thaïlandaise. Cependant, le coût budgétaire était élevé ces 20 dernières années, pendant lesquelles les dépenses dans le cadre du programme ont augmenté, passant de 37 à 54,9 millions de bahts, soit une augmentation de 40,7 pour cent en valeur nominale. En moyenne, le coût par bénéficiaire dans le cadre du CSMBS était 5,3 fois plus élevé que celui de la SSF et 7,9 fois plus important que dans le cadre de l'UCS (figure 80).

Figure 80. Coût par bénéficiaire dans une sélection de programmes de protection sociale en Thaïlande, 2006-2008



Source: élaboré par l'auteur d'après Chandoevwit, 2010.

Programmes d'assistance sociale

La Thaïlande a une longue tradition de mise en place des programmes d'assistance sociale, dont un qui date de 1941. Les politiques d'assistance sociale visent les groupes les plus vulnérables comme les personnes âgées, les personnes atteintes du VIH ou du sida, les

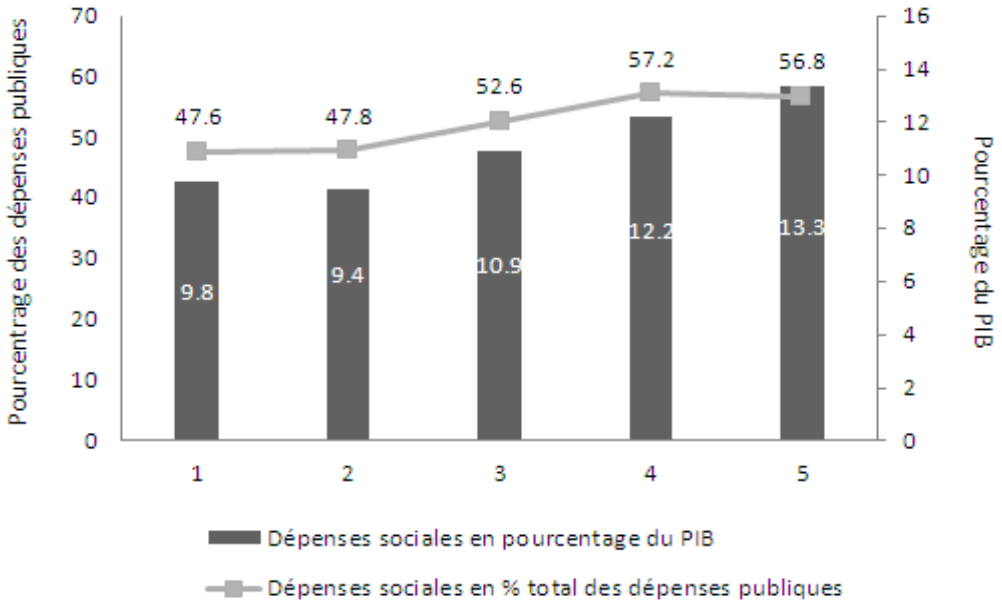
enfants et les familles pauvres. Les services fournis à ces groupes comprennent entre autres le logement, les besoins essentiels, un service de conseil, un accès gratuit à l'éducation et la formation, ainsi que des soins de santé.

Les programmes d'assistance sociale incluent des prestations en espèces et en nature financées par les impôts généraux. Les prestations en espèces sont versées aux personnes âgées, aux personnes atteintes du VIH et aux personnes handicapées. Dans le cadre de la politique de protection sociale, l'assistance sociale est la catégorie la moins prioritaire, compte tenu du petit budget alloué par le ministère thaïlandais du Développement social et de la Sécurité humaine. Ce budget limité restreint l'extension des programmes et la couverture est donc faible dans l'ensemble. En 2006 par exemple, 6 247 enfants, 1 964 femmes défavorisées, 1 390 personnes âgées, 4 804 personnes handicapées et 8 490 mendiants bénéficiaient de l'assistance sociale. La couverture était relativement élevée chez les personnes à faible revenu et les familles dans le besoin (environ 293 000 bénéficiaires).

10.2.3. Dépenses de protection sociale

Les dépenses sociales en Thaïlande représentent 13 pour cent du PIB, alors qu'elles représentaient 9,8 pour cent en 2005 (figure 81). Cette tendance à la hausse n'est pas seulement le produit de la dernière décennie, mais représente un modèle constant sur les 20 dernières années, avec en parallèle une croissance économique accélérée depuis 1987. Un autre aspect remarquable des dépenses sociales en Thaïlande est leur part croissante dans les dépenses publiques. Entre 2005 et 2009, un peu plus de 50 pour cent du budget public était alloué aux services sociaux, comprenant la santé, la promotion sociale, le logement et les loisirs, la culture et la religion.

Figure 81. Dépenses sociales en pourcentage du PIB et des dépenses publiques en Thaïlande, 2005-2009

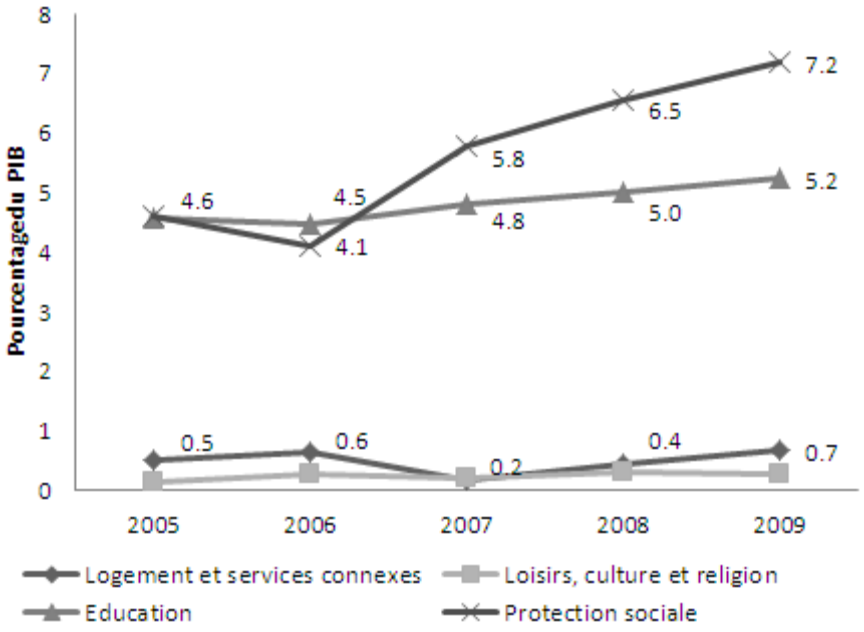


Source: Ministère des Finances, 2010a et 2010b; Fonds Monétaire International, 2010b.

Parmi les dépenses sociales, la protection sociale représente non seulement la plus grande part des dépenses publiques, mais également celle qui a enregistré la croissance la plus rapide entre 2005 et 2009 (figure 82). L'éducation a affiché une tendance à la hausse,

mais l'intervalle avec la protection sociale s'est élargi avec le temps. En 2005, le ratio de la protection sociale sur l'éducation était égal à 1/1, mais en 2009, il est passé à 1,37/1. Cela suggère qu'il existe un engagement fort de la part du gouvernement pour affecter davantage de fonds à la protection sociale.

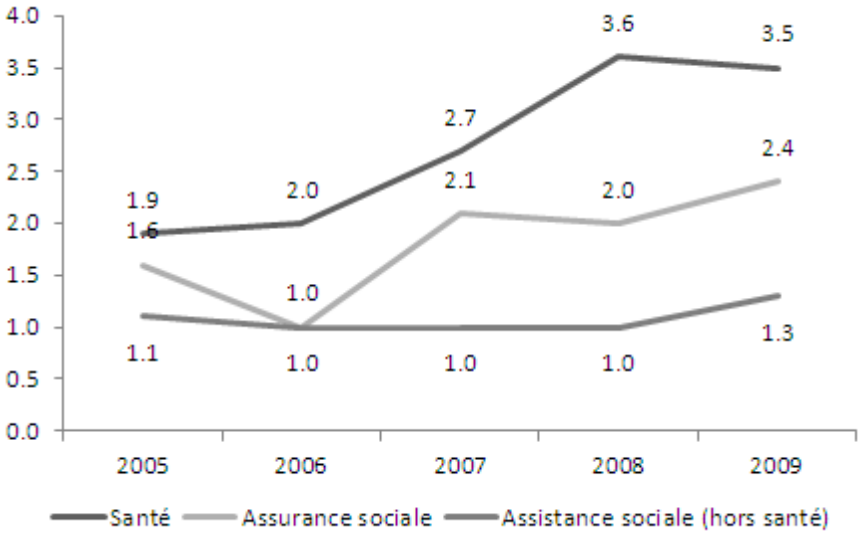
Figure 82. Dépenses sociales par catégories en Thaïlande, 2005-2009



Source: Ministère des Finances, 2010a et 2010b; FMI, 2010b.

En ce qui concerne la composition des dépenses de protection sociale (santé, assurance sociale et assistance sociale), la part des ressources la plus importante est réservée aux services de soins, bien que sur la période évaluée toutes les composantes aient augmenté leur contribution au PIB (figure 83). De fait, les dépenses en matière de santé ont doublé leur participation au PIB entre 1995 et 2009, en raison de l'augmentation des dépenses dans le cadre du CSMBS et de la mise en place de l'UCS.

Figure 83. Dépenses en matière de santé, d'assurance sociale et d'assistance sociale en pourcentage du PIB en Thaïlande, 2005-2009



Source: Ministère des Finances, 2010a et 2010b; FMI, 2010b.

10.2.4. Combler les lacunes dans le secteur des soins de santé: Le Régime de couverture universelle (UCS)

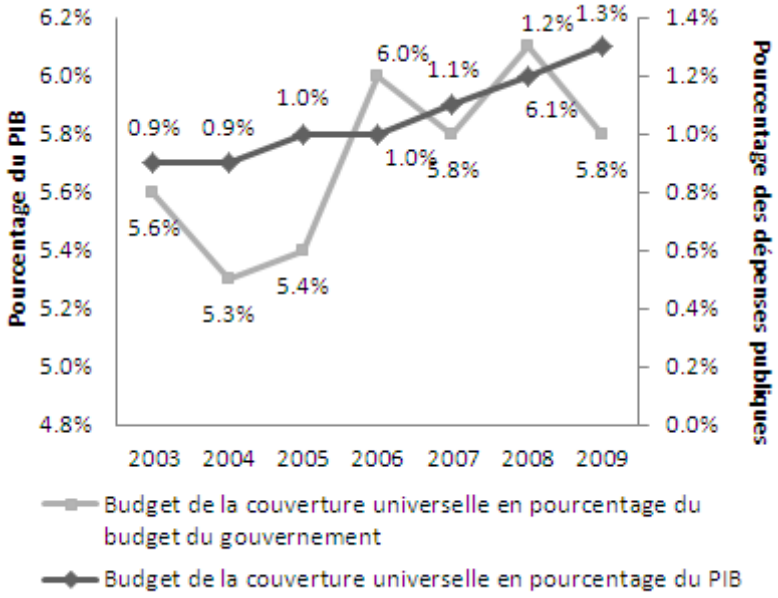
En ce qui concerne le nombre de personnes couvertes, l'UCS est de loin l'initiative sociale la plus importante en Thaïlande. En octobre 2001, le gouvernement a mis en place un régime visant à fournir une couverture en matière de santé à tous les Thaïlandais exclus de ces programmes (CSMBS, SSF). Avant 2001, près de 30 pour cent de la population était ainsi exclue. Avec l'UCS, le gouvernement a amélioré l'accès aux services de santé pour les ménages à faibles revenus et les autres groupes exclus tels que les travailleurs agricoles. Ainsi, le gouvernement a défini un régime de santé pour chaque groupe: les employés du secteur privé, le personnel de la fonction publique et le reste de la population (Sakunphanit, 2006).

Le cadre juridique du programme UCS est la Loi sur la sécurité sanitaire nationale (*National Health Security Act B.E. 2545*) de 2002, qui prévoit que l'Office de Sécurité sanitaire nationale (*National Health Security Office* –NHSO) administrera le programme, tout en mettant en place le Fonds national de Sécurité sanitaire. L'UCS est financée par des allocations budgétaires provenant des recettes des impôts généraux, bien qu'une participation de 30 bahts par visite ait été initialement prévue. Après 2006, la participation a été annulée et l'accès est désormais gratuit. L'ensemble de services comprend des bilans de santé annuels, des prestations de maternité, des services de prévention et de promotion de la santé ainsi que des services médicaux à l'hôpital et en consultation externe.

La couverture totale était en moyenne de 47 millions de personnes sur la période comprise entre 2006 et 2008, soit 70,3 pour cent de la population thaïlandaise. Ces chiffres comprennent la plupart des 30 pour cent qui n'avaient aucune couverture auparavant et les bénéficiaires d'autres programmes tels que le régime pour les faibles revenus.

Le coût budgétaire du programme a considérablement augmenté sur cette même période, passant de 48,3 à 76,6 milliards de bahts (soit une augmentation de 58,7 pour cent). Comme mentionné précédemment, le coût par bénéficiaire dans le cadre du programme de couverture universelle a augmenté, mais l'allocation de fonds du gouvernement était encore bien en dessous des dépenses moyennes du CSMBS. Cependant, la couverture universelle a affiché une tendance à la hausse de sa part du PIB et des dépenses publiques. Depuis 2003, le programme a gagné 0,4 point de pourcentage en termes de PIB, pour représenter en moyenne 1 pour cent du PIB entre 2003 et 2009. En matière de dépenses publiques également, la couverture universelle représentait une moyenne de 5,7 pour cent sur la même période (figure 84).

Figure 84. Budget de la couverture universelle en pourcentage du PIB et du budget du gouvernement en Thaïlande, 2003-2009



Source: Ministère des Finances, 2010a et 2010b; Fonds Monétaire International, 2010b.

10.3. La construction d'un espace budgétaire pour la protection sociale

L'histoire de la Thaïlande est intéressante en matière de conception et de mise en œuvre des politiques de protection sociale de différentes natures, allant d'initiatives de sécurité sociale contributives à de petits programmes d'assistance sociale fragmentés. Les programmes en matière de santé sont particulièrement intéressants et font partie des questions politiques les plus importantes dans le pays. L'article 52 de la constitution établit que tous les Thaïlandais ont droit aux services de santé, et reconnaît ainsi le rôle central de la santé dans la promotion d'une société plus productive et plus égalitaire.

Les mécanismes utilisés par le gouvernement dans le but d'agrandir l'espace budgétaire pour la protection sociale incluent les impôts généraux, des cotisations spécifiques du gouvernement, des recettes d'assurance sociale et, dans certains cas, une assurance-maladie volontaire.

Afin d'atteindre une couverture de santé universelle, la Thaïlande a suivi ce que Sakunphanit (2006) appelle «une approche pluraliste». La stratégie du gouvernement s'est fondée sur la mise en place de trois différents programmes avec différentes populations cibles:

- un Fonds de sécurité sociale pour les employés du secteur privé;
- un Régime de prestations médicales de la fonction publique pour les employés du secteur public;
- le Régime de couverture universelle pour le reste de la population.

Tableau 18. Prestations de protection sociale et sources de financement en Thaïlande

Poste / Risque	Fonctionnaires	Employés d'entreprises publiques	Employés privés hors secteur agricole	Professeurs d'école privée	Autres travailleurs (à leur compte, agricoles)
Maladie et maternité	Recettes des impôts généraux	Recettes des entreprises publiques	WCF et SSF + cotisation du gouvernement	PSTWF + cotisation du gouvernement	UCS
Décès et survivant					Non
Invalidité					Non
Prestation familiale					
Chômage	N/A	N/A	SSF	Non	Non
Pension: prestation définie	Recette des impôts généraux	Non	SSF	Non	Non
Pension: cotisation définie	GPF + cotisation du gouvernement	Caisse de prévoyance	Caisse de prévoyance	PSTWF	Non

Source: Chandoevwit, 2010.

Alors que le SFF est un régime contributif en nature et censé être autofinancé, les deux autres régimes sont des programmes non contributifs qui dépendent des allocations budgétaires du gouvernement pour leur financement. Cela ne pose pas de problème lorsque le gouvernement a une stratégie de dépenses viable et expansionniste, mais une des caractéristiques principales du gouvernement thaïlandais a toujours été sa prudence dans la gestion des recettes et des dépenses. En fait, hormis lors de la crise financière asiatique de 1997 (entre 1997 et 2002), le pays a maintenu des excédents budgétaires et de très faibles déficits en suivant une politique de dépenses fondée sur les recettes.

La question principale est donc de savoir comment le gouvernement a fait pour augmenter ses dépenses de santé alors que la participation du secteur public dans l'économie thaïlandaise était relativement faible et stable. Comme susmentionné, les recettes fiscales étant restées inférieures à 20 pour cent du PIB, la marge de manœuvre pour les programmes d'extension était donc limitée.

En ce qui concerne l'évolution des composantes principales des dépenses publiques sur le long terme, trois conclusions principales ont été tirées:

1. Pour financer des améliorations dans le secteur de la santé publique, le gouvernement a ralenti la croissance des dépenses en matière de défense et d'éducation. En période de paix prolongée, les dépenses militaires ne sont pas élevées. Le budget de la sécurité a donc chuté à partir des années 1970, lorsqu'il représentait entre 20 et 26 pour cent du total des dépenses publiques, jusque dans les années 2000, atteignant environ 15 pour cent du budget du gouvernement.

2. La réduction des paiements du service de la dette a aussi contribué à libérer des ressources pour les programmes de santé, en particulier pour le Régime de couverture universelle. Bien que la crise financière ait augmenté les paiements liés à la dette, ils n'ont toujours pas atteint le niveau de 25 pour cent du PIB observé dans le milieu des années 1980.

3. A l'évidence, les allocations budgétaires pour les dépenses de santé publique ont augmenté pendant cette période et leur part dans le budget total du gouvernement a plus que doublé entre 1984 et 2007. Aujourd'hui, un baht sur dix est dépensé pour la santé publique. La mise en place du Régime de couverture universelle a représenté une autre rupture dans cette tendance et, depuis son lancement en 2001, le budget de santé a augmenté de 3 points de pourcentage supplémentaires dans la structure des dépenses du gouvernement. Parmi les ressources libérées suite à la réduction des paiements de sécurité et de dette publique, 29 pour cent de celles-ci ont été dépensées dans la santé, l'éducation, les services sociaux et l'infrastructure (Wibulpolprasert, 2005).

Il est important de mentionner deux autres éléments manquants. En plus des forts engagements politiques du gouvernement pour augmenter les dépenses générales de protection sociale en changeant la composition du budget public, la croissance économique a également joué un rôle important dans la création de nouvelles ressources pour le gouvernement. L'impact sur le chômage, bien qu'important au vu des faibles niveaux de ces 20 dernières années, a été limité, car la SSF couvre principalement l'économie formelle et non le secteur agricole, qui emploie la plupart des travailleurs. En ce qui concerne la perception des recettes, il est vrai que la part des recettes publiques totales dans l'économie est restée pratiquement inchangée, mais le niveau de ressources a considérablement augmenté à partir de 1987. La gestion prudente des ressources budgétaires de la part du gouvernement a également permis d'obtenir des excédents budgétaires qui ont entraîné l'augmentation des dépenses de protection sociale du pays, même en temps de crise.

De plus, le taux élevé de croissance économique a été responsable de la baisse notable l'indice de pauvreté entre 1990 et 2009, période au cours de laquelle cette croissance a engendré d'importantes économies pour le gouvernement en termes de réduction des budgets d'assistance sociale.

Un autre élément souvent mentionné pour expliquer en grande partie la réussite de la mise en place de la couverture universelle est le processus politique au moyen duquel le programme a été conçu (Pitayarangsarit, 2004; Tangcharoensathien *et al.*, 2007). Avec l'appui de la Constitution de 1997, de nombreuses organisations de la société civile ont gagné du pouvoir et ont appuyé la mise en place d'un régime de couverture de santé universelle. Cette cause politique a coïncidé avec la campagne de 2001 menée par le parti Thaï-Rak-Thaï, qui l'a adoptée comme l'une de ses promesses électorales. Une fois en fonction, le nouveau gouvernement a ratifié le Régime de couverture universelle et l'initiative a rapidement été adoptée grâce à de nombreuses circonstances favorables autour de sa conception et de sa mise en œuvre, notamment:

- de solides preuves provenant des secteurs académiques montrant les importants avantages économiques et sociaux qui dériveraient de la couverture universelle;
- le rôle très actif joué par le Premier ministre et l'approbation du panorama stratégique de la crise par le gouvernement, qui l'a considéré comme une occasion de protéger les citoyens en développant les services de santé;
- la faisabilité budgétaire et la viabilité de l'initiative;
- l'appui à l'initiative apporté par les organisations non gouvernementales et les autres groupes de la société civile;
- la capacité institutionnelle du ministère de la Santé publique à lancer une mise en place progressive du programme.

La décision de financer le programme par le biais des impôts généraux était, selon Tangcharoensathien *et al.* (2007), un choix pragmatique, car la couverture universelle ne peut être atteinte par le biais des cotisations. De plus, les objectifs de la couverture universelle demandaient des résultats immédiats. Enfin, dans la mesure où la majorité de la population non couverte auparavant appartenait au secteur agricole informel, un groupe sans revenu régulier, la perception des cotisations aurait été très problématique.

Jansen et Khannabha (2009) ont un point de vue intéressant sur la mise en place d'une couverture universelle et la création d'un espace budgétaire. Selon ces auteurs, la couverture universelle faisait partie d'un programme de relance budgétaire plus général qui a suivi la crise financière de 1997, contribuant ainsi à l'approbation du régime de couverture universelle. Le programme général, qui comprenait également des mesures telles que la création d'une Banque du peuple (*People's Bank*), un moratoire sur la dette pour les fermiers et un Fonds pour le village, avait pour objectif de donner plus d'argent aux personnes ayant d'important besoins de financement.

10.4. Défis et enseignements

10.4.1. Défis

En ce qui concerne les défis, le problème principal est la viabilité du régime de couverture universelle. Il est communément accepté qu'utiliser les impôts généraux comme source de financement risque de devenir un problème politique, variant en fonction du programme du gouvernement. Bien que par le passé le gouvernement thaïlandais se soit montré très engagé dans le concept de protection sociale, il reste cependant des inquiétudes quant à l'extension du programme pour les années à venir pour des raisons budgétaires. Ce constat se fonde sur le taux de croissance démographique et sur l'existence de nouvelles exigences provenant de la prévalence accrue des maladies chroniques et de l'ensemble grandissant de services compris dans le cadre du programme de couverture universelle. La mise en place de taxes spécifiques sur les produits de luxe, par exemple, pourrait élargir l'espace budgétaire pour la couverture universelle tout en évitant l'instabilité associée aux impôts généraux.

Une autre possibilité mentionnée dans Sakunphanit (2006) serait de réformer la SSF afin d'étendre ses prestations aux femmes sans emploi et aux enfants des bénéficiaires actuels. Cela pourrait contribuer à la réduction de la pression exercée sur le programme de couverture universelle.

Un autre défi concerne la fragmentation du secteur de la santé. L'organisation actuelle du secteur devrait être considérée comme une étape intermédiaire vers un réseau intégré unifiant les différents régimes existants. Cela représente clairement un défi majeur étant donné les implications politiques et économiques de la protection sociale et l'existence de différents ensembles de prestations reflétant les intérêts des groupes qui s'opposeront à une dégradation des prestations dont ils bénéficient actuellement. L'intégration du système peut, cependant, mener à des résultats positifs en termes de réduction des coûts administratifs et d'amélioration de l'efficience, et donc libérer plus de ressources pour les soins de santé.

10.4.2. Enseignements

La Thaïlande qui possède de faibles ratios recettes-dépenses, mais des dépenses sociales élevées est un cas intéressant. Le gouvernement affiche une nette intention d'appuyer la formation de capital humain en réaffectant les ressources auparavant dépensées pour le service de la dette et les budgets de sécurité vers la santé et l'éducation.

Que cette stratégie soit synonyme ou non de création d'un espace budgétaire est une question subjective. Cela dit, réaffecter des ressources d'un secteur à l'autre dans l'intérêt de la protection sociale (ou de tout autre objectif) élargit effectivement l'espace budgétaire, en ce sens qu'il peut aussi être créé en affectant des ressources de secteurs moins efficients à d'autres qui le sont davantage, comme l'a fait la Thaïlande.

La croissance économique a aussi joué un rôle décisif en augmentant le niveau de recettes fiscales par personne et en réduisant la pauvreté. En ce qui concerne la pauvreté, l'effet a été indirect, car de plus faibles taux de pauvreté signifiaient que des fonds moins importants devaient être alloués à l'assistance sociale.

Le lancement du Régime de couverture universelle représente un moment décisif de l'histoire des politiques de protection sociale en Thaïlande. Malgré la performance macroéconomique remarquable du pays avant la crise financière asiatique, un Thaïlandais sur trois ne bénéficiait pas d'une couverture de santé adaptée en 2000. Avec la mise en place du programme de couverture universelle, le gouvernement a atteint son objectif d'offrir une couverture de sécurité sociale complète aux employés du secteur privé (par le biais de la SSF), pour le personnel de la fonction publique (par le biais du CSMBS) et pour le reste de la population (par le biais du programme de couverture universelle).

A cet égard, il est possible de tirer plusieurs enseignements de ce pays concernant l'élargissement de l'espace budgétaire pour la protection sociale.

Enseignement 1

Lorsque les recettes fiscales sont limitées, la solution pour augmenter la protection sociale réside dans la volonté politique d'agir, comme mentionné précédemment. Le gouvernement thaïlandais a considéré la protection sociale comme un investissement offrant des avantages économiques et sociaux, et cette approche a eu un effet positif sur la répartition des ressources.

Enseignement 2

Les gouvernements devraient promouvoir leurs politiques avec la même approche pragmatique et stratégique que celle adoptée par le gouvernement thaïlandais. S'il n'y a pas de menace à la sécurité de la nation, les dépenses en matière de défense devraient être réduites afin de libérer des ressources pour d'autres domaines. En général, la nouvelle réaffectation interne des ressources peut être considérée comme un élargissement de l'espace budgétaire dans le sens que toute répartition différente de fonds accroit la valeur de l'argent des dépenses publiques.

Enseignement 3

Une approche pluraliste peut être un moyen alternatif de fournir une protection sociale en segmentant le marché en fonction des caractéristiques principales de chaque groupe cible. Même avec des mécanismes tels que la carte de santé volontaire, peu populaire hors de la Thaïlande, le pays a atteint une couverture de 20 pour cent. Cependant, le danger de cette approche est la fragmentation du secteur de la santé et les insuffisances et autres problèmes qui en résultent concernant la qualité des services fournis. Ainsi, une approche pluraliste peut être envisagée comme une phase intermédiaire vers la couverture complète, mais un système plus intégré ou articulé est nécessaire pour assurer la mise à disposition des services et la viabilité du financement.

Enseignement 4

Les preuves soulèvent deux questions concernant la couverture universelle. Premièrement, elles confirment l'idée que les impôts généraux jouent un rôle décisif dans l'atteinte de cet objectif dans les pays où les marchés du travail informel prévalent. Deuxièmement, la couverture universelle en Thaïlande n'a pas été le produit d'une seule source de financement (impôts généraux), mais a été rendue possible grâce à l'utilisation d'un modèle hybride combinant les mécanismes de régimes contributifs et non contributifs.

Enseignement 5

La politique et la science peuvent s'associer sans aucun problème. Un des principaux facteurs qui expliquent la réussite de l'accord et de la mise en place du programme de couverture universelle est la décision du gouvernement consistant à fonder son appui à l'initiative sur des preuves scientifiques. Le gouvernement a ainsi créé une fondation solide pour le projet et gagné l'appui de cercles académiques et d'ONG.

Enseignement 6

La société civile doit être considérée comme un partenaire dans la création d'un espace budgétaire. Sa participation n'implique pas la présentation d'un produit fini, mais sa contribution à la conception des principales caractéristiques du projet avec les partenaires sociaux. Le concept du «triangle qui déplace la montagne» aide à comprendre le processus, l'idée étant de rassembler tout le savoir-faire nécessaire par des moyens de recherche, de mouvement social et d'engagement politique.

Bibliographie

Aboal, D. *et al.* 2009. *Espacio fiscal para el crecimiento en el Mercosur*, Serie Red Mercosur, No. 16 (Montevideo, Red Mercosur De Investigaciones Económicas).

Afonso, J. R. 2007. *Descentralização fiscal, políticas sociais, e transferência de renda no Brasil*, Gestión Pública, No. 63. (Santiago, CEPALC). Disponible à l'adresse suivante: http://www.eclac.org/ilpes/publicaciones/xml/7/28327/sgp63.PDF.

African Development Bank Group (AfDB); African Union Commission (AUC); United Nations Economic Commission for Africa (UNECA). 2010. *African Statistical Yearbook 2010* (Denmark).

Agence sud-africaine de sécurité sociale (SASSA). 2009. *Annual Statistical report on social grants 2008/09 Report* (Pretoria).

Association internationale de sécurité sociale (AISS)/Administration de sécurité sociale des Etats-Unis (SSA). 2010. *Social Security Programs Throughout the World: Africa, 2009* (Genève et Washington).

Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS). 2010. *Estadísticas de la Renta dignidad*. Disponible à l'adresse suivante: http://www.aps.gob.bo [consulté en mai 2010].

Banque asiatique de développement (BAsD). 2010. Statistical Database System. Disponible à l'adresse suivante: http://www.adb.org/data/sdbs [consulté en octobre 2010].

Banque centrale de Bolivie. 2009. *Boletín estadístico 2009*. Disponible à l'adresse suivante: http://www.bcb.gob.bo [consulté en mai 2010].

Banque centrale du Brésil. 2008. *Relatório Anual 2008*. Vol. 44 (Brasilia).

Banque centrale du Botswana. 2010. *The Botswana Financial Statistics (BFS)*. Research Department. Bank of Botswana. Vol. 17. N° 4. ISSN 1027-5924, Avril 2010.

Banque mondiale. 2010. *World Development Indicators (WDI) & Global Development Finance (GDF)* (Gaborone). Disponible à l'adresse suivante: http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=12&id=4&CNO=2 [May 2010].

Bureau central de statistiques de Namibie (CBS). 2008. *A review of poverty and inequality in Namibia* (Windhoek, National Planning Commission).

Bureau international du Travail (BIT). 2008a. *Decent work and social protection in six countries: Umbrella paper. Executive summary India, Jordan, Morocco, Syria, Thailand and Viet Nam*, Département de la Sécurité sociale (Genève). Disponible à l'adresse suivante: http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=10178.

—. 2008b. *Inter-regional project: How to strengthen social protection coverage in the context of the European Union Agenda on decent work and promoting employment in the informal economy. Thailand: A case study*. Département de la Sécurité sociale (Genève). Disponible à l'adresse suivante: http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=7163.

—. 2010a. *World Social Security Report 2010-2011. Providing coverage in times of crisis and beyond* (Genève).

—. 2010b. *LABORSTA Internet.* Base de données en ligne. Disponible à l'adresse suivante: http://laborsta.ilo.org [consulté en juin 2010].

Bureau du recensement des Etats-Unis. 2010. Programmes internationaux. Disponible à l'adresse suivante: http://www.census.gov/population/international/ [consulté en juin 2010].

Cabanas, M. 2008. *Políticas para a expansão da cobertura dos trabalhadores e trabalhadoras domésticas: A experiência do Brasil,* Coleção Previdência Social Vol. 26 (Brasilia, ministère de la Sécurité sociale).

Céspedes, V. H.; Jiménez, R. (ed.). 2010. *Hacia el fortalecimiento de las políticas de combate a la pobreza en Costa Rica* (San José, Academia de Centroamérica).

Chandoevwit, W. 2010. *The Social Protection Floor Initiative: Thailand*. Présenté lors d'un atelier précédant la Conférence Mondiale Conjointe Travail Social, Éducation et Développement Social qui s'est tenu à Hong Kong le 10 juin. Disponible à l'adresse suivante: www.icsw.org/doc/SPF/3_Chandoevwit_Thailand_SPFI_Workshop_HK10Jun10.ppt [consulté en juin 2011].

Chung, D. 2010. *Basic Income Grants Alleviate Poverty in Namibia*, Policy Innovations (New York, Carnegie Council). Disponible à l'adresse suivante: http://www.policyinnovations.org/ideas/briefings/data/000163 [consulté en mai 2011].

Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). 2010a. *Estimations et projections de la population à long terme 1950-2100, révision 2010*, (Santiago) Disponible à l'adresse suivante: http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm [consulté le 25 mai 2010].

—. 2010b. Bases de données et publications statistiques en ligne. Disponible à l'adresse suivante: http://websie.eclac.cl/infest/ajax/cepalstat.asp?carpeta=estadisticas&idioma=i [consulté en mai 2010].

Devereux, S. 2001. *Social pensions in Namibia and South Africa*, IDS Document de discussion 379, (Brighton, Institut d'Etudes pour le Développement).

Division de la Population des Nations Unies du Département des Affaires économiques et sociales. 2010. World population prospects 2010. (New York).

Division des Statistiques des Nations Unies. 2010. *Demographic yearbook*, (New York) Disponible à l'adresse suivante: http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/dyb/dyb2.htm [consulté en mai 2010].

Dos Santos, C. H.; Costa, F.R. 2007. *Uma metodologia simplificada de estimação da carga tributária brasileira trimestral.* Document de discussion No. 1281 (Brasilia, IPEA).

Durán-Valverde, F.; Picado, G.; 2009. *República de Bolivia: Diagnostico del sistema de seguridad social*. Bureau sous-régional de l'OIT pour les pays andins. (Lima, OIT).

Fédération syndicale du Botswana (BFTU). 2007a. *Policy position paper on social security & social protection in Botswana – 2007* (Gaborone).

—. 2007b. *HIV and social protection in Botswana: The community home-based care programme* (Gaborone).

Fonds des Nations Unies pour la population (FNUAP). 2009. *The State of World Population 2009. Facing a changing world: women, population and climate* (New York).

—. 2010. *The State of World Population 2010. From conflict and crisis to renewal: Generations of change* (New York).

Fonds monétaire international (FMI). 2010a. Bolivie: *2009 Article IV Consultation—Staff Report; Staff Supplement; Staff Statement; Public Information Notice on the Executive Board Discussion; and Statement by the Executive Director for Bolivia*, Rapport n° 10/27. (Washington).

—. 2010b. *World Economic Outlook Database online*. Avril 2010. Disponible à l'adresse suivante: http://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2010/01/weodata/weoselgr.aspx [consulté le 21 avril 2010].

Gaolathe, N. 1997. «Development of Botswana's Mineral Sector» in J. S. Salkin *et al.* (eds): *Aspects of the Botswana Economy: Selected Papers* (Oxford, James Curry).

Hickey, S. 2007. *Conceptualising the Politics of Social Protection in Africa*, Brooks World Poverty Institute Document de travail n° 0407 (Manchester, Université de Manchester).

Innovative Medicines South Africa (IMSA). 2009. *Introduction to NHI in South Africa*, National Health Insurance Background Brief (Houghton).

Institut de recherche économique appliquée (IPEA) – Institute of Applied Economic Research. 2007. *Boletim de Políticas Sociais - acompanhamento e análise* no 13, édition spéciale 2007. (Brasilia, Direction des études sociales).

Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (IGME). 2010. Base de données sur les estimations relatives à la mortalité infantile. Disponible à l'adresse suivante: http://www.childmortality.org/ [consulté en juin 2010].

Inter-Regional Inequality Facility (IRIF). 2006. *Social Grants: South Africa*, Policy Brief 1 (Londres, Overseas Development Institute ODI). Disponible à l'adresse suivante: http://www.odi.org.uk/resources/docs/1688.pdf.

IPEADATA. 2010. *Social Database*, (Brasilia, Institut de recherche économique appliquée. Secrétariat des affaires stratégiques, Présidence de la République fédérative du Brésil). Disponible à l'adresse suivante: http://www.ipeadata.gov.br/ [consulté en juin 2010].

Jansen, K.; Khannabha, C. 2009. «The Fiscal Space of Thailand» inR. Roy; A. Heuty (eds): *Fiscal Space: Policy Options for Financing Human Development*, (Londres, Earthscan). pp. 325-389.

Jefferis, K. 1998. «Botswana and Diamond-Dependent Development» in W. Edge; M. Lekorwe (eds.): *Botswana: Politics and Society* (Pretoria, J.L. van Schaik). pp. 301-332.

—; Kenewendo, B. 2010. *Botswana Financial Sector Overview 2010/11* (Capital Resources (Pty) Limited). Disponible à l'adresse suivante: http://www.capital.bw/

resources/presentation2010/botswana_financial_sector_overview_2010-11.pdf [consulté en septembre 2010].

Kaiser Family Foundation. 2005. *The HIV/AIDS epidemic in Lesotho*. Documentation sur le VIH/SIDA. Disponible à l'adresse suivante: www.kff.org/hivaids/upload/7357.pdf [juin 2010].

Kaseke, E. 2010. «The Role of Social Security in South Africa», in *International Social Work*, Vol. 53, n° 2, pp. 159-168.

Lambers, W. 2009. *Ending Child Hunger: School Feeding in Lesotho*. Disponible à l'adresse suivante: http://voices.yahoo.com/ending-child-hunger-school-feeding-lesotho-2458263.html [consulté en mai 2010].

Lavinas, L. 2007. Transferências de renda: o «quase tudo» do sistema de proteção social brasileiro. Disponible à l'adresse suivante: http://www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A157.pdf [consulté en juin 2010].

Maipose, G.S. 2008. *Policy and Institutional Dynamics of Sustained Development in Botswana*. Commission sur la Croissance et le Développement, Document de Travail n° 35, (Washington, Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale).

Matambo, O. 2010. *Transforming Our Economy After the Crisis: 2010 and Beyond*, Discours sur le budget, (Gaborone, ministère des Finances et de la Planification du développement).

McCord, A. 2009. *Cash transfers: affordability and sustainability*. ODI Document n° 30 (Londres, Overseas Development Institute ODI).

Ministère de la Planification nationale et de la Politique économique (MIDEPLAN) (Costa Rica). 2010. *Sistema de Indicadores sobre Desarrollo Sostenible (SIDES)* (San José).

Ministère de la Santé et des Services sociaux (Namibie). 2008. *Results of the 2008 HIV Sentinel Survey (Windhoek)*. Disponible à l'adresse suivante: http://www.healthnet.org.na/statistics/2008%20HIV%20Sentinel%20brochure.pdf [consulté en juin 2010].

Ministère de la Sécurité sociale (Brésil). 2008. *Panorama da Previdência Social Brasileira* (Brasilia).

—. 2010. *Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS (vários anos).* Disponible à l'adresse suivante: http://www.mpas.gov.br/conteudoDinamico.php?id=423 [consulté en juin 2010].

Ministère de l'Economie et des Finances publiques (MEFP) (Bolivie). 2008. *Estadísticas Económicas/Ejecución Presupuestaria*. Base de données 2008. Disponible à l'adresse suivante: http://www.economiayfinanzas.gob.bo [consulté en mai 2010].

—. 2010. Statistiques économiques. (La Paz). Disponible à l'adresse suivante: http://www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?opcion=com_indicadores&ver=indicadores&idc=488 [consulté en mai 2010].

Ministère des Finances (Costa Rica). 2010. *Consolidado por clasificación funcional. Gobierno General*. (San José, Unité d'analyse et de suivi budgétaire, Secrétariat technique de l'autorité budgétaire).

Ministère des Finances (Namibie). 2009. *Estimate of revenue and expenditure for the financial year. State Revenue Fund* (plusieurs années), République de Namibie (Windhoek).

Ministère des Finances (Thaïlande). *2010a.* Gouvernement général et corporations publiques non financières (données annuelles). Thailand Public Finance Data. Fiscal Policy Office. (Bangkok). Disponible à l'adresse suivante http://dw.mof.go.th/foc/gfs/c.asp [consulté en septembre 2010].

—. 2010b. Central Government (monthly Data). (Bangkok). Disponible à l'adresse suivante: http://dw.mof.go.th/foc/gfs/a.asp [consulté en septembre 2010].

Ministère des Finances et de la Planification du développement (Lesotho). 2007. *Budget Speech to Parliament for the 2007/2008 Fiscal Year: Conducive investment climate essential for sustainable economic growth, job creation and poverty reduction.* (Maseru).

—. 2008. *Budget Speech to Parliament for the 2008/2009 Fiscal Year: The race for jobs, better life, high and sustainable growth must be won* (Maseru).

—. 2009a. *Background to the 2009/10 budget: A review of economic performance, 2003-2008; economics prospects, 2008-2012; and medium- term fiscal framework, 2009/10 – 2011/12.*

—. 2009b. *Government Budget Operations 2004-05 to 2008-09.* Government Budget (Maseru). Disponible à l'adresse suivante: www.finance.gov.ls/data/default.php [consulté en mai 2010].

—. 2010a. *Background paper to the 2010/11 budget speech.* (Maseru).

—. 2010b. *Budget Speech to Parliament for the 2010/2011 Fiscal Year: An aggressive domestic resource mobilisation and expenditure prioritisation is an imperative.* (Maseru).

Ministère des Finances et de la Planification du développement (MFDP) (Botswana). 2006. *Budget Speech* (Gaborone).

Ministère des Finances et du Trésor national (Brésil). 2010. *Série histórica da consolidação das contas públicas. Orçamentos fiscal e da seguridade social. Exercícios de 2000 a 2008.* (Brasilia) Disponible à l'adresse suivante: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/estatistica/index.asp [consulté en juin 2010].

Ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim (Brésil). 2010. *Bolsa Família*. Disponible à l'adresse suivante: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia [consulté en juin 2010].

Nyamongo, M. Schoeman, N. 2007. *The determinants of the structure of government expenditure in South Africa, Department of Economics,* (Pretoria, University of Pretoria). Disponible à l'adresse suivante: http://www.unidep.org/Release3/ Conferences/AES_2006/IDEP-AES-06-22.pdf [consulté en septembre 2012].

Nyanguru, A.C. 2007. *The Economic and Social Impacts of the old age pension on the Protection of the Basotho Elderly and their Households*, présenté lors de la Charlotte Maxeke Conference on the economics of social protection, Pilansberg, 12–15 juin.

Obuseng, S. 2007. *Multidimensional Poverty and Social Exclusion: The case of Botswana,* atelier HDRO, Nairobi, 26 septembre.

Office de sécurité sociale (Thaïlande). 2010. *Social Security Office Statistics*, (Nonta-Buri Province). Disponible à l'adresse suivante: http://www.sso.go.th/wpr/home_eng.jsp?lang=en [consulté en juin 2012].

Office national thaïlandais de statistiques (NSO). 2010. Base de données: *The 2007 Health and welfare survey*, (Bangkok).

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2010a. T*owards Universal access. Scaling up priority HIV/AIDS interventions in the health sector*, (Genève) Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/hiv/pub/2010progressreport/report/en/index.html [consulté en septembre 2012].

—. 2010b. *WHO Statistical Information System (WHOSIS)*, (Genève). Disponible à l'adresse suivante: http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp [consulté en mai 2010].

Paes de Sousa, R. 2010. *Enseñanzas de Bolsa Família*. Présentation pour le «III Foro de Pensamiento Social Estratégico de América Latina», New York, 22-23 février.

Pardo, R. 2010. Bolivia: *Mejorando el acceso a la educación y la salud materno-infantil mediante programas de incentivos monetarios*, Unité d'analyse des Politiques sociales et économiques, (La Paz, Ministère bolivien de la Planification du développement). Disponible à l'adresse suivante: http://www.fondoespanapnud.org/wp-content/uploads/2010/02/BOLIVIA-Pardo-Saravia.pdf [consulté en septembre 2012].

Patcharanarumol, W. 2008. *Universal Health care Coverage: Thailand Experience*. Présentation pour le Programme international de politique de la santé (*International Health Policy Program* - IHPP), Bureau de politique et stratégie sanitaires; Ministère de la Santé publique, New Delhi, 19-20 mai 2008. Disponible à l'adresse suivante: http://www.ilo.org/public/english/region/asro/bangkok/events/sis/download/paper56.pdf [consulté en septembre 2012].

Pelham, L. 2007. *The politics behind the non-contributory old age social pensions in Lesotho, Namibia and South Africa*, Document de travail n° 83 (Manchester, Chronic Poverty Research Centre).

Pitayarangsarit, S. 2004. *The Introduction of the Universal Coverage of Health Care Policy in Thailand: Policy Responses.* Thèse de PhD. London School of Hygiene and Tropical Medicine (Bangkok et Nonthaburi, Office national de sécurité sanitaire (NHSO) et Programme international de politique de la Santé (IHPP) (Thaïlande).

Pochmann, M. 2007. ''Política social na periferia do capitalismo: a situação recente no Brasil'' in *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 12, n° 6, p.1477-1489.

Programme alimentaire mondial (PAM). 2008. *World Food Programme 2007: Be part of the solution*. Rapport annuel 2007 (Rome).

Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD). 2009. *Human Development Report 2009*. Overcoming barriers: Human mobility and development (New York).

—. 2010. *International Human Development Indicators.* Base de données. Disponible à l'adresse suivante: http://hdrstats.undp.org/en/tables/ [consulté en juin 2010].

—. 2011. *Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All* (New York).

Programme régional de lutte contre la faim et la vulnérabilité (RHVP). 2007. *Lesotho: summary data on social protection schemes*, (Johannesburg) Disponible à l'adresse suivante: http://www.wahenga.net.

Sakunphanit, T. 2006. *Thailand: Universal Health Care Coverage through Pluralistic Approaches*, Initiatives d'extension de la sécurité sociale en Asie du Sud-Est. Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Asie du Sud-Est (Bangkok, OIT).

Save the Children UK, HelpAge International, Institute of Development Studies 2005. *Making Cash Count. Lessons from cash transfer schemes in east and southern Africa for supporting the most vulnerable children and households* (Londres, Brighton).

Scholz, W.; Cichon, M.; Hagemejer, K. 2000. *Social budgeting.* Quantitative Methods in Social Protection Series (Genève, OIT et AISS).

Shisana, O.; *et al.* 2009. *South African national HIV prevalence, incidence, behaviour and communication survey 2008: A turning tide among teenagers?* (Le Cap, Human Sciences Research Council Press).

Smith, M.J. *et al.* 2008. «Support for Social Health Insurance in South Africa» in*Journal of Health Management*, Vol. 10(1), pp. 1-8.

Soares, F. *et al.* 2006. *Programas de transferências de renda no Brasil: Impactos sobre a desigualdade*, (Niterói, ANPEC) Disponible à l'adresse suivante: http://www.anpec.org.br/encontro2006/artigos/A06A156.pdf [consulté en juin 2012].

Stewart, F.; Yermo J. 2009. «Pensions in Africa», *OECD Working Papers on Insurance and Private Pensions*, n° 30 (Paris, Organisation pour la Coopération économique et le développement).

Stockholm International Peace Research Institute. *SIPRI Millitary Expenditure Database*, (Stockholm) Disponible à l'adresse suivante: http://www.sipri.org/databases/milex [consulté en mai 2010].

Superintendencia de pensiones, seguros y valores (SPSV). 2009. *Boletín estadístico* (La Paz).

Tangcharoensathien, V. *et al.* 2007. *Achieving universal coverage in Thailand: What lessons do we learn?* The Health Systems Knowledge Network. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/universal_coverage_thailand_2007_en.pdf [consulté en avril 2010].

The International Policy Centre for Inclusive Growth (IPC-IG). 2008. *Evolução dos gastos sociais e transferência de renda no Brasil: Reflexões sobre o programa Bolsa Família.* (Brasilia).

Transparency International. 2010. Corruption Perceptions Index 2010. Disponible à l'adresse suivante: http://archive.transparency.org/policy_research/surveys_indices/cpi/2010/results [consulté en mai 2010].

Trejos, J. D. 2009. «Acceso, gasto y financiamiento de la política de combate a pobreza en Costa Rica» in V. Cépedes; R. Jiménez (eds): *Las políticas de combate a la pobreza en Costa Rica* (San José, Academia de Centroamérica).

Trésor national (Afrique du Sud). 2009. *Consolidated Financial Information for the year ended 31 March 2009* (Pretoria).

Unité d'analyse politique économique et sociale en Bolivie (UDAPE). 2009. *Dossier de Estadísticas Sociales y Económicas 2009*, Vol. 19, (La Paz) Disponible à l'adresse suivante: http://www.udape.gob.bo/index.php?option=com_wrapper&view= wrapper &Itemid=38 [consulté le 19 mai 2010].

—. 2010. *Bolivia: Situación actual y gasto publico social (GPS*). (La Paz, Ministère de la Planification du développement).

UNAIDS; Agence nationale de coordination pour la lutte contre le sida (NACA). 2010. *Progress Report of the National Response to the 2001 Declaration of Commitment on HIV and AIDS. Botswana Country Report 2010. Reporting period 2008-2009* (Gaborone).

Valdivia, D.; Montenegro, M. 2009. *El rol de la política fiscal en un entorno de crisis internacional: El caso boliviano*. Revue d'investigation et d'analyse, ingénierie commerciale, Juillet 2009, (La Paz, Escuela Militar de Ingeniería).

Wibulpolprasert, S. 2005. *MDGs and Universal Coverage of Essential Health Services: Experiences from Thailand*, présenté lors du High Level Forum On The Health Mdgs In Asia And The Pacific, Tokyo, 21-22 juin. Disponible à l'adresse suivante: http://www2.wpro.who.int/NR/rdonlyres/5DB24877-DD7E-499D-A2D2-473E32AE0F10/0/15ThailandMDGsanduniversalcoverageofessentialhealthservicesSWibulpolprasert.pdf [consulté en septembre 2012].

Woolard, I.; Leibbrandt, M. 2006. *Towards a Poverty Line for South Africa: Background Note* (Le Cap, Université du Cap).

Autres documents consultés

Agence de coordination nationale du VIH; ONUSIDA. 2010. Progress report of the national response to the 2001 Declaration of commitment on HIV and AIDS, Botswana country report 2010, Reporting period 2008-2009 (Genève).

Aguzzoni, L. 2008. The concept of fiscal space and its applicability to the development of social protection policy in Zambia. Document ESS n° 28 (Genève, BIT).

Association internationale de la sécurité sociale (AISS)/Administration de sécurité sociale des Etats-Unis (SSA). 2010. Social Security Programs Throughout the World: The Americas, 2009 (Genève et Washington).

Banque centrale du Brésil. 2008. Finanças Públicas. Sumário dos Planos Brasileiros de Estabilização e Glossário de Instrumentos e Normas Relacionados à Política Econômico-Financeira. 6ème édition révisée (Brasilia, Département de l'Economie).

—. 2010. Boletim Regional – Suplemento do Boletim do Banco Central do Brasil. Vol. 4, n° 1 (Brasilia).

Barrientos, A. 2007. Social pensions in low income countries, Brooks World Poverty Institute (Manchester, The University of Manchester and Chronic Poverty Research Centre).

Basic Income Grant Coalition. 2009. «Press Statement, 8th December 2009. Two year Basic Income Grant Pilot Project concluded - Dramatic effects on poverty and economic empowerment necessitate national implementation now!» (Windhoek, BIGNAM).

BBVA Previsión AFP. 2010. Datos estadísticos. Disponible à l'adresse suivante: http://www.prevision.com.bo/datosestadisticos.htm [consulté en mai 2010].

Bello, H.; et al. 2007. An evaluation of the poverty reduction impact of the non-contributory old age pension scheme in Lesotho: The case of Manonyane, présenté lors de la Conférence «Conference on the Economics of Social Protection» 12-15 juin, 2007, Pilansberg, Afrique du Sud, organise par le Département du Développement social, Afrique du Sud et le Département de l'Economie, Université de Pretoria.

—. 2007. Poverty reduction and non-contributory old age pension programme in the Roma Valley: Evidence from logistic probability model, présenté lors de la «Conference of the African Econometrics Society (AES)», Université du Cap, Afrique duSud, 4-6 juillet 2007.

Burger, C. 2009. Some fiscal incidence findings from the General Household Survey and Community Survey (Stellenbosch, Université de Stellenbosch).

Buthail, D. 1997. Poverty measurement in Botswana, présenté lors du Séminaire sur les statistiques de la pauvreté, Santiago, 7-9 mai.

Cardoso, J. C. (ed.) 2009. A constituição brasileira de 1988 revisitada: recuperação histórica e desafios atuais das políticas públicas nas áreas econômica e social, Vol. 1 (Brasilia, IPEA).

Castro de, J. A. 2009. Evolução e desigualdade na educação brasileira, Educ. Soc. 2009, Vol. 30, n° 108, pp. 673-697. Disponible à l'adresse suivante: www.scielo.br/pdf/es/v30n108/a0330108.pdf [consulté en août 2012].

Clark, F. et al. 2009. Envejecimiento con dignidad: Pensiones no contributivas para reducir la pobreza en el Perú (Lima, Caritas del Perú, UNFPA, HelpAge International, Mesa de Concertación para la lucha contra la Pobreza and ILO). Disponible à l'adresse suivante: http://www.ilo.org/gimi/gess/RessShowRessource.do?ressourceId=11201 [mai 2011].

CONARE. 2009. Estadísticas Costa Rica: Informe del Estado de la Nación – 2009, (San José). Disponible à l'adresse suivante: http://www.estadonacion.or.cr/index.php/estadisticas/costa-rica [consulté en mai 2011].

Department of Social Development (Afrique du Sud). 2002a. Reports of the Taylor Committee into a social security system for South Africa: Committee Report No 7: Retirement and old age, (Johannesburg).

—. 2002b. Reports of the Taylor Committee into a social security system for South Africa: Committee Report No 5: Social Protection: Employment and Unemployment, (Johannesburg).

—. 2006. Linking social grants beneficiaries to poverty alleviation and economic activity, Document de discussion, (Johannesburg).

Devereux, S. 2003. Policy Options for Increasing the Contribution of Social Protection to Food Security. Forum for food security in Southern Africa Papers Theme Paper 4 (Londres, Overseas Development Institute).

—. Cipryk, R. 2009. Social Protection in Sub-Saharan Africa: A Regional Review. Centre for Social protection (Brighton, Institute of Development Studies).

Doherty, J; McIntyre, D.; Gilson, L. 2000. «Social Health Insurance» in A. Ntuli (ed.): South African Health Review 2000 (Durban, Health Systems Trust), pp. 169-181.

Duncan, T.; Jefferis, K.; Molutsi, P. 2000. ‘‘Botswana: Social Development in a Resource-rich Economy’’ in S. Mehrotra; R. Jolly (eds): Development With a Human Face: Experiences in Social Achievement and Economic Growth. Chapter 4 (Oxford, Oxford University Press).

Economic and Social Commission for Asia and the Pacific of the United Nations (UN-ESCAP). 2007. Development of Health Systems in the Context of Enhancing Economic Growth towards Achieving the Millennium Development Goals in Asia and the Pacific (Bangkok).

Fonds de pension du gouvernement (GPF). 2008. Annual Report 2008 (Bangkok).

Fonds monétaire international (FMI). 2008. Government Finance Statistics Yearbook. Vol XXXII 2008 (Washington). Disponible à l’adresse suivante: http://www.imf.org/external/pubs/ft/gfs/yearbook/2008/gfsy08.pdf [consulté en juin 2010].

Gallardo, R. 2010. Costa Rica Programa de Transferencias Condicionadas «Avancemos», présenté pour le «III Foro de Pensamiento Social Estratégico de América Latina», New York, 22 février.

Gamboa, R. 2005. El costo fiscal del Sistema de Reparto: Proyección 2004-2060. Análisis Económico, Vol. 20 (La Paz, Unité d’analyse politique économique et sociale - UDAPE).

Gouvernement de la République de Namibie. 1994. Promulgation of Social Security Act, 1994 (Act 34 of 1994) of the Parliament, Government Gazette 6 décembre 1994, n° 992 (Windhoek).

—. 2007. Promulgation of Labour Act, 2007 (Act No. 11 of 2007) of the Parliament, Government Gazette 31 décembre 2007, n° 3971 (Windhoek).

—. 2008. Africa Cooperation Programme on Social Protection Promotion to African Countries, présenté lors du Séminaire sur la Promotion sociale et la protection sociale dans les pays africains, Brasilia, 25 août.

Harvey, C.; Lewis, S. R. 1990. Policy Choice and Development Performance in Botswana (Basingstoke, London and MacMillan).

Hassan, N.; Hendrie, S.; Okurut, N. 2008. Developing a broad-based employee pension scheme for Botswana. Etude préparée pour la FinMark Trust (Johannesburg, Genesis Analytics).

Heller, P. 2005. Understanding Fiscal Space, IMF Policy Discussion Paper PDP/05/4 (Washington, FMI).

Hinojosa, L.; Bebbington, A.; Barrientos, A.; Addison, T. 2010. Social Policy and State Revenues in Mineral-Rich Contexts. Social Policy and Development Programme Paper No. 44 (Genève, United Nations Research Institute for Social Development UNRISD).

Hope, K. R.; Somolekae, G. (eds.). 1998. Public administration and policy in Botswana (Le Cap, Juta & Co. Ltd.).

Hujo, K. (ed.). 2012. Mineral rents and the financing of social policy: opportunities and challenges, Social policy in a development context series (Genève, UNRISD et Basingstoke, Palgrave Macmillan).

Hujo, K.; McClanahan, S. (eds.). 2009. Financing social policy: mobilizing resources for social development. Social policy in a development context series (Genève, UNRISD et Houndmills, Palgrave Macmillan).

International Organisation of Pension Supervisors. 2009. Botswana Pension System Overview, (Paris) Disponible à l'adresse suivante: http://www.iopsweb.org [juin 2010].

Islam, I. 2009. The global economic crisis and developing countries: transmission channels, fiscal and policy space and the design of national responses. Employment Policy Department. Employment Sector. Employment Working Paper No. 36, (Genève, BIT).

Islam, R.; Mujeri, M.K.; Ali, Z. 2011. Fiscal and policy space for crisis response with a focus on employment and labour market: study of Bangladesh. Employment Policy Department. Employment Sector. Employment Working Paper No. 92, (Genève, BIT).

Jorge, E. et al. 2007. Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS no Brasil, Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento (Brasília, Ministère de la Santé). Disponible à l'adresse suivante: http://portal.saude.gov.br/portal/ arquivos/pdf/estudo_seguridade_social.pdf.

Kapunda, S.; Mmolawa, B. 2007. The role of informal sector and self-employment in poverty alleviation in Botswana, Botswana Institute for Development Policy Analysis (Botswana, Université du Botswana).

Kleiman, F. 2010. El sistema de Protección a la infancia en Brasil Document présenté lors de l'atelier: «Taller Internacional Sistema de Protección a la Infancia», Santiago, 21 janvier.

Kuugongelwa-Amadhila, S. 2007. Statement for the 2007/2008 Budget (Windhoek, ministère des Finances).

Lengwe-Katembula, M.; Taolo, L.; Kwaku, O. 1998. «The practice of social policy in Botswana» in Journal of Social Development in Africa, Vol. 13 No. 2, pp. 55-74.

Martner, R.; Aldunate, E. 2006. Política fiscal y protección social, Gestión Pública, No. 53 (Santiago, ECLAC) Disponible à l'adresse suivante: http://www.eclac.org/ publicaciones/xml/ 9/24239/sgp53.PDF [consulté en mai 2010].

Mathauer, I. et al. 2007. Feasibility assessment and financial projection results for a social health insurance scheme in Lesotho, Report of the technical support mission (Genève, OMS).

Matsuyama, K. 2005. ''Poverty Traps'' in L. Blume; S. Durlauf (eds.): The New Palgrave Dictionary of Economics, 2nd Edition (Basingstoke, Palgrave Macmillan). Disponible à l'adresse suivante: faculty.wcas.northwestern.edu/~kmatsu/Poverty%20Traps.pdf [consulté en mai 2010].

Maundeni, T. 2009. «Care for Children in Botswana: The social work role» in Social Work & Society. International Online Journal. Vol 7, No. 1. Disponible à l'adresse suivante http://www.socwork.net/sws/article/view/41/344 [consulté le 29 août 2012].

Ministère de la Santé publique (MOPH) (Thaïlande). 2008. Thailand Health Profile Report 2005-2007, (Nonthaburi)

Ministère de la Sécurité sociale (Brésil). 2010. «Regime Geral de Previdência Social: Balanço do Ano de 2009» in Informe de Previdência Social, Vol. 22, No. 1, (Brasilia, Secretaria de Previdência Social).

Ministère de l'Economie et des Finances publiques (MEFP) (Bolivie). 2009. Bolivia asumió medidas anti crisis desde 2008, Pulso Fiscal 8 (La Paz). Disponible à l'adresse suivante: http://www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?opcion=com_contenido&ver=contenido&id=586&id_item=640&seccion=269&categoria=416 [consulté en mai 2010].

—. 2010. Estadísticas Económicas, (La Paz). Disponible à l'adresse suivante: http://www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?opcion=com_indicadores&ver=indicadores [consulté en mai 2010].

Ministère de l'Education (MEP). 2010. Informe de Labores 2006-2010. Anabelle Castillo López. Dirección de Programas de Equidad (San José).

Ministère des Finances et de la Planification du Développement (Lesotho). 2000. Guidelines for the registration and payment of the African pioneer corps pensions (Maseru).

Ministères du Logement et des Affaires sociales (Ministerio de Vivienda y Asentamientos Humanos - MIVAH) (Costa Rica). 2009. La contribución del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda al Sector Social. Compendio Estadístico 2009. Chapitre 4 (San José).

Ngalawa, H.; Ahmed, K.; Whiteside, A. 2010. Public Health Expenditure Implications of the Southern African Customs Union Revenue Volatility in BLNS Countries, (Durban, Université de KwaZulu-Natal).

Office central des statistiques (CSO) (Botswana). 2009. Botswana Statistical Year Book 2008 (Gaborone, Statistics Botswana).

Organisation de Coopération et de Développement Economiques (OCDE). 2006. «Botswana» inOCDE/Banque africaine de développement, African Economic Outlook 2006, (Paris), pp.137-147. Disponible à l'adresse suivante: http://www.oecd.org/dataoecd/11/58/36748457.pdf [consulté en mai 2010].

—. 2010. OECD Economic Surveys: South Africa 2010. Vol. 2010/11 (Paris, OCDE).

Organisation internationale du Travail (OIT). Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952.

—. 2009. Bolsa Família en Brasil: Contexto, Concepto e Impacto [Bolsa Família au Brésil: Contexte, concept et impact] (Genève).

—. 2011. La sécurité sociale pour une justice sociale et une mondialisation équitable. Discussion récurrente sur la protection sociale (sécurité sociale) en vertu de la Déclaration de l'OIT sur la justice sociale pour une mondialisation équitable, 2011, Conférence internationale du Travail, 100e Session, Genève, 2011.

Organisation mondiale de la Santé (OMS). 2010. World Health Statistics 2010. Disponible à l'adresse suivante: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS10_Full.pdf [consulté en juin 2010].

Ortiz, I.; Chai, J.; Cummins, M. 2011. Identifying Fiscal Space: Options for Social and Economic Development for Children and Poor Households in 184 Countries, UNICEF Social and Economic Policy Working Paper (New York).

Pauw, K.; Mncube, L. 2007. Expanding the social security net in South Africa: Opportunities, Challenges and Constraints. Cash Transfer Research Programme, Country Study No 8, (Brasilia, International Poverty Centre).

Perry, G. et al. 2006. Poverty reduction and growth: virtuous and vicious circles. World Bank Latin American and Caribbean Studies (Washington, Banque mondiale).

Population Reference Bureau. 2010. Charts and maps by topic. Demographics (Washington). Disponible à l'adresse suivante: http://www.prb.org/DataFinder/Topic.aspx?cat=3 [consulté en mai 2010].

Programme alimentaire mondial (PAM). 2009. «El costo del hambre en Bolivia. Impacto social y económico de la desnutrición infantil» Serie Sistema de Información Gerencial de Seguridad Alimentaria (La Paz).

Roy, R.; Heuty, A. (eds.). 2009. Fiscal Space: Policy options for financing human development (New York et Londres, PNUD et Earthscan Publishers).

Salim, M. 2001. ''The Thailand Social Investment Fund: Providing Social Assistance and Building Social Capital» in Social Funds Innovations Updates, Vol. 1, No. 1, Sep. (Washington, Banque mondiale).

Salter, B. 2006. Social Protection in Thailand: Issues and Options, Bureau sous-régional de l'OIT pour l'Asie de l'Est (Bangkok, OIT).

Samson, M. et al. 2004. The Social and Economic Impact of South Africa's Social Security System, Commissioned by the Economics and Finance Directorate, Department of Social Development, EPRI Research Paper #37 (Le Cap, Economic Policy Research Institute).

Scheil-Adlung, X. et al. 2006. What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries. ESS Paper N°24 (Genève, BIT).

Schleberger, E. 2002. Namibia's Universal Pension Scheme: Trends and challenges. ESS Paper No.6 (Genève, OIT).

Social Protection in Asia (SPA). 2009a. Making Universal Health Coverage Schemes More Effective to Solve the Informal Workers' Health Problems. Policy Brief on Health Insurance (New Delhi and Brighton, Institute for Human Development and the Institute of Development Studies - IDS).

—. 2009b. Extending Social Security Cover to Informal Workers Is a Must. Policy Brief on Social Security (New Delhi and Brighton, Institute for Human Development and the Institute of Development Studies - IDS).

South African Revenue Service (SARS). 2002. Unemployment insurance contributions. Guideline to employers. (Pretoria). Disponible à l'adresse suivante: http://www.sars.gov.za/home.asp?pid=4150 [juin 2012].

—. 2010. Budget 2010/2011. Tax Highlights. (Pretoria). Disponible à l'adresse suivante: http://www.sars.gov.za/Tools/Documents/DocumentDownload.asp?FileID=55500 [consulté en septembre 2012].

Statistics South Africa (STATSSA). 2009. Financial statistics of national government, 2007/2008/2009 (Pretoria). Disponible à l'adresse suivante: http://www.statssa.gov.za/publications/P91193/P911932008.pdf [consulté en juin 2010].

Subbarao, K. 1998. Namibia´s Social Safety Net: Issues and Options for Reform, Policy Research Working Paper No. 1996 (Washington, Banque mondiale).

Tangcharoensathien, V. et al. 2007. Achieving universal coverage in Thailand: what lessons do we learn? Document élaboré dans le cadre du «Health System Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health Determinants of Health.»

Trésor national (South Africa). 2007. Social Security and Retirement Reform, Deuxième document de discussion (Pretoria).

UNICEF. 2009. Fiscal Space for Strengthened Social Protection: West and Central Africa. Regional thematic report 2 study (Dakar et Londres, UNICEF et Overseas Development Institute).

UNRISD. 2010. Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics (Genève, UNRISD).

Van der Berg, S. 2009. Fiscal incidence of social spending in South Africa, 2006. A report to National Treasury (Université de Stellenbosch).

Vice-ministère du Développement social (Costa Rica). 2009. Avancemos. Programa de Transferencias Monetarias Condicionadas. (San José, Rectoría del Sector Social y Lucha Contra la Pobreza).

Willmore, L. 2004. Universal Pensions in Low-Income Countries. Initiative for Policy Dialogue, Pensions and Social Insurance Section, Discussion Paper No. IPD-01-05.

—. 2006a «Non-contributory pensions: Bolivia and Antigua in an international context» in Series CEPAL Financiamiento del Desarrollo No 167 (Santiago, Nations Unies).

—. 2006b. Universal Pensions for Developing Countries (Laxenburg, International Institute for Applied Systems Analysis).

Yamabana, Hiroshi. 2005. New approaches to extending social security coverage. Overview and challenges of social security coverage: Country examples in East Asia. Document présenté lors de la réunion du conseil d'administration de l'AISS dans la région de l'Asie et du Pacifique, Séoul, 9-11 Nov. 2005. AISS, Genève. Disponible à l'adresse suivante: http://www.issa.int/pdf/seoul05/2yamabana.pdf [consulté en juin 2010].

Autres documents publiés dans cette série

Document ESS n° 38 – Rapport sur l'»Atelier de mapping des statistiques et indicateurs de protection sociale existants contribuant à la surveillance de l'extension de la protection sociale par le biais des socles de protection sociale», organisé à Genève, en Suisse, les 13, 14 et 15 mars 2013.
Elaboré par Tessier, L.; Bonnet, F. (Genève, Bureau international du Travail, 2013)
Disponible en anglais

Document ESS n° 37 – Socles de protection sociale et égalité entre hommes et femmes. Une introduction
Tessier, L.; Stern Plaza, M.; Behrendt, C.; Bonnet, F.; St-Pierre Guilbault, E. (Genève, Bureau international du Travail, 2013)
Disponible en anglais

Document ESS n° 36 – Investissement socialement responsable, travail décent et fonds de pension: concepts et expériences internationales
Goy, J.; Schwarzer, H. (Genève, Bureau international du Travail, 2013)
Disponible en anglais

Document ESS n° 35 – Extension de la sécurité sociale et responsabilité sociale des entreprises multinationales: étude exploratoire
Tessier, L.; Schwarzer, H. (Genève, Bureau international du Travail, 2013)
Disponible en anglais

Document ESS n° 34 – Construire des socles de protection sociale. Partage d'expériences novatrices
(Genève, Bureau international du Travail, 2012)
Traduction de Sharing Innovative Experiences: Successful Social Protection Floor Experiences (PNUD, 2011).

Document ESS n° 33 – Fiscal space and the extension of social protection. Lessons learnt from developing countries.
Durán-Valverde, F.; Pacheco, J. F. (Genève, Bureau international du Travail, 2012)

Document ESS n° 32 – Analysis of the Viet Nam national social protection strategy (2011-2020) in the context of the social protection floor objectives.
Cichon, M.; Schmitt, V.; Bonnet, F.; Galian, C.; Mazelkaite, G. (Genève, Bureau international du Travail, 2012)

Document ESS n° 31 – Can the European elderly afford the financial burden of health and long-term care? Assessing impacts and policy implications.
Scheil-Adlung, X.; Bonan, J. (Genève, Bureau international du Travail, 2012)

Document ESS n° 30 – Social security and food security. Successful policy experiences in Brazil. Delgado, G. (Genève, Bureau international du Travail, 2012)

Document ESS n° 29 – Evidence on gender inequities in social health protection. The case of women living in rural areas.
Scheil-Adlung, X.; Kuhl, Catharina (Genève, Bureau international du Travail, 2012)

Document ESS n° 28 – The concept of fiscal space and its applicability to the development of social protection policy in Zambia.
Aguzzoni, L. (Genève, Bureau international du Travail, 2012)

Document ESS n° 27 – Paid sick leave. Incidence, patterns and expenditure in times of crisis.
Scheil-Adlung, X.; Sander, L. (Genève, Bureau international du Travail, 2011)

Document ESS n° 26 – Voluntary insurance provisions in national social security schemes. Unilateral actions of the countries of origin. Contribution to the MIGSEC project Extending the social security rights of African migrant workers.
Hempel, F. (Genève, Bureau international du Travail, 2010)

Document ESS n° 25 – Perspectives on the social security system of China.
Drouin, A.; Thompson, H.; et al. (Genève, Bureau international du Travail, 2006)

Document ESS n° 24 – What is the impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment? A comparative analysis of three African countries. Scheil-Adlung, X.; Carrin, G.; Juetting, J.; Ke Xu, K., et al. (Genève, Bureau international du Travail, 2006)

Document ESS n° 23 – The impact of social health protection on access to health care, health expenditure and impoverishment. A case study of South Africa. Lamiraud, K.; Booysen, F.; Scheil-Adlung, X.(Genève, Bureau international du Travail, 2005)

Document ESS n° 22 – The role of social health protection in reducing poverty. The case of Africa. Waelkens, M. P.; Soors, W.; Criel, B. (Genève, Bureau international du Travail; STEP, 2005)

Document ESS n° 21 – Social security, poverty reduction and development. Arguments for enlarging the concept and coverage of social security in a globalizing world.
Kannan, K. P. (Genève, Bureau international du Travail, 2004)

Document ESS n° 20 – Extension de la couverture de la sécurité sociale en Afrique
Bailey, C. (Genève, Bureau international du Travail, 2004)
Disponible en anglais

Document ESS n° 19 – Sharpening the focus on the poor. Policy options for advancing social health protection in Indonesia.
Scheil-Adlung, X. (Genève, Bureau international du Travail, 2004)

Document ESS n° 18 – The Welfare Fund for construction workers in Tamil Nadu.
Krishnamurthy, V.; Nair, R. P. (Genève, Bureau international du Travail, 2003)

Document ESS n° 17 – The Bono Solidario in Ecuador. An exercise in targeting.
Velásquez Pinto, M. D. (Genève, Bureau international du Travail, 2003)
Disponible en espagnol

Document ESS n° 16 – Gender equality and the extension of social protection.
Sabates-Wheeler, R.; Kabeer, N. (Genève, Bureau international du Travail, 2003)

Document ESS n° 15 – Extending social security. Challenges for Cape Verde.
Ferreira, O. (Genève, Bureau international du Travail, 2003)

Document ESS n° 14 – Social programmes, food security and poverty in Peru.
Palomino, J. F. (Genève, Bureau international du Travail, 2003)
Disponible en espagnol

Document ESS n° 13 – Etendre la sécurité sociale. Politiques pour les pays en développement
Van Ginneken, W. (Genève, Bureau international du Travail, 2003)
Disponible en anglais et en espagnol

Document ESS n° 12 – La protection sociale et les crises aux Congo. De l'aide humanitaire vers une protection sociale durable.
Van Ginneken, W. (Genève, Bureau international du Travail, 2003)
Disponible en anglais

Document ESS n° 11 – Non-contributory pensions in Brazil. Their impact on poverty reduction.
Schwarzer, H.; Querino, A. C. (Genève, Bureau international du Travail, 2002)

Document ESS n° 10 – Public-private partnerships in the health sector. Experiences from developing countries.
Jütting, J. (Genève, Bureau international du Travail, 2002)

Document ESS n° 9 – Etendre l'assurance santé au Sénégal: possibilités à travers les régimes statutaires et les organisations mutualistes
Fall, C. (Genève, Bureau international du Travail, 2002)
Disponible en anglais

Document ESS n° 8 – Anti-poverty programmes in Costa Rica. The non-contributory pension scheme. Durán-Valverde, F. (Genève, Bureau international du Travail, 2002).
Disponible en espagnol

Document ESS n° 7 – Extending health protection in Tanzania. Networking between health financing mechanisms. Steinwachs, L. (Genève, Bureau international du Travail, 2002).

Document ESS n° 6 – Namibia's universal pension scheme. Trends and challenges. Schleberger, E. (Genève, Bureau international du Travail, 2002)

Document ESS n° 5 – The non-contributory pension programme in Argentina. Assessing the impact on poverty reduction.
Bertranou, F.; Grushka, C. O. (Genève, Bureau international du Travail, 2002)

Document ESS n° 4 – Vers l'universalisation de la sécurité sociale. L'expérience de la Tunisie.
Chaabane, M. (Genève, Bureau international du Travail, 2002)
Disponible en anglais

Document ESS n° 3 – Extension de la sécurité sociale: la démarche du Bureau international du Travail
Reynaud, E. (Genève, Bureau international du Travail, 2002)
Disponible en anglais et en espagnol

Document ESS n° 2 – Labour markets and social security coverage. The Latin American experience. Cruz-Saco, M. A. (Genève, Bureau international du Travail, 2002)

Document ESS n° 1 – Achieving health insurance for all. Lessons from the Republic of Korea. Kwon, S. (Genève, Bureau international du Travail, 2002)