

---

# **ESS – Extension de la Sécurité Sociale**

## **Coordination institutionnelle et socles de protection sociale**

Expériences en Amérique latine  
(Argentine, Brésil, Chili, Mexique, Uruguay)

Document élaboré sous la direction de:  
Helmut Schwarzer  
Lou Tessier  
Sarah Gammage

**Document ESS n°40**

Bureau international du Travail, Genève

---

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](mailto: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](http://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*

Schwarzer, Helmut ; Tessier, Lou ; Gammage, Sarah

Coordination institutionnelle et socles de protection sociale: Expériences en Amérique latine : Argentine, Brésil, Chili, Mexique, Uruguay / Helmut Schwarzer ; Lou Tessier ; Sarah Gammage ; Bureau international du Travail. - Geneva : BIT, 2014.

ESS paper, No. 40; ISSN 1020-9581 ; 1020-959X (web pdf)

International Labour Office

protection sociale / sécurité sociale / administration de la sécurité sociale / politique de la sécurité sociale / législation de sécurité sociale / Argentine / Brésil / Chili / Mexique / Uruguay

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 internationale 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](mailto: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](mailto:pubvente@ilo.org).

Visitez notre site Web: [www.ilo.org/publins](http://www.ilo.org/publins).

---

## Avant-propos

Cette publication fait partie d'un travail de recherche sur l'un des aspects clés de la mise en œuvre de socles de protection sociale, initié par le Bureau international du Travail suite à l'adoption presque unanime de la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, par la Conférence internationale du Travail en juin 2012. Le consensus ayant permis l'adoption de cette nouvelle norme internationale du travail est le résultat d'un processus sur dix ans qui a suivi: le lancement de la campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous; des travaux de recherche; des consultations tripartites aux niveaux mondial, régional et national; et des activités en collaboration avec les autres organisations du système des Nations Unies, les institutions financières internationales et les organisations de la société civile.

La stratégie bidimensionnelle de l'OIT fournit des orientations claires sur les développements futurs de la sécurité sociale dans chaque pays, quel que soit son niveau de développement. La dimension horizontale vise l'établissement et le maintien des socles de protection sociale comme élément fondamental des systèmes nationaux de sécurité sociale. La dimension verticale a pour objectif la mise en œuvre des stratégies d'extension de la sécurité sociale qui garantissent progressivement des niveaux de protection plus élevés au plus grand nombre de personnes possible, conformément aux lignes directrices des normes de sécurité sociale de l'OIT. Ensemble, ces deux dimensions visent l'établissement de systèmes de sécurité sociale qui soient en adéquation avec les priorités, les ressources et la situation du pays. Dans ce contexte, la question de la coordination institutionnelle, à différents niveaux (entre les ministères de tutelle, les institutions de protection sociale, les régimes et les entités décentralisées, etc.) s'est révélée un enjeu majeur pour la construction de systèmes complets de protection sociale.

Les études de cas incluses dans ce rapport ont été présentées et ont fait l'objet de discussions au cours du séminaire régional sur «Le rôle des socles de protection sociale dans les systèmes complets de sécurité sociale en Amérique latine et dans les Caraïbes», organisé par le Bureau régional de l'OIT pour l'Amérique latine et les Caraïbes en août 2013 à Lima (Pérou). Ce document comprend aussi les résultats des discussions sur le thème de la coordination institutionnelle tenues dans le cadre du séminaire. Nous espérons que cette publication sera utile aux professionnels de la sécurité sociale en Amérique latine et dans tous les pays où des systèmes de protection sociale complets et des socles de protection sociale sont en cours d'élaboration.

Isabel Ortiz  
Directrice  
Département de la Protection sociale  
Bureau international du Travail

Elizabeth Tinoco  
Directrice  
Direction régionale pour l'Amérique latine  
et les Caraïbes  
Bureau international du Travail



---

## Table des matières

	<i>Page</i>
Avant-propos.....	iii
Remerciements.....	xi
Abréviations.....	xiii
1. Coordination institutionnelle et socles de protection sociale en Amérique latine: introduction.....	1
1.1. Socles de protection sociale: définition, cadre législatif et nécessité de coordination.....	1
1.2. Expériences de certains pays d'Amérique latine: bonnes pratiques et défis.....	6
1.2.1. Profil des pays en termes de protection sociale: Argentine, Brésil, Chili, Mexique et Uruguay.....	6
1.2.2. Coordination institutionnelle pour la protection sociale en Argentine, au Brésil, au Chili, au Mexique et en Uruguay.....	11
1.3. Bibliographie.....	16
2. Pratique des mécanismes de coordination interinstitutionnelle des socles de protection sociale: le cas de l'Argentine.....	17
2.1. Introduction.....	17
2.2. Conceptualisation, coordination et intégration pour le SPS.....	17
2.2.1. Coordination et intégration de politiques sociales.....	17
2.2.2. Caractéristiques d'un système de coordination et d'intégration des interventions sociales.....	19
2.2.3. Recherche d'efficacité dans les interventions sociales.....	20
2.2.4. Le SPS, outil de planification, d'intégration et de coordination des interventions publiques.....	21
2.3. Socle de protection sociale dans l'Argentine actuelle.....	21
2.3.1. Garantie de soins de santé essentiels.....	23
2.3.2. Garantie de revenu pour les enfants.....	27
2.3.3. Garantie de sécurité de revenu pour la population active.....	28
2.4. Institutions formelles liées au SPS et coordination interinstitutionnelle.....	36
2.4.1. Conseil national de coordination des politiques sociales.....	36
2.4.2. Conseils fédéraux.....	38
2.4.3. Administration nationale de la sécurité sociale.....	40
2.4.4. Direction générale des services de santé.....	41
2.4.5. Mécanismes de coordination institutionnelle liés par l'Allocation universelle pour enfant à charge.....	42
2.5. Enseignements tirés, défis à relever.....	44
2.5.1. Enseignements tirés.....	44
2.5.2. Défis à relever.....	47
2.6. Conclusion.....	48

2.7.	Bibliographie .....	49
3.	Coordination institutionnelle, protection sociale et minima sociaux au Brésil .....	51
3.1.	Introduction.....	51
3.2.	Le système de sécurité sociale au Brésil.....	52
3.2.1.	Cadre institutionnel de la sécurité sociale au Brésil .....	52
3.2.2.	Conception de la sécurité sociale brésilienne: assurance sociale contributive, soins de santé universels, assistance sociale ciblée .....	54
3.2.3.	Degré de couverture de sécurité sociale .....	61
3.2.4.	Lacunes de la sécurité sociale brésilienne .....	64
3.3.	Programme <i>Brasil Sem Miséria</i> et coordination interinstitutionnelle.....	65
3.3.1.	Conception et défis du programme <i>Brasil Sem Miséria</i> .....	65
3.3.2.	Gestion du programme <i>Brasil Sem Miséria</i> .....	72
3.3.3.	Structure de gestion du programme <i>Brasil sem Miséria</i> .....	73
3.3.4.	Coordination des politiques sociales de lutte contre la pauvreté et la sécurité sociale.....	75
3.4.	Conclusion .....	76
3.5.	Bibliographie .....	77
4.	Pratique des mécanismes de coordination interinstitutionnelle des socles de protection sociale: le cas du Chili.....	80
4.1.	Introduction.....	80
4.2.	Structure et garanties élémentaires du socle de protection sociale au Chili .....	81
4.2.1.	Respect des garanties élémentaires du socle de protection sociale au Chili .....	87
4.2.2.	Accès aux garanties du socle de protection sociale: instruments de ciblage différenciés selon les prestations .....	94
4.3.	Le Système intégré d'information sociale comme mécanisme de coordination interinstitutionnelle .....	95
4.4.	Cadre juridique et conception institutionnelle des mécanismes de coordination pour le pilier non contributif de la protection sociale .....	97
4.5.	Le modèle de gestion de <i>Chile Solidario</i> comme conception de référence pour la coordination intersectorielle .....	105
4.5.1.	Modèle de mise en œuvre territoriale de <i>Chile Solidario</i> .....	110
4.5.2.	Modèle de gestion et coordination intersectorielle territoriale de CHS.....	111
4.6.	Réussites et enseignements tirés des pratiques de coordination interinstitutionnelle de CHS.....	114
4.7.	Conclusion .....	117
4.8.	Bibliographie .....	117
5.	Approche des instruments de coordination et d'articulation de la politique de protection sociale et de développement social au Mexique .....	121
5.1.	Introduction.....	121
5.2.	Protection sociale au Mexique et mécanismes d'articulation des politiques de développement social liées à la protection sociale .....	121
5.2.1.	Approches de la politique sociale .....	124

5.2.2. Politique sociale au Mexique et mécanismes d'articulation.....	125
5.3. Programmes liés à la protection sociale.....	131
5.3.1. Pensions pour les personnes âgées .....	131
5.3.2. Système national de protection sociale en santé.....	134
5.3.3. PROGRESA/Oportunidades.....	138
5.4. Evaluation de la politique de développement social.....	142
5.4.1. Contexte.....	142
5.4.2. Evaluation de la politique sociale et de la LGDS .....	143
5.4.3. CONEVAL et structure institutionnelle d'évaluation .....	145
5.5. Conclusion .....	147
5.6. Bibliographie .....	147
6. Coordination interinstitutionnelle et socle de protection sociale en Uruguay.....	152
6.1. Introduction.....	152
6.2. Contexte social en Uruguay.....	153
6.3. Programmes destinés aux groupes vulnérables: le Plan d'équité et le Réseau d'assistance et d'intégration sociale (RAIS).....	157
6.3.1. Bref historique du Plan d'équité et de son cadre contextuel .....	157
6.3.2. Agenda social du premier gouvernement du FA et changements accomplis récemment .....	160
6.3.3. Le RAIS et ses programmes .....	161
6.4. Principaux domaines de coordination des programmes destinés aux groupes vulnérables.....	169
6.4.1. Ministère du Développement social et coordination dans le domaine social.....	169
6.4.2. Espaces de coordination .....	171
6.4.3. Conseil national de politiques sociales (CNPS) .....	173
6.4.4. Coordination des programmes sociaux «prioritaires» .....	177
6.4.5. Evaluation des programmes sociaux et développement des systèmes d'information comme mesure de soutien à la coordination.....	178
6.5. Goulots d'étranglement pour la coordination .....	179
6.6. Conclusion .....	181
6.7. Annexes .....	183
Annexe 1: Liste des personnes interviewées dans le cadre du présent chapitre .....	183
Annexe 2: Programmes sociaux compris dans le Plan d'équité .....	184
Annexe 3: Tableaux analytiques des programmes d'assistance sociale .....	187
Annexe 4: Principaux espaces de coordination et d'articulation auxquels participe le MIDES .....	189
6.8. Bibliographie .....	191
7. Conclusions.....	193

---

## **Tableaux**

3.1.	Bolsa Família: seuil de pauvreté et montant mensuel des prestations.....	59
3.2.	Montant des prestations de sécurité sociale (en pourcentage du PIB), 2005-2012 .....	61
3.3.	Paramètres de financement: composantes essentielles et complémentaires (2013).....	70
4.1.	Socle de protection sociale au Chili .....	83
4.2.	Couverture des programmes de Chile Solidario .....	86
4.3.	Dépenses et couverture de Chile Solidario et du Revenu familial éthique .....	91
4.4.	Evolution des instruments de ciblage.....	95
4.5.	Lois et programmes ciblant l'extrême pauvreté ou la vulnérabilité.....	99
4.6.	Nouvelle institution ministérielle .....	101
4.7.	Coordination intersectorielle horizontale .....	102
4.8.	Coordination intersectorielle des programmes.....	104
4.9.	Modalités de gestion de la coordination intersectorielle .....	109
5.1.	Personnes affiliées ou non à la sécurité sociale à l'échelle nationale, 2009.....	122
5.2.	Personnes affiliées par type d'institution à l'échelle nationale, 2009 .....	123
5.3.	Programmes correspondants à chaque aspect de la stratégie Contigo .....	128
5.4.	Indicateurs élémentaires sur les pensionnés à l'échelle nationale, 2009.....	132
5.5.	Programme de pensions pour les personnes âgées du SEDESOL .....	133
5.6.	Type de service médical auquel les personnes ont recouru le plus fréquemment au cours de l'année écoulée, 2009.....	134
6.1.	Indicateurs du marché de l'emploi, 1995-2012.....	155
6.2.	Organismes responsables des programmes sociaux du Plan d'équité.....	159
6.3.	Programmes d'assistance sociale par institution .....	165
6.4.	Instruments politiques utilisés dans les programmes d'assistance sociale.....	165
6.5.	Structure des programmes en fonction du nombre d'unités bénéficiaires .....	167
6.6.	Nombre de programmes rattachés à un plan ou un système de coordination officiel .....	168
6.7.	Nature du lien entre le programme d'assistance sociale et le plan ou le système .....	169



---

## Figures

1.1.	La stratégie bidimensionnelle pour l'extension de la sécurité sociale .....	2
1.2.	Dépenses publiques de protection sociale (en pourcentage du PIB).....	6
1.3.	Personnes recevant une pension de vieillesse, année la plus récente.....	7
1.4.	Population économiquement active cotisant à un régime de retraite (15 à 64 ans), année la plus récente (en pourcentage) .....	8
1.5.	Niveaux de quelques programmes de pensions non contributives, 2012.....	8
1.6.	Dépenses totales de santé (hors dépenses directes) par habitant en dollars, 2010 .....	9
1.7.	Couverture et couverture ajustée de protection sociale de santé.....	10
1.8.	Couverture effective des principaux programmes d'allocations familiales non contributives, dernière année disponible, 2011 ou 2012, selon le programme .....	11
2.1.	Instances de coordination pour le socle de protection sociale .....	19
2.2.	Allocation universelle pour enfant à charge, couverture effective des ménages .....	42
3.1.	Nombre de bénéficiaires de la prévoyance sociale (retraites et pensions), 2005-2012.....	55
3.2.	Evolution des dépenses fédérales par habitant pour les mesures et les services de santé publique (en valeurs constantes en réaux, 2012).....	57
3.3.	Nombre de bénéficiaires de la BPC (personnes âgées et personnes handicapées) et dépenses totales annuelles, 2005-2012.....	58
3.4.	Répartition par modalité de prestations du programme Bolsa Família, 2013 .....	59
3.5.	Evolution des dépenses de Bolsa Família, 2005-2012.....	60
3.6.	Répartition des prestations de Bolsa Família au niveau régional.....	61
3.7.	Répartition des personnes pauvres par groupe d'âge, 2001-2011 .....	62
3.8.	Structure de gestion de Brasil sem Miséria.....	74
4.1.	Principales composantes du pilier non contributif de la protection sociale au Chili.....	85
4.2.	Changements au niveau des institutions de coordination intersectorielle .....	114
5.1.	Ménages sans couverture de programmes sociaux ou de sécurité sociale, 1996-2010, à l'échelle nationale (en pourcentage).....	124
5.2.	Budget attribué à Seguro Popular (en millions de pesos), 2004-2012 .....	135
5.3.	Régime tripartite de cotisations annuelles par personne, 2012 .....	136
5.4.	Augmentation cumulée du nombre d'affiliés au Seguro Popular (en millions de pesos), 2004-2012 .....	137
5.5.	Budget du programme Oportunidades (en milliards de pesos), 1997-2012.....	140

---

5.6.	Couverture du programme Oportunidades (millions de ménages), 1997-2012 .....	141
6.1.	Produit intérieur brut, 1995-2011 .....	154
6.2.	Evolution de la pauvreté et de l'indigence, 2001-2012.....	154
6.3.	Travailleurs non déclarés à la sécurité sociale, 2006-2012.....	156
6.4.	Evolution du coefficient de Gini, 1993-2010.....	156
6.5.	Taux de pauvreté par tranche d'âge en Uruguay, 2012.....	157
6.6.	Représentation graphique du RAIS.....	162
6.7.	Structure des programmes d'assistance sociale par critères d'âge.....	166
6.8.	Schéma des espaces de coordination du MIDES .....	171
6.9.	Le Cabinet social, ses conseils et ses commissions.....	175

### **Encadrés**

5.1.	Mécanismes employés par le SPSS pour assurer la couverture de santé de la population.....	138
5.2.	Objectifs du programme PROGRESA.....	138
5.3.	Principaux résultats du programme PROGRESA/Oportunidades d'après les évaluations indépendantes de l'impact (2001-2006) .....	142

---

## Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les spécialistes de la sécurité sociale de l'OIT en Amérique latine pour leur appui à l'élaboration de cette publication. Les auteurs tiennent tout particulièrement à remercier Fabio Bertranou et Pablo Casali.

Les auteurs remercient également Christine Bockstal, Fabio Durán Valverde et Florence Bonnet pour leur précieuse contribution. Ils sont également reconnaissants envers toutes les personnes qui ont participé à la publication de ce document, en particulier Andjali Cochet, Verena Damerou, José Maurizio Dellepiane, Olivia De Vendevre, Julien Goy, Emilie Lafore, Claire Michelin, Lisandro Nanzer, Karuna Pal et Jennyffer Pfister. Merci à Victoria Giroud-Castiella pour l'aide apportée au cours du processus de publication.

Ce document a été publié grâce à l'appui financier du ministère du Travail de la République française.



---

## Abréviations

BIT	Bureau international du Travail
CEPALC	Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes
OMD	Objectifs du Millénaire pour le développement
OIT	Organisation internationale du Travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
SPS	Socle de protection sociale

### *Argentine*

AFIP	Administration fédérale des revenus publics
ANSES	Administration nationale de sécurité sociale
AUH	Allocation universelle pour enfant à charge
CNCPS	Conseil national de coordination des politiques sociales
COFESA	Conseil fédéral de la Santé
MTEySS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale
REPRO	Redressement productif
SSS	Surintendance des services de santé
UDAI	Unité d'assistance complète

### *Brésil*

ACESSUAS– Trabalho	Programme national de promotion du monde du travail
ANFIP	Association nationale des auditeurs fiscaux des impôts
BPC	Prestation continue en espèces
CC	Cabinet civil de la Présidence
CNAS	Conseil national de l'assistance sociale
CRAS	Centre de référence d'assistance sociale
CREAS	Centre de référence spécialisé d'assistance sociale
INSS	Institut national de sécurité sociale
LOAS	Loi organique d'assistance sociale
MDS	Ministère du Développement social et de lutte contre la faim
MEC	Ministère de l'Éducation
MF	Ministère des Finances
PAB	Socle pour les soins de base
PAC	Programme d'accélération de la croissance
PNAD	Enquête nationale sur les ménages

---

PNAS	Politique nationale d'assistance sociale
PRONATEC	Programme national d'accès à l'éducation technique et à l'emploi
RGPS	Régime général de prévoyance sociale
RPPS	Régime public de prévoyance sociale
SEBRAE	Service brésilien d'appui aux micro et petites entreprises
SENAC	Service national de formation commerciale
SENAI	Service national de formation industrielle
SENARC	Secrétariat national de revenu et de citoyenneté
SESEP	Secrétariat extraordinaire de lutte contre la pauvreté extrême
SNAS	Secrétariat national d'assistance sociale
SUAS	Système unique d'assistance sociale
SUS	Système unique de santé
<b><i>Chili</i></b>	
APS	Prestation provisionnelle solidaire
AUGE	Plan d'accès universel avec garanties explicites de santé
CAS	Comité d'assistance sociale
CASEN	Enquête de caractérisation socioéconomique nationale
CHCC	<i>Chile Crece Contigo</i> (Le Chili grandit avec toi)
CHS	<i>Chile Solidario</i> (Chili solidaire)
DIDECO	Bureaux municipaux
FONASA	Fonds national de santé
FOSIS	Fonds de solidarité et d'investissement social
FPS	Fiche de protection sociale
IEF	Revenu familial éthique
ISAPRE	Institutions d'assurance-maladie
MDS	Ministère du Développement social
OPD	Bureau de la protection des droits
PADBP	Programme d'appui au développement biopsychosocial
PAME	Appui aux micro-entreprises
PARN	Programme d'appui pour le nouveau-né
PBS	Pension solidaire de base
PMAS	Pension maximale avec prestation solidaire
PNAC	Programme national d'alimentation complémentaire
RIS	Registre d'information sociale

---

SIIS	Système intégré d'information sociale
SUF	Subvention familiale unique
UIF	Unité d'intervention familiale
<b><i>Mexique</i></b>	
CAUSES	Catalogue universel des services de santé
CESOP	Centre d'études sociales et d'opinion publique
CIDE	Centre de recherche et d'enseignement économique
CONEVAL	Conseil national d'évaluation de la politique de développement social
DOF	Journal officiel de la Fédération
FCE	Fonds de culture économique
FLACSO	Faculté latino-américaine de sciences sociales
FPGC	Fonds de protection contre les dépenses catastrophiques
FPP	Fonds de prévoyance budgétaire
IMSS	Institut mexicain de la sécurité sociale
INEGI	Institut national de statistiques et de géographie
ISSSTE	Institut de la sécurité sociale et des services sociaux pour les fonctionnaires de l'Etat
LGDS	Loi générale de développement social
OED	Département d'évaluation des opérations
PAL	Programme d'aide alimentaire
PEF	Budget des dépenses de la Fédération
PEMEX	Industrie pétrolière mexicaine
PIDER	Programme d'investissements publics pour le développement rural intégral
PNCE	Programme national de chirurgie extramuros
PROGRESA	Programme d'éducation, de santé et d'alimentation
PRONASOL	Programme national de solidarité
SAGARPA	Secrétariat à l'agriculture, à l'Élevage, au Développement rural, à la Pêche et à l'Alimentation
SAM	Système alimentaire mexicain
SEDESOL	Secrétariat au Développement social
SEP	Secrétariat à l'Éducation publique
SFP	Secrétariat à la Fonction publique
SHCP	Secrétariat aux Finances et au Crédit public
SMNG	Programme Assurance médicale pour une nouvelle génération
SPSS	Système de protection sociale en santé

---

## *Uruguay*

AFAM	Allocations familiales
ANEP	Administration nationale de l'éducation publique
ANEP-CODICEN	Administration nationale de l'éducation publique – Conseil de direction central
ANONG	Association nationale d'organisations non gouvernementales orientées vers le développement
ASSE	Administration des services de santé de l'Etat
BPS	Banque de prévoyance sociale
CAIF	Centres d'assistance complète à l'enfance et aux familles
CEP	Conseil d'éducation primaire
CINTERFOR	Centre interaméricain pour le développement des connaissances en formation professionnelle
CLACSO	Conseil latino-américain des sciences sociales
CNPS	Conseil national de politiques sociales
DINEM	Direction nationale d'évaluation et de suivi
ENIA	Stratégie nationale de l'enfance et de l'adolescence
FA	Front Large
ICD	Institut de communication et de développement
IMM	Administration municipale de Montevideo
INAU	Institut de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay
INDA	Institut national de l'alimentation
INE	Institut national des statistiques
INEFOP	Institut national de l'emploi et de la formation professionnelle
INFAMILIA	Programme de l'enfance et de la famille
INJU	Institut national de la jeunesse
ISTR	Société internationale pour la recherche sur le troisième secteur
MDN	Ministère de la Défense nationale
MEC	Ministère de l'Education et de la Culture
MEF	Ministère de l'Economie et des Finances
MGAP	Ministère de l'Elevage, de l'Agriculture et de la Pêche
MI	Réunions interinstitutionnelles
MIDES	Ministère du Développement social
MRREE	Ministère des Affaires étrangères
MSP	Ministère de la Santé publique



---

MTD	Ministère du Tourisme et du Sport
MTOP	Ministère du Transport et des Travaux publics
MTSS	Ministère du Travail et de la Sécurité sociale
MVOTMA	Ministère du Logement, de l'Aménagement du territoire et de l'Environnement
OPP	Office de la planification et du budget
OSC	Organisations de la société civile
OSE	Organisme public de l'eau et de l'assainissement
PANES	Plan national d'urgence sociale
PIT/CNT	Assemblée intersyndicale des travailleurs – Convention nationale de travailleurs
RAIS	Réseau d'assistance et d'intégration sociale
SIAS	Système intégré d'information du domaine social
UCC	L'Uruguay grandit avec toi
UdelaR	Université de la République
UNU-WIDER	Université des Nations Unies – Institut mondial de recherche sur les aspects économiques du développement



---

# 1. Coordination institutionnelle et socles de protection sociale en Amérique latine: introduction

*Helmut Schwarzer, Lou Tessier, Sarah Gammage*

De nos jours, 80 pour cent de la population mondiale ne bénéficie pas de garanties sociales adéquates qui permettent de faire face aux aléas de la vie. Garantir une protection sociale à ces personnes est une nécessité. La protection sociale contribue à la croissance économique en augmentant la productivité du travail et en améliorant la stabilité sociale. En temps de crise, le socle de protection sociale (SPS) sert de stabilisateur économique et social automatique. En outre, investir dans un SPS revient à investir dans la justice sociale et le développement durable, équitable et inclusif.

Conscient de l'importance et la nécessité de systèmes de protection sociale adéquats, le Conseil des chefs de secrétariat des organismes des Nations Unies pour la coordination a adopté, en avril 2009, l'Initiative pour un socle de protection sociale, qui constitue une de ses neuf priorités pour faire face à la crise mondiale. Le concept de SPS a aussi été largement reconnu par divers organismes et forums internationaux, comme le Sommet sur les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) de 2010, la résolution sur l'intégration sociale du Conseil économique et social (ECOSOC) de 2010<sup>1</sup> et les sommets du G20.

## 1.1. Socles de protection sociale: définition, cadre législatif et nécessité de coordination

L'Organisation internationale du Travail (OIT) a établi sa stratégie pour relever le défi consistant à étendre la couverture de sécurité sociale et promouvoir le développement et la maintenance des systèmes complets de sécurité sociale dans la résolution et les conclusions adoptées par la 101<sup>e</sup> session de la Conférence internationale du Travail (CIT) en juin 2011. L'année suivante, la CIT a adopté une nouvelle norme internationale du travail: la recommandation concernant les socles nationaux de protection sociale, également intitulée la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012. Les délégués des gouvernements, des travailleurs et des employeurs des 185 Etats Membres de l'OIT ont adopté cette recommandation presque unanimement.

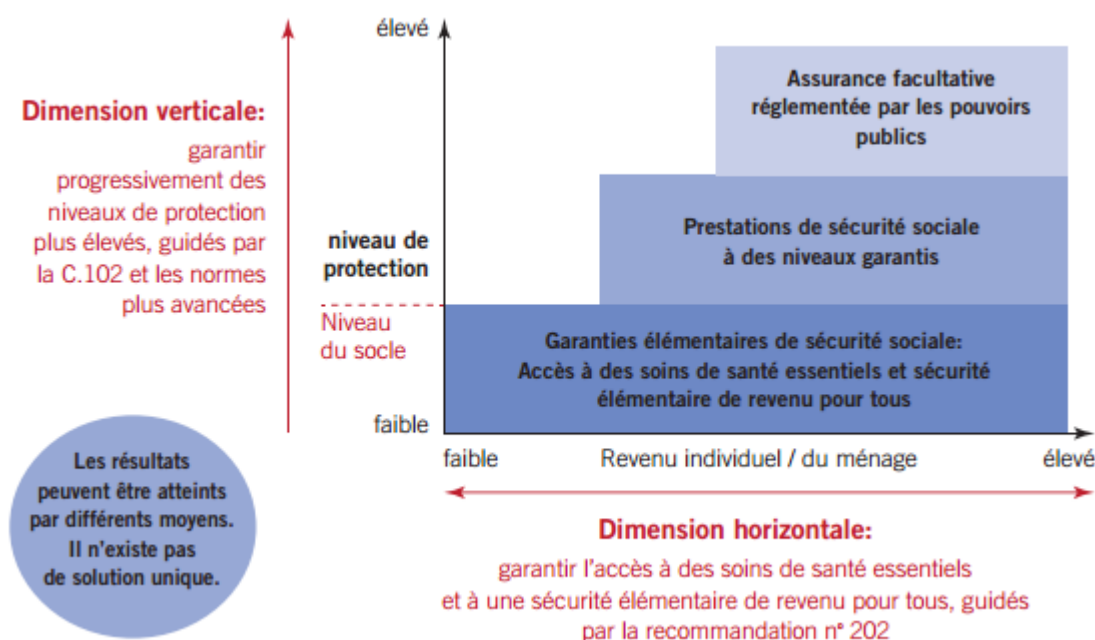
Cette nouvelle recommandation fournit des orientations aux Etats Membres pour établir des systèmes complets de sécurité sociale et pour étendre la couverture de la sécurité sociale, en donnant la priorité à la mise en place de socles nationaux de protection sociale accessibles à toutes les personnes dans le besoin.

La stratégie bidimensionnelle pour l'extension de la sécurité sociale de l'OIT comprend les éléments suivants (voir figure 1.1): établir et maintenir des socles de protection sociale en tant qu'élément fondamental des systèmes nationaux de sécurité sociale (dimension horizontale); et mettre en place des stratégies d'extension de la sécurité sociale qui assurent progressivement des niveaux plus élevés de sécurité sociale au plus

<sup>1</sup> ECOSOC: *Promoting Social Integration*, Résolution 2010/12, E/2010/INF/2/Add.1 (New York, 2010).

grand nombre de personnes possible, selon les orientations données par les normes de l'OIT relatives à la sécurité sociale (dimension verticale).

Figure 1.1. La stratégie bidimensionnelle pour l'extension de la sécurité sociale



Source: BIT (2012), p. 4.

Les socles nationaux de protection sociale comprennent des garanties élémentaires de sécurité sociale qui «devraient assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu qui ensemble garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale» (recommandation n° 202, paragraphe 4). Les SPS devraient comporter au minimum les quatre garanties élémentaires de sécurité sociale suivantes, telles que définies à l'échelle nationale:

- accès à des soins de santé essentiels, y compris les soins de maternité;
- sécurité élémentaire de revenu pour les enfants assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à aux autres biens et services nécessaires;
- sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant, en particulier dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité;
- sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées.

Afin de garantir ces prestations définies à l'échelle nationale, les Membres de l'OIT peuvent choisir les mécanismes les plus appropriés pour les mettre en œuvre: régime contributif ou non contributif, assurance sociale, prestations universelles ou mécanismes d'assistance, etc. La plupart du temps, les Etats sont censés disposer d'un ensemble de mécanismes pour construire un système complet de sécurité sociale.

La recommandation définit un ensemble de principes qui orientent l'extension de la couverture de sécurité sociale dans ses dimensions horizontale et verticale. La responsabilité générale et principale de l'Etat est définie comme le principe fondamental

---

structurant les autres principes. Un premier groupe de principes concerne l'élaboration du système de sécurité sociale et de ses composantes, la définition des droits des bénéficiaires et de leur couverture, ainsi que la mise en place de cadres juridiques. Un deuxième groupe de principes concerne l'efficacité, le financement, la gestion, la coordination et le suivi des systèmes de sécurité sociale. Parmi ces principes, il convient de mentionner la nécessité d'une coordination entre les politiques sociales et entre les institutions chargées de la mise en œuvre des garanties du SPS.

3. Reconnaissant la responsabilité générale et principale qui incombe à l'Etat de donner effet à la présente recommandation, les Membres devraient appliquer les principes suivants:

[...]

- l) cohérence avec les politiques sociales, économiques et de l'emploi;
- m) cohérence entre les institutions chargées d'assurer les services de protection sociale (recommandation n° 202, paragraphe 3 l) et m)).

En ce qui concerne l'extension de la couverture de sécurité sociale, l'enjeu réside principalement dans la capacité de coordonner les différentes composantes du SPS ainsi que les institutions responsables, afin de développer un paquet de prestations cohérent au niveau des ménages. Par ailleurs, après des décennies de programmes de lutte contre la pauvreté et plus d'un siècle de développement de la sécurité sociale formelle, il existe aujourd'hui de nombreux programmes et initiatives de protection sociale. Cependant, dans de nombreux pays, une meilleure coordination des politiques est nécessaire pour développer le potentiel de ces programmes et élaborer une politique sociale plus efficace.

Ce constat est à l'origine de la notion de socle de protection sociale en tant qu'instrument de cohérence entre les politiques. En termes de définition des concepts clés abordés dans cette publication, il est indispensable de définir la notion de mécanisme de coordination et son lien aux termes suivants: articulation, intégration, fragmentation et cohérence. Le terme «coordination» peut être défini comme le fait de disposer méthodiquement d'un ensemble d'éléments permettant de concentrer les ressources et les efforts visant une action commune. Dans le domaine des politiques sociales, il s'agit de faire en sorte que les acteurs et les ressources soient connectés et alignés pour atteindre une cible commune. Ce processus est à l'opposé d'un système de protection sociale fragmenté, composé d'éléments qui fonctionnent indépendamment, sans connexion avec les autres.

Ce document a pour objectif de présenter les différents mécanismes de coordination, mais pas forcément ceux d'intégration. En pratique, dans certains pays, la coordination des politiques de protection sociale s'est transformée en intégration progressive de ces politiques, se traduisant ainsi par un processus qui s'apparente plus à la fusion des institutions, des programmes et des régimes qu'à l'articulation de politiques distinctes. La construction d'un système de protection sociale comme un ensemble cohérent peut passer par des mécanismes d'intégration. Cependant, la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale n'est pas normative; elle met l'accent sur les résultats et n'impose pas le processus de mise en œuvre aux pays qui doivent déterminer la meilleure manière d'étendre la protection sociale en fonction de leur situation. Par conséquent, cette étude porte sur les mécanismes de coordination, et pas nécessairement sur les processus d'intégration des politiques, des régimes, etc.

En théorie, et si elle fonctionne correctement, la coordination permet d'obtenir plusieurs prestations mentionnées ci-dessous.

- La coordination entre les institutions devrait garantir la cohérence des prestations au niveau des ménages. Celle-ci est essentielle pour réduire l'exclusion et la pauvreté multidimensionnelle ainsi que pour réduire la transmission intergénérationnelle de la

---

pauvreté multidimensionnelle. En effet, la coordination des prestations de types divers (santé, éducation, revenu de base) permet de lutter contre la pauvreté et ses facteurs dans leurs différentes dimensions.

- La coordination entre les prestations contributives et non contributives devrait favoriser l'élaboration d'un système de protection sociale complet comprenant les deux dimensions (horizontale et verticale) de la stratégie d'extension de la protection sociale de l'OIT.
- Les mécanismes de coordination institutionnelle peuvent faciliter l'accès effectif aux prestations grâce à une simplification administrative. Ce processus est nécessaire quand il s'agit de bénéficiaires en situation de pauvreté ou d'exclusion sociale, et qui sont en marge de l'environnement institutionnel du fait de leurs niveaux de ressources et d'éducation. Par exemple, un point d'accès unique pour plusieurs prestations coordonnées donne lieu à un accès plus efficace et plus facile pour le bénéficiaire, et permet aussi la diffusion d'informations sur les droits en matière de protection sociale.
- La coordination institutionnelle au niveau de la gestion des prestations peut aussi permettre de renforcer l'efficacité administrative, y compris en termes de réduction des coûts, ce qui est essentiel dans un contexte budgétaire difficile. En outre, les mécanismes de coordination institutionnelle, à travers des systèmes de gestion communs, peuvent améliorer la transparence dans les programmes et faciliter une évaluation complète de la politique de protection sociale. Ces mécanismes devraient également permettre l'échange de données entre les institutions, une meilleure identification des bénéficiaires potentiels et des lacunes en termes de couverture, la mise en place de stratégies de mise en commun des canaux de distribution des prestations, et de meilleurs systèmes de détection des fraudes.

Ces mécanismes de coordination peuvent être classés selon une typologie élémentaire en fonction des étapes et des acteurs impliqués.

- ***Coordination et articulation des composantes d'un SPS au sein de systèmes complets de protection sociale:*** pendant la phase de conception des programmes et des régimes de protection sociale, il faut accorder une attention particulière à la cohérence générale du système et à l'articulation des différents programmes. Il faut considérer le système comme un ensemble cohérent et examiner les facteurs qui pourraient engendrer des lacunes en termes de couverture ou l'interruption des services aux assurés tels que: la variété des risques encourus par les ménages (ce qui rend difficile la création d'un ensemble cohérent de couverture au niveau des ménages dans lequel participent plusieurs institutions de protection sociale); les différentes catégories de personnes couvertes en termes de statut professionnel ou de mobilité professionnelle (des personnes peuvent être affiliées à plusieurs régimes de sécurité sociale au cours de leur vie, obligeant les institutions compétentes à coordonner les mesures qui garantissent la continuité du service de couverture); et les différentes catégories de personnes couvertes en fonction de leur capacité contributive et l'évolution de cette capacité tout au long de leur vie (les personnes peuvent passer d'un régime contributif à un régime non contributif, et inversement, et les institutions concernées doivent être coordonnées afin d'assurer la continuité des prestations). Par conséquent, la conception d'un système complet de sécurité sociale suppose la coordination entre les différentes institutions responsables des programmes existants et en cours de création avec l'objectif de proposer une réponse complète en termes de couverture contre les risques au niveau des ménages, notamment la continuité de la couverture tout au long de la vie, le changement de statut professionnel ou de capacité contributive. Lors de la phase de conception, il faut également définir les modèles de

---

financement des politiques et le rôle de chaque niveau gouvernemental dans le financement.

- **Coordination de la mise en œuvre des politiques de protection sociale:** deux mécanismes de coordination entrent en jeu lors de la phase de mise en œuvre. Le premier est un mécanisme de coordination horizontal entre les institutions et les ministères chargés de la protection sociale au niveau central ou politique. Ce type de coordination suppose la cohérence des politiques et des réformes éventuelles qui assurent la continuité de la coordination dans la phase de conception. Le second mécanisme est vertical et englobe les différents niveaux de gouvernement (fédéral, national, régional, municipal). Ce type de coordination garantit l'alignement de la pratique sur la conception des politiques ainsi que la communication d'informations entre les différents niveaux gouvernementaux chargés de mettre en pratique les politiques et de proposer des services aux bénéficiaires. La coordination verticale entre les niveaux gouvernementaux prend une dimension spécifique dans les pays fédéraux dans lesquels elle revêt une importance toute particulière.
- **Coordination de la gestion:** pendant la phase normale d'opération des programmes de protection sociale au sein d'un système complet de sécurité sociale, la coordination entre les institutions en matière de gestion peut prendre plusieurs formes afin d'assurer la continuité et de renforcer la transparence et l'efficacité administratives. La coordination de la gestion peut prendre la forme de services intégrés, d'un guichet unique, de mécanismes d'identification des bénéficiaires, de partage des données, etc. La coordination en matière de gestion peut inclure, entre autres, des mécanismes d'affiliation, de recouvrement, de distribution des prestations, de respects des conditions d'affiliation et de contrôle des arriérés de paiement.

Compte tenu de l'importance de la coordination et de ses bénéfices escomptés, l'OIT cherche à documenter les pratiques de certains pays d'Amérique latine connaissant les plus grandes avancées dans l'établissement des socles de protection sociale. L'intérêt de ces pratiques réside aussi dans le fait qu'au cours de la dernière décennie, des programmes d'extension de la protection sociale de nouvelle génération nécessitant un degré élevé de coordination se sont développés. En effet, de nombreux pays d'Amérique latine ont décidé de mettre en œuvre des politiques de protection sociale comme mécanismes de lutte contre la pauvreté à la fin des années 1990 et au début des années 2000. Les principaux programmes de ces politiques combinent plusieurs composantes du système de protection sociale qui forment un paquet de prestations cohérentes au niveau des ménages (santé, éducation, revenu de base, etc.). Bon nombre de ces programmes, tels que *Progresa/Oportunidades* au Mexique ont commencé sous la forme de transferts conditionnels, puis ils ont mobilisé différents types de prestations de protection sociale. Le succès de ces programmes démontre les efforts considérables fournis dans la région pour mettre en place des mécanismes fonctionnels de coordination institutionnelle.

L'objectif de ce rapport est de documenter et d'identifier les bonnes pratiques et les enjeux dans la mise en œuvre des mécanismes de coordination institutionnelle du SPS. D'autre part, ce document invite aussi les autres pays d'Amérique latine à réfléchir sur cette question, y compris dans d'autres parties du monde, dans le but ultime de fournir des recommandations qui tiennent compte des réussites et des difficultés rencontrées au cours des expériences et des réalisations concrètes.

Par conséquent, le présent document ne prétend pas approfondir les questions théoriques sur la complexité de la coordination institutionnelle en matière de protection sociale. Il met plutôt l'accent sur les études de cas pratiques afin que les expériences puissent inspirer les institutions de protection sociale dans d'autres pays.

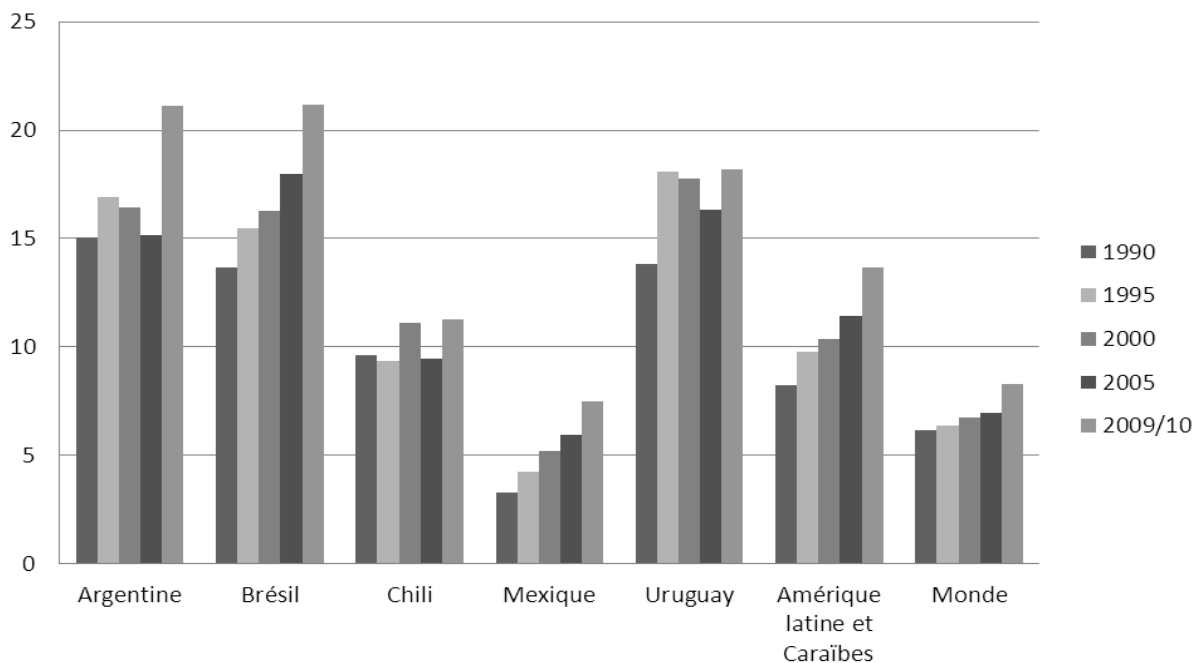
## 1.2. Expériences de certains pays d'Amérique latine: bonnes pratiques et défis

Ce document présente cinq études de cas sur les mécanismes de coordination institutionnelle en Argentine, au Brésil, au Chili, au Mexique et en Uruguay. Le choix de ces pays est fondé sur trois critères principaux: le niveau de développement des éléments du SPS, les politiques d'extension de la couverture de sécurité sociale pour garantir un niveau de protection élémentaire pour tous, et les efforts pour coordonner ces prestations du SPS au niveau des ménages bénéficiaires et au niveau des institutions responsables. La disponibilité de documentation relativement complète sur le sujet et des partenaires disposés à répondre aux questions des auteurs a également été prise en compte.

### 1.2.1. Profil des pays en termes de protection sociale: Argentine, Brésil, Chili, Mexique et Uruguay

Comme le montre la figure 1.2, presque tous les pays de cette étude ainsi que l'ensemble des pays de la région d'Amérique latine et des Caraïbes, présentent généralement des niveaux élevés de dépenses publiques de protection sociale comparés à la moyenne mondiale. De plus, ces pays affichent une augmentation progressive au cours des dernières années. L'Argentine, le Brésil et l'Uruguay allouent des ressources à la sécurité sociale qui représentent entre 18 et un peu plus de 21 pour cent du PIB (y compris la protection de la santé).

Figure 1.2. Dépenses publiques de protection sociale (en pourcentage du PIB)



Source: BIT, *World Social Security Report* (à paraître).

L'analyse des principales composantes de la protection sociale, notamment la protection accordée en cas de maladie ou de vieillesse, met en évidence l'existence d'une marge de progression pour les systèmes dans les cinq pays. En termes de pensions de vieillesse, les pays étudiés, à part le Mexique, affichent un taux de couverture proche des trois quarts des personnes âgées, tandis que la part de la population économiquement active qui cotise à un régime de pension de vieillesse est plus faible. Plusieurs pays ont commencé à étendre la protection sociale aux personnes âgées qui n'ont pas pu cotiser (ou

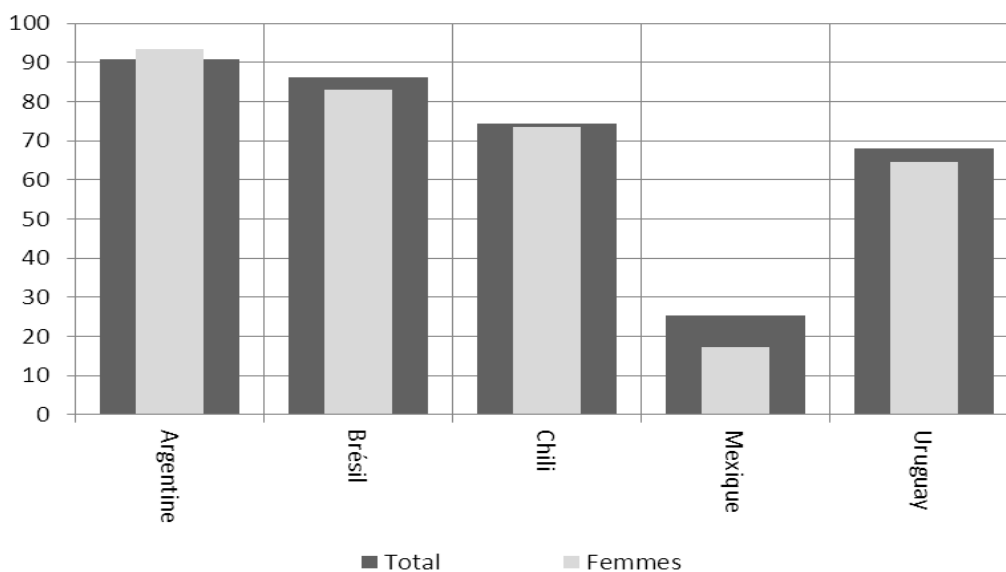


pas suffisamment) tout au long de leur vie active. En 2012, il existait 29 programmes de pensions non contributives dans la région de l'Amérique latine et des Caraïbes <sup>2</sup>. Cependant, les niveaux de ces prestations restent faibles (variant d'un peu moins de 35 pour cent du PIB par habitant au Brésil à des programmes dont les prestations équivalent à seulement 5 pour cent du PIB par habitant au Mexique) <sup>3</sup>.

La décision d'allouer davantage de ressources aux pensions non contributives peut exiger l'augmentation du montant qui leur est destiné, mais souligne également la nécessité de fournir davantage d'efforts pour étendre la sécurité sociale contributive afin de formaliser les marchés du travail et réduire l'évasion fiscale. Par conséquent, la stratégie bidimensionnelle et l'articulation des prestations contributives et non contributives sont généralement très importantes lorsqu'il s'agit d'améliorer le niveau des prestations et d'assurer une plus grande efficacité de leur fourniture.

Comme le montre la figure ci-dessous, le Mexique affiche la couverture la plus faible en termes de pourcentage des personnes âgées recevant une pension de vieillesse. Malgré les investissements du Mexique dans l'extension de la pension non contributive aux personnes âgées, seulement 25 pour cent de la population de plus de 65 ans reçoit une pension.

**Figure 1.3. Personnes recevant une pension de vieillesse, année la plus récente**  
(en pourcentage de la population d'âge légal de la retraite)

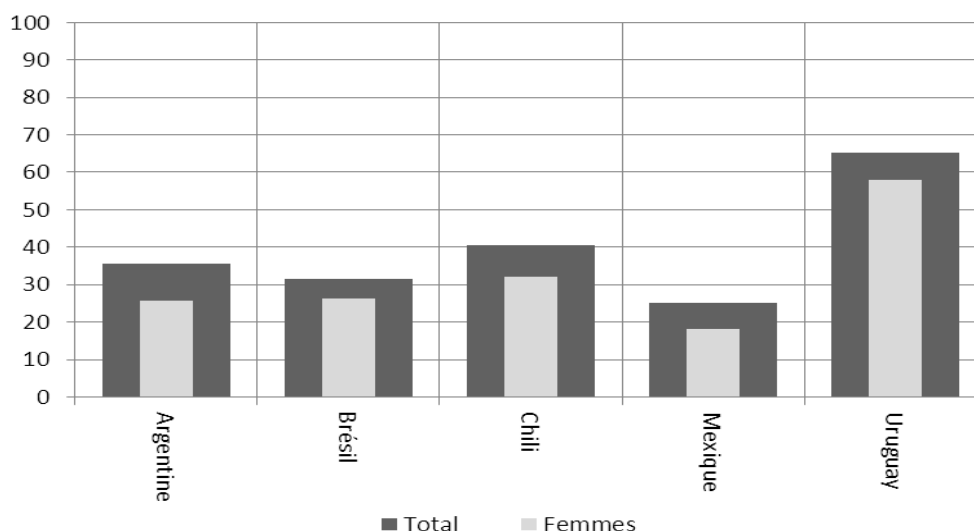


Source: BIT, *World Social Security Report* (à paraître). Source des données par pays: (Argentine) CEPALC et BIT, 2011: *Encrucijadas en la seguridad social argentina: reformas, cobertura y desafíos para el sistema de pensiones*, (Buenos Aires) p. 180; (Brésil) Rofman, R.; Oliviera, M. L. 2011: *La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores*. Série de documents de travail sur les politiques sociales N° 7, Buenos Aires, (Banque mondiale). D'après l'Enquête nationale auprès des ménages. Remarque: tranche d'âge concernée pour les indicateurs: 65 et plus pour les hommes et les femmes malgré un âge de retraite réglementaire de 60 ans pour les femmes; (Chili) Superintendencia de Pensiones; (Mexique) *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social* (ENESS), 2009; (Uruguay) Institut de sécurité sociale. BPS. 2012, *Boletín estadístico* (Montevideo).

<sup>2</sup> Base de données: *Helpage Pension Watch Database* ([www.pension-watch.net](http://www.pension-watch.net)).

<sup>3</sup> BIT, *World Social Security Report* (à paraître).

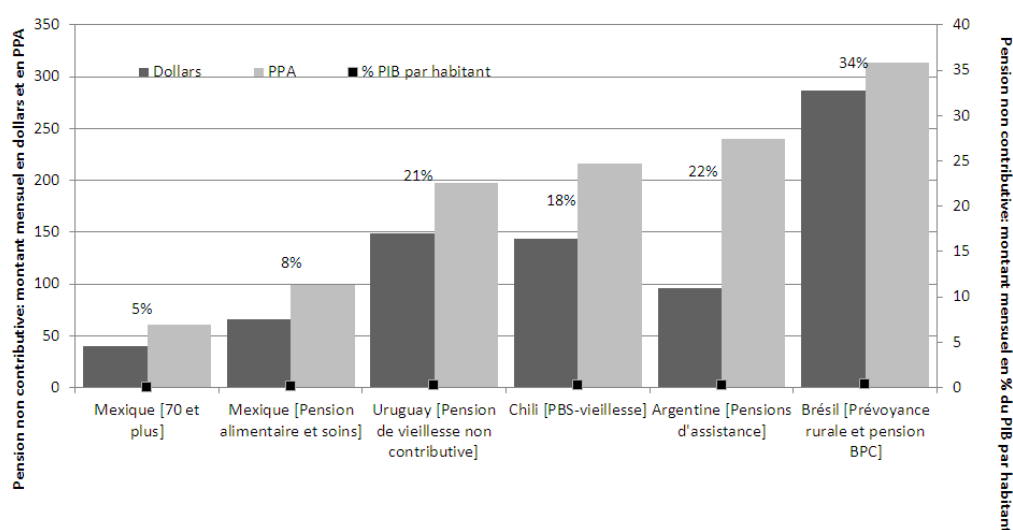
**Figure 1.4. Population économiquement active cotisant à un régime de retraite (15 à 64 ans), année la plus récente (en pourcentage)**



Source: BIT, *World Social Security Report* (à paraître). Source des données par pays: (Argentine) Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, 2012; *Boletín Estadístico de la Seguridad Social*, Secrétariat de la Sécurité sociale (Buenos Aires); (Brésil) Sources détaillées dans *Social Security Inquiry* (BIT); (Chili) *Superintendencia de Pensiones*, 2012; (Mexique) *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social* (ENESS); (Uruguay) Institut de sécurité sociale. BPS. 2012, *Boletín estadístico* (Montevideo).

Le pourcentage de la population d'âge actif cotisant à un régime de retraite est également relativement faible dans tous ces pays. Ceci souligne la nécessité d'investir dans la formalisation de l'emploi au sein de tous les pays étudiés dans le cadre de la stratégie bidimensionnelle de l'extension de la sécurité sociale. En ce qui concerne les niveaux de pensions non contributives, la figure 1.5 fournit des informations sur les différents programmes de pensions non contributives, notamment en pourcentage du PIB par habitant.

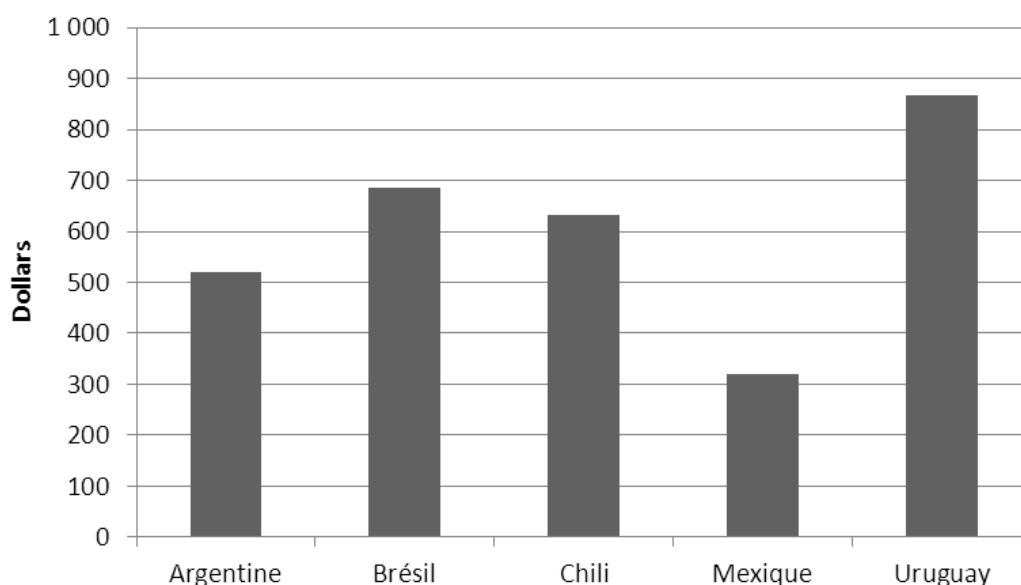
**Figure 1.5. Niveaux de quelques programmes de pensions non contributives, 2012 (en dollars PPA et en pourcentage du PIB par habitant)**



Source: BIT, *World Social Security Report* (à paraître).

Les cinq pays étudiés ont déployé des efforts considérables pour parvenir à une couverture universelle de protection sociale de la santé. Toutefois, les données relatives aux paiements directs montrent les problèmes liés à l'accès effectif aux services de santé: les dépenses directes assumées par les ménages représentent 13 pour cent des dépenses totales de santé en Uruguay; 29,9 pour cent en Argentine; 30,6 pour cent au Brésil; 33,3 pour cent au Chili et 47,1 pour cent au Mexique (OMS, 2010). Ces dépenses directes sont inversement proportionnelles aux dépenses de santé par habitant provenant d'autres sources (assurance sociale, santé publique, politiques de gratuité). Elles représentent un grave danger financier pour les ménages, surtout lorsqu'il s'agit des dépenses considérables de santé pour un des membres du ménage. Outre les aspects de la couverture et de l'accès financier aux services de santé, il convient de rappeler qu'il existe d'autres dimensions qui compliquent l'accès aux services de santé, en particulier le manque de professionnels de santé disponible dans le pays. Si l'on compare les cinq pays étudiés, le Chili est le seul pays qui ne dépasse pas la moyenne de 35 professionnels de santé qualifiés pour 10 000 habitants<sup>4</sup>. D'autres dimensions devraient également être prises en compte comme l'accès géographique, la qualité des services sanitaires, les plateformes techniques disponibles dans les centres de santé, etc.

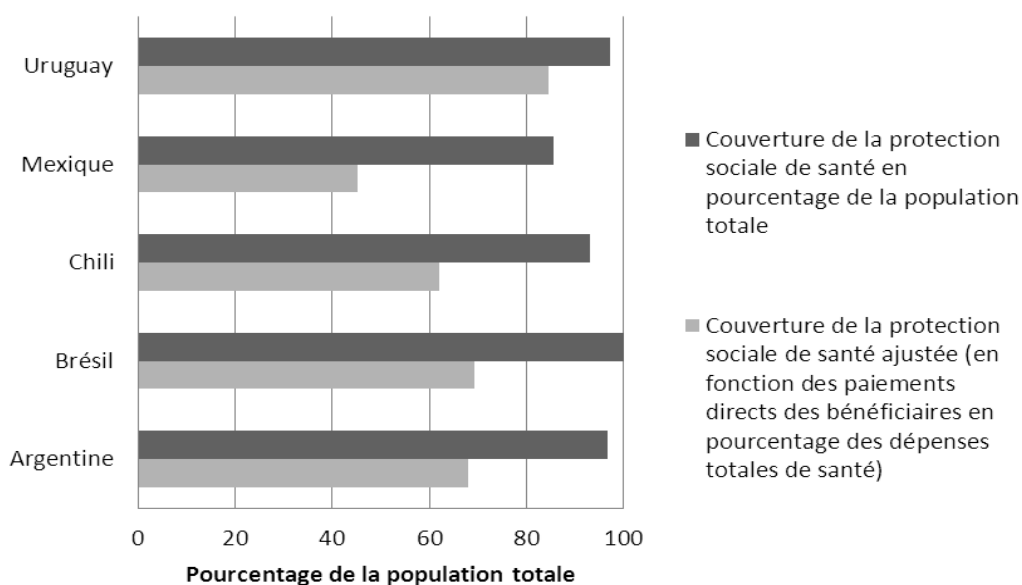
**Figure 1.6. Dépenses totales de santé (hors dépenses directes) par habitant en dollars, 2010**



Source: BIT, *World Social Security Report* (à paraître).

<sup>4</sup> Ce niveau correspond à la moyenne au sein d'un groupe de pays présentant des niveaux moyens et élevés d'accès aux services de santé. Pour plus de détails, consultez le document suivant: BIT (2010).

Figure 1.7. Couverture et couverture ajustée de protection sociale de santé <sup>5</sup> (dernière année disponible)



Source: BIT, *World Social Security Report* (à paraître).

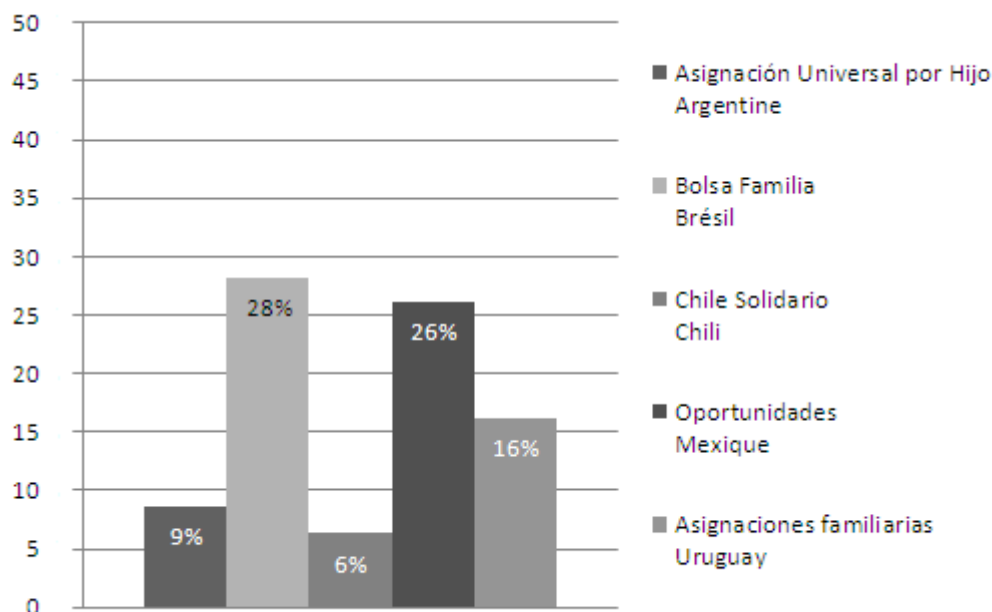
Une autre composante de la SPS importante pour les personnes en âge de travailler est l'accès à l'assurance-chômage. Peu de pays de la région disposent d'un régime d'assurance-chômage. Il n'est donc pas surprenant que la couverture reste faible dans les cinq pays étudiés. En dépit des efforts visant à établir un système d'assurance-chômage, le Mexique ne dispose pas pour le moment d'allocation de chômage statutaire périodique à l'échelle nationale. Cependant, il faut souligner que dans certains pays étudiés, des allocations familiales ciblent les ménages dont des membres sont au chômage et servent parfois de compensation en cas de perte de revenu. Il convient également de préciser que, dans la plupart de ces pays, il existe des systèmes d'indemnité de licenciement.

Au cours des dernières années, de nombreux pays ont fourni de gros efforts pour étendre la couverture, notamment avec les prestations non contributives ou fondées sur une cotisation minimum, généralement subventionnée. Dans le domaine des allocations familiales, de nouveaux programmes de transferts en espèces, conditionnels et non conditionnels, ont été créés au début des années 2000. Après quelques années dédiées à leur mise en œuvre, ces programmes se sont étendus, à la fois en termes de dépenses et de population couverte. Comme le montre la figure 1.8, ces programmes intègrent une part importante de la population totale dans certains pays <sup>6</sup>.

<sup>5</sup> La couverture ajustée associe la couverture de protection sociale de santé en pourcentage de la population totale aux dépenses directes en pourcentage des dépenses totales. Ainsi, il est possible de calculer l'accessibilité financière aux services de santé et le niveau de couverture qui permet l'accès effectif aux soins malgré la contrainte financière.

<sup>6</sup> En général, la couverture est mesurée en pourcentage de la population cible, et non pas de la population totale. Cependant, ici, nous souhaitons rendre compte de l'importance de ces programmes en termes de volume total de la population couverte. De plus, mesurer en termes de population cible ne permet pas de comparer plusieurs pays, car les critères de sélection de la population cible ne sont pas nécessairement les mêmes.

**Figure 1.8. Couverture effective des principaux programmes d'allocations familiales non contributives, dernière année disponible, 2011 ou 2012, selon le programme**  
(en pourcentage de la population totale)



Source: d'après les données de la CEPALC.

### 1.2.2. **Coordination institutionnelle pour la protection sociale en Argentine, au Brésil, au Chili, au Mexique et en Uruguay**

Ce rapport présente différentes expériences en matière de coordination entre les institutions de protection sociale. Il convient de souligner les différents éléments de coordination examinés dans les études de cas suivant la typologie des mécanismes de coordination énoncée précédemment. En effet, les expériences des cinq pays mettent en évidence différents niveaux d'articulation dans le cadre de la coordination institutionnelle.

Au niveau central ou politique, et pendant la phase de conception et la phase de mise en œuvre des programmes, il s'agit d'établir des politiques de protection sociale cohérentes grâce à la coordination horizontale, c'est-à-dire intersectorielle, et entre les institutions de protection sociale et les différents ministères de tutelle de la protection sociale. Les mécanismes de coordination peuvent prendre la forme de conseils de coordination de haut niveau (par exemple, le Conseil de coordination de la politique sociale en Argentine - *Consejo Coordinador de Políticas Sociales*, ou le Cabinet social en Uruguay - *Gabinete Social*), qui dans la plupart des cas, sont liés à une volonté politique émanant des plus hauts niveaux du gouvernement. Ces mécanismes peuvent également être établis par la loi, comme c'est le cas du Système intersectoriel de protection sociale du Chili (*Sistema Intersectorial de Protección Social*) ou de la Commission nationale pour le développement social au Mexique (*Comisión Nacional de Desarrollo Social*). Ces mécanismes de coordination centrale sont nécessaires puisque les ministères chargés des politiques d'assistance sociale et des programmes de lutte contre la pauvreté sont souvent les ministères chargés du développement ou autres entités spécialisées distinctes, et ils n'ont que peu de liens avec les institutions d'assurance sociale. Afin de promouvoir un système intégré de protection sociale, cette coordination de haut niveau est indispensable. Un facteur essentiel au fonctionnement de ces mécanismes de coordination est l'appui et la volonté politique soutenue dans le temps. Bénéficier d'une visibilité politique et d'une

---

intégration dans un cadre stratégique défini aux niveaux supérieurs de l'Etat semble crucial pour mettre en place des mécanismes de coordination reconnus comme étant fondamentaux pour leurs membres et qui fonctionnent correctement. Par exemple, les mécanismes de coordination institutionnelle au Mexique ont bénéficié du lancement de la stratégie *Vivir Mejor* initiée à la fin des années 2000.

Si l'on considère la conception globale d'un système intégré de protection sociale, la question de la coordination entre les prestations contributives et non contributives est essentielle. Partout dans le monde, l'accès aux prestations contributives de protection sociale (santé, pensions de vieillesse, assurance-chômage, prestations de maternité, etc.) dépend du lien entre l'individu et les marchés du travail formels. Lorsque les niveaux d'emploi informel sont élevés, ou lorsque les liens avec le marché du travail formel sont faibles, il faudrait mettre en place des mécanismes non contributifs pour garantir l'accès à ces prestations. L'informalité est souvent l'un des problèmes majeurs du marché du travail en Amérique latine. Pour de nombreux emplois, les travailleurs ne disposent pas de contrats formels ni de prévoyance sociale (assurance sociale). Cependant, au cours de la dernière décennie, la structure de l'emploi a profondément changé en Amérique latine, qui a enregistré une croissance soutenue de l'emploi, en particulier de l'emploi formel.

Le taux d'emploi vulnérable (travailleurs indépendants et travailleurs familiaux non rémunérés) est notamment passé de 35,5 pour cent en 2000 à 32,5 pour cent en 2011 (BIT, 2010). En outre, la part de travailleurs disposant d'un contrat de travail est passée de 55,9 pour cent à 63,6 pour cent (*ibid.*). De la même façon, le taux de couverture de santé est passé de 53,3 pour cent en 2000 à 61 pour cent en 2011 (*ibid.*). La couverture des pensions affiche une augmentation équivalente dans la région, de 52 pour cent en 2000 à 60,2 pour cent en 2011 (*ibid.*). Au niveau régional, l'emploi informel non agricole a chuté; il est passé de 49,9 pour cent en 2009 à 47,7 pour cent en 2011. Le chiffre de 2011 englobe 31 points de pourcentage d'emploi informel dans le secteur informel; 11,4 points de pourcentage d'emploi informel dans le secteur formel; et 5,2 points de pourcentage d'emploi informel dans le secteur du travail domestique. Cette progression importante peut être attribuée à plusieurs facteurs, comme l'augmentation des salariés dans la main-d'œuvre, les augmentations de l'emploi déclaré et l'adoption de nouveaux régimes d'affiliation à la protection sociale qui incluent des piliers solidaires ou non contributifs et semi-contributifs. Les résultats sont visibles dans presque tous les secteurs, mais ils mettent en avant le fait que les travailleurs les plus susceptibles de travailler dans des conditions de formalité sont les hommes, concentrés parmi les salariés, dans le secteur public et les entreprises de plus de 6 travailleurs. On observe également que les femmes sont surreprésentées dans l'emploi informel, avec des taux d'informalité supérieurs à leur part dans l'emploi total. Cette surreprésentation ou concentration dans l'emploi informel dans la région est très marquée au Salvador, au Honduras, au Mexique, au Nicaragua, au Panama, au Paraguay et en République dominicaine. De la même manière, les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont plus susceptibles de travailler dans le secteur informel et présentent des taux d'informalité supérieurs à 50 pour cent en Argentine, en Bolivie, en Colombie, en Equateur, au Salvador, au Honduras, au Paraguay, au Pérou, en République dominicaine et au Venezuela<sup>7</sup>.

Parmi les exemples réussis de coordination entre les programmes contributifs et non contributifs, on compte: les programmes des pensions solidaires au Chili qui ont développé

<sup>7</sup> D'après l'analyse des données des Enquêtes sur les ménages du SIALC pour l'Amérique latine, de 2008 à 2010.

---

des mécanismes techniques sophistiqués pour la coordination avec les pensions contributives; mais aussi les programmes d'allocations familiales en Argentine et en Uruguay qui sont gérés par les régimes d'assurance sociale afin d'assurer une articulation des prestations non contributives avec le système contributif déjà en place.

Au niveau de la mise en œuvre se pose la question de la coordination verticale entre les institutions nationales/fédérales centralisées et les niveaux de gouvernement décentralisés (états, régions, municipalités, districts) qui sont fréquemment mobilisés pour l'identification et la gestion des bénéficiaires et constituent souvent le premier point de contact entre les bénéficiaires et le système de protection sociale. Bon nombre des problèmes liés à l'extension de la couverture de protection sociale viennent du fait que les bénéficiaires potentiels ne sont pas identifiés ou n'accèdent pas suffisamment à l'information. Par conséquent, garantir des mécanismes de coordination appropriés entre les différents niveaux du gouvernement pourrait permettre de surmonter ces obstacles, souvent liés au manque d'information et de coordination avec les niveaux qui sont en contact direct avec les bénéficiaires et les bénéficiaires potentiels. Le manque d'information des bénéficiaires est un thème majeur lié aux processus traditionnels dans lesquels le financement et les normes sont établis au niveau central ou fédéral tandis que les Etats fédérés ou les provinces sont responsables de fournir des services de santé, d'éducation et d'assistance publique. Plusieurs mécanismes sont utilisés. Au Mexique, les autorités fédérales et les associations de collectivités locales sont représentées dans la Commission nationale pour le développement social (*Comisión Nacional de Desarrollo Social*) et au Brésil, dans la *Comissão Intergestores Tripartite*. Au Chili, les municipalités constituent un Réseau d'action locale (*Red Local de Intervención*) qui coordonne les prestataires de services liés au programme *Chile Solidario* au niveau local. Malgré la participation active des municipalités, il est difficile d'obtenir des services de qualité homogène en raison de l'inégalité des ressources humaines qualifiées et des ressources financières entre les 345 municipalités du Chili.

Au niveau du fonctionnement du système de protection sociale, la coordination entre les mécanismes de gestion est essentielle pour faciliter l'accès effectif à ces prestations et pour atteindre l'efficacité souhaitée des programmes de protection sociale. Dans les études de cas de ce rapport, plusieurs méthodes sont présentées (voir ci-après). Elles facilitent une gestion coordonnée de l'ensemble des prestations de protection sociale au niveau des ménages.

- **Existence d'un système ou d'une méthode de ciblage unique:** au cours des dernières décennies, bon nombre de programmes établis dans les pays d'Amérique latine pour l'extension de la couverture de protection sociale ont été de type semi-contributif ou non contributif. Les pays ont dû définir des critères d'affiliation pour ces programmes, étant donné que l'affiliation était différente de celle des programmes contributifs. Visant particulièrement la réduction de la pauvreté et de ses facteurs, ces programmes ont des critères de sélection des bénéficiaires souvent liés au niveau de pauvreté multidimensionnelle du ménage. L'établissement d'une définition commune des différents critères de sélection de chaque programme a été une étape importante pour coordonner les prestations de protection sociale liées à ces programmes. Dans ce processus, la production de méthodes uniques pour mesurer la pauvreté permet d'obtenir une méthode de ciblage unique des bénéficiaires potentiels (ensuite, parmi ces bénéficiaires potentiels, chaque programme ou institution identifie ses propres bénéficiaires en fonction de ses critères). Le Mexique, par exemple, a adopté une méthode officielle de mesure de la pauvreté en 2002, suite à la convocation d'un

---

groupe de spécialistes sur ce thème clé<sup>8</sup> par le ministère du Développement social. De la même manière, les programmes étendus de transferts disposent de critères de ciblage et de méthodes permettant de vérifier que ce ciblage a bien été décidé au niveau central, ce qui permet de réduire le risque de fragmentation de la couverture. Ce dernier point est intimement lié à la question de la coordination entre les différents niveaux gouvernementaux (fédéral, étatique, municipal) qui sont en contact avec les bénéficiaires.

- **Existence d'un système unique d'identification des bénéficiaires grâce à une base de données commune:** la majorité des programmes d'extension de la protection sociale aux populations ayant des liens très faibles avec les marchés de l'emploi formel sont confrontés au problème d'identification de leurs bénéficiaires. Normalement, les systèmes associent une plateforme d'identification de la population vulnérable (identification de la population cible) à un système de registre unique des bénéficiaires. La coordination institutionnelle sur le thème de l'identification des bénéficiaires est essentielle pour augmenter de manière significative la couverture sociale, ainsi que pour renforcer l'efficacité de l'allocation des ressources en relation à la qualité des dépenses. Mettre en pratique des mécanismes d'identification uniques pour divers programmes intensifie les efforts d'identification des bénéficiaires et permet d'améliorer l'accès aux prestations du SPS. Cela contribue également à l'efficacité des programmes en réduisant les erreurs d'exclusion ou d'inclusion inappropriée. La création d'une base de données commune pour l'identification et le suivi des bénéficiaires facilite la coordination. Par exemple, le Système intégré d'information sociale au Chili (*Sistema Integrado de Información Social*) centralise les données essentielles des bénéficiaires, et réduit le temps et la liste des documents requis pour accéder aux différentes prestations. Au Brésil, le système de Registre unique (*Cadastro Único*) pour identifier les ménages pauvres regroupe les données de ces ménages pour plusieurs entités chargées des programmes de protection sociale. Ce système est un bel exemple de coordination. En Uruguay, la décision de créer le Système intégré d'information du domaine social (*Sistema Integrado de Información del Área Social*) a eu lieu en même temps que l'ouverture d'espaces de coordination. L'Observatoire social de programmes et indicateurs (*Observatorio Social de Programas e Indicadores*) a été créé en même temps, ce qui a permis d'affiner la stratégie de ciblage du système de protection sociale (en lien avec le point précédent).
- **Existence d'un mécanisme de «guichet unique»:** certains bénéficiaires potentiels sont tenus à l'écart de l'environnement institutionnel du fait de leur niveau d'éducation, de leurs ressources et, parfois, de leur situation géographique. Ainsi, mettre à disposition un point d'accès centralisé pour de multiples prestations (idéalement pour toutes) ou pour des programmes de protection sociale est un atout considérable. Le guichet unique peut prendre la forme d'un réseau de travailleurs sociaux chargés de l'identification, de l'affiliation et du suivi des besoins des ménages bénéficiaires. Par exemple, *Chile Solidario* et *Chile Crece Contigo* ont été conçus pour offrir un point d'accès à un paquet de prestations et utilisent l'appui psychosocial et l'accompagnement des bénéficiaires pour maintenir le lien entre ces derniers et les programmes et les prestations de protection sociale. Cet accompagnement fonctionne comme un guichet unique pour orienter les bénéficiaires vers les prestations qui leur correspondent. Il peut également prendre la forme physique d'un guichet placé dans un endroit stratégique en fonction de la répartition géographique de la population

<sup>8</sup> Loi générale sur le Développement social (*Ley General de Desarrollo Social*), DOF 20-01-2004.



---

cible. C'est ainsi que fonctionne *Brasil Sem Miséria*; il permet de comparer la carte des carences en matière de protection avec la carte des ressources de politiques publiques.

Comme indiqué dans l'introduction, de nombreux pays d'Amérique latine ont mis au point des programmes étendus pour l'extension de la protection sociale au cours des dernières décennies. Ces programmes ont profondément modifié la protection sociale sur le continent. Bien des programmes comprennent des transferts conditionnels en espèces pour lesquels les bénéficiaires doivent répondre à des exigences spécifiques (par exemple sur le plan des examens médicaux, de l'éducation, etc.) qui suggèrent l'utilisation de plusieurs services de santé et d'éducation. Par définition, ce type de programme exige un degré élevé de coordination entre les prestations au niveau des ménages, afin d'assurer un ensemble cohérent de prestations au sein duquel chaque prestation vient en compléter une autre. Ces programmes ont permis d'étendre des éléments importants de la protection sociale, ce qui suggère qu'ils ont atteint un certain niveau de coordination institutionnelle, absolument indispensable pour une mise en œuvre effective. Par conséquent, les programmes d'assistance sociale constituent une base de connaissances pertinente pour étendre les mécanismes de coordination et l'intégration des prestations de protection sociale dans le cadre d'un système complet et articulé. Les expériences du programme *Bolsa Família* au Brésil, *Chile Solidario* au Chili et *Progres/Oportunidades* au Mexique mettent en lumière un cadre de coordination enregistrant des résultats très positifs, bien qu'il soit en cours d'amélioration.

Cette expérience peut également être très intéressante en termes d'évaluation des politiques publiques. De fait, ces programmes de protection sociale sont considérés comme des programmes de nouvelle génération, puisqu'ils ont été évalués de manière relativement structurée. L'évaluation implique l'existence d'une coordination et nécessite une analyse de l'interaction entre les différentes composantes de la protection sociale et de leur coordination au niveau des ménages. De tels mécanismes d'évaluation des programmes et des politiques de protection sociale offrent un moyen de vérifier l'interaction des différentes composantes de la protection sociale qui étaient auparavant évaluées séparément. Les évaluations du Conseil national d'évaluation de la politique de développement social (*Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social* - CONEVAL) au Mexique sont un bon exemple; elles cherchent à analyser les effets des programmes de protection sociale sur la pauvreté multidimensionnelle au niveau des ménages et au niveau régional. Par conséquent, elles permettent d'identifier où et comment il faudrait améliorer la coordination entre l'offre et la demande des différentes prestations de protection sociale. D'autres pays ont réalisé des efforts similaires pour développer une image plus complète de l'évaluation des politiques sociales. Par exemple, l'Uruguay a mis en place le Système intégré d'information du domaine social (*Sistema Integrado de Información del Área Social*) pour que l'Observatoire social de programmes et indicateurs (*Observatorio Social de Programas e Indicadores*) puisse accéder à des données complètes pour procéder à une évaluation coordonnée des programmes de protection sociale et produire des analyses globales sur un sujet qui avait autrefois un caractère disparate.

Les études de cas analysées dans ce rapport approfondissent les sujets mentionnés en fournissant des exemples détaillés du fonctionnement des mécanismes de coordination institutionnelle. Ces études ne sont pas exhaustives; elles sont uniquement destinées à donner une idée concrète des efforts réalisés, ou en cours de réalisation, dans les pays sélectionnés pour améliorer la coordination de leurs systèmes de protection sociale, en particulier des programmes qui correspondent aux composantes d'un SPS au sein de systèmes intégrés de protection sociale qui pourraient servir de fondement à une extension complète de la sécurité sociale. Les pays étudiés démontrent que la mise en place et la coordination de programmes ou d'éléments du socle de protection sociale peuvent

---

renforcer et compléter les systèmes complets de protection sociale. On le remarque clairement dans les cas suivants: *Asignación Por Hijo* (Argentine), *Plan Equidad* (Uruguay) et le Système unique d'assistance sociale (Brésil). Dans ces pays et ces programmes, on constate de grands progrès en termes d'institutionnalisation des mécanismes de coordination avec une vision élargie, impliquant la coordination et l'articulation des programmes contributifs et non contributifs dans la conception, la mise en œuvre et la gestion.

### 1.3. Bibliographie

Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC). Base de données CEPALSTAT. Disponible à l'adresse suivante:  
[http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB\\_CEPALSTAT/Portada.asp](http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp).

Bureau international du Travail (BIT) (2010): *World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond*. (Genève).

—. (2012): *La stratégie de l'Organisation internationale du Travail: La sécurité sociale pour tous: Mettre en place des socles de protection sociale et des systèmes complets de sécurité sociale*. (Genève).

—. Social Security Inquiry. Disponible à l'adresse suivante:  
[http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home?p\\_lang=en](http://www.ilo.org/dyn/ilossi/ssimain.home?p_lang=en).

—. A paraître. *World Social Security Report*.

Organisation internationale du Travail (OIT) (2012): *Recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012*. (Genève).

Organisation mondiale de la Santé (OMS). Plusieurs années. Base de données *Global expenditure*, disponible à l'adresse suivante: <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>.

---

## **2. Pratique des mécanismes de coordination interinstitutionnelle des socles de protection sociale: le cas de l'Argentine**

*Daniel Kostzer et Lou Tessier*

### **2.1. Introduction**

La recommandation n° 202 de l'OIT représente une avancée significative concernant les niveaux garantis de sécurité sociale auxquels les populations devraient avoir accès. Au regard des fondements de la recommandation, la sécurité sociale, tout comme la promotion de l'emploi, est considérée comme un besoin pour le progrès social et le développement économique. Cela se reflète également dans un instrument de réduction des disparités dans ces dimensions, ainsi que dans une priorité politique pour promouvoir une croissance durable à court et moyen terme.

Ce document présente l'ébauche d'un projet d'analyse des niveaux de protection sociale atteints en Argentine et décrit en détail les instances de coordination qui les ont rendus possibles.

La première partie mettra en relation les propositions qui se dégagent de la recommandation n° 202 de l'OIT en Argentine, certains débats sur les politiques sociales et une classification des formes de coordination dans les politiques sociales de ces dernières années. La deuxième partie parcourra les différentes juridictions de l'Etat chargées de la distribution des biens et des services sociaux, en récapitulant les cadres institutionnels formels ainsi que les actions concrètes de coordination et d'intégration. Pour cela, les principaux acteurs du domaine de la coordination des politiques sociales ont été interrogés pour que soit prise en compte leur opinion à propos du processus de coordination et des améliorations pouvant être mises en place pour la consolidation du système de sécurité sociale. Enfin, le document présente les enseignements tirés, particulièrement ceux pouvant être appliqués dans d'autres pays de la région pour la consolidation du SPS.

### **2.2. Conceptualisation, coordination et intégration pour le SPS**

#### **2.2.1. Coordination et intégration de politiques sociales**

Les concepts de coordination et d'intégration sont assez proches et ont pour objectif principal de surmonter les différences (et déficiences) des approches sectorielles ou disciplinaires, ainsi que juridictionnelles. L'intégration implique que, si toutes les carences des individus, ménages et collectifs ne sont pas abordées dans leur totalité (ou intégralité), les résultats deviennent moins évidents. Cette situation ne survient pas uniquement en termes de politique, mais aussi dans la perception des individus lorsque d'autres dimensions du développement humain sont prises en compte. Il semble évident que les interventions des pouvoirs publics doivent être coordonnées, particulièrement celles concernant la politique sociale. Une des raisons principales réside dans le caractère multidimensionnel des besoins des individus, des ménages et des collectifs, comprenant divers aspects et domaines, de différentes complexité et durée.

Les difficultés rencontrées par les pouvoirs publics pour pallier les carences, qui sont présentes et aggravées sur des territoires étendus comme c'est le cas dans les pays de la

---

région, sont souvent résolues par la création d'institutions faïtières telles que les conseils de planification qui sont pour la plupart fédéraux, mais qui ne connaissent pas le même succès. La situation est plus simple quand le problème n'a qu'une seule cause, indépendamment de son ampleur. Ainsi, le problème du chômage, survenu à partir de la crise de 2001-2002, a été abordé avec le programme *Jefes de Hogar Desempleados* (Chefs de famille au chômage), qui dépasse le cadre du simple plan. Ce programme a intégré différentes juridictions dans des projets qui semblaient très complexes, mais pour faire face au problème de transferts de revenus conditionnés à une contre-prestation de travail partiel, il a facilité cette intervention. Cette urgence a forcé les parties impliquées dans l'appareil étatique à faire preuve d'ingéniosité, principalement en raison de la pression de la communauté et des organisations intermédiaires.

D'autre part, la pression qui émane de la population au bas de l'échelle de la société et l'urgence de faire face à ce problème ont favorisé ces instances de coordination. Celles-ci ont notamment impliqué différentes organisations non gouvernementales (ONG) ainsi que des gouvernements locaux dans des initiatives remarquablement complexes, employant jusqu'à 2,4 millions de personnes en 2004 (Kostzer, 2008). Cette initiative, qui est le fruit d'une nécessité, contraste avec les antécédents historiques de l'Argentine et d'autres pays. Dans de nombreux cas, l'expérience montre que la fragmentation amène à des accès inégaux des différents groupes, non seulement en empêchant l'accès aux prestations pour certains individus, mais aussi en créant des doublons dans les offres, avec l'inefficacité que cela entraîne.

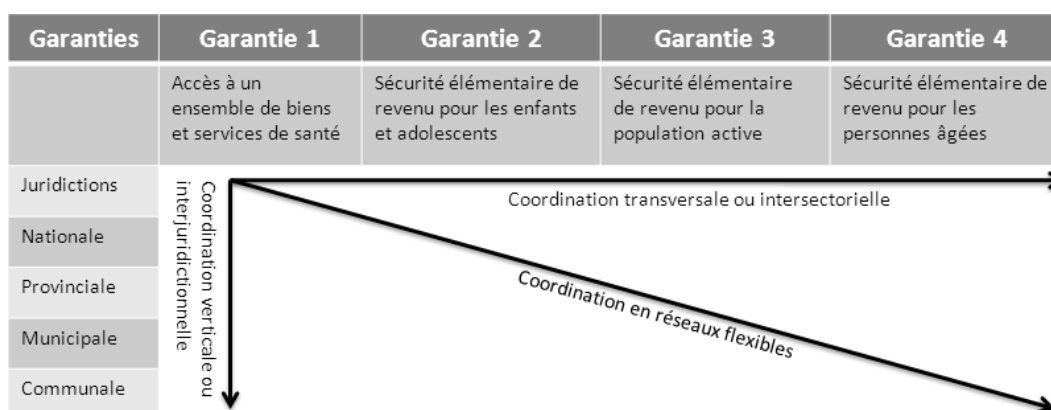
Les processus de décentralisation sont considérés comme une alternative, mais il faut rester prudent. Lorsqu'ils ne sont pas uniquement mis en place pour que des gouvernements centraux puissent se délester des problématiques représentant un coût politique élevé et peu de bénéfices, les processus de décentralisation présentent de nombreux avantages en termes de proximité avec les problèmes et les bénéficiaires, de connaissances des particularités et des problématiques spécifiques, ainsi que de légitimité politique de celles-ci. Cependant, ces processus sont également confrontés à des goulots d'étranglement et des difficultés qui augmentent les besoins de coordination et d'intégration.

Le SPS, considéré comme un objectif stratégique, durable et viable d'un point de vue social, économique et politique, incite à la cohérence des politiques sociales pour laquelle la coordination et l'intégration sont des conditions fondamentales. Un bref schéma en lien avec le SPS permet de définir la dynamique de coordination en fonction des différents accords institutionnels, tant au niveau sectoriel que juridictionnel. Cette relation est visible dans la figure ci-dessous.

Les ordonnées représentent les juridictions en termes géographiques et physiques. Celles-ci possèdent également le mandat constitutionnel de l'exercice de souveraineté populaire. A des fins pratiques, les catégories sont divisées ici en juridiction nationale, provinciale, municipale et communale afin d'étudier les processus avec la plus grande décentralisation territoriale possible<sup>1</sup>. En Argentine, seules quelques municipalités ont une dimension communale, mais c'est une tendance à la hausse qui provient essentiellement des réclamations populaires.

<sup>1</sup> L'Argentine est un pays fédéral avec trois niveaux de gouvernement (national, provincial et municipal). Chacun de ces niveaux possède différents pouvoirs en matière de recouvrement d'impôts et de responsabilités dans la distribution de biens et de services publics.

**Figure 2.1. Instances de coordination pour le socle de protection sociale**



Source: Elaboré par les auteurs.

Les abscisses reprennent les quatre garanties du SPS qui, selon le cas, impliquent un seul ou plusieurs secteurs chargés de les offrir aux différentes tranches d'âge. Il va de soi que ce schéma pourrait être plus complet, car, à l'exception de la première, les garanties tournent autour d'une prestation monétaire ou d'un transfert de revenu. Il s'agit principalement d'un aspect plus administratif que de gestion, mais cela implique que les garanties se composent également d'autres biens et services sociaux complémentaires, objectifs de politiques sociales plus ambitieuses et qui aspirent à couvrir d'autres dimensions de la vie humaine. Ce sont souvent des priorités de second ordre qui se rajoutent à la gamme de services prévus par la société pour ses citoyens.

Lorsque la coordination est présente dans les différents secteurs d'intervention, mais toujours dans le cadre d'une seule juridiction, elle est appelée **coordination transversale**. Ce type de coordination est aussi appelée intersectorielle, car, dans le cas de la politique sociale, c'est celle qui cherche à couvrir intégralement les prestations aux ménages. En revanche, dans le cas où la coordination est présente à travers les juridictions pour chaque garantie de manière spécifique, il s'agit d'une **coordination interjuridictionnelle, intrasectorielle ou verticale**. Il s'agit du niveau typique de coordination présent dans les Etats fédéraux comme ceux de la région, dans lesquels la structure nationale est en relation avec les niveaux provincial, municipal ou communal.

Lorsque le processus implique en même temps les abscisses et les ordonnées (comme dans la plupart des cas), il est nécessaire d'avoir une coordination qui consolide les processus de construction des socles, c'est-à-dire les niveaux minimaux acceptables de protection sociale, et concerne principalement l'intégralité des prestations qui parviennent aux différents bénéficiaires.

Il est évident que cela a uniquement un caractère didactique ou analytique et qu'en réalité, il est préférable d'avoir un mécanisme de **réseaux flexibles** incluant également des prestataires privés. Ces acteurs devront ensuite participer à diverses instances telles que la définition de priorités pour les bénéficiaires dans les différentes étapes des projets, mais principalement au suivi, à l'évaluation et à la reconception pour corriger les problèmes.

### **2.2.2. Caractéristiques d'un système de coordination et d'intégration des interventions sociales**

L'intégration des services sociaux offre des pistes de développement allant d'une complexité mineure à une complexité plus importante, au fur et à mesure de l'avancée dans les niveaux et la sophistication. Martínez Nogueira (2008) identifie les points suivants:

- 
- L'intégration des informations concernant les prestations et les besoins. Il semble que ce soit le point le plus élémentaire, mais il est central, car il facilite la coordination entre les sphères institutionnelles et permet à la fois de promouvoir l'offre disponible, les conditions requises ainsi que les droits associés.
  - Ensuite, la facilitation de la remise des biens et des services concernés. En général, ce sont des caractéristiques présentées par le biais d'un seul agent ou d'un seul lieu où il est possible d'accéder à la variété des prestations associées aux droits qu'elles visent à protéger.
  - Par ordre de sophistication, un troisième échelon correspond aux programmes complets spécifiques dans lesquels, à partir de leur conception précise, des structures multijuridictionnelles sont utilisées afin d'atteindre les objectifs fixés. Ils peuvent être très efficaces, mais fonctionnent en général pour des objectifs précis plus délimités, ou pour des tranches d'âges particulières (par exemple: les enfants, les personnes âgées). Ces programmes deviennent problématiques dans des contextes plus étendus et avec des prestations multidisciplinaires.
  - Le plus haut niveau d'intégration est atteint lorsque toutes les prestations sont offertes à la population cible et qu'elles sont adaptées aux besoins des bénéficiaires, en temps et en forme, et sans exclusions.

Il existe indubitablement de nombreuses combinaisons à l'intérieur d'un système d'intégration: des guichets uniques pour la soumission des demandes aux «*one stop shops*» qui fournissent toutes les prestations dans un seul lieu. Il est évident que la technologie facilite grandement les procédures d'inscription et le partage d'informations concernant les bénéficiaires, ainsi que la vérification et le suivi de la distribution des prestations.

A partir de ce cadre, Martínez Nogueira a défini les caractéristiques d'intégration suivantes:

- attention portée à l'hétérogénéité des situations, avec des prestations conçues et appliquées en fonction des besoins des individus, familles ou communautés;
- objectifs partagés par tous les opérateurs;
- diagnostics préparant les interventions dans les cas de complexité importante;
- cadres analytiques et opérationnels multidimensionnels et multidisciplinaires;
- espaces physiques afin de concrétiser l'intégration;
- décentralisation dans les unités participant à l'intégration.

Ces caractéristiques représentent une conception systémique de la protection sociale, ce qui est une consigne de base pour la construction d'un SPS, conformément à l'esprit de la recommandation n° 202 de l'OIT.

### **2.2.3. Recherche d'efficacité dans les interventions sociales**

Sans tenir compte des considérations de principes et des impératifs catégoriques découlant des multiples dimensions de l'être humain dans son sens le plus large, l'intégration et la coordination constituent la seule manière d'atteindre avec une certaine efficacité les objectifs définis. Le cadre de la simple efficacité, facteur important dans la gestion des ressources publiques rares, est dépassé afin de s'impliquer totalement dans

---

l'atteinte des objectifs fixés pour combattre l'exclusion et la pauvreté. Même lorsque les différentes zones thématiques et juridictions des gouvernements fonctionnent dans des systèmes optimaux, le manque d'intégration et de coordination peut laisser de côté de vastes groupes de population, ce qui porte atteinte à l'ensemble de la politique sociale.

Il existe de nombreux exemples, non seulement dans la région, mais également dans des pays ayant une longue culture de la protection sociale, où le manque de dialogue entre les juridictions provoque l'abandon ou l'ignorance des groupes les plus nécessiteux et porte préjudice à la visibilité d'une ou de plusieurs dimensions des interventions sociales. Selon Saith (2004), en référence à son étude pour l'Institut international d'études sociales «[...] il est infiniment plus grave de priver un ménage d'une prestation que d'accorder celle-ci à un individu ou un ménage qui ne la mériterait pas.» Cette gravité s'exprime en termes individuels familiaux, mais également sociaux et économiques, comme le montrent les systèmes de mesure les plus inclusifs, qui étudient les axiomes de ciblage, d'uniformité et de transfert. Ces axiomes sont considérés selon l'indice de développement humain (IDH) comme indispensables à toute méthode de mesure quantitative de la pauvreté.

#### **2.2.4. Le SPS, outil de planification, d'intégration et de coordination des interventions publiques**

La force de la recommandation n° 202, ajoutée à la liberté de stratégies et de pistes de développement qu'elle propose, font d'elle un outil adéquat et puissant pour appliquer certaines caractéristiques souhaitables aux politiques sociales, créant ainsi un instrument pour l'exercice des droits qui soit universel, efficace, efficient, transparent et participatif.

L'établissement du socle permet le développement et la consolidation d'un *nouveau cadre institutionnel* en tant que politique d'Etat allant au-delà des aléas conjoncturels, qui soit rationnel et adapté aux objectifs fixés par la recommandation et améliorant les prestations ainsi que les processus en termes de distribution, d'évaluation et de reconception.

Le SPS pose un cadre qui permet aux habitants d'étendre leur condition de citoyen, car il donne accès à des formes d'intégration des instruments qui sont eux-mêmes orientés vers l'intégration sociale.

Du point de vue de l'appareil étatique, le SPS requiert que les agents en contact direct avec les ayants droit puissent remplir plusieurs fonctions, mais également qu'il y ait une décentralisation de certains processus afin qu'ils soient gérés par des personnes en proximité avec la population. Cela ne concerne pas uniquement le processus de distribution des biens et des services, mais également celui de l'évaluation et du suivi, de manière à ce que ces derniers soient intégrés aux révisions des programmes dans une dynamique nouvelle qui soit propice aux accords interjuridictionnels, intersectoriels et à ceux comprenant de multiples combinaisons entre les secteurs public et privé.

### **2.3. Socle de protection sociale dans l'Argentine actuelle**

La politique sociale en Argentine s'est historiquement caractérisée par son importante sectorisation et son manque de coordination. La superposition de mesures de décentralisation et de fédéralisation de plusieurs services en vigueur dans les années 90 a accentué la dispersion sectorielle avec une désarticulation verticale ou juridictionnelle, aggravant la tendance imposée par la philosophie de ciblage, à laquelle il est fait référence ci-dessus.

---

La crise de 2001-2002, pendant laquelle la pauvreté a atteint des niveaux sans précédents en Argentine, a généré un besoin impératif d'instruments bien plus importants que ceux déjà existants, qui s'est essentiellement traduit par la mise en œuvre des programmes *Jefes de Hogar Desempleados* et *Remediar + Redes*, ainsi que par la politique de distribution de repas dans tout le pays.

Le programme *Jefes de Hogar Desempleados* a permis de réunir une grande quantité d'initiatives plus ponctuelles, qui ciblaient les bénéficiaires mêmes du programme d'emploi temporaire. Même si ce processus est dû à la nécessité urgente de renforcer l'articulation entre les juridictions nationales, provinciales et municipales, le secteur public et les organisations de la société civile ont également fait preuve de coordination, contribuant ainsi à l'inscription de près de 2,4 millions de bénéficiaires dans des projets ponctuels visant à fournir des biens et des services sociaux. Bien qu'il ne fasse pas partie des objectifs originaux du programme, il a fait office de SPS (au départ avec des niveaux de rémunération raisonnables, rattrapés ensuite par l'augmentation des prix) concernant le revenu, et a offert un point d'accès potentiel à d'autres prestations.

A l'inverse, les objectifs des projets de distribution de repas ont été modifiés pour atteindre un certain niveau d'intégration des prestations, incluant ainsi des questions d'éducation et de santé. Ils ont également favorisé leur capacité d'intervention dans des activités d'autres genres en fonction des besoins et des demandes locales. D'autre part, en raison de ses caractéristiques, le programme *Remediar + Redes* a impliqué une certaine coordination juridictionnelle, mais ne s'appliquait pas à d'autres secteurs de la politique sociale.

Avec le temps et la croissance de l'emploi, en particulier de l'emploi formel, le programme *Jefes de Hogar Desempleados* a évolué vers d'autres initiatives telles que le programme *Plan Familias* dans un premier temps, puis vers le programme *Argentina Trabaja* (L'Argentine travaille), le moratoire sur la retraite et la prévoyance <sup>2</sup> ou l'Allocation universelle pour enfant à charge (*Asignación Universal por Hijo – AUH*). Ces programmes entraînent des modifications, comme le montre l'analyse des garanties du SPS ci-dessous.

Dix ans après la crise de 2001-2002, la politique sociale a évolué, en passant d'un moyen d'amortir la crise à un réseau de protection sociale pour les personnes exclues du marché du travail ou qui ne peuvent pas jouir des fruits d'un travail décent pour différentes raisons. Un travail décent permet la survie du travailleur et de sa famille, avec certains critères de systématisme dans les prestations, orientés vers une vision plus intégrée.

Le nombre d'initiatives de grande envergure et universelles a augmenté de manière significative et, bien que les lacunes restent importantes en termes d'articulations sectorielles et juridictionnelles, l'utilisation de technologies pour la recherche de bénéficiaires, la distribution de prestations et la publication de rapports facilite l'échange avec d'autres secteurs et juridictions.

<sup>2</sup> «Les travailleurs autonomes ou salariés qui remplissent les conditions d'âge pour accéder aux différentes prestations pourront s'inscrire à ce régime de régularisation volontaire afin de compléter les années de services présentant des cotisations manquantes.

Pour toutes les prestations, les périodes à inclure au titre du moratoire Loi 25.865 avec application de la Loi 24.476 doivent être comprises entre les dates suivantes: du 01/01/1955 au 30/09/1993 et à partir de l'âge de dix-huit (18) ans» (Site institutionnel de l'ANSES).



---

### 2.3.1. Garantie de soins de santé essentiels

Le «marché» de la santé peut être illustré comme l'un des marchés les plus asymétriques et imparfaits qui soient. Il possède une caractéristique différente des autres marchés dans lesquels celui qui prescrit ou définit le traitement n'est pas celui qui consomme ou paye le bien ou le service. Le consommateur n'a pas de contrôle sur la prescription et, dans la plupart des cas, il n'est pas responsable du paiement. D'autre part, celui qui doit effectuer le paiement ou allouer le budget n'est ni celui qui prescrit, ni celui qui consomme. Ces caractéristiques confèrent à ce marché une complexité différente d'autres types de transactions mercantiles; c'est pourquoi la santé doit être considérée différemment des autres secteurs, y compris des secteurs sociaux.

La garantie de soins de santé essentiels du SPS, comme susmentionné, regroupe un grand nombre d'initiatives. Bien qu'il existe déjà un important débat entre les approches «horizontales» et «verticales» de la santé (Olivera Cruz, 2003, cité par Tobar, 2008), l'initiative du SPS ne prend parti pour aucun de ces deux points de vue, mais demande des résultats dans tous les cas<sup>3</sup>. Dans l'expérience récente de l'Argentine, où il existe des systèmes très compartimentés (le secteur privé, celui des *obras sociales*<sup>4</sup> et le secteur public) avec des juridictions bien définies (la juridiction nationale pour certaines campagnes de grande envergure ou la création de politiques; la juridiction provinciale chargée de la complexité haute et moyenne; et les juridictions municipales et locales avec une participation active aux soins primaires et à la prévention), il manque souvent des liens entre les juridictions pour conférer au système argentin les caractéristiques d'un système coordonné et intégré afin d'améliorer la santé de la population.

En quelque sorte, le nombre élevé de citoyens ayant perdu leur travail formel (et avec cela la protection de la santé du système des *obras sociales*) ou ayant dû payer des arriérés de cotisations aux systèmes prépayés<sup>5</sup> de santé depuis la crise, a fait que la charge pesant sur l'hôpital public est devenue insoutenable. Cette situation a impliqué la redéfinition des politiques de santé qui ont pris le contrepied de l'approche précédente, qui consistait à subventionner la demande en matière de santé.

Selon Roca *et al.* (2012), il existe aujourd'hui en Argentine plus de 24 ministères de la santé provinciaux, un nombre similaire de *obras sociales* publiques provinciales, 250 *obras sociales* syndicales, une cinquantaine d'institutions privées prépayées ou assurances,

<sup>3</sup> L'approche verticale se compose de nombreuses initiatives et prestations qui abordent chacun des problèmes en lien avec la santé. Celles-ci utilisent des outils adaptés pour chacun d'eux, et permettent la modification des technologies employées selon l'avancée de ces outils. L'approche horizontale, quant à elle, considérée comme plus complète et propice à l'articulation d'initiatives, propose l'ajout de services de santé en fonction de la complexité croissante de ceux-ci, intégrant les soins curatifs et les soins préventifs à partir de l'utilisation complète du réseau de santé existant.

<sup>4</sup> En Argentine, le terme *obras sociales* recouvre un ensemble d'institutions gérées en partie par les centrales syndicales de branche délivrant une couverture en assurance maladie, depuis les années 1950. Par extension, dans le langage courant, ce terme est parfois synonyme d'assurance maladie en général (comme le terme "mutuelle" en France).

<sup>5</sup> Système d'assurance santé privé par lequel le bénéficiaire a accès à un panier de soins défini en fonction de la prime payée et du risque individuel de l'assuré. En Argentine, ces assureurs peuvent avoir des contrats de service avec la plupart des cliniques et centres hospitaliers avec leur propre réseau de prestataires des services de santé.

---

un nombre indéterminé d'institutions en lien avec les municipalités et les gouvernements locaux, soit approximativement 500 organismes publics et privés en lien avec la santé.

Le ministère de la Santé (2011) a réalisé une classification des prestations du secteur composé de trois types de couverture:

- Avec une couverture du secteur public:
  - avec des garanties explicites – Programme *Nacer* (Naître);
  - avec des garanties explicites – Programme fédéral de santé (*Programa Federal de Salud*);
  - sans garanties explicites (national, provincial et municipal).
- Avec une couverture des obras sociales:
  - nationales (y compris l'Institut national des services sociaux pour les retraités et pensionnés (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados –UTI));
  - provinciales.
- Avec une couverture médicale prépayée.

Selon les données du recensement national des ménages, des personnes et des logements de l'année 2010, près de la moitié de la population bénéficie du système de *obras sociales*, c'est-à-dire celui qui découle de la condition de travailleur formel de l'individu. Il comprend les *obras sociales* provinciales qui, bien que ce soient des entités publiques étatiques, fonctionnent comme toute autre *obra social* syndicale. Le système des *obras sociales* comporte également un groupe d'affiliés qui fait appel à des assurances prépayées. La *obra social* des retraités et des titulaires d'une pension, le Programme d'assistance médicale complet (*Programa de Atención Médica Integral – PAMI*), fait office d'agent centralisateur et possède le plus grand nombre de bénéficiaires: plus de 10 pour cent de la population totale, dans une tranche d'âge où la demande en biens et en services est particulièrement plus élevée.

En ce qui concerne uniquement le système public, qui comprend des hôpitaux de différentes complexités et des centres de soins de santé primaires (y compris des dispensaires et autres salles de soins pour les premiers secours), les chiffres sont plus complexes. Cela est dû au fait que même si les citoyens affiliés peuvent bénéficier d'autres systèmes, en cas d'urgences ou si des prestations ne sont pas assurées par les systèmes privés, ils ont recours à l'hôpital public. Près d'un tiers de la population bénéficie uniquement de l'assistance du système public. Le pourcentage d'habitants possédant une couverture sans garanties explicites s'élève à 36 pour cent, soit près d'un tiers de la population. A cela il faut ajouter 2 pour cent de personnes qui bénéficient de programmes de santé spéciaux en complément du système public.

Les personnes affiliées volontairement au système privé prépayé de santé ou d'assurance-maladie représentent près de 5 pour cent de la population et sont, en général, celles qui touchent les plus hauts revenus relatifs. Cependant, il y en a également qui touchent des revenus bien plus faibles et qui accèdent à des services prépayés de santé très restreints, majoritairement centrés sur les urgences et les obsèques.

D'un point de vue territorial, la couverture est très hétérogène. La couverture par le système des *obras sociales* et des systèmes prépayés de santé représente 62 pour cent du

---

total national, mais ce taux varie d'une juridiction provinciale à l'autre en atteignant plus de 80 pour cent dans la Ville autonome de Buenos Aires et un peu moins de 40 pour cent dans le cas de la province de Formosa, selon les données du recensement. Alors que quatre provinces sont couvertes par le régime de *obras sociales* et des systèmes prépayés de santé à plus de 70 pour cent, soit un total de presque trois millions de bénéficiaires, neuf autres provinces sont couvertes à hauteur de 60 à 70 pour cent, ce qui concerne 17,7 millions de personnes. Près de deux millions de personnes bénéficient du système de *obras sociales* et du système prépayé de santé dans les six provinces qui affichent une couverture entre 50 et 60 pour cent, et enfin deux millions de personnes vivent dans les cinq provinces dont la couverture est inférieure à 50 pour cent. Parmi les 2,5 millions de personnes qui ont uniquement accès à l'hôpital public, soit 6 pour cent de la population totale selon le recensement de 2010, seulement 17,1 pour cent d'entre elles proviennent des cinq provinces qui regroupent plus de 50 pour cent de la population nationale.

Les programmes de santé mis en place au cours des dix dernières années ont eu une couverture territoriale de grande envergure. Ces augmentations s'observent également dans le système des *obras sociales*, depuis que, grâce à l'augmentation des revenus des travailleurs et de la masse salariale (à laquelle s'ajoute l'absorption des dettes antérieures du système par l'Etat), les ressources sont plus abondantes. L'amélioration des revenus relatifs se vérifie également dans le système prépayé de santé, malgré la hausse des coûts de financement, visant à renforcer les instances de régulation étatique.

La législation a augmenté les exigences envers le système privé et celui des *obras sociales* pour l'inclusion, dans le cas de traitements reconnus, de pratiques qui auparavant étaient considérées comme relevant uniquement de la médecine privée (notamment l'obésité, certaines chirurgies plastiques, les dépendances et la procréation médicalement assistée). Il y a eu une amélioration significative des technologies et de l'infrastructure des *obras sociales*, particulièrement pour les plus importantes. D'autre part, concernant l'offre de l'Etat, il existe de nombreuses interventions publiques avec des critères de couverture universelle, destinées à améliorer l'offre dans la distribution de biens et de services de santé, auxquels s'ajoutent les gouvernements provinciaux et les municipalités concernées.

Il existe une variété d'apports qui entrent dans la fourniture des soins de santé, des infrastructures diverses, ainsi que des compléments salariaux pour le personnel de santé dans les différentes juridictions sous-nationales, telles que le programme *Nacer*, aujourd'hui devenu le programme *Sumar*<sup>6</sup>. Le programme *Nacer* offre une couverture explicite de santé pour les enfants de moins de 6 ans sans *obra social* et pour les femmes enceintes ou en suites de couches (jusqu'à 45 jours après l'accouchement) et ne bénéficiant pas non plus d'*obra social*. Les personnes bénéficiant des «*garanties spécifiques*», couvertes généralement par le programme *Nacer* (au moment du recensement) et le programme fédéral de santé, représentent près de 2 pour cent de la population totale.

Il a été très compliqué de réaliser des calculs précis sur les dépenses en matière de santé que les personnes ont dû payer de leur poche, considérées comme un indicateur de la garantie de santé, car pour cela il est nécessaire de prendre en compte des enquêtes sur les dépenses et les revenus des ménages. La dernière enquête de ce type a été réalisée en 2004/05. L'enquête concernant les années 2012-2013 est actuellement en train d'être traitée.

<sup>6</sup> Il est important de préciser que la juridiction nationale ne comporte pas d'hôpitaux (sauf ceux du ministère de la Défense) gérés directement, sauf pour quelques exceptions à Buenos Aires.

---

En prenant comme référence la dernière enquête sur les dépenses des ménages (publiée en 2006, mais réalisée en 2004/05 <sup>7</sup>), il est possible de se faire une idée des dépenses des ménages dans ce domaine, en fonction de leurs différentes caractéristiques.

L'enquête nationale des ménages définit les dépenses en matière de santé de la manière suivante: «Santé: comprend les produits médicaux et les accessoires thérapeutiques (médicaments, matériel de premiers secours, appareils et accessoires) et les services pour la santé (système prépayé d'assistance médicale, consultations médicales et dentaires, hospitalisation, accouchements, physiothérapie, analyses cliniques et radiologiques).» (INDEC, 2006, p. 9). Cette définition méthodologique donne une idée de la nature des dépenses directes des ménages dans le domaine de la santé, et comprend aussi bien les services préventifs que les dépenses de thérapie. Les dépenses déduites directement des salaires des travailleurs formels n'en font pas partie et, comme observé ci-dessus, elles constituent une part importante de ces frais.

Selon cette enquête, les dépenses de tout le pays en matière de santé représentent 7,6 pour cent de la totalité des dépenses des ménages (dans l'enquête de 1994-1995, ce chiffre s'élevait à 8,6 pour cent). Cependant, il y avait une grande variabilité entre les différentes régions: 8,4 pour cent dans le Grand Buenos Aires, contre 4,8 pour cent pour le Nord-Est et la Patagonie. Cette variation s'explique principalement par le rôle joué par les systèmes prépayés de santé dans les groupes avec les plus importants revenus relatifs. A leur tour, les dépenses mensuelles des ménages par habitant dans le Grand Buenos Aires sont 2,4 fois plus importantes que dans la région du Nord-Est, et 1,4 fois supérieures à celles dans la Patagonie.

L'analyse des dépenses en matière de santé par rapport au nombre de membres d'un ménage montre que lorsqu'il est composé d'un seul membre, 9,5 pour cent des dépenses sont destinées au domaine de la santé, 11 pour cent s'il est composé de deux membres; et pour trois membres, la valeur est proche de la moyenne nationale (7,5 pour cent), 6,4 pour cent pour quatre membres et 5,6 pour cent pour cinq membres et plus. Ce nombre est fortement influencé par les dépenses des personnes âgées vivant seules ou en couple et par le fait que, au moment de l'enquête, la couverture du régime de prévoyance était plus basse qu'aujourd'hui, comme le montre l'analyse de la quatrième garantie du SPS. Cette donnée se vérifie lorsque les ménages sont analysés par type. Ainsi, les ménages nucléaires sans enfants et unipersonnels consacrent respectivement 12,1 et 9,5 pour cent de leurs dépenses à la santé, alors que les ménages nucléaires avec enfants et élargis dépensent 6,3 et 7,7 pour cent.

Il est estimé que la nouvelle enquête montrera des valeurs similaires à la précédente dans l'ensemble, avec tout de même des différences dans les sous-groupes. En principe, l'augmentation de l'emploi formel entraîne une baisse des frais payés de la poche des personnes du secteur informel ou sans assurance-maladie. Dans le même temps, l'augmentation du pouvoir d'achat des secteurs ayant les revenus les plus importants entraîne une augmentation des assurances prépayées légèrement supérieure à l'inflation. A leur tour, les secteurs qui sont uniquement couverts par les systèmes de santé publics bénéficient aujourd'hui de meilleurs services aussi bien en termes de couverture que de prestations.

<sup>7</sup> Consulter le site: [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar).

---

### 2.3.2. Garantie de revenu pour les enfants

La garantie de revenu pour les enfants, bien que pensée pour l'acquisition d'une gamme de biens et de services, à commencer par l'alimentation, puis l'éducation et les loisirs des mineurs, fonctionne à partir d'un transfert monétaire. Dans les économies qui fonctionnent de manière mercantile et sans trop de distorsions sur les marchés, le système de transferts directs aux bénéficiaires pour qu'ils choisissent les biens et les services nécessaires à l'entretien et l'éducation des enfants est le meilleur système avec de moindres coûts administratifs et de meilleures méthodes pour budgétiser les dépenses.

Malgré ces avantages, auxquels s'ajoute la vaste expérience du versement des allocations familiales à partir de la condition de salarié formel de l'un des parents des mineurs, une universalisation plus étendue présente quelques difficultés de mise en œuvre. Premièrement, l'un des problèmes les plus importants est que, si ce versement obtient la caractéristique d'un revenu citoyen attribué au mineur, bon nombre de personnes le recevront, bien qu'elles n'en aient pas réellement besoin ou, à défaut, feront des déductions pour leurs déclarations d'impôts sur le revenu. De plus, si les procédures ne sont pas clairement définies, les personnes changeant souvent d'emploi formel le toucheraient uniquement certains mois. Une situation similaire survient lorsque les revenus sont plafonnés et que l'individu présente une grande volatilité de revenus en raison des situations propres à l'activité dans laquelle il est employé.

Le deuxième type de problème correspond aux difficultés de prospection des mineurs dans les ménages les plus précaires et pauvres, effectuant souvent un travail migrant ou temporaire, qui rend le suivi très difficile.

Malgré ces difficultés, les technologies actuelles et l'expérience de l'Argentine ont démontré qu'il est possible d'obtenir une couverture importante sur une allocation universelle pour les enfants et adolescents, avec un impact considérable sur les niveaux de pauvreté et d'indigence, d'assistance et d'assiduité scolaire.

Selon l'étude de Bertranou et Maurizio (2012), le système argentin possède trois composantes élémentaires permettant d'adapter l'instrument à la diversité des situations réelles. Cette distinction ne concerne pas seulement la population bénéficiaire, mais également les différentes sources de financement.

Les auteurs distinguent trois composantes:

- **Déduction fiscale:** ce régime a été créé en 1932, lorsque l'impôt sur le revenu a été établi. Il se compose d'une prestation reposant sur la déduction de la base imposable annuelle pour chaque enfant et adolescent de moins de 18 ans. Cette prestation est gérée par l'Administration fédérale des revenus publics (*Administración Federal de Ingresos Públicos - AFIP*).
- **Allocation familiale contributive:** elle a été instaurée en 1957 comme une prestation mensuelle par enfant, à laquelle s'ajoute une allocation annuelle de scolarisation. Elle profite aux travailleurs du secteur formel, aux chômeurs durant la période de couverture de l'assurance-chômage, aux titulaires d'une pension (contributive et non contributive) et aux travailleurs affiliés au système de Risques professionnels (*Riesgos de Trabajo*). Cette allocation est gérée par l'Administration nationale de sécurité sociale (*Administración Nacional de la Seguridad Social - ANSES*) pour les travailleurs formels, et par les provinces et municipalités dans le cas des employés du secteur public.

- 
- AUH: elle couvre les petits contribuables sociaux soumis à un régime simplifié (*monotributistas sociales*) et les petits contribuables occasionnels (*monotributistas eventuales*), les chômeurs sans assurance-chômage, les inactifs sans prestations de sécurité sociale ou les actifs de l'économie informelle avec des revenus inférieurs au salaire minimum, ainsi que les travailleurs faisant partie du régime spécial du service domestique, avec des revenus inférieurs au salaire minimum. L'AUH est gérée par l'ANSES et ses ressources sont de nature non contributive. Elle remplace le programme *Plan Familias* qui représentait, sur la base discrétionnaire, le programme de transfert de revenus non contributif pour les mineurs.

Jusqu'à la mise en place de l'AUH, les enfants et les adolescents en Argentine étaient couverts par le *Plan Familia* et les *Asignaciones Familiares Contributivas* (allocations familiales contributives) à 62,8 pour cent (Bertranou et Maurizio, 2012). Selon Bertranou et Maurizio (*op. cit.*), l'année qui a précédé la mise en place de l'AUH, moins de 15 pour cent des enfants de moins de 18 ans bénéficiaient d'une protection du système non contributif, le reste étant réparti à 49 pour cent pour le système contributif et 5 pour cent pour les déductions de l'impôt sur le revenu. En 2010, dernière année analysée par les auteurs, la couverture de la protection des mineurs représentait 80 pour cent de cette tranche d'âge. Ce chiffre se divise en 28,5 points de pourcentage pour le système non contributif (désormais seulement l'AUH), 46,3 points de pourcentage pour le système contributif et 5,4 points de pourcentage pour le système de déduction de l'impôt sur le revenu.

Le chiffre nécessaire pour atteindre 100 pour cent de couverture correspond aux contribuables sociaux soumis à un régime simplifié (*monotributistas*) et aux travailleurs de l'économie informelle qui touchent un revenu supérieur au salaire minimum, bien qu'il y ait également un nombre inconnu d'individus non pris en compte pour diverses raisons: absence de papiers d'identité ou de demande de la part des parents ou tuteurs. Ce dernier aspect devrait être revu, particulièrement dans le cas des autres situations dans lesquelles ils ne perçoivent pas de revenu, ce qui peut en partie entraîner une exclusion indue.

Les instances de coordination de ce système sont relativement simples en ce qui concerne le versement de la prestation. Alors que l'ANSES est chargée du paiement de la partie contributive et non contributive, l'AFIP est responsable du régime de déduction de l'impôt sur le revenu. Afin de mettre en application les 20 pour cent payés chaque année avec la contre-prestation de santé et d'éducation, les certificats sont eux émis au niveau local, la plupart du temps provincial.

### **2.3.3. Garantie de sécurité de revenu pour la population active**

Comme mentionné dans la partie sur les indicateurs pour le suivi des garanties de la recommandation n° 202, les revenus de la population active doivent être suffisants pour la survie d'un ménage aux caractéristiques démographiques très différentes de celles du reste de la société. Ils doivent également prévoir des dépenses hétérogènes, non seulement pour les besoins auxquels chacun doit faire face, mais également pour pouvoir suivre les modèles de consommation déterminés par des règles culturelles, des caractéristiques régionales, ainsi que des préférences individuelles.

C'est pour cela qu'il est extrêmement difficile de définir de manière générale les caractéristiques que doit avoir un programme qui respecte cette garantie du SPS. Ainsi, il n'existe pas de solution miracle pour faire face de manière efficace à toutes les situations

---

observées dans ce domaine, étant données les particularités du type de chômage que rencontre un individu à titre personnel, comme mentionné précédemment, mais également dans son interaction avec le contexte économique<sup>8</sup>. Au vu de la complexité de l'analyse et avant de décrire l'état du SPS pour cette garantie, il est nécessaire de mentionner la manière dont l'Argentine est passée du plein emploi à une crise qui a failli venir à bout des institutions démocratiques.

### Les premières réponses de grande envergure: le programme *Jefes de Hogar*

A partir des années 90, le marché du travail argentin a connu une situation particulière. Étant donné les niveaux historiquement faibles du taux de chômage et la courte durée de celui-ci lorsque les personnes perdaient leur travail, et malgré le développement d'un Etat-providence en terme d'allocations familiales et de pensions, les prestations pour le chômage n'étaient pas une nécessité de l'ancien régime de protection social.

Avec la subite hausse du chômage en 1994 (en augmentation depuis 1991) après une période de «stupeur» et de protestations, les régimes d'assurance-chômage ont été renforcés. Ils étaient auparavant portés sur des secteurs traditionnellement volatiles tels que la construction. Ces régimes ont donc dû être renforcés avec des programmes d'emploi transitoires de diverses échelles et ampleurs, car leurs fondements formels et contributifs étaient insuffisants.

Avec la crise, le nombre de bénéficiaires de programmes pour l'emploi gérés par l'Etat a atteint 2,4 millions<sup>9</sup> (Kostzer, 2008). Ces programmes ont un rôle central non seulement pour apaiser le mécontentement social, mais également pour mettre en place le redressement de l'économie dans les régions les plus reculées, dans lesquelles le pourcentage de bénéficiaires atteignait 40 pour cent de la population économiquement active (Kostzer, 2008; Golbert, 2004; Roca *et al.*, 2004)<sup>10</sup>. Il existe de nombreuses évaluations de cette intervention qui reprennent les aspects les plus divers du programme (pauvreté, égalité entre hommes et femmes, employabilité, impact macroéconomique, enfance, développement local, etc.). Ce travail ne sera donc pas plus approfondi à ce sujet.

<sup>8</sup> Certains pays comme la France ont conçu des initiatives telles que les impôts négatifs sur le revenu, qui viennent compléter les revenus des ménages jusqu'à un certain niveau. Cette méthodologie peut se montrer très efficace sur de courtes périodes de chômage ou de sous-occupation avec des revenus partiels ou fluctuants. Elle est également très efficace en termes de budget, car, une fois que le niveau minimum de revenus que doit toucher un individu ou un ménage est établi, il suffit de lui transférer ce montant. Ce type de programmes est très facile à gérer à condition d'avoir les informations précises sur les revenus du ménage, ainsi que ses caractéristiques démographiques. Cependant, pour la plupart des pays, y compris les plus développés, il est difficile de réunir ces informations.

<sup>9</sup> Ce chiffre correspond à la somme des 1,98 millions de bénéficiaires du programme *Jefes de Hogar* ainsi que ceux des programmes de formation et des programmes d'urgence professionnelle (*Emergencia Laboral*), ensuite appelés programmes pour l'emploi et la formation (*Programmas Empleo y Capacitación – PEC*).

<sup>10</sup> Les régions dans lesquelles les bénéficiaires dépassent 15 pour cent de la population économiquement active sont celles qui ont profité d'un redressement plus rapide après la crise, étant donné l'important effet multiplicateur de ces programmes sur l'économie locale.

---

Ce programme, dont le coût budgétaire représentait 1 pour cent du PIB et 4 pour cent du budget national, a constitué la plus importante politique d'emploi de la région des 50 dernières années. Il s'agit probablement de l'essai le plus proche d'un «*Etat comme employeur en dernier ressort*», dans lequel l'Etat garantit un poste de travail avec une rémunération déterminée à tout citoyen qui le demande <sup>11</sup>.

Au-delà du grand nombre de bénéficiaires, cette initiative a représenté une construction institutionnelle interjuridictionnelle de grande ampleur pour l'histoire du pays. Elle a réuni les niveaux locaux, provinciaux et nationaux, des organismes autarciques, des organisations de la société civile de premier et deuxième niveau, de manière articulée et efficace dans le but de transférer des revenus et de donner du travail à tant de personnes sans emploi dispersées dans tous les coins du pays. Il est nécessaire de rappeler qu'à ce moment-là, le taux de chômage moyen dépassait largement 20 pour cent, mais que, dans certaines localités, il était deux fois plus important que la moyenne nationale.

Le mécanisme de coordination était assez complexe, mais il a fonctionné de manière efficace et avec des délais très serrés. Voici un schéma qui fournit une brève généralisation des processus (même s'ils ont existé sous de nombreuses variantes):

- Les organismes publics et privés locaux proposaient au ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (MTEySS) un projet compris dans diverses typologies définies dans le cadre normatif.
- Le MTEySS approuvait l'initiative à condition qu'elle soit conforme à la norme en vigueur et aux typologies définies. Il autorisait l'organisme exécutif à envoyer la liste des bénéficiaires et à mettre en œuvre le programme.
- L'ANSES réalisait un contrôle des bénéficiaires pour éviter que des personnes occupées ou des bénéficiaires d'un autre transfert de revenus soient inclus dans les registres de l'organisme. Il est difficile d'identifier les personnes occupées dans l'économie informelle ou incluses dans les registres des indépendants. Le paiement du bénéficiaire était ensuite envoyé à l'institution bancaire.
- Le rôle de l'organisme exécutif et des autorités locales consistait à superviser le programme et à fournir une assistance technique, du matériel, des ressources ou à répondre à des demandes complémentaires. Ils étaient également responsables du respect de la contre-prestation de la part des bénéficiaires.
- Le MTEySS vérifiait le programme, y mettait un terme en cas de non-conformité et pouvait aller jusqu'à appliquer des sanctions en exigeant le remboursement des montants payés.

Les programmes connexes, tels que le programme *Jefes con Materiales* pour lequel les intrants étaient directement fournis, ont également fonctionné de cette manière. Aujourd'hui, un grand nombre d'initiatives concernant la couverture des périodes de faible emploi saisonnier (telles que l'*interzafra* entre les récoltes, dans le cas de la production de

<sup>11</sup> De nombreux auteurs ont écrit sur le sujet, notamment Jan Kregel, Randall Wray, Mat Forstater, Bill Mitchell et Pavlina Tcherneva. Ils s'opposent dans un intéressant débat à ceux qui envisagent des transferts monétaires sans contre-prestation et font partie du *Basic Income Group* (Groupe pour les revenus de base), tels que Philippe van Parijs, Guy Standing ou Rubén Lo Vuolo.



---

sucre) continuent à fonctionner ainsi, avec le concours de l'Etat pour compléter les revenus des habitants devant faire face à cette situation.

### Le passage à d'autres instruments

Les politiques des transferts de revenus à la population active sont effectuées dans deux domaines différents, mais avec des liens entre eux. Cela peut s'illustrer à travers le Conseil national de politiques sociales ou de manière bilatérale entre le ministère du Développement social et le MTEySS, à travers son Secrétariat à l'Emploi et à la Formation professionnelle. En ce sens, les programmes tels que *Argentina Trabaja*, *Seguro de Capacitación y Empleo* (Assurance formation et emploi), *Más y Mejor Trabajo* (Plus de travail et de meilleure qualité) proposent plusieurs prestations monétaires, que ce soit pour ceux qui travaillent ou pour ceux qui participent à une formation, y compris pour ceux qui souhaitent terminer leur cursus secondaire formel. Les municipalités et les entités intermédiaires, qui représentent l'aspect local des projets, participent à toutes ces initiatives.

Ces dix dernières années, avec la consolidation des actions directes de programmes pour l'emploi et la formation du Secrétariat à l'emploi du MTEySS, et selon les données communiquées par celui-ci, 4,5 millions de personnes ont bénéficié de programmes de transferts directs de revenus sous différentes formes. Plus de la moitié de ces transferts, soit 2,7 millions, ont été réalisés entre 2003 et 2007, et plus de 75 pour cent correspondaient à des transferts du programme *Jefes de Hogar Desempleados*. A cela s'ajoute un peu plus d'un demi-million de bénéficiaires provenant d'autres programmes similaires, mais avec d'autres critères d'éligibilité. Il est évident que ces chiffres sont le résultat de la crise qu'a connu le pays pendant cette période, mais la croissance significative de l'emploi <sup>12</sup> et l'inclusion de millions de chômeurs et de nouveaux travailleurs au marché du travail ont entraîné la réduction du nombre de programmes. Cependant, en termes de prestations autres que monétaires, les programmes sont devenus plus sophistiqués et inclusifs <sup>13</sup>.

### L'assurance-chômage contributive

L'initiative de l'assurance-chômage mérite une note à part, car elle est bien plus conventionnelle et similaire à celles des économies centrales offrant une protection contre la perte d'un travail salarié. Cet instrument a une fonction d'opérateur anticyclique et, au cours des dix dernières années, il a versé des prestations à 1,5 million de travailleurs. Environ 250 000 personnes en bénéficient chaque année et cela se justifie par le chômage frictionnel et structurel d'une économie comme celle de l'Argentine. Cependant, en 2009 et 2010, près de 100 000 personnes se sont ajoutées à ces chiffres en raison de la crise mondiale et de la chute de la demande de travail. En 2013, 118 000 prestations ont été versées.

<sup>12</sup> L'importante croissance de l'emploi est le résultat d'une augmentation continue du PIB et d'une forte élasticité emploi/produit.

<sup>13</sup> Le programme *Jefes de Hogar Desempleados* perd rapidement de son importance et ce, de manière constante au fil des années, pour finir par disparaître. Cette tendance est également observée pour les autres interventions de transferts directs aux bénéficiaires.

---

L'assurance-chômage en Argentine est régie par la loi n° 24.013 et offre une couverture minimum de deux mois, pouvant aller jusqu'à 12 mois. Elle dépend de la période de travail en tant que salarié et se compose des prestations suivantes:

- a) une prestation monétaire élémentaire;
- b) le paiement d'allocations familiales;
- c) une couverture médicale;
- d) une reconnaissance de l'ancienneté pour l'assurance prévisionnelle;
- e) la possibilité de recevoir des conseils et une aide pour la recherche d'emploi de la part des agences publiques;
- f) la possibilité de cumuler l'assurance-chômage (modalité de paiement unique) pour le développement d'activités économiques favorisant l'insertion dans le monde du travail du ou des bénéficiaire(s).

L'assurance-chômage est gérée par l'ANSES et impose aux bénéficiaires les conditions suivantes:

- a) fournir toute la documentation demandée et avertir de tout changement de domicile;
- b) accepter les emplois adaptés proposés par le ministère du MTEySS et participer aux formations auxquelles ils sont convoqués;
- c) accepter les contrôles effectués par l'autorité chargée de l'application (lire attentivement le reçu sur lequel sont indiquées la date et l'heure de passage);
- d) demander la suspension du paiement de l'assurance-chômage dès le début d'un nouveau travail (dans un délai de cinq jours ouvrés);
- e) rembourser les montants des prestations indûment perçues.

#### Autres initiatives pour la population d'âge actif

Les parents de bénéficiaires, les actifs en situation d'extrême vulnérabilité, les bénéficiaires qui ont à leur charge des enfants de moins de 14 ans, personnes âgées ou handicapées peuvent également bénéficier du Programme national de sécurité alimentaire dépendant du ministère du Développement social. Ce programme soutient les familles en question afin d'améliorer la quantité et la qualité de l'alimentation des membres du ménage, que ce soit au moyen de transferts en espèces par le biais d'une carte bancaire, ou en renforçant les organismes de distribution de repas communautaires responsables des secteurs les plus pauvres.

Ce programme renforce également la composante du soutien aux familles. Grâce à la formation de techniciens et des bénéficiaires, il contribue à la santé des membres du ménage, en particulier des mineurs, et s'efforce d'améliorer les habitudes alimentaires de manière rationnelle et suivie. Une deuxième composante du Programme national de sécurité alimentaire est l'approche communautaire, qui encourage le développement d'organisations locales pour appuyer la sécurité alimentaire au travers d'actions offrant des services alimentaires ou complémentaires.

---

## Initiatives liées à la production

Bien que le gouvernement continue à miser sur la création d'emploi comme axe de sa politique économique et sociale, la protection des emplois dans les moments de crise a été importante. Il a fallu mettre en place des programmes tels que le Redressement productif (*Recuperación Productiva* – REPRO) qui ont impliqué des transferts aux travailleurs dont le temps de travail avait été réduit par la chute de la demande. Ces programmes ont été développés pour éviter que les revenus diminuent, mais également afin d'éviter les licenciements massifs. Les projets du REPRO ont été conçus sur mesure pour les besoins de chaque entreprise et les caractéristiques du secteur productif, tant en termes de durée que d'extension de la couverture. Le seul élément fixé de manière universelle était le montant maximum de la prestation versée par l'Etat.

Les ministères de l'Industrie et de l'Economie ont également participé à la sélection des entreprises bénéficiant des prestations du REPRO et ce, sous la direction du MTEySS. Les zones d'administration du travail des provinces, ainsi que les ministères de la production locaux, ont également joué un rôle important dans le recrutement des entreprises qui ont participé au programme et dans leur contrôle afin d'éviter les licenciements massifs. Le REPRO a connu une période de grande extension en 2009 et 2010, lorsqu'il a apporté son soutien à 130 000 travailleurs, puis a diminué significativement les années suivantes, notamment en raison du redressement de l'activité économique. Il a représenté une réponse très efficace pour éviter les licenciements pendant la crise financière mondiale. En 2012, les bénéficiaires de ce programme représentaient 46 000 personnes. Pour l'année en cours, ils sont un peu plus de 24 000.

Le programme «*interzafra*» constitue une autre mesure temporaire de maintien des revenus des travailleurs. Ce programme, adapté au calendrier agricole des économies régionales, a pour objectif de couvrir les travailleurs temporaires ou saisonniers afin de réduire leur vulnérabilité et les pressions à la migration de leurs familles, qui aggravent les problèmes sociaux. Ce type de programme est assez stable en termes de bénéficiaires (entre 60 000 et 70 000 par an), car il concerne des activités très structurées et des conditions de travail fixes, telles que la récolte de la canne à sucre, du tabac, de légumes, du raisin, du maté, etc., qui ont lieu au cours d'une saison particulière dans l'année<sup>14</sup>.

Les autres initiatives du Secrétariat à l'emploi et à la formation professionnelle sont réparties en trois groupes définis par des caractéristiques précises: a) amélioration de l'employabilité, b) aide à l'insertion professionnelle et c) emploi temporaire. Selon les informations existantes, ces trois initiatives ont regroupé 5,6 millions de prestations ces dix dernières années. En ajoutant les montants de l'assurance-chômage de type contributif, ce chiffre augmente de 1,5 million de travailleurs supplémentaires.

<sup>14</sup> Il est important de mentionner que le programme *Jefes de Hogar Desempleados* a longtemps rempli cette fonction, car ses bénéficiaires pouvaient cesser tout lien avec le programme lorsqu'ils trouvaient un emploi saisonnier. La disparition de ce programme, ajoutée à une politique ouverte de la part du Secrétariat à l'emploi et à la formation professionnelle pour prendre en compte ces situations afin de réduire les migrations et la vulnérabilité au niveau local, a fait du programme «*interzafra*» une alternative valable, efficace et efficiente.

---

## Les agences pour l'emploi

La recherche d'emploi est une activité centrale dans la réinsertion professionnelle des travailleurs. Le réseau d'agences pour l'emploi représente l'instrument approprié pour atteindre cet objectif.

Par le biais du MTEySS, le gouvernement national se charge d'installer, de développer et de renforcer des agences pour l'emploi dans tout le pays. Il entreprend ces démarches en accord avec les gouvernements provinciaux et municipaux, ainsi qu'avec les organisations de la société civile. Ces agences offrent un soutien aux personnes à la recherche d'un emploi ainsi que des conseils sur les formations professionnelles. Elles soutiennent également les entreprises qui souhaitent réduire leur frais de recherche de travailleurs en utilisant ce service public.

Les agences pour l'emploi fournissent les services suivants aux candidats:

- appui à la recherche d'emploi: assistance générale aux personnes ayant des difficultés pour obtenir un emploi par le biais de conseils visant à définir le profil professionnel et le niveau de formation, afin de détecter les possibilités en fonction des capacités du candidat;
- orientation pour le travail indépendant: appui à l'élaboration des lettres de motivation, conception de stratégies pour la recherche d'emploi, conseils sur le potentiel des marchés du travail locaux et proposition d'alternatives;
- intermédiation formative: appui aux travailleurs indépendants potentiels pour la formation et la redéfinition de leur profil professionnel;
- intermédiation professionnelle: appui à la recherche et à la mise en œuvre de bases de données d'employeurs et de postes vacants;
- réorientation vers les programmes pour l'emploi: les agences réceptionnent les demandes des bénéficiaires potentiels et les transfèrent en fonction de leurs capacités et qualités à des programmes pour l'emploi existants. Elles gèrent le suivi et l'évaluation des effets des initiatives;
- réorientation vers les programmes sociaux: dans les cas où les personnes peuvent potentiellement bénéficier de programmes sociaux, l'agence pour l'emploi les oriente vers ceux-ci, faisant office de point d'accès dans le système.

Les agences pour l'emploi offrent également des services publics gratuits aux employeurs dans les domaines suivants:

- présélection des candidats: une liste des candidats potentiels est présentée aux employeurs en fonction des conditions requises ou des profils attendus pour les différents postes. Cela permet de réduire les coûts de recherches, en particulier pour les petites et moyennes entreprises, ainsi que d'organiser des entretiens avec des informations plus normalisées et conformes aux demandes du futur employeur;
- information pour les employeurs: les employeurs sont informés des conditions juridiques générales, ainsi que des programmes spéciaux de promotion de l'emploi existants.

Conformément aux rapports officiels, il existe aujourd'hui 500 agences pour l'emploi qui se sont occupées ces deux dernières années de plus de 600 000 personnes chacune. Sachant qu'elles réintègrent au marché du travail environ 250 000 personnes par an, il

---

apparaît qu'elles n'aident pas seulement les travailleurs à la recherche de leur premier emploi.

## Garantie de revenu pour les personnes âgées

La quatrième garantie du SPS, qui concerne les personnes âgées, est l'une de celles qui ont connu la plus grande croissance et atteint le plus haut niveau de couverture en Argentine ces dix dernières années.

Après une décennie de changements dans le système traditionnel de répartition depuis la mise en œuvre d'un système de sécurité sociale dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, lorsqu'un système semi-mixte de capitalisation et de répartition a été mis en place et qui a eu un grave impact sur les comptes fiscaux, celui-ci a connu un processus de réforme. En effet, le passage au système de capitalisation en 1994, auquel se sont ajoutés des taux de chômage à deux chiffres, le plus haut taux de non-inscription des salariés enregistré, la tertiarisation et la précarisation du marché du travail ont considérablement réduit le taux des cotisants à la sécurité sociale. Ainsi, un pourcentage important de personnes âgées en âge d'être retraitées s'est trouvé exclu du système de sécurité sociale. Le système a perdu près d'un demi-million de cotisants nets entre 1997 et 2001 (malgré la réduction de 11 à 5 pour cent du montant de la cotisation) et comptait 5,1 millions de cotisants pour l'année 2001. Cette situation s'est aggravée à cause du manque de services de santé qui, comme mentionné dans la partie traitant de la garantie de santé, exerçaient une forte pression sur le système politique.

La réforme du système de prévoyance sociale argentin est fondée sur trois piliers principaux:

- la loi n° 24.776 concernant le moratoire sur la retraite et la prévoyance, qui facilite l'inclusion des personnes n'ayant pas cotisé le nombre d'années requis;
- la loi n° 26.417 sur la Mobilité de retraite, qui fixe le régime des augmentations et des ajustements des retraites en fonction d'une formule combinée d'augmentations dans la rémunération des passifs<sup>15</sup>; et
- la loi n° 26.425 sur la ré-étatisation du Système intégré de sécurité sociale argentin, qui revient au système de répartition de toutes les cotisations à la sécurité sociale et en accepte tous les compromis.

Cet ensemble d'initiatives a amené, d'une part, à augmenter le nombre de bénéficiaires de la sécurité sociale de 2,6 millions sur une assez courte période et, d'autre part, à ce que le montant total affecté au système des retraites passe de 3,6 pour cent à 6,6 pour cent du PIB entre 2003 et 2012 (Roca *et al.*, *op. cit.*). Le système de retraites et de pensions du pays comprend aujourd'hui 5,4 millions de bénéficiaires. Ce chiffre est le plus élevé de la région, ainsi que le plus important de toute l'histoire du pays. D'autre part, il est important de mentionner que, si la situation des retraités et des pensionnés en termes de satisfaction des besoins matériels a dû s'améliorer significativement ces dix dernières années, certains doivent toujours être dans une situation de privation.

<sup>15</sup> La formule de mobilité de retraite se compose d'une combinaison des augmentations de la rémunération des travailleurs actifs et du recouvrement fiscal. L'augmentation des rémunérations des retraités a entraîné une augmentation réelle du pouvoir d'achat plus élevée que celle des travailleurs actifs, ce qui a rétabli des inégalités de longue date.

---

## 2.4. Institutions formelles liées au SPS et coordination interinstitutionnelle

Cette partie analyse les institutions formelles présentes en Argentine et agissant directement sur les garanties du SPS. Elles s'associent aux ministères sectoriels (nationaux et provinciaux) dans la conception de politiques, de programmes et de projets, ainsi que dans la gestion directe de l'ensemble ou d'une partie des initiatives ciblant les quatre garanties.

### 2.4.1. Conseil national de coordination des politiques sociales

A partir de 2002, le Conseil national de coordination des politiques sociales (*Consejo Coordinador de Políticas Sociales – CNCPS*) a été créé sous la direction de la Présidence de la République et avait précisément pour objectif d'éviter la dispersion des efforts des différents secteurs. D'autres secteurs ayant un lien plus indirect y ont été intégrés, tels que l'organisme responsable de l'infrastructure ou le ministère de l'Economie.

Sur son site institutionnel, il est précisé que «Le Conseil national de coordination des politiques sociales est un organisme qui dépend directement de la Présidence de la Nation, créé en 2002 dans le but d'obtenir une gestion appropriée et efficace des ressources de l'Etat destinées à la politique sociale. Il s'agit d'un espace articulatoire de planification et de coordination de la politique sociale nationale afin d'améliorer la gouvernance»<sup>16</sup>.

#### Objectifs du CNCPS

Conformément au décret qui établit sa création et son cadre juridique, l'objectif général du CNCPS est d'«articuler, planifier et coordonner de manière stratégique la politique sociale du gouvernement national, afin d'améliorer la gouvernance».

Les objectifs spécifiques<sup>17</sup> sont les suivants:

- Mettre en œuvre les politiques prioritaires à court terme et les définitions stratégiques à moyen et long terme, destinées à aborder les principaux problèmes sociaux.
- Coordonner la politique en matière de coopération internationale pour le financement des programmes sociaux.
- Concevoir des mécanismes d'articulation entre les programmes sociaux réalisés par les différentes juridictions du pouvoir exécutif national.
- Encourager la coordination et l'articulation des programmes nationaux avec les programmes sociaux provinciaux et municipaux.
- Gérer et actualiser le système intégré national d'information sociale, de suivi et d'évaluation des politiques et des programmes.

<sup>16</sup> Traduction de la page suivante: [www.politicassociales.gov.ar/institucional.php](http://www.politicassociales.gov.ar/institucional.php) [novembre 2013].

<sup>17</sup> Consulter le site: [www.politicassociales.gov.ar/objetivos.php](http://www.politicassociales.gov.ar/objetivos.php) [novembre 2013].

- 
- Coordonner et apporter une assistance technique aux différents domaines en matière de formation et de développement.
  - Coordonner et planifier la diffusion des politiques et des programmes sociaux et de leurs résultats.
  - Coordonner et articuler la gestion des organismes responsables de la politique sociale nationale.

Comme observé, le CNCPS, qui est une institution possédant un secrétariat exécutif et qui est présidée par la ministre du Développement social, a plusieurs objectifs. D'une part, il souhaite réaliser une avancée vers la coordination et l'intégration des politiques sociales concernant le cadre normatif. Il apporte également un soutien fondamental à la coordination et à l'intégration par le biais de la centralisation et de la diffusion d'informations sur les initiatives.

### Composantes du CNCPS

Les ministères du Développement social; du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale; de l'Éducation, des Sciences, des Technologies et de l'Innovation productive; de la Santé; de l'Économie; de la Planification fédérale, de l'Investissement public et des Services; de la Justice, de la Sécurité et des Droits de l'Homme, ainsi que le secrétariat national de l'Enfance, l'Adolescence et la Famille, participent au CNCPS. Ce dernier fonctionne au moyen de réunions régulières et obligatoires dans lesquelles les travaux de coordination nécessaires sont abordés et qui réunissent des ministres ainsi que des secrétaires et, au besoin, des fonctionnaires de rang inférieur. Certains secteurs transversaux de la politique sociale, ainsi que d'autres concernant les instruments de politique sociale, dépendent du CNCPS.

Parmi les organismes sectoriels composant le CNCPS figurent:

- le Conseil national de la femme (*Consejo Nacional de las Mujeres*);
- la Commission nationale consultative pour l'intégration des personnes handicapées (*Comisión Nacional Asesora para la Integración de las Personas con Discapacidad*);
- le Centre national des organisations de la communauté (*Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad*);
- le Conseil consultatif national des politiques sociales (*Consejo Consultivo Nacional de Políticas Sociales*); et
- le Réseau national des activités physiques et du développement humain (*Red Nacional de Actividades Físicas y Desarrollo Humano*).

Les initiatives concernant les instruments se divisent en deux sous-groupes. D'une part, les initiatives concernant l'appui à la politique sociale et sa gestion, et d'autre part, celles concernant les projets ponctuels réalisés dans le cadre du CNCPS:

- Le Système d'identification national, fiscal et social (*Sistema de Identificación Nacional, Tributario y Social – SINTyS*) est une importante base de données qui regroupe les citoyens et leur relation avec la politique sociale. Il est chargé de l'enregistrement des ayants droit et des prestations qu'ils perçoivent.

- 
- Le Système d'information, de suivi et d'évaluation des programmes sociaux (*Sistema de Información, Evaluación y Monitoreo de Programas Sociales – SIEMPRO*), qui s'occupe du suivi et de l'évaluation des résultats.

Les projets ou initiatives précis sont les suivants:

- Le projet des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD), chargé du suivi et de l'élaboration de rapports sur les avancées des OMD, ainsi que de la discussion du Programme de développement pour l'après-2015.
- **Plan Ahí** (Ici): programme national d'approche intégrale (*Plan Nacional de Abordaje Integral*), également connu comme le programme d'approche territoriale de la politique sociale.
- **Primeros Años** (Premières années): programme qui coordonne la politique nationale avec les gouvernements locaux pour le développement intégral des enfants de 0 à 4 ans, et qui implique les ministères du Développement social, du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale, de l'Education, de la Santé, de la Justice, de la Sécurité et des droits de l'homme.

Le CNCPS représente la plus longue tentative de maintenir en continu un cadre destiné à apporter plus de cohérence à la politique sociale, réduisant ainsi les contradictions. Il est également pourvu d'instruments de centralisation et de diffusion de l'information aux gestionnaires de la politique.

#### **2.4.2. Conseils fédéraux**

En ce qui concerne la coordination interinstitutionnelle, il existe différents Conseils Fédéraux qui fonctionnent avec des réunions régulières (généralement mensuelles ou trimestrielles), dans lesquelles les différentes résolutions des ministères nationaux sont présentées aux autorités sectorielles des provinces (les représentants des gouvernements locaux). Ces réunions comprennent des débats sur les initiatives, des échanges de bonnes pratiques et des débats plus politiques et conceptuels. Il existe des Conseils fédéraux concernant la santé, l'éducation, le travail et les politiques sociales, pour ne mentionner que les plus impliqués dans les domaines en lien avec les garanties du SPS.

##### **Conseil fédéral de Santé et Conseil régional de Santé**

Le Conseil fédéral de Santé (*Consejo Federal de Salud – COFESA*) est un organisme créé en 1981 par la dictature militaire dans le contexte du transfert de fonctions de la santé dans les provinces. Il est fondé sur le soutien idéologique du «principe de subsidiarité de l'Etat», qui primait à cette époque et qui s'est consolidé dans les années 90. Le décret créant le COFESA lui donne pour mission la coordination sectorielle du développement du secteur de la santé dans tout le pays. Ses fonctions consistent à (Rodrigañez Ricchieri et Tobar, 2003):

- distinguer les problèmes de santé communs à tout le pays, et ceux propres à chaque province et chaque région;
- déterminer les causes de ces problèmes;
- analyser les actions mises en place et revoir les conceptions auxquelles elles répondaient, afin d'établir s'il faut les approuver ou les modifier;



- 
- spécifier les postulats de base capables de caractériser une politique sectorielle stable avec une portée nationale et faire des recommandations sur les différentes voies à prendre pour leur mise en œuvre;
  - répertorier les tâches concernant la présentation et réaliser les programmes assistés, conduits par l'autorité nationale de santé et celle de chaque juridiction dans la sélection des méthodes d'évaluation, en favorisant le régionalisme ou la répartition par zone des services;
  - contribuer au développement du système fédéral de santé.

Il est nécessaire d'ajouter à la gestion du COFESA celle des conseils régionaux de santé qui reproduisent, à l'échelle des régions, les réponses aux problèmes de santé communs. Il existe des spécificités étendues à l'échelle nationale qui doivent également être prises en compte par plus d'une province, étant données les caractéristiques de certains problèmes.

### Conseil fédéral du Travail

Le Conseil fédéral du Travail est l'espace dans lequel le MTEySS s'accorde avec les administrations provinciales sur le renforcement du contrôle de tous les thèmes concernant le travail. Ce conseil regroupe les initiatives territoriales et est également chargé de répertorier les diverses problématiques locales et d'en vérifier la conformité avec les normes générales.

Conformément à l'article 2 de la norme (Pacte fédéral du 29 juillet 1998) qui le crée<sup>18</sup>, ses fonctions sont les suivantes:

- développer les politiques générales sur le sujet selon les principes de coordination, de coopération, de coparticipation et de coresponsabilité entre les administrations du travail, en fournissant la plus grande efficacité de l'activité gouvernementale et des acteurs sociaux dans les différentes juridictions et compétences;
- obtenir des informations, donner et recevoir des conseils et formuler des propositions entre les corps législatifs et les organismes administratifs, nationaux ou provinciaux, en fonction de leur compétence ou intérêt;
- se mettre en lien avec les organismes internationaux par l'intermédiaire du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale et participer à des événements organisés à l'étranger;
- renforcer les administrations du travail, en particulier leurs équipements et leur formation professionnelle, si besoin avec l'aide de ses propres membres ou d'organismes publics ou privés, argentins ou étrangers;
- exercer les fonctions d'autorité centrale de l'inspection du travail, prévue par les conventions n° 81 et 129 de l'OIT;

<sup>18</sup> Consulter le site: <http://www.trabajo.gov.ar/consejofederal/> [novembre 2013].

- 
- effectuer ou commanditer des études et recherches d'intérêt commun, tout en assurant un échange complet, régulier et actualisé de documentation officielle, de rapports, de statistiques et de publications entre ses membres;
  - participer à la conception des programmes de promotion de l'emploi et de formations professionnelles, et proposer des critères pour leur financement, en conformité avec les besoins régionaux et en évitant aussi bien les exclusions que les doublons avec des programmes d'autres domaines;
  - réaliser les autres activités nécessaires pour atteindre ses objectifs.

Cet organisme est très important dans la mise en œuvre de la troisième garantie du SPS. Il est en effet capable d'appliquer localement des recommandations destinées à la création de mesures permettant de réduire les niveaux de vulnérabilité de la population active qui a des difficultés à s'insérer et à rester sur le marché du travail.

### **2.4.3. Administration nationale de la sécurité sociale**

Comme mentionné précédemment, les garanties fondées sur les transferts de revenus à la population (directs, avec ou sans contre-prestation) sont assurées par l'intermédiaire de l'ANSES, qui les coordonne de manière interinstitutionnelle et juridictionnelle.

L'ANSES possède une couverture nationale présente au niveau local à travers les Unités d'assistance complète (*Unidades de Atención Integral* - UDAI), chargées de prendre en charge le service au public de l'ANSES et qui ont principalement les fonctions suivantes:

- Prestations de prévoyance pour tous les retraités et futurs retraités. Elles effectuent les versements aux retraités et aux titulaires de pensions et réalisent également les démarches pour les intégrer aux listes de bénéficiaires.
- Prestations pour les travailleurs en activité. Elles effectuent les versements directs des allocations familiales, des aides scolaires et de l'AUH.
- Prestations pour les chômeurs. Elles versent les allocations-chômage et fournissent différents conseils pour la recherche d'emploi. Elles interagissent avec les agences pour l'emploi.
- Services pour les entreprises. Elles effectuent les versements des programmes spéciaux tels que le REPRO et fournissent des conseils aux entreprises sur les différents thèmes liés à l'articulation de la sécurité sociale.

Cette couverture territoriale permet d'inclure de nombreux programmes de transferts de revenus de grande ampleur à relativement court terme (programme *Jefes de Hogar Desempleados*, Moratoire Retraite, AUH, REPRO, etc.) aux différents groupes de bénéficiaires, en s'associant avec plusieurs acteurs: des individus, le secteur privé, des municipalités, des provinces et des organisations de la société civile avec d'importants niveaux d'efficacité et d'efficience. En outre, il faut souligner que les dénonciations de cas de mauvaise attribution ou de corruption sont faibles par rapport au grand nombre d'interventions. De plus, l'ANSES est également utilisée dans le cadre du programme *Conectar Igualdad* (Egalité de connexion) qui attribue un ordinateur de type *netbook* aux étudiants des différentes provinces du pays, en partenariat avec les ministères de l'Education locaux et les municipalités.

---

L'ANSES possède un outil technologique remarquable permettant en peu de temps de télécharger les bases de données de bénéficiaires et de réaliser les transferts en espèces pour la population vulnérable qui ne pouvait rester longtemps sans être prise en charge. Ainsi, il a été possible de concevoir à nouveau les interventions sociales qui perdaient en efficacité à cause des changements de la situation générale.

#### **2.4.4. Direction générale des services de santé**

Un autre acteur important dans le domaine de prestations de santé qui contribue à la première garantie du SPS est la Direction générale des services de santé (*Superintendencia de Servicios de Salud – SSS*). Comme mentionné précédemment, le système de santé argentin est constitué d'un ensemble d'acteurs dans les domaines publics et privés, qui coïncident parfois à divers degrés et qui nécessitent d'importants niveaux de réglementation. La SSS est l'organisme responsable du contrôle des acteurs du système national de l'assurance-maladie et de leur réglementation.

La SSS supervise et contrôle les *obras sociales* et les autres acteurs du système de santé avec «[...] l'objectif d'assurer le respect des politiques du domaine pour **la promotion, la préservation et le recouvrement de la santé de la population ainsi que la réalisation effective du droit de bénéficier des prestations de santé établies par la loi**»<sup>19</sup>.

Ses objectifs sont les suivants:

- promulguer les normes pour la régulation et la réglementation des services de santé. Assurer et contrôler les changements d'*obra social* par les bénéficiaires du système;
- contrôler le fonctionnement des *obras sociales* et des autres acteurs de l'assurance-maladie, des prestataires et de toutes les entités prestataires ou de financement des prestations médicales traitées;
- contrôler le bon fonctionnement du mécanisme de débit automatique depuis le recouvrement des *obras sociales* jusqu'aux hôpitaux publics à gestion décentralisée;
- approuver l'intégration des organismes dans le système;
- garantir le respect et la promotion des droits des bénéficiaires du système;
- approuver le programme de prestations médicales des différents acteurs et contrôler le budget des dépenses et des ressources pour son exécution.

Comme mentionné dans ses objectifs et fonctions, la SSS joue un rôle important dans le fait que les services de santé argentins respectent les paramètres de qualité minimum établis, grâce à son pouvoir de contrôle. En outre, ils agissent aussi en tant que caisse d'indemnisation entre les secteurs publics et privés de la santé.

<sup>19</sup> Consulter le site: <http://www.sssalud.gov.ar/index/index.php?cat=institucion&opc=mision>.

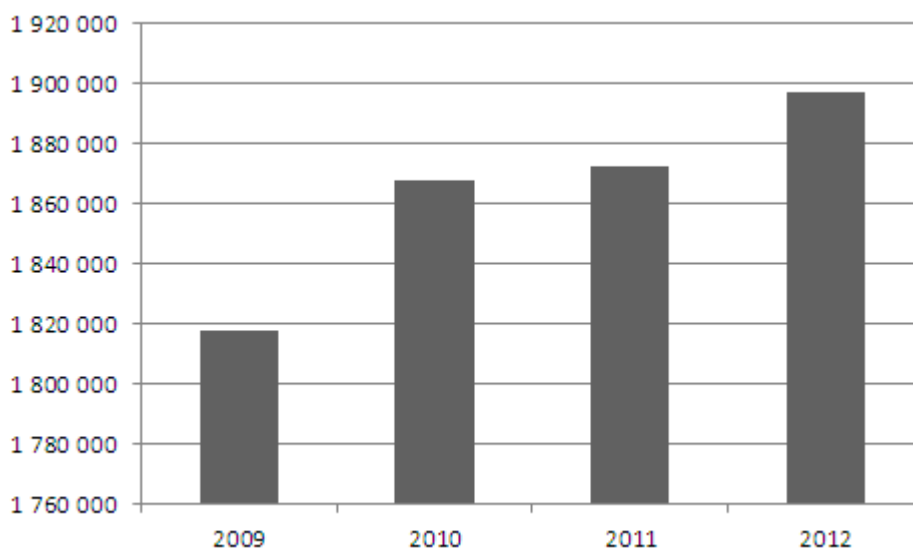
## 2.4.5. Mécanismes de coordination institutionnelle liés par l'Allocation universelle pour enfant à charge

### Création et évolution de l'AUH

L'AUH a été créée en 2009 en remplacement de deux programmes de transferts dont la responsabilité était partagée: le programme *Jefes de Hogar Desempleados* et le programme Familias pour l'inclusion sociale (*Plan Familias por la Inclusión Social*). Ces deux programmes étaient gérés par différentes institutions: le premier par le MTEySS et le dernier par le ministère du Développement social. De plus, les conceptions sous-jacentes étaient différentes et les programmes rencontraient des difficultés dans le contrôle des conditions d'attribution des prestations (Díaz Langou, 2012). Dans le milieu des années 2000, l'idée de coordonner les trois programmes est apparue puis, en 2009, celle de les combiner en un programme unique géré par l'ANSES pour regrouper les bénéficiaires de ces deux programmes. En effet, les premiers efforts de coordination des programmes ont donné des règles de coordination limitées qu'il était nécessaire d'améliorer (Díaz Langou, 2012).

L'AUH avait pour objectif d'étendre l'Allocation familiale pour enfant déjà existante aux travailleurs n'appartenant pas à l'économie formelle (employés ou non) et ayant des revenus inférieurs au salaire minimum. Il s'agit d'une prestation semi-conditionnelle: les bénéficiaires perçoivent 80 pour cent du montant de la prestation mensuelle. Les 20 pour cent restants sont déposés sur un compte d'épargne dont le solde peut être touché par le titulaire de la prestation une fois qu'il a rempli les conditions requises (contrôles de santé, programmes de vaccination, respect de la scolarisation des enfants en fonction de leur âge). Comme mentionné précédemment, la couverture des ménages avec enfants et adolescents a considérablement augmenté avec la mise en œuvre de l'AUH: au sein de la couverture totale des allocations familiales, la couverture de la composante non contributive est passée de 14 pour cent en 2008 (avec le *Plan Familias*) à 27 pour cent en 2009 (Bertranou et Casanova, 2013). Le nombre de ménages couverts a également augmenté.

Figure 2.2. Allocation universelle pour enfant à charge, couverture effective des ménages



Source: élaboré par l'auteur d'après les données de la CEPALC, 2013.

---

## Conception et intégration des composantes contributives et non contributives

Comme le soulignent Bertranou et Casanova, «concernant son caractère institutionnel, l'AUH a été conçue en relation directe avec le système contributif, en ce sens qu'elle constitue une universalisation du système d'allocations familiales des travailleurs formels existant» (Bertranou et Casanova, 2013). En effet, le montant de la prestation de l'AUH équivaut au montant de la prestation octroyée aux bénéficiaires des Allocations familiales contributives pour les travailleurs (*Asignaciones Familiares para Trabajadores contributivas* – AFC) pour ceux qui se trouvent dans la tranche de revenu la plus faible, c'est-à-dire à partir d'environ 340 dollars<sup>20</sup> (CEPALC, 2013).

La relation entre l'AUH et le système de protection sociale contributif est renforcée dans ses moyens de financement et de gestion dès l'étape de conception du programme. L'AUH est financée par des ressources du système de sécurité sociale qui viennent des cotisations et des revenus du Fonds de garantie de viabilité du régime de prévoyance (*Fondo de Garantía de Sostenibilidad del régimen previsional* – FGS) et est gérée par l'ANSES. En termes de gestion, l'ANSES (et son prédécesseur, l'Institut national de prévoyance sociale) a pour but, depuis sa création, d'unifier la gestion du Système national de prévoyance sociale. L'ANSES gère l'AUH, mais également les revenus du Fonds national pour l'emploi, ce qui amplifie l'articulation de l'AUH avec le reste du système de protection sociale argentin.

### Espaces institutionnels de coordination

L'AUH a été mise en œuvre simultanément dans toutes les provinces d'Argentine en 2009 par le biais du Décret n° 1602/09 qui établit l'AUH comme troisième pilier du régime des allocations familiales (loi n° 24.714). La mise en œuvre a été accompagnée de la signature d'une convention-cadre entre le gouvernement national et les gouvernements provinciaux (Díaz Langou, 2012). Cette convention a notamment prévu la transmission de la base de données des programmes sociaux des provinces à l'administration locale de l'ANSES, ce qui permet de contrôler les incompatibilités entre les programmes provinciaux et l'AUH. Indépendamment de la convention et de manière plus informelle, certaines provinces ont aidé l'administration locale de l'AUH à enregistrer les prestations au démarrage du programme (Díaz Langou, 2012).

L'ANSES fonctionne avec un réseau local: en plus des UDAI mentionnées précédemment, elle dispose d'Unités locales transitoires, d'Unités locales d'accompagnement des entreprises, d'Unités d'accompagnement mobiles et des bornes en libre-service. Les unités les plus pertinentes pour la mise en place de l'AUH sont les 123 UDAI et les 120 autres agences implantées dans toutes les provinces (Díaz Langou, 2012). La structure des prestations de l'AUH n'est pas adaptée au niveau local et les unités locales n'ont pas besoin d'appui de la part de la juridiction locale pour la gestion des prestations. De fait, il n'y a pas de mécanisme de coordination en dehors de la convention-cadre signée au début de la mise en place de l'AUH.

Au niveau du contrôle du respect des conditions, les bénéficiaires doivent compléter auprès des institutions concernées un Livret national de sécurité sociale, de santé et d'éducation. A ce sujet, le Comité interministériel (formé par les ministères de la Santé; du Développement social; du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale; de l'Intérieur; de

<sup>20</sup> Sauf indication contraire, le dollar s'entend du dollar des Etats-Unis.

---

l'Education et l'ANSES) qui a été créé pour la mise en place de l'AUH, a décidé de développer un mécanisme de coordination entre l'ANSES et les ministères de la Santé et de l'Education par le biais de la Résolution 132/2010 de l'ANSES. A travers ce mécanisme, il existe des référents pour la mise en place de l'AUH au sein des ministères concernés par les conditionnalités.

## Défis

Comme mentionné précédemment, il n'existe pas réellement de mécanisme de coordination interjuridictionnelle car l'ANSES gère l'AUH de manière autonome et sans relation avec l'administration provinciale en dehors de la convention. Cependant, il est recommandé d'ouvrir des espaces pour permettre un plus grand nombre d'échanges tant politiques que techniques. En effet, au niveau politique, la question de l'articulation de l'AUH avec les programmes sociaux des provinces se pose. L'AUH ne peut pas être cumulée avec d'autres prestations provinciales similaires, mais il est nécessaire d'encourager une analyse des limites de cette règle et du potentiel de synergies avec les autres programmes provinciaux, en particulier avec les programmes d'amélioration de l'employabilité (BIT, 2012). Au niveau technique, pour la gestion de leurs prestations, les provinces pourraient utiliser les outils de gestion de l'AUH et, plus particulièrement, le système d'information qui regroupe une grande variété de données (Díaz Langou, 2012).

La coordination avec les prestataires de services dans le cadre d'une connexion forte entre les prestations monétaires et l'accès aux services essentiels représente un sujet capital. Il est nécessaire d'assurer l'accès effectif (financier, géographique, etc.) des bénéficiaires à ces services (BIT, 2012). De plus, dans le système actuel, il revient au bénéficiaire de s'assurer du suivi du compte d'épargne. Un système de gestion plus intégré avec les ministères responsables des services essentiels permettrait de supprimer le compte d'épargne et de faciliter l'accès effectif des bénéficiaires aux 20 pour cent restants (Díaz Langou, 2012) qui dépendent autant du respect des conditions que des conditions de travail de l'adulte responsable du mineur.

## 2.5. Enseignements tirés, défis à relever

### 2.5.1. Enseignements tirés

L'expérience de l'Argentine, qui a connu une extension des garanties sociales considérable ces dix dernières années, possède indubitablement des pratiques pouvant être reprises dans d'autres pays. Cela n'est pas seulement dû à l'efficacité de ces pratiques, mais également à la simplicité des procédés et au fait qu'ils ne requièrent pas d'institutions très complexes.

Certains points importants ont sans doute été omis dans ce document, en particulier ce qui a trait aux actions concrètes, et en aucun cas la revendication d'un certain caractère institutionnel et de procédés de coordination et d'intégration n'implique un jugement ou une évaluation des politiques ponctuelles. L'idée est de se référer aux bonnes pratiques ou aux idées générales pour avancer vers l'extension du SPS comme le suggère la recommandation de l'OIT:

- Promouvoir plus facilement, sans aucun frais et rapidement l'émission de pièces d'identité pour tous les citoyens ainsi que leur suivi ultérieur. La mise en place de registres civils dans les hôpitaux publics où naissent les enfants a réduit la taille de la population sans papiers. L'émission gratuite de ces documents a démontré que, loin d'être un coût pour l'Etat, elle facilite et améliore d'autres interventions.

- 
- Disposer de différentes sources de financement, élaborées de manière à favoriser la sectorisation des programmes. En plus de la disponibilité de fonds, ceci implique la possibilité d'avoir des vases communicants entre les sources et les initiatives, ce qui permet d'avancer de manière intégrale dans les mesures plus efficaces.
  - Centraliser les centres de paiements, en un seul organisme si possible, et le cas échéant, en un futur organisme directeur de la sécurité sociale. L'organisme responsable de la réception des fonds et de la réalisation des versements aux bénéficiaires, en étant unifié, dispose également de toutes les informations, tant démographiques que régionales, sur ceux-ci. Il peut ainsi superviser et planifier des évaluations et des suivis indépendamment des mesures ponctuelles. Cette concentration de l'information permet également un aspect primordial de la coordination, qui consiste à connaître précisément la couverture des différentes interventions (Roca *et al.*, 2004) <sup>21</sup>.
  - Réduire les intermédiaires pour les paiements. Eviter les paiements en espèces, les files d'attente dans les lieux de paiement et tout type d'intermédiaire entre l'ordre de versement et le bénéficiaire, afin de réduire la corruption, d'éviter les fuites et d'améliorer les suivis. La bancarisation par l'utilisation de cartes de paiement permet de renforcer certaines prestations (allocations pour l'achat de médicaments, les transports, le matériel scolaire, etc.) <sup>22</sup>. Ainsi, le pouvoir d'achat des bénéficiaires augmente et d'autres prestations, qui ne pouvaient pas être offertes de manière différentielle, sont allouées aux ayants droit. Bien que cette recommandation soit en contradiction avec la précédente, il est clair que les destinataires de ces interventions vivent majoritairement dans des zones de bancarisation très faible ou nulle, et bénéficieraient de ces mesures.
  - Encourager les espaces d'échange (pour les différents organismes sectoriels) pour l'égalité des situations. Les organismes ont généralement une compétence spécifique concernant différents groupes ou sujets. L'existence d'espaces de débats, de manière à ce que chacun puisse contribuer à la résolution des problèmes, aide à éviter les contradictions. Dans le programme *Primeros Años*, cette caractéristique a bien fonctionné: chaque secteur participe au thème qui le concerne, mais échange régulièrement avec les autres secteurs. Les Conseils Fédéraux et régionaux sectoriels devraient servir de plate-forme à ce procédé.
  - Dans les domaines pour lesquels c'est possible, créer des guichets uniques qui reçoivent les demandes de manière centralisée et les répartissent ensuite entre les organismes concernés. Ces guichets complètent les centres de paiements uniques permettant aux citoyens de se sentir plus protégés, y compris dans des interventions qui impliquent différentes juridictions. Le moratoire de prévoyance a atteint une grande ampleur, principalement car de nombreux organismes locaux ont centralisé la remise, la classification, la validation, mais également les rejets de documents avant qu'ils soient transmis à l'ANSES. Cette dernière institution était responsable du

<sup>21</sup> Dans les évaluations du programme *Jefes de Hogar Desempleados*, l'entretien dans le centre de paiement a permis d'obtenir des informations très utiles pour la reformulation des typologies de projets.

<sup>22</sup> L'Argentine a universalisé le remboursement de la TVA sur les paiements avec des moyens bancaires électroniques et a mis en place des remboursements des dépenses effectuées en librairie, dans les papeteries, pour certains aliments, etc.

---

traitement et du paiement en dernier recours. Le fait que la qualité des informations fournies soit contrôlée au préalable facilite le processus. L'exemple du **Réseau de services pour l'emploi** (*red de servicios de empleo*)<sup>23</sup> est également important. Dans les agences pour l'emploi, qui sont très similaires aux agences à guichet unique, les personnes sont également renvoyées vers d'autres organismes gouvernementaux en fonction de leur situation<sup>24</sup>.

- Sensibiliser les gens au fait que les différents projets ne sont pas des compartiments étanches et qu'ils peuvent recevoir (et verser) des contributions d'autres secteurs. Le programme *Jefes de Hogar Desempleados* a pu avancer dans certains domaines grâce à l'interaction avec d'autres secteurs. La participation des domaines de l'éducation, de la santé et des loisirs, parmi d'autres domaines, a permis aux bénéficiaires de faire partie des processus de réparation d'écoles, d'hôpitaux, de places et de parcs, en particulier dans leurs zones de résidence. L'intégration avec les secteurs de l'économie sociale et solidaire a facilité la formation de coopératives, de jardins communautaires et d'autres types d'activités qui ont montré d'importants niveaux de viabilité économique. Les contributions des zones d'infrastructures se sont traduites par des améliorations en termes de trottoirs, d'eau, de lignes de gaz ou de rues dans les zones les plus reculées (Golbert, 2006).
- Toujours en termes d'intégration, l'AUH reverse une fois par an sur présentation de certificats de scolarité et de contrôles sanitaires le montant retenu qui s'élève à 20 pour cent. Cela a permis d'étendre la zone d'influence intersectorielle d'une prestation qui, au départ, était seulement monétaire.
- Inclure, de différentes façons, les organisations de la société civile. En général, elles représentent peu d'intérêts sectoriels ou locaux, mais elles permettent de faire en sorte que les interventions soient plus adaptées aux besoins précis de la population, en leur donnant une légitimité. Elles peuvent aussi intervenir en effectuant des évaluations et des audits, et elles sont les premières à informer que des bénéficiaires potentiels sont exclus. Les Conseils consultatifs locaux du programme *Jefes de Hogar Desempleados* et les organisations locales du Programme alimentaire ont rempli cette fonction (Garcia et Langieri, 2003).
- Investir dans la formation des bénéficiaires directs pour leur donner accès à des postes de formateurs ou de personnel chargé de la diffusion d'informations. Ces mesures permettent de profiter du potentiel de la population bénéficiaire pour diffuser les mesures qui, au-delà de la prestation, améliorent leur impact. Un exemple intéressant est l'inclusion de retraités et de titulaires d'une pension dans les centres pour aider à

<sup>23</sup> Consulter le site: <http://www.trabajo.gob.ar/redempleo/>.

<sup>24</sup> Les agences pour l'emploi ont adapté aux réalités locales un régime général intégré, avec du personnel hautement qualifié, dans des espaces institutionnels très fréquentés. En général, elles ont toutes très bien fonctionné pour la réception des problématiques et leur redirection, mais le résultat en termes d'affectation des travailleurs à de nouveaux postes plus stables et formels est plus hétérogène. Ce résultat dépend non seulement de la conjoncture économique locale, indépendamment de la structure de l'agence, mais également de la capacité à créer une «autorité» de l'entreprise face aux employeurs. Ce dernier facteur nécessite que le secteur des entreprises reconnaisse la capacité de l'agence pour l'emploi à identifier les travailleurs par rapport à ses besoins. Une plus grande pérennité du poste des cadres supérieurs de l'agence facilite cette reconnaissance.



---

la socialisation, au soin des personnes âgées et au développement d'un suivi. Le *Plan Ahí* et le programme *Primeros Años* se concentrent sur la formation des citoyens pour améliorer leurs conditions de vie. Dans le deuxième cas, ils font souvent office de multiplicateurs de connaissances sur les sujets liés à la petite enfance. Dans la politique alimentaire, la formation des bénéficiaires est devenue évidente pour l'amélioration des actions et de l'infrastructure de la distribution de repas. Elle représente un effort remarquable de la part de l'Etat pour aller au-delà de la simple répartition de nourriture, qui était la dynamique mise en place pendant la crise.

- La politique sociale de la dernière décennie a permis de réduire les niveaux de pauvreté et d'améliorer l'équité de manière significative. De plus, bien que les différences de conception du panier alimentaire familial de base ne permettent pas de s'accorder sur les niveaux de pauvreté, il ne fait aucun doute que, grâce à ces interventions, l'écart entre les niveaux a diminué et que la distribution du revenu s'est améliorée, qu'elle soit mesurée avec les déciles extrêmes ou avec le coefficient de Gini (Gaggero et Rossignolo, 2012).
- La politique sociale a pris une nette tournure en faveur de l'égalité entre hommes et femmes depuis qu'elle a favorisé de manière significative la situation des femmes, aussi bien concernant la réception des transferts directs que d'autres prestations supplémentaires. Dans le Rapport sur le développement humain en Argentine (PNUD, 2011. P. 25), il est mentionné que «[...] la participation des femmes dans les recettes totales de l'Argentine est passée de 34,5 pour cent en 1997 à 41 pour cent en 2012». La tendance montante, qui résulte d'une plus grande inclusion des femmes au marché du travail, présente un progrès significatif en raison du moratoire de prévoyance et de l'AUH, qui ciblent particulièrement les femmes (PNUD, 2011).

### **2.5.2. Défis à relever**

L'Argentine a réalisé d'importantes avancées dans la construction d'un système protection sociale qui constitue, de fait, un socle difficilement dommageable étant donné le niveau de légitimité qu'il a acquis. Cette construction s'est consolidée par l'existence d'une très forte volonté politique d'inclusion sociale dans son sens le plus large. Cependant, et comme mentionné tout au long de ces pages, une gamme très complète de politiques, de plans, de programmes et de projets orientés vers toutes les dimensions du développement humain et tous les groupes d'âges impliqués a été mise en place. Il existe encore certains défis à relever pour améliorer la couverture, tant en extension qu'en profondeur, et pour atteindre les objectifs finaux des interventions afin d'améliorer les niveaux de vie de la population:

- augmenter les domaines d'interaction entre les juridictions nationales, provinciales et municipales avec des institutions qui garantissent la coordination et l'intégration. Cette instance dépend souvent des personnes qui gèrent le budget ou qui distribuent les prestations, sans possibilité de révision de leurs interventions;
- encourager davantage la participation de la société civile aux instances de contrôle, ainsi que la participation des unités académiques universitaires à ces activités;
- consolider les systèmes d'information à partir des bases administratives, avec des accès facilités à la supervision, la coordination et la définition de nouveaux instruments;
- consolider et combiner les systèmes d'indicateurs pour les différents secteurs et niveaux juridictionnels, ce qui permettrait de réviser ou de redéfinir les interventions qui fonctionnent dans une dimension, mais pas dans d'autres;

- 
- profiter davantage des structures territoriales avec une couverture importante pour éviter les doublons et aller vers des régimes à guichet unique;
  - former les fonctionnaires locaux avec des critères d'homogénéité, en facilitant la transmission des connaissances mondiales et locales entre la nation, les provinces et les municipalités. L'«ignorance» et la méconnaissance des objectifs précis empêchent la mise en place efficace et efficiente des politiques;
  - redéfinir les normes qui protègent la population avec des critères plus structurels et à long terme. Cependant, il ne s'agit pas de le faire de manière circonstancielle ou conjoncturelle, mais avec les critères généraux incluant les groupes qui, en raison de ces vides juridiques, sont exclus du SPS (par exemple, les contribuables sociaux soumis à un régime simplifié, les cotisants éventuels, etc.);
  - réaffirmer l'idée qu'il existe de nombreux domaines juridictionnels et sectoriels qui ont une influence sur les groupes cibles de la protection sociale de manière directe et indirecte. Par conséquent, il doit exister des domaines qui les expliquent, les hiérarchisent et les priorisent pour l'identification des zones vacantes;
  - expliciter les mécanismes d'ajustement des prestations, en particulier pour les prestations monétaires, afin d'avancer dans leur consolidation en tant que droits.

## 2.6. Conclusion

La politique sociale en Argentine a connu une avancée importante, non seulement au cours de la dernière décennie du XX<sup>e</sup> siècle, mais aussi au regard de toutes les périodes précédentes. Les niveaux de protection sociale des personnes âgées, des enfants et des adolescents, ainsi que des secteurs marginalisés du marché du travail, sont similaires à ceux des économies plus développées et avec d'importantes ressources. Le financement de ces interventions a dépassé l'étape de la discussion à propos de l'origine des fonds, bien que ce débat puisse encore être repris dans d'autres contextes.

Les interventions sont organisées de façon très similaire aux orientations fournies par la recommandation n° 202 de l'OIT, en prenant en compte les tranches d'âge et les types de prestations. Elles s'étendent de façon sophistiquée tant en matière d'extension que de profondeur de la couverture.

Le régime général semble bien mis en œuvre et ces droits pourront difficilement être réduits, car ils constituent un socle dans un cadre systématique. Cependant, il reste quelques défis à relever concernant une meilleure coordination des interventions et l'intégralité des services pour les secteurs cibles et les ayants droit.

L'une des plus grandes difficultés concerne la coordination juridictionnelle qui, dans un pays aussi étendu et diversifié que l'Argentine, est à la fois une nécessité et un défi. Il est fondamental que les fonctionnaires des différents niveaux interagissent et se connaissent dans le sens le plus large du terme, afin de faciliter cette interaction. Bien que la majorité des initiatives puissent une importante légitimité dans les lois, quelques-unes ont encore besoin de cette formalité.

Durant la dernière décennie, l'Argentine a principalement placé le thème de la protection sociale au centre des décisions politiques, non seulement sectorielles, mais aussi économiques. Elle a ainsi improvisé un système très cohérent et viable. Sauf revirement idéologique complet, qui s'opposerait alors à l'opinion de la communauté, ce système va certainement continuer à intégrer non seulement ceux qui en sont exclus, mais surtout, les droits qui consolident la citoyenneté.

---

## 2.7. Bibliographie

- Bertranou, F.; Maurizio, R. (2012): *Transferencias Monetarias para Niños y Adolescentes en Argentina: Características y Cobertura de un “Sistema” con Tres Componentes*, Document d’informations sur les politiques n° 30. (Brasilia, Centre international de politiques sur la croissance inclusive).
- Bertranou, F.; Casanova, L. (2013): *Garantía de ingresos para hogares con niños, niñas y adolescentes en Argentina: Progresos en la construcción de un Piso de Protección Social*, (Buenos Aires, OIT).
- Bureau international du Travail (BIT) (2012): *Avances en la consolidación de la protección social en Argentina*, Notes de l’OIT, Travail décent en Argentine, (Buenos Aires).
- Commission Economique pour l’Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) (2013): Base de données CEPALSTAT. Disponible à l’adresse suivante: <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp>.
- Díaz Langou, G. (2012): *La implementación de la Asignación Universal por Hijo en ámbitos subnacionales*, Document de travail n° 84, (Buenos Aires, CIPPEC).
- Gaggero, J.; Rossignolo, D. (2012): *Simulación de los efectos distributivos de cambios en el gasto público y los impuestos (Argentina, 2010)*, Document de travail n° 46. (Buenos Aires, CEFID-AR).
- Garcia, M.C.; Langieri, M. (2003): *Análisis del funcionamiento de los Consejos Consultivos del Plan Jefas y Jefes de Hogar* (Buenos Aires, OIT).
- Golbert, L. (2004): *¿Derecho a la inclusión o paz social? Plan Jefas y Jefes de Hogar Desocupados*, Série sur les politiques sociales n° 84, (Santiago, CEPALC, Division du développement social). Disponible à l’adresse suivante: [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/14574/LCL2092\\_P.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/14574/LCL2092_P.pdf).
- . (2006): *Aprendizajes del Programa de Jefes y Jefas de Argentina*, Réunion d’Experts, Gestion et financement des politiques ciblant les familles, CEPALC, Santiago, 16 et 17 octobre. Disponible à l’adresse suivante: [http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/4/26924/paper\\_LauraGolbert.pdf](http://www.eclac.org/dds/noticias/paginas/4/26924/paper_LauraGolbert.pdf).
- Institut national des statistiques et des recensements (INDEC) (2006): *Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 2004/2005*. Buenos Aires.
- Kostzer, D. (2008): *Argentina: A Case Study on the Plan Jefes y Jefas de Hogar Desocupados, or the Employment Road to Economic Recovery*, Document de travail n° 534, (New York, NY, The Levy Economics Institute). Disponible à l’adresse suivante: [http://www.levyinstitute.org/pubs/wp\\_534.pdf](http://www.levyinstitute.org/pubs/wp_534.pdf).
- Martínez Nogueira, R. (2008): *Integración de Servicios Sociales: Conceptualización, Tipologías e Instrumentos* (Buenos Aires, PNUD, Cluster Desarrollo Social, Bureau de pays de l’OIT pour l’Argentine).
- Ministère de la Santé (2011): *Cobertura Poblacional en el Sistema Argentino de Salud* (Buenos Aires, Secrétariat aux déterminants de la santé et aux relations sanitaires, Direction de l’économie de la santé).

---

Olivera Cruz, *et al.* (2003): *Horizontal and Vertical Delivery in Health Services. Searching for synergies within the horizontal versus the vertical debate*. Journal of International Development Vol. 15.

Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (2011): *Aportes para el Desarrollo Humano en Argentina / 2011. Género en cifras: mujeres y varones en la sociedad Argentina* (Buenos Aires).

Roca, E. *et al.* (2004): *Resultados de la segunda evaluación del programa jefes de hogar e inserción laboral de los beneficiarios en empleo registrados* (Aráoz, Association argentine des spécialistes sur l'étude du travail). Disponible à l'adresse suivante: <http://www.aset.org.ar/congresos/7/05010.pdf>.

—. *et al.* (2012): *Piso o Sistema Integrado de Protección Social: Una mirada desde la experiencia Argentina*, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité sociale (Buenos Aires).

Rodrigañez Ricchieri, P.; Tobar, F. (2003): *El Consejo Federal de Salud Argentino (CO.FE.SA): Actor clave en la construcción de un federalismo sanitario efectivo* (Buenos Aires, ministère de la Santé). Disponible à l'adresse suivante: <http://www.calidadensalud.org.ar/Documentos/seminario2509/COFESA-Tobar.pdf>.

Saith, A. (2004): *Social Protection, decent work and development* (Genève, BIT, Institut international d'étude du travail).

Tobar, F. (2008): *Cambios de Paradigma en Salud Pública*. Annales du XIIème Congrès du Centre latino-américain d'administration pour le développement (CLAD). (Buenos Aires).

---

### 3. Coordination institutionnelle, protection sociale et minima sociaux au Brésil

Ana Fonseca, Lena Lavinias, avec la collaboration de Thiago Andrade Moellmann Ferro

#### 3.1. Introduction

Le début du XX<sup>e</sup> siècle est caractérisé par une grande diffusion du modèle bismarckien de protection sociale dans le monde, y compris dans de nombreux pays d'Amérique latine. Selon Mesa Lago (2004), l'Argentine, l'Uruguay, le Chili et le Brésil comptent parmi les pionniers de ce processus. Cependant, les systèmes de protection sociale à caractère contributif étaient incomplets, à la fois au niveau de leur portée et de leur couverture, et ne proposaient que des prestations très hétérogènes et relativement fragiles du point de vue du financement. En outre, ces systèmes ne comprenaient pas de programme de lutte contre la pauvreté. Pendant des décennies, l'assistance disponible pour les groupes les plus nécessiteux n'entrait pas dans le cadre d'une politique sociale, mais existait sous la forme d'initiatives *ad hoc*, ponctuelles et inefficaces. En ce sens, la grande masse des travailleurs, en particulier les populations rurales, les populations indigènes, les travailleurs indépendants et autres professions précaires de l'emploi salarié restaient en marge de ces systèmes. Dans ce contexte, l'informalité était une caractéristique structurelle des marchés du travail en Amérique latine; elle expliquait en grande partie ces faiblesses et semblait compromettre le développement et le renforcement des systèmes de protection sociale selon le modèle suivi par la grande majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) dans la période d'après-guerre. Leur objectif consistait à accroître le bien-être et promouvoir une croissance économique soutenue qui entraînerait la réduction des inégalités sociales.

Au début du XXI<sup>e</sup> siècle, le scénario est radicalement différent et très prometteur. Le droit à la sécurité sociale et à la protection durant toutes les étapes de la vie a fait des progrès significatifs malgré l'informalité et la précarité de l'emploi, encore très importantes en Amérique latine<sup>1</sup>. Ce droit est devenu une réalité dans les pays comme le Brésil, où la Constitution de 1988 prévoit un système de sécurité sociale intégré et réfléchi, disposant de son propre budget et d'une large couverture. Ce système est un régime universel en ce qui concerne l'accès aux services de santé; contributif en ce qui concerne les droits liés à la prévoyance (régime public fondé sur la répartition); et il garantit des minima sociaux aux personnes pauvres et vulnérables qui ne bénéficient que de l'assistance publique, soumise dans ce cas à la confirmation d'un manque de ressources.

Au cours des 25 dernières années, la sécurité sociale brésilienne a renforcé et perfectionné son institutionnalisation en étendant la couverture des mécanismes de protection aux groupes qui ne bénéficiaient jusque-là que d'une couverture partielle ou qui étaient exclus du système, comme les travailleurs indépendants et les employés domestiques. Ainsi, la principale innovation se traduit par l'intégration de l'assistance sociale en tant que droit des personnes pauvres et en tant qu'obligation de l'Etat.

<sup>1</sup> Selon la Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC), le taux d'informalité moyen en Amérique latine était de 63,3 pour cent en 2005. Il est passé à 45,6 pour cent (moyenne pondérée) en 2010 (emploi non agricole).

---

Par conséquent, la promotion de l'inclusion sociale et l'homogénéisation des droits inscrits dans la constitution se concrétisent en un mouvement extrêmement positif. Cependant, les problèmes liés au sous-financement du système (Viana 2009; Bahia, 2013; Gentil, 2012) et à la diffusion des programmes de transferts conditionnels en espèces au détriment de la qualité et de la quantité nécessaire des services publics (Lavinias, 2013) menacent le cadre institutionnel de ces derniers (Fagnani, 2011).

L'objectif principal de cette étude consiste à décrire le système de sécurité sociale en vigueur au Brésil, en présentant ses caractéristiques, son mécanisme de fonctionnement, ses règles de financement, ses niveaux de couverture et ses faiblesses éventuelles.

Dans la deuxième partie, un dialogue est engagé avec les modèles de protection sociale définis au cours des dernières décennies par les agences et les organismes multilatéraux pour l'Amérique latine, et par conséquent pour le Brésil, puis les partis pris et les orientations implicites à l'égard des modèles seront mis en évidence. Cette partie de l'étude portera sur le modèle d'ajustement des années 1980 et 1990, ainsi que sur le modèle de gestion sociale des risques et les objectifs du Millénaire pour le développement. Ensuite, nous aborderons la question du socle de protection sociale préconisé par l'OIT et le système des Nations Unies, en accord avec la Banque mondiale et le Fonds monétaire international (FMI).

## **3.2. Le système de sécurité sociale au Brésil**

### **3.2.1. Cadre institutionnel de la sécurité sociale au Brésil**

Le système de sécurité sociale a été instauré par l'Assemblée nationale constituante de 1987-1988, lors d'un débat national houleux sur le sort de la nation brésilienne après la sortie de la période d'exception autoritaire imposée par un régime militaire en 1964. Sa conception reflète la mobilisation de différents segments sociaux engagés dans la construction d'un Etat-providence au Brésil.

Il faut rappeler que l'article 194 de la nouvelle constitution établit que «la sécurité sociale comprend un ensemble intégré d'actions de l'initiative des pouvoirs publics et de la société, destinées à garantir les droits relatifs à la santé, la prévoyance et l'assistance sociale.» En ce sens, c'est la première fois qu'apparaît un concept clairement défini de sécurité sociale en lien avec la fourniture de services de santé et avec des prestations en espèces, ainsi qu'avec des mécanismes compensatoires de lutte contre la pauvreté. Certes, l'intégration de l'assistance sociale à la conception de la sécurité sociale devient une innovation institutionnelle de haute importance, puisque jusqu'à cette date, la charité et la philanthropie servaient de mécanismes d'assistance pour les personnes pauvres et dans le besoin. A partir de 1988, l'assistance sociale devient une compétence juridique de l'Etat.

La loi prévoit également que:

Il appartient à la puissance publique d'organiser la sécurité sociale selon les termes de la loi et dans les objectifs suivants:

- 
- I. universalité de la couverture et de l'accueil;
  - II. uniformité et équivalence des allocations et services destinés aux populations rurales;
  - III. caractère sélectif et distributif de la prestation des allocations et services;
  - IV. irréductibilité de la valeur des allocations;
  - V. équité dans la forme de participation au financement du système;
  - VI. diversité des bases de financement;
  - VII. caractère démocratique et décentralisé de la gestion administrative, avec la participation de la collectivité et en particulier des travailleurs, des employeurs et des retraités. (Art. 194, paragraphe unique).

Ainsi, la nouvelle conception institutionnelle rompt le lien entre le droit à la protection socioéconomique et le contexte professionnel qui le limitait à un concept d'assurance (contrat individuel qui garantit l'existence d'un droit personnel du cotisant ou de la personne affiliée au système à bénéficier d'une prestation future selon un montant proportionnel à la cotisation). Dans ce contexte, il fait désormais partie d'une approche fondée sur les droits des citoyens dans tous les segments de la population sans exceptions ni considérations relatives au travail.

Dans ce contexte, il faut souligner que la sécurité sociale au Brésil suit rigoureusement les lignes directrices de l'OIT<sup>2</sup> de 1950. La charte recommande que les systèmes modernes intégrés de protection sociale luttent non seulement contre la pauvreté (en garantissant des niveaux minimums de survie selon les anciennes Lois sur les Pauvres - *Poor Laws*), mais offrent également les prestations décrites ci-après: a) la couverture contre un large éventail de risques, b) des prestations en fonction des besoins identifiés; c) la fin du lien entre le droit de bénéficier de la pension et des cotisations préalables, et d) l'unification des éléments liés au financement et l'administration du nouveau système. L'objectif des recommandations de l'OIT est de fournir des conseils sur la construction des différents types d'Etats-providence (*welfare states*) des pays capitalistes avancés pour instituer le rôle du gouvernement, pas seulement en tant que simple fournisseur de services sociaux garantissant un ensemble limité de services pour un groupe de personnes restreint en fonction de certains critères d'admissibilité, mais en tant qu'institution cherchant à modifier et contrecarrer les forces du marché par une intervention délibérée pour garantir l'égalité de traitement entre les citoyens et un revenu minimum indépendamment de la valeur marchande de leur travail ou de leurs propriétés (Briggs, 1961). Par conséquent, la sécurité sociale brésilienne s'inspire des valeurs mentionnées précédemment pour créer un nouveau cadre institutionnel dans le domaine des droits sociaux et des droits humains (Townsend, 2009).

Ainsi, la sécurité sociale brésilienne intègre des innovations institutionnelles pertinentes décrites ci-dessous:

- prestations uniformes pour les populations urbaines et rurales, hommes ou femmes, sans limiter l'accès aux prestations de sécurité sociale uniquement en fonction des cotisations effectuées;
- lien du socle prévisionnel (montant minimum de retraite ou de pension) au salaire minimum national en vigueur;

<sup>2</sup> BIT (1950), *the Quest for Universality*, Genève.

- 
- intégration du droit à un revenu minimum pour les personnes âgées et invalides pouvant justifier d'un manque de ressources<sup>3</sup>, d'un montant lié au salaire minimum national en vigueur;
  - intégration de l'assurance-chômage; et
  - création d'un budget spécifique pour la sécurité sociale provenant des cotisations des employés et des employeurs, des cotisations volontaires des travailleurs indépendants et d'autres catégories, ainsi que des cotisations sociales indirectes payées par l'ensemble de la société sous la forme de taxes à la consommation.

### **3.2.2. Conception de la sécurité sociale brésilienne: assurance sociale contributive, soins de santé universels, assistance sociale ciblée**

La sécurité sociale est structurée de la façon suivante:

- **Prévoyance sociale (assurance sociale fondée sur la répartition): contributive**
  - Le Régime général de prévoyance sociale (*Regime Geral da Previdência Social* - RGPS) est l'organisme national d'assurance sociale qui garantit les retraites, les pensions et autres prestations en cas d'invalidité permanente ou temporaire.
  - Caractéristiques du régime: obligatoire, national, public, subventions sociales.
  - Prestations maximales de 4 159 réaux (1890,45 dollars) avec la participation du Fonds de prévoyance complémentaire. Prestation minimale: salaire national minimum en vigueur (678 réaux, soit 308,18 dollars, juin 2013).
  - Fondé sur les cotisations obligatoires des travailleurs salariés et des employeurs, et sur les cotisations volontaires des autres catégories de travailleurs (indépendants) ou inactifs (exclus de la main d'œuvre). L'assiette des cotisations varie entre le salaire minimum et le salaire maximum.
  - Les aliquotes applicables sur l'assiette imposable pour le calcul des cotisations sont flexibles: a) 5 pour cent pour les micro-entreprises individuelles ou les bénéficiaires qui cotisent sur la base du volontariat (personnes qui ne font pas partie du marché du travail qui souhaitent bénéficier des prestations ou travailleurs indépendants); b) aliquotes moyennes de 8, 9, 11 pour cent; c) aliquote maximum de 20 pour cent.
  - Années cotisées: 35 ans pour les hommes, 30 ans pour les femmes (prestation complète).
  - Age: 65 ans pour les hommes et 60 ans pour les femmes dans le cas des travailleurs urbains; 60 ans pour les hommes et 55 ans pour les femmes dans le cas des travailleurs ruraux.

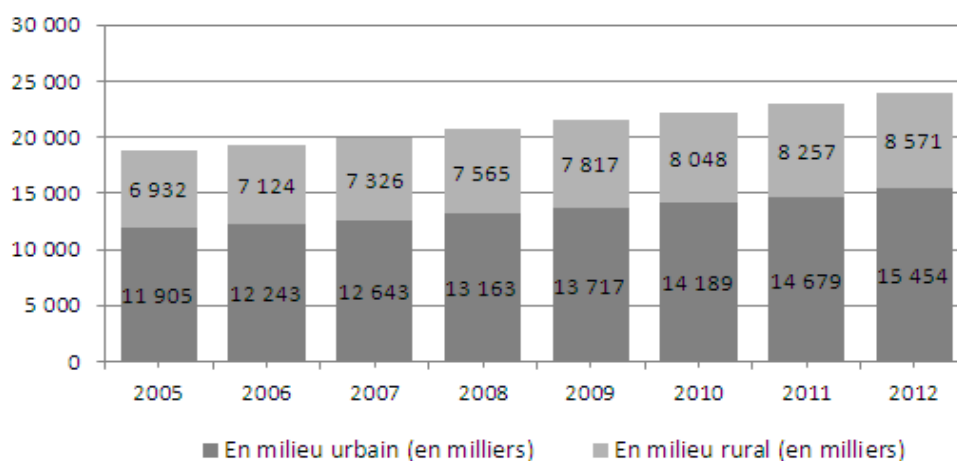
<sup>3</sup> Pour la Prestation continue en espèces (*Benefício de Prestação Continuada* - BPC), le seuil de pauvreté correspond au revenu familial par habitant égal ou inférieur à un quart du montant du salaire minimum national en vigueur.



- Pension partielle en fonction des années de cotisation et à partir de: 53 ans et 30 ans de service pour les hommes; 48 ans et 25 ans de service pour les femmes.
- L'Institut national de sécurité sociale (*Instituto Nacional do Seguro Social - INSS*) est l'organisme de gestion du RGPS comprenant les travailleurs du secteur privé, les travailleurs familiaux en milieu rural et les fonctionnaires.
- Le RGPS classe les travailleurs ruraux et les petits agriculteurs d'exploitations familiales dans une catégorie spéciale de travailleurs ayant le droit de bénéficier d'un salaire minimum (minimum prévisionnel) dès l'âge de 55 ans pour les femmes et 60 ans pour les hommes, indépendamment de leurs cotisations.
- Près de 65 pour cent de la population occupée et deux tiers de la population inactive (personnes à charge) bénéficient de la couverture de sécurité sociale publique.
- Prestations garanties: retraite en fonction de l'âge, retraite en fonction des années cotisées, retraite pour invalidité, retraite spéciale (zones rurales), congés maladie et accidents du travail, prestations en espèces pour les familles de prisonniers, congés en cas de décès dans la famille et congés maternité (six mois pour les travailleurs salariés du secteur formel ou les fonctionnaires), salaire familial (pour les travailleurs dont le salaire est inférieur à une fois et demi le salaire mensuel minimum).
- En 2012, le montant total des dépenses en prestations sociales urbaines et rurales était de 316 milliards de réaux (soit 158 milliards de dollars). 22,4 pour cent de ce montant est destiné aux personnes qui vivent dans les zones rurales (Association fédérale des auditeurs fiscaux des impôts du Brésil – ANFIP – et Fondation ANFIP, 2013).

Comme l'illustre la figure 3.1, près de 25 millions de prestations de retraite ont été déboursées tous les mois en 2012. La population rurale a bénéficié de 8,5 millions de prestations. Il faut souligner que deux tiers de toutes les retraites et pensions équivalent à un salaire minimum.

**Figure 3.1. Nombre de bénéficiaires de la prévoyance sociale (retraites et pensions), 2005-2012**



Source: MPS, Annuaires statistiques de Prévoyance sociale

---

Il convient également de mentionner l'existence d'un système public de pensions pour les employés du secteur public, dont les règles s'apparentent énormément à celles du RGPS concernant les montants maximums des cotisations et les prestations, destinées aux travailleurs et aux cotisants du secteur privé, ainsi qu'aux travailleurs autonomes et indépendants. Le système des fonctionnaires est connu sous le nom de Régime public de prévoyance sociale (*Regime Próprio da Previdência Social* - PPS).

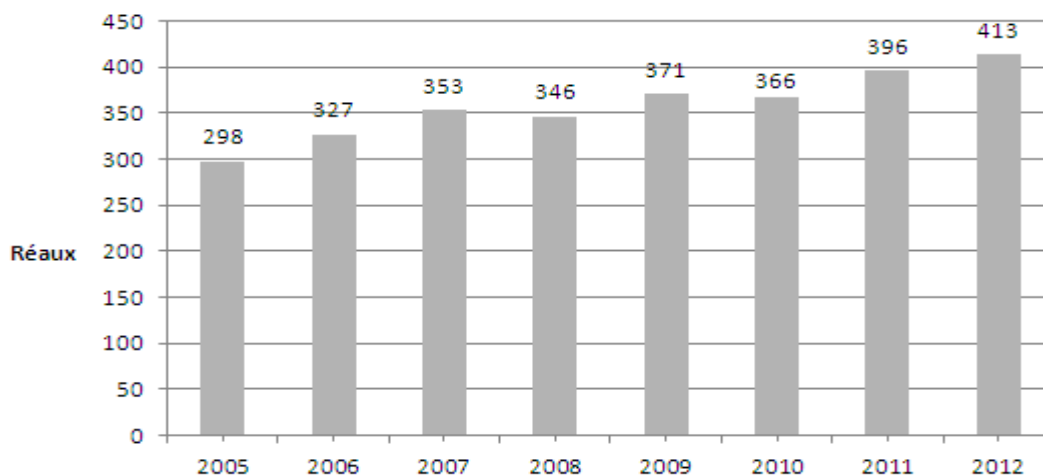
■ **Assurance en cas de chômage temporaire**

- L'assurance-chômage est de nature contributive et concerne les travailleurs salariés du secteur formel en cas de licenciement abusif, à condition d'avoir régulièrement cotisé au régime pendant au moins deux ans.
- Les travailleurs qui n'ont jamais cotisé et sont inactifs ne peuvent pas bénéficier de la prestation d'assurance-chômage.
- Le calcul des sommes à percevoir dans le cadre de l'assurance-chômage se fait sur la base du salaire mensuel du dernier contrat de travail du travailleur.
- La prestation peut être perçue pendant neuf mois.
- Certaines catégories de travailleurs autonomes exerçant une activité temporaire, comme les pêcheurs artisanaux, peuvent prétendre à une assurance-chômage durant les mois où la production est réduite.
- Le montant des dépenses pour l'assurance-chômage a atteint 39,9 milliards de réaux (19,95 milliards de dollars) en 2012 (ANFIP et Fondation ANFIP, 2013).

■ **La santé, un droit universel**

- Prestation publique, gratuite à tous les niveaux de référence du système de soins.
- Financement par les impôts et taxes à l'échelle nationale qui ont une incidence sur la consommation, avec les cotisations des recettes fiscales des Etats (13 pour cent) et des municipalités (15 pour cent).
- L'entrée en vigueur d'un nouveau cadre juridique fixe les montants minimums pour les dépenses de santé en 2012 (loi complémentaire n° 141, 13 janvier 2012). Depuis cette date, les gouvernements doivent chaque année mettre en œuvre les mesures et les services publics de santé inscrits au budget de l'année précédente, avec des montants ajustés en fonction de la variation nominale du PIB de l'année passée.
- Couverture: 192 millions d'habitants.
- En 2012, le montant des dépenses de santé a atteint 80 milliards de réaux (40 milliards de dollars) (ANFIP et Fondation ANFIP, 2013). La figure 3.2 illustre l'évolution des dépenses par habitant et par an pour la période 2005-2012. Ce montant passe de 298 réaux (environ 155,20 dollars) en 2005 à 413 réaux en 2012 (215,10 dollars).
- Les dépenses publiques de santé ont représenté 4 pour cent du PIB en 2012.

Figure 3.2. Evolution des dépenses fédérales par habitant pour les mesures et les services de santé publique (en valeurs constantes en réaux, 2012)



Source: d'après les données de l'ANFIP et de la Fondation ANFIP (2013), page 78, tableau 21.

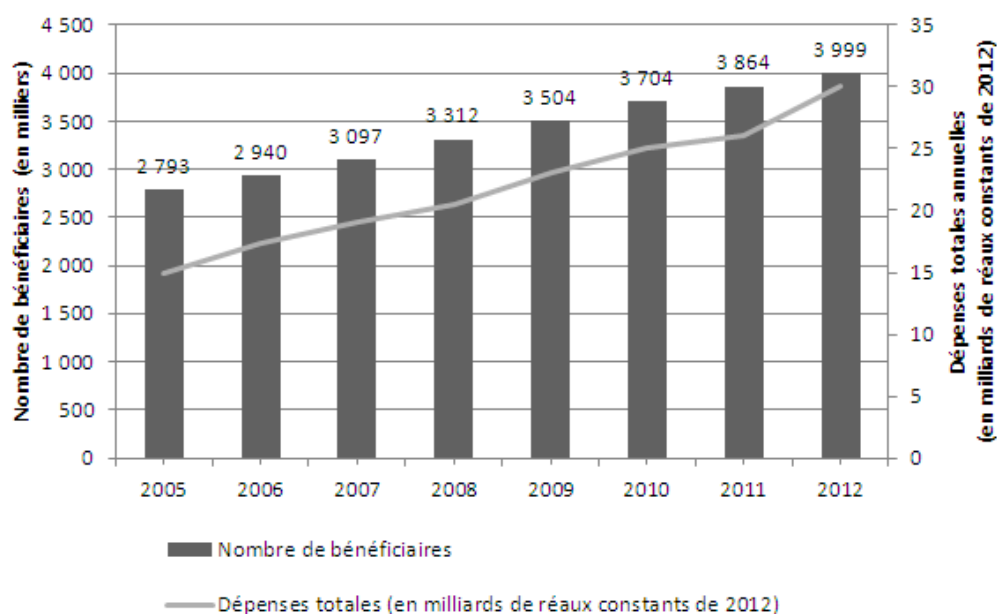
#### ■ Assistance sociale ciblée

- Transferts en espèces conditionnels comme mécanisme de lutte contre la pauvreté *ex post*.
- Transferts financés grâce aux ressources provenant d'impôts ayant une incidence sur la consommation. Ce type de transferts est extrêmement régressif étant donné que le financement inclut les bénéficiaires directs des programmes d'assistance sociale.
- Deux plans nationaux de lutte contre la pauvreté fonctionnent en même temps: a) la BPC pour les personnes âgées de plus de 65 ans et pour les personnes handicapées vivant dans des familles dont le revenu familial par habitant est égal ou inférieur au quart du salaire mensuel minimum en vigueur; et b) le programme de transferts conditionnels en espèces *Bolsa Família*, qui offre un revenu minimum d'un montant de 140 réaux par mois (63,60 dollars) aux familles pauvres et aux familles en situation de pauvreté extrême dont le revenu familial par habitant est égal ou inférieur à 140 et 70 réaux par mois (31,80 dollars) respectivement<sup>4</sup>.
- La Prestation continue en espèces est un droit pour lequel il n'existe pas de mesure compensatoire. Le montant de la prestation équivaut à un salaire minimum et fait partie des institutions du système de sécurité sociale sous

<sup>4</sup> Il convient de rappeler que le Brésil présente deux seuils de pauvreté distincts, bien qu'aucun des deux ne soit officiel. Alors que le seuil de pauvreté de *Bolsa Família* en juin 2013 est de 140 réaux par mois (63,60 dollars) en termes de revenu familial par habitant, le seuil de la prestation BPC au cours de la même période est quant à lui de 170 réaux par mois (77,27 dollars). De plus, le niveau des prestations en espèces est assez inégal entre les deux programmes. La BPC suit l'évolution du salaire minimum, avec des ajustements annuels en fonction de l'inflation et qui sont sujets à des augmentations réelles, tandis que dans le cas de *Bolsa Família*, le pouvoir exécutif fédéral a un pouvoir discrétionnaire de décision et décide d'ajuster ou non les montants des transferts pour les bénéficiaires.

l'administration de l'INSS. En 2012, le montant des dépenses de ces prestations d'assistance atteignait 30,3 milliards de réaux (15,1 milliards de dollars), comme le montre la figure 3.3 (ANFIP et Fondation ANFIP). Le nombre de bénéficiaires concernés par cette prestation, y compris les personnes âgées pauvres et handicapées, avoisinait les 4 millions en 2012.

**Figure 3.3. Nombre de bénéficiaires de la BPC (personnes âgées et personnes handicapées) et dépenses totales annuelles, 2005-2012**



Source: d'après les données de l'ANFIP et de la Fondation ANFIP (2013), page 69, tableau 18.

- Au départ, le programme *Bolsa Família* fonctionnait selon le principe d'autociblage. La couverture du programme n'était pas universelle en raison de l'échec du système d'autociblage (inefficacités horizontales). Les estimations font état de 2 millions de familles négligées par le programme alors qu'elles sont candidates (IBGE, 2011). Le programme impose des contrôles et des conditions qui peuvent entraîner la suspension de la prestation si elles ne sont pas respectées. Les contreparties sont les suivantes: fréquentation scolaire obligatoire des enfants et visites régulières dans les centres de santé pour les enfants en bas âge et les femmes enceintes. Dans le domaine de la santé, elles consistent en deux périodes de suivi médical dans l'année (deux semestres). Pour ce qui est de l'éducation, le suivi est bimestriel. Le montant de la prestation varie selon la taille de la famille et le degré de pauvreté observé. Le montant le plus bas est de 32 réaux par mois (14,55 dollars) et le plus élevé est de 306 réaux par mois (140 dollars); l'ajustement du montant n'est pas régulier. Le tableau 3.1 illustre l'augmentation progressive des prestations du programme *Bolsa Família*.
- Le ministère du Développement social et de la Lutte contre la faim (MDS) et la *Caja Económica Federal* (banque de l'Etat ou banque publique) sont les deux entités responsables de la gestion du programme.
- Les dépenses du programme *Bolsa Família* ont atteint 20,053 milliards de réaux (10,25 milliards de dollars) en 2012 (ANFIP et Fondation ANFIP, 2013). La figure 3.4 montre la distribution en 2013 par modalité de prestations du programme. La figure 3.5 montre l'évolution des dépenses du programme qui

atteignent un montant plus de deux fois supérieur au montant original en l'espace de 7 ans (de 10 milliards à plus de 20 milliards de réaux). D'un autre côté, la figure 3.6 montre la distribution régionale des prestations: plus de la moitié sont assignées à des bénéficiaires de la région du nord-est du Brésil, qui enregistre les indices de pauvreté les plus élevés.

- Les deux programmes d'assistance les plus importants du gouvernement fédéral couvrent près de 50 millions de personnes pauvres.

**Tableau 3.1. Bolsa Família: seuil de pauvreté et montant mensuel des prestations, 2012 (réaux et dollars)**

	Valeur mensuelle des prestations	
	(réaux)	(dollars)
Familles en situation de pauvreté extrême dont le revenu familial par habitant (RFPC) peut aller jusqu'à	70,00	31,80
Familles pauvres dont le RFPC peut atteindre jusqu'à	140,00	63,60
Prestation de base <sup>1</sup>	70,00	31,80
Prestation variable <sup>2</sup>	32,00	14,54
Prestation variable pour les jeunes <sup>3</sup>	38,00	17,27
Prestation variable pour les femmes allaitantes	32,00	14,54
Prestation variable pour les femmes enceintes	32,00	14,54
Montant maximum <sup>4</sup>	306,00	139,09

<sup>1</sup> Pour les familles en situation de pauvreté extrême même sans enfants (enfants, adolescents ou jeunes).

<sup>2</sup> Pour les familles avec personnes à charge (âgés de 15 ans au maximum), les femmes enceintes ou allaitantes.

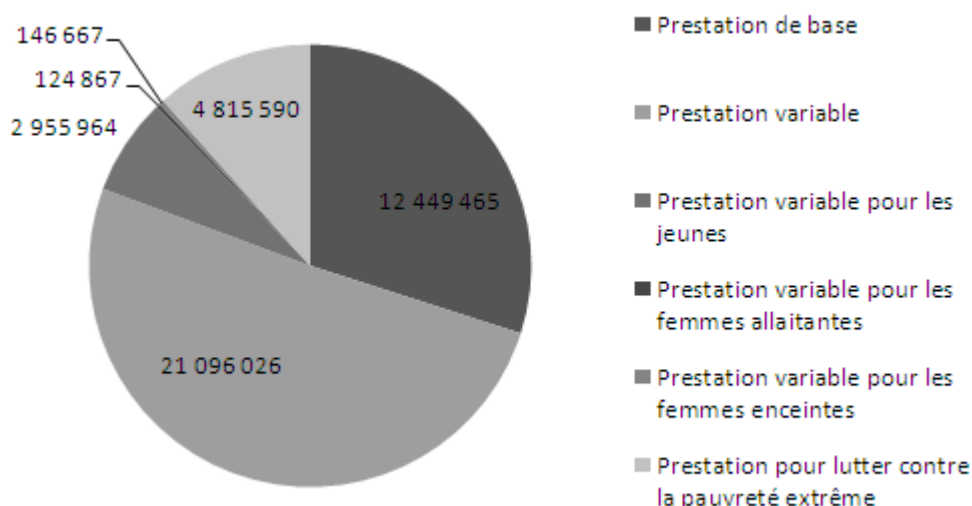
Jusqu'en 2010, une famille pouvait recevoir 3 prestations variables. En 2011, ce chiffre est passé à 5.

<sup>3</sup> Pour les familles avec des jeunes étudiants (16, 17 ans). Limite maximale de deux prestations par famille.

<sup>4</sup> On peut ajouter au montant maximum la prestation pour la lutte contre la pauvreté extrême (composante du programme *Brasil Carinhoso*) afin de dépasser les 70 réaux par habitant

Source: Brésil (lois spécifiques) et SENARC, 2012.

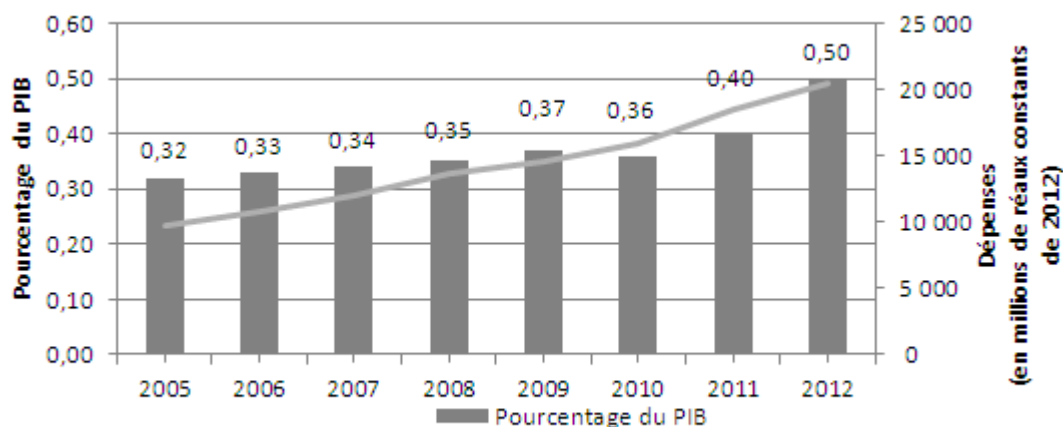
**Figure 3.4. Répartition par modalité de prestations du programme Bolsa Família, 2013**



Source: MDS (2013).

La modalité de «prestation variable» représente 50,7 pour cent des dépenses du programme *Bolsa Família* (données du mois de juin 2013); par conséquent, elle est la principale modalité de prestation selon les données du MDS. La prestation varie selon la taille de la famille et correspond à un montant total pouvant atteindre cinq versements de 32 réaux (14,54 dollars). Les prestations variables sont les plus courantes parmi les 41 588 579 prestations accordées au public visé par le programme *Bolsa Família* au cours de la période mentionnée, avec un total de plus de 21 millions de bénéficiaires. Ensuite, la modalité de «prestation de base» d'un montant fixe de 70 réaux (31,80 dollars) représente 29,9 pour cent des dépenses de *Bolsa Família*. Quant à la «prestation pour la lutte contre la pauvreté extrême» et la «prestation variable pour les jeunes», elles représentent respectivement 11,6 et 7,1 pour cent du total. Enfin, la «prestation variable pour les femmes enceintes» de neuf versements de 32 réaux (14,54 dollars) et la «prestation variable pour les femmes allaitantes» de six versements de 32 réaux représentent 0,4 et 0,3 pour cent, respectivement.

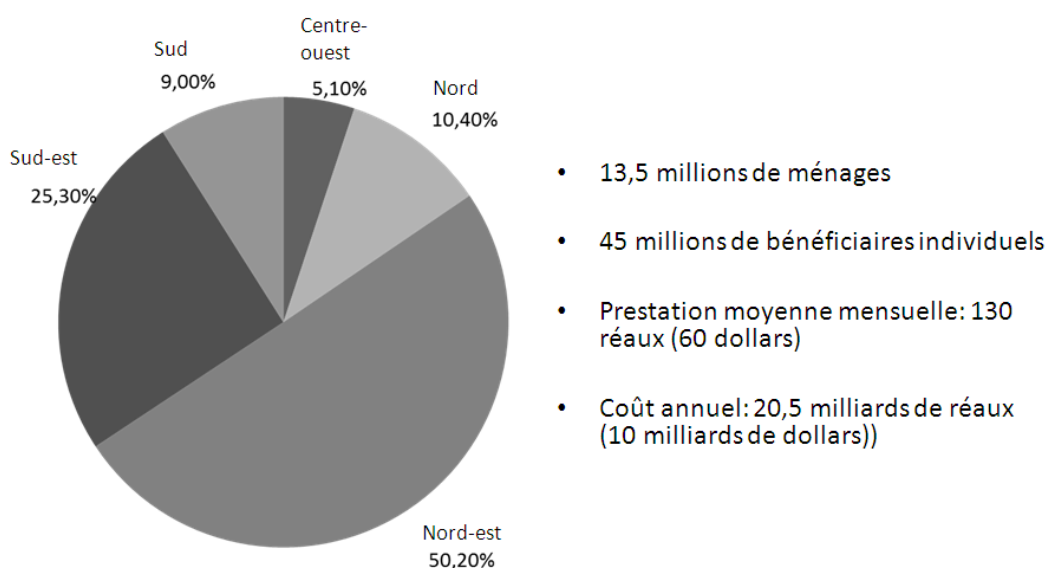
Figure 3.5. Evolution des dépenses de *Bolsa Família*, 2005-2012



Source: d'après les données de l'ANFIP et de la Fondation ANFIP (2012), page 63, tableau 11.

La figure 3.5 illustre la progression des dépenses du programme *Bolsa Família* au cours de la période 2005-2012 et confirme une croissance économique et une inclusion sociale modérées (comme par l'augmentation progressive du salaire minimum). En ce qui concerne cette question, les dépenses de cette prestation affichent une tendance à la hausse, passant de 0,32 pour cent en 2005 à 0,5 pour cent du PIB en 2012.

Figure 3.6. Répartition des prestations de *Bolsa Família* au niveau régional, 2012



Source: MDS, (2012).

Le tableau 3.2 illustre le pourcentage du PIB correspondant aux montants versés au cours de la période 2005-2012, selon les différents types de prestations. Compte tenu de ce qui précède, on note une croissance significative des prestations d'assistance sociale, que ce soit la BPC ou le programme *Bolsa Família*, avec un total de 1,2 pour cent du PIB en 2012, comparé à 0,75 pour cent en 2005. La sécurité sociale a versé des prestations en espèces dont le montant total représentait 10,4 pour cent du PIB en 2012.

Tableau 3.2. Montant des prestations de sécurité sociale (en pourcentage du PIB), 2005-2012

PRESTATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Prestations de prévoyance (RGPS)	6,64	6,99	6,86	6,58	6,95	6,76	6,79	7,2
Prestations d'assistance (BPC)	0,43	0,49	0,51	0,52	0,58	0,59	0,61	0,7
<i>Bolsa Família</i> et <i>Brasil Sem Miséria</i> (2012)	0,32	0,33	0,34	0,35	0,37	0,36	0,4	0,5
Assurance-chômage	0,53	0,63	0,67	0,68	0,84	0,77	0,82	0,9
RPPS (Régime public de prévoyance sociale)	1,2	1,2	1,2	1,1	1,2	1,2	1,2	1,1
Dépenses totales selon le type de prestation	9,12	9,64	9,58	9,23	9,94	9,68	9,82	10,4

Source: ANFIP et Fondation ANFIP (2013), p. 66, tableau 16.

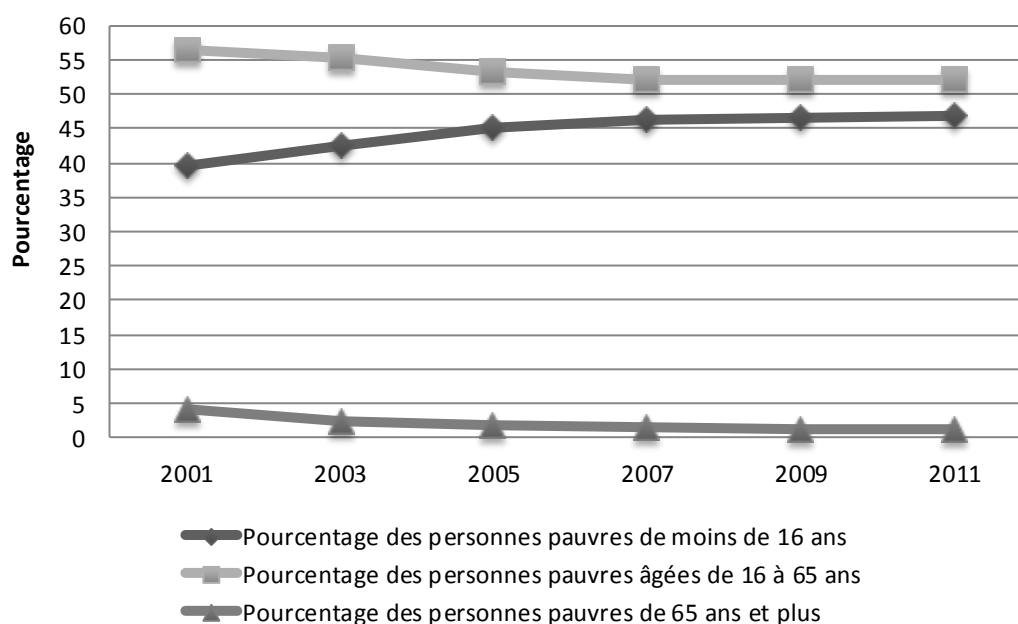
### 3.2.3. Degré de couverture de sécurité sociale

**Personnes âgées:** une brève description de la sécurité sociale brésilienne révèle que la conception du système garantit une large couverture de protection pour les personnes âgées avec des cotisations conséquentes pour réduire le pourcentage de pauvreté de cette catégorie de personnes (voir figure 3.7). Les personnes âgées représentaient 4 pour cent

des personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté en 2001 <sup>5</sup> et 1,12 pour cent en 2011 selon l'Enquête nationale auprès des ménages (*Pesquis Nacional por Amostra de Domicílios* - PNAD) (IBGE, 2011).

On estime qu'environ 85 pour cent des personnes âgées de 65 ans ou plus reçoivent une pension au Brésil. En ce sens, le groupe bénéficie d'une situation de sécurité socioéconomique réelle. En outre, les caractéristiques du système de prévoyance brésilien (uniformité des prestations, irréductibilité du montant des prestations liées au salaire minimum) ont un impact majeur dans la réduction de la pauvreté et des inégalités.

Figure 3.7. Répartition des personnes pauvres par groupe d'âge, 2001-2011



Source: PNAD/IBGE, seuil de pauvreté: 140 réaux.

**Enfants et adolescents:** la vulnérabilité des enfants et des adolescents est en augmentation. La figure 3.7 montre qu'en 2011, ils représentaient 46,7 pour cent des personnes en situation de pauvreté. Dans ce contexte, les transferts en espèces ciblant uniquement les enfants et les jeunes en situation de pauvreté et sous la protection du programme *Bolsa Família* sont garantis. Pourtant, il existe une certaine carence en termes de couverture inhérente à la conception du programme et, par conséquent, il est probable qu'une grande partie de ces mineurs ne bénéficie pas de la couverture du programme. En fait, le système fiscal brésilien favorise en majeure partie les personnes à charge des familles riches plutôt que les familles dans le besoin, du point de vue des transferts. Cette situation s'explique par le fait que les familles ayant des ressources plus importantes au

<sup>5</sup> Dans le cadre de cette étude, le seuil de pauvreté du programme *Bolsa Família* est défini ainsi: revenu familial par habitant égal ou inférieur à 140 réaux par mois (63,60 dollars).



---

Brésil peuvent faire une déclaration d'impôt sur le revenu des personnes physiques et bénéficier de déductions fiscales significatives, parfois même illimitées.

Par conséquent, la situation des enfants et des adolescents est radicalement différente du groupe des personnes âgées qui disposent d'une couverture quasi universelle. D'une part, les enfants et les jeunes issus de familles pauvres et indigentes ne touchent qu'un montant minimum de survie (près de 38 réaux, soit 17,27 dollars maximum par mois) sous réserve d'une affiliation correcte au programme *Bolsa Família* et conformément aux contreparties. D'autre part, les enfants issus de familles des classes moyennes et supérieures bénéficient de déductions fiscales qui ne sont pas considérées comme des dépenses sociales, mais entrent dans la catégorie de crédit d'impôt totalisant des milliards de réaux. Ainsi, aux yeux de l'ensemble de la population, les segments pauvres ont besoin de la protection de l'assistance sociale et sont responsables de l'accroissement des dépenses publiques et les segments riches bénéficient d'avantages fiscaux qui passent inaperçus par manque de transparence (confidentialité des informations dans les déclarations d'impôts). Par conséquent, il est possible d'identifier un groupe important de plusieurs millions de personnes mineures entre ces deux extrêmes, soit l'équivalent en taille des deux autres groupes susmentionnés, avec des parents qui ne correspondent pas aux critères d'admissibilité de *Bolsa Família* et ne peuvent pas non plus bénéficier d'indemnités des frais liés aux services de santé et d'éducation privés. Les enfants sont à la merci des aléas tels que le chômage des parents, la précarité et l'instabilité de l'emploi qui favorisent l'insécurité socioéconomique de leur situation et compromettent leur avenir. Dans certains cas, si les parents travaillent dans le secteur formel et perçoivent un revenu pouvant atteindre une fois et demie le salaire minimum, ils peuvent bénéficier d'allocations familiales (*Asignaciones Familiares o Por Hijo*). Il est donc évident qu'il n'existe pas de politique de lutte contre la pauvreté infantile dans ce groupe social.

D'après les informations précédentes, certains chercheurs (Lavinias, 2006; Lavinias et Cavalvanti, 2007) proposent la création d'une prestation universelle d'un montant unique pour tous les enfants et les jeunes Brésiliens jusqu'à la fin de leur scolarité, indépendamment du niveau de revenu familial. Cette initiative vise à éviter les injustices entre les familles avec d'un côté celles disposant de plus grandes ressources qui bénéficient de crédits d'impôt pour leurs enfants, tandis que les plus pauvres sont confrontées à des difficultés quotidiennes et sont partiellement ou complètement mises à l'écart. À l'instar du modèle européen d'allocations familiales, l'Etat brésilien a la capacité financière suffisante pour mettre en œuvre le droit à une prestation universelle pour tous les enfants brésiliens. En outre, il est bien connu que cette initiative ne change pas le taux de fécondité actuel de 1,8 enfant par femme en âge de procréer (Diniz Alves et Cavenaghi, 2013). En fait, elle inversera peut-être la tendance et entraînera une diminution (qui est certainement assez faible pour un pays à revenu intermédiaire-élevé).

**Adultes:** L'assurance-chômage est très sélective et fournit une couverture uniquement aux travailleurs formels du secteur privé cotisant régulièrement. C'est la raison pour laquelle le taux de couverture de l'assurance-chômage semble assez élevé, alors qu'en réalité, il ne rend pas compte du fait que les chômeurs du secteur informel ou parmi les travailleurs indépendants qui rencontrent des difficultés ne sont pas admissibles au programme. Ainsi, la grande majorité des adultes des segments les plus pauvres et vulnérables de la population qui travaillent dans des conditions précaires et instables ne bénéficient pas de revenus supplémentaires qui leur donnerait la capacité de subvenir dignement aux besoins de leurs familles. La figure 3.7 montre qu'en 2011 ils représentaient 52,1 pour cent de la population. Les débouchés professionnels qui s'offrent à ce groupe de personnes ne sont ni satisfaisants, ni adéquats et le chômage et les activités précaires sont des situations courantes.

---

### 3.2.4. Lacunes de la sécurité sociale brésilienne

Le système de sécurité sociale brésilien présente quelques carences; cependant, c'est un système consolidé et en constante évolution en termes de fourniture de prestations contributives et non contributives.

Dans ce contexte, la première faiblesse réside dans le fait que le pays ne dispose pas d'un Conseil national de sécurité sociale (CNSS) responsable de la gestion et de la surveillance du budget de la sécurité sociale, conformément aux dispositions de la Loi organique sur la sécurité sociale de 1991. Le Conseil national de sécurité sociale ne s'est pas concrétisé et est inscrit dans la loi organique abrogée (loi n° 8.619/1993 et loi n° 9.032/1995) (Werneck Vianna, 2005). Ce vide administratif a fragmenté la gestion financière et institutionnelle du budget de la sécurité sociale. Les ressources de l'entité sont utilisées à des fins non prévues par la loi, une pratique qui a vu le jour sous le gouvernement de Fernando Henrique Cardoso (1994) et qui existe toujours. Les ressources en question sont destinées à la formation de l'excédent primaire du gouvernement de la nation qui utilise ces fonds pour couvrir les dépenses financières du gouvernement. L'utilisation des ressources à des fins différentes révèle un détournement de fonds de la sécurité sociale, ce qui constitue la deuxième et la pire carence du système, car il est à l'origine d'un sérieux manque de financement du système de santé publique au Brésil et compromet la fourniture de prestations universelles et inconditionnelles inscrites dans la Constitution. Cette utilisation abusive des ressources du système de sécurité sociale, autrement dit de santé publique, est autorisée par la loi et permet d'utiliser 20 pour cent du budget. Ce montant s'élève à 58,1 milliards de réaux (29,05 milliards de dollars) en 2012, soit l'équivalent de 72,25 pour cent des dépenses nationales de santé en 2012. Selon les données de l'ANFIP (2013),

[...] lors du découplage des revenus de la nation, et lorsque 58,1 milliards de réaux du budget de la sécurité sociale de 2012 sont utilisés de façon abusive, la capacité de financement de la caisse est réduite, tout comme la quantité de ressources disponibles de l'excédent de sécurité. L'opération n'est pas indiquée dans les rapports comme une opération de transfert de fonds de la sécurité sociale au budget fiscal. C'est comme si les ressources provenaient du budget fiscal lui-même.

Il convient de mentionner qu'en 2012, les dépenses totales de sécurité sociale ont atteint 11,64 pour cent du PIB, un chiffre en hausse comparé aux pourcentages de 10,89 en 2011 et 10,65 en 2010 (ANFIP et Fondation ANFIP, 2013).

La dernière carence du système est la prédominance des prestations en espèces. D'après la description dans les sections ci-dessous, on peut déduire qu'aujourd'hui, la protection sociale au Brésil est garantie principalement par des transferts en espèces. Les personnes âgées, les personnes handicapées, les jeunes et les adultes qui ont besoin, régulièrement ou de façon ponctuelle, de soins spécifiques qui ne nécessitent pas des soins médicaux au sens strict subissent un grave déficit de couverture. La situation la plus critique est sans doute celle de la santé, notamment en raison du manque de financement. En l'absence de services publics de qualité et en quantité nécessaire, comme des crèches, des centres de soins pour les personnes âgées et handicapées, des campagnes de soins de santé préventifs (et pas seulement curatifs), les personnes qui en ont les moyens recherchent des soins privés sur le marché. Cette situation pénalise gravement la majorité de la population et réduit le bien-être.

Par conséquent, les filets de sécurité (*safety nets*) publics ou les retraites d'un montant équivalent au salaire minimum ne permettent pas l'accès au marché pour disposer d'un logement adéquat, de l'assainissement, de l'eau potable, de transports acceptable ou de soins adéquats tout au long de la vie. Les profonds écarts en termes d'accessibilité et de qualité de vie ne sont pas abordés (et ne sont pas comblés) en fonction de la hausse du coût

---

des prestations privées, des changements du modèle familial et de l'augmentation du taux d'occupation des adultes (hommes et femmes) qui compliquent le fait de pouvoir concilier travail rémunéré et travail domestique non rémunéré. Les informations susmentionnées confirment les profondes inégalités et le manque de débouchés pour les personnes en bas de la pyramide de la répartition des revenus.

En 2011, lorsque le gouvernement de Dilma Rousseff a pris ses fonctions, il a été admis que les personnes les plus pauvres ne bénéficiaient pas des services publics absolument nécessaires même si elles bénéficiaient pourtant des programmes de transferts de revenus en espèces. Il a également été reconnu qu'un grand groupe de personnes vivant dans la pauvreté extrême dépassait les estimations des années 2000, et des mécanismes ont été créés pour orienter les politiques de lutte contre la pauvreté, en particulier à partir de la consolidation du grand programme national de transferts conditionnels *Bolsa Família*. En ce sens, le gouvernement fédéral a créé un Secrétariat extraordinaire visant la mise en œuvre de mécanismes plus efficaces pour venir en aide aux groupes en situation de pauvreté extrême en 2011. C'est à ce moment-là que le programme de lutte contre la pauvreté extrême appelé *Brasil Sem Miséria* a été mis en œuvre.

Dans ce contexte, le Secrétariat extraordinaire de lutte contre la pauvreté extrême (*Secretaria Extraordinária para Superação da Extrema Pobreza - SESEP*) du programme *Brasil Sem Miséria* a fixé un cadre de travail ambitieux pour synchroniser les besoins et les opportunités en parallèle de la mise en œuvre du programme de transfert de revenus, en visant un champ d'application plus étendu afin de mieux répondre aux besoins urgents des familles les plus nécessiteuses. Concrètement, l'initiative se traduit d'un côté par une tentative de répondre aux besoins de la population la plus vulnérable qui, en effet, ne bénéficie pas toujours de la couverture du réseau des services publics, et de l'autre, par un effort pour fournir non seulement des biens et des services, mais aussi des moyens de sauvetage grâce à des alternatives d'inclusion productive. Dans ce domaine, les initiatives consistant à promouvoir l'entrepreneuriat individuel grâce à la formation individuelle et l'accès aux ressources, en particulier au crédit, sont une option de sauvetage tout à fait envisageable et qui prévaut dans le cadre des initiatives de lutte contre la pauvreté.

### **3.3. Programme *Brasil Sem Miséria* et coordination interinstitutionnelle**

#### **3.3.1. Conception et défis du programme *Brasil Sem Miséria***

Au Brésil, la pauvreté extrême affecte sérieusement les personnes dont le revenu familial par habitant est égal ou inférieur à 70 réaux par mois (31,80 dollars). Ce montant a été établi comme seuil d'indigence<sup>6</sup> en fonction des points suivants: a) il s'agit du seuil de pauvreté extrême du programme *Bolsa Família*; b) il couvre le montant d'un panier alimentaire de base dans la plupart des régions du Brésil; c) il est supérieur à la moyenne en vigueur dans le cadre des objectifs du Millénaire pour le développement; et d) il a permis que chaque état de la Fédération complète volontairement le socle, augmentant ainsi le montant du seuil en fonction de leur capacité budgétaire et de leurs priorités.

La présidente du Brésil a présenté tout au long de l'année 2011 le programme *Brasil Sem Miséria* dans chacune des régions (Nord-Est, Nord, Centre-Ouest, Sud-Est et Sud) et a

<sup>6</sup> Ce montant est aussi celui en vigueur dans le cadre du programme *Bolsa Família*.

---

rassemblé tous les gouverneurs lors de cérémonies publiques, ce qui a également stimulé les pactes entre les Etats (Rio de Janeiro, São Paulo, Rondônia, Amapá, Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Mato Grosso, Goiás) et le District fédéral à l'effet de compléter le revenu des familles bénéficiaires du programme *Bolsa Família*.

Le programme *Brasil Sem Miséria* a été organisé autour de trois axes: **garantie de revenu, accès aux services et inclusion productive**. La garantie de revenu comprend:

- a) *Bolsa Família*, un programme de transfert en espèces qui sert de référence au Programme *Brasil Cariñoso*, et comprend trois composantes (garderies, médicaments et revenus). Ce dernier programme garantit un transfert en espèces supplémentaire à toutes les familles qui n'arrivent pas à un montant de 70 réaux (31,80 dollars) par habitant, même si elles reçoivent les prestations de *Bolsa Família*;
- b) La BPC, qui permet le transfert d'un salaire minimum aux personnes âgées et aux personnes handicapées issues de familles à revenu faible;
- c) *Bolsa Verde* (programme d'appui à la conservation de l'environnement), qui est un programme dont le nombre de bénéficiaires éventuels est inférieur, et qui présente des caractéristiques évidentes d'inclusion productive. Ce programme, coordonné par le ministère de l'Environnement (*Ministério do Meio Ambiente - MMA*), a été créé en septembre 2011 et permet de transférer 300 réaux (136,36 dollars) tous les trois mois aux familles en situation de pauvreté extrême vivant dans les zones prioritaires de conservation de l'environnement (où sont développées des activités d'utilisation durable des ressources naturelles dans les réserves, les forêts nationales, les réserves fédérales de développement durable). En 2011, le programme a été mis en œuvre dans les zones prioritaires de ce que l'on appelle l'Amazonie légale, soit 9 Etats brésiliens dans le bassin amazonien. En 2012, le programme a été ajusté et étendu à d'autres Etats brésiliens. Les ménages qui bénéficient de *Bolsa Verde* profitent également de *Bolsa Família*. Les prestations des trois programmes ont des montants distincts. *Bolsa Família* propose en moyenne 152,67 réaux par mois (69,40 dollars) et concerne 13,6 millions de familles. La prestation BPC correspond au salaire minimum; elle est proposée à 3,5 millions de personnes. Quant à *Bolsa Verde*, ses transferts équivalent à 100 réaux par mois (45,40 dollars) pour environ 38 000 familles (en mars 2013).

Il faut souligner que le programme *Brasil Sem Miséria* englobait de nouvelles familles dont le profil correspondait au programme *Bolsa Família* mais qui ne recevaient pas de transferts (800 000). C'est ce que le gouvernement entend par «recherche active»: une stratégie pour localiser les familles qui n'étaient pas inscrites dans le Registre unique, mais qui étaient pourtant en situation de pauvreté. La coordination fédérale est considérée comme étant fondamentale pour que les Etats et les municipalités parviennent à identifier les personnes invisibles pour l'action publique.

Ce programme a mis un terme à la limitation de 3 enfants maximum par famille. En 2011, 1,2 million de familles ont été inscrites pour recevoir des prestations, y compris des familles jusqu'à 5 enfants, concentrées dans les Etats de la région du Nord où les familles sont plus nombreuses. Enfin, le programme a veillé à ce que chaque bénéficiaire adulte de *Bolsa Família* obtenant un emploi rémunéré lui permettant de dépasser le seuil de pauvreté puisse renoncer à la prestation du programme tout en étant assuré d'être automatiquement réaffilié en cas de perte de son emploi. Selon le gouvernement, ce mécanisme vise à éviter l'effet dissuasif pour l'inclusion productive, à assurer la sécurité et à reconnaître que les

---

emplois sont souvent précaires et intermittents. Cette initiative est connue sous le nom de *Regreso Garantizado* (retour garanti).

En ce qui concerne l'accès aux services, les investissements fédéraux dans les infrastructures doivent augmenter afin de garantir l'eau potable, l'assainissement, l'électricité, et une variété de services publics essentiels qui affectent la santé et les conditions de vie de millions de Brésiliens.

L'axe de l'inclusion productive est divisé en deux secteurs: urbain et rural. Dans le secteur urbain, il convient de mentionner les mesures de formation professionnelle (420 000 diplômés grâce au Programme national d'accès à l'éducation technique et à l'emploi - PRONATEC, jusqu'en avril 2013), d'économie solidaire, de microcrédit et de microentreprise individuelle. En décembre 2012, il existait un registre de 760 000 opérations de microcrédit pour les bénéficiaires du programme *Bolsa Família*, et en février 2013, un registre de formalisation de 290 000 bénéficiaires de *Bolsa Família* en tant que microentrepreneur individuel (Falcão, 2013), avec l'appui du Service brésilien d'appui aux micro et petites entreprises (SEBRAE).

Dans les zones rurales, il convient de mentionner l'accès aux moyens de production (notamment l'eau pour la production), l'appui technique, les graines, les pousses et le suivi des familles, l'accès aux marchés (institutionnels et privés) et la production pour l'autoconsommation.

En partenariat avec le ministère de l'Education (MEC), le programme *Brasil Sem Miséria* coordonne les offres de formation ou de qualification professionnelle dans le cadre du PRONATEC. Il s'agit de cours de formation initiale et continue, visant l'insertion dans le marché du travail ou destinés à renforcer les capacités, d'une durée minimum de 160 heures. Les cours sont proposés dans les institutions reconnues d'enseignement technique et technologique, comme les unités du système national d'enseignement (le Service national de formation commerciale – SENAC; le Service national de formation industrielle – SENAI; et le Réseau fédéral de la formation professionnelle et technologique). L'offre est gratuite et les bénéficiaires reçoivent une aide pour la nourriture, le transport et le matériel pédagogique.

Selon la logique de la décentralisation, la mise en œuvre du programme se déroule en collaboration avec les conseils municipaux, à travers l'assistance sociale ou les secrétariats du travail et d'action sociale, qui sont responsables de la mobilisation des bénéficiaires, des préinscriptions et de l'accompagnement des élèves; et plusieurs municipalités, qui bénéficient de l'appui des gouvernements des Etats. L'objectif de *Brasil Sem Miséria* est de proposer des cours pour plus d'un million de personnes inscrites au Registre unique jusqu'en 2014.

Dans le domaine de l'accès aux services publics, il s'agit de localiser les parties du territoire dans lesquelles l'Etat est absent ou les zones dites de vides institutionnels/de prise en charge qui contribuent à l'augmentation de la pauvreté extrême.

A partir du diagnostic réalisé selon les informations du recensement de la population de 2010, l'objectif consiste à fournir de manière efficace des services publics adaptés aux réalités locales. Parmi ces services, on retrouve l'électricité (247 000 logements n'avaient pas l'électricité dans les zones rurales), l'accès à l'eau (potable et pour la production) et aux services de santé.

La nomenclature «accès aux services publics» comprend également d'autres programmes qui élargissent le droit au bien-être:

- 
- le programme *Salud de la Familia* (santé de la famille) qui est le point d'accès du Système unique de santé (SUS) et qui est mis en œuvre par des équipes multiprofessionnelles rattachées aux unités essentielles de santé, responsables de l'accompagnement d'un nombre défini de familles se trouvant dans une zone géographique délimitée;
  - *Red Cigüeña* (réseau cigogne) qui, grâce au SUS, garantit des soins de qualité à toutes les Brésiliennes enceintes, de la confirmation de la grossesse jusqu'aux 2 ans de l'enfant;
  - *Brasil Sonriente* (Brésil souriant) qui réalise la promotion, la prévention et le rétablissement de la santé buccale, y compris les prothèses, sous la responsabilité du ministère de la Santé (avec près de 22 000 équipes de santé buccale dans 4 858 municipalités, 1 000 unités dentaires mobiles et 1 351 laboratoires de prothèses dentaires);
  - *Ver Brasil* (voir le Brésil), une association entre les ministères de la Santé et de l'Éducation qui tente d'identifier et corriger les problèmes de vue des élèves;
  - *Brasil Alfabetizado*, proposé par le MEC, vise l'alphabétisation des jeunes, des adultes et des personnes âgées;
  - Lutte contre les maladies liées à la pauvreté, notamment la formation de personnel dans les zones les plus affectées avec le ministère de la Santé et la Fondation Oswaldo Cruz;
  - Accès à l'eau, qui implique le MDS, le réseau brésilien *Articulación del Semiárido* et surtout le ministère de l'Intégration nationale;
  - *Cocinas Comunitarias* (cuisines communautaires), un espace qui propose des repas équilibrés à des prix réduits, et offre un espace de rencontre et de formation ainsi que des restaurants populaires avec l'appui du MDS;
  - Les services proposés par les Centres de référence d'assistance sociale (CRAS) et des Centres de référence spécialisés d'assistance sociale (CREAS).

Les CRAS et CREAS sont des points d'entrée pour les groupes sociaux les plus défavorisés et vulnérables, et un moyen d'accéder aux montants minimums et à certains services, en plus de servir de référence ou d'acheminement pour d'autres domaines sectoriels (santé, éducation, droits de l'homme, etc.). La différence entre les deux est que les CRAS se chargent de la protection sociale essentielle (services, programmes, projets et prestations visant à éviter les situations de vulnérabilité et de risque social) et les CREAS, de la protection spéciale (reconstruction de liens familiaux et communautaires, protection des droits et des familles, et des individus en cas de violation des droits). Les CREAS offrent aussi des soins spécialisés et proposent un accueil aux citoyens victimes de violences sexuelles, de violence domestique, de violence contre les femmes et les personnes âgées.

En résumé, le découpage territorial de «vides institutionnels/de prise en charge» a été planifié de façon à répondre aux déficits. En outre, des cartes ont été développées pour indiquer les déficits et leur position géographique et surveiller leurs progrès une fois que les mesures sont concrétisées.

Comme mentionné précédemment, l'axe d'inclusion productive a été structuré sur deux fronts, l'un pour le milieu urbain et l'autre pour les zones rurales, en tenant compte de leurs réalités, qui sont extrêmement différentes.

---

Le point de départ de la promotion de l'inclusion productive urbaine est la création d'emplois, de revenus et le renforcement des connaissances et des compétences. Ainsi, des cours de qualification et de formation professionnelles sont proposés aux personnes entre 18 et 59 ans, en fonction de la vocation économique de chaque région, notamment le PRONATEC et le programme *Mujeres Mil*, tous les deux sous la responsabilité du MEC.

Les partenaires institutionnels impliqués dans la formation continue sont le SENAI, le SENAC et les Instituts fédéraux d'éducation (IFE). L'axe comprend également l'élargissement du Programme national de microcrédit *Crescer*, avec le SEBRAE (formalisation des microentreprises), et l'appui à la création des petites entreprises avec le Secrétariat national de l'économie solidaire (du ministère du Travail et de l'Emploi - MTE). L'économie solidaire n'est pas seulement destinée aux zones urbaines. Ses deux principaux objectifs pour la période 2011-2014 dans le cadre de *Brasil Sem Miséria* sont les suivants: 1) l'appui à la commercialisation de produits et de services, la formation professionnelle, l'appui technique aux entreprises solidaires pour bénéficier à 200 000 personnes vivant dans la pauvreté extrême; 2) l'appui à l'organisation et au développement des coopératives et des réseaux de coopération bénéficiant à 60 000 *cartoneros* (collecteurs de carton) grâce à la formation, l'assistance technique et aux infrastructures d'appui. Il convient de souligner que les 58,7 pour cent et 66,6 pour cent du premier et du deuxième objectifs ont été atteints.

Le programme *Mujeres Mil*, déjà mentionné, est destiné aux zones urbaines et rurales. Démarré en 2007 comme un projet de coopération entre le MEC du Brésil et le Canada, il était exclusivement réservé aux femmes pauvres dans les régions du Nord et du Nord-Est, où se concentre la pauvreté au Brésil. En 2011, dans le cadre de *Brasil Sem Miséria*, le MEC a sélectionné 100 instituts fédéraux de formation avec 30 000 postes vacants. La durée des cours variait de six mois à un an et toutes les étudiantes étaient inscrites dans le Registre unique. Les cours visaient une augmentation de la scolarisation associée à la formation professionnelle (avec un module de citoyenneté) qui prenne en compte les opportunités sur le marché du travail. L'Etat du Ceará, par exemple, a signé un accord de coopération avec les associations hôtelières, et les hôtels servent également de local pour la formation.

Promouvoir l'inclusion productive rurale accorde la priorité à l'accroissement de la production des agriculteurs les plus pauvres grâce à l'orientation et l'accompagnement technique, les transferts en espèces non remboursables (2 400 réaux, soit 1 090 dollars en trois versements) qui permettent à l'agriculteur d'acheter certains équipements ou d'améliorer les plantations, les semences et les pousses (fournies par la Société brésilienne de recherche agricole - EMBRAPA), l'eau (*Água para Todos*), l'électricité (*Luz para Todos*), afin d'assurer la sécurité alimentaire et stimuler la production pour la commercialisation grâce à l'accès au marché institutionnel gouvernemental (Programme d'achat public de produits alimentaires du ministère de l'Agriculture et Programme national de l'alimentation en milieu scolaire) et au marché privé par le biais des accords de coopération avec l'Association brésilienne des supermarchés (ABRAS), par exemple.

En 2012, la viabilité de l'inclusion productive a été renforcée, allégeant ainsi le fardeau financier des municipalités qui assumaient des responsabilités supplémentaires pour la mobilisation des bénéficiaires et pour l'inclusion dans le Système national d'information de l'enseignement professionnel et technologique (SISTEC) du MEC. Ceci a été rendu possible grâce à l'engagement de l'Assistance sociale qui, grâce à la résolution n° 18/2012 du Conseil national de l'assistance sociale (CNAS), a créé le Programme national de promotion du monde du travail (ACESSUAS-TRABALHO) et a une population cible plus importante que celle couverte par *Brasil Sem Miséria*. Il s'agit de populations urbaines et rurales en situation de vulnérabilité ou de risque social, âgées de 16 à 59 ans, avec une priorité donnée aux utilisateurs de services, projets et programmes de

transfert en espèces et de prestations sociales et d'assistance, en particulier aux personnes suivantes:

- a) les personnes inscrites au Registre unique, les bénéficiaires de *Bolsa Família*, de la BPC et les personnes en situation de pauvreté extrême;
- b) les jeunes diplômés du programme PROJOVEN et du Service de socialisation et de renforcement des liens (SCFV);
- c) les adolescents et les jeunes ayant bénéficié de mesures socioéducatives (mesures appliquées à ceux qui ont commis des infractions, allant de l'avertissement, l'obligation de réparer le dommage, les services à la communauté, la liberté surveillée, la privation partielle de liberté);
- d) les familles dans lesquelles les enfants travaillent et la population qui vit dans la rue;
- e) les familles accueillant des enfants de façon temporaire;
- f) les adolescents et les jeunes qui ont bénéficié des services d'accueil;
- g) les individus et les familles qui vivent en territoires à risques en raison du trafic de drogue;
- h) les personnes qui ont été incarcérées;
- i) les personnes victimes du travail forcé;
- j) les femmes victimes de violences;
- k) d'autres personnes, selon des particularités territoriales.

Les municipalités éligibles doivent être habilitées à gérer le Système unique d'assurance sociale (SUAS), et le CRAS doit être mis en œuvre et fonctionner; avec une adhésion minimum de 200 places dans les cours PRONATEC/BSM (*Brasil Sem Miséria*).

Les paramètres de financement en 2013 (tableau 3.3), conformément à la résolution de la Commission de gestionnaires tripartite (résolution de la CIT n° 05/2013) sont de deux types: 1) essentiels: cible multipliée du fait de la mobilisation; 2) complémentaires: acheminement pour le cours et nombre de personnes effectivement inscrites multiplié par le montant de référence. Le tableau suivant présente les deux composantes.

**Tableau 3.3. Paramètres de financement: composantes essentielles et complémentaires (2013)**

<b>Composante essentielle</b>	
Nombre de personnes mobilisées	Montants de référence
Jusqu'à 600	90 réaux (40,90 dollars)
De 601 à 1 000	45 réaux (20,45 dollars)
Plus de 1 001	23 réaux (10,45 dollars)
<b>Composante complémentaire</b>	
Nombre de personnes mobilisées	Montants de référence
Jusqu'à 1 000	80 réaux (36,36 dollars)
De 1 001 à 2 000	40 réaux (18,18 dollars)
Plus de 2 000	23 réaux (10,45 dollars)

Source: SNAS/MDS (2013).



---

En 2012, le Secrétariat national d'assistance sociale (SNAS), par le biais d'ACESSUAS-Trabalho, a obtenu 187 494 postes dans 292 municipalités et transféré 63,9 millions de réaux du Fonds national de l'assistance sociale (FNAS) aux Fonds municipaux d'assistance sociale. Le nombre cible des postes vacants en 2013 est 1 527 388 dans 830 municipalités éligibles. Il convient de noter qu'il existe une incitation financière pour l'intégration des personnes handicapées dont le calcul correspond au nombre de personnes inscrites dans les cours du PRONATEC/BSM multiplié par 70 réaux. L'initiative est connue sous le nom de *BPC Trabalho* (Colin, 2013).

Le programme *Brasil Cariñoso*, créé en mai et élargi en septembre 2012, est un mélange d'accès à des services et de transferts, comme nous pouvons l'observer en étudiant ses trois dimensions:

- Avec le ministère de la Santé: l'extension des soins essentiels grâce à un contrôle de l'anémie, des carences en vitamine A et en fer et l'inclusion de médicaments gratuits pour l'asthme. Le Secrétariat national de soins de santé a rapporté lors du premier séminaire national sur l'inclusion productive (mai 2013) que depuis juin 2012, 474 000 personnes ont bénéficié de médicaments gratuits (Pinto, 2013). Les bénéficiaires du programme *Bolsa Família* et les autres citoyens sont soignés dans le cadre du SUS (public et universel). Il serait erroné de considérer que certains devraient avoir la priorité. Cependant, le gouvernement devrait intensifier les soins essentiels dans les régions du Nord et du Nord-Est qui présentent la plus forte concentration de la pauvreté.
- Avec le MEC: augmentation de places dans les crèches et les écoles maternelles pour les enfants de familles du programme *Bolsa Família*. Pour ce faire, le MDS transfère des ressources supplémentaires au MEC, qui est responsable de la prestation des services de garderie et des écoles maternelles. Le MEC ne peut pas et ne doit pas diriger l'offre publique aux enfants du programme *Bolsa Família*, mais il le fait avec les ressources du MDS. La Présidente Dilma Rousseff a déclaré pendant la campagne électorale que 6 427 crèches et jardins d'enfants seraient inaugurés au cours de son mandat. Toutefois, selon le MEC, seuls 412 avaient été construits à la mi-2012. Par ailleurs, le nombre de crèches et jardins d'enfants prévus dans le cadre du Programme d'accélération de la croissance (PAC 2) serait insuffisant pour répondre aux besoins de la population.
- Grâce au programme *Bolsa Família*, le MDS garantit un socle supérieur à 70 réaux (31,80 dollars). Cette mesure a remporté un tel succès avec la petite enfance (jusqu'à 6 ans) que dans la même année (novembre 2012), elle a été étendue à l'ensemble des familles vivant dans la pauvreté extrême avec des enfants jusqu'à 15 ans qui, malgré le transfert en espèces, ne réussissaient pas à atteindre 70 réaux par mois. Grâce à cette mesure, plus de 7,3 millions de personnes ont réussi à surmonter la pauvreté du point de vue du revenu, parmi lesquelles 2,9 millions avaient entre 7 et 15 ans. En 2012, des ressources supplémentaires de cette mesure ont totalisé 1,74 million de réaux; ainsi, les dépenses de programme *Bolsa Família* ont dépassé 0,5 pour cent du PIB.

Il convient de noter que lutter contre la pauvreté extrême en termes monétaires ne signifie pas que les conditions soient garanties pour que les familles puissent effectivement sortir de cette situation, compte tenu de l'accès aux services publics. Quelques exemples illustrent cet argument: les réservoirs et les systèmes simplifiés sont essentiels pour garantir de l'eau pour la consommation et pour la production des familles touchées par la sécheresse et des conditions naturelles défavorables dans la région semi-aride du nord-est. L'accès au réseau général d'assainissement est essentiel pour le bien-être et la prévention des maladies. Pour y parvenir, il est essentiel que le SUS soit présent dans toutes les

---

municipalités et soit en mesure de résoudre les problèmes. L'un des éléments les plus alarmants du diagnostic sur lequel se fonde la conception de *Brasil Sem Miséria* est le fait que parmi la population en situation de pauvreté extrême lors de la mise en œuvre du programme (juin 2011), près de 42 pour cent avait moins de 15 ans. Selon le découpage démographique, 45,2 pour cent des municipalités brésiliennes entrent dans la catégorie de 10 000 habitants maximum. 43,9 pour cent entrent dans la catégorie des municipalités entre 10 000 et 50 000 habitants. Ainsi, près de neuf municipalités sur dix ont une population de 50 000 habitants (89,1 pour cent). L'analyse fondée sur les caractéristiques des municipalités est essentielle à la conception et la formulation des politiques publiques, mais ne peut pas être unidimensionnelle. En termes de population, ces deux catégories de municipalités concernent seulement un Brésilien sur trois (33,6 pour cent). Du point de vue administratif, malgré un pourcentage considérable dans le Fonds de participation des municipalités (FPM), il s'agit de municipalités dont la capacité de formulation des politiques publiques est faible.

La répartition de la population en situation de pauvreté extrême selon la taille de la municipalité révèle d'énormes inégalités régionales. Dans le Nord et le Nord-Est, respectivement 55,7 pour cent et 68,4 pour cent de la population en situation de pauvreté extrême se trouvent dans des municipalités de 50 000 habitants. Dans le Sud-Est, la population en situation de pauvreté extrême est concentrée dans les communes de plus de 100 000 habitants, et 31,1 pour cent dans les communes de plus de 500 000 habitants. Il existe donc des preuves solides sur le fait que la pauvreté extrême se concentre dans les zones urbaines de la région du Sud-Est.

### **3.3.2. Gestion du programme *Brasil Sem Miséria***

Comme mentionné précédemment, une instance de gestion ou un forum de la sécurité sociale regroupant la santé, l'assurance sociale et l'assistance sociale n'ont jamais été créés. Les politiques publiques des différents secteurs (santé, éducation, travail, développement agricole, etc.) n'ont montré aucun signe de transversalité et en 2004, la création du MDS n'a pas réussi à dépasser une intersectorialité restreinte, avec l'éducation et la santé dans le cadre de *Bolsa Família* et le droit humain à l'alimentation à travers deux programmes du Secrétariat national de sécurité alimentaire et nutritionnelle (SESAN). En outre, au cours de la même année, l'assistance sociale a fait ses premiers pas avec l'institution de la Politique nationale d'assistance sociale (PNAS) en vue de réaliser des directives de la Loi organique sur l'assistance sociale (LOAS, n° 8.742/1993) et commencer à transformer l'assistance sociale en un pilier du système de protection sociale dans le domaine de la sécurité sociale.

A partir de juillet 2005, le SUAS a commencé à fonctionner, avec ses normes opérationnelles, sur décision du CNAS. Ce n'est qu'en juin 2011, date de création de *Brasil Sem Miséria*, qu'a été promulguée la loi n° 12.435 à l'origine du SUAS.

Dans son discours à l'occasion de l'adoption de la loi, la Présidente Dilma Rousseff a déclaré que le «système serait essentiel au succès du programme *Brasil Sem Miséria*, que sa structure serait le fondement de la recherche active des familles pour l'inclusion dans le Registre unique des programmes sociaux et pour l'acheminement des mesures du

---

programme». Le SUAS, a déclaré la Présidente, «sera un outil extraordinaire pour atteindre les objectifs d'éradication de la pauvreté extrême»<sup>7</sup>.

Il est nécessaire de souligner l'importance d'un noyau gestionnaire pour *Brasil Sem Miséria*, car pour la première fois les institutions sont propices au dialogue. Certains résultats sont déjà visibles, en particulier en ce qui concerne le domaine de la santé, grâce à la décision de consulter les cartes de la pauvreté et de définir où construire les unités essentielles de santé (pour cibler les régions vides en termes d'assistance et où se concentre la pauvreté) ou même l'altération (Décret du ministère de la Santé, juillet 2011) des montants du socle pour les soins de base (*Piso de Atención Básica* - PAB). Ce montant transféré aux municipalités pour les mesures d'assistance essentielle et prend désormais en compte le pourcentage de la population dans la pauvreté extrême, le pourcentage de la population avec des plans privés de santé, le PIB par habitant et la densité démographique. Jusque-là, la partie fixe du PAB était la même (18 réaux ou 8,18 dollars) pour toutes les municipalités. Aujourd'hui, les montants sont les suivants: 23 réaux (10,45 dollars), 21 réaux (9,54 dollars), 19 réaux (8,64 dollars) et 18 réaux (8,18 dollars).

Les problèmes d'accès aux services publics, en termes de couverture et de qualité, en particulier ceux qui sont universels selon la Constitution fédérale, sont plus évidents avec le programme *Brasil Sem Miséria*. Le défi consiste à éviter de se concentrer sur ce qui doit être universel. Autrement, il y aurait un double risque: l'incorporation des classes moyennes aux politiques universelles ne se ferait pas et d'autres personnes presque aussi pauvres que le public cible de *Brasil Sem Miséria* seraient exclues (Karam, 2012).

### **3.3.3. Structure de gestion du programme *Brasil sem Miséria***

Pour le programme *Brasil Sem Miséria* (créé par le décret n° 7.492/2011), une structure de gestion a été organisée avec un Comité national qui regroupe les ministres du ministère de la Planification, du Budget et de la Gestion (MPOG), du ministère des Finances (MF), du MDS, du Cabinet civil de la Présidence (CC), et Dilma Rousseff participe aux réunions. Le secrétariat exécutif du Comité national est rattaché au Secrétariat extraordinaire de lutte contre la pauvreté extrême (SESEP). Ensuite, un Groupe exécutif est composé des vice-ministres et forme le Comité central. Enfin, le Groupe interministériel d'accompagnement, qui a également un pouvoir décisionnaire, est formé par le Cabinet, le MF, le MPOG, le MDS, le ministère du Développement agricole (MDA), le MEC, le ministère de la Santé (MS), le ministère des Villes (Mcid), le MTE, le ministère de l'Intégration nationale (MI) et le Secrétariat général de la Présidence (SG).

Les trois instances ont un pouvoir décisionnaire, mais c'est le Comité national qui confirme les décisions. Le MDS coordonne les trois instances.

Le Groupe interministériel d'accompagnement fournit des informations au Secrétariat exécutif et au Comité national. Ces informations concernent les politiques, les programmes, les mesures et leurs budgets respectifs, ainsi que les résultats de leur mise en œuvre, en identifiant les ressources qui peuvent être assignées grâce au programme.

<sup>7</sup> Allocution de la Présidente Dilma Rousseff à l'occasion de la cérémonie de l'entrée en vigueur de la loi qui crée le SUAS. Brasília, 6 juillet 2011. Discours disponible sur: [www2.planalto.gov.br/imprensa/discursos](http://www2.planalto.gov.br/imprensa/discursos).

Les instances de gestion du programme *Brasil Sem Miséria* sont le SESEP et les Comités ministériels. Un aperçu de la structure de gestion est disponible ci-dessous (figure 3.8).

Figure 3.8. Structure de gestion de *Brasil sem Miséria*



Source: élaboré par l'auteur.

En ce qui concerne le SESEP, ses tâches sont les suivantes: a) assurer la coordination, le suivi et la révision des programmes et des mesures de lutte contre la pauvreté extrême, en collaboration avec les autres organismes fédéraux; b) gérer la coordination avec les autres niveaux du gouvernement (Etats et municipalités) et la société civile en vue de mettre en œuvre les mesures de lutte contre la pauvreté extrême; c) fournir des informations au Secrétariat d'évaluation et de gestion de l'information (SAGI) pour l'élaboration d'indicateurs de performance des programmes et projets et pour réaliser le suivi et l'évaluation, d) encourager les études pour la formulation de politiques de lutte contre la pauvreté extrême; e) encourager, planifier et accompagner les projets d'inclusion productive en collaboration avec les autres unités et secrétariats; et f) encourager la coordination, la coopération et le rôle du public qui bénéficie des programmes du MDS et ses organisations dans le cadre des projets d'inclusion productive.

Le SESEP est composée de trois structures de direction (deux bureaux de gestion et d'accompagnement et un bureau d'inclusion productive), d'un cabinet spécial chargé des relations institutionnelles et d'un cabinet chargé de relations fédérales.

Le Bureau de l'inclusion productive urbaine est tenu d'élaborer un rapport de synthèse par municipalité, à partir des informations du Registre unique (nombre de bénéficiaires, scolarité, âge, etc.) et de l'acheminer vers les institutions offrant des cours (SENAI, SENAC, Réseau fédéral de la formation professionnelle et technologique) afin qu'elles réalisent une enquête préliminaire de l'offre, adaptée au profil du public. Il incombe également à ce bureau de maintenir le dialogue avec les Etats et les municipalités, en tenant compte de la capacité d'approvisionnement et de l'accompagnement des réunions entre les municipalités, les Etats et les fournisseurs.

Les mesures du programme *Brasil Sem Miséria* sont accompagnées par les bureaux de gestion et d'accompagnement dans les centres de situation permanents, qui visent à estimer le taux de couverture réellement atteint par rapport à l'objectif fixé. Les centres temporaires traitent de la conception et de la mise en œuvre et sont utilisés par les ministères impliqués dans la mise en œuvre des mesures.

---

Le cabinet chargé des relations fédérales traite surtout des relations avec les Etats et les municipalités et organise des réunions avec les secrétariats du MDS et avec d'autres ministères.

Récemment (2011), le SESEP a signé des pactes relatifs aux compléments de revenus pour le programme *Bolsa Família* avec de nombreux Etats (huit) ainsi qu'avec le District fédéral. Pour cela, la participation du Secrétariat national de revenu et de citoyenneté (SENARC) a été fondamentale.

La participation sociale est encore très timide, malgré trois séries de pourparlers organisés<sup>8</sup> avec les partenaires sociaux pour discuter du fonctionnement du programme *Brasil Sem Miséria*.

Une proposition de participation sociale était incluse dans le programme, mais elle n'a pas abouti avant la création d'un forum inter-Conseils (soit une réunion des conseils responsables des différentes politiques), afin de promouvoir la coordination avec le programme et l'intégration.

Du point de vue de la gestion, l'une des plus grandes faiblesses de *Brasil Sem Miséria* semble résider dans le rôle trop important accordé au MDS, car il n'organise pas des réunions sur le programme avec les autres ministères concernés.

### **3.3.4. Coordination des politiques sociales de lutte contre la pauvreté et la sécurité sociale**

Comme nous l'avons vu dans les paragraphes précédents, l'introduction de la notion de sécurité sociale dans la Constitution de 1988 n'a pas permis de mettre en place un organe de gestion. En outre, il existe trois systèmes: le SUS, le SUAS et les assurances sociales pour ceux qui cotisent en fonction de leur revenu et de leur statut (micro-entreprise individuelle, assuré facultatif ou volontaire, salariés, employeurs). Les trois systèmes ne communiquent pas de manière coordonnée. En conséquence, il existe un groupe implanté dans la sécurité sociale contributive (les cotisants, un très grand groupe) et un groupe qui bénéficie des programmes et des politiques d'assistance, y compris les personnes pauvres (en termes de revenus) qui bénéficient des programmes *Bolsa Família* et BPC. Nous pouvons dire qu'en termes d'accès à la protection sociale, ces deux groupes suivent des trajectoires totalement dissociées et différentes.

En ce qui concerne l'assistance sociale, il faut rappeler qu'en tant que politique publique, elle est encore un phénomène récent. Il est important de tenir compte de son histoire, car il est généralement d'usage de comparer le fonctionnement du SUAS avec celui du SUS. Ce dernier, plus ancien (1987), commence avec l'intégration des Mesures intégrées de santé (AIS) et guide la mise en œuvre du Système unifié et décentralisé de santé (SUDS), qui adopte des lignes directrices de l'universalisation, l'équité en termes d'accès aux services, l'intégralité des soins, la décentralisation des mesures, le développement des institutions collégiales de gestion et le développement d'une politique de ressources humaines. Le SUS est le résultat d'un long processus inscrit dans la Constitution de 1988 et dans la Loi organique sur la santé (loi n° 8.080) de 1990.

<sup>8</sup> Pour plus d'information, voir: *Devolutiva - Diálogos Governo-Sociedade Civil: Plano Brasil Sem Miséria*. MDS, Secrétariat extraordinaire de lutte contre la pauvreté extrême (Brasilia, 2012).

---

La situation de l'assistance sociale est très distincte. C'est seulement à partir de la Constitution de 1988 qu'elle commence à être entendue comme une politique publique non contributive, comme un devoir de l'Etat et un droit des citoyens qui en ont besoin. La constitution établit les lignes directrices de la gestion et la Loi organique sur l'assistance sociale (LOAS, n° 8.742/1993) les objectifs, les principes et les lignes directrices des mesures. L'année 2004 a marqué un tournant dans l'histoire de l'assistance sociale comme le montre l'approbation de la PNAS par le CNAS. La conception politique du SUAS est exprimée dans la loi n° 12.435/2011 qui encourage des changements de fond dans la législation de 1993 et définit son organisation par niveaux de complexité.

Depuis 2011, l'assistance sociale bénéficie de grandes opportunités et doit faire face à des défis de taille, car la coordination principale de *Brasil Sem Miséria* dépend du MDS qui applique la PNAS et dirige la construction et la mise en œuvre du SUAS. Cependant, il n'est pas possible d'accéder aux familles en situation de pauvreté sur le territoire national sans passer par la protection sociale essentielle et spéciale, et ce pour diverses raisons. Tout d'abord parce que dans la plupart des communes, la responsabilité du Registre unique incombe à l'assistance sociale. La stratégie de «recherche active» et la mise en œuvre de nouvelles procédures pour l'inclusion des groupes de population spécifiques (*cartoneros*, personnes vivant dans la rue, etc.) nécessitent des connaissances et des compétences des travailleurs et de l'assistance sociale. Ensuite, parce que l'assistance sociale est en mesure d'intégrer les personnes pauvres dans les politiques sociales. En effet, plus de 7 000 CRAS (7 407) et plus de 2 000 CREAS (2 216) sont répartis sur le territoire national. Ils constituent des points d'entrée essentiels pour accéder aux droits sociaux servent de référence et de contre-référence non seulement dans les domaines de l'assistance sociale, mais aussi pour d'autres politiques (santé, éducation, développement agricole, sécurité alimentaire, etc.). Ainsi, ils placent l'assistance sociale en position stratégique pour faire converger le réseau de soins et de services (Fonseca, 2011). Finalement, comme l'a souligné Sposati (2009), il est indéniable que l'assistance sociale comme politique publique s'est progressivement renforcée au cours des dernières années. Elle garantit les droits sociaux et articule, à cette fin, la distribution de prestations (en espèces ou en nature) avec accès aux services de l'assistance sociale de protection essentielle et spéciale.

En dépit des progrès réalisés, il reste encore du travail dans le renforcement de la coordination du SUAS avec la sécurité sociale et le programme *Brasil Sem Miséria*.

### 3.4. Conclusion

Le cas du Brésil, étudié dans ce chapitre, a révélé que les dépenses liées aux transferts en espèces d'assistance sociale (programme *Bolsa Família* et BPC) équivalaient à 1,2 pour cent du PIB en 2012, un pourcentage qui augmente chaque année (voir tableau 3.2). Si les deux tiers des régimes de retraite publics sont des prestations d'un montant minimum équivalent au salaire minimum, on peut supposer qu'ils représentent une dépense d'environ 4 pour cent du PIB sur la même période. Bien que la santé publique et universelle souffre d'un manque de financement en raison de l'utilisation abusive des ressources du budget de la sécurité sociale, elle représente environ 4 pour cent du PIB. Ainsi, les prestations en espèces et la santé publique correspondent à près de 10 pour cent du PIB au Brésil. En additionnant les dépenses et le congé maternité ainsi que les autres prestations en espèces garanties aux travailleurs qui cotisent régulièrement au régime de sécurité sociale, le pourcentage atteint 13 pour cent.

La forte institutionnalité de la sécurité sociale avec ses normes, ses programmes, ses budgets spécifiques favorise le développement d'une large couverture en termes de revenu monétaire pour les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les adultes en situation de risque en l'absence de revenu. Comme le montrent les données de cette étude,

---

au moins 16 millions de personnes âgées perçoivent une retraite de base (qu'elles aient cotisé ou non) et 50 millions de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté reçoivent un revenu monétaire de subsistance individuel variant de 14 dollars à 308 dollars par mois. Actuellement, le nombre de personnes âgées qui ne bénéficient pas de prestations de retraite est très faible au Brésil (environ 15 pour cent de la population de plus de 65 ans). En outre, le nombre de personnes pauvres et indigentes qui ne bénéficient pas du réseau de l'assistance atteint plusieurs millions, entre 2 et 6, soit moins de 3 pour cent de la population.

Dans le même temps, les groupes les plus vulnérables bénéficient d'une certaine couverture au Brésil, si l'on tient compte de la garantie de revenu minimum. Toutefois, ce montant n'est pas suffisant, car les seuils d'indigence et de pauvreté sont très faibles: 70 réaux (31,80 dollars) et 140 réaux (63,63 dollars) respectivement. Selon les données de l'enquête PNAD, l'incidence de la pauvreté, mesurée uniquement selon l'écart de revenu, a enregistré une chute de 35,8 pour cent à 11 pour cent entre 2001 et 2011. Dans le cas de l'indigence, le pourcentage est passé de 15,9 à 4,4 (Lavinias, 2013).

Il en résulte que 15,4 pour cent de la population brésilienne continue d'être confrontée à la misère et rencontre de sérieux obstacles. Elle bénéficie tout de même de prestations grâce aux programmes de transferts conditionnels en espèces, mais elle nécessite des prestations plus élevées pour lutter contre le degré avancé de pauvreté et elle doit également pouvoir accéder aux services publics. En outre, une meilleure coordination des politiques et des programmes existants semble cruciale pour relever ce défi. Si le Brésil voulait éliminer la pauvreté extrême, il serait en mesure de le faire à condition de disposer des ressources financières et budgétaires nécessaires.

Mais pour parvenir à une protection sociale universelle, conformément à la Constitution fédérale de 1988, et vaincre ainsi la pauvreté dans ses diverses manifestations, le pays doit imposer une dynamique d'inclusion sociale efficace, constante et croissante.

### 3.5. Bibliographie

Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ANFIP) et Fondation ANFIP (2012): *Análise da Seguridade Social 2011*. (Brasília).

—. (2013): *Análise da Seguridade Social 2012* (Brasília).

Bahia, L.; Scheffer M. (2013): «Subsídios para planos privados de saúde: onde tem fogo tem fumaça», en *Plataforma Política Social*. (Campinas, Instituto de Economia, Unicamp). Disponible à l'adresse suivante: <http://www.politicassocia.net.br/index.php/105-caderno/caderno-saude/203-cad-saude-ligiamario.html>.

Bureau international du Travail (BIT) (1950): *The Quest for Universality*. (Genève).

Brésil. Loi n° 8.742 (LOAS) du 7 décembre 1993. Disponible à l'adresse suivante: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm).

Briggs A. (1961): «The Welfare State in Historical Perspectives», in *European Journal of Sociology*. (Cambridge. Cambridge University Press, vol. 2, n° 2, pp. 221-258).

Colin, D. (2013): *Programa Nacional de Promoção do Acesso ao Mundo do Trabalho ACESSUAS - TRABALHO*. Texte présenté lors du séminaire «Primer Seminário Nacional Brasil sem Miséria. Inclusão Produtiva Urbana. Experiências, Resultados e Desafios». (Campinas, Unicamp).

- 
- Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) Plusieurs années. *Social Panorama of Latin America*, (Santiago).
- Diniz Alves, J.E.D.; Cavenaghi, S. (2013): *O programa Bolsa Família e as taxas de fecundidade no Brasil*, dans T. Campello et M. Côrtes Neri (dir. de publication), *Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania*. Ipea (Brasília).
- Fagnani E. (2011): *Seguridade Social: a experiência brasileira e o debate internacional. Coleção Análises e Propostas*. (São Paulo, Fondation Friedrich Ebert).
- Fonseca, A. (2011): «O SUAS e a Erradicação da Extrema Pobreza no Brasil», in *Caderno de Texto. VII Conferencia Nacional da Assistência Social*. (Brasilia, ministère du Développement social et de Lutte contre la faim, pp. 85-100).
- Gentil, D. L. (2012): «Reforma tributária, desoneração da folha e o arranjo fiscal atual», in *Plataforma Política Social*. (Campinas, Institut d'Economie, Unicamp.) Disponible à l'adresse suivante: <http://www.politicassocial.net.br/index.php/caderno/cadernos-tematicos-3/158-caderno-tematico-3-denise.html>.
- Institut brésilien de Géographie et de Statistiques (IBGE). Enquête nationale auprès des ménages (PNAD), années 2001-2011.
- Karam, R. (2012): *Desafios do Plano Brasil sem Miséria*. (Brasilia, SESEP/MDS).
- Lavinas L. (2006): «From means-test schemes to basic income in Brazil: exceptionality and paradox». *International Social Security Review* (AISS). (Genève, Blackwell Publishing, vol. 59, n° 3, pp. 103-125).
- .; Cavalcanti, A. (2007): «O Legado da Constituição de 1988: é possível incluir sem universalizar?». *Previdência Social: como incluir os excluídos*. (São Paulo, LTR Editora Ltda, vol. 4, pp. 468-491).
- (2013): *Latin America: anti-poverty schemes instead of social protection*. (Berlin) Disponible à l'adresse suivante: [desiguALdades.net](http://desiguALdades.net).
- Mesa-Lago, C. et al. (2004): «La reforma de pensiones en América Latina. Modelos, características, mitos, desempeño y lecciones», dans *¿Públicos o Privados? Los sistemas de pensiones en América Latina después de dos décadas de reformas*. (Caracas, Nueva Sociedad).
- Ministère du développement social (MDS). Plusieurs années. Disponible à l'adresse suivante: <http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/FerramentasSAGI/index.php?group=1> [22 janvier 2014].
- Ministère de Prévoyance sociale (MPS). Plusieurs années. *Anuários Estatísticos da Previdência*. (Brasilia).
- Pinto, H. (2013): *Saúde no Plano Brasil sem Miséria*. Communication pour le séminaire «Primer Seminário Nacional Brasil sem Miséria. Inclusão Produtiva Urbana. Experiências, Resultados e Desafios». (Campinas, Unicamp).
- Secrétariat national de revenu et de citoyenneté (SENARC) (2012): Disponible à l'adresse suivante: [www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios](http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/beneficios) [22 janvier 2014].



- 
- Sposati, A. (2009): *Horizontes da e para a Política de Assistência Social no Brasil de 2009: elementos para discussão*. Texte présenté lors du séminaire «Política de Assistência Social: Novos Desafios» (Rio de Janeiro, 30 juin).
- Townsend P. (2009): *Building Decent Societies, Rethinking the Role of Social Security in Development*. (Londres. Palgrave Macmillan et OIT).
- Viana, A. L. (2009): «Financiamento da Saúde: impasses ainda não resolvidos». *Revista Trabalho, Educação e Saúde*. (Rio de Janeiro, Fiocruz, vol. 6, n° 3, pp. 599-612).
- Werneck Vianna, M.L.T. (2005): «Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos», dans Viana, Ana Luisa D'Ávila; Elias, Paulo E.M., et Ibanes, Nelson (dir. de publication): *Proteção Social: dilemas e desafios*. (São Paulo, Hucitec, Saúde em Debate, 159).

---

## 4. Pratique des mécanismes de coordination interinstitutionnelle des socles de protection sociale: le cas du Chili

María Pía Martin

### 4.1. Introduction

Au cours des dernières années, le Chili s'est efforcé d'étendre la couverture de la protection sociale contributive et non contributive en mettant en œuvre des réformes dans le domaine de la santé, des pensions et de l'assistance sociale. Cette démarche a pour but de faire face aux problèmes de pauvreté et d'inégalités tout au long de la vie, en favorisant des mesures garantissant le droit de la population à bénéficier d'une protection sociale. Cette approche rejoint la mise en œuvre d'un socle de protection sociale (SPS), avec une stratégie bidimensionnelle comprenant un ensemble de garanties sociales élémentaires pour tous (dimension horizontale) et la mise en place progressive de niveaux de protection plus élevés (dimension verticale), conformément aux normes de la recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, de l'OIT.

La mise en œuvre du SPS est un processus à moyen et long terme nécessitant des accords politiques, sociaux et financiers sur sa conception et sa mise en œuvre, mais également sa pérennité. Dans le cas du Chili, les lois accompagnant chaque réforme ont joué un rôle fondamental dans l'extension du système et dans la continuité des réformes entreprises. Ainsi, au fil du temps, les couvertures des composantes de base du socle, telles que l'accès aux soins de santé et la sécurité du revenu durant l'enfance, l'âge adulte et la vieillesse ont été étendues, couvrant les besoins élémentaires de la population tout au long de la vie.

Pour atteindre cet objectif, il est important de mettre en place des politiques et des programmes qui prennent spécifiquement en compte la situation des personnes vulnérables et exclues. Dans ce cadre, il est particulièrement important de développer des politiques non contributives. Le présent document met un accent particulier sur l'analyse du système de protection sociale *Chile Solidario* (CHS – Chili solidaire), centré sur la composante non contributive du SPS, développant ainsi les liens entre les composantes contributive et non contributive, notamment en matière de santé. Le CHS a été conçu comme un système complet fondé sur un modèle de gestion et de coordination interinstitutionnelles et, depuis ses débuts, il représente la première étape vers un système de protection garantissant le droit à la protection sociale.

Ce document analyse particulièrement les innovations apportées à CHS concernant ses liens avec les bénéficiaires, tels que les mécanismes intersectoriels et de coordination interinstitutionnelle, par le biais d'un système intégré d'information. Ces innovations sont essentielles pour fournir une protection sociale effective. En effet, la complexité de la pauvreté et de l'inégalité demande des réponses complètes et un changement d'approche, qui ne passe plus par les logiques bureaucratiques, mais place au centre l'exercice du droit des citoyens à la protection sociale.

Afin d'analyser le cas du Chili, des sources documentaires de la littérature académique et gouvernementale ont été consultées, et des entretiens ont été menés avec

---

des personnes clés des différents programmes et services sociaux des ministères et agences gouvernementales<sup>9</sup>. Ainsi, ce document analyse le respect des garanties du SPS et attache une attention particulière aux mécanismes de coordination entre les composantes contributive et non contributive pour la garantie d'accès aux soins de santé du socle. Les politiques en faveur des personnes les plus pauvres et les plus vulnérables du Chili se sont développées, créant ainsi diverses initiatives de programmes telles que CHS, *Chile Crece Contigo* (CHCC – Le Chili grandit avec toi) et récemment le Revenu familial éthique (IEF – *Ingreso Etico Familiar*) (encore dans sa première phase de mise en œuvre). Ces programmes ont pour caractéristiques principales d'essayer de rendre les interventions publiques le plus efficaces possible en mettant en œuvre des mécanismes de coordination interinstitutionnelle qui favorisent à la fois l'offre publique, gèrent des réseaux de prestataires et ont une incidence sur les meilleures conditions de vie de la population tout au long de la vie.

Ce document analyse cette expérience sous un angle particulier: afin de comprendre la conception et le mode de fonctionnement des mécanismes de coordination interinstitutionnelle du SPS au Chili, il établit les principales caractéristiques et composantes de l'aspect non contributif du socle, et analyse le cas particulier de CHS, modèle d'intervention et de bonne pratique pour la conception et la gestion de la coordination interinstitutionnelle.

Le premier chapitre reprend la structure et les garanties élémentaires du SPS au Chili, en décrivant le degré de respect de ces garanties et les instruments de ciblage permettant un accès à celles-ci. Le deuxième chapitre analyse le Système intégré d'information sociale (SIIS – *Sistema Integrado de Información Social*) comme mécanisme de coordination interinstitutionnelle et comme guichet unique d'information sur le SPS au Chili. Le troisième chapitre décrit le cadre juridique et la conception institutionnelle des mécanismes de coordination pour le pilier non contributif de la protection sociale. Le quatrième chapitre analyse le modèle de gestion de CHS comme concept de référence pour la coordination intersectorielle et pour le modèle de gestion et de coordination intersectorielle territoriale de CHS. Enfin, les bonnes pratiques, défis, obstacles et enseignements tirés en matière d'administration et de coordination de politiques de protection sociale, notamment les politiques et programmes mis en œuvre par le CHS comme partie intégrante du SPS chilien, sont présentés dans ce document.

## **4.2. Structure et garanties élémentaires du socle de protection sociale au Chili**

Selon le rapport du Groupe consultatif sur la protection sociale (2011) et Bertranou (2010), le défi de la protection sociale réside dans le fait de parvenir à ce que les systèmes offrent une couverture efficace à toute la population, en s'occupant spécifiquement de la situation des personnes vulnérables et exclues. L'objectif est d'éviter à ces dernières des pertes en termes de bien-être et de diminution de la cohésion sociale, et d'atténuer le risque de tomber dans la pauvreté, indépendamment du type d'insertion professionnelle des travailleurs. Cette fonction centrale est assurée par le SPS qui découle de l'articulation des composantes contributive et non contributive de la protection sociale. L'extension de la

<sup>9</sup> Parmi les personnes interrogées se trouvaient des représentants du Système intersectoriel de protection sociale, pour CHS, les personnes en charge des programmes *Puente* (Pont), *Abriendo Caminos* (Tracer des chemins), *Calle* (Rue) et de l'IEF, ainsi que le responsable de *Chile Crece Contigo* pour le ministère de la Santé chilien.

---

couverture de la protection sociale par le biais du SPS consiste en une combinaison de prestations universelles et ciblées: si certaines prestations sont universelles, d'autres proposent un traitement particulier en fonction des risques sociaux spécifiques de la vie. Ainsi, il est possible de favoriser les groupes les plus vulnérables. Le SPS prend en compte quatre garanties élémentaires: a) accès à des soins de santé essentiels universels, b) sécurité élémentaire de revenu pour les enfants, c) sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées et invalides et d) politiques non contributives (d'assistance sociale) pour les personnes pauvres en d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant sur le marché du travail. Pour analyser le respect de ces garanties, ce texte reprend un examen détaillé des politiques non contributives et de leurs mécanismes de coordination.

Les mécanismes de coordination interinstitutionnelle sont capitaux pour aborder une des plus grandes complexités de l'élaboration d'un SPS, à savoir l'articulation de différentes politiques et programmes sectoriels et d'institutions et services au niveau national ou sous-national, afin de constituer des systèmes intégrés de protection sociale destinés à l'ensemble de la population, sans exception. Pour cela, certaines prestations de couverture universelle protégeant les personnes contre les risques de pauvreté et de vulnérabilité tout au long de la vie doivent être assurées.

Le Chili a fait un effort considérable ces dernières années dans l'élaboration d'un système de protection sociale, mettant en place pour cela diverses réformes contributives et non contributives. Les réformes mises en place dans le pays entre 2000 et 2012 ont nécessité des changements institutionnels et l'augmentation des ressources attribuées, car il était nécessaire d'articuler les variables politiques, financières et institutionnelles ainsi que les différentes valeurs et idéologies pour mettre en place des réformes de protection sociale. L'année 2006 représente une étape clé avec la création, sous le gouvernement Bachelet, du système de protection sociale fondé sur des droits intégrant la notion de citoyenneté et la promotion des droits sociaux. Le réseau *Red Protege*<sup>10</sup>, qui a été créé en 2008 pour mettre, a mis en ligne des informations sur les droits d'accès des personnes à des subventions et des programmes publics (Hardy, 2010). Cela marque la volonté politique de créer un système de protection sociale versant des prestations tout au long de la vie (Bachelet, 2009). Ce réseau de services et de politiques a été conçu pour universaliser la protection sociale, et il inclut des politiques relatives à la sécurité sociale, au versement d'allocations de logement, d'emploi et de formation, ainsi que des politiques d'assistance sociale pour les personnes pauvres et vulnérables. En outre, il inclut des initiatives pour garantir l'accès aux services sociaux de groupes vulnérables tels que les jeunes enfants, les enfants et les jeunes, les familles en situation d'extrême pauvreté et les personnes âgées, et de les encourager à en faire la demande formant un SPS qui étend les couvertures et diversifie les politiques.

Dans l'ensemble, comme le montre le tableau 4.1, le SPS au Chili prend en compte des prestations contributives et non contributives tout au long de la vie, ciblant les plus pauvres.

<sup>10</sup> Pour plus d'information, consulter le site [www.redprotege.gov.cl](http://www.redprotege.gov.cl).

**Tableau 4.1. Socle de protection sociale au Chili**

**Accès universel aux soins de santé**

- Plan d'accès universel avec garanties explicites de santé (AUGE – *Acceso Universal con Garantías Explícitas de Salud*). **Couverture universelle** (100% de la population) pour 80 pathologies au total, pour le soin desquelles l'accès, la qualité, l'opportunité et la protection financière sont garantis (l'utilisateur devra payer un maximum de 20% du coût total des soins). Ces pathologies sont obligatoirement couvertes par des prestataires affiliés, qu'ils soient publics ou privés. Cette prestation est contributive et non contributive.
- Soins publics de santé tout au long de la vie. **Couverture universelle** (80% de la population, soit 13,4 millions de personnes) pour les affiliés de l'assurance publique de santé, le Fonds national de santé (FONASA – *Fondo Nacional de Salud*), pour l'accès aux soins de santé élémentaires et hospitaliers

**Sécurité de revenu pour les enfants**

- Programme de bourses et de cantines scolaires – 40% les plus pauvres
- Programme de protection intégrale de la petite enfance *Chile Crece Contigo* – 60% les plus pauvres
- Crèches et écoles maternelles – 60% les plus pauvres, accès gratuit et garanti aux 40% les plus pauvres
- Aides techniques d'invalidité – 40% les plus pauvres
- Programme *Caminos de Chile Solidario* – 40% les plus pauvres et enfants dont les parents sont en prison

**Sécurité de revenu pour les personnes d'âge actif**

- Allongement du congé maternité-universel
- Aide à l'emploi des jeunes – 40% les plus pauvres
- Formation – 40% les plus pauvres
- Aides en cas de cessation d'activité – universel
- *Chile Solidario* et transferts conditionnels – 100% des personnes en situation d'extrême pauvreté, 65,9% des personnes pauvres
- Primes et subventions – 40% les plus pauvres
- IEF – 100% des personnes en situation d'extrême pauvreté, 65,9% des personnes pauvres
- Logement socioprofessionnel – 40% les plus pauvres
- Allocation familiale – 100% des personnes pauvres
- Programme *Calle* – 100% des personnes sans-abri

**Sécurité de revenu pour les personnes âgées**

- Pension élémentaire solidaire (PBS – *Pensión Básica Solidaria*) de vieillesse et d'invalidité et la Prestation prévisionnelle solidaire (APS - *Aporte Previsional Solidario*) (vieillesse et invalidité) – 60% les plus pauvres
- Prime par enfant né vivant – 100% de la population
- Baisse des cotisations obligatoires à 7% pour les retraités pour la santé – 80% les plus pauvres
- Programme d'alimentation complémentaire pour les personnes âgées – universel
- Aides techniques d'invalidité – 100% des bénéficiaires de *Chile Solidario* et 100% des bénéficiaires de *Chile Crece Contigo*
- Programme *Vinculos* (liens) – 100% des personnes âgées vivant seules et en situation de pauvreté

Source: élaboré par l'auteur.

Comme le montre le tableau 4.1, le Chili a progressé dans l'élaboration de son SPS, qui comprend un accès universel et garanti aux soins de santé, indépendamment des composantes contributives et non contributives. La réforme du système de santé AUGE a joué un rôle essentiel en garantissant les prestations de santé tant au niveau public que privé. Ainsi, le système public offre une couverture universelle pour les soins de santé de toute la population, y compris les soins de l'enfant et de la mère ainsi que les soins aux personnes âgées. D'autre part, un ensemble de prestations et de dispositions garantissant une sécurité de revenu tout au long de la vie a été mis en place. Les différentes composantes du SPS sont destinées à la protection contre les risques d'origines diverses et ont pour rôle d'assurer les revenus et les conditions de vie minimums tout au long de la vie ainsi que de renforcer les compétences des personnes par le biais de la promotion sociale.

Deux autres réformes des piliers contributif et non contributif sont fondamentales en matière de protection sociale: la réforme de la santé AUGE, en 2005 (loi n° 19.966), détaillée ci-après et qui établit des garanties de droits dans une logique de couverture universaliste, ainsi que la Réforme provisionnelle de 2008 (loi n° 20.255), qui instaure des pensions solidaires pour les personnes les plus pauvres non affiliées au système de sécurité

---

sociale. Elle met également en place une APS pour niveler le montant des pensions des affiliés à la pension minimum. Ainsi, en 2005, l'assurance-chômage a été mise en place, et sa couverture a été étendue en 2009. Cet ensemble de réformes structure les garanties du SPS au Chili.

Parmi les politiques non contributives qui composent le SPS ressort le sous-système de protection sociale CHS, qui est le programme de réduction de la pauvreté le plus important du Chili. Créé en 2002 et mis en œuvre par une loi de 2004 sous la forme du sous-système de protection sociale CHS (loi n° 19.949), il vise depuis ses débuts à établir un système intégré de prestations destinées aux secteurs les plus pauvres et les plus vulnérables, en articulant les programmes ciblés d'assistance avec l'ensemble du système de protection sociale chilien.

Le CHS est le fruit d'un diagnostic établissant que la dispersion des programmes et la conception institutionnelle par secteurs n'avaient pas permis de lutter intégralement contre la pauvreté, car chaque secteur apposait sa propre marque d'assistance ou de promotion sans la lier avec celle des autres secteurs. En ce qui concerne l'offre publique, la somme des programmes, certes bien ciblés, ne résultait pas en une baisse de l'extrême pauvreté. Aussi, le CHS est conçu comme un modèle de gestion intersectorielle mettant en réseau l'offre publique tout en la rapprochant des familles par le biais d'un assistant familial, garantissant le fait que les familles en situation d'extrême pauvreté puissent accéder aux mécanismes de protection disponibles. Etant donnée l'évolution historique du pays en matière d'extension de la couverture de santé, d'éducation et de sécurité sociale, bon nombre de ces mécanismes existaient déjà et il a surtout fallu les adapter aux besoins des personnes les plus pauvres. C'est l'une des différences fondamentales avec d'autres programmes de transferts conditionnels de la région: son but est de rendre l'offre publique plus proche des personnes les plus vulnérables, leur garantissant ainsi leurs droits.

CHS est donc conçu comme un modèle de gestion de la coordination interinstitutionnelle des prestations publiques octroyant les différents services et prestations aux principaux bénéficiaires de CHS, à savoir les familles les plus vulnérables du pays. En 2011, ce sont au total 301 126 familles qui ont pris part au programme *Puente* de CHS, soit environ 1,3 million de personnes, ce qui représente 7,6 pour cent de la population nationale, 65,9 pour cent de la population pauvre et plus du double des personnes en situation d'extrême pauvreté. CHS a débuté avec le programme *Puente* (qui a la couverture la plus étendue) qui cible les familles en situation d'extrême pauvreté, puis il s'est élargi aux personnes âgées vivant seules (*Vínculos*), aux indigents (*Calle*) et aux familles dont des membres sont en prison (*Caminos*). Tous sont financés par l'Etat, sous la responsabilité du ministère du Développement social (MDS – *Ministerio de Desarrollo Social*).

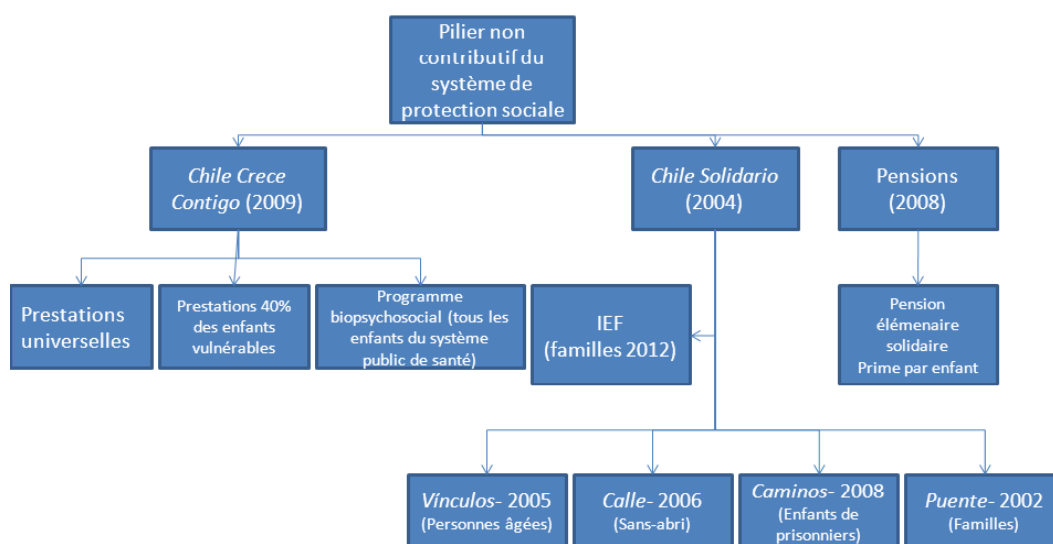
Avec CHS, deux autres sous-systèmes ont vu le jour pour augmenter et améliorer les prestations du SPS pour les personnes les plus vulnérables: le Système intégral de protection de l'enfance de CHCC<sup>11</sup>, créé en 2009 pour appuyer tous les jeunes enfants de 0 à 4 ans pour qu'ils puissent être soignés dans le système public de santé afin d'éliminer

<sup>11</sup> Sa configuration regroupe les recommandations d'une Commission d'évaluation présidentielle. Il se charge du Programme d'éducation de masse; du Programme d'appui au développement biopsychosocial; du Fonds d'interventions pour le soutien du développement infantile; du développement d'un Réseau communal et d'un Fonds de renforcement municipal; du Programme d'appui pour le nouveau-né (PARN – *Programa de Apoyo al Recién Nacido*) (remise d'un trousseau, d'un berceau et d'un ensemble de mesures pour renforcer la stimulation et l'éveil).

les inégalités qui surgissent au cours de la petite enfance, en améliorant leur accès aux prestations de santé et d'éducation; et l'IEF, créé en 2011 dans le but de remplacer progressivement le programme *Puente* de CHS. Ces trois programmes font partie du Système intersectoriel de promotion et de protection sociales, créé par la loi n° 20.379 de 2009, qui vise à articuler le caractère institutionnel des programmes qui constituent les axes centraux de protection sociale pour les groupes les plus pauvres et les plus vulnérables. L'institution chargée de gérer et de coordonner ces programmes est le MDS, qui a été instauré par la loi n° 20.530<sup>12</sup>.

Pour le pilier non contributif, comme le montre la figure suivante, les garanties du SPS sont établies en termes de prestations de santé et de pensions de survivants et d'invalidité garanties (Pension solidaire de base, *Pensión Básica Solidaria* – PBS), ainsi que des différents programmes faisant partie du système intersectoriel de protection sociale.

Figure 4.1. Principales composantes du pilier non contributif de la protection sociale au Chili



Prestations monétaires: subventions et transferts conditionnels et non conditionnels.  
Soins et aide à la maternité de couverture universelle et de droits garantis (AUGE).

Source: élaboré par l'auteur d'après Mideplan (Ministère de la Planification) (2009a).

Comme le montre le tableau 4.2, les différents programmes qui composent le système CHS ont augmenté leur couverture. Les augmentations les plus fortes se sont produites dans les programmes qui comptaient une couverture plus faible ou qui sont les plus récents. Il a également été souligné que le principal programme en matière de population couverte, *Puente*, a maintenu ses quotes-parts presque à l'identique pour la population spécifique couverte, à savoir les familles en situation d'extrême pauvreté. Au contraire, les

<sup>12</sup> CHS a été créé en 2002 et la promulgation de la loi a suivi en 2004 sous le mandat du Président Lagos, de centre-gauche. CHCC a été créé en 2006, suite à une Commission d'évaluation présidentielle de l'enfance, et la loi a été promulguée en 2009 sous le mandat de la Présidente Bachelet, de centre-gauche. Sous l'administration du Président Piñera, de centre-droite, a été créé l'IEF en 2011 (loi promulguée en 2012), et le MDS, dont la loi a été promulguée en 2011.

programmes *Calle* et *Abriendo Caminos* ont augmenté leur couverture, même s'il faut souligner que leur budget est moins important.

**Tableau 4.2. Couverture des programmes de *Chile Solidario* (chiffres cumulés année par année)**

Programme	2007	2008	2009	2010	2011	Cumulé	Variation* 2009-2010 (en pourcentage)
<i>Caminos</i>		1 006	2 169	4 169	5 163	12 507	92,2%
<i>Calle</i>	2 831	3 676	3 012	3 662	3 662	16 843	21,6%
<i>Vinculos</i>	4 004	8 536	8 000	10 800	10 800	42 140	35,0%
<i>Puente</i>	36 450	48 575	51 545	51 794	53 296	301 126	0,5%

Source: élaboré par l'auteur d'après MDS.

\*Les variations entre les années 2009-2010 et 2010-2011 correspondent à l'augmentation du nombre de bénéficiaires dans chacun des programmes, seulement entre les années décrites.

En général, il s'avère que l'ensemble des prestations, sur le plan contributif comme sur le plan non contributif, démontre que le système de protection sociale chilien a évolué vers une couverture plus étendue, réussissant à intégrer successivement un plus grand nombre de bénéficiaires et à donner une continuité aux prestations, notamment grâce à la pérennité fiscale des programmes et aux réformes institutionnelles et juridiques mises en œuvre.

Les chiffres confirment cette croissance: entre 2000 et 2011, les dépenses sociales<sup>13</sup> ont doublé, en augmentant à un rythme de 6,5 pour cent par an en moyenne, et avec une plus grande augmentation moyenne annuelle des dépenses pour la santé (9,3 pour cent), l'éducation (7,3 pour cent) et le logement (10,7 pour cent). En 2011, plus de la moitié (66,6 pour cent) des ressources fiscales totales consignées au Trésor public ont été affectées à des programmes sociaux, ce qui prouve l'important effort d'amélioration de la distribution des dépenses sociales en pourcentage des dépenses publiques, même si les dépenses sociales en pourcentage du PIB sont restées stables, aux alentours de 16 pour cent.

Ces ressources plus importantes ont permis d'augmenter les prestations sociales et de concevoir une protection sociale tout au long de la vie garantissant les prestations du SPS. Les politiques non contributives ont pris plus d'importance en intégrant différents programmes. Aussi, les personnes pauvres et vulnérables ont un meilleur accès aux réseaux de protection sociale ainsi qu'aux transferts en espèces. Les sous-systèmes comme CHS jouent un rôle capital. Ainsi, une conception d'approche d'intervention intégrale a également favorisé l'articulation entre les secteurs. Il faut souligner que, notamment pour les réformes de santé et de pensions, CHCC et CHS ont été conçus avec une approche fondée sur les droits. Ces réformes ont permis d'élaborer le SPS dans le pays et d'établir des garanties élémentaires de protection sociale, comme le montre le paragraphe suivant.

<sup>13</sup> Sont considérées comme dépenses sociales les dépenses en matière de protection de l'environnement, de logement et de services communautaires, d'activités de loisirs, de culture et de religion, ainsi que de santé, d'éducation et de protection sociale.



---

#### **4.2.1. Respect des garanties élémentaires du socle de protection sociale au Chili**

Cette partie décrit le niveau de respect de l'ensemble de garanties élémentaires établies par le SPS chilien en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et la sécurité de revenu pendant l'enfance, l'âge adulte et la vieillesse.

##### **■ Accès aux soins de santé essentiels, y compris aux soins de maternité**

L'accès universel à la santé existe au Chili et ce système repose sur deux piliers: le public et le privé. Les travailleurs cotisent 7 pour cent de leur salaire au système privé, organisé sous forme d'institutions d'assurance-maladie (*Instituciones de Salud Previsional*, ISAPRE), ou au système public géré par le Fonds national de santé (*Fondo Nacional de Salud*, FONASA). Les travailleurs affiliés à une ISAPRE peuvent cotiser un montant supplémentaire aux 7 pour cent de base et ainsi augmenter la diversité des services auxquels ils ont accès, ou diminuer la part qu'ils doivent payer pour les services utilisés. Dans les deux cas, ils peuvent faire appel à des assurances-maladie supplémentaires.

La Réforme de la santé a pour axe central la création d'un panier de prestations garanties par la loi AUGE de 2005 pour tous les affiliés du système public ou privé. L'accès à la santé de l'ensemble de la population est garanti sans discrimination fondée sur la capacité à payer. Les prestations de santé concernant le soin des maladies catégorisées comme prioritaires se voient garantir la qualité (les prestations ne sont versées que pour des institutions de santé accréditées par le ministère de la Santé), d'opportunité (les personnes doivent être soignées dans un délai maximum sous contrôle de la Surintendance de la Santé) et de protection financière (notamment pour les personnes les plus pauvres, qui peuvent être soignées gratuitement, alors que les autres participent à hauteur de 20 pour cent au paiement des prestations). Le nombre de pathologies comprises par AUGE est passé de 59 à 80 en 2013.

D'autre part, presque 80 pour cent de la population cotise au système public de FONASA. Ces personnes peuvent faire appel aux services de santé publics ou privés, en payant la quote-part correspondante. Les personnes pauvres peuvent également recevoir des soins gratuits par le biais du système public, dans les cabinets médicaux municipaux ou les hôpitaux publics, et ne sont pas tenues de régler leur part de la prestation si elles prouvent qu'elles ne disposent pas des revenus nécessaires pour cela.

Concernant les soins de maternité, les soins de la grossesse et des enfants jusqu'à 6 ans, ils sont gratuits à condition de s'inscrire dans le cabinet médical correspondant au domicile. La gamme de programmes comprend notamment les programmes *Control de Niño Sano* (Contrôle de l'enfant en bonne santé), *Control Madre Hijo* (Contrôle de la mère et de l'enfant), le Programme d'appui au développement biopsychosocial (PADBP – *Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial*), les vaccinations, les programmes d'alimentations et l'information sur la santé et les soins adaptés.

En 2011 a été promulguée la loi n° 20.545, qui étend la période de congé maternité à 6 mois (soit 12 semaines de plus que la disposition existante<sup>14</sup>) et intègre le congé parental. La couverture du congé postnatal est étendue à toutes les travailleuses (y compris

<sup>14</sup> Ce projet maintient les prestations actuelles de congé de maternité pré- et postnatal, soit six semaines de congé prénatal et 12 après, et rajoute 12 semaines au congé postnatal, pour un total de 24 semaines pour les mères.

---

à contrat déterminé, travailleuses temporaires ou *faenas* et sans contrat). Les congés maternité et les privilèges liés à la maternité sont maintenus (pour toute la période de la grossesse et jusqu'à un an après l'expiration du congé postnatal). D'autre part, en 2011 a été adoptée la loi n° 20.531, qui exonère totalement ou partiellement les pensionnés du paiement des cotisations de santé, en fonction de leur niveau de revenus <sup>15</sup>.

■ **Sécurité élémentaire de revenu pour les enfants (accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et aux biens et services nécessaires)**

Depuis 2003 (réforme constitutionnelle), l'éducation secondaire est gratuite et obligatoire pour tous les Chiliens jusqu'à 18 ans (auparavant, c'était seulement le cas pour l'éducation primaire). L'Etat a la responsabilité d'en garantir l'accès. La couverture du système éducatif chilien est pratiquement universelle, comme dans les pays développés, avec des taux d'inscription appuyant ce fait. Selon le Compte public du ministère de l'Education (2011), le taux d'inscription des 6 à 14 ans atteint 95 pour cent. Pour l'éducation secondaire, le taux d'inscription est de 81 pour cent des adolescents de 15 à 18 ans <sup>16</sup>, ce qui montre qu'il reste encore une marge d'extension de la couverture. En ce qui concerne l'école maternelle, le retard est plus important (12 pour cent des 0 à 2 ans; 22 pour cent des 2 à 4 ans; 46 pour cent des 4 à 5 ans; et 78 pour cent des 5 à 6 ans), selon Tokman (2010).

Indépendamment du caractère public et privé des établissements scolaires, les enfants pauvres ont accès à une série de programmes alimentaires (Programme national d'alimentation complémentaire, PNAC, et Programme de repas scolaires), de fournitures scolaires, de médecine scolaire, de bourses d'assiduité scolaire et de bourses de logement.

De plus, en 2009 a été créé le sous-système de protection intégrale de l'enfance de CHCC, ciblant les enfants de moins de 4 ans, qui n'avaient pas encore fait l'objet de politiques. Ce programme offre une couverture depuis la grossesse jusqu'à l'âge de 4 ans par le biais de deux programmes dont l'accès se fait par le système public de santé (PADBP et PARN <sup>17</sup>). CHCC offre des soins pratiquement universels en touchant 81,8 pour cent des enfants de moins de 4 ans du pays et 90 pour cent des mères réalisant leurs examens de grossesse au sein du système public de santé. Il garantit aux enfants vulnérables des services gratuits de crèches et de jardins d'enfants, de visites à domicile, de subventions familiales, d'aides techniques pour les enfants handicapés et un accès préférentiel à l'offre de programmes publics. Il vise également à augmenter la couverture

<sup>15</sup> La prestation a été instituée en 2011 et favorise les bénéficiaires de la PBS ou de l'APS. Les personnes touchant une pension des institutions gestionnaires de fonds de pensions, de compagnies d'assurance (DL n°3.500), de l'Institut de prévoyance sociale (ancien INP, *Instituto de Previsión Social*), de la loi sur les accidents du travail et de la loi n° 19.334 sur les exonérations politiques, non bénéficiaires de pensions solidaires, voient à partir de décembre 2012 leur cotisation de santé passer de 7 à 5 pour cent s'ils appartiennent aux quatre quintiles de revenus les plus faibles. Au cours du premier semestre 2012, près de 565 000 pensionnaires en ont bénéficié, pour un coût fiscal de 11,3 millions de dollars. Les dépenses sont estimées pour 2012 à 135 millions de dollars et pour 2013 à 170 millions de dollars en raison de l'intégration de nouveaux bénéficiaires.

<sup>16</sup> Sur le total des élèves, 42,1 pour cent fréquente un établissement municipal, 49,7 pour cent un établissement privé subventionné et 6,7 pour cent un établissement privé payé.

<sup>17</sup> PADBP offre des prestations de santé et de nutrition et PARN des mesures d'éveil et de stimulation du nouveau-né. Les deux ciblent le développement de la stimulation précoce.

---

des écoles maternelles <sup>18</sup>. Il faut souligner qu'en 2009, grâce au CHCC, 40 pour cent des enfants du pays ont eu accès à des crèches ou des jardins d'enfants, chiffre qui est monté à 50 pour cent en 2010 et 60 pour cent en 2011. De même, le PNAC apporte une aide alimentaire à 90,2 pour cent des moins de 6 ans appartenant aux 20 pour cent les plus pauvres de la population.

Malgré cela, la pauvreté infantile a augmenté, passant de 20,6 pour cent en 2006 à 22,8 pour cent en 2011, la pauvreté dans les foyers comptant des mineurs étant 3,3 fois plus importante (18,3 pour cent) que dans les foyers sans enfants ni adolescents (5,4 pour cent) (MDS, 2011 <sup>19</sup>).

Cependant, il faut noter que les ressources totales de CHCC ont augmenté progressivement, de 37,5 pour cent entre 2009 et 2010, de 8,6 pour cent entre 2010 et 2011 et de 4,0 pour cent entre 2011 et 2012, avec une augmentation prévue de 2,9 pour cent entre 2012 et 2013, ce qui contribue à améliorer la situation en santé, en éducation et en qualité de vie des moins de 4 ans.

■ **Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes d'âge actif dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant dans les cas de maladie, de chômage, de maternité et d'invalidité**

La législation prévoit principalement, pour les personnes ayant un contrat de travail, des couvertures de chômage (assurance-chômage), d'invalidité (pensions d'invalidité), de maternité (congé maternité et postnatal) et de maladie (congés maladie) ainsi que des allocations familiales (pour les charges familiales). De même, les travailleurs indépendants ou à leur compte (émettant des factures pour leurs honoraires, enregistrées par le Service des impôts – *Servicio de Impuestos Internos*) qui cotisent à la sécurité sociale, bénéficient d'une couverture du chômage (subvention en cas de cessation d'activité), de la maternité (congé postnatal), de l'invalidité (pension d'invalidité) et d'une allocation familiale. Pour ce qui est des travailleurs de l'économie informelle qui ne cotisent pas à la sécurité sociale, ils ont droit à la PBS de vieillesse, d'invalidité et de veuvage, ainsi qu'à une Subvention familiale unique (SUF – *Subsidio Único Familiar*, pour les charges familiales). Peuvent prétendre à une prestation de maternité (congé postnatal) les travailleuses saisonnières ou temporaires qui sont sans emploi au commencement de la période prénatale (six semaines avant l'accouchement) et qui peuvent attester d'une année de cotisation à la sécurité sociale ainsi que de huit mois de cotisations (continues ou non) en tant que travailleuses salariées au cours de 24 derniers mois.

Le Chili propose la SUF, qui est une prestation pour les personnes à faibles ressources ne pouvant pas bénéficier de l'allocation familiale contributive, car elles ne sont pas des travailleurs salariés. Les bénéficiaires de la SUF sont choisis au sein des 40 pour cent les plus vulnérables de la population à partir de l'évaluation de leur score dans la Fiche de

<sup>18</sup> Cependant, en 2011, sur 1,093 million d'enfants appartenant aux 60 pour cent les plus pauvres, seuls 482 000 ont fréquenté une école maternelle. Dans certains secteurs, il y a des listes d'attente et dans d'autres, des places libres et ce, malgré l'extension de la couverture.

<sup>19</sup> Voir l'Enquête de caractérisation socio-économique nationale (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, CASEN), réalisée périodiquement depuis 1987.

---

protection sociale (FPS – *Ficha de Protección Social*) (Bertranou, 2010, p. 30)<sup>20</sup>. Les familles bénéficiaires de CHS/IEF ont un droit garanti à cette subvention.

Le système non contributif d'allocations est composé de deux autres prestations: la subvention d'assistance maternelle, la Prime de protection familiale (pour les familles bénéficiant de CHS), la Prime de sortie (*Bono de egreso*, CHS) et la Prime de mars. Cette dernière consiste en une prestation non régulière visant à renforcer les revenus des familles au début de la période scolaire pour les familles avec enfants ayant des revenus mensuels inférieurs à 457 954 pesos chiliens (environ 900 dollars), indépendamment de si les bénéficiaires reçoivent des allocations par le système contributif ou la SUF. Précédemment, les montants des prestations contributives et non contributives par enfant étaient différents (les dernières étant plus importantes), mais depuis 2009, les montants ont été unifiés, même si cette différence est très faible (environ 12 dollars) (Bertranou, 2010, p. 30).

Les personnes qui prouvent leur situation de pauvreté peuvent accéder à CHS, dont l'objectif est de réduire la pauvreté et qui offre une couverture aux personnes et aux familles en situation de vulnérabilité sociale. Ce système garantit l'accès aux subventions (réseaux de subventions et primes pour augmenter les revenus).

Ainsi, à l'arrivée au pouvoir du gouvernement de centre-droite de Piñera a été créé un nouveau programme, l'IEF, qui en est encore aux premières étapes de sa mise en œuvre. Ce programme a mis en place en 2011 une allocation ou prime mensuelle ciblant les bénéficiaires du programme *Puente* de CHS. En 2012 a été votée la loi n° 20.595 qui crée ce nouveau programme dans le but de remplacer CHS. Pour cela a été prévu le transfert des familles bénéficiaires de *Puente*-CHS vers l'IEF dans un délai de 2 ans, qui doit se finaliser en 2014. Cette transition de CHS à l'IEF doit être progressive, et CHS n'intègre plus de nouveaux bénéficiaires depuis 2012. Ainsi, toutes les nouvelles familles en situation d'extrême pauvreté intègrent actuellement l'IEF. Les personnes bénéficiant encore de CHS sont incitées à passer à l'IEF et, même si ce changement est volontaire, il est espéré qu'il sera massif, car l'IEF offre des montants de transferts plus élevés. Le programme de l'IEF a une conception proche de celle de CHS, mais il joint à l'accompagnement psychosocial des familles de CHS un accompagnement socioprofessionnel pour favoriser l'accès à l'emploi des jeunes et des femmes. Cependant, il faut souligner que l'IEF ne prend pas en compte le paramètre d'égalité entre hommes et femmes, car il ne met pas l'accent sur l'économie des soins comme une barrière ou un coût fixe de l'accès de la femme au marché du travail. Le programme ne tient pas compte du fait que le système de soins peut constituer un obstacle à l'accession des personnes au marché du travail.

La mise en œuvre de l'IEF augmente les ressources de protection sociale, comme le montre le tableau 4.3. Ces ressources plus importantes entraînent des montants entre 2,4 et 5,3 fois plus importants que ceux des transferts de CHS. Ainsi, étant donnés les montants maximums auxquels une famille peut prétendre tous les mois en bénéficiant de l'IEF, cela représente par personne entre 144 et 187 pour cent du seuil d'indigence et entre 84 et 122 pour cent du seuil de pauvreté (Cecchini, Robles et Vargas, 2012).

<sup>20</sup> Il faut signaler que le fichage se fait principalement sur demande (ce qui demande planification et initiative de la part des personnes souhaitant en bénéficier) et qu'il nécessite une visite à domicile puis le calcul du score (ce qui peut prendre jusqu'à 6 mois) avec donc la possibilité de répondre à des situations de chocs soudains.

**Tableau 4.3. Dépenses et couverture de *Chile Solidario* et du Revenu familial éthique (*Ingreso Etico Familiar*, IEF)**

Programme	Année	Couverture (pourcentage)	Dépenses en pourcentage du PIB	Effets sur les inégalités
<i>Chile Solidario</i>	2004	100% <sup>1</sup> 51,7% <sup>2</sup>	0,11%	Aucun
IEF	2012	100% <sup>1</sup> 51,7% <sup>2</sup>	0,28%	Pas d'informations

<sup>1</sup> indigence.  
<sup>2</sup> pauvreté.  
Source: élaboré par l'auteur d'après Dipres, 2011.

L'IEF est destiné aux familles les plus pauvres et les plus vulnérables du pays et comprend une allocation mensuelle de base<sup>21</sup> et des allocations supplémentaires soumises au respect d'engagements familiaux. Ce programme entraîne des dépenses moyennes annuelles d'environ 430 millions de dollars pour 2012-2015, soit des dépenses supplémentaires de 230 millions de dollars annuels par rapport au budget historique de CHS (Dipres, 2011).

Au total, une famille de 4 membres respectant tous les engagements de scolarisation et de travail de la femme recevra 184 dollars par mois. Les montants reçus par une famille qui se trouve dans la phase de sortie de CHS sont augmentés de 2,4 à 7,8 fois selon le nombre d'enfants et leur âge, le score dans la FPS et le respect intégral des conditions.

Comme le montrent les données d'avril 2011, si l'ensemble des transferts en espèces d'allocation sociale et du système CHS sont pris en compte, cela implique un minimum de 23 pour cent et un maximum de 83 pour cent du seuil d'extrême pauvreté et de respectivement 13 pour cent et 51 pour cent du seuil de pauvreté (Vargas, 2011). Cela signifie que si les bénéficiaires de l'IEF respectent un maximum de conditions, ils ne pourront pas tomber en dessous du seuil d'extrême pauvreté. Cet appui monétaire plus important de l'Etat pour les familles en situation d'extrême pauvreté est insuffisant en soi pour que celles-ci puissent améliorer leur condition, même si les montants et leur importance par rapport aux seuils de pauvreté et d'indigence font partie des quatre les plus élevés de la région (avec le Brésil, le Mexique et le Costa Rica) (Vargas, 2011). En 2012, environ 170 000 familles en ont bénéficié, soit 640 000 personnes, un nombre supérieur au total de personnes en situation de pauvreté extrême (472 000 personnes, MDS, 2011).

#### ■ Sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées

Au milieu des années 2000, les personnes âgées étaient l'un des groupes les plus touchés par la pauvreté. Le manque d'accès aux emplois formels, le manque de prévoyance

<sup>21</sup> Depuis mars 2011, les bénéficiaires de CHS reçoivent une allocation sociale avant à l'IEF, qui est une prestation extraordinaire d'appui direct destinée à environ 170 000 familles à faibles revenus respectant les critères suivants: *a)* faire partie du système de protection sociale CHS; *b)* recevoir la Prime de protection, de sorite ou d'appui psychosocial; *c)* obtenir un score inférieur ou égal à 4 213 points dans la FPS. La prestation se compose d'une allocation mensuelle de base qui varie entre 4 500 et 7 500 pesos par membre de la famille selon le score de la famille dans la FPS, et d'augmentations suite au respect d'engagements familiaux: examen des enfants en bonne santé, scolarisation et insertion professionnelle des femmes (Mideplan, 2011).

---

et les faibles densités de cotisation laissaient une partie considérable de cette population, et notamment les femmes, sans accès à une pension de vieillesse.

La Réforme prévisionnelle, votée en 2008 <sup>22</sup>, avait pour objectif d'améliorer l'articulation entre les composantes contributives et non contributives pour élargir considérablement la couverture et l'équité de l'accès à la protection sociale. La réforme avait aussi pour objectif d'augmenter les densités de cotisations et ainsi les pensions reçues, et de diminuer la pression fiscale, de stimuler la formalisation de l'emploi et l'épargne prévisionnelle, et d'améliorer l'équité entre hommes et femmes (Arenas de Mesa, 2010).

La baisse de la cotisation à 7 pour cent pour la santé payée par les pensionnaires est une autre initiative mise en place en 2011 pour les bénéficiaires de la PBS et de l'APS. Les pensionnaires du système privé de pensions ou des compagnies d'assurance (DL n° 3.500), de l'ancien système public de répartition ou de la Loi sur les accidents du travail et de la loi n° 19.334 sur les exonérés politiques, ne bénéficiant pas de pensions solidaires à partir de décembre 2012, voient leur cotisation de santé passer de 7 à 5 pour cent s'ils appartiennent aux quatre quintiles de revenus les plus faibles. Au cours du premier semestre 2012, environ 565 000 pensionnaires ont bénéficié de cette réforme, pour un coût fiscal de 11,3 millions de dollars. Pour 2012, les dépenses sont évaluées à 135 millions de dollars, et à 170 millions de dollars pour 2013, en raison de l'intégration de nouveaux bénéficiaires.

Cependant, la Réforme prévisionnelle <sup>23</sup> est la mesure la plus importante, car elle a mis en place un pilier solidaire dont l'objectif est de prévenir la pauvreté et de diminuer les inégalités marquées entre hommes et femmes dans le système prévisionnel. Ce pilier est formé d'une pension non contributive, la PBS, et d'un complément à la pension contributive, l'APS. Le système privé de capitalisation individuelle et la gestion privée de fonds sont maintenus dans le pilier contributif obligatoire et le pilier volontaire. La PBS rend l'accès à la prévoyance sociale universelle, garantit le droit à la pension et assure un revenu minimum pour les personnes de 65 ans et plus ou ayant un certain degré d'invalidité et ne disposant pas d'une autre pension. Depuis juillet 2009, le montant de la pension s'élève à 159,70 dollars par mois et est ajusté sur le taux d'inflation annuel, ce qui garantit un revenu au moins supérieur au seuil de pauvreté (Fajnzylber, 2010). A l'origine, cette prestation ciblait les 40 pour cent les plus pauvres, mais elle a été élargie et atteint actuellement les 60 pour cent. De plus, le montant moyen de la Pension maximale avec prestation solidaire (*Pensión Máxima con Aporte Solidario*, PMAS) est passé de 200 000 à 255 000 pesos. En termes absolus, le nombre de personnes touchant des pensions solidaires a augmenté de 38 pour cent depuis la mise en marche de cette réforme (juin 2008) et a

<sup>22</sup> La réforme repose sur un triple pilier: a) la capitalisation individuelle obligatoire (pilier contributif); b) l'épargne prévisionnelle volontaire (pilier volontaire); et c) le système de pensions solidaires (*Sistema de Pensiones Solidarias*, SPS) (pilier solidaire).

<sup>23</sup> Dans le cadre du pilier solidaire, la PBS constitue la prestation à laquelle ont droit les personnes n'ayant pas droit à une pension d'un régime prévisionnel; l'APS est le complément versé par l'Etat pour augmenter les pensions des personnes ayant réussi à réunir des fonds dans un régime prévisionnel, mais touchant une faible pension, afin de s'assurer que personne ne reçoive moins de 140 dollars par mois. D'autres mesures réduisent les inégalités entre hommes et femmes et les difficultés d'insertion sur le marché du travail des jeunes (prime par enfant et subvention pour l'emploi des jeunes).

---

doublé si on prend en compte le nombre de pensions d'assistance versées en 1990 (Robles, 2011).

D'autre part, la réforme inclut l'APS pour les personnes âgées ou ayant un certain degré d'invalidité, dont les cotisations sont insuffisantes pour atteindre le niveau prédéterminé de la PMAS. L'Etat complète la pension jusqu'à atteindre le montant de la PMAS. En juillet 2009, ce montant a été fixé à 70 000 pesos par mois (environ 140 dollars) et en juillet 2013, il est passé à 266 731 pesos (533 dollars), ces deux montants étant supérieurs à la PBS pour éviter de désinciter à cotiser (Surintendance des pensions, 2013). Avec cette réforme, il a été estimé que le nombre de personnes affiliées au régime prévisionnel va s'accroître d'ici à 2020, avec une lente croissance des cotisations estimées des bénéficiaires du pilier de l'APS, qui remplacera progressivement les PBS en raison de l'augmentation de la PMAS et du taux d'affiliation supérieur parmi les groupes plus jeunes que les groupes plus âgés. Cela est dû aux mesures d'incitation à la cotisation à la sécurité sociale ainsi qu'aux mesures telles que l'obligation de cotiser pour les travailleurs indépendants (Arenas de Mesa *et al.*, 2008).

En ce qui concerne l'égalité entre hommes et femmes, la réforme comporte différentes mesures. D'abord, les femmes sont les principales bénéficiaires du système de pensions solidaires; cela compense, bien que partiellement, leur représentation considérablement plus faible dans le pilier contributif. De plus, comme la PBS est attribuée à vie, la réforme aborde directement les inégalités associées à la plus longue espérance de vie des femmes. 80 pour cent des femmes bénéficient de la PBS, qui est un droit social universel.

Le Conseil consultatif prévisionnel (2011)<sup>24</sup> estime que l'ensemble des mesures faisant partie du pilier solidaire de la réforme prévisionnelle a eu pour conséquence, pour la première année, une diminution de 2,7 points de la pauvreté chez les personnes âgées. Ainsi, selon le Conseil consultatif prévisionnel (2011, p.25) en se basant sur le CASEN 2009, la pauvreté chez les plus de 65 ans s'élevait à 8,2 pour cent, contre 10,9 pour cent sans la réforme. Bravo (2012)<sup>25</sup> signale, en se basant sur le CASEN 2011, que sans la Réforme prévisionnelle, le taux de pauvreté général de la population aurait été d'environ 15,8 ou 16 pour cent, et non des 14,4 pour cent actuels.

La Réforme prévisionnelle a permis d'augmenter la couverture du système, ainsi que ses prestations ciblant les secteurs les plus vulnérables. Après application de la Réforme, la couverture prévisionnelle effective (pourcentage des cotisants sur la population économiquement active) pour le système des institutions gestionnaires de fonds de pensions était proche de 60 pour cent en décembre 2010. Elle est passée progressivement de 56 pour cent en 2005 et 2007 à plus de 60 pour cent en 2008 avant de se stabiliser à environ 60 pour cent entre 2009 et 2010 (GESS, 2012).

<sup>24</sup> Le rapport contient un calcul, basé sur le CASEN, des effets de la réforme prévisionnelle sur la pauvreté des personnes âgées.

<sup>25</sup> Entrevue avec David Bravo, *La Tercera*, le 28 juillet 2012.

---

#### **4.2.2. Accès aux garanties du socle de protection sociale: instruments de ciblage différenciés selon les prestations**

L'accès au SPS et à un ensemble complet de droits et de garanties de protection sociale au Chili est obtenu avec des instruments de ciblage et de vérification des moyens. Bien qu'il existe des instruments différenciés de ciblage, tant pour l'accès gratuit aux prestations de santé publique que pour l'obtention des prestations du pilier solidaire de la Réforme prévisionnelle (PBS et APS), comme le montre le tableau 4.4, le principal instrument de ciblage des dépenses sociales au Chili reste la FPS.

Les personnes dont la FPS considère qu'elles vivent en situation d'extrême pauvreté ont un accès gratuit aux prestations de santé publique. Il en va de même pour les bénéficiaires de la PBS ou de la SUF (allocation familiale pour les travailleurs informels ou au chômage), qui ont accès à la tranche gratuite de FONASA. Ainsi, pour le calcul du score déterminant les bénéficiaires du pilier solidaire, le score de la FPS est essentiel.

Cependant, il faut souligner qu'il n'y a compatibilité entre les tranches ciblées de FONASA avec la FPS que pour la catégorie des sans-abri, qui bénéficient d'une gratuité complète. Pour le reste (personnes pauvres non indigentes), les instruments de ciblage des tranches de FONASA et la FPS sont déphasés. De plus, il n'y a pas non plus de compatibilité complète entre la FPS et l'instrument de ciblage du pilier non contributif de prévoyance sociale (instrument technique de ciblage prévisionnel). Cela signifie que les instruments de ciblage ne sont alignés que pour les personnes en situation d'extrême pauvreté.

D'autre part, les bénéficiaires de CHS et de l'IEF ne sont pas touchés par ces différences entre les instruments de ciblage. Le simple fait de bénéficier de ces programmes leur donne un accès garanti à toutes les aides et un accès préférentiel à l'ensemble de prestations et de programmes sociaux. La FPS est l'instrument employé pour intégrer les bénéficiaires au système CHS. C'est le point d'accès préférentiel à l'ensemble de subventions et prestations du SPS (comme la subvention pour l'eau potable, le SUF, la subvention en cas de cessation d'activité, les subventions de logements sociaux, la subvention scolaire préférentielle, les programmes alimentaires scolaires, entre autres, qui constituent des droits garantis pour les bénéficiaires de CHS). L'accès à ces prestations par le biais de la FPS se maintient dans l'IEF.

Les bénéficiaires de CHCC ont quant à eux un accès direct aux programmes centraux de ce système de protection de l'enfance, avec pour seule condition de se faire soigner dans le système public de santé. Pour bénéficier des soins différenciés de CHCC, ils doivent prouver qu'ils appartiennent aux 40 pour cent les plus pauvres par le biais de la FPS.

La trajectoire des instruments de ciblage au Chili a une longue histoire et ceux-ci ont connu différentes évolutions dans la sélection des bénéficiaires des transferts en espèces et des autres prestations sociales. A l'origine, l'instrument était la fiche du Comité d'assistance sociale (CAS – *Comités de Asistencia Social*), qui évaluait la condition socioéconomique du foyer par un score qui déterminait aussi la priorité d'accès aux prestations sociales. Ensuite a été créée la fiche Famille, qui a servi de pilote à l'introduction de la FPS, qui est passée de l'approche des carences à celle de la vulnérabilité socioéconomique en prenant en compte le risque de tomber dans la pauvreté, conformément à la mise en place du système de protection sociale, centré sur la notion de pauvreté pluridimensionnelle (Soms, 2010). A l'heure actuelle, la FPS s'est appliquée à plus de la moitié de la population chilienne en servant de point d'accès à la majorité des prestations sociales de l'Etat. En 2011, sous un nouveau gouvernement (celui de Piñera), il



a été établi qu'il se produisait trop d'erreurs d'inclusion (des personnes ne respectant pas les conditions avaient droit aux prestations en truquant les informations sur les études et les revenus, principalement). Ainsi, en 2011, la nouvelle FPS et une unité de contrôle des données de la FPS ont progressivement été mises en place, comme le montre le tableau ci-dessous.

**Tableau 4.4. Evolution des instruments de ciblage**

<b>Ciblage des programmes de pauvreté et d'allocations</b>	<b>Année</b>	<b>Gouvernement</b>	<b>Description</b>
Fiche CAS II	1987	Pinochet (1973-1990)	Centrée sur les revenus
Fiche Famille	2005	Lagos (2000-2006)	Définit le noyau familial; Inclut le travail
FPS	2007	Bachelet (2006-2010)	Inclut la vulnérabilité et les risques, pas seulement les revenus
Nouvelle FPS	2011	Piñera (2010-2014)	Changement dans la vérification des informations, sanctions en cas de fraude et plus grande formation sur la fiche.
<b>Ciblage de l'accès à la santé</b> Tranches de FONASA (santé publique)	1981	Pinochet (1973-1990)	4 tranches: Tranche A gratuite (revenus inférieurs au salaire minimum et bénéficiaires des pensions solidaires, SUF ou PBS. Femmes enceintes et enfants jusqu'à 6 ans. Tranche B: gratuite pour les revenus inférieurs au salaire minimum. Tranche C et D: revenus supérieurs au salaire minimum, avec une part établie payée par le bénéficiaire.
<b>Ciblage de l'accès aux pensions solidaires</b> Instrument technique de ciblage prévisionnel	2010	Piñera (2010-2014)	Modèle mathématique utilisant les informations de la FPS et du Service des impôts internes, et cotisations prévisionnelles pour identifier les 55 pour cent les plus pauvres au Chili.

Source: élaboré par l'auteur.

La FPS est appliquée au niveau local par les municipalités. La couverture étendue de la FPS a permis le fonctionnement du SIIS décrit ci-après et qui consiste en une plateforme internet connectant les bases de données de toutes les municipalités du pays. Celles-ci saisissent les données sur les bénéficiaires dans un Registre d'information sociale (RIS – *Registro de información Social*) créé spécialement pour l'occasion et à l'origine conçu par CHS. Ce système en ligne permet de croiser les informations fournies par le candidat dans le RIS (article 6, loi n° 19.949 sur CHS) et les informations du Système d'informations sur les données prévisionnelles (Sistema de Información de Datos Previsionales, SIDP) (loi n° 20.255 sur la Réforme prévisionnelle) et de la base de données de l'Assurance-chômage (article 34, loi n°19.728 sur l'Assurance-chômage) pour éviter des erreurs d'inclusion et de ciblage.

#### **4.3. Le Système intégré d'information sociale comme mécanisme de coordination interinstitutionnelle**

Il faut souligner que la FPS est la principale source d'informations du SIIS, qui stocke et traite les informations concernant les bénéficiaires et les prestations versées par l'Etat (Covarrubias, Irrázaval et Morandé, 2011). L'objectif du SIIS est d'identifier, de suivre et d'évaluer l'offre publique disponible pour les programmes de réduction de la pauvreté, ce qui permet une meilleure collaboration entre le MDS et les ministères impliqués dans le développement du système de protection sociale. Le SIIS permet de suivre et d'évaluer le respect des garanties du SPS, de sorte que les informations de suivi soient intégrées dans les différents programmes et services pour améliorer la coordination des prestations garanties.

---

Le SIIS est utilisé pour gérer les informations de tous les programmes de protection sociale du pays et permet d'avoir: un registre unique pour tous les bénéficiaires; un système intégré d'informations (par exemple, pour les institutions participant aux programmes de protection sociale et pour les bénéficiaires) et; un point unique d'entrée des bénéficiaires pour l'accès aux programmes de protection sociale. Selon Silva, Blanco et Bassett (2010), il faut souligner que CHS est l'illustration de la gestion coordonnée des systèmes de protection sociale en ce sens que CHS n'est qu'une composante du système de protection sociale et nécessite la coordination et l'intégration avec l'ensemble du système national de protection sociale.

Le RIS est mandaté par la Loi sur CHS et doit être fourni aux municipalités et aux organismes publics qui gèrent des programmes ou des prestations sociales. Le système est né en janvier 2008, avec la publication au Journal officiel de la création d'un RIS par le décret suprême n° 160, dans le cadre du système de protection sociale, avec son règlement qui normalise l'échange d'informations entre les institutions et le MDS par le biais du SIIS.

Covarrubias, Irrarázaval et Morandé (2011) signalent que le SIIS est la plateforme technologique donnant le soutien informatique nécessaire au système de protection sociale. Il a été créé comme une plateforme modulable permettant d'intégrer d'autres sous-systèmes de protection sociale. Il est géré par le MDS et permet d'identifier les destinataires des prestations et d'assigner et de rationaliser les prestations sociales versées par l'Etat. Pour cela, le MDS met en place des conventions d'échange d'informations avec les services publics versant les prestations à la population (à ce jour, 15 institutions ont signé une convention de collaboration et d'échange d'informations, ainsi que les 345 municipalités). Celles-ci peuvent alimenter le système avec une ou plusieurs bases de données correspondant aux différentes prestations. Les municipalités renseignent le système avec les informations sur les prestations du sous-système *Chile Solidario*, *Chile Crece Contigo*, de l'IEF, de la FPS et des transferts en espèces.

Des quinze institutions ayant signé une convention avec Mideplan, neuf consultent le SIIS avec un service en ligne: la Commission nationale d'assistance scolaire et des bourses, le Service national de formation et d'emploi, l'Institut de prévoyance sociale, le Service national des mineurs, le Service national des personnes âgées, la Corporation nationale forestière, le ministère de l'Intérieur et de la Sécurité publique, le ministère des Mines et le Fonds de solidarité et d'investissement social (FOSIS – *Fondo de Solidaridad e Inversión Social*). L'existence de ces services permet au SIIS d'accéder aux informations correspondantes en consultant directement les sources de données. Ensuite, les institutions ne disposant pas du service en ligne échangent les informations avec le SIIS par lot, c'est-à-dire que les consultations et les demandes se font par un site internet où le MDS insert les informations demandées. Les institutions réalisant les consultations par ce biais sont: la Commission nationale des jardins d'enfants, la Corporation nationale du développement des autochtones, le Fonds national pour l'incapacité, la fondation *Integra*, la gendarmerie et la Surintendance de l'électricité et des combustibles. Les conditions pour ce type de consultations sont élémentaires et il faut simplement disposer d'un ordinateur et d'une connexion internet. Pour pouvoir utiliser cette plateforme, les municipalités ont dû moderniser leurs plateformes technologiques en créant des postes de travail pour les utilisateurs et en établissant des connexions internet. Cependant, sur les 345 municipalités, 40 pour cent sont considérées comme ayant de faibles ressources, ce qui engendre des problèmes d'infrastructure et d'équipement, un manque de ressources économiques ou une mauvaise préparation des employés, ce qui peut rendre l'accès au système impossible à certaines municipalités.

Les institutions qui utilisent le RIS signent des conventions avec le MDS qui précisent les données auxquelles ces organismes ont accès et définissent les droits et

---

obligations inhérents à l'accès et à l'utilisation des informations contenues dans le RIS. Conformément au règlement, les conventions établissent les méthodes d'accès et de transmission des informations; les obligations concernant l'utilisation et le traitement des informations; le contenu et la régularité des rapports; les audits et; le traitement des devoirs de réserve et de confidentialité appropriés. En ce qui concerne le fonctionnement, les conventions établissent les contreparties pour l'échange des informations, les normes de sécurité, le format des bases de données, les champs à échanger, les protocoles de consultation par le service en ligne, les modalités d'échange et leur périodicité. La durée de validité de ces conventions dépend des parties contractantes, qui peuvent s'accorder là-dessus. Le SIIS fonctionne comme une sorte de guichet unique pour l'information sociale et permet de faire valider les antécédents des bénéficiaires des prestations sociales par l'institution même où ils font la demande, tout en permettant le suivi de ces bénéficiaires et une réaction immédiate des services publics et des prestations sociales en fonction des besoins spécifiques de protection sociale des familles. Parmi les utilisateurs du système se trouvent toutes les municipalités, les institutions publiques, les ministères, les sous-secrétariats et autres organismes publics. La plateforme fournit à ces utilisateurs des informations pour l'identification des bénéficiaires et leur localisation territoriale, des informations sur la FPS (score, date de candidature, niveau de vulnérabilité) et la participation à des sous-systèmes sociaux gérés par le MDS comme CHS, CHCC et l'IEF.

Cependant, le SIIS a rencontré des problèmes au cours de sa mise en œuvre, car sa gestion territoriale suppose la coordination au niveau local entre les organismes publics et privés pour garantir la couverture, la qualité et la pertinence des prestations et des services. L'installation du SIIS <sup>26</sup> a été conçue pour faciliter ces processus, mais la faiblesse des ressources, de l'accès à internet, entre autres, ont rendu difficile cette installation.

D'autre part, la logique de l'offre publique a une approche par secteurs, ce qui rend difficile la mise en œuvre du SIIS. Plus précisément, le programme *Puente* de CHS dispose d'un système d'inscription et de suivi en ligne, sur lequel les assistants familiaux qui travaillent avec les familles saisissent les informations collectées à chaque session de travail. Ceci permet de connaître en ligne la demande de chacune des familles et ainsi d'établir les priorités des prestations à mettre à leur disposition par les institutions prestataires de services (Cunill, 2005).

#### **4.4. Cadre juridique et conception institutionnelle des mécanismes de coordination pour le pilier non contributif de la protection sociale**

La législation relative aux réformes de protection sociale a permis une continuité des politiques, y compris celle des réformes du pilier non contributif. D'autre part, comme les droits aux programmes sont garantis par la loi, l'Etat a le devoir de réaliser les prestations garanties, ce qui constitue un élément de continuité pour les bénéficiaires des prestations

<sup>26</sup> Le SIIS a été mis en œuvre en même temps que l'application du transfert conditionnel en espèces de CHS, mais il inclut des informations sur tout le système de protection sociale national. Il se compose de cinq modules interconnectés: *a)* l'accès au système de protection sociale; *b)* les services et prestations des bénéficiaires; *c)* la gestion de ces services et prestations; *d)* un registre unique des bénéficiaires; et *e)* les informations en ligne et les consultations des citoyens. Etant donnée l'importance de la gestion décentralisée de la protection sociale au niveau des municipalités au Chili, le SIIS fonctionne au niveau régional et local.

---

de ces programmes. Chaque programme a été créé et consolidé par des débats parlementaires et la promulgation de lois.

■ **Création du système intersectoriel de protection sociale (loi n° 20.379)**

Il faut souligner que, pour donner une impulsion à la coordination entre les ministères, les services et les organes publics, la loi n° 20.379 a été promulguée en 2009. Celle-ci instaure un système intersectoriel de protection sociale et donne une solidité et une stabilité juridique et de ressources à un système de garanties que les citoyens peuvent exiger dans deux domaines-clés: la protection des enfants et la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité. Le système intersectoriel de protection sociale est constitué de deux grands piliers: les programmes liés à CHS et CHCC, agrémentés en 2012 de l'IEF. Leur principe de base est d'articuler un socle de protection sociale pour les personnes les plus pauvres. Ce système de protection sociale a ainsi une légalité «forte» et des ressources financières incluses dans le budget annuel du MDS, ce qui permet leur consolidation institutionnelle et réduit leur dépendance envers le gouvernement au pouvoir.

L'article 1 de la loi n° 20.379 signale que le système intersectoriel de protection sociale «est un modèle de gestion constitué par les actions et prestations sociales exécutées et coordonnées par différents organismes de l'Etat, destinées à la population nationale la plus vulnérable socioéconomiquement et nécessitant une action concertée desdits organismes pour accéder à de meilleures conditions de vie». Ainsi, il établit que le MDS sera responsable de la gestion, de la coordination, de la supervision et de l'évaluation de la mise en œuvre du système. Un ensemble de lois développé dans le tableau 4.5 vient apporter une sécurité juridique pour l'institutionnalisation du système de protection sociale chilien.

Le système intersectoriel de protection sociale inclut trois sous-systèmes: CHS, CHCC et l'IEF, dont la stratégie d'intervention est la même: générer un modèle de soins complet par l'intégration d'un appui psychosocial ainsi que d'un accès préférentiel aux programmes et services sociaux, ce qui nécessite une coordination centrale des ministères et services par le MDS. CHS et l'IEF jouent un rôle fondamental dans les transferts en espèces, ce qui ne se produit pas dans CHCC, qui vise plus fortement la coordination interinstitutionnelle.

La conception de la coordination de cette loi reprend l'expérience de la conception de *Chile Solidario*, fonctionnant comme un filet de sécurité de revenu et un accès garanti aux services essentiels, et organisant l'articulation de l'offre publique ciblant les familles pauvres, raison pour laquelle CHS constitue un sous-système de protection sociale.

Le premier programme mis en œuvre par CHS est le programme *Puente*, qui cible les familles en situation d'extrême pauvreté et suit le slogan «un pont vers tes droits», ce qui exprime très bien la logique du programme. Suivant l'hypothèse que les personnes en situation d'extrême pauvreté sont exclues de l'offre de biens et services publics, CHS a induit un changement dans la gestion des différents services et ministères pour qu'ils rapprochent et adaptent leur offre aux besoins des personnes en situation d'extrême pauvreté, afin que ceux-ci puissent effectivement faire valoir leurs droits (à l'éducation, à la santé, à des subventions, etc.). Les bénéficiaires de CHS doivent respecter 53 conditions de qualité de vie minimales regroupées dans sept dimensions de bien-être<sup>27</sup> et qui

<sup>27</sup> Les sept dimensions sont les suivantes: santé, éducation, logement, emploi, revenus, dynamiques familiales et identification (registre civil).

constituent des droits minimums (Raczinsky, 2008). Ce système est contraignant pour l'Etat (qui doit adapter son offre aux besoins des bénéficiaires) comme pour les bénéficiaires (qui doivent remplir des conditions). Le nombre de conditions a été porté à 79, car une grande partie des conditions de santé et d'éducation étaient déjà remplies par les bénéficiaires

CHS a été élargi des personnes en situation d'extrême pauvreté (*Puente*)<sup>28</sup> à d'autres groupes ayant des conditions spécifiques d'exclusion et de vulnérabilité et nécessitant des soins particuliers: les personnes âgées vivant seules (*Vínculos*), les sans-abris (*Calle*) et les enfants de personnes en prison (*Caminos*). Ces programmes suivent le même modèle d'intervention et de coordination intersectorielles, garantissant l'accès des bénéficiaires aux prestations élémentaires du réseau social et établissant une mesure monétaire ou une prime et la signature d'un engagement avec les bénéficiaires qui doivent réaliser certaines actions déterminées fondamentalement en lien avec la santé et l'éducation des enfants. CHS établit un «socle» minimum de prestations. Le modèle de gestion de CHS permet d'articuler des paquets de services intégrés entre les secteurs avec une forte présence au niveau local et des liens avec l'ensemble du système de protection sociale.

**Tableau 4.5. Lois et programmes ciblant l'extrême pauvreté ou la vulnérabilité**

Loi	Gouvernement sous Président	Description	Programmes liés	Année	Bénéficiaires
Loi n° 19.949 (2004)	Lagos	Système de protection sociale CHS	<i>Puente</i>	2002	Familles en situation d'extrême pauvreté
			<i>Vínculos</i>	2005	Personnes âgées en situation d'extrême pauvreté et vivant seules
			<i>Calle</i>	2006	Sans-abris
			<i>Caminos</i>	2008	Enfants dont les parents sont en prison
Loi n° 20.379 (2009)	Bachelet	Systèmes intersectoriels de protection sociale CHS et CHCC	CHCC	2009	Enfants de 0 à 4 ans appartenant aux 60 pour cent les plus vulnérables
	Piñera		CHS	2004	Familles et personnes pauvres et vulnérables
			Sous-système <i>Oportunidades</i>	2012	Issu de l'IEF, pour les familles et les personnes en situation d'extrême pauvreté
Loi n° 20.595 (2012)	Piñera	Crée l'IEF qui établit des primes et des transferts en espèces pour les familles en situation de pauvreté extrême et crée des subventions pour l'emploi des femmes	IEF	2012	Familles et personnes pauvres et vulnérables

**Appui psychosocial + Transferts en espèces + Coordination intersectorielle garantissant l'accès aux programmes**

Source: élaboré par l'auteur.

<sup>28</sup> *Puente* est le programme ayant la couverture la plus étendue. Il fonctionne avec les familles (principalement les femmes) pour réduire l'extrême pauvreté. Il vise à: *a*) appuyer les familles en situation d'extrême pauvreté sur le plan psychosocial pour promouvoir le développement de leurs propres compétences et leur donner leur autonomie; *b*) rapprocher les familles indigentes des services et prestations sociaux disponibles dans leur région et; *c*) créer des conditions minimums pour garantir que les membres les plus vulnérables des familles aient l'opportunité d'améliorer leur niveau de vie.

---

L'IEF est intégré au système intersectoriel de protection sociale (loi n° 20.379) par le biais d'un sous-système de protection et de promotion sociales, *Seguridades y Oportunidades* (Sécurités et opportunités), car la loi n° 20.379 laissait toute latitude d'intégrer d'autres sous-systèmes aux deux originaux, CHS et CHCC, comme le montre le tableau 4.6. L'article 3 de cette loi établit expressément que les sous-systèmes sont CHS, régulé par la loi n° 19.949 et la Protection intégrale de l'enfance CHCC, outre ceux pouvant être incorporés<sup>29</sup>, et respectent un modèle (précisé dans l'article 4) prenant en charge les familles vulnérables de manière ciblée par un programme central, avec des évaluations et un mécanisme de sortie graduelle des bénéficiaires du sous-système, et qui a expressément pour but de (article 4, d)) «concevoir et exécuter des actions et des prestations sociales nécessitant une gestion coordonnée entre les secteurs par différents organismes publics, et dont la mise en œuvre se fera de préférence au niveau des municipalités.» Pour cela, la loi confère au MDS la faculté de signer des accords avec les municipalités, les ministères et les services.

Les sous-systèmes CHCC et *Oportunidades y Seguridades* (IEF) sont liés à CHS. Le premier intègre les familles des enfants bénéficiaires à CHS si elles en respectent les conditions et le second intègre les bénéficiaires de CHS comme ses propres bénéficiaires, débutant ainsi leur transition vers l'IEF<sup>30</sup>.

#### ■ Loi n° 20.530 de création du ministère du Développement social

La principale modification institutionnelle dans le domaine social concerne le passage du ministère de la Planification au MDS (loi n° 20.530) en 2011 et la création de deux Sous-secrétariats:

- Celui de l'évaluation sociale, chargé de la coordination sociale, de la conception, du suivi et de l'évaluation des plans, programmes et politiques sociales ainsi que de la supervision du système national d'investissements. Pour remplir ces fonctions, il établit, sous réserve de l'approbation du Comité interministériel sur le développement social, l'évaluation et les décisions quant aux résultats de cette évaluation. Il vise à améliorer la gestion et les effets des politiques et programmes ainsi que des instruments de ciblage.
- Celui des services sociaux, qui coordonne et intègre les services dépendants du MDS et supervise l'exécution du système intersectoriel de protection sociale. Il supervise

<sup>29</sup> La loi établit que l'intégration d'un nouveau sous-système est décidée par le Comité interministériel qui devra solliciter auprès d'un Conseil consultatif sur le système intersectoriel de protection sociale un rapport sur l'intégration de ce sous-système. Les membres de ce conseil sont des académiciens ou des professionnels du domaine des politiques publiques, ou de disciplines liées au sous-système et doivent être représentatifs de la diversité régionale.

<sup>30</sup> L'article 3 de la loi n° 20.595 sur l'IEF dispose que «L'intégration des personnes et familles au sous-système est compatible avec l'intégration à d'autres sous-systèmes du Système intersectoriel de protection sociale. De même, les personnes ayant cessé d'appartenir à un sous-système ou au sous-système Chile Solidario», que ce soit *Vínculos*, *Calle*, *Puente*, *Caminos* ou CHCC, ou bien ayant bénéficié par le passé de ces programmes, «peuvent intégrer le sous-système *Seguridades y Oportunidades*.» Les familles et personnes qui ont bénéficié de ou intégré CHS en 2012 y seront maintenues jusqu'à la fin de leur participation, et aucun nouveau bénéficiaire n'est intégré à CHS à partir de cette date. Le décret n° 30 sur l'IEF (2012), règlement de la loi n° 20.595, établit que les transferts de l'IEF sont compatibles avec d'autres subventions et transferts de l'Etat. Depuis le 1er février 2013, les bénéficiaires de CHS sont rattachés à l'IEF.

l'exécution des programmes et signe des conventions d'actions avec les services publics liés au MDS. Il crée la Division de promotion et de protection sociale, qui gère, coordonne, supervise et évalue les sous-systèmes de promotion et de protection sociale, en gérant l'application opérationnelle du Système intersectoriel de protection sociale (loi n° 20.379).

L'objectif de cette organisation est d'améliorer les instances exécutives des programmes et des prestations comme les instances de suivi et d'évaluation des programmes sociaux par la collecte et la consolidation des informations sociales<sup>31</sup>.

L'article 1 de la loi n° 20.530 dispose que «le ministère du Développement social aura la responsabilité de la gestion, de la coordination, de la supervision et de l'évaluation de la mise en œuvre du Système intersectoriel de protection sociale créé par la loi n° 20.379, veillant à ce que les prestations d'accès préférentiel ou garanti offertes par les sous-systèmes permettent une plus grande équité et un plus grand développement social à la population dans le cadre des politiques, plans et programmes établis».

**Tableau 4.6. Nouvelle institution ministérielle**

<b>Ministère de la Planification (Mideplan)</b>	<b>Ministère du Développement social (MDS)</b>
<b>Législation</b>	
1990. Loi n° 18.899	2011. Loi n° 20.530
<b>Fonctions de coordination intersectorielle</b>	
N'établit pas de fonctions de coordination de compétences exclusives du ministère. Coordination à partir du: Conseil de ministres créé par la loi n° 20.422 (Loi sur l'invalidité). Comité interministériel créé par la loi n° 20.379 (Loi sur le Système intersectoriel)	Création du Comité interministériel sur le développement social <sup>1</sup> qui remplace les comités de la loi n° 20.422 et de la loi n° 20.379 <sup>2</sup> . Articuler et coordonner le système intersectoriel de protection sociale et des programmes liés Coordonner l'exécution des services liés ou dépendants Coordonner les domaines de développement social, au niveau national et régional.
<b>Systèmes d'information</b>	
Attributions conférées par la loi n° 19.949 (CHS), Mideplan gère et récolte des informations dans le RIS du SIIS Confirmé par la loi n° 20.379 (Loi sur le Système intersectoriel)	Crée le système d'information centralisé des bénéficiaires et cotisants des prestations sociales avec toutes les prestations et les bénéficiaires de manière détaillée et facile d'accès. Maintient le SIIS et le RIS
<b>Fonctions principales</b>	
Planification nationale et régionale	Autorité sociale
Objectifs d'investissement public	Coordination des politiques, plans et programmes de développement social
Éradication de la pauvreté	Conception et application des politiques et programmes de suppression de la pauvreté et de la vulnérabilité en promouvant l'intégration sociale
Système national d'investissements	Système national d'investissements
Remarques: <sup>1</sup> Comité composé par les ministres du Développement social, des Finances, du Secrétariat général de la Présidence, de l'Éducation, de la Santé, du Logement et du Travail. <sup>2</sup> La loi n° 20.530 crée le Comité interministériel sur le développement social pour définir les lignes directrices et objectifs de la politique sociale. C'est un organe collégial consultatif auprès de la Présidence de la République composé des ministres de l'Éducation, de la Santé, du Logement et de l'Urbanisme, du Secrétariat général de la Présidence, du Travail et de la Prévoyance sociale, ainsi que des Finances. Ses fonctions sont de: a) connaître les objectifs stratégiques des ministères et veiller à leur respect; b) proposer au Président de la République des plans sociaux de couverture interministérielle; c) évaluer les programmes sociaux et; d) adopter des mesures concernant les programmes d'exécution.	
Source: élaboré par l'auteur.	

<sup>31</sup> Voir: [http://www.camara.cl/pley/pley\\_detalle.aspx?prmID=7623etprmBL=7196-06](http://www.camara.cl/pley/pley_detalle.aspx?prmID=7623etprmBL=7196-06) [décembre 2010].

## ■ Coordination intersectorielle et efforts pour créer un guichet unique

Les sous-systèmes CHS, IEF et CHCC ont pour but, chacun avec ses propres actions, de constituer un réseau social de base qui fonctionne comme un guichet unique effectif pour les bénéficiaires du système de protection sociale. Le caractère intersectoriel prend tout son sens et est la condition du succès du programme de lutte contre la pauvreté.

Le tableau 4.7 montre pour chaque sous-système le point d'accès, le caractère intersectoriel et les synergies. Il faut souligner que CHS effectue un effort délibéré de concevoir un programme et une méthodologie d'intervention visant à dépasser la fragmentation interinstitutionnelle. Ses fondements (documentation, normes) posent l'objectif d'un caractère intersectoriel et de la complémentarité des politiques afin d'aborder le caractère pluridimensionnel de la pauvreté.

**Tableau 4.7. Coordination intersectorielle horizontale**

Sous-système		Point d'entrée	Agences centrales	Unité de gestion territoriale	Niveau local
<i>Chile Solidario</i>	<i>Puente</i>	Assistants familiaux	MDS FOSIS	Unité d'intervention familiale	Réseau local d'intervention sociale (coordination de l'offre publique et privée existante sur le territoire) Municipalités et ONG
	<i>Caminos</i>	Tuteurs	MDS	Bureaux municipaux (DIDECO)	
	<i>Calle</i>	Démarcheurs de rue			
	<i>Vinculos</i>	Moniteurs communautaires	MDS Service national des personnes âgées		
<i>Oportunidades</i>	IEF	Assistants familiaux et socioprofessionnels*	MDS FOSIS	Gestionnaire territorial Municipalité	
<i>Chile Crece Contigo</i>	<i>Chile Crece Contigo</i>	Soins essentiels de santé	Ministère de la Santé MDS	Responsable régional CHCC Municipalité	Réseau local <i>Chile Crece Contigo</i>

Source: élaboré par l'auteur.

\*Jusqu'en 2014, inclut les bénéficiaires de *Puente*/CHS.

Les assistants familiaux jouent un rôle central et doivent connaître les cas de vulnérabilité afin d'activer et d'intégrer tous les services publics et les municipalités qui offrent ces services au niveau communal selon les besoins spécifiques détectés. De même, lorsqu'ils sont confrontés à un cas précis, les assistants familiaux, les moniteurs communautaires et les démarcheurs de rue doivent identifier les solutions possibles et choisir la meilleure et la plus satisfaisante parmi les offres, puis donner aux utilisateurs les consignes nécessaires pour s'orienter correctement dans le réseau. Quand cela n'est pas en place, ils doivent porter à la connaissance du responsable territorial ces cas pour que ce dernier gère les dispositifs de coordination et d'intermédiation qui, au niveau local, permettent de trouver les offres répondant aux besoins spécifiques détectés.

La mise en œuvre de l'appui psychosocial (dans ses différentes modalités en fonction des programmes) comme guichet unique présente de multiples avantages pour les bénéficiaires des programmes sociaux, ce qui se traduit par des effets positifs sur les personnes. De fait, l'intermédiation assurée par l'appui psychosocial réduit les difficultés d'accès des personnes et des familles en situation d'extrême pauvreté à l'offre de programmes et de prestations sociales, offre qui a une structure dispersée et sectorielle. L'appui psychosocial est le lien entre les familles et l'offre, il leur transmet les informations sur les prestations sociales correspondant à leur situation et leur en facilite l'accès. Avant ce guichet unique, comme le montrent Ruz et Palma (2005), les personnes



---

devaient réaliser des démarches complexes. Le bénéficiaire devait évaluer lui-même ses problèmes, puis identifier les prestations auxquelles il avait droit pour résoudre ces problèmes. Désormais, c'est le personnel chargé de l'appui psychosocial qui évalue les besoins et décide des mécanismes et des offres les plus adaptées pour leur résolution, facilitant ainsi les démarches des familles. Les principaux avantages pour les bénéficiaires de ce guichet unique sont: a) d'augmenter l'approche et la connaissance des bénéficiaires sur les institutions publiques et les prestations auxquelles ils ont droit; b) que les bénéficiaires disposent de plus d'informations sur l'utilisation des ressources publiques; c) de réduire les coûts et les durées de formalités; d) d'éviter le déplacement en personne jusqu'à plusieurs instances du gouvernement. L'appui psychosocial en tant que guichet unique d'accès à l'offre publique a des effets positifs comme de meilleurs liens avec les institutions publiques (Université du Chili, 2005), une meilleure adéquation des besoins et de l'offre publique, l'autonomisation et un meilleur traitement des informations (Université du Chili, 2005), les familles disposent désormais d'une importante source d'information sur l'offre publique et des mécanismes permettant d'accéder à cette offre (Université du Chili, 2005; Evaluations pour le développement, 2005a; Evaluations pour le développement, 2005b).

Pour que ce modèle fonctionne de manière efficace, les informations sur les programmes, les services et les prestations existant dans le réseau institutionnel doivent être accessibles, appropriées et de bonne qualité. De même, ces informations doivent être utilisées de façon fluide par les opérateurs du système de protection sociale, qui doivent soit articuler les services au niveau local pour obtenir des réponses satisfaisantes aux demandes, soit orienter les utilisateurs vers les autres possibilités d'action.

De manière générale, CHS travaille depuis ses origines avec un concept de «plan des opportunités» faisant référence à un catalogue de prestations et de programmes qui, étant le fruit des conventions de collaboration ou de transfert des ressources, sont disponibles et peuvent être attribués de façon préférentielle aux utilisateurs de CHS. Ces informations sont remises aux unités de gestion territoriale qui, au niveau régional, provincial et communal, sont chargées d'appuyer le fonctionnement des réseaux territoriaux de services et notamment les équipes psychosociales intervenant directement auprès des personnes et qui sont donc chargées d'orienter les utilisateurs vers les possibilités existantes.

D'autre part, l'ensemble des informations sur les programmes et prestations est traité par le SIIS, qui joue le rôle de guichet unique d'information sociale pour les services sociaux et a des effets positifs sur les utilisateurs qui économisent temps et argent parce que leurs antécédents sont validés en ligne par l'institution même où ils font la demande d'une prestation. De plus, cela permet aux utilisateurs d'obtenir en ligne et gratuitement un certificat de résultats pour la FPS, obligatoire pour obtenir les subventions sociales. Avant la création de ce système, les citoyens souhaitant bénéficier de prestations devaient faire la demande de ce certificat auprès d'un service, puis se rendre à un autre, soit une perte de temps et de ressources.

Il faut signaler que le fonctionnement des sous-systèmes composant le système intersectoriel de protection sociale de CHS nécessite d'articuler la gestion des différentes répartitions sectorielles de façon à ce qu'elles définissent des normes et puissent fournir leurs services aux bénéficiaires du programme.

**Tableau 4.8. Coordination intersectorielle des programmes**

Institution	Programme	Protection sociale
Cabinet de la fondation de la première Dame	Développement des compétences professionnelles des femmes, CHS	CHS/IEF
Fondation pour la promotion et le développement de la femme (PROdeMU)	Appui à la dynamique familiale	CHS-Puente
Ministère de la Santé FONASA	Plan de santé familiale (AUGE et Programmes de santé de l'enfant, de l'adolescente, de la femme, de l'adulte et de la personne âgée, et santé buccale)	Tous les programmes CHS- IEF
	Santé mentale	CHS - Calle
	Appui au développement biopsychosocial Appui au nouveau-né	CHCC
MDS Service national de l'invalidité (SENADIS)	Aides techniques pour l'invalidité	CHS/IEF
Service national des personnes âgées	Formation de moniteurs communautaires	CHS-Vinculos
FOSIS	Programme d'autoconsommation Appui à l'insertion professionnelle des jeunes Préparation au travail Programme d'appui aux micro-entreprises (PAME) Habitabilité	CHS-Puente/IEF
Corporation nationale pour le développement des autochtones	Micro-entreprises autochtones	CHS-Puente/IEF
Ministère de l'Éducation Commission nationale des jardins d'enfants (JUNJI)	Programme Connais ton enfant Programme d'amélioration de l'enfance Centres culturels pour l'enfance	CHCC
Commission de l'assistance scolaire et des bourses (JUNAEB)	Santé buccale (enfant de six à quatorze ans) Programme de repas scolaires et troisième service Bourse d'assiduité (éducation secondaire) Compétences pour la vie (psychosocial)	CHS-Puente-Caminos/IEF  CHS-Puente
Fondation <i>Integra</i>	Jardins d'enfants, crèches et extension des horaires	CHS/IEF
Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale Institut de prévoyance sociale	Primes à l'embauche de main d'œuvre SUF, PBS et APS, prime par enfants, subvention pour l'eau potable et subvention en cas de cessation d'activité	CHS/IEF
Ministère du Logement et de l'Urbanisme/Biens nationaux	Habitabilité CHS	CHS-Puente
Ministère de l'Agriculture Corp. nationale forestière	Programme d'appui à l'emploi, CHS	CHS/IEF
Ministère de la Justice	Centres d'aide judiciaire Bureau de la protection des droits (OPD - <i>Oficina de Protección de derechos</i> )	CHS-Caminos CHCC

Source: d'après Mideplan (2009a).

La coordination des programmes fonctionne au niveau central, régional et local. En raison de sa pertinence dans la promotion du capital humain et la réduction de la pauvreté, et son rôle marqué dans CHS et l'IEF, il convient notamment de souligner la prestation de

---

services de santé essentiels et d'éducation élémentaire, gérée par les municipalités et orientée par les politiques des ministères de la Santé et de l'Éducation. D'autres programmes, comme le montre le tableau 4.8, concernent l'habitabilité (FOSIS); les démarches pour obtenir des subventions (SUF, PBS et APS, prime par enfants, subvention pour l'eau potable et subvention en cas de cessation d'activité), gérés par l'Institut de prévoyance sociale; l'intégration à des programmes d'écoles maternelles (JUNJI) et de repas scolaires (JUNAJEB); l'accès à l'offre de programmes FOSIS (notamment des programmes pour les micro-entreprises); l'accès à des programmes spécifiques traitant de problèmes sociaux ou touchant des groupes de populations, comme la cohabitation familiale (PROdeMU), l'invalidité (SENADIS); des programmes de formation et d'emploi (*Servicio Nacional de Capacitación y de Empleo*, SENCE), etc. (Mideplan, 2009a).

#### **4.5. Le modèle de gestion de *Chile Solidario* comme conception de référence pour la coordination intersectorielle**

La configuration de CHS est une composante du socle de protection sociale pour les familles en situation d'extrême pauvreté. CHS emprunte une approche différente des programmes de transferts conditionnels de la région en ce sens qu'il constitue un système d'articulation de l'offre publique afin d'assurer l'accès à cette offre aux personnes qui en sont exclues. Ainsi, CHS met l'accent sur le modèle de gestion intersectorielle plutôt que sur le respect des conditions ou les transferts en espèces.

Pour élaborer le sous-système de protection sociale de CHS, un réseau articulé de politiques et de programmes sociaux a été progressivement créé dans les secteurs fondamentaux de la santé, de l'emploi, du logement, de l'éducation et des transferts de revenus et en nature. Ce réseau vise une combinaison intégrée des composantes contributives et non contributives. La coordination interinstitutionnelle joue un rôle capital dans l'atteinte de cet objectif. Plusieurs ajustements institutionnels ont été mis en place, CHS en étant le pionnier, avec la création d'une structure coordonnée centrale, le Secrétariat exécutif, dépendant du MDS, dont le rôle est d'intégrer les actions des ministères de la Santé, de l'Éducation, du Logement et de l'Urbanisme, et du Travail et de la Prévision sociale.

CHS s'articule en réseau pour couvrir les personnes pauvres et vulnérables en reliant entre eux les institutions et mécanismes de gestion qui offrent une réponse intégrée. Les programmes en faisant partie ont comme point commun le fait qu'ils mettent l'accent sur l'accompagnement psychosocial afin de faciliter le lien entre les besoins des personnes et des familles et la structure d'opportunités découlant de l'offre publique. Cela permet d'atténuer les risques sociaux et d'obtenir une réduction durable, de la pauvreté, et pas seulement de la pauvreté transitoire (Mideplan, 2009). Le système de protection CHS, mis en place par la loi n° 19.949, comporte trois composantes principales:

- Appui psychosocial: accompagnement personnalisé des familles sur une période déterminée (24 ou 12 mois), dont l'objectif est de «promouvoir le développement des compétences personnelles et familiales permettant de satisfaire les conditions minimums de qualité de vie» (art. 4).
- Accès à une offre préférentielle: les personnes appartenant à CHS sont exemptées des quotes-parts des programmes sociaux de l'Etat.
- Subventions et primes CHS: les familles appartenant à CHS ont un accès garanti aux subventions de l'Etat si elles en respectent les conditions d'éligibilité.

---

Il faut souligner que CHS s'est appuyé sur une conception pluridimensionnelle de la pauvreté qui nécessitait, pour être combattue, des actions coordonnées des différents secteurs et programmes. Comme le rappellent Barrientos et Santibañez (2009), CHS représente un changement dans les politiques de lutte contre la pauvreté: il est intégré à d'autres programmes de lutte contre la pauvreté, ce qui nécessite une coordination des processus financiers, des organisations et des politiques de la part des différents organismes publics et; il établit un fondement conceptuel de la pauvreté pluridimensionnelle et de l'approche des compétences permettant à la population d'atteindre le bien-être et d'éviter la reproduction intergénérationnelle de la pauvreté. La pauvreté est définie comme un manque important de bien-être. Aussi, les actions s'étendent bien au-delà des indicateurs purement monétaires ou d'assistance. Pour les auteurs, le cadre établi par CHS correspond plus à la compréhension pluridimensionnelle et intergénérationnelle de la pauvreté qu'à des perspectives de gestion sociale des risques.

L'état de pauvreté est considéré comme un problème multidimensionnel caractérisé par de faibles revenus monétaires, une faible dotation en capital humain, un faible capital social et une forte vulnérabilité face à des événements tels que les maladies, les accidents, l'inactivité, entre autres (Larrañaga, Contreras et Ruiz Tagle, 2009). Il faut aborder ce problème en intégrant les personnes pauvres aux réseaux sociaux, en améliorant leurs connaissances de l'offre publique et en leur permettant d'accéder à une meilleure qualité de vie. Ainsi, CHS est orienté et nourri par les principes directeurs suivants: *a)* objectif d'égalisation des compétences essentielles de la population; *b)* considération du fait que les secteurs les plus vulnérables ont certains droits, dont celui d'être assistés; *c)* intégralité des actions; *d)* objectif d'égalité et gestion des vulnérabilités; *e)* considération de la famille comme le noyau du développement humain et; *f)* encouragement du développement local et de la participation des citoyens (Mideplan, 2009b).

Les bases du système intersectoriel CHS prévoient que la conceptualisation de la pauvreté principalement à partir d'un déficit des revenus est insuffisante pour aborder la complexité de celle-ci et des nouveaux mécanismes d'exclusion sociale. D'autres carences ont été identifiées qui expliquent l'incapacité de satisfaire de façon indépendante les besoins fondamentaux: le manque de compétences, de capital social, de pouvoir, de capital symbolique, entre autres éléments sociaux, culturels et politiques. Ces conditions provoquent l'exclusion sociale, empêchent les personnes de participer pleinement à la société et diminuent la possibilité de revendiquer leurs droits (Mideplan, 2009a). Dans ce contexte, la pauvreté peut être comprise comme une privation de la citoyenneté, car les personnes les plus pauvres ne disposent pas des mécanismes de prestations et d'appartenance leur permettant de faire partie intégrante d'une communauté.

Selon ce paramètre, depuis ses débuts, CHS a été conçu comme une partie du système de protection sociale visant à articuler l'offre publique pour constituer un guichet unique d'accès des bénéficiaires au système plus général de protection sociale. Aussi, des méthodologies d'intervention et des stratégies de coordination ont été prévues pour permettre l'articulation entre les différents secteurs publics. Ainsi, d'après Draibe (2009):

Du point de vue du caractère institutionnel, CHS a fait le pari d'un changement de conception institutionnelle des politiques sociales ciblant les personnes pauvres, les concevant comme un système coordonné de protection sociale en s'appuyant sur une vision systémique et intégrale des demandes sociales et des réponses des politiques publiques. L'intersectorialité et l'intégralité des politiques et des programmes sociaux ont été visées par le programme depuis sa conception initiale.

C'est cette qualité qui permet de qualifier CHS de sous-système ayant une approche axée sur les droits, la prise en compte du caractère pluridimensionnel de la pauvreté et l'insertion des programmes de transferts en coresponsabilité dans des systèmes plus étendus de protection sociale (Cohen et Franco, 2006).

---

Voici les étapes centrales de la mise en œuvre de CHS:

- Sélection ciblée des bénéficiaires avec la FPS.
- Visite de l'assistant familial et signature par la famille de l'engagement de participation au programme et du calendrier de réalisation des conditions.
- Création d'un registre de suivi des familles bénéficiaires à partir des données collectées entre les services et présentes dans le SIIS, système numérique et en ligne. C'est la source d'information alimentant la gestion des Unités d'intervention familiale (UIF – *Unidad de Intervención Familiar*) qui permet à la fois de contrôler au niveau central les progrès de CHS dans chaque commune, province et région, et de générer et de mettre à jour des statistiques sur les principales caractéristiques des familles, le respect des conditions minimums et les transferts de ressources.
- Mise en place de CHS au niveau local, dans les municipalités. Ces dernières signent un accord formel avec le niveau central de CHS, s'engageant à créer une UIF, à en désigner un responsable et à affecter du personnel municipal aux activités d'assistance familiale. Si elles n'en ont pas les moyens, le FOSIS les appuie financièrement et l'accord peut être signé par la municipalité ou par le FOSIS. Il faut signaler qu'au bout de six mois de mise en œuvre de CHS, 332 municipalités sur 341 avaient signé cet accord. Aujourd'hui, toutes l'ont signé.
- Souscription d'une convention entre le niveau central de CHS et les différents services et ministères afin de garantir l'offre publique de services et de programmes CHS. Les services publics s'engagent à donner la priorité de leurs prestations aux familles de CHS. Les conventions nationales servent d'appui à la gestion du réseau au niveau communal. L'activation locale de ce réseau est réalisée par les UIF.

En termes de dépenses, la mise en œuvre de CHS depuis 2002 n'a pas représenté une augmentation considérable des dépenses de protection sociale. C'est un des résultats escomptés, car CHS se voulait un modèle de gestion intersectorielle améliorant l'accès des groupes les plus pauvres et vulnérables à l'offre publique existante. La majorité des ressources de CHS consistent en des transferts de revenus et des programmes d'accès préférentiel qui existaient déjà auparavant. Les ressources liées à CHS représentent à peine 2,4 pour cent des dépenses sociales (Raczynski, 2008), soit 0,1 pour cent du PIB.

La mise en œuvre de ce modèle de gestion intersectorielle a nécessité des instruments et des stratégies permettant de supprimer la fragmentation institutionnelle qui caractérise traditionnellement les actions des organismes étatiques. Pour cela, trois innovations ont été instaurées dans la politique sociale chilienne pour permettre l'articulation des services publics en lien avec CHS: 1) favoriser, grâce aux assistants familiaux (ou appui psychosocial) la demande de services de la part des familles, les reliant à l'offre publique de services et dépassant ainsi l'isolement et l'exclusion des personnes indigentes; 2) établir des conventions et des accords de collaboration entre CHS et les différents ministères et services de façon à garantir les prestations des bénéficiaires de CHS et à modifier leur offre en fonction des besoins des familles détectés par l'assistant familial; 3) générer une structure de mise en œuvre de CHS au niveau territorial ou local pour faciliter l'accès aux informations et aux ressources pour les bénéficiaires de CHS. Au sein de l'ensemble de ces stratégies, l'assistant familial joue un rôle clé de lien avec les familles, d'impulsion de l'adéquation de l'offre publique et des besoins des familles, et enfin d'articulation du réseau local.

Concernant l'assistant familial, sa présence et ses actions sont capitales pour amener le réseau social local jusqu'au bénéficiaire, appuyer et stimuler psychosocialement la famille, et agir comme démarcheur et activateur du processus d'obtention des minimums

---

sociaux par les familles (Ruz et Palma, 2005). L'existence de services spécialisés d'appui psychosocial pour les utilisateurs est un aspect caractéristique de CHS, ce qui depuis les débuts a été considéré comme un axe stratégique du modèle de travail promu par une conception élargie de la protection sociale, reposant sur le renforcement des capacités pour un développement autonome des personnes dans les réseaux de services. Ainsi, les bénéficiaires du système peuvent compter dès le début sur le service d'appui psychosocial et sur un professionnel chargé de motiver les familles et de mettre à leur disposition son engagement pour le changement (Mideplan, 2009a). A travers cet accompagnement familial, CHS fournit à ses bénéficiaires un accès préférentiel à l'offre publique de services sociaux et de subventions, ainsi que des transferts conditionnels. Les bénéficiaires sont sélectionnés à partir du score dans la fiche de ciblage FPS et reçoivent la visite d'un professionnel chargé de l'accompagnement familial. Ils cèlent leur participation à CHS avec la signature d'un contrat où les familles s'engagent à respecter un total de 79 conditions réparties en sept dimensions: identification, santé, éducation, dynamique familiale, logement, travail et revenus. Les bénéficiaires participent au programme pendant cinq ans, mais l'accompagnement familial dure deux ans et est capital pour rapprocher les familles et les personnes de l'offre publique et pour modifier l'offre publique en fonction de leurs besoins.

CHS a identifié 79 conditions minimums comme objectifs sectoriels, faciles à comprendre et à contrôler, que les familles doivent respecter volontairement au cours d'une période déterminée, suivant l'accord souscrit par la famille et l'assistant familial. Ces conditions sont essentielles dans le plan de travail de l'assistant familial et engagent les services et autres secteurs à mettre en place les conditions nécessaires à leur respect.

Cela est relié à un deuxième aspect capital du modèle de coordination intersectorielle de CHS, à savoir la signature d'accords entre CHS et les différents organismes et services. CHS comporte une unité de coordination et d'exécution au niveau central qui établit des accords budgétaires avec les différents ministères et services pour garantir le respect des dispositions d'offre publique dans les sept dimensions couvertes par CHS. Ces accords ont pour but de garantir l'accès prioritaire des bénéficiaires aux programmes relatifs à l'emploi, au logement, à l'éducation et à la santé. Il faut souligner l'effort d'intermédiaire réalisé par CHS. C'est notamment le cas pour le SENCE qui dispose de deux programmes (prime à l'embauche de main-d'œuvre et subvention pour l'embauche de jeunes de CHS) qui appuient l'intégration au marché du travail de ce groupe de population par le biais d'activités de formations et d'intermédiation professionnelles. Au niveau central, toute l'offre publique est coordonnée dans le SIIS, la plateforme de données utilisées par tous les secteurs et niveaux (central, régional et local) sur les bénéficiaires de CHS. Il faut ajouter que CHS améliore la gestion sans avoir un coût fiscal élevé.

Ce modèle contractuel repose sur des conventions de transferts de ressources entre le MDS et les ministères et services fournissant des prestations aux bénéficiaires de CHS. La loi budgétaire annuelle assigne une quantité de ressources déterminées à différentes institutions afin de financer les prestations et les services (réguliers ou nouveaux) en faveur des familles pour leur permettre de remplir les 79 conditions minimums. Ces conventions établissent des rapports périodiques sur les progrès concernant les prestations et les services attribués, ainsi que des mécanismes spécifiques permettant de rendre compte des ressources transférées; elles deviennent donc des conventions de réalisation. En cas de non-respect d'une convention de collaboration, ce fait est signalé dans les rapports périodiques adressés à la présidence. Pour les conventions sur les transferts de ressources, la sanction maximum que risquent les institutions est de ne plus disposer de ressources pour leurs programmes (Cunill, 2005).

La gestion technique est principalement assurée au niveau central et inclut l'accompagnement et le conseil technique auprès des municipalités et au niveau sous-

national (provincial et régional) afin de rendre effective la mise en œuvre au niveau local du réseau d'intervention. Le Secrétariat exécutif de CHS a effectué la majorité des évaluations de CHS et l'accompagnement technique des assistants familiaux, du personnel des UIF, des municipalités et d'autres acteurs impliqués. Un effort de diffusion des supports et des connaissances a été effectué, ce qui a permis d'avoir plus d'informations en ligne, de formations, de discussions, de cours et de communautés d'apprentissage, entre autres initiatives.

Le troisième aspect correspond à la structure de gestion de CHS. Celle-ci est centralisée au sein du MDS, mais s'effectue au niveau local, dans toutes les municipalités du pays, par le biais des UIF (mises en place par la loi CHS). Les UIF organisent le réseau local appuyant la mise en œuvre du programme. Ce réseau local d'intervention sociale est constitué d'acteurs et d'institutions privés et publics, dont la tâche principale est d'apporter un soutien institutionnel aux familles dans le développement de leurs compétences et dans leur lutte contre la pauvreté. Cette structure territoriale et locale est la fondation de la gestion locale du programme. En ce qui concerne le caractère intersectoriel, l'articulation du programme avec tous les domaines sociaux impliqués dans les conditions se fait dans les trois plans de la structure administrative du pays par le biais de comités d'articulation (national et régionaux) et du réseau local d'intervention auprès des familles (municipal) (Draibe, 2009). Ainsi, les UIF sont l'axe central au niveau local. Elles mettent en œuvre les changements et les innovations de l'offre de programmes institutionnels pour répondre aux besoins et aux demandes des familles de CHS. Dans le modèle de coordination interinstitutionnelle de CHS, le réseau principal est au niveau local et les niveaux sous-nationaux (régional et provincial) sont des appuis à l'articulation de ce réseau. Ainsi, dans les communes où il n'existe pas d'offre suffisante en matière de services, il incombe aux instances provinciales et régionales de débloquer les ressources nécessaires (Ruz et Palma, 2005).

Le tableau 4.9 explique les quatre modalités de gestion pour la coordination intersectorielle décrites précédemment.

**Tableau 4.9. Modalités de gestion de la coordination intersectorielle**

Budgétaire	Territoriale	De connaissances	Technique
<p><b>Conception institutionnelle contraignante</b> Conventions de transferts conditionnels de ressources avec les ministères, services et municipalités pour concrétiser l'accès préférentiel. Accords institutionnels pour disposer d'un système de garanties et d'accès préférentiels à l'offre de programmes, en ciblant les services pour les personnes vulnérables. Certification de normes de qualité. Définition de minimums de gestion exigibles et de qualité.</p>	<p><b>Conception institutionnelle où les attributions, facultés et obligations sont utilisées et rendues cohérentes</b> L'unité de gestion du système de protection sociale est le territoire (régional, provincial, communal ou local) pour l'organisation des investissements en fonction de la répartition de la population; pour les opportunités disponibles au niveau territorial et pour les compétences et attributions des différents niveaux d'administration de l'Etat.</p>	<p><b>SIIS</b> Souscription de conventions de services pour intégrer les bases de données. Pour appuyer les décisions d'investissement, de ciblage, de localisation et d'organisation du système de prestations.</p>	<p><b>Renforcement des compétences et formation de la capacité institutionnelle</b> La structure ministérielle de l'entité coordinatrice fonctionne avec un système de supervision et d'assistance technique où chaque niveau aide et accompagne le développement du niveau suivant pour renforcer les capacités institutionnelles au niveau local. Utilisation d'instruments méthodologiques, administratifs et techniques du système.</p>

Source: élaboré par l'auteur d'après Winchester (2005) et Draibe (2009).

---

D'abord, la mise en œuvre de CHS a des effets sur l'ensemble des organismes publics impliqués. Des politiques, procédures et pratiques sont modifiées à l'intérieur des services afin de diriger l'offre publique vers les personnes et les familles les plus pauvres. En second lieu, de nouveaux mécanismes d'intermédiation entre la structure d'opportunités et les bénéficiaires sont créés par l'intervention des personnes chargées de l'appui psychosocial<sup>32</sup>. En troisième lieu, le parti de la décentralisation a été pris avec la participation du niveau local et des municipalités comme acteurs stratégiques pour la mise en œuvre et une meilleure articulation du niveau central. En quatrième lieu, la protection sociale a été structurée pour répondre non seulement à l'état de pauvreté, mais aussi aux besoins des personnes tout au long de la vie.

#### **4.5.1. Modèle de mise en œuvre territoriale de Chile Solidario**

D'après les résultats de CHS, Draibe (2009) et Raczynski (2008) soulignent qu'il a permis de faciliter la transition des familles vers le système de protection sociale, ce qui était l'objectif premier du programme. Cela est dû à deux facteurs principaux: le travail d'appui social réalisé directement auprès des familles, et l'impulsion donnée aux réseaux sociaux et de services auxquels les familles sont intégrées et qui renforcent le caractère intersectoriel et permettent un plus grand degré de cohésion sociale. Les résultats de CHS montrent que le ciblage est approprié (Galasso, 2006), que les utilisateurs du programme en sont satisfaits (Raczynski, 2008) et que l'objectif d'intégrer les familles en situation d'extrême pauvreté à l'offre publique a été atteint, ce qui fait de CHS un système intégré de protection sociale (Draibe, 2009).

Draibe (2009) et Raczynski (2008) signalent que le respect des conditions a donné de bons résultats, notamment parce que les taux de respect de ces minimums sociaux étaient déjà assez élevés au moment du lancement du programme. Des progrès considérables ont été réalisés pour presque tous les objectifs, certains sont même devenus universels, et les domaines où les pourcentages de départ étaient les plus faibles ont connu les progrès les plus significatifs. Les taux de progression les plus faibles ont été observés pour les objectifs concernant l'emploi/le revenu et le logement.

Le faible impact de CHS dans l'amélioration du taux d'emploi, et donc de la pérennité à moyen et long terme de la réduction de la pauvreté, a été constaté par plusieurs études (Larrañaga, Contreras et Ruiz Tagle, 2009; Hoces de la Guardia, Hojman et Larrañaga, 2011), signalant le risque que CHS désincite les bénéficiaires à rechercher un emploi (Larrañaga et Contreras, 2010). En maintenant la structure et les modalités de mise en œuvre de CHS, le programme IEF a été créé en 2012 pour incorporer des mesures d'incitation à la recherche et au maintien de l'emploi<sup>33</sup>, tout en maintenant les conditions et les transferts en espèces de CHS. Ce programme en est à sa première phase de mise en œuvre, c'est pourquoi il n'a pas encore pris toute son ampleur. Il est intéressant de noter qu'il maintient le modèle de gestion intersectorielle de CHS.

<sup>32</sup> Assistants familiaux de *Puente*, moniteurs communautaires de *Vínculos*, démarcheurs de *Calle*, conseillers et tuteurs de *Caminos*.

<sup>33</sup> L'IEF s'attache à accroître les mesures d'incitation liées à l'emploi, en particulier au travail des femmes, auprès des personnes qui intègrent les programmes CHS, en créant également un terreau favorable à la réussite scolaire des enfants, en renforçant les conditions et en augmentant les montants transférés pour autant que celles-ci soient remplies.



---

L'IEF a deux composantes: des transferts non conditionnels, c'est-à-dire une allocation monétaire de base et l'accès garanti à des subventions en espèces, et des transferts conditionnels en espèces qui consistent en une série de primes dépendant du respect de conditions dans les domaines de l'emploi, de l'éducation et de la santé. Le montant de ces transferts conditionnels varie selon le nombre de membres de la famille et de sa situation par rapport au seuil d'extrême pauvreté. La structure de mise en œuvre de l'IEF est similaire à celle de CHS. L'accès garanti aux subventions et l'accès préférentiel aux programmes et services sociaux sont maintenus. L'IEF est appliqué au niveau local, dans les municipalités, et mis en œuvre avec la même structure que CHS au niveau national et sous-national. L'accompagnement familial (appui psychosocial) est maintenu et lui est ajouté, pour renforcer l'action sur la composante de l'emploi, un second professionnel qui rend visite aux familles pour l'accompagnement socioprofessionnel. Ce dernier appuie l'insertion professionnelle des familles et la recherche d'opportunités professionnelles. Pour coordonner ces deux accompagnements, un gestionnaire territorial est mis en place (à l'heure actuelle, il n'a pas encore pris ses fonctions) et opère au niveau local pour articuler l'offre publique et privée pour les bénéficiaires.

Les principales différences entre l'IEF et CHS sont que l'IEF augmente le montant des transferts, élève les exigences en matière de conditions, et en contrôle plus le respect. Autre élément important, CHS était centré sur une approche fondée sur les droits, alors que l'IEF adopte une logique de droits associés à des responsabilités, comme la recherche d'un emploi. Ainsi, l'IEF vise une relation plus étroite avec le Troisième secteur (entreprises et organisations non gouvernementales), alors que CHS cherchait à déployer et articuler l'offre publique et la coordonner avec le Troisième secteur par le biais des réseaux locaux d'intervention, en donnant un rôle central aux municipalités. Au sein de l'IEF, ce rôle existera quand le gestionnaire territorial sera mis en œuvre.

Il faut souligner que le modèle d'articulation des politiques et les mécanismes de gestion et de coordination mis en œuvre par CHS sont reproduits par l'IEF. Dans les deux cas, l'entité d'articulation est le MDS.

En ce qui concerne la gestion du caractère intersectoriel, l'articulation entre tous les domaines sociaux impliqués se fait dans les trois plans de la structure administrative du pays par le biais de comités d'articulation (national et régionaux) et du réseau local d'intervention familiale (municipal), ainsi que par le gestionnaire territorial créé par l'IEF<sup>34</sup>.

#### **4.5.2. Modèle de gestion et coordination intersectorielle territoriale de CHS**

Ce modèle de gestion doit relever le défi de structurer sur plusieurs niveaux (central et sous-national) les instances de collaboration intersectorielle qui se concrétisent au niveau local et entre le gouvernement national et les administrations locales. Dans cette logique, le modèle de gestion a un contrôle centralisé et une exécution décentralisée avec une approche systémique de l'administration permettant l'action intégrée des différents services intervenant dans le programme.

<sup>34</sup> L'UIF est chargée de créer un réseau local d'intervention sociale, de coordonner l'offre publique et privée disponible sur le territoire, et d'effectuer les tâches initiales d'identification et de sélection des familles, ainsi que de la désignation des assistants familiaux.

---

Il faut souligner que le modèle de gestion est mis en œuvre dans les 15 régions du Chili. Les régions sont les divisions territoriales supérieures du pays et sont elles-mêmes divisées en 54 provinces et 351 communes. Les autorités régionales et provinciales sont désignées par le Président de la République. Les autorités des communes ou municipalités sont quant à elles élues démocratiquement.

■ **Au niveau central/national**

Les ministères et services sont regroupés par le Comité interministériel sur le développement social. CHS (et ses programmes) ainsi que l'IEF sont coordonnés spécifiquement avec les ministères et services agissant dans les dimensions principales de la lutte contre la pauvreté.

A la création du MDS, les sous-secrétariats des services sociaux et de l'évaluation sociale ont été créés en son sein. Ces entités techniques administratives sont chargées de gérer, de superviser et d'évaluer le fonctionnement du programme en réalisant les coordinations nécessaires au niveau territorial (région, province, commune) et au niveau des secteurs sociaux impliqués dans la mise en œuvre du réseau de protection sociale. Quand l'IEF a été mis en œuvre, cette fonction a été transmise à la Division de promotion et de protection sociales dépendant du même ministère.

FOSIS est chargé d'installer le système de travail personnalisé auprès des familles, à savoir mettre les UIF en place dans les communes, sélectionner les familles, former les assistants familiaux, traiter le système d'inscription au programme et suivre les interventions. Au niveau central, il dispose de l'appui financier et technique de la Banque mondiale pour l'évaluation et le renforcement institutionnel de CHS. A ce niveau, il est également chargé du suivi des informations du SIIS.

■ **Au niveau sous-national/régional**

Les représentants des ministères et services de chaque région sont regroupés dans le Comité technique régional de développement social pour assurer la coordination et le suivi des programmes sociaux; soulever des points critiques et proposer des modifications au Comité interministériel sur l'offre publique du territoire.

■ **Au niveau sous-national/provincial**

Les représentants sectoriels des ministères et services sont regroupés dans le Comité technique provincial de développement social. Les autorités provinciales dirigent ce comité avec l'assistance technique du Coordinateur provincial de protection sociale dans le cadre de la convention de transferts des ressources souscrites avec le MDS. Les participants à ce comité sont ceux qui jouent un rôle dans la gestion des réseaux sur le territoire. Ils coordonnent les services, fournissent les informations sur l'offre de programmes pour faire correspondre efficacement l'offre (rapports fournis par les services) avec la demande (rapports fournis par les gestionnaires territoriaux) et élaborent la carte des opportunités de la province. Ils soulèvent et gèrent les points critiques et présentent des propositions de solutions au Comité technique régional.

■ **Au niveau local/municipal**

Les différents services municipaux (soins essentiels de santé, éducation scolaire) et les services présents au niveau local sont regroupés en réseau au sein du Comité technique municipal de développement social dirigé par l'autorité municipale (chef de l'Unité d'intervention familiale ou chef du Bureau de développement communautaire). Avec l'appui de l'assistant familial et du gestionnaire territorial, il est le lien effectif entre l'offre et la demande au niveau local. Il transmet les points critiques au Comité provincial ou

---

régional, leur soumet des propositions pour résoudre ces problèmes au niveau des programmes.

Les municipalités constituent un micro réseau (réseau local d'intervention) dont le rôle est de coordonner les institutions prestataires de services au niveau local. Pendant la phase d'appui psychosocial aux familles de CHS/IEF, la coordination de chaque réseau est encouragée par l'UIF, structure mise en place dans les municipalités pour mettre en œuvre et exécuter CHS en articulant les appuis psychosociaux en contact direct avec les familles. Participent également au réseau local d'intervention des représentants de toutes les institutions, services et organisations (y compris sociales et communautaires) proposant des programmes, services et prestations ciblant les personnes les plus pauvres. Cette structure est à la base de la gestion locale des programmes de CHS et de l'IEF.

Le modèle de gestion de la coordination intersectorielle conserve, comme signalé plus haut, les caractéristiques de CHS. Pour CHS comme l'IEF, cela implique l'application simultanée et complémentaire des quatre composantes de gestion d'ordre budgétaire, territoriale, de connaissances et technique, comme le montre la figure 4.2.

La structure de réseau territorial a été conservée, avec la structuration d'un réseau de services au niveau communal et un appui au niveau provincial et régional.

Les objectifs de coordination définis dans le système intersectoriel de coordination sociale sont les suivants:

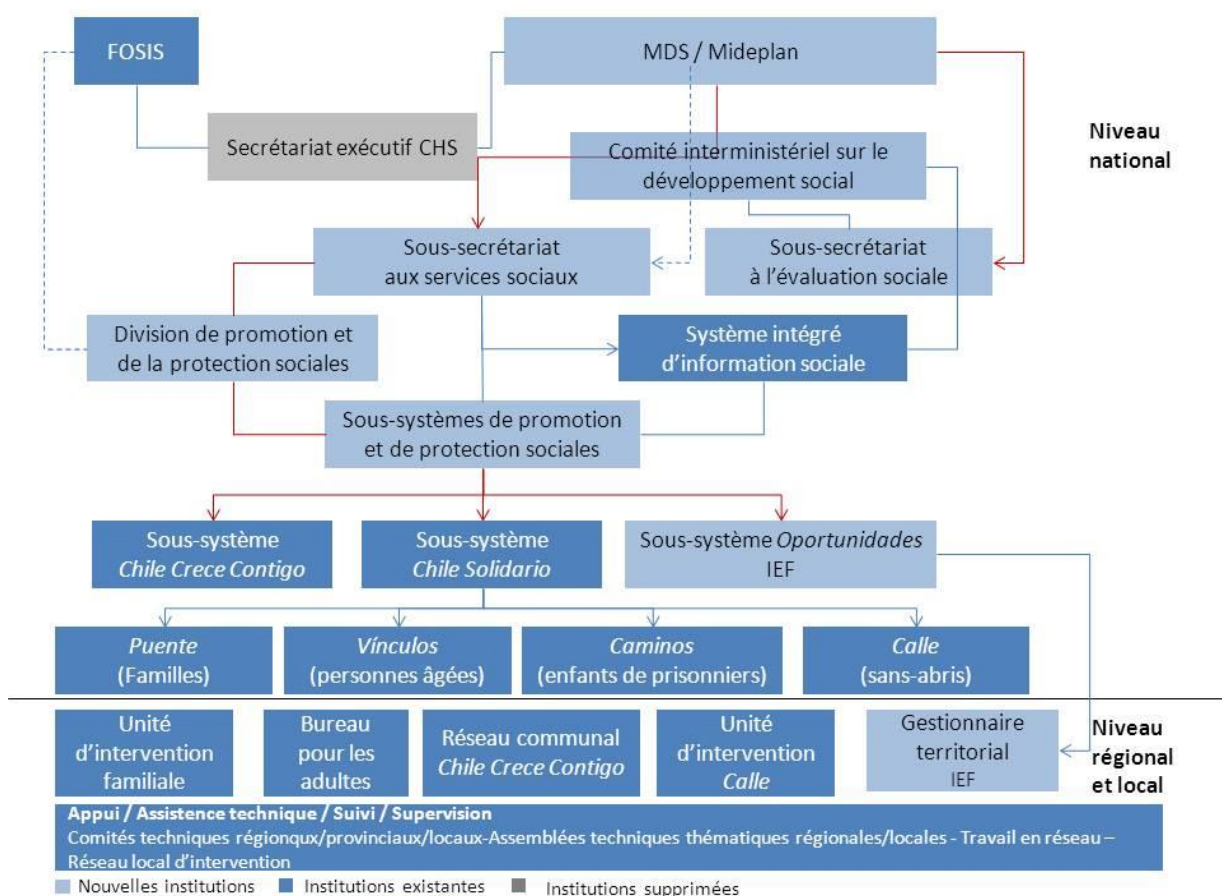
- Connaître et explorer l'offre de services, savoir ce que chacun propose en matière de réduction de l'extrême pauvreté et évaluer s'ils sont pertinents, suffisants et adaptés pour les bénéficiaires des sous-systèmes.
- Faire connaître les sous-systèmes, sensibiliser et impliquer les autres représentations publiques dans le défi de la réduction de l'extrême pauvreté.
- Cibler les programmes pertinents vers les groupes bénéficiaires des sous-systèmes.
- Faire appliquer la loi (Conventions de transferts de ressources, souscription de convention de collaboration).

Une grande partie du modèle de coordination du système intersectoriel a été établie à partir du modèle de gestion de CHS. La loi n° 19.949 et son règlement (Règlement de CHS, décret suprême n° 235 du 25/11/2004), article 3, attribuent au Secrétariat exécutif de CHS un rôle de coordination, en énonçant que:

L'administration, la coordination, la supervision et l'évaluation de Chile Solidario reviennent au ministère de la Planification et de la Coopération [...] et [...] seront exercées [...] par le Secrétariat exécutif de Chile Solidario, mis en œuvre par le décret suprême n° 144 de 2002, rattaché au ministère de la Planification et de la Coopération, sous la direction d'un(e) Secrétaire exécutif(-ve) et composé de cadres et professionnels du ministère.

Le Secrétariat exécutif avait pour principale fonction d'articuler CHS avec les institutions publiques et privées, et de coordonner ces autorités et organismes.

Figure 4.2. Changements au niveau des institutions de coordination intersectorielle



Source: élaboré par l'auteur.

#### 4.6. Réussites et enseignements tirés des pratiques de coordination interinstitutionnelle de CHS

Les leçons et enseignements tirés du modèle de coordination de CHS sont liés à ses réussites en matière de mise en œuvre de CHS non pas comme un énième programme de lutte contre la pauvreté, mais comme un système de protection sociale pour les groupes les plus pauvres. Voici certaines des réussites: meilleure coordination des différentes prestations sectorielles pour rapprocher de manière effective l'offre publique de ceux qui en étaient exclus, générant ainsi un système interinstitutionnel de prestations avec la création d'un guichet unique d'entrée dans le système; l'application d'un critère unique de ciblage et de sélection des bénéficiaires qui, en intégrant CHS, ont un accès immédiat à un ensemble de prestations publiques, ce qui a été permis par la mise en place d'une base de données unique (le SIIS), évitant ainsi la duplication des efforts entre les programmes et; une plus grande efficacité des dépenses publiques en ciblant les familles comme unité d'intervention. Enfin, il faut souligner la conception institutionnelle à plusieurs niveaux, ce qui a permis de faire fonctionner le système tant au niveau central qu'au niveau sous-national. Ci-après sont répertoriés certains des enseignements en matière de bonne pratique de coordination interinstitutionnelle tirés de CHS, qui apparaissent suite à l'analyse du programme.

- Premièrement, l'importance de la prise en compte dès le début de CHS comme un modèle de gestion intersectorielle. Cette forme de gestion était le but et le principe de

---

l'organisation et du fonctionnement du programme. Dans cette forme de gestion, la mise en œuvre de conventions de collaboration avec la direction centrale de CHS et chacune des municipalités participantes, les différents services et programmes, et enfin les familles, est capitale, car elle fixe des engagements concernant les objectifs (les minimums fixés pour les 79 conditions). Ces conventions sont contraignantes pour les parties et permettent le suivi du respect des conditions. Ces objectifs techniques et fonctionnels étaient capitaux pour la réalisation d'actions de coopération interinstitutionnelle entre les différents services (santé, éducation, assistance sociale, etc.).

- Deuxièmement, la création de *Chile Solidario* et *Chile Crece Contigo* comme guichets uniques d'accès au système de protection sociale, avec le regroupement des informations de différents services et programmes sur les bénéficiaires, ce qui permet de suivre ces derniers. Les interventions comprennent les soins et les prestations d'un ensemble de services sociaux incluant plusieurs secteurs, articulants des actions de protection, des services publics universels, des transferts en espèces et des programmes de sécurité sociale. Il faut signaler qu'étant donnée l'importance de l'emploi dans la lutte contre la pauvreté, CHS fonctionne comme un lien avec les personnes souhaitant entrer sur le marché du travail (chômeurs) ou améliorer leur condition professionnelle. L'appui psychosocial est la passerelle entre les utilisateurs et l'ensemble de prestations professionnelles, il diagnostique les besoins et les compétences des familles, les transmet au réseau local (Bureau municipal d'intermédiation professionnelle ou Bureau municipal de développement productif) et de là, aux programmes sectoriels<sup>35</sup> de nivellement de l'éducation, de développement de l'emploi, de formation et d'encouragement de l'emploi salarié ou indépendant. Il n'existe pas de guichet unique pour les services liés au chômage.
- Troisièmement, l'efficacité de l'utilisation des ressources. Le but n'était pas d'injecter des ressources supplémentaires, mais d'améliorer l'utilisation des ressources existantes, ce qui permettait de rendre les programmes pérennes et les reproduire dans des contextes de faible effort fiscal. L'effet de CHS est positif pour l'accès à la SUF, plus important dans les zones urbaines que rurales, ainsi que l'accès à une prestation élémentaire de revenus, la prestation solidaire (*Bono solidario*), et aux subventions pour l'eau potable, garanties par CHS. Il n'y a pas d'effets sur les dépenses totales, car les ressources disponibles des programmes sociaux sont mieux ciblées, sans augmentation ni diminution des dépenses (Raczynski, 2008).
- Quatrièmement, la promulgation de lois sur le fonctionnement de CHS permettant d'établir des règles et d'en respecter l'application. C'est capital pour le bon fonctionnement du programme à tous les niveaux de la structure étatique, et notamment pour garantir le caractère intersectoriel sur lequel il repose. D'autre part,

<sup>35</sup> Le nivellement de l'éducation s'effectue grâce à des programmes du ministère de l'Éducation (*Chile Califica*) et de FOSIS (nivellement des compétences professionnelles); le développement de l'emploi s'effectue par le biais de trois programmes pour les bénéficiaires de CHS comme le programme Habilitation professionnelle du ministère du Travail et de la Prévoyance sociale; Développement des compétences professionnelles du PROdeMU et; Emploi des jeunes de FOSIS. Des subventions de CHS encouragent le travail salarié comme la prime SENCE (ministère du Travail) et le programme *Profocap* (ministère de l'Agriculture) ainsi que l'emploi indépendant, comme les programmes en faveur des micro-entreprises de FOSIS; de micro-entreprises autochtones du MDS; le Fonds pour les femmes en milieu rural et le programme d'agriculture familiale du ministère de l'Agriculture.

---

comme il passe par des débats parlementaires, sa légitimité s'en trouve renforcée, de même que le consensus et l'appui politiques de CHS.

- Cinquièmement, l'innovation pour établir la coordination intersectorielle, qui s'appuie sur deux mécanismes d'intégration des politiques: *a)* création de l'accompagnement familial qui, par le biais des UIF et des réseaux locaux d'intervention, facilite la transmission des informations sur les besoins des familles à l'ensemble des secteurs publics, encourageant leur adéquation; *b)* intégration du système de minimums sociaux (les 79 conditions) définis comme objectifs pour les services publics.
- Sixièmement, la mise en œuvre au niveau municipal du réseau local d'intervention a pour résultat un meilleur contact entre les municipalités et les familles les plus pauvres ainsi qu'une meilleure gestion et un meilleur dynamisme des ressources disponibles dans la commune (Winchester, 2005).

Parmi les enseignements qu'il faut tirer, certains concernent les goulots d'étranglement et les difficultés de mise en œuvre de la coordination, ce qui indique des domaines à perfectionner. Parmi ceux-ci:

- Premièrement, la difficulté d'obtenir des résultats équivalents en termes de réussite en raison de la diversité des capacités techniques et de ressources humaines et financières entre les 345 municipalités du pays. Si toutes ont signé un engagement de participation avec CHS, certaines sont confrontées à plus de difficultés pour effectuer les tâches requises. Même si la direction centrale de CHS a apporté une assistance technique, des communautés d'apprentissage et son concours en matière de bonnes pratiques, l'hétérogénéité et l'inégalité territoriales ont eu des effets sur le programme (Draibe, 2009). C'est pourquoi l'un des enseignements à tirer est de prendre en compte la composante territoriale dans la conception du programme, en mettant en place des actions spécifiques d'appui aux territoires les plus faibles, notamment les zones rurales.
- Deuxièmement, les difficultés de mise à jour du SIIS. C'est notamment un problème parce que c'est le niveau local qui alimente le SIIS, puis le niveau national vérifie sa cohérence interne et le renvoie au niveau local. Cependant, ces flux ne sont pas toujours fluides, par conséquent le niveau local utilise peu les informations du SIIS. De plus, certains ministères ont des retards importants (supérieurs à un an) dans la saisie des données. Toutes les bases de données ne sont pas intégrées.
- Troisièmement, la difficulté d'articuler certaines dimensions de l'offre publique, notamment l'emploi et habitabilité, car ces dimensions ne sont pas suffisamment développées ou adaptées pour pouvoir sortir les familles de CHS de leur situation d'indigence.
- Quatrièmement, le manque d'insertion communautaire du programme, qui cible les familles et les personnes, mais pas le développement du capital social, qui permettrait une meilleure pérennité de CHS et des améliorations des systèmes de gestion et de communication du programme.
- Cinquièmement, la rupture entre la conception et la mise en œuvre, notamment en ce qui concerne les difficultés d'activation du réseau local d'offres publiques et du Troisième secteur, ainsi que l'adéquation des programmes au niveau sectoriel et central avec les hétérogénéités du niveau local.

---

## 4.7. Conclusion

Si le Chili a progressé dans la mise en œuvre d'un SPS garantissant le droit à des prestations de santé, de pensions et d'accès aux transferts en espèces, le système de protection sociale doit encore relever de nombreux défis. D'abord, il faut mentionner la persistance de la pauvreté et des inégalités, car malgré la mise en œuvre de politiques ciblant précisément les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables, les prestations versées n'ont pas permis de fournir des revenus suffisants pour franchir le seuil de pauvreté, ni même d'extrême pauvreté. L'un des défis est donc d'augmenter les prestations de la composante non contributive du SPS.

Un deuxième défi consiste à réduire les carences d'accès et de qualité des prestations du système de protection sociale pour les plus vulnérables. Pour cela, il est capital de générer des mécanismes de coordination et de lien entre les systèmes contributifs et non contributifs afin d'atteindre les normes de sécurité sociale établies par la recommandation n° 202 de l'OIT.

L'expérience de CHS en tant que modèle de gestion intersectorielle permet de tirer des enseignements sur le processus de coordination de l'offre étatique, qui dans le cas précis de CHS est centré sur la demande émanant d'un groupe précis de la population, à savoir les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables. Avec ses réussites et ses défis à relever, CHS présente une expérience d'organisation institutionnelle en matière d'offre de services et de prestations par un travail en réseau, où l'Etat joue un rôle prédominant de lien avec les familles par le biais des assistants familiaux. Il propose différentes innovations en matière de construction d'une base de données unique, d'actions pour la mise en place d'un guichet unique d'accès aux services afin d'éviter les doublons et d'améliorer la coordination, mais surtout pour la mise en place d'un système intégré de prestations orienté vers les bénéficiaires, ce qui sollicite l'appareil public au niveau central, régional et local afin d'être concentré sur les familles et non pas sur les logiques internes et sectorielles, comme c'était le cas traditionnellement.

CHS s'est construit comme un modèle répliqué par d'autres programmes comme CHCC et l'IEF, et a servi de base à la mise en œuvre du système intersectoriel de protection sociale. Il est évident, comme ce texte l'a montré, que les défis restent nombreux, notamment en ce qui concerne l'amélioration des conditions contextuelles de pauvreté et d'exclusion sociale. Cependant, il est clair que la coordination intersectorielle contribue à améliorer et rendre plus efficace l'offre publique, ce qui est capital pour mettre en œuvre un SPS qui prévoit une couverture universelle, avec des liens entre les composantes contributives et non contributives, et qui garantit à tous les citoyens le droit fondamental à la protection sociale.

## 4.8. Bibliographie

Arenas de Mesa, A. *et al.* (2008): *La Reforma Previsional Chilena: Proyecciones Fiscales 2009–2025*, document de travail, Etudes des finances publiques, Gouvernement du Chili, Direction du Budget du ministère des Finances (Santiago).

Arenas de Mesa, A. (2010): *Historia de la Reforma Previsional chilena, una experiencia exitosa de política pública en democracia*, (Santiago, Bureau sous-régional de l'OIT pour le Cône Sud de l'Amérique latine).

Bachelet, M. (2009): *Message présidentiel du 21 mai 2009*.

- 
- Barrientos A.; Santibañez, C. (2009): «New forms of social assistance and the evolution of social protection» dans *Journal of Latin American Studies*, vol. 41, pages 1–26.
- Bertranou, F. (2010): *Aportes para la construcción de un piso de protección social en Argentina: el caso de las asignaciones familiares Buenos Aires*. (Santiago, Bureau sous-régional de l’OIT pour le cône sud de l’Amérique latine).
- Cecchini, S., Robles, C. et Vargas, H. (2012): *La Ampliación de las Transferencias Monetarias y sus Desafíos en Chile: el Ingreso Ético Familiar*, Document d’informations sur les recherches, n° 26. (Brasília D. F., Centre international de politiques pour la croissance inclusive – CIP-CI).
- Cohen, E.; Franco, R. (2006): *Transferencias con corresponsabilidad, Una mirada latinoamericana*. (Mexico D. F., FLACSO-Mexique).
- Conseil consultatif prévisionnel (2011): *Informe anual enero 2010-julio 2011*. Sous-secrétariat à la prévoyance sociale, ministère du Travail et de la Prévoyance sociale (Santiago).
- Conseils pour le développement (2005a): *Necesidades y aspiraciones de las familias que han finalizado la etapa de apoyo psicosocial del Sistema de Protección Social Chile Solidario*, Série d’études sur Chile Solidario. (Santiago, Mideplan).
- (2005b): *Estudio familias en situación de extrema pobreza que no han aceptado integrarse o han interrumpido su participación en el programa puente del sistema Chile Solidario*, Série d’études sur Chile Solidario. (Santiago, Mideplan).
- Covarrubias, F., Irrarrazaval, I. et Morandé, M. (2011): «Sistema Integrado de Información Social: Chile» dans Azecedo, V., Irrarrazaval, I. et Bouillon, C. *Sistemas Integrados de Información Social. Su rol en la protección social*. (Santiago, Centre de politiques publiques, Université catholique pontificale du Chili, pages 159-204).
- Cunill, N. (2005): *La Intersectorialidad en el Gobierno y Gestión de la Política Social*. (Caracas, Centre latino-américain d’administration pour le développement – CLAD). Disponible à l’adresse suivante: [http://www.clad.org/siare\\_isis/innotend/intersector/detalles3.html#9](http://www.clad.org/siare_isis/innotend/intersector/detalles3.html#9).
- Direction des budgets (Dipres). 2011. *Informe de Finanzas Públicas. Proyecto de Ley de Presupuestos del Sector Público para el año 2012*. Ministère des Finances, Gouvernement du Chili. Disponible à l’adresse suivante: [http://www.dipres.gob.cl/572/articulos-76644\\_IFP\\_2012.pdf](http://www.dipres.gob.cl/572/articulos-76644_IFP_2012.pdf).
- Draibe, S. (2009): «Programas de Transferencia Condicionadas» dans Cardoso, F. H.; Foxley A.: *A medio camino. Nuevos desafíos de la democracia y el desarrollo en América Latina*. (Santiago, Uqbar, pages 445-487).
- Extension mondiale de la sécurité sociale (GESS) (2012): *Chile: Vejez, Invalidez y Sobrevivientes*. (Genève, BIT). Disponible à l’adresse suivante: <http://www.socialsecurityextension.org/gimi/gess/ShowTheme.do?tid=1243>.
- Fajnzyblber, E. (2010): *Incentives under the New Pension Solidarity Pillar in Chile*, préparé pour la XIV réunion du réseau de recherches LACEA/ IADB/ WB/ PNUD sur les inégalités et la pauvreté (NIP), 2010. (Université de Tulane, Nouvelle Orléans, 9 avril).



- 
- Galasso, E. (2006): *With their effort and one opportunity: Alleviating extreme poverty in Chile*, Development Research Group, Banque mondiale. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubS-001.pdf>.
- Groupe consultatif sur la protection sociale (2011): *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive, Rapport du groupe consultatif sur la protection sociale*. (Genève, BIT).
- Hardy C. (2010). *Red Protege Sistema de Protección Social en Chile (1990-2010)*, Document de travail n° 1. (Providencia, Fondation *Dialoga*). Disponible à l'adresse suivante: [www.dialoga.cl](http://www.dialoga.cl).
- Hoces de la Guardia, F., Hojman, A. et Larrañaga, O. (2011): «Evaluating the Chile Solidario program: results using the Chile Solidario panel and the administrative databases» dans *Estudios de Economía*, vol. 38, n° 1, pages 129-168.
- Larrañaga, O. et Contreras, D. (2010): *Las nuevas políticas de protección social en Chile*. (Santiago, Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) Chile, Espace de réduction de la pauvreté et des inégalités).
- Larrañaga, O., Contreras, D. et Ruiz-Tagle, J.. (2009): *Evaluación de impacto Chile Solidario: primera cohorte de participantes*. (Santiago, Mideplan). Disponible à l'adresse suivante: [www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl) [consulté le 05/05/2010].
- Mideplan (2009a). *Fundamentos para la operación de un Sistema Intersectorial de Protección Social*. (Santiago). Disponible à l'adresse suivante: [www.mideplan.cl](http://www.mideplan.cl) [consulté le 03/05/2010].
- (2009b): *Contexto programático para el análisis de resultados de la evaluación de impacto de Chile Solidario*, Document n° 2, Atelier d'évaluation de *Chile Solidario* (Programme *Puente*). (Santiago, 27 avril).
- Ministère du Développement social (MDS) (2011): *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional, 2009-2011*, Santiago. Enquête CASEN disponible à l'adresse suivante: <http://www.gob.cl/cuentas-anuales-2011/ministerio-de-educacion-cuenta-anual-2011/>.
- Raczynski, D. (2008): *Sistema Chile Solidario y la Política de Protección Social de Chile. Lecciones del pasado y agenda para el futuro*, Document de travail. (São Paulo, Brésil, et Santiago, Institut Fernando Henrique Cardoso – IFHC et Corporation de recherches économiques pour l'Amérique latine – CIEPLAN).
- Robles, C. (2011): *Sistema de protección social de Chile: una mirada desde la igualdad*. (Santiago, Commission Economique pour l'Amérique Latine et les Caraïbes – CEPALC).
- Ruz, M.; Palma, J. (2005): *Análisis del Proceso de Elaboración e Implementación del Sistema Chile Solidario*, Rapport d'enquête. (Santiago, Institut des affaires publiques, Département des politiques publiques, Université du Chili).
- Silva V., Blanco, G. et Bassett, L. (2010): *Management Information Systems for CCTs and Social Protection Systems in Latin America: A Tool for Improved Program Management and Evidence-Based Decision-Making*. (Washington D. C., Banque mondiale).

- 
- Soms, E. (2010): *Odeplan/Mideplan, una escuela para el cambio social*. (Santiago, Mideplan).
- Surintendance des pensions (2013): *Aporte previsional solidario de vejez (APS-Vejez)*, Ministère du Travail et de la Prévoyance sociale, Gouvernement du Chili. Disponible à l'adresse suivante: <http://www.spensiones.cl/portal/orientacion/580/w3-articulo-5786.html> [décembre 2013].
- Tokman, A. (2010): *Radiografía de la educación parvularia chilena: desafíos y propuestas*, Série de politiques publiques, Document de travail n° 5. (Santiago, Université Diego Portales – UDP).
- Université catholique pontificale du Chili (2005): *Asesoría para la elaboración de un instrumento cuantitativo de evaluación de efectos psicosociales del Programa Puente*, Série *Puente a la Vista*. Centre de mesures (Santiago, Fonds de solidarité et d'investissement social – FOSIS). Disponible à l'adresse suivante: [www.mideuc.cl](http://www.mideuc.cl).
- Université du Chili (2005): *Estudio Efectos de la intervención psicosocial en mujeres que participan directamente en el sistema Chile Solidario*, Série d'études sur *Chile Solidario*. (Faculté de sciences sociales, Mideplan, Santiago).
- Vargas, L.H. (2011): «Chile Solidario: Pasado y futuro de la vía chilena a la protección social (2003-2011)», dans la revue CIS, n° 14, année 9, premier semestre 2011, pp. 23-44 Disponible à l'adresse suivante: <http://www.techo.org/wp-content/uploads/2013/02/vargas.pdf>.
- Winchester, L.J. (2005): «Gestión Social Municipal de Programas de Superación de la Pobreza en Chile: Reflexiones a Partir de la Experiencia con el Programa Puente y Chile Solidario», *Ponencia X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, 2005 (Santiago, 18-21 octobre).

---

## 5. Approche des instruments de coordination et d'articulation de la politique de protection sociale et de développement social au Mexique

Julio Rosado

### 5.1. Introduction

Ce chapitre emploie une définition complète de la protection sociale qui inclut à la fois les concepts d'assistance et de sécurité sociale. Cependant, étant données les caractéristiques du système de protection social mexicain, qui seront présentées ci-après, le concept de sécurité sociale se limitera aux politiques de protection sociale découlant de l'appartenance au marché du travail formel. Ce document désignera donc comme système de protection sociale mexicain l'ensemble du système de sécurité sociale et des programmes de développement social non contributifs.

Ce chapitre traite des mécanismes de coordination et de certains des programmes liés à la protection sociale au Mexique. Seront notamment abordés les mécanismes de coordination des politiques publiques non contributives de protection sociale, ainsi que certaines des politiques publiques et des programmes en rapport avec cette notion.

Ce chapitre décrira d'abord les instruments d'articulation de la politique sociale mis en œuvre au Mexique ces dernières années (après un récapitulatif rapide de la politique sociale de ce pays). Ensuite, il présentera les caractéristiques principales de trois des programmes phares liés à la protection sociale: *Oportunidades* (Opportunités), *Pensión para Adultos Mayores* (Pension pour les personnes âgées) et *Seguro Popular* (Assurance populaire). La partie suivante traitera de l'édifice institutionnel qu'est le CONEVAL (*Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social* – Conseil national d'évaluation de la politique de développement social). La dernière partie est consacrée aux conclusions générales.

### 5.2. Protection sociale au Mexique et mécanismes d'articulation des politiques de développement social liées à la protection sociale

Les programmes de protection sociale d'Amérique latine, d'après l'ouvrage de Mesa-Lago (2005), reposent fondamentalement sur le principe de solidarité entre a) les personnes ayant des niveaux de revenus différents, b) les personnes en bonne santé et les malades et c) les générations actives et les générations passives. Ce principe de solidarité varie d'un pays à l'autre, avec des différences principalement dans des aspects tels que la stratification, la couverture, les plafonds de cotisations et l'affectation des ressources de santé. Traditionnellement, dans cette région, le secteur informel ne fait pas partie des systèmes de protection sociale, même si dans certains cas, des mesures ont été envisagées pour les travailleurs indépendants. Ces mesures avaient en général une tendance de distribution régressive. Cependant, en fonction du niveau de couverture, la stratification et le fonctionnement de programmes d'assistance et de couverture pour les secteurs informels, cet effet régressif a été réduit, voire inversé dans certains cas (Mesa-Lago, 2005).

En général, en Amérique latine, les systèmes de protection sociale ne sont pas articulés, du moins pas à la façon de certains systèmes européens. Cela a pour conséquence

l'absence de coordination entre les institutions et les programmes, qui aurait pour but de créer une stratégie commune de moyens et d'objectifs sociaux à long terme (CEPALC, 2006). Le système mexicain ne fait pas exception à cette règle: il n'existe pas d'organisation publique explicite, mais différents systèmes de santé, d'éducation et de pensions sans noyau institutionnel, ni de système de protection sociale assurant la cohésion entre ces systèmes (Lomelí *et al.*, 2012).

Ces systèmes ou politiques publiques prennent en charge les droits explicites accordés par la constitution du pays et d'autres textes normatifs. Il existe certes des cadres normatifs en lien avec la protection sociale, mais ils ne sont pas régulés par un processus planifié de conception de politiques visant à unifier et consolider un projet de protection sociale (Lomelí *et al.*, 2012). Cela signifie qu'il n'existe pas de conception établie d'un système de protection sociale, mais un ensemble de sous-systèmes ou programmes divers, dont l'objectif est d'améliorer le revenu, la santé, l'éducation et les pensions, entre autres (CONEVAL, 2012a). Aussi, ce n'est pas tant un système qu'un conglomérat dont la caractéristique regroupant l'ensemble est l'identification des programmes et politiques qui ont une visée de protection sociale. Ce système (ou conglomérat) est constitué de deux composantes principales: 1) les politiques de sécurité sociale contributives et liées à l'emploi, et 2) un ensemble de programmes sociaux non contributifs.

C'est la raison pour laquelle au Mexique, la conception de la sécurité sociale est plus limitée que la notion de protection sociale et que celles-ci ne sont pas équivalentes: la première fait partie de la seconde et peut être définie comme:

[...] un ensemble de prestations, programmes et plans d'assurance créés, gérés et supervisés par l'État, principalement fournis par des organismes publics dont le but est d'octroyer des prestations économiques et des services permettant de compenser la perte de revenus d'un individu, notamment dans des situations comme la maladie, la maternité, les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'invalidité, la vieillesse et le décès. Elle a un caractère obligatoire dans le cadre des relations formelles de travail et volontaire dans le cadre de la signature d'un contrat ou de la souscription d'une police auprès des organismes publics. (INEGI – Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Institut national de statistiques et de géographie, 2011a, p. 3).

La composante de sécurité sociale est intégrée dans les assurances-maladie, les pensions, la protection contre les accidents du travail et l'invalidité, est constitutionnellement conditionnée au fait que les personnes travaillent et est différente pour les travailleurs publics et privés (Lomelí *et al.*, 2012). Le tableau ci-dessous présente le taux d'affiliation à la sécurité sociale et le tableau 5.2, le taux d'affiliation par institution de sécurité sociale.

**Tableau 5.1. Personnes affiliées ou non à la sécurité sociale à l'échelle nationale, 2009**

	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%
Total	107 477 719	100	52 231 855	100	55 245 864	100
Non affiliées	43 479 016	40,5	21 952 549	42	21 526 467	39
Affiliées	63 935 370	59,5	30 249 231	57,9	33 686 139	61
Non précisé	63 333	0,1	30 075	0,1	33 258	0,1

Source: INEGI, 2011b.

**Tableau 5.2. Personnes affiliées par type d'institution à l'échelle nationale, 2009**

Type d'institution	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%	Nombre de personnes	%
Institut mexicain de la sécurité sociale (IMSS – <i>Instituto Mexicano del Seguro Social</i> )	34 545 220	54	16 758 382	55,4	17 786 838	52,8
Institut de la sécurité sociale et des services sociaux pour les fonctionnaires de l'État (ISSSTE – <i>Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado</i> )	6 057 647	9,5	2 677 439	8,9	3 380 208	10
Système de protection sociale de la santé – Assurance populaire (SPSS- <i>Sistema de Protección Social en Salud/Seguro Popular</i> )*	18 910 718	29,6	8 676 758	28,7	10 233 960	30,4
Autre institution publique**	3 431 245	5,4	1 654 788	5,5	1 776 457	5,3
Institution privée***	990 540	1,5	481 864	1,6	508 676	1,5
Total	63 935 370	100	30 249 231	100	33 686 139	100

\* Inclut les affiliés du système de protection sociale de la santé.

\*\* Inclut les affiliés de l'industrie pétrolière mexicaine (PEMEX – *Petróleos Mexicanos*), du secrétariat à la Défense nationale, du secrétariat à la Marine, des instituts de sécurité sociale étatiques et autres affiliés du secteur public.

\*\*\* Inclut les personnes ayant acquis le droit à des prestations et à des services médicaux dans des institutions privées sous contrat avec l'employeur, ou à titre personnel sous couvert d'une avance des frais.

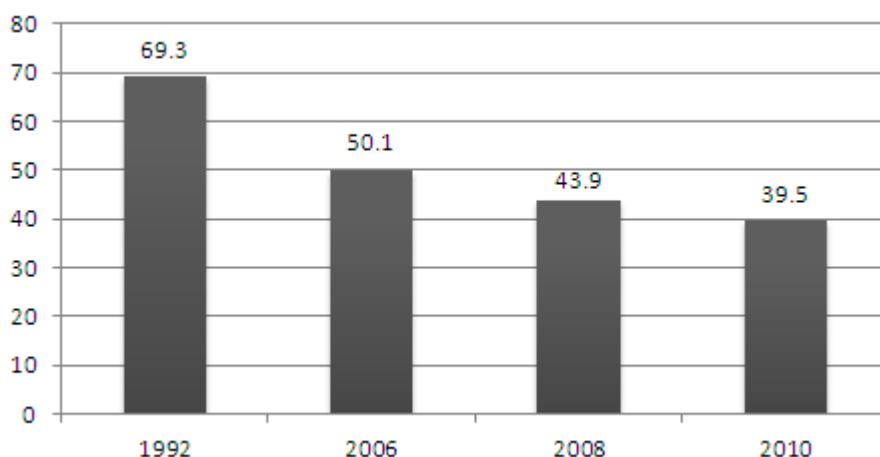
Source: INEGI, 2011b.

D'autre part, la deuxième composante du système de protection sociale est constituée de programmes non contributifs financés par les impôts généraux et d'autres recettes publiques non fiscales. Outre son objectif de protéger les personnes contre les chocs extérieurs pouvant affecter leur niveau de consommation, de revenu et de capital humain, elle a un but de redistribution (CONEVAL, 2012a). Les programmes les plus importants de cette composante sont gérés par le Secrétariat du développement social (*Secretaría de Desarrollo Social*, SEDESOL) et le Secrétariat à la Santé (*Secretaría de Salud*, SSA).

Le système de protection sociale, qui prend en compte les deux composantes, offre une couverture limitée. Celle-ci est inéquitable, car elle offre non seulement des services différents à des personnes aux besoins similaires (les personnes ayant des revenus moins élevés ont souvent des prestations moins importantes), mais également des prestations différentes en fonction du lieu de résidence ou de la situation professionnelle (CONEVAL, 2012a). Il faut ajouter à cela le fait que les politiques associées à la protection sociale ne sont pas toujours universelles, ni liées à des droits (CONEVAL, 2012b).

Malgré les efforts récents visant à augmenter la couverture par des mesures incitatives gouvernementales concernant la sécurité sociale, comme l'Assurance populaire (*Seguro Popular*), la segmentation a empêché le développement d'instruments coordonnés de politique publique et entraîné l'exclusion de secteurs importants de la population de la protection face à des catastrophes ou des chocs externes négatifs, ainsi que de l'accès à des services élémentaires de développement social (CONEVAL, 2012b), comme le montre la figure suivante.

Figure 5.1. Ménages sans couverture de programmes sociaux ou de sécurité sociale, 1996-2010, à l'échelle nationale (en pourcentage)



Source: CONEVAL, 2012c.

Malgré les différents mécanismes développés pour articuler le système de protection sociale, notamment la composante concernant le système non contributif (décrit dans la partie suivante), la complémentarité et la coordination des actions n'est pas adaptée. Le CONEVAL (2012a) a identifié des programmes publics fédéraux et étatiques ciblant la même population ou destinés à répondre au même droit, ou encore à minimiser des risques similaires, sans que soit établi entre leurs deux un certain lien institutionnel de coordination. Ils ont de plus des régimes de financement différents, ce qui engendre parfois une duplication des efforts et une utilisation moins efficace de la capacité de couverture.

### 5.2.1. Approches de la politique sociale

Au fil des années, l'approche des politiques publiques en matière de développement a évolué. Ainsi, dans les années 1950 et 1960, la croissance économique était considérée comme la variable la plus importante (quasiment la seule variable) pour réduire le niveau de pauvreté et améliorer la qualité de vie des personnes. Cela a changé dans les années 1960. Si la croissance économique a continué d'être une variable importante, il a été généralement admis que ce n'était pas la seule sur laquelle les politiques publiques devaient agir pour réduire le niveau de pauvreté. Les politiques de développement ont abandonné leur conception monolithique (principalement fondée sur la croissance économique) pour prendre en compte d'autres aspects comme la satisfaction de besoins élémentaires, la création d'emplois, la réduction d'inégalités de revenu, entre les sexes et d'accès à la santé, ainsi que l'augmentation de la productivité des personnes en situation de pauvreté (Banque mondiale, 1980; Banque mondiale, 1990). L'expérience acquise au cours des dernières décennies du siècle dernier a renforcé l'idée que les politiques publiques de développement doivent inclure des actions pluridisciplinaires et ne doivent pas être cantonnées à un seul secteur.

En Amérique latine, l'approche principale de la politique sociale du milieu du XX<sup>e</sup> siècle à la fin des années 1970 a été la centralisation de l'action étatique, qui définissait les caractéristiques de l'offre et l'accès segmenté à la sécurité sociale (Mesa-Lago, 1985; Cohen et Franco, 2006). Dans les années 1980, à partir de la crise de la dette externe et de la politique d'ajustement qui ont aggravé la pauvreté dans la région (notamment en raison des suppressions d'emplois et des dépenses sociales), l'approche de la politique sociale s'est transformée et des filets minimaux de protection sociale ont commencé à remplacer le modèle étatique centralisé par le biais du ciblage de la politique

---

sociale sur les personnes à faibles ressources (Mesa Lago, 2000). À la fin des années 1980, les organismes financiers internationaux (comme le Fonds monétaire international et la Banque mondiale) poussant le gouvernement à restaurer l'équilibre budgétaire, la sécurité sociale a été identifiée comme une cause du déficit, mais également une source potentielle de financement et de développement du marché des capitaux (Mesa-Lago, 1996). Aussi, à la fin de cette décennie et au début des années 1990, un changement s'est opéré dans la conception de la politique sociale. Des réformes sectorielles importantes ont été conduites dans différents pays et les politiques de lutte contre la pauvreté se sont concentrées sur les fonds d'investissements sociaux et les réseaux de protection sociale. Cette période a également vu le début de la propension à instrumentaliser les programmes par des transferts conditionnels en espèces (Cohen et Franco, 2006), approche toujours en vogue au XXI<sup>e</sup> siècle pour aider les millions de personnes pauvres<sup>1</sup>.

### 5.2.2. Politique sociale au Mexique et mécanismes d'articulation

Székely (2002) identifie quatre phases clairement différenciées qui ont eu une incidence sur l'évolution de la politique sociale au Mexique: *a*) la substitution des importations, du début des années 1950 à la fin des années 1970; *b*) la crise de la dette entre le début et le milieu des années 1980; *c*) les réformes structurelles de la deuxième moitié des années 1980 au début des années 1990; et *d*) la reprise de la croissance économique à partir de 1996. Il est également possible d'ajouter une cinquième étape, à partir de 2000-2006, qui serait la phase d'élimination des restrictions pour le cumul et l'utilisation d'actifs, ainsi que la création d'opportunités productives.

La première action définie de l'État mexicain moderne en matière de politique sociale a eu lieu dans les années 1940 avec la création de l'Institut mexicain de la sécurité sociale (IMSS – *Instituto Mexicano del Seguro Social*), organisme chargé de la sécurité sociale des travailleurs, ainsi que du Département de Salubrité et d'Assistance, qui est devenu un ministère d'État. Plus tard, en 1959 a été créé l'Institut de la sécurité sociale et des services sociaux pour les fonctionnaires de l'État (ISSSTE – *Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado*) (CESOP, 2006; Cordera et Lomelí, 2005). A cette époque et jusqu'au début des années 1970, la stratégie économique conduite par le gouvernement mexicain et connue sous le nom de «développement stabilisateur», qui reposait sur le modèle de substitution des importations, a ralenti la croissance économique tout en générant des niveaux plus élevés d'inégalités<sup>2</sup>. La croissance industrielle a dépassé la capacité des gouvernements locaux à doter de services la population rurale (qui a migré vers les grands centres urbains). De plus, l'utilisation des campagnes comme fournisseurs de devises, de main-d'œuvre et d'aliments à bas prix pour le processus d'industrialisation a augmenté les différences régionales (au niveau politique, social et économique) entre les secteurs urbains et ruraux (Cordera et Lomelí, 2005).

<sup>1</sup> Voici des exemples de programmes: *Oportunidades* (Opportunités, Mexique), *Bolsa-Escuela* et *Bolsa Família* (Bourse-Ecole et Bourse-Famille, Brésil), *Puente* (Pont, Chili), *Familias en Acción* (Familles en action, Colombie), *Asignación Familiar* (Allocation familiale, Honduras), *Red de Protección Social y Sistema de Atención a Crisis* (Réseau de protection sociale et système de gestion des crises, Nicaragua), *Red de Protección y Promoción Social* (Réseau de protection et de promotion sociale, Paraguay), et *Juntos* (Ensemble, Pérou).

<sup>2</sup> En 1950, le coefficient de Gini était de 0,520. C'est en 1963 qu'a été enregistré le plus fort coefficient d'inégalité (0,0570). Non seulement c'était le niveau le plus élevé enregistré au cours de la période du développement stabilisateur, mais également pour la période allant de 1950 à nos jours (Székely, 2005; PNUD, 2007).

---

Dans ce contexte, au début des années 1970, différents programmes sociaux ont été mis en place, comme les programmes *Caminos de Manos de Obra* (Chemins de main-d'œuvre), *Unidades de Riesgo para el Desarrollo Rural* (Unités de risque pour le développement rural) et *Atención a las Zonas Áridas Indígenas* (Gestion des zones arides indigènes). En 1973 a été créé le Programme d'investissements publics pour le développement rural intégral (PIDER – *Programa de Inversiones Públicas para el Desarrollo Rural Integral*), dont le but était d'intégrer les programmes ciblant le milieu rural, et mis en œuvre par les gouvernements municipaux, étatiques et fédéral. Le programme PIDER dépendait de la présidence de la République et était appuyé par des organisations internationales comme la Banque mondiale et la Banque interaméricaine de développement, à la condition qu'un certain pourcentage des ressources soit consacré à des aspects productifs (Cordera et Lomelí, 2005). Quelques années plus tard, en 1977, ont débuté les activités de la Coordination générale du plan national des zones paupérisées et des groupes marginaux (COPLAMAR – *Coordinación General del Plan Nacional de Zonas Deprimidas y Grupos Marginados*). L'objectif de ce programme était d'articuler des actions permettant d'apporter aux zones rurales marginales les éléments matériels et d'organisation nécessaires pour qu'elles puissent bénéficier d'une part plus équitable des richesses nationales. Les études réalisées par la COPLAMAR sur la situation des groupes et des zones marginaux du pays ont permis de programmer des actions spécifiques dans des domaines tels que la santé, l'approvisionnement alimentaire, l'amélioration des logements ruraux, l'agrandissement des réseaux d'eau potable, l'électrification, la construction de routes et des activités d'appui à l'organisation paysanne (CESOP, 2006). Le Système alimentaire mexicain (SAM – *Sistema Alimentario Mexicano*) est un autre programme mis en place avant la crise agricole de la deuxième moitié des années 1970. Il avait pour objectif de diminuer l'appauvrissement de la population rurale et d'augmenter le niveau d'autosuffisance en aliments essentiels du secteur agricole et de la pêche (Cordera et Lomelí, 2005).

La COPLAMAR et le SAM ont été les derniers programmes mis en œuvre avant les premières réformes et les premiers ajustements structurels engendrés par la crise économique du début des années 1980. Avec les conditions macroéconomiques de ces années-là en toile de fond, le gouvernement de Miguel de la Madrid a considérablement réduit les dépenses sociales: les dépenses sociales en pourcentage du PIB sont passées de 9 pour cent en 1981-1982 à une moyenne de 6,4 pour cent au cours des cinq années suivantes et à 5,7 pour cent en 1988 (Carmona, 2010). A partir de 1983, des programmes sociaux comme la COPLAMAR et le SAM ont été supprimés, et la politique sociale a été soumise à des critères d'austérité fiscale et de plus grande efficacité dans l'emploi des ressources (Cordera et Lomelí, 2005; SHCP, 1994).

La phase suivante de l'évolution de la politique sociale a débuté en 1988. Plusieurs programmes spécifiques de compensation et de promotion sociale ont été créés dans le but d'atténuer les conséquences des ajustements économiques et de la stagnation de l'économie sur les couches les plus pauvres de la société mexicaine. Parmi eux, le Programme national de solidarité (PRONASOL – *Programa Nacional de Solidaridad*) est le plus représentatif de cette nouvelle étape. Il a été mis en œuvre suivant deux critères essentiels qui l'ont différencié des politiques publiques de développement social précédentes: le ciblage et la participation sociale. Ce dernier critère s'incarne dans la participation des bénéficiaires à la prise de décisions concernant le type et le montant des aides à apporter. Le ciblage, quant à lui, est l'alternative au versement de prestations ouvertes à l'ensemble de la population, en vigueur dans les phases précédentes (Székely, 2002). Cependant, PRONASOL avait un caractère fondamentalement clientéliste et politique (Diaz-Cayeros, Magaloni et Estévez, 2006). Il a malgré tout été un jalon important et novateur de la politique sociale, car il a mis en œuvre des critères de ciblage et des actions de génération de capital social dans le cadre de la politique publique de lutte contre la pauvreté (Székely, 2002; Cordera et Lomelí, 2005).



---

Dans la deuxième moitié des années 1990 a débuté ce que Székely identifie comme la quatrième phase des politiques sociales. Les changements survenus dans l'économie locale et mondiale (notamment l'intégration des marchés et la compétitivité) ont eu des conséquences importantes sur la politique sociale du pays: si le Mexique aspirait à être un pays compétitif, le fait que des secteurs importants de la population vivent en situation de marginalisation serait un désavantage certain sur les marchés mondiaux (Székely, 2002). Au cours de cette phase ont été réalisées les premières étapes de l'institutionnalisation de l'évaluation de la politique sociale. En 1996, le Budget des dépenses de la Fédération (PEF – *Presupuesto de Egresos de la Federación*) a inclus des dispositions visant à rendre transparente et plus efficace l'utilisation des ressources. Trois ans plus tard, un décret du PEF a obligé le pouvoir exécutif à publier dans le Journal officiel de la Fédération (DOF – *Diario Oficial de la Federación*) les règles de fonctionnement des programmes de subventions (Levy, 2000; Medina, 2000). A cette époque a également été officialisée l'obligation du SEDESOL d'assurer l'évaluation de certains programmes (Medina, 2000)<sup>3</sup>.

C'est dans ce contexte de croissance économique, qui a permis au gouvernement d'octroyer des ressources plus importantes aux programmes sociaux, et d'intégration des marchés qu'est né en 1997 le Programme d'éducation, de santé et d'alimentation (PROGRESA – *Programa de Educación, Salud y Alimentación*), point marquant de la conception de la politique sociale et de la consolidation des pratiques d'évaluation au Mexique. PROGRESA a remplacé le PRONASOL (*Programa Nacional de Solidaridad*, Programme national de solidarité) et visait à permettre aux familles à faible revenu d'accéder à un niveau suffisant de nutrition et de soins de santé, mais également de bénéficier d'un renforcement des capacités grâce à une éducation élémentaire adaptée. Pour résumer, il devait permettre aux familles de satisfaire leurs besoins fondamentaux d'éducation, de santé et d'alimentation, pour le développement et le bien-être de ses membres (SEDESOL, 1999).

PROGRESA est un des programme pionniers de transferts conditionnels en espèces mis en œuvre au Mexique et c'est ainsi qu'il a versé des prestations à sa population cible en échange de l'engagement (coresponsabilité) des familles d'investir dans la santé et l'éducation de leurs membres. Sa conception et son fonctionnement comprenaient des aspects novateurs tels que le ciblage, l'approche fondée sur l'égalité entre hommes et femmes, l'évaluation des effets et les critères de sélection définis scientifiquement.

Au sein de l'administration fédérale (2000-2006), la politique sociale s'est concentrée sur la suppression des restrictions empêchant ou rendant difficile l'accumulation des actifs et la possibilité de les utiliser de manière productive. L'hypothèse sous-jacente de cette approche est que la pauvreté est principalement le produit d'inégalités importantes en matière de possession de ressources, et non de l'incapacité de l'économie à générer des biens et services pour l'ensemble de la société (Székely, 2002). C'est dans ce cadre qu'a été conçue la stratégie *Contigo*, mécanisme visant à articuler tous les programmes de la politique sociale fédérale afin d'améliorer leur efficacité.

<sup>3</sup> En 1999, le SEDESOL a chargé des évaluateurs externes d'analyser les programmes *Atención a Jornaleros Agrícolas* (Programme destiné aux journaliers agricoles), *Empresas sociales con capital de riesgo* (Entreprises sociales ayant des capitaux à risque), *Maestros jubilados* (Enseignants à la retraite), *Servicio Social Comunitario* (Service social communautaire), *Programa productivo para mujeres* (Programme productif pour les femmes), *Crédito a la palabra* (Crédit à la parole), et *Capital de riesgo* (Capitaux à risques) (Medina, 2000).

Afin d'articuler les actions de la stratégie *Contigo*, le Cabinet de Développement social et humain, composé des secrétariats au Développement social, et au Développement agricole, territorial et urbain; du SEP (*Secretaría de Educación Pública*, Secrétariat à l'Éducation publique); du Secrétariat à la Santé, au Travail et à la Prévoyance sociale (*Secretaría de Trabajo y Previsión Social*, STPS), du SAGARPA (*Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación*, Secrétariat à l'agriculture, à l'Élevage, au Développement rural, à la Pêche et à l'Alimentation) ainsi de l'IMSS; de l'ISSSTE et du bureau présidentiel pour les Peuples indigènes, les Invalides, les Femmes et les Mexicains de l'étranger, a été mis en place. Ce cabinet était coordonné par un Conseil exécutif composé des titulaires du SEDESOL, du SEP et du Secrétariat à la Santé qui président alternativement le Conseil exécutif et le Cabinet (Székely, 2002).

La stratégie *Contigo* a ciblé ses actions sur cinq aspects: a) donner à chacun l'opportunité d'accéder de manière égale à de meilleures conditions de vie grâce à leur propre initiative dans un milieu économique et social propice; b) développer et augmenter la capacité des membres d'une famille; c) assurer à chaque mexicain l'accès aux institutions sociales, politiques et administratives en cas de situation nuisant à son développement humain et social; d) permettre la formation d'un certain patrimoine permettant de nouvelles activités et la prise de décisions à long terme afin d'assurer le progrès et le bien-être des enfants; et e) garantir l'égalité (SEDESOL, 2001). Chacun de ces aspects est relié à un programme phare géré par l'un des États fédérés opérant dans le secteur social (tableau 5.3).

**Tableau 5.3. Programmes correspondants à chaque aspect de la stratégie *Contigo***

Aspect	Programme
Offre de services	→ Stratégie <i>Microrregiones</i> (Microrégions) (11 secrétariats d'État)
Augmentation des capacités	→ Programme <i>Oportunidades</i> (SEDESOL, SEP, Santé)
Création de possibilités	→ <i>Crédito a la palabra</i> (SAGARPA, SEDESOL)
Formation du patrimoine	→ Programme <i>Vivienda Progresiva</i> (logement progressif) (SEDESOL, ISSSTE)
Protection	→ Programme <i>Seguro Popular</i> (Santé)

Source: Székely, 2002.

L'adoption d'une méthode officielle de mesure de la pauvreté a été une réussite importante. En effet, c'est un domaine capital pour les politiques publiques de développement social. Par exemple, les données recueillies par le biais de cette méthode ont une influence directe sur la formulation des politiques et des programmes sociaux. Il est également nécessaire de connaître l'importance de la pauvreté pour évaluer l'efficacité des actions entreprises pour l'éradiquer et pour identifier avec certitude la population cible des programmes de lutte contre la pauvreté (Boltvinik, 2001). Le Mexique ne disposait pas d'une méthode officielle de mesure de la pauvreté, aussi chaque organisme gouvernemental adoptait ses propres indicateurs et seuils (Boltvinik, 2001). C'est pourquoi le SEDESOL a convoqué un groupe d'experts pour former le Comité technique de mesure de la pauvreté, dans le but de débattre de la méthodologie à employer pour définir l'indice de pauvreté à utiliser pour évaluer l'évolution de celle-ci ainsi que les effets des actions entreprises par le gouvernement pour l'éradiquer. En 2002, le Comité technique de mesure de la pauvreté mexicain a proposé une méthodologie de mesure de la pauvreté, qui a été adoptée par le gouvernement fédéral comme la méthodologie officielle.

---

Cette méthodologie a aussi subi la polémique et les débats soulevés dans les milieux universitaires et gouvernementaux du monde entier concernant la façon de mesurer correctement les niveaux de pauvreté ou le nombre de personnes vivant en situation de pauvreté<sup>4</sup>.

C'est en 2004, sous l'administration fédérale en exercice, qu'a été approuvée et ratifiée la Loi générale de développement social (LGDS – *Ley General de Desarrollo Social*). Celle-ci constitue une réforme structurelle visant à établir un cadre juridique reconnaissant et prenant en charge intégralement le développement social afin de répondre à la nécessité d'instituer les mesures permettant de jeter les fondements de l'accès de tous les Mexicains au développement sans qu'il ne demeure aucun motif de discrimination, quel qu'il soit. Cette loi vise également à établir les bases des politiques publiques permettant la concurrence des trois niveaux de gouvernement dans la planification, la conception et la mise en œuvre des actions, ainsi que la participation des secteurs public, social et privé (Commission nationale de développement social, 2003). Elle vise donc à institutionnaliser la politique sociale en une politique d'Etat, indépendante au contexte politique et aux intérêts particuliers de l'administration en exercice.

Afin d'intégrer, de coordonner et de concerter les stratégies et programmes de développement social, la LGDS établit la création de la Commission nationale de développement social. Celle-ci est constituée par les titulaires des secrétariats au Développement social (qui préside la Commission), à la Santé, au Travail et à la Prévoyance sociale, à l'Environnement et aux Ressources naturelles, du SEP et du SAGARPA. Outre le titulaire de l'organisme responsable du développement social dans chaque gouvernement fédéral, sont présents un représentant de chaque association nationale d'autorités municipales, légalement reconnues, et les présidents des Commissions de Développement social de la Chambre des députés et des sénateurs. Entre autres, la Commission est habilitée à proposer des politiques publiques de développement social, des critères pour la planification et l'exécution des politiques et des programmes de développement social à l'échelle régionale, étatique et municipale, ainsi que des mécanismes de financement et de distribution des ressources fédérales pour le développement social (DOF, 2004).

La Commission intersecrétariale de développement sociale est un autre organisme prenant en compte la LGDS. Cet instrument a été créé pour coordonner les actions du pouvoir exécutif fédéral et garantir l'intégralité de la conception et de la mise en œuvre de la politique de développement social. Les titulaires du SEDESOL, des secrétariats à l'administration, à la Santé, à l'Environnement et aux Ressources naturelles, à l'Energie, aux Communications et aux Transports, au Développement agricole, territorial et urbain ainsi qu'au Tourisme, du STPS, du SAGARPA, du SEP, du SFP (*Secretaría de la Función Pública*, Secrétariat à la Fonction publique) et du SHCP (*Secretaría de Hacienda y Crédito Público*, Secrétariat aux Finances et au Crédit public), font partie de cet organisme. Cette Commission intersecrétariale compte parmi ses attributions de recommander des mesures permettant la compatibilité des politiques de développement social et économique, de réviser les conditions des conventions de coordination entre le gouvernement fédéral et les Etats fédérés en matière de développement social, et enfin de proposer les montants et les

<sup>4</sup> Le nombre de personnes vivant en situation de pauvreté et l'intensité de cette pauvreté varient selon la méthode de mesure de la pauvreté employée. Il n'existe pas de consensus international sur la méthode la plus adaptée. Ce débat est complexe et mériterait une analyse approfondie qui n'est pas l'objet du présent chapitre.

---

postes budgétaires des dépenses sociales pour la création de l'avant-projet du PEF (DOF, 2004).

Sous le mandat du président Calderón Hinojosa, la politique sociale a été regroupée au sein de la stratégie *Vivir Mejor* (Mieux vivre). Ce mécanisme avait pour but de coordonner l'offre de programmes en matière de développement social en alignant les politiques publiques des différents organismes par des mécanismes de coordination définis dans la LGDS, comme la Commission nationale de développement social et la Commission intersecrétariale de développement social. La stratégie *Vivir Mejor* avait les objectifs suivants (Gouvernement fédéral, 2008):

- Permettre aux personnes et aux familles de prendre part à la société pleinement, librement et de manière égalitaire, de développer et de renforcer leurs capacités essentielles par l'accès à l'alimentation, l'éducation, la santé, le logement, les infrastructures sociales fondamentales pour les foyers et les communautés, ainsi que l'identité juridique des personnes.
- Conférer protection aux personnes et aux communautés pour leur permettre d'affronter les risques, tout au long de la vie et face à des situations adverses dans leur entourage (issues de phénomènes comme les conditions de vulnérabilité, les dépenses catastrophiques, les fluctuations économiques et les catastrophes naturelles et environnementales).
- Soigner et améliorer l'environnement en favorisant la cohésion du tissu social ainsi qu'un développement ordonné et équilibré entre les régions du territoire.
- Augmenter la productivité des personnes pour qu'elles aient de meilleures opportunités d'emploi et de revenus afin de réduire la pauvreté.
- Inclure des critères de durabilité environnementale à la politique sociale.

Ces objectifs sont inclus dans trois lignes d'action: le développement des capacités fondamentales, la consolidation d'un réseau de protection sociale et l'établissement de ponts de communication vers un développement soutenu et durable. Les efforts sociaux mis en œuvre par le gouvernement sont alignés sur l'une de ces actions.

Les programmes visant à développer les capacités fondamentales pour l'acquisition des compétences nécessaires à l'amélioration des conditions de vie correspondent à la première ligne d'action. Les mécanismes qui servent d'articulation et d'exécution des programmes visant à réduire les vulnérabilités reposant sur le sexe, l'âge ou la condition ethnique, ou bien des difficultés économiques ou naturelles, s'intègrent dans les réseaux de protection sociale. Les politiques publiques conférant et renforçant les capacités de la population pour leur donner des opportunités pour leur développement économique correspondent à la troisième ligne (Gouvernement fédéral, 2008; SEDESOL, 2012a). Cependant, ces catégories ne s'excluent pas mutuellement. Par exemple, les programmes *Oportunidades*, *Seguro Popular* et les initiatives versant des pensions aux personnes âgées (analysées dans le détail) correspondent à plus d'une ligne d'action.

L'administration fédérale élue en décembre de 2012 a publié en janvier 2013 les lignes directrices de la Croisade nationale contre la faim (*Cruzada nacional contra el hambre*). Cet instrument est une stratégie d'inclusion et de bien-être social mise en œuvre à partir d'un processus participatif à large portée. Il vise à unir les efforts et les ressources de la Fédération, des Etats fédérés et des municipalités ainsi que des secteurs public, social et privé, et d'organismes et institutions internationaux afin de remplir l'objectif Zéro Faim en donnant une alimentation et une nutrition appropriée aux personnes en situation d'extrême pauvreté multidimensionnelle et de manque d'accès à l'alimentation; d'éliminer la

---

malnutrition infantile aigüe et d'améliorer les indicateurs de poids et de taille à l'enfance; d'augmenter la production d'aliments et le revenu des paysans et des petits producteurs agricoles; de réduire les pertes d'après récolte et d'aliments durant leur stockage, leur transport, leur distribution et leur commercialisation; et enfin de promouvoir la participation communautaire à l'éradication de la faim.

Afin de remplir ces objectifs, il a été décidé que les programmes du gouvernement fédéral pourraient appuyer et participer à la mise en œuvre de cette croisade, et la Commission intersecrétariale a été créée. Celle-ci inclut les titulaires des secrétariats pour coordonner, articuler et compléter les actions, les programmes et les ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés (DOF, 2013a).

### **5.3. Programmes liés à la protection sociale**

#### **5.3.1. Pensions pour les personnes âgées**

Au Mexique, les plans de pension peuvent être classés par a) type de contributions ou de prestations, b) financement et c) secteur offrant ou gérant la pension (Solís et Villagómez, 1999).

Dans le premier cas, il convient de distinguer deux plans de pension: les pensions définies qui précisent le montant des prestations auquel le bénéficiaire aura droit quand il prendra sa retraite (ce montant dépend de la durée de cotisation ou d'un nombre déterminé de cotisations, ainsi que du salaire perçu par le travailleur au cours d'une période définie ou tout au long de la vie active); et les cotisations définies, qui précisent le montant des cotisations du travailleur, mais pas les prestations, car celles-ci dépendent de l'accumulation et de la capitalisation des cotisations.

En ce qui concerne l'aspect du financement, il existe également deux formes de plans de pension. Dans le système de répartition, les cotisations sont concentrées dans un fonds commun utilisé pour verser les pensions. Les cotisations des travailleurs actifs permettent donc de payer les pensions des inactifs. A l'inverse, dans les plans par capitalisation individuelle, les cotisations s'accumulent dans un fonds de réserve investi dans des instruments de marchés, dont les revenus s'ajoutent au montant qui sera versé au retraité.

En ce qui concerne les institutions gérant les pensions, elles peuvent être publiques ou privées. Les plans publics sont créés par l'Etat. Ils sont gérés par des agences gouvernementales ou privées et sont souvent obligatoires. Les plans privés sont proposés par le secteur des assurances. Leur adhésion est volontaire, ils fonctionnent par capitalisation individuelle, et les prestations dépendent des cotisations. Malgré le fait que les modifications apportées au système de pensions aient engendré l'apparition de multiples gestionnaires de fonds de pensions, ce sont les institutions gouvernementales (IMSS et ISSSTE) qui concentrent la majorité des comptes de pension (tableau 5.4).

**Tableau 5.4. Indicateurs élémentaires sur les pensionnés à l'échelle nationale, 2009**

	Nombre de personnes	%
<b>Institution versant la pension</b>		
Total	3 619 301	100
IMSS	2 604 169	72
ISSSTE	701 110	19,4
Autre*	314 022	8,7
<b>Type de pension</b>		
Total	3 619 301	100
Directes**	2 788 805	77,1
Dérivées***	716 265	19,8
Non précisé	114 231	3,2
<b>Durée de la pension</b>		
Total	3 619 301	100
Moins d'un an	211 385	5,8
De 1 à 3 ans	704 018	19,5
De 3 à 10 ans	1 435 109	39,7
Plus de 10 ans	1 063 113	29,4
Non précisé	205 676	5,7
<b>Montant mensuel de la pension****</b>		
Total	3 619 301	100
Jusqu'à 1 salaire minimum	720 889	19,9
De 1 à 2 salaires minimums	1 304 553	36
Plus de 2 salaires minimums	979 788	27,1
Non précisé	614 071	17

\* Inclut les PEMEX, l'Institut de sécurité sociale des forces armées mexicaines (ISSFAM – *Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas*), les instituts de sécurité sociale étatiques, d'autres institutions du secteur public et des régimes d'assurance privés.

\*\* Inclut les pensions de retraite, de vieillesse et de chômage, contre les risques liés au travail et les pensions analogues.

\*\*\* Inclut les pensions de veuvage, pour les orphelins et les ascendants.

\*\*\*\* En 2009, le salaire minimum général était de 53,19 pesos mexicains par jour.

Remarque: le taux de change moyen entre le peso et le dollar était de 13,49 pesos en 2009 (Banque du Mexique, 2013).

Source: INEGI, 2011b, p. 22.

Le système national de pensions mexicain est uniquement constitué de régimes contributifs et ne compte aucun régime non contributif, du moins pas de façon tacite. Cependant, à partir de 2007, année au cours de laquelle est entrée en fonctionnement la pension alimentaire du gouvernement du District fédéral (le gouvernement de la ville de Mexico), les programmes non contributifs de pensions pour personnes âgées ont augmenté en nombre, et c'est à cette catégorie qu'appartient le Programme de pensions pour personnes âgées (*Programa de Pensión para Adultos Mayores*) du SEDESOL.

En 2008, le programme *Oportunidades* a été agrémenté d'une nouvelle composante dans le but d'apporter un appui économique aux personnes de 70 ans et plus. Cet appui était soumis à la condition d'assister aux rendez-vous fixés avec le personnel de santé et aux cours de formation pour les soins de santé (DOF, 2008). Presque à l'unisson, le gouvernement fédéral a mis en place le programme *70 y más* (70 ans et plus) afin de

contribuer à la protection sociale des personnes âgées. Etaient ciblés tous les Mexicains d'au moins 70 ans ne touchant pas de pensions et ne pouvant participer à la composante pour personnes âgées du programme *Oportunidades*.

Conformément aux normes du SEDESOL, le programme *70 y más* apportait a) un appui économique de 500 pesos par mois avec versements bimestriels, ainsi qu'un appui économique sous forme d'un versement unique de mille pesos pour les frais d'obsèques en cas de décès; b) appuis à l'intégration des bénéficiaires au processus de bancarisation; c) services ou appuis visant à minimiser la détérioration de la santé physique et mentale ainsi que les risques de perte de revenus des personnes âgées; et d) services et appuis visant à atténuer les risques de perte de revenus ou de détérioration de la santé. En juin 2012, ce programme comptait environ un peu plus de 2,8 millions de bénéficiaires (SEDESOL, 2012a).

En 2013, cette initiative publique a débouché sur le Programme de pensions pour personnes âgées (tableau 5.5), ayant pour but d'augmenter les revenus et de contribuer à ralentir la détérioration de la santé physique et mentale des personnes de 65 ans et plus ne touchant pas de revenus sur la base de pensions de type contributif, en accordant des appuis économiques et de participation et de protection sociales (DOF, 2013b).

**Tableau 5.5. Programme de pensions pour les personnes âgées du SEDESOL**

Type d'appui	Description	Caractéristiques de l'appui
Appuis économiques directs	Appuis économiques mensuels par versements bimestriels  Appui économique par versement unique pour 1 160 pesos les frais d'obsèques	580 pesos par mois
Appuis à l'inclusion financière	Appuis aux bénéficiaires du programme permettant leur incorporation au système financier national.	Favoriser et encourager l'accès aux services et aux produits bancaires, notamment par l'octroi d'une carte électronique associée à un compte bancaire sur lequel le bénéficiaire touche ses aides.
Actions visant à ralentir la détérioration de la santé physique et mentale	Services ou appuis visant à ralentir la détérioration de la santé physique et mentale, ainsi que les risques de pertes de revenus des personnes âgées, grâce à un réseau social, conformément aux techniques de participation suivantes: Groupes de discussion, campagnes d'orientation sociale, journées et sessions d'information	Encourager la participation sociale par des activités liées: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ à la promotion des droits de l'homme</li> <li>■ au développement personnel</li> <li>■ aux soins de santé</li> <li>■ à la protection de l'environnement</li> <li>■ à la constitution et au développement de comités communautaires.</li> </ul>
Actions de protection sociale	Services ou appuis visant à atténuer les pertes de revenus ou la détérioration de la santé	Promouvoir l'obtention de l'accréditation de l'Institut national des personnes âgées (INAPAM – <i>Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores</i> ). Promouvoir l'accès aux services de santé ( <i>Seguro Popular</i> ). Promouvoir les soins de santé et encourager la formation des soignants. Rénover, aménager, et équiper les centres de jour pour les soins des personnes âgées.

Remarque : le taux de change moyen pour la période de janvier à juin 2013 était de 12,56 pesos pour 1 dollar (Banque du Mexique, 2013).  
Source: DOF, Règles de fonctionnement 2013b.

### 5.3.2. Système national de protection sociale en santé

Le système de santé mexicain est composé de deux secteurs: le secteur privé et le secteur public. Le premier est constitué des compagnies d'assurances et des entreprises de services travaillant dans les hôpitaux, les cliniques et les cabinets médicaux privés.

D'autre part, le secteur public regroupe a) les institutions de sécurité sociale et b) les secrétariats et programmes prenant en charge les personnes dépourvues de sécurité sociale. Dans le premier groupe se trouve l'IMSS (chargé d'offrir des services aux travailleurs du secteur privé); l'ISSSTE (en charge des fonctionnaires du gouvernement fédéral); PEMEX; les instituts étatiques de sécurité sociale; le secrétariat à la Défense et le secrétariat à la Marine (chacun responsable des services et prestations pour leurs travailleurs respectifs). Les services étatiques de santé, le programme IMSS/*Oportunidades* et, à partir de 2004, le *Seguro Popular*, sont les organismes et programmes responsables de la population dépourvue de sécurité sociale (INEGI, 2011a; Gómez Dantes, *et al.*, 2011). Le tableau 5.6 ci-dessous montre le nombre de personnes ayant en recours au système de santé mexicain en 2009.

**Tableau 5.6. Type de service médical auquel les personnes ont recouru le plus fréquemment au cours de l'année écoulée, 2009**

	Nombre de personnes	%
N'a eu recours à aucun service	45 135 806	42
IMSS	17 125 783	15,93
ISSSTE	3 334 605	3,10
Secrétariat à la santé	18 789 089	17,48
Autre service médical public*	3 343 044	3,11
Service médical privé**	19 749 392	18,38
Total	107 477 719	100

INEGI, 2011b.

\*Inclut les services médicaux de l'IMSS/*Oportunidades*, des PEMEX, du secrétariat à la Défense, du secrétariat à la Marine, des instituts étatiques de sécurité sociale et des autres services du secteur public.

\*\*Inclut les services médicaux privés, quel que soit le niveau de soins, obtenus par une dépense directe ou par un paiement anticipé.

Les bénéficiaires des instituts de sécurité sociale sont les travailleurs (actifs et retraités) du secteur formel ainsi que leurs familles. Les travailleurs informels, les indépendants et toutes les personnes travaillant en dehors des marchés formels du travail, de même que leurs personnes à charge, ont recours aux services destinés aux personnes dépourvues de droits aux différents systèmes de sécurité sociale (Gómez Dantes, *et al.*, 2011).

La segmentation de la gestion des services de santé pour la population mexicaine demeure l'une des caractéristiques de la sécurité sociale. Cependant, il y a dix ans, le niveau de segmentation était plus important, notamment pour les personnes n'appartenant pas aux marchés formels du travail. Par exemple, il n'existait pas d'instruments garantissant l'accès aux services de santé pour les personnes dépourvues de droits. De plus, en de nombreuses occasions, les soins reçus n'étaient pas adaptés et les patients devaient en supporter eux-mêmes le coût (dépenses directes), notamment ceux des services médicaux et des médicaments. Pour résumer, le système de santé était caractérisé par de faibles dépenses de santé de la part du gouvernement et une grande majorité de dépenses



directes (et par des moyens privés), une distribution inégale des ressources publiques entre les personnes appartenant à une institution de sécurité sociale et les autres; ainsi qu'une participation et une contribution inéquitable des gouvernements locaux au financement de la santé (Knaul *et al.*, 2012). C'est dans ce contexte qu'a été approuvée en 2003 une réforme de la Loi générale sur la santé, réforme qui a débouché sur le SPSS et son instrument opérationnel, le *Seguro Popular*.

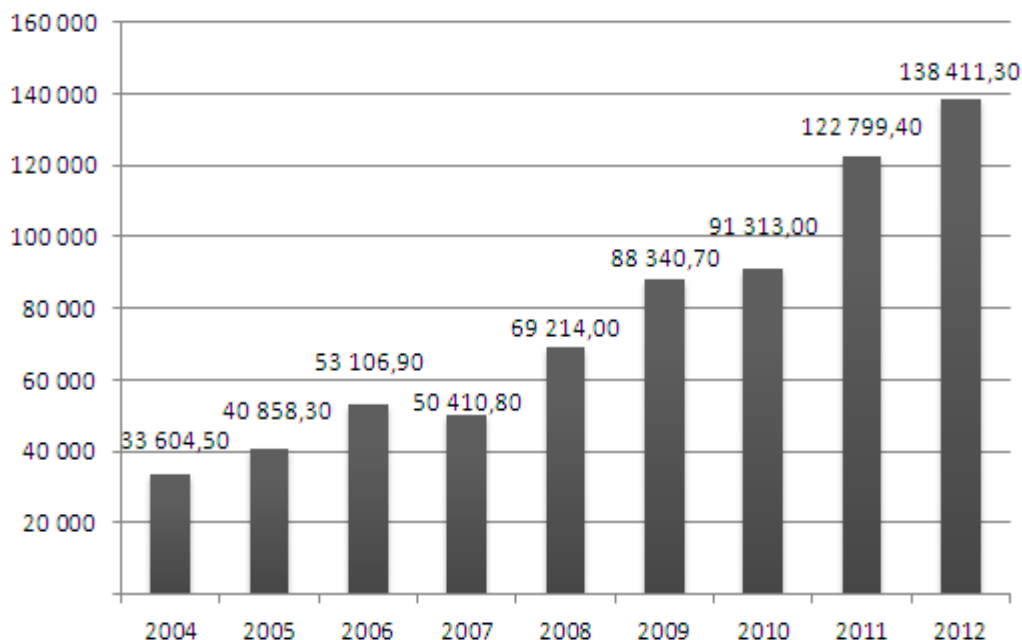
Par le biais du SPSS, l'Etat a pour but d'apporter:

[...] un accès effectif, opportun, de qualité, sans déboursement au moment de l'utilisation du service et sans discrimination à tous les services médicaux de chirurgie, de pharmacie et hospitaliers qui répondent intégralement aux besoins en santé et ce, par la combinaison d'interventions de promotion de la santé, de prévention, de diagnostic, de traitement et de rééducation. La sélection de ces interventions prioritaires est établie à partir de critères de sécurité, d'efficacité, de coût, d'efficience, d'adhésion à des normes éthiques de la profession et d'acceptabilité sociale» (DOF, 2003).

C'est donc un service d'assurance pour les personnes dont les besoins en santé ne sont pas couverts par d'autres institutions; ce service a pour but de garantir le droit à l'accès aux services de santé sans nuire à la situation financière de chacun.

Le *Seguro Popular* consolide les ressources économiques pour financer, par le biais de différents mécanismes, le coût des services de santé pour les personnes les nécessitant et garantir l'accès à un paquet d'interventions en santé ainsi qu'aux médicaments correspondants, en général dans les dispositifs du Secrétariat à la Santé et des services étatiques de santé. La figure 5.2 montre le budget de *Seguro Popular* et la figure 5.4, le nombre d'affiliés à *Seguro Popular* depuis 2004.

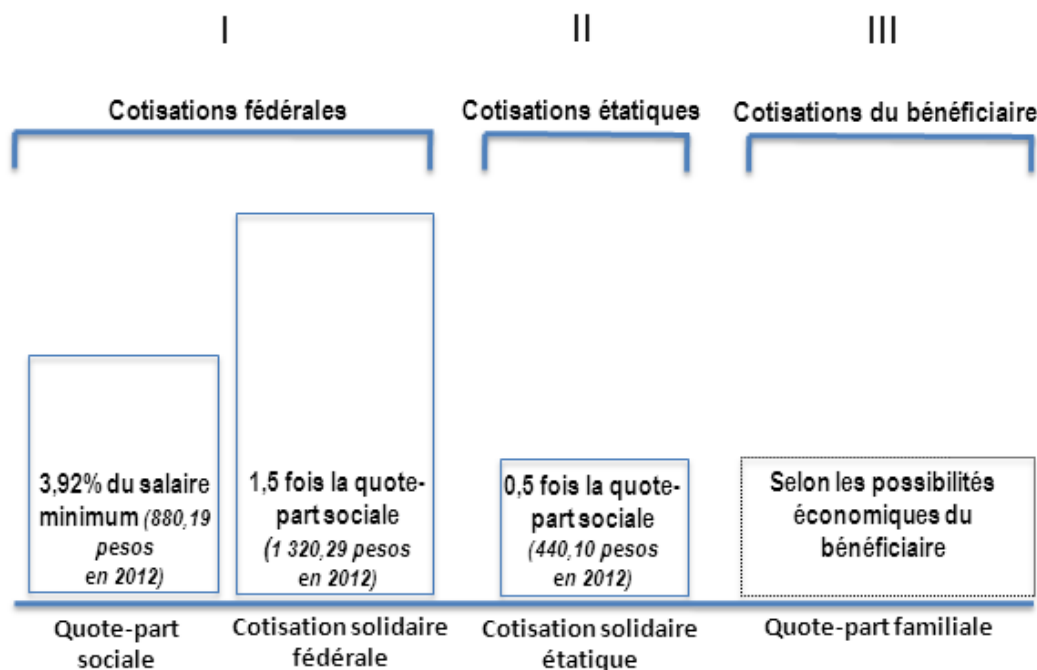
Figure 5.2. Budget attribué à *Seguro Popular* (en millions de pesos), 2004-2012



Source: Secrétariat à la Santé, 2012.

Le régime de financement établi pour le SPSS est tripartite (voir figure 5.3): il comporte des cotisations du gouvernement fédéral, des gouvernements étatiques et des individus. Le gouvernement fédéral effectue une cotisation annuelle pour chaque personne affiliée au SPSS. Celle-ci se décompose en une quote-part sociale par affilié (880,19 pesos en 2012) et une cotisation solidaire fédérale par affilié, qui doit représenter au moins une fois et demie le montant de la quote-part sociale (la moyenne nationale était de 1 320,29 pesos en 2012) (Secrétariat à la Santé, 2012).

Figure 5.3. Régime tripartite de cotisations annuelles par personne, 2012

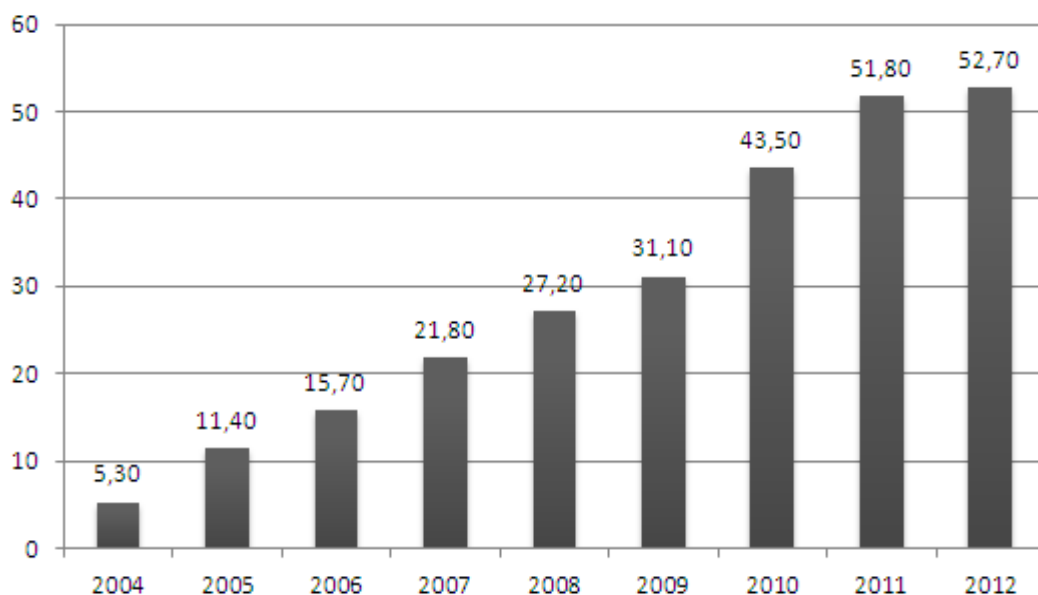


Le taux de change moyen entre le peso et le dollar était de 13,16 pesos en 2012 (Banque du Mexique, 2013).  
Source: Secrétariat à la santé, 2012.

Les Etats fédérés versent une cotisation solidaire étatique par bénéficiaire. Celle-ci doit être d'un montant équivalent à au moins la moitié de la quote-part sociale (ce montant était de 440,10 pesos par personne en 2012) (Secrétariat à la santé, 2012).

Les affiliés au SPSS versent des quotes-parts familiales anticipées, annuelles et progressives. Celles-ci sont définies à partir des conditions socio-économiques déterminées grâce à l'évaluation socio-économique réalisée au cours du processus d'affiliation. Les personnes/ménages appartenant aux quatre premiers déciles de revenus sont exemptés de quote-part annuelle (Secrétariat à la santé, 2012).

Figure 5.4. Augmentation cumulée du nombre d'affiliés au *Seguro Popular* (en millions de pesos), 2004-2012



Source: Secrétariat à la santé, 2012.

Le financement du SPSS (majoritairement public) couvre les interventions et les médicaments inclus dans le Catalogue universel de services de santé (CAUSES – *Catálogo Universal de Servicios de Salud*); de même que le Fonds de protection contre les dépenses catastrophiques (FPGC – *Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos*) (qui couvre les interventions définies comme catastrophiques) et le Fonds de prévoyance budgétaire (FPP – *Fondo de Previsión Presupuestal*) (qui vise à renforcer l'infrastructure en santé de prise en charge des besoins de santé primaires et des spécialisations médicales essentielles; et à prévoir le budget nécessaire pour une augmentation éventuelle et inattendue de la demande en services de santé). 89 pour cent du total des ressources gouvernementales octroyées au fonctionnement financier du SPSS sont attribuées au catalogue CAUSES. LE FPGC reçoit 8 pour cent et le FPP, le reste (Secrétariat à la Santé, 2012).

Outre le CAUSES et le FPGC, le SPSS compte d'autres programmes visant à renforcer les soins de santé, comme le programme d'Assurance médicale pour une nouvelle génération (SMNG – *Seguro Médico para Una Nueva Generación*), la composante santé du programme *Oportunidades* et le Programme national de chirurgie extramuros (PNCE – *Programa Nacional de Cirugía Extramuros*) (Secrétariat à la Santé, 2012).

#### Encadré 5.1.

##### Mécanismes employés par le SPSS pour assurer la couverture de santé de la population

- a) CAUSES: couvre la totalité des interventions du premier niveau de soins médicaux et la majorité des traitements considérés comme les principales dépenses hospitalières.
- b) FPGC: conçu pour financer le soin de maladies considérées comme catastrophiques. Ce fonds couvre 58 interventions regroupées en 17 groupes: cancer cervico-utérin, VIH/SIDA, soins intensifs néonataux, cataracte, cancer des enfants et adolescents, greffe de moelle osseuse chez les moins de 8 ans, greffe de moelle osseuse chez les plus de 18 ans, cancer du sein, cancer des testicules, lymphome non hodgkinien, problèmes chirurgicaux congénitaux ou acquis, greffe de cornée, maladies lysosomales chez les moins de 10 ans, hémophilie chez les moins de 10 ans, infarctus du myocarde à la phase aiguë chez les moins de 60 ans, cancer de la prostate et greffe de rein.
- c) SMNG: protège les enfants en leur donnant une couverture élargie d'assurance contre toutes les maladies touchant cette tranche d'âge, en plus de celles octroyées par CAUSES et FPGC.
- d) Composante santé du programme *Oportunidades*: octroie à ses bénéficiaires un paquet élémentaire garanti de santé, d'actions de formation en matière de santé et la fourniture de compléments alimentaires pour les enfants et les femmes enceintes et allaitantes.
- e) Stratégie *Embarazo Saludable* (une grossesse en bonne santé): donne la priorité pour l'affiliation et les soins aux femmes enceintes ne disposant pas d'une sécurité sociale de santé.
- f) PNCE: met à disposition des ménages les plus déshérités, à proximité de leur lieu de résidence, des services de chirurgie générale, d'ophtalmologie, d'orthopédie et de chirurgie reconstructrice, entre autres.

Source: Secrétariat à la santé, 2012.

### 5.3.3. PROGRESA/Oportunidades

En 1997, suite aux conséquences de la crise de 1994-1995 et de la remise en question des stratégies d'amélioration des conditions de bien-être des personnes pauvres, le programme fédéral PROGRESA/Oportunidades a été mis en œuvre (Levy et Rodríguez, 2003). Ce programme a été conçu pour augmenter les opportunités et compléter le revenu des familles vivant en situation d'extrême pauvreté. Il visait à abattre les obstacles empêchant les familles pauvres d'accéder à un niveau suffisant de nutrition et de soins de la santé, et à leur permettre de se former et d'acquérir les compétences d'éducation élémentaire (SEDESOL, 1999). A cette fin, le programme est constitué de trois composantes: appuis éducatifs permettant aux enfants et aux jeunes de recevoir une éducation élémentaire; soins de santé essentiels pour tous les membres de la famille et; appuis pour améliorer la consommation alimentaire et la nutrition des membres les plus vulnérables de la famille (Levy et Rodríguez, 2003).

#### Encadré 5.2.

##### Objectifs du programme PROGRESA

- Améliorer considérablement les conditions d'éducation, de santé et d'alimentation des familles pauvres, notamment des enfants et des mères.
- Intégrer ces actions de sorte que les progrès scolaires ne soient pas entravés par des problèmes de santé ou de malnutrition des enfants et des jeunes, ou encore parce que les élèves doivent effectuer des tâches qui nuisent à leur assiduité scolaire.
- Veiller à ce que les ménages disposent des moyens et des ressources suffisantes pour que les enfants puissent bénéficier d'une éducation élémentaire.
- Responsabiliser les parents et tous les membres de la famille quant à l'avantage que représentent pour les enfants et les jeunes une meilleure éducation, santé et alimentation, et les inciter à y prendre part activement.
- Encourager la participation et l'appui communautaire aux actions de PROGRESA afin que les services d'éducation et de santé profitent à l'ensemble des familles des localités où le programme fonctionne, et réunir

Source: SEDESOL (1999).

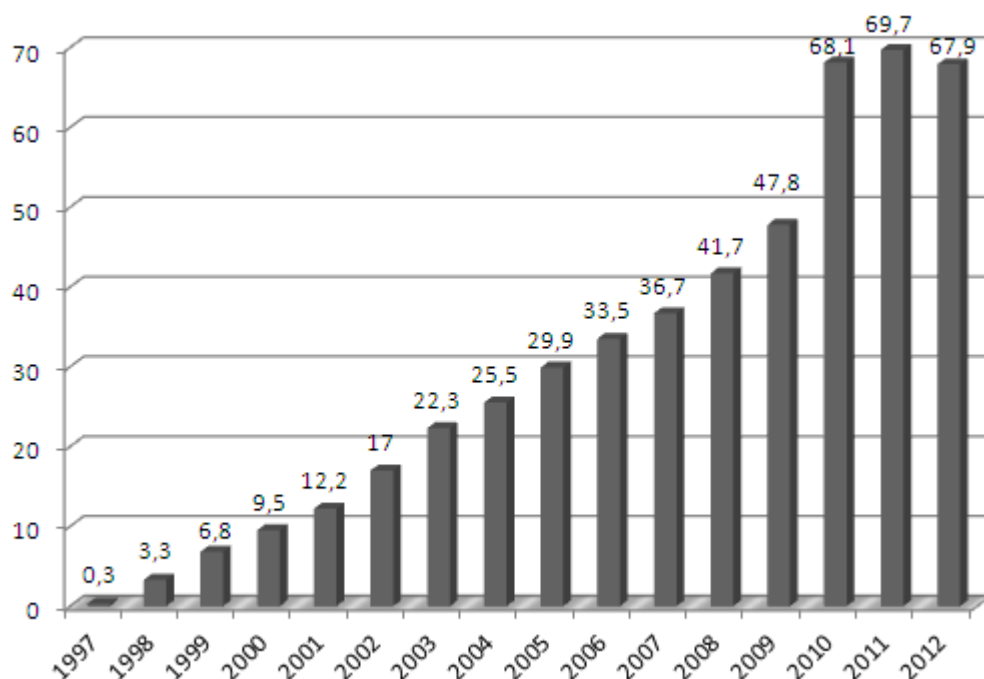
---

En 1995, un projet pilote, alors connu sous le nom de Programme intégral d'éducation, de santé et d'alimentation (PIESA – *Programa Integral de Educación, Salud y Alimentación*), a été mis en œuvre, notamment pour analyser la faisabilité opérationnelle d'un programme de transferts conditionnels en espèces. L'une des conclusions de ce projet fut qu'il était nécessaire de concevoir un organisme *ex profeso* pour le fonctionnement de ce qui deviendrait le programme *PROGRESA/Oportunidades*. En effet, aucune agence gouvernementale ne disposait des mesures nécessaires pour coordonner un tel programme (Levy, 2006). C'est ainsi qu'à vu le jour la Coordination nationale du programme *Oportunidades*. C'est un organisme décentralisé du SEDESOL dont les fonctions principales sont entre autres d'identifier et d'incorporer les bénéficiaires, de coordonner les actions dans le but de réaliser et vérifier les responsabilités de chacun, et d'effectuer les transferts en espèces. Cela implique que les actions et prestations de services en matière de santé et d'éducation ne relèvent pas de la Coordination du programme *Oportunidades*, mais des secrétariats respectifs. Ce sont des membres du personnel des institutions éducatives et médicales étatiques qui vérifient le respect des coresponsabilités. Ensuite, sous la supervision des Comités techniques étatiques, le programme *Oportunidades* reçoit ces informations par voie électronique, puis les saisit et effectue les transferts correspondants aux familles bénéficiaires. Sur le papier, cette conception n'engendre pas de doublons de fonctions, car comme il a été mentionné, les services d'éducation et de santé sont toujours dispensés par les instances traditionnelles. Un organisme spécialisé a été créé pour traiter de la mise en œuvre du programme.

Interviennent dans le programme *PROGRESA/Oportunidades*, au niveau fédéral, le SHCP, le SEDESOL, le SEP, le Secrétariat à la Santé et l'IMSS. Ces instances constituent le Comité technique de la Coordination nationale du programme de développement humain *Oportunidades*, instance normative du programme et responsable de l'interprétation des règles de fonctionnement ainsi que des cas de figure non prévus par ces dernières (DOF, 2013c).

Les instances exécutives du programme sont, chacune dans leur domaine de compétences, le SEDESOL par le biais de la Coordination nationale du programme *Oportunidades*, le Secrétariat à la Santé, les services étatiques de santé, l'IMSS par le biais de l'IMSS/*Oportunidades*, le SEP, les services étatiques d'éducation et le Conseil national de développement éducatif (CONAFE – *Consejo Nacional de Fomento Educativo*). La Coordination nationale du programme *Oportunidades* dispose de délégations ou de coordinations dans les 32 Etats fédérés. Celles-ci sont chargées de la prise en charge des familles ainsi que du fonctionnement et du suivi du programme dans leur Etat respectif. Les gouvernements des Etats fédérés, les délégations et les représentations des programmes fédéraux, le cas échéant, sont chargés du fonctionnement et de l'attribution des services d'éducation et de soins de santé à la population. Ainsi, les gouvernements des Etats fédérés sont chargés d'assurer l'accessibilité des services d'éducation élémentaire et de maintenir le fonctionnement du service éducatif. De même, les institutions de santé des Etats fédérés, par le biais des programmes ordinaires du secteur et avec la participation du gouvernement fédéral, assurent les services de santé dans les unités de santé du premier niveau de soins pour lesquelles le programme intervient (DOF, 2013c). Les figures 5.5 et 5.6 montrent le budget alloué et la couverture de *Oportunidades* respectivement de 1997 à 2012.

Figure 5.5. Budget du programme *Oportunidades* (en milliards de pesos), 1997-2012



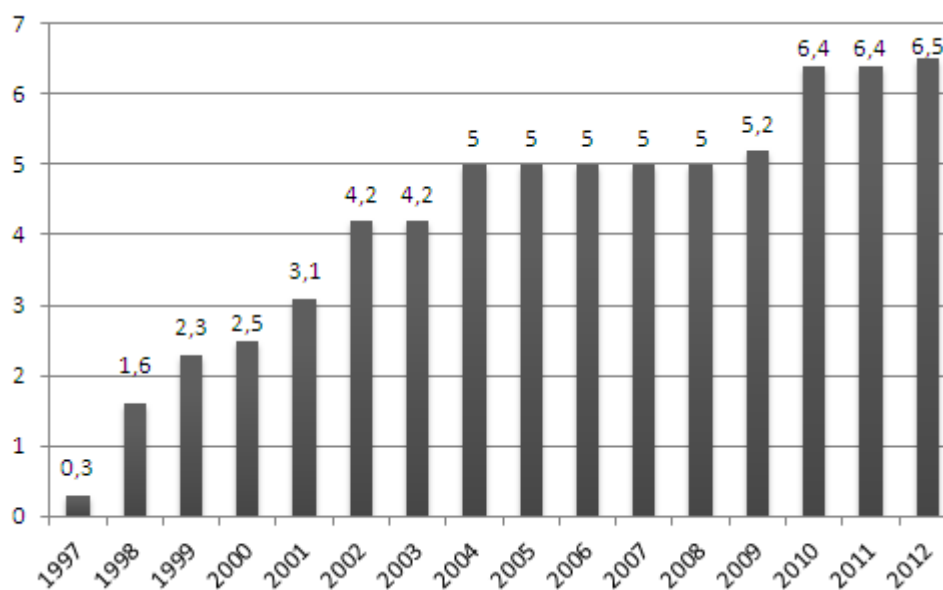
Remarque: depuis 2010, *Oportunidades* se charge du Programme d'aide alimentaire (PAL – *Programa de Apoyo Alimentario*).  
Source: SEDESOL, 2012b.

Si, à l'heure actuelle, les axes principaux du programme demeurent, leur portée a augmenté par rapport à la conception originale sous l'administration du Président Zedillo (1994-2000). Le programme *Oportunidades* a actuellement pour objectifs directs d'appuyer les familles en situation d'extrême pauvreté, d'atteindre des niveaux d'éducation, de santé et d'alimentation plus élevés, et de fournir aux bénéficiaires de nouveaux services et programmes de développement visant à améliorer leurs conditions socio-économiques et leur qualité de vie (SEDESOL, 2012b). Les appuis reçus par les bénéficiaires se répartissent entre les composantes suivantes:

- Transferts bimestriels en espèces, généralement versés aux mères de famille, pour contribuer à améliorer la quantité, la qualité et la diversité de leur alimentation, et ainsi améliorer leur état nutritionnel. Depuis 2012, le montant de l'aide énergétique est ajouté au montant de l'aide alimentaire.
- Bourses d'éducation pour les enfants et les jeunes, de la troisième année du primaire (8-9 ans) jusqu'au dernier niveau de classe préparatoire. Dans les localités de moins de 2 500 habitants, elles sont également versées aux élèves de première et deuxième année de primaire (6-8 ans).
- Appui économique pour les jeunes qui valident leur formation de classe préparatoire avant leurs 22 ans, avec le programme «*Jóvenes con Oportunidades*».
- Appui monétaire pour l'achat des fournitures scolaires ou dotation d'un paquet de ces dernières, au début du cycle d'études pour les boursiers du primaire. Pour les boursiers du secondaire et des classes préparatoires, appui monétaire annuel pour l'achat des fournitures.

- Paquet élémentaire garanti de santé et Ateliers communautaire pour l'autogestion de la santé, destiné aux membres de la famille de 15 ans et plus ainsi qu'aux boursiers des classes préparatoires.
- Compléments alimentaires pour les enfants de 6 à 23 mois, pour les enfants souffrant de malnutrition de 24 à 59 mois et pour les femmes enceintes ou allaitantes. Depuis 2009, les institutions de santé ont commencé à distribuer des compléments sans apports caloriques pour lutter contre l'obésité.
- Appui pour tous les adultes de 70 ans et plus, membres d'une famille bénéficiaire, dans le cadre du programme *70 y más* du SEDESOL.
- Depuis 2008, les familles bénéficiaires reçoivent l'aide alimentaire *Vivir Mejor* (Mieux vivre), une ressource supplémentaire visant à protéger les revenus de la hausse internationale du prix des denrées alimentaires.
- Depuis 2010, les bénéficiaires reçoivent l'aide à l'enfance *Vivir Mejor*, qui consiste en une somme en espèces visant à améliorer l'alimentation et le développement de tous les mineurs de zéro à neuf ans. Chaque famille peut cumuler un maximum de trois appuis de ce type.

Figure 5.6. Couverture du programme *Oportunidades* (millions de ménages), 1997-2012



Remarque: depuis 2010, le programme *Oportunidades* prend en charge le PAL  
 Source: SEDESOL, 2012b.

La façon dont le programme *PROGRESA/Oportunidades* a conceptualisé la lutte gouvernementale contre la reproduction intergénérationnelle de l'extrême pauvreté par des actions complémentaires de santé, de nutrition et d'éducation était novatrice, ce qui était aussi le cas du fait que le fonctionnement et la structure du programme aient été conçus simultanément avec les systèmes d'évaluation. Sur ce point, le programme *PROGRESA/Oportunidades* a établi un précédent pour ce qui est considéré aujourd'hui comme une bonne pratique de la politique publique, à savoir les études d'évaluation.

Le modèle d'évaluation comportait des observations répétées des familles et de leurs membres avant et après l'établissement du programme. Des méthodes statistiques ont été employées pour déduire les impacts, et des groupes témoins et de traitement ont été définis

(Levy et Rodríguez, 2005). Ces critères ont permis d'identifier les changements pouvant être attribués au programme, et non à des facteurs externes. Ils ont été constants dans les évaluations du programme sous ses différentes formes, à l'exception de la première.

#### Encadré 5.3.

##### Principaux résultats du programme *PROGRESA/Oportunidades* d'après les évaluations indépendantes de l'impact (2001-2006)

- **Éducation.** *Oportunidades* permet d'augmenter le nombre d'inscriptions dans la période de transition entre le primaire et le secondaire, et entre le secondaire et les classes préparatoires, notamment chez les jeunes filles. Il permet aussi de réduire le nombre de redoublement et d'abandon, d'augmenter la réussite scolaire et de faire en sorte que les parents soient plus disposés à encourager la poursuite des études de leurs enfants et la réalisation de leurs devoirs scolaires.
- **Santé.** Permet de réduire les taux de mortalité maternelle et infantile, de diminuer la morbidité et l'incapacité, d'augmenter l'utilisation des services publics de santé ambulatoires et de réduire celle des services privés. Ce dernier point entraîne des dépenses directes moins importantes pour les bénéficiaires.
- **Alimentation.** *Oportunidades* permet de réduire la prévalence de l'anémie et d'augmenter la taille et le poids des jeunes enfants. Il permet d'améliorer l'alimentation des foyers en les aidant à acheter des aliments carnés et en fournissant des compléments alimentaires à une grande partie de la population infantile.
- **Aspects démographiques, économiques, sociaux et fondés sur le sexe.** Le programme n'augmente pas de façon significative la migration, ni la violence à l'encontre des femmes, ni ne semble affaiblir les liens communautaires. Les bénéficiaires consacrent plus de ressources à leurs besoins fondamentaux, leur logement et leurs investissements productifs.

Source: Cruz, De la Torre et Velázquez, 2006.

D'autres aspects ont été mis en valeur par le processus continu d'évaluation. L'un d'entre eux est le rôle que ce dernier a joué dans le développement du programme *PROGRESA/Oportunidades* en établissant un retour de l'information entre la conception du programme, le fonctionnement et les résultats de l'évaluation. Dans le cas du programme *PROGRESA/Oportunidades*, il existe des signes clairs montrant que les personnes en charge de la conception et du fonctionnement du programme ont bien pris en compte les recommandations émanant des études d'évaluation et ont modifié certains aspects et mécanismes de mise en œuvre. Les modifications apportées aux Règles de fonctionnement du programme en sont la preuve patente. Bon nombre de changements apportés aux normes de fonctionnement du programme sont le fruit des conclusions des évaluations. Par exemple, les méthodes de ciblage et de sélection des bénéficiaires ont été modifiées pour diminuer les erreurs d'inclusion et d'exclusion; de même, la couverture des bourses scolaires a été étendue à plus d'années d'étude (Levy, 2006; Cruz *et al.*, 2006). Les évaluateurs externes ont aussi suggéré les changements apportés aux nutriments intégrés dans les formules de compléments alimentaires, le remplacement des exposés pédagogiques et l'ajout d'une conseillère en nutrition (Neufeld, 2007).

## 5.4. Évaluation de la politique de développement social

### 5.4.1. Contexte

Malgré les avantages que les évaluations confèrent au processus d'amélioration des politiques publiques, leur utilisation systématique et continue est une pratique assez récente. Même dans les pays développés, où les ressources et les techniques sont plus répandues (par rapport aux pays en développement) et où une culture de bonne gouvernance est censée avoir cours, les résultats des évaluations ne sont souvent pas pris en compte dans l'amélioration des politiques publiques (Picciotto, 2002). De nombreuses



---

raisons sont avancées pour la faible utilisation des évaluations dans le processus de réforme et, dans l'objectif d'optimiser les résultats et le fonctionnement des programmes: a) les études ne sont pas réalisées dans les délais nécessaires, ou les résultats ne sont pas présentés à temps; b) l'équipe d'évaluation ne consulte pas les responsables du programme, ou les premiers méconnaissent les besoins des seconds; ou c) la rigidité institutionnelle empêche souvent la réalisation des adaptations suggérées par les évaluations (Banque mondiale et OED – *Operations Evaluation Department*, Département d'évaluation des opérations, 2005).

Le processus évolutif des politiques sociales n'a pas toujours été accompagné de mécanismes d'évaluation. Ce n'est que récemment que ces mécanismes ont été mis en valeur comme une part fondamentale des activités gouvernementales. Depuis le début des années 1990, l'évaluation a été intégrée aux processus et aux réformes de différents Etats et organisations internationales. L'Amérique latine a elle aussi amorcé un effort institutionnel afin que les pratiques d'évaluation soient consolidées et fassent partie intégrante de la gestion publique.

Le Mexique ne faisait pas exception et le gouvernement ne disposait pas d'un système d'évaluation et de suivi pour la majorité des programmes. Depuis 1998 a eu lieu un changement institutionnel dans la conception et la mise en œuvre de la politique sociale: il est devenu obligatoire pour les institutions dépendant du gouvernement fédéral de publier les Règles de fonctionnement de leurs programmes afin de normaliser les actions des programmes de développement régional et de lutte contre la pauvreté. Conformément au texte de loi inscrit au PEF de cette même année, a été instaurée l'obligation du SEDESOL d'informer et de réaliser des évaluations régulières permettant d'établir les effets des programmes sur le niveau de vie de la population (Medina, 2000). La mise en route et la consolidation du programme *PROGRESA/Oportunidades* ont constitué un événement marquant dans la reconnaissance des processus d'évaluation en tant que partie intrinsèque de la politique sociale.

Cette partie analyse ce qui constitue jusqu'à aujourd'hui l'effort le plus clair d'institutionnalisation de la culture d'évaluation de la politique sociale du gouvernement fédéral mexicain, à savoir la LGDS.

Cette loi, ainsi que le CONEVAL (qui dérive de ses textes de loi), constituent la première tentative de structuration intégrée des pratiques d'évaluation dans le domaine des politiques publiques de développement social.

#### **5.4.2. Evaluation de la politique sociale et de la LGDS**

Il est possible d'affirmer que les premières étapes de l'institutionnalisation de l'évaluation de la politique de développement social ont été réalisées en décembre 1997 avec l'inclusion dans le Décret sur le budget des dépenses de la Fédération de 1998 de dispositions obligeant les instances de la Fédération à définir des règles de fonctionnement des programmes ayant des effets sociaux, afin de rendre plus transparente et efficace l'affectation des dépenses publiques (DOF, 1997).

Cette disposition a été constamment incluse dans les PEF postérieurs à celui-ci et les instances ont dû préciser l'objectif du programme, le groupe social bénéficiaire, les buts à atteindre, les mécanismes d'évaluation et les motifs de cessation. Cependant, c'est à partir du PEF de l'année fiscale 2000 qu'a été établie expressément la liste des programmes soumis aux Règles de fonctionnement. Ceux-ci doivent entre autres inclure des critères d'éligibilité et de sélection des bénéficiaires pour chaque programme (PNUD, 2007). Ces documents annuels établissent l'élaboration et la publication des règles de fonctionnement de certains programmes fédéraux ainsi que l'intégration, par instance ou organisme, pour

---

les programmes ne disposant pas d'un mécanisme d'évaluation indépendante, d'un Conseil technique d'évaluation et de suivi incluant des institutions universitaires (Journal du Parlement, 2000).

L'importance des Règles de fonctionnement n'est pas à prendre à la légère. Levy (2000) indique que celles-ci permettent d'établir des mécanismes d'amélioration continue dans l'orientation et le fonctionnement des subventions, et que les textes normatifs donnent plus d'informations à la société, et plus particulièrement aux bénéficiaires, sur la façon dont les programmes fonctionnent, le montant des prestations, des critères d'éligibilité, entre autres. Ceci permet d'établir une relation plus institutionnelle entre le gouvernement et la société en démontrant que la mise en œuvre des programmes et l'attribution des aides ne sont pas le fruit d'un acte volontaire de la part des autorités, mais bien de la réalisation d'un mandat légal. L'auteur indique également que le fait que les Règles de fonctionnement soient publiées peut donner à des instances distinctes du pouvoir exécutif, comme la Chambre des Députés ou la Cour supérieure d'audit de la Fédération, une plus grande assurance sur la façon dont les ressources sont utilisées et donc davantage d'arguments à employer au cours des débats sur la pertinence des programmes quant à la réponse aux demandes sociales. Enfin, ces Règles peuvent donner des informations utiles au contrôle et à la surveillance, non seulement du budget et des processus, mais également de la réalisation d'objectifs établis dans les indicateurs de résultats.

Plus tard, en 2002, des lignes directrices ont été émises pour la programmation et la réalisation de budgets du gouvernement fédéral, pour lesquelles a été fournie la traçabilité des programmes soumis aux Règles de fonctionnement (PNUD, 2007; Sous-secrétariat aux dépenses, 2002). Au cours de cette même année a été publié dans le Journal officiel l'accord délivrant les prérequis minimums que les instances et les organismes de l'Administration publique fédérale doivent remplir pour sélectionner les institutions universitaires et d'investigation, ou les organismes spécialisés, de caractère national ou international, chargés d'évaluer les résultats des programmes gouvernementaux soumis aux Règles de fonctionnement (DOF, 2002).

C'est en 2004 qu'a été mis en place le ciment définitif de l'institutionnalisation de l'évaluation des politiques sociales, avec la publication de la LGDS, dont les objectifs comportent «l'établissement de mécanismes d'évaluation et de suivi des programmes et actions de la Politique nationale de développement social...» (article 1, paragraphe VIII). En ce sens, la loi prépare la création du CONEVAL et l'habilite à définir les lignes directrices et les critères de définition, d'identification et de mesure de la pauvreté (articles 36 et 81); et à évaluer la politique de développement social, que ce soit par ses propres moyens ou par l'intermédiaire d'un ou de plusieurs organismes indépendants de l'exécutif du programme (article 72). Le chapitre cinq établit le caractère juridique de ce conseil ainsi que certaines considérations générales concernant l'évaluation et les indicateurs de résultats (DOF, 2004). Cependant, l'indépendance de l'organisme en charge de l'évaluation des programmes, établie à l'article 72 susmentionné, peut être contournée par les dispositions dérivées du règlement de la LGDS. Certains articles du chapitre XI de ce règlement autorisent l'exécutif du programme à engager lui-même l'organisme chargé de l'évaluation, et même de s'auto-évaluer, ce qui est en contradiction avec la LGDS<sup>5</sup>. Outre l'aspect légal, le fait que l'organisme exécutif engage l'évaluateur n'implique pas automatiquement une perte d'indépendance de la part de ce dernier. Cependant, cela peut induire un risque de cooptation. En effet l'organisme exécutif pourrait biaiser

<sup>5</sup> Des arguments en ce sens sont également donnés par Boltvinik (2006) et Montiel (2006).

---

l'évaluation en la confiant à des experts ayant une méthodologie proche de la sienne et éviter des interrogations critiques ou des rapports négatifs.

### **5.4.3. CONEVAL et structure institutionnelle d'évaluation**

Le 24 août 2005, dans le cadre de la réalisation des directives de la LGDS mentionnées précédemment, a été publié dans le DOF le décret régulant le CONEVAL, organisme public décentralisé de l'administration publique fédérale ayant une personnalité juridique et un patrimoine propre, une autonomie technique et de gestion, et coordonné par le SEDESOL (DOF, 2005). Le devoir de cette institution est de formuler des informations objectives sur la situation de la politique sociale et la mesure de la pauvreté. Son objectif fondamental est de contrôler la réalisation des objectifs sociaux des programmes, buts et actions de la Politique de développement social à travers deux éléments (CONEVAL, 2007):

- Normaliser et coordonner de façon intégrée l'évaluation de la Politique nationale de développement social et des politiques, programmes et actions effectués par les instances publiques.
- Etablir les lignes directrices et les critères de définition, d'identification et de mesure de la pauvreté, en garantissant la transparence, l'objectivité et la rigueur technique.

Pour remplir ses objectifs, le CONEVAL exerce les fonctions suivantes (CONEVAL, 2007):

- Etablir des critères et des lignes directrices pour les méthodologies d'évaluation de la politique et des programmes de développement social.
- Faire connaître les résultats des évaluations et autres études concernant le développement social.
- Approuver les indicateurs de résultat, la gestion et les services de mesure de la couverture, de la qualité et des effets de programmes et d'actions de développement social.
- Etablir des critères de résultats appuyant la définition des zones d'attention prioritaire.
- Etablir des critères et des lignes directrices pour la définition, l'identification et la mesure de la pauvreté.
- Émettre des suggestions et des recommandations sur le sujet au pouvoir exécutif fédéral, à la Commission intersecrétariale sur le développement social et à la Commission nationale de développement social.

De la Torre (2006) présente la création du CONEVAL comme l'une des avancées les plus significatives de la LGDS en ce sens qu'il attache une grande importance au fait de favoriser l'indépendance d'une analyse critique des programmes sociaux et de renforcer la mesure officielle de la pauvreté. Cependant, la création de ce Conseil risque de générer un appareil bureaucratique coûteux dont les partis politiques se disputeront le contrôle. L'une des hypothèses sous-jacentes à la loi est que si l'évaluation des programmes sociaux et la mesure de la pauvreté sont réalisées par une agence gouvernementale, le risque que l'évaluation soit biaisée est plus grand, c'est pourquoi il faut créer un organisme indépendant ayant ses ressources propres. Il faut toutefois aussi considérer le fait qu'il est possible que la manipulation politique de l'évaluation et des mesures émane des acteurs publics (de la Torre, 2006).

---

La LGDS, son règlement et le décret susmentionné constituent, avec la Loi fédérale sur le budget et la responsabilité fiscale (articles 45, 78 et 111) <sup>6</sup> (DOF, 2006a) ainsi que le Décret sur le budget des dépenses de la Fédération pour l'exercice fiscal 2007 (article 26) (DOF, 2006b), le cadre juridique qui régit les processus d'évaluation des programmes fédéraux. C'est sur ces fondements que sont développées les lignes directrices régulant l'évaluation des programmes fédéraux, qui doivent obligatoirement être suivies par les instances et organismes de l'Administration publique fédérale en charge des programmes fédéraux. Ces modalités, incluses dans les lignes directrices générales pour l'évaluation des programmes fédéraux de l'Administration publique et dans le Programme annuel d'évaluation 2007, publié le 30 mars 2007 dans le DOF, établissent cinq types d'évaluation de programmes fédéraux, à savoir (DOF, 2007):

- Evaluation de la cohérence et des résultats: analyse systématiquement la conception et la performance globale des programmes fédéraux afin d'améliorer leur gestion et de mesurer les résultats à partir de la matrice d'indicateurs.
- Evaluation des indicateurs: analyse par des travaux sur le terrain la pertinence et la portée des indicateurs d'un programme fédéral concernant l'ampleur des résultats.
- Evaluation des processus: vérifie par des travaux sur le terrain si le programme réalise ses processus opérationnels de manière efficace et efficiente, et si ces processus contribuent à améliorer la gestion.
- Evaluation des effets: identifie à l'aide de méthodologies rigoureuses les évolutions des indicateurs de résultats qui sont imputables aux actions du programme fédéral.
- Evaluation spécifique: évaluation non comprise dans ces lignes directrices et réalisée par un travail de bureau ou sur le terrain.

Une évaluation supplémentaire, appelée évaluation stratégique, se rapporte aux évaluations concernant les stratégies, les politiques et les institutions, et non les programmes.

A partir de cette classification des évaluations, le CONEVAL, le SHCP et le SFP établissent le Programme annuel d'évaluation pour déterminer quelles évaluations seront effectuées et pour quels programmes. Ce programme doit être défini chaque année conformément au calendrier des activités du processus budgétaire. Pour réaliser les évaluations, il faut prendre en compte les critères établis par les lignes directrices et utiliser les modèles des termes de référence déterminés par le SCHP, le SFP et le CONEVAL, dans la mesure où l'évaluation à réaliser concerne la cohérence et les résultats ou la conception. S'il s'agit des autres types d'évaluations, les termes de référence sont élaborés par les instances concernées, conformément aux caractéristiques spécifiques de chaque évaluation (DOF, 2007).

Le mécanisme de suivi des aspects susceptibles d'être améliorés selon les rapports et évaluations des programmes budgétés par l'Administration publique fédérale est l'instrument développé par le CONEVAL pour favoriser la traduction des découvertes réalisées au cours des évaluations en amélioration des politiques publiques. Ce document établit le processus que les différentes instances doivent suivre pour respecter les

<sup>6</sup> Cet instrument juridique ne se rapporte pas exclusivement au processus d'évaluation du milieu de développement social, mais à l'Administration publique fédérale dans son ensemble.

---

recommandations présentées dans les rapports et les intégrer à la conception des politiques, entre autres (SHCP, 2011). Cependant, ce sont les institutions évaluées elles-mêmes qui décident des observations à prendre en compte.

## 5.5. Conclusion

Le système de protection sociale mexicain s'est construit de façon segmentée et stratifiée. D'un côté, les bénéficiaires des institutions de sécurité sociale ont en général accès à des services leur garantissant leurs droits sociaux fondamentaux. Comme mentionné, le droit à ces services découle du type de contrat associé au travail. D'un autre côté, pour inclure la population exclue de la sécurité sociale sur la base de l'emploi, différents programmes de protection sociale gérés par différentes institutions gouvernementales ont été mis en œuvre.

Les actions du gouvernement à ce sujet sont segmentées (notamment celles qui ne sont pas liées aux institutions de sécurité sociale reposant sur l'emploi), car elles correspondent souvent à des actions sectorielles. Les actions liées à la protection sociale effectuées au sein des différents secteurs administratifs de l'Etat sont isolées les unes des autres et ne constituent pas un axe articulé et plurisectoriel. Cependant, une personne peut bénéficier de programmes concernant les différents secteurs (*Oportunidades*, *Seguro Popular*, pension pour les personnes âgées, etc.).

Il existe différents mécanismes d'articulation concernant la prestation de services de développement et de protection sociale. Cependant, il transparaît que ces mécanismes ont le même handicap: ils ont avant tout été conçus pour coordonner les actions de différentes instances, et non pour articuler des actions dans l'optique d'un système unifié et planifié de protection sociale. Le principal obstacle n'est pas l'absence de programmes de protection sociale en soi, mais leur intégration transversale dans un système complet.

Les processus institutionnels d'évaluation peuvent aider à définir les politiques publiques nécessaires pour prévenir et réduire la pauvreté, la vulnérabilité et l'exclusion sociale ainsi que protéger les foyers contre les risques et chocs extérieurs et donc, consolider un socle de protection sociale. Cependant, les évaluations n'ont de sens que si les observations qui en sont tirées sont prises en compte dans le débat sur la conception et la mise en œuvre des politiques publiques en lien avec la protection sociale, c'est pourquoi il est nécessaire de créer des mécanismes qui garantissent la prise en compte de ces observations.

## 5.6. Bibliographie

Banque du Mexique (2013): «Tipos de cambio y resultados históricos de las subastas CF373 - Serie histórica diaria del tipo de cambio peso-dólar Período: 19/04/1954 - 18/07/2013, Diaria, Pesos por Dólar, Tipo de Cambio» (Mexico).

Banque mondiale (1980): *World Development Report 1980* (New York, Oxford University Press).

—. (1990): *World Development Report 1990: Poverty* (New York, Oxford University Press).

—. Département d'évaluation des opérations (OED) (2005): *Influential Evaluations: Detailed Case Studies* (Washington, D.C).

- 
- Boltivnik, J. (2001): «Opciones metodológicas para medir la pobreza en México», *Revista Comercio Exterior* (Mexico, Bancomext).
- Carmona, C. (2010): *Evolución de PROGRESA/Oportunidades 1997-2009: pobreza, política social y crisis en México* (Mexico, Thèse ITAM).
- Centre d'études sociales et d'opinion publique (CESOP) (2006): *Antecedentes en Desarrollo Social* (Mexico).
- Cohen, E.; Franco R. (2006): «Los programas de transferencias con corresponsabilidad en América Latina: similitudes y diferencias», dans Cohen et Franco (dir. de publication) *Transferencias con corresponsabilidad, una mirada latinoamericana* (Mexico, SEDESOL).
- Commission Economique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC) (2006): *La protección social de cara al futuro. Acceso, financiamiento y solidaridad* (Santiago du Chili).
- Commission nationale de développement social (2003): «Dictamen con Proyecto de Ley General de Desarrollo Social», *Journal du Parlement*, an VI, n° 1382 (Mexico).
- Conseil national d'évaluation de la politique de développement social (CONEVAL) (2007): *¿Quiénes somos?* Mexico.
- . 2012a. *Evaluación Estratégica de Protección Social en México* (Mexico).
- . 2012b. *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social en México 2012* (Mexico).
- . 2012c. *Avances y Retos de la Política de Desarrollo Social en México* (Mexico).
- Cordera, R.; Lomelí, L. (2005): *La Política Social Moderna: Evolución y Perspectivas: resumen ejecutivo y consideraciones finales* (Mexico, Secrétariat au développement social).
- Cruz, C. et al. (2006): *Informe compilatorio. Evaluación externa de impacto del Programa Oportunidades 2001-2006* (Cuernavaca, Institut national de santé publique).
- De la Torre, R. (2006): «Análisis e implicaciones de la Ley General de Desarrollo Social», *Política Social para la Equidad* (Mexico, Editorial Porrúa).
- Journal officiel de la Fédération (DOF) (1997): *Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal de 1998*. 29 décembre 1997 (Mexico).
- . (2002): *Acuerdo por el que se expiden los requisitos mínimos que las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal deberán considerar para seleccionar a las instituciones académicas y de investigación u organismos especializados, de carácter nacional o internacional, interesados en realizar la evaluación de resultados de los programas gubernamentales sujetos a reglas de operación en el ejercicio fiscal 2002*. 30 avril 2002 (Mexico).
- . (2003): *Ley General de Salud*. 5 mai 2003 (Mexico).
- . (2004): *Ley General de Desarrollo Social*. 20 janvier (Mexico).

- 
- (2005): *Decreto por el que se regula el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social*. 24 août 2005 (Mexico).
  - (2006a): *Decreto por el que se expide la Ley de Coordinación Fiscal y de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria*. Dernière réforme publiée, DOF 27 décembre 2006 (Mexico).
  - (2006b): Budget des dépenses de la Fédération pour l'exercice fiscal 2007. 28 décembre 2006 (Mexico).
  - (2007): *Lineamientos generales para la evaluación de los Programas Federales de la Administración Pública Federal*. 30 mars 2007 (Mexico).
  - (2008): *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades*. 29 décembre 2008 (Mexico).
  - (2013a): *Decreto por el que se establece el Sistema Nacional para la Cruzada contra el Hambre*. 22 janvier 2013 (Mexico).
  - (2013b): *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Pensión para Adultos Mayores, para el ejercicio fiscal 2013*. 26 février 2013 (Mexico).
  - (2013c): *Acuerdo por el que se emiten las Reglas de Operación del Programa de Desarrollo Humano Oportunidades, para el ejercicio fiscal 2013* (Mexico).
- Gouvernement fédéral (2008): *Vivir Mejor. Política Social del Gobierno Federal* (Mexico).
- Gómez-Dantes, O. *et al.* (2011): *Sistema de salud de México*. Salud Publica Mex. 2011; 53 suppl. 2: S220-S232 (Mexico).
- Institut national de statistiques et de géographie (INEGI) (2011a): *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. Lineamientos conceptuales ENESS 2009* (Mexico).
- (2011b): *Encuesta Nacional de Empleo y Seguridad Social. ENESS 2009* (Mexico).
- Journal du Parlement (2000): *Decreto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del Año 2000*. Chambre des députés. An III, n° 421, mercredi 5 janvier (Mexico).
- Knaul, F. *et al.* (2012): *The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico*. The Lancet, Vol. 380.
- Levy, S. (2000): «El presupuesto de egresos de la Federación: Transparencia, discrecionalidad y eficiencia», *Este País*, n° 115 (octobre) (Mexico).
- ; Rodríguez, E. (2003): «El programa de educación, salud y alimentación, PROGRESA-Programa de Desarrollo Humano Oportunidades», dans Levy, S. 2004 (dir. de publication) *Ensayos sobre el desarrollo económico y social de México* (Mexico, FCE).
  - ; Rodríguez, E. (2005): *Sin herencia de pobreza: el programa PROGRESA/Oportunidades de México* (Washington, États-Unis, Banque interaméricaine de développement – Editorial Planeta).

- 
- (2006): *Progress Against Poverty: sustaining Mexico's PROGRESA/Oportunidades program* (Washington, D.C., Brookings Institution Press).
- Lomelí, E. *et al.* (2012): *Sistema de protección social en México a inicios del siglo XXI* (Santiago du Chili, CEPALC).
- Medina, F. (2000): *La política social de México 1995- 2000. Evaluación de resultados. Versión preliminar. Séminaire de haut niveau sur les fonctions élémentaires de la planification. Recueil d'expériences positives*, CEPALC.
- Mesa-Lago, C. (1985): *El desarrollo de la seguridad social en América Latina* (Santiago du Chili, CEPALC).
- (1996): «Las reformas de las pensiones en América Latina y la posición de los organismos internacionales», *Revista CEPALC*, n° 60 (décembre), (Santiago du Chili), pp. 73-94.
- (2000): *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI*. Série sur les politiques sociales, CEPALC.
- (2005): *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de seguridad social* (Santiago du Chili, CEPALC).
- Montiel, G. (2006): «Ley General de Desarrollo Social: su funcionamiento y las reformas pendientes» dans Borjas A. et M. Bucio (dir. de publication) *Desarrollo social: balance y desafíos de las políticas* (Mexico, Centre d'études sociales et d'opinion publique, Chambre des députés/LIX Législature).
- Neufeld, L. (2007): *Modificación de políticas públicas a partir de resultados de evaluación*. Salud Pública de México. Vol. 49. Número spécial. Institut national de santé publique.
- Picciotto, R. (2002): *Development Cooperation and Performance Evaluation: The Monterrey Challenge* (Washington, D.C., Banque mondiale).
- Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) (2006): *Diagnóstico sobre la Vulnerabilidad Político-Electoral de los Programas Sociales Federales*. Projet de protection des programmes sociaux fédéraux dans le contexte des élections de juillet 2006. (Mexico, mars 2006).
- Secrétariat au développement social (SEDESOL) (1999): *Más oportunidades para las familias pobres. Evaluación de Resultados del Programa de Educación, Salud y Alimentación. Primeros Avances* (Mexico).
- (2001): *Programa Nacional de Desarrollo Social 2001-2006* (Mexico).
- (2012a): *Sexto Informe de Labores* (Mexico).
- (2012b): *Oportunidades. 15 años de resultados* (Mexico).
- Secrétariat aux Finances et au Crédit public (SHCP) (1994): «La planeación del desarrollo social en los noventa», dans *Antología de la Planeación en México*, tome 23. (Mexico, FCE).



---

— (2011): *Mecanismo para el seguimiento a los aspectos susceptibles de mejora derivados de informes y evaluaciones a los programas presupuestarios de la Administración Pública Federal* (Mexico).

Secrétariat à la Santé (2012): *Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados enero-junio 2012* (Mexico).

Solís, F.; Villagómez, A. (1999): «La Seguridad Social en México», *El trimestre económico*, n° 88, CIDE-FCE.

Sous-secrétariat aux Dépenses (2002): *Lineamientos de Política de Gasto para la formulación del Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación para el Ejercicio Fiscal del Año 2003* (Mexico, SHCP).

Székely, M. (2002): *Hacia una nueva generación de política social* (Mexico, SEDESOL).

---

## 6. Coordination interinstitutionnelle et socle de protection sociale en Uruguay

*Carmen Midaglia, avec la collaboration de Florencia Antía, Marcelo Castillo et Guillermo Fuentes*

### 6.1. Introduction

Parmi de nombreux défis à relever pour l'Amérique latine, celui d'étendre et de garantir à une large part de la population une série de droits relatifs à la sécurité sociale a occupé la première décennie du XXI<sup>e</sup> siècle. Il s'est posé suite aux difficultés d'intégrer la population aux programmes de protection existants, qui reposaient essentiellement sur l'appartenance au marché du travail formel. Le taux élevé de travail informel qui a caractérisé la région de manière historique, additionné à la forte proportion de personnes pauvres et indigentes, témoignent de la nécessité d'orienter les efforts des gouvernements vers le renforcement du pilier solidaire de ces programmes de protection sociale.

C'est en ce sens qu'émerge l'idée de bâtir un socle de protection sociale (SPS), qui repose sur l'identification d'une série de biens et de services sociaux dont les citoyens devraient bénéficier tout au long de leur vie. Il est guidé par des principes tels que l'universalité des biens sociaux, la non-discrimination, le financement solidaire et la grande qualité des services publics (recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale, 2012, paragraphe 3).

La mise en place de ces socles ne se fait pas de zéro. Au contraire, tout processus qui implique des décisions politiques et institutionnelles dans ce domaine doit nécessairement tenir compte des structures préexistantes. La difficulté tient au fait que, dans la plupart des pays de la région, ces programmes n'ont pas souvent été pensés en termes d'intégralité et de complémentarité. Cette situation a surtout été observée dans les programmes ciblés, prévus pour faire face à l'urgence sociale, à l'indigence et/ou à l'exclusion de certains groupes. C'est précisément dans ce cas de figure qu'une coordination interinstitutionnelle efficace est indispensable. Elle permet de doter cette offre publique disparate d'une cohérence et d'une articulation internes, et de promouvoir ainsi des interventions efficaces ainsi qu'une approche politique qui dépasse la stratégie élémentaire de protection reposant sur une «simple superposition de programmes». Après une série de révisions et de coupures dans les «systèmes de bien-être incomplets» latino-américains dans les années 90, il est à présent plus que jamais nécessaire d'aborder de manière politique et analytique les modèles de bien-être et de protection de ces pays d'un point de vue systémique. En d'autres termes, il est indispensable de les articuler avec les composantes d'assistance ainsi qu'avec celles des services à caractère universel, parmi lesquels pourrait être intégré celui de l'emploi, malgré la complexité de la tâche en raison des niveaux de travail informel.

A ce sujet, un processus de construction institutionnelle a été initié en Uruguay depuis 2005, suite à l'arrivée au gouvernement du Front large (*Frente Amplio* – FA). Ce processus visait à assumer ces nouvelles tâches de coordination, et il a par exemple donné lieu au Cabinet social (*Gabinete Social*) ou au Conseil national de politiques sociales (*Consejo Nacional de Políticas Sociales* – CNPS).

Ainsi, l'objet de ce chapitre est de dresser un panorama des instances de coordination et de gestion des politiques de protection sociale, en particulier de celles en lien avec le SPS du pays. Dans ce processus, plusieurs questions devront être abordées, par exemple: quels programmes sociaux sont aujourd'hui inclus dans le SPS uruguayen? Quels sont leur portée en termes de couverture et de biens ou services accordés à la population? Quel a été

---

le fonctionnement des domaines de coordination évalués? Quels sont les moyens à disposition pour favoriser la participation des différents acteurs concernés?

L'étude s'articule de la façon suivante:

- Présentation du contexte socio-économique du pays et de son évolution au cours des dernières années, afin de contextualiser l'émergence des espaces de coordination ainsi que de certains nouveaux programmes sociaux.
- Identification des programmes sociaux destinés aux différents groupes vulnérables, l'évolution de ces programmes, leurs caractéristiques principales, les interconnexions existantes (ou non) entre les programmes contributifs et non contributifs, ainsi que la présentation des multiples tentatives de leur conférer davantage de cohérence (Plan d'équité [*Plan de Equidad*] et Réseau d'assistance et d'intégration sociale [*Red de Asistencia y de Integración Social*]).
- Analyse au niveau micro, méso et macro des principaux domaines de coordination interinstitutionnelle des programmes destinés aux populations pauvres ou vulnérables à la pauvreté (dynamique de fonctionnement, produits principaux, forces et faiblesses, processus d'institutionnalisation).
- Réflexions autour des expériences concluantes identifiées ainsi que sur les goulots d'étranglement et les principaux obstacles rencontrés dans les processus de coordination, afin d'extraire les éléments qui facilitent la conception et la reformulation de ces expériences au niveau régional.

A cette fin, une série d'entretiens a été menée auprès d'interlocuteurs qualifiés, qui sont aussi bien des correspondants du ministère du Développement social (MIDES) que d'autres ministères et agences parties prenantes dans les domaines identifiés <sup>1</sup>. Des données secondaires issues de documents officiels ont également été employées (rapports, comptes rendus, lois et décrets), en plus du traitement des bases de données de programmes sociaux élaborés par le MIDES à travers son Observatoire social des programmes et des indicateurs <sup>2</sup>.

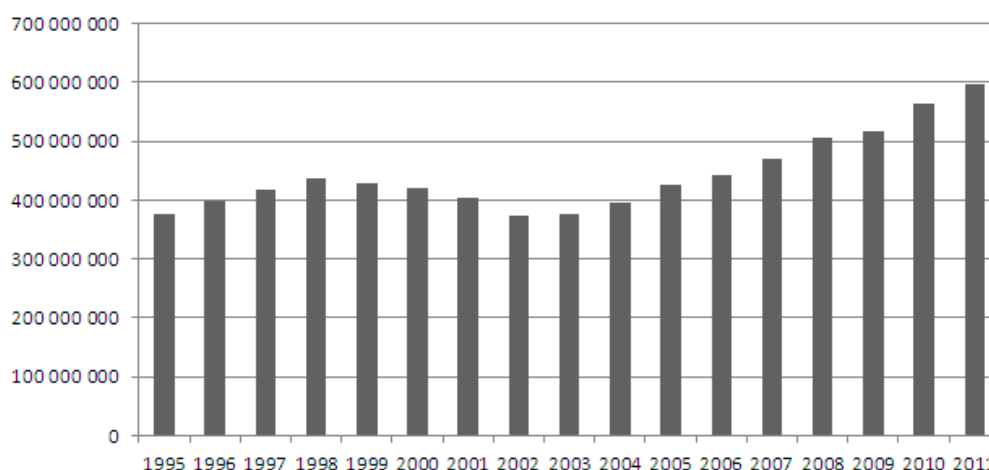
## 6.2. Contexte social en Uruguay

L'Uruguay a connu au début du XXI<sup>e</sup> siècle une grave crise économique et sociale qui a porté un coup dur aux indicateurs sociaux. Outre la chute vertigineuse de l'activité économique, une augmentation du chômage, de la pauvreté et de l'indigence a été enregistrée, avec des niveaux sans précédents dans l'histoire nationale (figure 6.1).

<sup>1</sup> La liste complète des personnes interviewées peut être consultée dans l'annexe 1 du présent chapitre.

<sup>2</sup> Consultable sur la page internet du ministère suivante: [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy).

Figure 6.1. Produit intérieur brut, 1995-2011 (en milliers de pesos au prix constant de 2005)

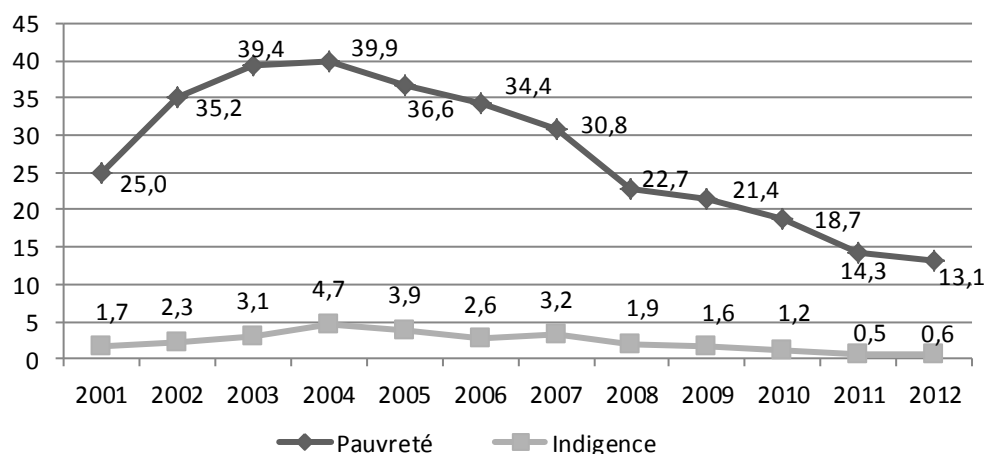


Source: Bonino, Román et Willebald 2013: encadré A3.

L'économie a commencé à se redresser lentement en 2004, donnant lieu à une phase d'expansion qui s'étend jusqu'aujourd'hui. Cette tendance favorable s'est traduite par un accroissement du taux d'emploi et une chute du chômage qui, de pair avec un ensemble de mesures de politique publique du gouvernement national dès 2005 – notamment la réintroduction des Conseils des salaires, l'extension des transferts en espèces pour les groupes vulnérables, la formalisation de l'emploi, parmi les mesures les plus importantes – a entraîné une amélioration des principaux indicateurs sociaux (PNUD, 2008).

En ce sens, tel qu'en témoigne le graphique ci-dessous, le taux de pauvreté est passé d'un pic de 40 pour cent de la population en 2004 à 13 pour cent en 2012. L'indicateur d'indigence a connu la même évolution et a chuté de 4,7 pour cent de la population vivant dans une pauvreté extrême en 2004 à 0,6 pour cent en 2012.

Figure 6.2. Evolution de la pauvreté et de l'indigence, 2001-2012 (en pourcentage)



Source et remarque: Pauvreté: Institut national de la statistique (INE) 2013: encadré 7. Incidences de la pauvreté sur les personnes, total du pays 5 000+ [dans des localités de 5 000 habitants et plus]. Méthode du revenu 2006 (chaque année, sauf 2001), INE 2006: tableau 37 (année 2001).

Indigence: INE 2013: encadré 2. Incidences de la pauvreté sur les personnes, total du pays 5 000+. Méthode du revenu 2006 (chaque année, sauf 2001), INE 2006: tableau 36 (année 2001).

Pour ce qui est des indicateurs du marché du travail, une évolution très positive aussi bien du taux d'activité que des taux d'emploi et de chômage est constatable au cours des cinq dernières années, alors qu'ils avaient subi de plein fouet les contrecoups de la récession et de la crise économique. L'indicateur du taux de chômage est particulièrement favorable. Il a enregistré des niveaux très faibles et s'est placé à 6,1 pour cent de la population en 2012 (tableau 6.1).

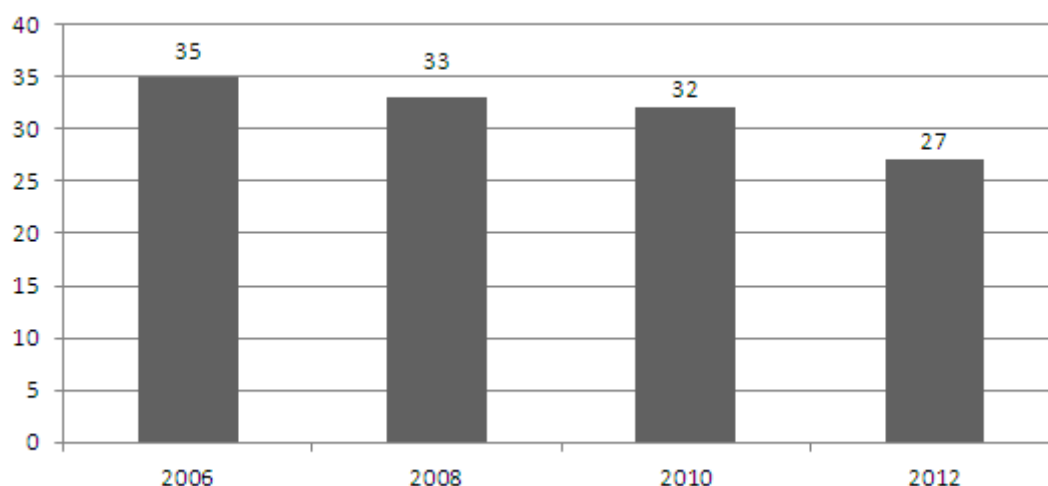
**Tableau 6.1. Indicateurs du marché de l'emploi, 1995-2012**

	Taux d'activité	Taux de chômage	Taux d'emploi
1995	59,4	10,4	53,2
1996	58,5	12,0	51,5
1997	58	11,6	51,3
1998	59,9	10,1	53,9
1999	58,2	11,3	51,6
2000	58,6	13,6	50,6
2001	60,6	15,3	51,4
2002	59,1	17,0	49,1
2003	58,1	16,9	48,3
2004	58,5	13,1	50,8
2005	58,5	12,2	51,4
2006	60,9	11,4	53,9
2007	62,7	9,6	56,7
2008	62,6	7,9	57,7
2009	63,3	7,7	58,4
2010	63,3	7,1	58,8
2011	64,5	6,0	60,7
2012	63,8	6,1	59,9

Source: Amarante *et al.* 2011: tableau A1, d'après l'Enquête continue sur les ménages (période 1995-2010). INE (période 2011-2012).

Une diminution du taux de travail informel, qui est passé de 35 pour cent en 2006 à 32 pour cent en 2012, a également été constatée. Ce changement témoigne de l'extension de l'accès aux prestations proposées par le système de sécurité sociale (figure 6.3).

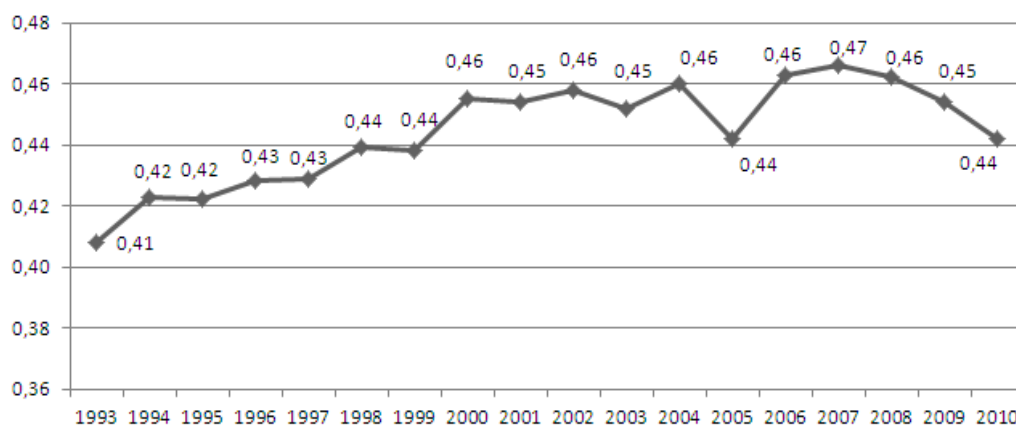
Figure 6.3. Travailleurs non déclarés à la sécurité sociale, 2006-2012 (en pourcentage)



Source: Rapport social 2011: tableau 16, d'après l'INE (période 2006-2010). Présidence de la République, d'après l'INE (année 2012).

L'évolution des indicateurs susmentionnés a été accompagnée en grande mesure par une hausse de l'inégalité. Bien que l'Uruguay figure parmi les pays qui présentent le meilleur indicateur de répartition, une tendance à la concentration des revenus a commencé à se manifester dans les années 90. Celle-ci s'est accentuée durant la crise de 2002, puis elle a commencé à s'inverser légèrement à partir de 2008 (figure 6.4).

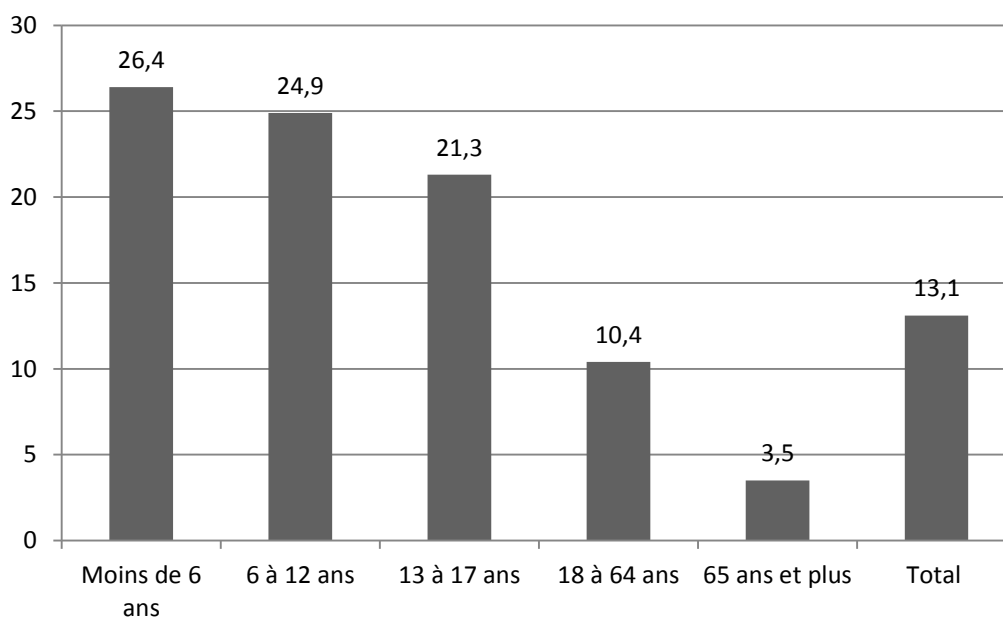
Figure 6.4. Evolution du coefficient de Gini, 1993-2010



Source: Amarante *et al.* 2011: tableau A1, d'après l'Enquête continue sur les ménages. Zones urbaines.

Malgré des résultats positifs à plusieurs égards, divers problèmes sociaux de taille demeurent. Le répertoire est large et englobe différents domaines tels que le niveau insuffisant de scolarisation de la population jeune (Filgueira *et al.* 2005) ou les phénomènes de ségrégation résidentielle qui touchent les villes principales du pays (consulter à ce sujet Kaztman et Retamoso 2005). Ainsi, parmi les questions les plus urgentes figure le taux de pauvreté élevés parmi les tranches d'âges les plus jeunes de la population. Or, malgré une forte baisse de ce taux, il demeure à des niveaux très élevés comparé au taux de pauvreté de la population adulte (figure 6.5).

Figure 6.5. Taux de pauvreté par tranche d'âge en Uruguay, 2012 (en pourcentage)



Source: INE (2013), tableau 8.

### 6.3. Programmes destinés aux groupes vulnérables: le Plan d'équité et le Réseau d'assistance et d'intégration sociale (RAIS)

#### 6.3.1. Bref historique du Plan d'équité et de son cadre contextuel

Le premier gouvernement issu d'une coalition politique de gauche dans le pays, dirigé par le FA (2005-2010), a lancé une série d'ajustements et de révisions en matière de protection sociale et de bien-être social destinés à résoudre de nombreuses questions liées à la pauvreté et l'indigence sociales. Il convient de tenir compte, dans l'analyse de cette période, des sévères conditions socio-économiques décrites précédemment, qui sont liées à la crise économique dont l'Uruguay a été frappé entre la fin de l'année 2001 et pratiquement tout au long de l'année 2002.

C'est précisément dans ce contexte que s'inscrit la création du Plan national d'urgence sociale (*Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social* - PANES), qui visait principalement à couvrir les besoins essentiels des ménages situés tout en bas de la structure socio-économique, estimés à environ 8 pour cent de la population, par le biais de transferts en espèces (*Ingreso Ciudadano*) complétés par d'autres prestations sociales. Cette initiative a été élaborée à titre d'intervention publique transitoire pour agir sur la conjoncture (en particulier entre 2005 et 2007) et tâcher de réduire et modérer la vulnérabilité sociale propre à cette période. Ce programme a permis d'atteindre une couverture significative, puisqu'il a bénéficié à 102 353 ménages, soit environ 9,6 pour cent de la totalité des ménages. En outre, il a eu un effet positif au niveau socio-économique, en réduisant de moitié le nombre de personnes indigentes et en entraînant une légère baisse du nombre de personnes pauvres (Arim et Vigorito, 2007).

---

Une fois que le PANES a été finalisé, une autre initiative à moyen et long terme a été amorcée au début de l'année 2008: le Plan d'équité. La différence entre ce programme public et le précédent réside dans le fait qu'il a été prévu pour faire face aux problématiques de la pauvreté et de l'indigence, en abordant la question plus vaste de l'inégalité sociale. Cependant, la volonté de continuer à réduire les niveaux existants de vulnérabilité sociale était manifeste.

Ainsi, le Plan d'équité revêtait deux dimensions: l'une ayant trait aux composantes structurelles du système de protection sociale, et l'autre, aux composantes du réseau d'assistance et d'intégration sociale (MIDES 2008). Les premières englobent une série de réformes des politiques publiques qui ont une incidence sur l'équité sociale, parmi lesquelles la réforme fiscale, la réforme de la santé, les politiques pour l'emploi, le logement et l'éducation, ainsi qu'un plan pour promouvoir l'égalité entre hommes et femmes.

Avec les deuxièmes composantes, le Plan d'équité cherchait à consolider et à étendre le système d'assistance sociale, en l'articulant avec le reste des politiques sociales déjà institutionnalisées, notamment avec les prestations sectorielles classiques et/ou réformées qui bénéficient à tous, telles que l'éducation et la santé (MIDES 2008).

Ce plan a été élaboré sur la base d'un ensemble de composantes de protection sociale, qui étaient également articulées au vaste panel de services sociaux préexistants. L'instrument classique de la sécurité sociale, à savoir les transferts en espèces aux familles (*Asignaciones Familiares* – AFAM), figure parmi les prestations considérées comme stratégiques. Cet instrument a été remanié suite à l'entrée en vigueur de la loi n° 18.227 de février 2008, afin d'y inclure les personnes mineures et les femmes enceintes appartenant à la catégorie des ménages vulnérables sur le plan socio-économique, indépendamment du type d'occupation (formelle ou informelle) du chef de famille. Pour favoriser l'investissement dans le capital humain, le transfert est accordé à condition que les enfants et les adolescents poursuivent leur scolarité, mais aussi pour la réalisation de suivis médicaux périodiques. Ce dernier critère permet également aux femmes enceintes d'obtenir l'AFAM.

Le montant de l'allocation est variable et est échelonné en fonction de l'âge des enfants et de leur niveau de scolarité dans le système éducatif formel. L'instrument employé pour ajuster cette prestation est l'indice des prix à la consommation, qui permet aux bénéficiaires de maintenir leur pouvoir d'achat, et qui agit comme une mesure contracyclique permettant de préserver le bien-être en période de crise économique (Arim, Cruces et Vigorito, 2009).

L'objectif fixé avec les nouvelles AFAM du Plan d'équité était de couvrir 500 000 personnes pour la fin de l'année 2009 (MIDES, 2008). A l'heure actuelle, celles-ci bénéficient à environ 400 000 mineurs (MIDES, 2013). L'écart de couverture entre les chiffres avancés et la réalité est dû à plusieurs raisons, notamment à des questions juridiques de garde des enfants ainsi qu'une diminution des cas de pauvreté économique.

Les démarches parlementaires autour de la loi qui a habilité la mise en œuvre des AFAM du Plan d'équité ont bénéficié d'un fort soutien politique, tant de la coalition au pouvoir que de l'opposition. Le soutien politique et législatif en faveur de cette initiative s'explique par le solide enracinement du mécanisme des AFAM dans le schéma national de bien-être social, à tel point que la première version de cette prestation remonte aux années 40, et celle-ci a été débattue sous l'égide des Conseils des salaires de l'époque.

Des modifications du système existant de pension de vieillesse ont également été opérées dans le cadre du Plan d'équité, ce qui a conduit à l'élaboration d'une prestation



complémentaire pouvant être accordée à partir de 65 ans (et non plus à 70 ans selon les dispositions en vigueur à l'époque) pour que les citoyens de cette tranche d'âge vivant dans des conditions de pauvreté structurelle bénéficient d'un soutien économique de base (MIDES 2008).

Les transferts en espèces de ce plan (AFAM et nouvelles pensions de vieillesse) ont été complétés par un ensemble de programmes sociaux qui s'inscrivent dans l'initiative même et qui favorisent la mise en œuvre du réseau moderne d'assistance susmentionné. Parmi ces programmes, se trouvent des aides alimentaires (cartes prépayées pour les ménages confrontés à de grandes difficultés économiques et bénéficiant de l'AFAM), des services d'éducation préscolaire (plan CAIF - *Centros de Atención a la Infancia y la Familia* -, garderies, jardins d'enfants, etc.), des stratégies d'éducation de base (enseignants communautaires, éducation physique pour tous), des programmes d'éducation intermédiaire (propositions de renouer avec l'éducation formelle, classes communautaires), des possibilités de formation professionnelle de base, des mesures de participation des jeunes, des actions en matière d'emploi (stratégies d'emplois protégés, stages et bourses professionnelles, reconversion et coopératives sociales) ainsi qu'une amélioration de l'accès aux soins de santé pour les enfants et les adolescents (MIDES 2008; Midaglia et Silveira, 2011). L'ensemble des programmes se chiffre à 49, la plupart desquels proviennent du MIDES, suivi de l'Administration nationale de l'éducation publique (*Administración Nacional de Educación Pública* - ANEP) et de l'Institut de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay (*Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay* - INAU), tandis que le reste est partagé entre les différentes unités d'exécution (tableau 23)<sup>3</sup>.

**Tableau 6.2. Organismes responsables des programmes sociaux du Plan d'équité**

Organismes	Nombre de programmes
Ministère du Développement social	20
Administration nationale de l'éducation publique	11
Institut de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay	5
Ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MTSS)	4
Ministère de l'Éducation et de la Culture (MEC)	3
Ministère de la Santé publique (MSP)	2
Administration des services de santé de l'État (ASSE)	2
Banque de prévoyance sociale (BPS)	1
Autorité départementale de Montevideo	1
Total	49

Source: MIDES, non daté.

Le MIDES se positionne également comme l'instance chargée de la coordination générale de cette initiative par le biais du CNPS, qui fonctionne dans sa sphère. Les organismes publics impliqués dans les diverses composantes du Plan d'équité sont ceux qui étaient aussi membres à part entière du CNPS, tel que détaillé par la suite.

En résumé, le Plan d'équité a tâché de se muer en stratégie de:

<sup>3</sup> L'annexe 2 présente plus en détail les objectifs de chacun des programmes qui composent le réseau d'assistance et le Plan d'équité.

- 
- a) réformation et élargissement des prestations sociales existantes destinées aux groupes de la population en situation de pauvreté, du moins dans un premier temps <sup>4</sup>;
  - b) centralisation en son sein sous forme de plan des divers programmes et services publics situés dans différents ministères et instituts appartenant à l'administration centrale, qui s'occupaient des groupes vulnérables pour parvenir à des interventions publiques complètes, réorganisant ainsi le modèle historique des services de l'Etat;
  - c) consolidation d'un réseau moderne d'assistance doté d'une structure stable et assorti de critères unifiés d'action, qui s'articule autour d'un cadre institutionnel avec le reste du système de protection et de bien-être (appelé «réseau d'assistance et d'intégration sociale») dont le pays ne disposait pas auparavant.

Le concept politique de RAIS implique vraisemblablement la nécessité de se centrer sur le système de protection et de bien-être dans son ensemble, c'est-à-dire en tenant compte de ses diverses composantes, en partant strictement d'un «pôle» de bien-être associé à la sécurité sociale et au marché du travail, en passant ensuite à un autre pôle spécifique de protection universelle qui intègre la santé et l'éducation, pour aboutir à un pôle d'assistance qui est étroitement lié aux précédents.

Le réseau d'assistance élaboré à l'origine dans le cadre du Plan d'équité a tenté de se rapprocher du concept actuel de socle de protection, dans la mesure où il prévoyait un noyau dur et novateur de prestations promotionnelles et d'assistance, articulées avec les services de protection universelle. Ce réseau s'inscrivait également dans le cadre des réformes sectorielles plus larges à l'instar de la santé (Système intégré de santé national) et de l'emploi (Conseil des salaires) avec l'intention politique de forger des voies de communication régulières.

Pour boucler cette brève description du Plan d'équité, il convient de préciser que sa version initiale a ouvert un débat politique sur les possibilités de restructurer le réseau d'assistance énoncé dans le plan en question. Avec le gouvernement de gauche actuel (2010-2014), ce réseau s'intitule désormais RAIS et a donné lieu à une sous-commission spécifique du Conseil des politiques sociales pour le prendre en charge. Néanmoins, bien que des productions spécifiques (Document sur la réforme sociale) aient été élaborées pendant le processus de reformulation, la révision ainsi que l'ajustement de ce réseau semblent se poursuivre encore aujourd'hui.

### **6.3.2. Agenda social du premier gouvernement du FA et changements accomplis récemment**

Le premier gouvernement de gauche a laissé une série de sujets qu'il faut continuer de débattre, et il convient donc de revoir les lignes d'action publique en matière de protection sociale (en particulier sur la forme adoptée par la RAIS) qui ont été lancées par

<sup>4</sup> Dans un premier temps, l'idée était d'agir contre la pauvreté et l'inégalité socio-économique, pour s'orienter ensuite vers d'autres catégories d'inégalités, notamment entre hommes et femmes, ethno-raciales et générationnelles. D'après l'hypothèse politique de l'époque, qui est fondée sur des diagnostics nationaux, les problèmes d'insuffisance économique des ménages étaient étroitement liés aux caractéristiques des personnes qui les composaient (femmes, enfants et jeunes d'origines ethniques ou raciales autres que blanches), à quoi venait s'ajouter la localisation territoriale.

---

le Plan d'équité et les programmes qui le composaient à l'origine. Parmi les sujets en suspens qui exigeaient un traitement plus approfondi, les suivants sont ressortis:

- a) la révision des critères de ciblage de certains programmes, en particulier de la carte alimentaire;
- b) l'extension des services de soutien à la petite enfance (plan CAIF);
- c) l'éventuel élargissement des stratégies éducatives de soutien à l'enseignement formel (enseignants et cours communautaires, entre autres);
- d) la redéfinition du spectre d'action des nouvelles AFAM, en distinguant trois démarches différentes, à savoir: a) maintenir le nouveau régime en accord avec les critères reconnus par la loi; b) procéder à une augmentation des montants des transferts et envisager une extension de la couverture pour y inclure le cinquième quintile de la population dans sa totalité (c'est-à-dire, les groupes pauvres, indigents ainsi que certains segments qui se trouvent à la limite supérieure de la pauvreté); c) accorder les allocations du Plan d'équité à toutes les personnes âgées entre 0 et 18 ans, étant donné l'importance stratégique de cette tranche d'âge au sein d'un pays qui affiche une population vieillissante. Certaines personnes consultées à ce sujet ont signalé un manque de temps au niveau politique pour débattre sérieusement à propos de l'orientation à donner aux AFAM. Bien que le gouvernement actuel n'ait pas abordé ce sujet, le débat ne semble pas être clos (selon l'expert interviewé);
- e) une ébauche préliminaire d'une initiative visant à compléter le régime de protection sociale en vigueur (prestations universelles ainsi que celles comprises dans le Plan d'équité), portant sur la création d'un système de soins qui comblerait les «lacunes» de l'intervention publique.

L'agenda établi antérieurement a été en partie repris par le gouvernement actuel, qui a tâché de reformuler le Plan d'équité ainsi que le RAIS. Le Système de soins se trouve dans la même situation de faible avancée. En revanche, des efforts soutenus ont été accomplis pour améliorer le ciblage de la carte d'alimentation.

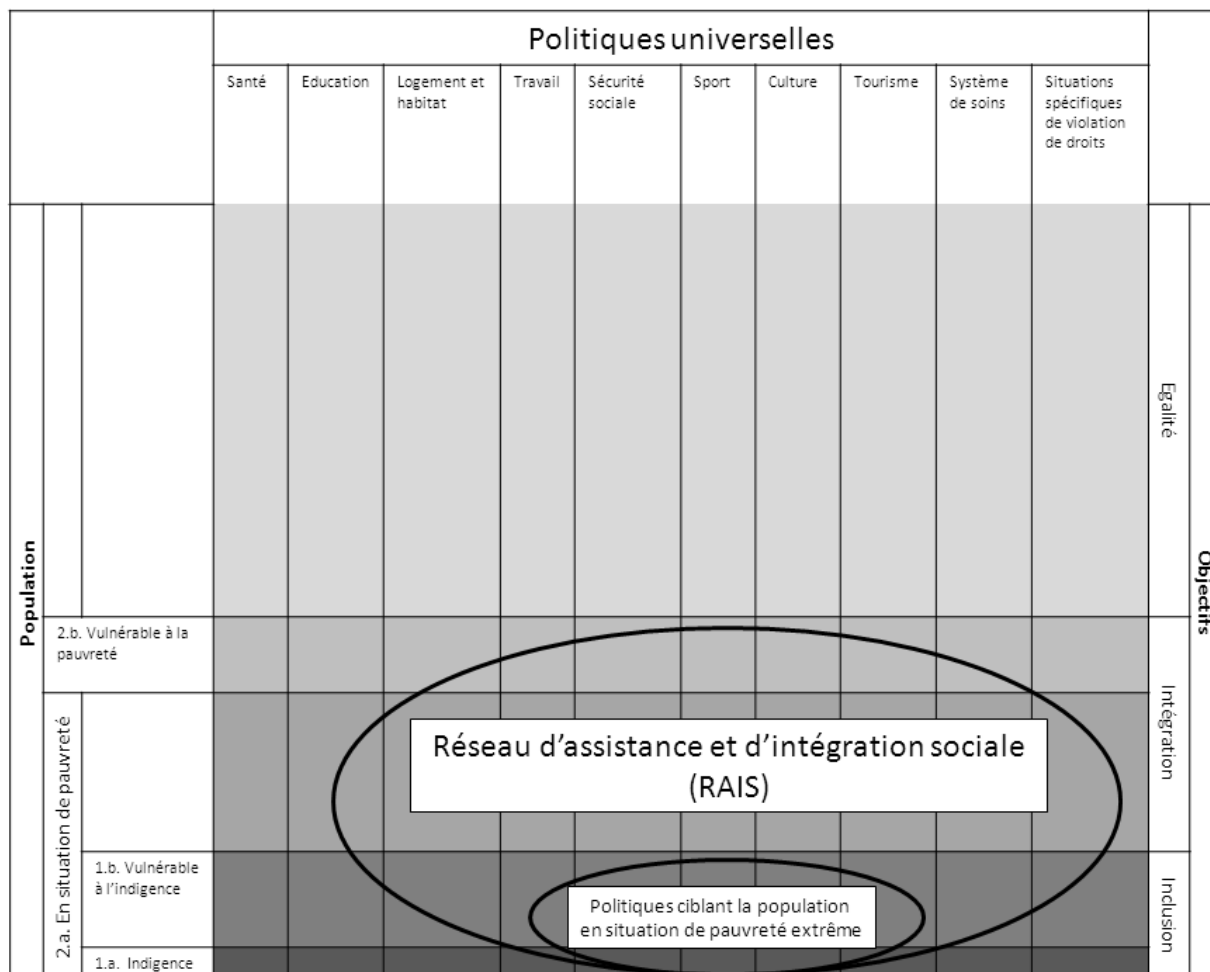
Cependant, certaines innovations ont été réalisées en matière de protection sociale en faveur des groupes fortement vulnérables, mais elles demeurent difficiles à identifier en raison de leur orientation sociopolitique ainsi que de la multiplication des prestations. Il existe une initiative publique en ce sens, qui porte sur la question du logement et de l'habitat, le *Plan Juntos* (Plan ensemble), ainsi qu'un autre plan d'assistance socio-sanitaire, *Uruguay Crece Contigo* (l'Uruguay grandit avec toi – UCC). Or, au lieu de poursuivre avec le principe d'unification institutionnelle encouragé avec la création du MIDES, les plans sont rattachés à la sphère de la Présidence. A cela s'ajoutent de nouveaux programmes sociaux annoncés par le MIDES, qualifiés de stratégies sociales prioritaires, tels que *Jóvenes en Red* (Jeunes en réseau) et *Cercanías* (Proximités), qui seront présentés plus en détail par la suite.

### **6.3.3. Le RAIS et ses programmes**

En 2011, afin de redéfinir les objectifs stratégiques du gouvernement en matière de politiques sociales, il a été question d'un projet de réforme sociale pour continuer d'avancer vers la construction du nouveau système de protection sociale. Ce dernier intègre des composantes structurelles à caractère universel, au même titre que le RAIS (CNPS, 2011), et suit l'orientation établie par le Plan d'équité. Les politiques sectorielles traditionnelles figurent parmi les premières composantes – éducation, santé, logement, sécurité sociale – qui présentent une orientation universelle et dont l'objectif est la

promotion de l'égalité. La deuxième correspond au RAIS, qui vise à prêter assistance: a) aux personnes pauvres et vulnérables à la pauvreté; b) aux personnes confrontées à des conditions d'extrême pauvreté; c) aux personnes confrontées à des violations des droits associés à la pauvreté, à la segmentation sociale et à l'inégalité socio-économique (figure 6.6).

Figure 6.6. Représentation graphique du RAIS



Source: CNPS, 2011.

Cette nouvelle structuration du RAIS a supposé une continuité des programmes fondamentaux mis en œuvre dans le cadre du Plan d'équité. L'idée de ces programmes était de cibler la population vulnérable et de l'intégrer parmi les bénéficiaires des services universels, étant entendu que: «la logique traditionnelle d'intégration de ces personnes aux systèmes universels ne fonctionne pas. Les droits existent, les systèmes existent, mais il n'y a aucun lien entre eux et la capacité des personnes de s'intégrer» (autorité politique consultée).

Le RAIS a également mis davantage d'emphase dans un ensemble de programmes qui ciblent la population extrêmement pauvre. Ainsi, durant le second gouvernement du FA, certaines nouvelles prestations sociales ont été incorporées au réseau, dont trois programmes importants. Le premier, appelé *Jóvenes en red* (Jeunes en réseau), se focalise sur l'assistance aux adolescents et aux jeunes en rupture avec le marché du travail et le système éducatif formel. Ce programme est coordonné par le MIDES, en collaboration avec une série de ministères et instituts qui agissent dans différents secteurs: le ministère du Travail et de la Sécurité sociale (MTSS), du Tourisme et du Sport (MTD), de la

---

Défense nationale (MDN), ainsi que les organismes officiels de l'éducation et l'INAU. Le deuxième programme, intitulé *Cercanías* (Proximités), se concentre sur l'assistance aux familles qui nécessitent un soutien public, tant pour accéder aux services sociaux existants que pour bénéficier de mesures d'accompagnement socio-ethnique au sein des familles pour apaiser des tensions internes. Il revêt un caractère interinstitutionnel et est coordonné par le MIDES. Enfin, parmi les programmes prioritaires figure l'initiative sociosanitaire de l'UCC, qui vise à consolider un système complet de protection pour la petite enfance et les femmes enceintes en situation de vulnérabilité sociale et sanitaire. Contrairement aux précédents programmes, il relève de l'Office de la planification et du budget de la Présidence de la République. Les interventions s'étendent à sept zones des deux principaux départements du pays, Montevideo et Canelones, concernés par des questions de forte vulnérabilité sociale et économique, d'insécurité et de cohabitation.

Il est donc pertinent d'associer le SPS en Uruguay au Plan d'équité dans un premier temps, et ensuite à la reformulation de ce plan, en l'orientant vers ladite réforme sociale, au sein de laquelle la révision du RAIS de 2011 serait effectuée. Néanmoins, deux paramètres doivent être pris en compte. Premièrement, il convient de s'interroger sur la définition de la notion de RAIS ainsi que sur sa portée, étant donné que les différentes personnes interviewées interprètent les programmes et la population ciblée par ce réseau de façons divergentes. Certains estiment que le RAIS évoque les programmes sociaux destinés aux trois catégories de la population susmentionnées, conformément à ce qui figure dans le document élaboré par le CNPS (2011). En d'autres termes, le RAIS «*est un ensemble d'outils disponibles pour la population vulnérable à la pauvreté*», incluant également la population extrêmement pauvre (autorité politique consultée). D'autres considèrent, en revanche, que le RAIS se réfère uniquement aux programmes sociaux qui ciblent la population extrêmement pauvre. Ainsi, «Le RAIS représenterait, au sein du MIDES, un reciblage, ce qui est en fin de compte ce sur quoi on finit par travailler» (expert interviewé).

On peut supposer que les divergences d'opinion découlent du processus de reformulation du Plan d'équité et de ses différentes composantes, qui est en cours. Il est ainsi considéré sous divers angles et positions politiques au sein même de la coalition de gauche, qui s'interroge sur les implications et la portée de la protection de base.

Le deuxième paramètre repose sur le fait que dans le cadre de l'Uruguay, le concept de SPS n'a pas servi de pivot d'articulation du système de protection sociale. Cela peut aider à comprendre pourquoi les personnes consultées émettent différents points de vue à l'heure de «situer» le SPS. Certaines d'entre elles invoquent un manque de clarté quant à savoir si le socle de protection sociale correspond aux politiques du RAIS menées en faveur des populations extrêmement pauvres, ou à celles orientées vers les populations en situation de vulnérabilité sociale (autorité politique consultée). D'autres, de leur côté, contestent le fait que le RAIS soit comparable au SPS, étant donné que ce réseau n'intégrerait pas les services universels de santé et d'éducation (expert interviewé).

Un tel constat ne remet pas en cause la validité du concept de RAIS, mais il met l'accent sur un flou qui gravite autour de la portée de celui-ci et de la population cible. Cela est sans doute dû aux ajustements apportés au concept de «réseau d'assistance et d'intégration sociale» dans le cadre de changements de responsables politiques du secteur social, dans un processus qui demeure ouvert.

---

Aux fins de la présente étude, il est important d'avoir une première approche des programmes sociaux qui feraient partie intégrante du RAIS. Il convient donc de se fonder sur les critères définis dans le document officiel du CNPS (2011) susmentionné et d'analyser les informations fournies par la Direction nationale d'évaluation et de suivi (*Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo* – DINEM) du MIDES, en particulier la base de données du répertoire de programmes sociaux<sup>5</sup> de l'année 2012.

En mai 2013, ce système a identifié 428 programmes sociaux mis en œuvre par des organismes nationaux, bien que le processus de collecte des informations soit en phase de finalisation. Néanmoins, dans le cadre de cette étude, seules sont intégrées les informations relatives aux programmes qui ont trait à l'assistance sociale, notamment les programmes sociaux non contributifs et ceux qui sont orientés vers les populations en situation de vulnérabilité sociale.

La base de données élaborée par la DINEM présente des informations relatives à 233 programmes d'assistance sociale actifs en 2012<sup>6</sup>, développés par des organismes publics d'envergure nationale. Les programmes développés par les organismes publics pour leur propre personnel n'ont pas été inclus<sup>7</sup>.

Le tableau 6.3 présente la répartition des programmes d'assistance sociale au sein des organismes publics nationaux. Les informations sont tirées du répertoire mentionné ci-dessus. Tel qu'on peut l'imaginer au vu de leur engagement organisationnel, l'INAU et le MIDES sont les organismes publics qui prévoient le plus de prestations d'assistance sociale. Dans le cas de l'INAU, il s'agit d'interventions complètes de faible ampleur destinées aux enfants et aux adolescents vulnérables. Les interventions du MIDES, en revanche, présentent une envergure variable, car elles intègrent des programmes qui couvrent une vaste palette d'objectifs. Ceux-ci peuvent aller d'initiatives d'appui à des coopératives ou à des actions sociales, à l'offre de logements temporaires pour des personnes vivant dans la rue ou victimes de mauvais traitements et de violence fondée sur le sexe, en passant par des subsides ou des transferts en espèces de large couverture (à l'instar de la carte *Tarjeta Uruguay Social*, qui est un appui financier à l'alimentation).

<sup>5</sup> Le répertoire de politiques sociales définit un programme social comme «une initiative publique ou privée qui fournit une ou un ensemble de prestations sociales [biens et services] avec des objectifs sociaux définissables pour des unités bénéficiaires spécifiques» (MIDES, 2010).

<sup>6</sup> La totalité des programmes des années antérieures peuvent être consultés à l'adresse suivante: [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy).

<sup>7</sup> Cela implique que la base n'intègre pas de nombreux programmes de développement des ministères de la Défense nationale, de l'Intérieur, ainsi que de l'Université de la République (UdelaR).

**Tableau 6.3. Programmes d'assistance sociale par institution**

	Nombre	Pourcentage
Administration des services de santé de l'Etat (ASSE)	6	2,6
Administration nationale d'éducation publique (ANEP)	25	10,7
Banque de prévoyance sociale (BPS)	17	7,3
Institut de l'enfant et de l'adolescent de l'Uruguay (INAU)	59	25,3
Institut national de colonisation agricole locale (INC)	1	0,4
Ministère du Développement social (MIDES)	37	15,9
Ministère de l'Education et de la Culture (MEC)	10	4,3
Ministère de l'Elevage, de l'Agriculture et de la Pêche (MGAP)	3	1,3
Ministère du Travail et la Sécurité sociale (MTSS)	15	6,4
Ministère des Transports et des Travaux publics (MTOU)	1	0,4
Ministère du Tourisme et du Sport (MTD)	7	3
Ministère du Logement, de l'Aménagement du territoire et de l'Environnement (MVOTMA)	7	3
Ministère de l'Intérieur	11	4,7
Mouvement pour l'éradication du logement rural insalubre (MEVIR)	2	0,9
Présidence et Office de la planification et du budget (OPP)	6	2,6
Université de la République (UDELAR)	26	11,2
Total	233	100

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux (MIDES, 2013).

Pour aborder un autre pan de l'analyse, il est possible d'affirmer qu'au vu du type de population ciblée par ces interventions, il convient de faire appel à un grand nombre de spécialistes et d'experts. Le tableau ci-dessous présente ainsi le grand nombre de programmes sociaux (75,5 pour cent) qui fournissent un soutien professionnel à la population cible par le biais, par exemple, de cours, d'ateliers ou de différents dispositifs de formation. Les prestations d'assistance sociale se traduisent également par des fournitures matérielles ou par la construction d'infrastructures, et constituent ainsi des instruments politiques majeurs. Dans ce cas précis, il s'agit d'infrastructures de logement (essentiellement pour les personnes à la retraite) ou de colonies de vacances. Au final, nombreux sont les programmes qui agissent par le biais d'instruments impliquant le recours récurrent à la main d'œuvre pour travailler avec la population cible.

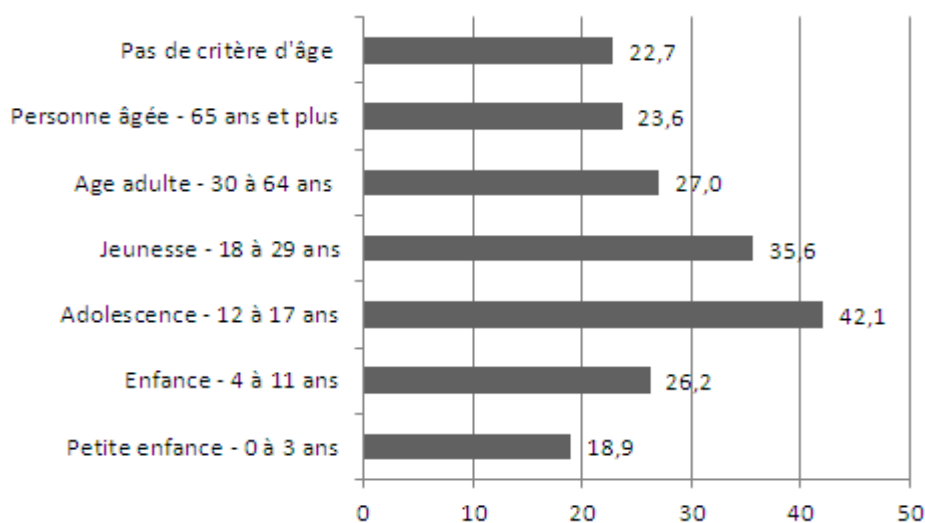
**Tableau 6.4. Instruments politiques utilisés dans les programmes d'assistance sociale**

Instruments	Non	Oui	Aucune donnée	Total
Transferts en espèces avec contre-prestation	70,0	18,5	11,6	100
Transferts en espèces sans contre-prestation	84,5	3,9	11,6	100
Transferts en espèces contributif	85,4	2,6	12,0	100
Transferts en espèces non contributif	86,3	1,7	12,0	100
Appui professionnel	15,0	75,5	9,4	100
Transferts en nature	53,2	36,5	10,3	100
Stages ou bourses	70,8	17,2	12,0	100
Crédits ou garanties	80,7	8,2	11,2	100
Infrastructure	64,4	25,8	9,9	100
Contrôle	79,4	10,3	10,3	100

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux (MIDES, 2013).

Outre les instruments ou les outils utilisés par les programmes d'assistance sociale analysés, il est intéressant d'observer les tranches d'âges des bénéficiaires.

Figure 6.7. Structure des programmes d'assistance sociale par critères d'âge (pourcentage)



Remarque: les valeurs n'atteignent pas 100 pour cent, car les programmes peuvent bénéficier à plus d'une catégorie de la population.  
Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux – MIDES, avril 2013.

Tel qu'on peut le constater dans la figure 6.7, un peu plus d'un cinquième (22,7 pour cent) des programmes ne définissent aucun critère lié à l'âge pour bénéficier à la population cible. En outre, conformément aux priorités des deux gouvernements du FA, les programmes destinés à l'enfance, à l'adolescence ainsi qu'à la jeunesse occupent une place majeure.

Indépendamment des tranches d'âges, cet ordre de prestations admet différents types de bénéficiaires, à savoir des individus, certains membres du ménage, le ménage dans son ensemble, ainsi que des institutions ou des organismes sociaux. Plus de 70 pour cent de ces programmes sont orientés vers des individus en situation de vulnérabilité socio-économique, tandis que les ménages ne représentent environ que 10 pour cent des programmes d'assistance sociale<sup>8</sup>.

D'après le tableau 6.5, parmi les 130 programmes d'assistance sociale qui bénéficient aux individus, un peu moins de la moitié (48,5 pour cent) d'entre eux ont une faible couverture (moins de 500 personnes). Près d'un sixième des interventions (16,9 pour cent) ont une large couverture, en ce sens qu'elles bénéficient à plus de 5 000 personnes. D'une certaine manière, cette répartition n'est pas surprenante étant donné qu'il est question de programmes conçus pour faire face à des problématiques ou des questions sociales particulières et que, par conséquent, ils doivent aussi bénéficier à des nombres restreints de personnes pour répondre aux besoins de groupes sociaux spécifiques. Le nombre élevé de ces programmes, dont les biens et services sont destinés à des individus, reflète un modèle qui est proche de la conception des prestations plus traditionnelles ou sectorielles de longue date.

<sup>8</sup> Il convient d'ajouter que la catégorie «certains membres du ménage» regroupe des interventions liées à des situations spécifiques ou à des étapes du développement humain, entre autres des programmes destinés aux mères et aux enfants ou ayant trait à la santé sexuelle et reproductive. Aussi, la catégorie «institutions et organismes» fait par exemple référence aux programmes destinés à des associations civiles, des groupes de voisinage et des groupes vulnérables.



**Tableau 6.5. Structure des programmes en fonction du nombre d'unités bénéficiaires**

Unités bénéficiaires	Programmes	Pourcentage
100 ou moins	30	23,1
101 à 500	33	25,4
501 à 1 000	17	13,1
1 001 à 5 000	28	21,5
Plus de 5 000	22	16,9
Total des programmes	130	100

Remarque: le total des programmes s'élève à 130 car il s'agit des seuls à avoir fourni les informations concernant le nombre d'unités bénéficiaires.

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux (MIDES, 2013).

En analysant la mise en œuvre des programmes, il apparaît qu'ils sont en grande proportion exécutés conjointement avec des organisations de la société civile, puis avec les autorités départementales (tableau A.3.1 de l'annexe).

Indépendamment du volume de programmes exécutés conjointement, ces organismes sont valorisés sur le plan politique en tant que partenaires stratégiques dans la mise en œuvre des actions qui intègrent le socle de protection. A cet égard, une des autorités politiques interviewées a affirmé que «l'allié historique est la BPS pour tout ce qui a trait aux transferts. Ce sont des alliés nécessaires. Aujourd'hui, l'autre allié est l'UCC de l'OPP, car il s'agit d'un enjeu de taille parmi les programmes prioritaires. En matière de soins, la BPS, le MSP et le MTSS<sup>9</sup> sont les acteurs qui mènent à bien le processus.»

Avec ce type de programmes exécutés conjointement, tant l'organisme principal (auquel le programme est rattaché) que les organismes partenaires réalisent des tâches variables. Dans l'ensemble de l'offre de programmes d'assistance sociale, les organismes principaux s'occupent davantage des tâches de coordination, de conception et de financement (tableau A.3.2 de l'annexe). De la même manière, les organismes partenaires impliqués dans la mise en œuvre de ces prestations vont aussi réaliser certaines tâches de coordination (tableau A.3.3 de l'annexe).

Le bon accomplissement de ces tâches découle sans aucun doute des partenariats entre les organismes publics. D'ailleurs, une des personnes interviewées souligne le lien évident entre le MIDES avec deux de ses partenaires stratégiques:

Le MIDES se considère encore comme le ministère des pauvres, bien que dernièrement, il se soit quelque peu éloigné de cette image à partir de la création du Cabinet [social], et il est aussi perçu comme coordinateur. Dans le cas de la BPS, le partenariat est productif, mais n'est pas aussi fort qu'il l'a été par le passé, essentiellement parce que le MIDES ne disposait pas de son propre mécanisme de gestion et dépendait de la BPS. Aujourd'hui, le partenariat est institutionnalisé. Il existe désormais un lien très étroit autour de la question de l'identification de la population cible des programmes prioritaires. La collaboration est plus étroite

<sup>9</sup> La personne interviewée se réfère aux organismes publics suivants: BPS: Banque de Prévoyance sociale (*Banco de Previsión Social*), OPP: Office de la planification et du budget (*Oficina de Planeamiento y Presupuesto*), MSP: Ministère de la Santé publique (*Ministerio de Salud Pública*), MTSS: Ministère du Travail et de la Sécurité sociale (*Ministerio de Trabajo y Seguridad Social*).

---

qu'auparavant avec l'INAU, qui est fortement lié au SIRPA. A l'heure actuelle, il apparaît plus clairement que l'INAU gravite autour du MIDES <sup>10</sup>.

Au-delà de la participation variable dans l'exécution conjointe de ces programmes, il convient de s'intéresser à leur articulation avec les plans ou les systèmes de politiques plus générales. Le tableau 6.6 montre que la moitié des programmes sociaux sont rattachés à un plan ou un système de coordination officiel, tel qu'au Plan d'équité.

**Tableau 6.6. Nombre de programmes rattachés à un plan ou un système de coordination officiel**

	Nombre	Pourcentage
Non	106	45,5
Oui	106	45,5
Aucune donnée	21	9
Total	233	100

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux (MIDES, 2013).

Le tableau A.3.4 de l'annexe présente les organismes auxquels sont rattachés les plans ainsi que les stratégies publiques ou les systèmes de politiques sociales qui regroupent les 106 programmes évoqués dans le tableau. L'ANEP, le MIDES et le CNPS sont les entités qui comptent le plus grand nombre de programmes prévus par des plans. Si l'on considère que le MIDES est l'organisme public responsable en dernière instance du CNPS (car il le coordonne, conformément à la loi), alors il semble raisonnable que des plans qui intègrent de nombreux programmes d'assistance sociale (35 au total) lui soient rattachés.

Enfin, une question importante repose sur la nature du lien entre les programmes d'assistance sociale et les plans, les stratégies ou les systèmes dans lesquels ils s'inscrivent. Le tableau ci-dessous montre que la coordination des actions entre le programme et le plan est l'activité la plus répandue, suivi du travail avec la même population cible, ce qui coule de source étant donné qu'il s'agit de programmes complets.

<sup>10</sup> La personne interviewée a évoqué les organismes publics suivants: l'INAU et le Système de responsabilité pénale de l'adolescent (*Sistema de Responsabilidad Penal Adolescente* –SIRPA), qui a été créé au cours de cette période du gouvernement et qui est rattaché à l'INAU.

**Tableau 6.7. Nature du lien entre le programme d'assistance sociale et le plan ou le système**

	Nombre	Pourcentage
Coordonne des actions	82	35,2
A une population cible commune	64	27,5
Partage des bureaux locaux	27	11,6
Autres		
Partage une base de données sur les bénéficiaires	1	0,4
Elabore des projets de loi	15	6,4
Le programme est géré par le système, l'unité ou la direction	10	4,2

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux (MIDES, 2013).

En résumé et comme on pourrait s'y attendre, la plupart des programmes d'assistance sociale qui feraient partie du RAIS ont une faible couverture, s'inscrivent dans des plans plus larges, et agissent malgré cela de manière «individuelle» avec les mêmes groupes de population, ce qui implique la nécessité constante d'une coordination.

#### **6.4. Principaux domaines de coordination des programmes destinés aux groupes vulnérables**

##### **6.4.1. Ministère du Développement social et coordination dans le domaine social**

Le MIDES a été créé en 2005 en vertu de la loi n°17.866, avec pour fonction de coordonner les programmes sociaux destinés aux groupes vulnérables, dans une tentative de limiter la fragmentation et la désarticulation manifestes de l'offre publique dans ce domaine. En outre, la tâche de diriger et suivre la mise en œuvre des plans sociaux de transferts en espèces décrits dans les sections précédentes lui a été dévolue.

La création du MIDES a facilité une série de changements organisationnels, dans la mesure où un ensemble d'entités sociales spécialisées dans le domaine de l'enfance, de la jeunesse et de l'égalité entre hommes et femmes, qui étaient jusqu'alors dispersées dans différents organismes publics, ont été intégrées à ce ministère public, notamment l'Institut national des femmes (*Instituto Nacional de las Mujeres - INMUJERES*), l'Institut national de la jeunesse (*Instituto Nacional de la Juventud, INJU*) et l'INAU.

Il convient de souligner que ce nouveau secrétariat d'Etat a vu le jour après une période de vingt ans de révisions et d'ajustements successifs orientés vers une «rupture» du modèle traditionnel d'Etat providence, au sein duquel prédominaient des normes de protection universelles. L'Uruguay a connu la mise en œuvre désordonnée d'un ensemble de programmes centrés sur la pauvreté, qui étaient souvent temporaires et financés par des prêts internationaux. Cette vague d'interventions complètes et d'accès limité tendait à entraîner un appauvrissement du système de protection sociale, en ce sens que l'investissement social demeurait contrôlé et la qualité des prestations publiques se dégradait.

Dans ce contexte, le recours à des mécanismes qualifiés de «bypass» a constitué une solution politique et institutionnelle pour mettre en pratique ce type d'initiatives au sein d'une structure étatique sectorielle. Ceux-ci se sont traduits par la localisation d'une série importante de programmes de lutte contre la pauvreté dans des sphères publiques qui manquaient de spécialisation dans cette thématique ainsi que dans les tâches d'exécution,

---

et qui ne sont à la fois pas légalement tenues de rendre des comptes à la hauteur de ceux qui devraient être rendus par les unités d'exécution de l'administration centrale. L'OPP de la Présidence de la République en est un bon exemple (Midaglia, 2011).

La création du MIDES a eu tendance à faire diminuer le recours aux mécanismes institutionnels exceptionnels pour aborder la problématique de la vulnérabilité. Cela a favorisé la convergence desdites stratégies sociales en son sein, dans le cadre d'un changement d'orientation politique qui semblait reconnaître que la fonction de coordination intra-étatique faisait partie de la dynamique publique habituelle. Néanmoins, il convient de rappeler que dans le gouvernement actuel, des mesures de protection relevant de la sphère présidentielle ont été réintroduites, dont certaines intègrent un ensemble de programmes considérés comme prioritaires.

L'élément caractéristique du nouveau ministère résidait donc dans la construction institutionnelle et le bon accomplissement de sa fonction complexe de coordination et d'articulation de l'offre publique destinée aux catégories pauvres. Celle-ci était encore marquée par des niveaux significatifs de dispersion, malgré les efforts accomplis pour rattacher les mesures de protection ciblées au nouveau ministère d'Etat. Les principales difficultés pour développer les tâches stratégiques de coordination sont dues à différentes raisons, à savoir:

- à l'absence d'espaces institués avec des ressources propres (humaines, matérielles, financières) et légitimés au niveau étatique pour cette tâche, ce qui est une raison de nature strictement institutionnelle;
- à l'inégalité de pouvoir en termes de tradition, de capacité organisationnelle et institutionnelle (procédures, cadres fonctionnels spécialisés, infrastructure disponible, etc.), à quoi s'ajoutent les montants du budget public dont disposent les secteurs classiques (travail, santé, éducation, logement) comparé à la nouvelle entité ministérielle;
- à des raisons spécifiquement politiques relatives à la volonté de coopérer de la part des autorités sectorielles en place, en vue d'une intervention publique efficace, dont les bénéfiques politiques immédiats sont diffus (Midaglia, Castillo et Fuentes, 2011).

Le MIDES a rapidement tâché de créer des espaces spécialisés de coordination au sein de l'Etat et avec la société civile, et leur rendement a fluctué tout au long des deux périodes du gouvernement analysées dans ce travail. Parmi les premiers espaces, figure la création du Cabinet social et du CNPS, à travers le Décret présidentiel n° 236/005. Il convient de souligner que le CNPS a subi quelques changements de forme moindres sur la base de modifications du décret original. A cela vient s'ajouter la mise en place en 2011, également par décret, des Réunions interinstitutionnelles (*Mesas Interinstitucionales – MI*), qui œuvrent au niveau départemental pour articuler l'offre publique dans les espaces locaux. Enfin, les Conseils sociaux, au même titre que les MI, ont un fonctionnement qui relève des sphères départementales.

En même temps que la mise en œuvre d'espaces de coordination, il a été décidé de construire et de réformer les systèmes d'information sociale dont disposait le pays, conformément à l'article 9, alinéa D, de la loi n° 17.866, afin de contribuer à l'articulation entre les entités publiques. C'est dans ce cadre qu'a été conçu le Système intégré d'information du domaine social (*Sistema Integrado de Información del Área Social – SIIAS*) ainsi que l'Observatoire social des programmes et indicateurs (*Observatorio Social de Programas e Indicadores*), parmi les plus importants, en guise d'outils rénovés d'information publique. Ils feront l'objet d'un paragraphe spécifique par la suite.

## 6.4.2. Espaces de coordination

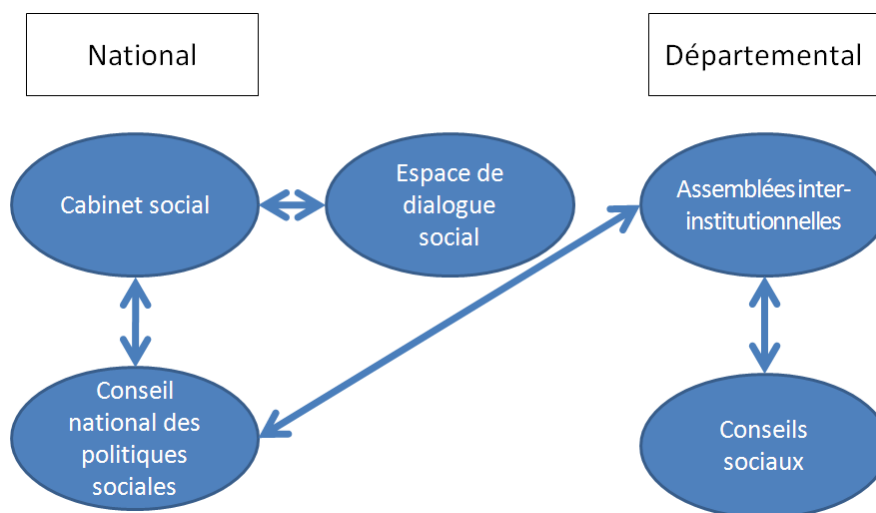
A partir des actions du MIDES, une série d'instances de coordination de portée nationale et départementale ont émergé, dotées d'un fonctionnement aux niveaux macro, méso et micro. Ce travail s'est focalisé sur les deux premiers niveaux de coordination, en particulier dans les espaces les plus pertinents – des niveaux macro et méso –, étant donné que c'est dans ces domaines que les stratégies de protection sont définies et que les articulations importantes sont établies entre les organismes publics qui œuvrent dans le milieu social.

Tel que le souligne l'une des personnes interviewées aux fins du présent travail, les principales instances de coordination dans le domaine social impliquent généralement le MIDES et «[...]comptent trois niveaux: Cabinet, Conseil et MI, qui s'organisent comme des cercles concentriques» (autorité politique consultée).

La figure 6.8 montre que le Cabinet social (espace macro du gouvernement) et le CNPS ont été créés au niveau national. Ce dernier s'est mué en pièce maîtresse du premier gouvernement de gauche pour la formulation de propositions interinstitutionnelles et la collaboration horizontale entre les agences et les ministères sociaux. Le décret à l'origine de son fonctionnement a constitué une tentative de fournir un certain degré de soutien politique et institutionnel à cette nouvelle instance de coordination.

Ces espaces spécifiques de coordination sont encore actifs aujourd'hui, bien que leur fonctionnement ait connu quelques modifications en raison des changements de gouvernement, de la rotation des participants et de la redéfinition des orientations politiques pour les questions sociales.

Figure 6.8. Schéma des espaces de coordination du MIDES (niveaux national et départemental)



Remarque: l'espace de dialogue social est l'un des espaces d'échange avec la société civile.

Source: élaboré par l'auteur sur la base d'informations secondaires recueillies

Les tâches ainsi que la dynamique des sphères d'action publique en question sont détaillées ci-dessous.

Le Cabinet social est un espace de coordination intersectorielle de politiques publiques. Il est présidé par le MIDES et composé des représentants d'organismes étatiques importants sur le plan social et économique, tels que: le ministère de l'Economie et des Finances (MEF), de l'Education et de la Culture (MEC), du MTSS, de la Santé

---

publique (MSP), du MTD, ainsi que du Logement, de l'Aménagement du territoire et de l'Environnement (MVOTMA). Sa fonction est de définir les postes prioritaires de dépenses publiques sociales ainsi que de veiller à l'articulation et la coopération entre les organismes nationaux et municipaux (article 2 du décret de création) (Midaglia, Castillo et Fuentes, 2011). Alors que pendant le premier gouvernement de gauche, le Cabinet se réunissait peu fréquemment, la fréquence des réunions a augmenté durant le second gouvernement de gauche. Selon les personnes interviewées, celles-ci se tenaient deux fois par mois. D'après la majorité des personnes consultées, la grande dynamique de travail du Cabinet a eu des effets directs sur la logique de fonctionnement de l'instance méso, à savoir le CNPS:

Depuis 2010 [...] des transformations substantielles ont été opérées. Le Cabinet se réunit très fréquemment et il a généré des instances qui lui sont propres, ainsi que des commissions ou des groupes de travail qui ne dépendent pas du Conseil (autorité politique consultée).

Si l'on compare les périodes, le Cabinet occupe aujourd'hui un rôle plus actif d'élaboration et de formulation de politiques. Au cours de la période passée, le Cabinet social définissait les directives, et c'était au Conseil de travailler sur celles-ci (autorité politique consultée).

[...] un changement important s'est produit. Ce qui a fonctionné durant cette période de façon régulière, c'était le Cabinet social. En revanche, durant la période précédente [...] le Cabinet se réunissait peu souvent et le Conseil a fini par fonctionner en tant qu'instance principale de coordination [...]. A cette époque, le Conseil était composé des représentants ministériels les plus au fait de cette thématique abordée dans cet espace. Au cours de cette dernière période, il en est allé autrement. C'est le Cabinet qui jouait un rôle prépondérant et non le Conseil (autorité politique consultée).

Au cours de ces dernières années [...], le Cabinet social a dû assumer le rôle qui lui incombait en vertu de la loi, à savoir de coordonner les politiques sociales. [...] Des pics d'activités ont été atteints durant ces années [...] il s'agit essentiellement des deux redditions de comptes, unifiant la question soulevée par la Présidence [...]. Un deuxième bloc de travail gravitait autour de la conception de projets communs [...] et un troisième bloc portait sur des programmes sociaux prioritaires (autorité politique consultée).

L'exécution des accords relatifs aux programmes établis par le Cabinet incombe au CNPS. Cependant, cet espace de coordination a joué un rôle politique majeur durant la période précédente, dans la mesure où il s'est chargé de la conception de l'une des mesures les plus importantes de protection et qui est toujours en vigueur, telle que le Plan d'équité. Il a également soutenu indirectement l'élaboration d'une grande politique publique orientée vers l'enfance, telle que la Stratégie nationale de l'enfance et de l'adolescence (*Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia* – ENIA), qui n'a pas pu être mise en œuvre selon les termes dans lesquels elle avait été définie.

Au commencement de cette nouvelle période du gouvernement, des changements au sein du Conseil ont été opérés. Alors qu'il était présidé par la Direction nationale de politiques sociales du MIDES, c'est le Sous-secrétariat de cette fonction ministérielle qui l'a remplacé dans cette tâche, renforçant ainsi sa hiérarchie politique. Cependant, au cours de cette nouvelle étape, sa dynamique d'action a été plus irrégulière, comme cela pourra être observé dans les extraits d'entretiens exposés dans les paragraphes suivants.

Le Conseil est constitué de représentants importants, qui relèvent dans certains cas de la deuxième ligne hiérarchique du MEF, MEC, MTSS, MSP, MTD et du MVOTMA, auxquels vient s'ajouter l'OPP. L'inclusion de représentants d'entités autonomes et de services décentralisés est aussi envisagée, notamment de l'ANEP, la BPS, l'INAU, l'INE et le Congrès des maires. Cet espace sera abordé plus en détail au point suivant. D'après les personnes consultées, au cours de cette période du gouvernement, d'autres organismes, qui n'avaient pas été envisagés initialement, ont été invités à participer. Il s'agit entre autres de l'Institut national de l'emploi et de la formation professionnelle (*Instituto*

---

*Nacional de Empleo y Formación Profesional – INEFOP – rattaché au MTSS*), de l'organisme public chargé de l'eau et de l'assainissement (*Obras Sanitarias del Estado – OSE*), ainsi que de l'Université de la République. «Le seul parmi les trois à avoir participé aux réunions est l'INEFOP [...]» (autorité politique consultée).

Les MI, au même titre que les autres sphères d'action commune, sont coordonnées par le MIDES et ont pour tâche principale d'articuler l'offre publique sociale au niveau local. Elles se déroulent en présence des représentants locaux des organismes qui intègrent le CNPS. Depuis leur mise en œuvre, leur fonctionnement a été particulièrement variable et irrégulier. Toutefois, selon des personnes interviewées, elles ont tâché de créer et d'exécuter des projets locaux dans les différentes zones de référence.

Les Conseils sociaux sont les instances départementales d'échange avec les organisations de la société civile. Le MIDES fournit un soutien technique à ces espaces et s'attache à promouvoir les contacts réguliers avec les MI présentes dans ces localités. A l'heure actuelle, 20 Conseils sociaux sont en place dans 18 départements du pays (soit tous les départements, à l'exception de la capitale). A l'instar du cas susmentionné, leur action varie et est très inégale (Muñiz 2009; Cruz et Pérez, 2008, Bica, 2007 et ICD, 2009).

Aux fins de cette étude, d'autres sphères de coordination d'interventions publiques ont été identifiées, parmi lesquelles figurent le Comité de coordination stratégique de l'enfance et de l'adolescence, le Conseil national consultatif de lutte contre la violence domestique et les Réunions de coordination régionale (*Mesas de Coordinación Zonal*), qui ne sont pas analysés ici en raison de leur spécificité thématique. L'annexe 4 présente la totalité des domaines de coordination à différents niveaux qui sont présidés par le MIDES ou dans lesquels il participe, mais aussi les organismes publics impliqués et les résultats obtenus. Elle met également en évidence la multitude d'instances de coordination qui ont été mises en œuvre après l'instauration de ce nouvel organisme public ainsi que la grande productivité de la période de référence.

Il convient d'ajouter à ces nombreux domaines de coordination et d'articulation d'autres domaines qui ont une portée d'ordre micro, et qui ont trait à l'échange et à la collaboration dans la mise en œuvre de programmes sociaux complets qui fournissent simultanément différents biens sociaux.

### **6.4.3. Conseil national de politiques sociales (CNPS)**

Le CNPS est apparu comme une sphère importante de coordination et de fourniture de biens sociaux de rang intermédiaire. Il a obtenu les permis politiques nécessaires non seulement pour opérationnaliser les décisions du Cabinet social, mais aussi pour donner lieu à des propositions d'interventions. L'exercice de ses propres fonctions a facilité l'élaboration et la rénovation d'un agenda social qui a inclus des sujets de différentes natures, tels que les questions de mise en œuvre de politiques publiques, la définition de stratégies d'action ou encore les débats sur les résultats atteints en matière de vulnérabilité sociale.

Le fort dynamisme de la phase initiale a été marqué par des rencontres hebdomadaires, présageant un volume de travail considérable. En revanche, lors du deuxième mandat de gauche, son fonctionnement a connu une baisse de régime et les rencontres sont devenues mensuelles.

Le panel de personnes interviewées s'est accordé à reconnaître la diminution des activités et de la productivité du CNPS ainsi que sa perte de visibilité publique. Néanmoins, des changements d'emphase dans le positionnement de nos interlocuteurs à cet égard ont été constatés. Certains ont considéré que les changements dans son

---

fonctionnement marquaient une nouvelle étape, avec un agenda en formation ayant donné lieu à un rythme de réunions irrégulier, en raison de l'absence de questions urgentes et de priorités définies par le Cabinet ou le pouvoir exécutif. D'autres, en revanche, estiment que son action s'est fortement affaiblie et le rôle qu'il devait jouer a perdu de sa clarté.

Le Conseil possède la valeur qui lui est conférée au sein d'un espace d'articulation des ministères et des acteurs publics en matière sociale [...]. Son fonctionnement au cours des années 2010, 2011 et 2012 a été irrégulier, ou plutôt variable, malgré le fait qu'il soit institutionnalisé et qu'il dispose d'un secrétariat technique [...]. Son rôle dans cette période a été différent que lors de la période antérieure [...], il a rencontré des difficultés [...], mais il est parvenu à quelques réalisations (autorité politique consultée).

Bien qu'il possède un grand potentiel, notamment car [...] il intègre des ministères et des acteurs politiques [...], son fonctionnement a été défini avec une régularité moindre de réunions, et celles-ci portaient sur des thématiques déterminées [...] (autorité politique consultée).

Durant la deuxième période, son fonctionnement [...] a été assez irrégulier et surtout, il n'a pas abordé la question budgétaire (autorité politique consultée).

Au cours de la période précédente, ma vision du Conseil était très positive, [...] celui-ci avait une forte délégation qui élaborait des politiques, ce qui le distingue de son fonctionnement [...] dans la période actuelle, où le Conseil revêt un autre rôle. Durant la période précédente, non seulement des politiques étaient élaborées [...], mais leur mise en œuvre était également coordonnée [...], ce qui lui conférait une grande force. [...] Le rôle du Conseil est bien moindre dans la période actuelle (autorité politique consultée).

Par ailleurs, bien que la participation des sous-secrétariats ministériels était «obligatoire», en pratique ces hauts dignitaires assistaient de manière occasionnelle en raison de l'accroissement de l'activité du Cabinet social, qui est passé d'un fonctionnement mensuel à bimensuel. Au final, l'augmentation des opérations au niveau macro a fini par entraîner une concurrence avec le Conseil et ses possibilités réelles de prise de décision, étant donné que des représentants de rang intermédiaire et intermédiaire-inférieur y prenaient part.

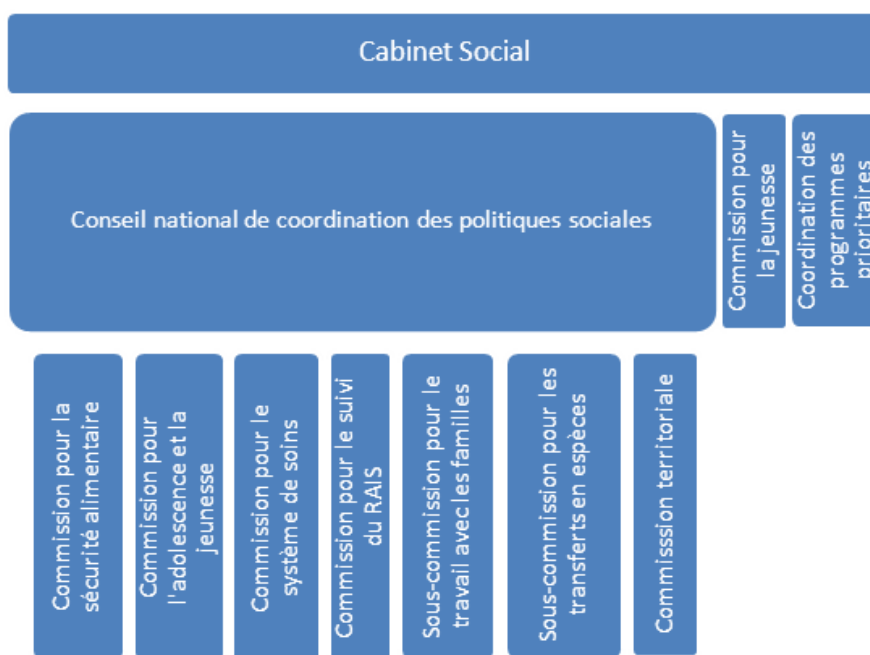
L'année dernière, les ministères et les organismes ont cessé d'assister ou d'envoyer des représentants de haut rang, car il n'y avait pas d'espace de travail. A cela s'est ajouté le fait que d'autres espaces de travail [...] plutôt décentralisés ont commencé à se développer [...] en marge du Conseil [...]. Le Conseil s'est vidé pour deux raisons: car au niveau central, les ministres étaient ceux qui prenaient les décisions, et en raison de l'apparition d'autres espaces de travail plus dynamiques [...] (autorité politique consultée).

La participation [...] fluctue. Comme parfois le ministre ne peut pas se rendre au Cabinet, c'est le sous-secrétaire qui prend sa place, et ainsi les participants se substituent dans cet espace par ordre de hiérarchie (autorité politique consultée).

Il existe une série de sous-commissions, dans le cadre du Conseil, qui abordent des thématiques spécifiques, tel que cela apparaît dans la figure 6.9 La plupart de ces groupes de travail ont été créés durant la période du gouvernement actuelle. Lors du gouvernement précédent, il existait deux sous-commissions majeures: celle de transferts, qui s'attachait à prévoir des scénarios possibles pour la mise en œuvre de l'AFAM du Plan d'équité, et l'autre, le Comité de coordination stratégique de l'enfance et de l'adolescence, qui se focalisait sur la création d'une stratégie (ENIA), avec un plan d'activité prévu jusqu'en 2015. A cet égard, certaines personnes consultées ont porté un regard très critique sur le vaste univers des espaces de coordination qui ont émergé depuis la création de ce nouveau ministère. «Dans la pratique, le rôle d'articulation du MIDES [...] n'est pas exercé à travers les 47 espaces de réunion, tous parallèles, et qui ne sont pas hiérarchisés, organisés verticalement et qui parfois se superposent» (expert consulté).



Figure 6.9. Le Cabinet social, ses conseils et ses commissions



Source: élaboré par l'auteur d'après les entretiens réalisés.

De prime abord, la multiplication des commissions du Conseil semble en contradiction avec la dynamique d'action en baisse. Néanmoins, le niveau de fonctionnement de chacune de celles-ci a été fort variable. Certaines commissions, notamment celles qui provenaient du gouvernement précédent, ont été dissoutes et les réunions ont été remplacées par des rencontres informelles, à l'image de la Commission de transferts. D'autres, dont la création est récente, ont atteint un rythme de travail qui a permis l'élaboration de plans au niveau départemental, et sont représentatives de la problématique socio-économique des régions de référence.

Parmi les sujets importants traités par le Conseil à travers des sous-commissions, on retrouve celui du territoire, dont la Commission a été créée durant cette période et qui a rempli un très bon rôle. [...] Celle-ci a permis un suivi [...] des articulations des politiques sociales dans les départements à travers les MI de politiques sociales. En outre, cette commission se charge de l'élaboration des plans départementaux, qui sont assimilés à des agendas de développement social départementaux. D'autres commissions, telles que celle de transferts, ont simplement fonctionné au commencement de cette période. [...] Celle qui a fonctionné à terme était la Commission d'éradication de la pauvreté (expert consulté).

[...] d'autres commissions ont commencé à voir le jour [...]. Par exemple, une commission pour travailler avec les MI et les plans départementaux a été mise sur pied, ainsi qu'une commission sur le système de soins. Sur la base de cette dernière, deux nouvelles commissions ont été créées: l'une par décret, et l'autre par le biais du Conseil. L'une se déroulait en présence de représentants politiques et l'autre, d'experts. Ainsi, le système de soins, qui figurait à l'ordre du jour du Conseil, a développé comme un système parallèle, source d'une certaine discorde. [...] Un autre élément important est le fait que d'autres prestations ont été intégrées sur la base des exigences du Président, telles que le programme «Jeunes en réseau». [...] Une attention particulière a été accordée à certaines zones difficiles ainsi qu'à d'autres programmes prioritaires et [...] les articulations autour de ces initiatives étaient établies en dehors du Conseil (autorité politique consultée).

L'élément le plus important [du Conseil] est la commission territoriale en raison de son lien étroit avec les Réunionnaises [interinstitutionnelles]. [...] La coordination des programmes prioritaires n'a pas incombé au Conseil, car un comité de coordination relevant du Cabinet a été créé à cette fin (autorité politique consultée).

---

Il convient de mentionner la création de deux commissions particulières dans le cadre du Cabinet social, qui témoignent d'une perte de pertinence politique du Conseil. Il s'agit de celle de la jeunesse, qui fonctionne en parallèle de la commission relevant du Conseil, et qui remplit des tâches à divers niveaux hiérarchiques et de portée différente. Tandis que la commission de niveau macro se charge de l'analyse en profondeur de la condition des jeunes en situation de vulnérabilité sociale (par exemple les personnes qui n'étudient et ne travaillent pas), celle du niveau méso produit des rapports sur les droits des jeunes.

L'autre unité thématique du Cabinet se consacre essentiellement à la coordination de certaines composantes des programmes sociaux qualifiés de prioritaires par le gouvernement actuel et mentionnés brièvement dans un autre paragraphe. Deux de ces initiatives sociales relèvent du MIDES: «Jeunes en réseau» et «Proximités», déjà évoquées, tandis que la troisième, l'UCC, relève de l'OPP de la Présidence de la République, alors qu'il existait d'autres cadres institutionnels spécialisés en matière de pauvreté ou de santé dans d'autres espaces institutionnels.

Les changements évoqués vis-à-vis de l'action du Conseil sont perçus de manières différentes parmi les personnes interviewées par rapport à la productivité de ce domaine. De façon générale et afin d'illustrer une tendance d'opinions, deux positions relativement différentes se dégagent. D'un côté, certains considèrent que, bien que la productivité du Conseil n'ait pas été notoire, celui-ci est parvenu à établir de nouvelles lignes d'action telles que les plans départementaux, et a commencé à traiter la question de la mise en place d'un nouveau système de soins. D'un autre côté, certains estiment que la productivité de cette instance de coordination a été quasi nulle et n'a pas généré de lignes d'action publique au niveau social qui aient eu un impact politique, comme lors de la période antérieure.

Parmi les sujets traités par le Conseil [...] on retrouve la révision du Plan d'équité, qui a donné lieu à un document intitulé "la Réforme sociale" et a posé le cadre conceptuel de la protection [...]. Le plan d'éradication de l'extrême pauvreté qui n'est toujours pas approuvé fait aussi partie des sujets [...], au même titre que l'approche à adopter lors de la création d'un système de soins [...]. A cet égard, peu de démarches ont été entreprises pour le moment hormis quelques actions pilotes [...]. Le Conseil n'a pas été en mesure de fournir des orientations stratégiques, d'organiser et d'articuler l'ensemble des prestations sociales. Il a détenu ce rôle lors de la période antérieure [...] avec l'élaboration du Plan d'équité et la définition de la Stratégie de l'enfance et de l'adolescence [...]. Dans la période actuelle, les propositions du Conseil n'ont pas abouti à ces résultats, mais des progrès ont été réalisés (expert consulté).

Au cours de la période actuelle, [...] le document "la Réforme sociale", qui a été envisagé comme une reformulation du Plan d'équité, apparaît comme un élément notoire, au même titre que les agendas départementaux. Quant au système de soins, il a été interrompu. Mais le fait d'avoir réalisé un document source de discussions a constitué un point important. Le programme "Proximités", issu d'un document du Conseil et qui modifie la modalité d'intervention, constitue aussi un autre de ses sujets (autorité politique consultée).

Le Conseil a mené, au cours de la première période, des actions importantes telles que le Plan d'équité et la stratégie ENIA qui, bien que n'étant pas directement liées au Conseil, se rapportaient à celui-ci [...]. Dans la période actuelle, le Conseil n'a prévu aucun projet de loi ou programme, et les changements opérés, par exemple pour la carte *Tarjeta Uruguay Social*, ne sont pas passés par le Conseil, mais directement par le Cabinet (autorité politique consultée).

Un dernier point qu'il convient de relever réside dans l'unanimité quasi complète des interlocuteurs qualifiés consultés par rapport aux facteurs qui ont eu une incidence sur le changement de dynamisme du Conseil. Ceux-ci seront détaillés dans la section qui aborde les obstacles à surmonter ou les «goulots d'étranglement» qui existent en matière de coordination. Certains peuvent toutefois être mentionnés, tels que le manque de direction

---

et d'encadrement politique de cet espace, les changements d'orientation et de stratégies d'action du ministère dont le Conseil relève, ainsi que le manque de continuité de l'agenda social prévu par le gouvernement précédent, parmi les plus importants.

#### **6.4.4. Coordination des programmes sociaux «prioritaires»**

Le gouvernement actuel a mis la priorité sur trois programmes sociaux qui ciblent un petit segment de la population en situation de vulnérabilité et d'extrême pauvreté. Il s'agit des programmes UCC, Proximités et Jeunes en réseau, tel que mentionné auparavant, et ils revêtent un caractère interinstitutionnel, en ce sens qu'ils impliquent l'articulation entre divers services sociaux existants.

Pour faciliter la gestion de ces interventions, le MIDES a créé un espace de coordination des trois programmes, dont le but est de générer un panier de prestations de base pour les bénéficiaires de ces trois programmes. La commission, intégrée par les directeurs de chacun des programmes, s'est attachée à définir un ensemble de biens essentiels et, par la suite, à négocier leur disponibilité avec les ministères chargés des programmes.

La commission a acquis davantage de sens après la mise en œuvre, depuis mai 2013, du programme «7 zones», dans lequel les trois programmes doivent centrer leur action.

Brièvement, le projet «7 zones» repose sur la sélection de ce nombre de zones où se tiennent les interventions conjointes des différents organismes publics (ministères, autorités départementales et municipales), codirigés par le MIDES et le ministère de l'Intérieur. Le projet porte sur une population de 31 151 personnes qui habitent dans quatre zones de Montevideo, à savoir Marconi, Cantera del Zorro, Chacarita de los Padres et Santa Teresa, et Barrio Ituzaingó, ainsi que deux dans la ville de Las Piedras: Vista Linda et Obelisco, puis Villa Manuela à Barros Blancos (Présidence de la République <sup>11</sup> et entretien avec les autorités politiques). Le plan porte sur des interventions en matière d'accès au logement, d'achèvement de la scolarité, de la formation et l'insertion professionnelle, ainsi que d'accès aux services de santé. Il consiste également en des transferts en espèces pour des services de garde d'enfants (garderies privées). Enfin, le ministère de l'Intérieur renforce son travail dans les zones sélectionnées.

Pour revenir et conclure sur les programmes de coordination prioritaires, il convient de mentionner qu'une certaine divergence ou méconnaissance semble exister autour du lien entre la Commission de programmes prioritaires et le Cabinet social. Pour certains «[...] il s'agit d'une commission du Cabinet, ou du moins déléguée par celui-ci» (autorité politique consultée). Pour d'autres, en revanche, il n'existe pas de référent clair: «[...] ce domaine de coordination n'a pas de référent institutionnel ni au sein du Cabinet, ni au sein du Conseil» (autorité politique consultée).

<sup>11</sup> Voir: <http://www.presidencia.gub.uy/Comunicacion/comunicacionNoticias/olesker-consejo-ministros-13-mayo> [janvier 2014].

---

#### **6.4.5. Evaluation des programmes sociaux et développement des systèmes d'information comme mesure de soutien à la coordination**

Pour ce qui est de l'évaluation des programmes sociaux compris dans le RAIS, un rôle prioritaire incombe au MIDES à travers la DINEM, qui doit réaliser «le suivi, la supervision et l'évaluation des plans, des programmes et des projets sociaux mis en œuvre par le ministère ainsi que des politiques et des programmes nationaux restants, sans porter atteinte aux compétences des autres organismes en la matière» (MIDES 2011, p. 301). De là vient aussi l'évaluation du régime des AFAM mis en place par le Plan d'équité, avec l'assistance de l'Université de la République<sup>12</sup>, ainsi que l'évaluation d'un ensemble de programmes socio-éducatifs et socio-professionnels (voir MIDES 2011). En outre, un travail est en cours de réalisation autour de la conception et l'évaluation des programmes prioritaires (autorité politique et expert consultés).

En outre, des efforts ont été déployés pour avancer dans la construction de systèmes d'information sur les politiques sociales, à l'image de la création de l'Observatoire social de programmes et d'indicateurs ainsi que du SIIAS. Ce dernier a pour but de «[...] générer un système interinstitutionnel d'information intégrée, qui mette en lien les données des différents organismes, tant de leurs programmes sociaux que de leur exécution et des bénéficiaires respectifs» (article 621 de la loi n° 18.719). Bien que ce système se trouve en phase de développement intermédiaire, il a fait preuve de son utilité pour favoriser l'amélioration de la qualité des informations produites par les différents organismes du milieu social, pour fournir à d'autres organismes des informations qui permettent un meilleur ciblage, ainsi que pour faciliter le contrôle des contre-prestations établies par l'AFAM (expert consulté).

Néanmoins, malgré ces pas en avant, des problèmes en matière d'évaluation des politiques sociales subsistent. Ceux-ci découlent d'erreurs dans la conception des programmes sociaux, de la disparité des efforts d'évaluation des différentes interventions sociales ainsi que de la dispersion institutionnelle des espaces dédiés à l'évaluation au sein du domaine social.

En premier lieu, le MIDES (2011) souligne l'existence d'une série de problèmes dans la conception d'une large part des programmes sociaux, qui rendent leur mise en œuvre difficile et ne facilitent pas l'obtention de résultats. Ainsi, parmi les grandes difficultés rencontrées, se trouvent la fragilité dans le diagnostic du problème, le faible lien entre l'intervention prévue et l'effet souhaité, le manque de clarté dans la définition des objectifs et de la population cible, l'absence de conceptualisations pouvant être opérationnalisées,

<sup>12</sup> Parmi les prestations notoires de la RAIS, il convient de mentionner que les évaluations réalisées autour des programmes des AFAM (Plan d'équité) et de la carte alimentaire indiquent que tous deux ont contribué à étendre les prestations sociales vers les catégories aux revenus moindres, qui ne bénéficiaient auparavant de pratiquement aucune protection, en particulier les ménages qui comptaient des enfants et des adolescents (Colafranceschi et Vigorito, 2013; MIDES, 2011). Les effets en termes de réduction de l'indigence ont été conséquents, mais ils ont été inférieurs sur le plan de la pauvreté. D'après ladite évaluation: «[...] à l'heure actuelle, l'accès aux prestations pour les catégories aux revenus moindres est pratiquement universel, sans qu'il n'y ait de lacunes significatives avec le groupe des personnes âgées, généralement couvert par la voie non contributive des transferts. Néanmoins, il existe encore des groupes qui ont une faible couverture, notamment au sein des ménages qui ne comptent ni des jeunes de moins de 18 ans, ni des personnes de plus de 65 ans» (Colafranceschi et Vigorito, 2013, p. 31).

---

ainsi que la fragmentation des programmes que le MIDES met en place (MIDES, 2011, pp. 302-303).

En second lieu, les évaluations réalisées sur les programmes qui composent la RAIS sont différentes, en ce sens que certaines prestations ont fait l'objet d'une évaluation systématique, tandis que d'autres non. Il en résulte que les connaissances quant aux résultats et effets des divers programmes sont fortement hétérogènes.

En troisième lieu, une fragmentation des espaces d'évaluation, qui se retrouvent dispersés entre différents ministères et agences publiques, est identifiée. Certains domaines disposent d'organismes d'évaluation spécifiques, tels que celui de l'éducation, au sein duquel opère la Gestion d'investigation et d'évaluation de l'ANEP, ou plus récemment, l'Institut national d'évaluation éducative créé en 2013. En revanche, d'autres domaines de la sphère de politiques sociales ne disposent d'aucun espace institutionnel d'évaluation, et ont fait l'objet d'évaluations ponctuelles ou sporadiques, comme le domaine de la santé. Malgré la création d'unités de suivi des différentes politiques sociales au sein de l'OPP – telles que l'Espace de gestion et d'évaluation de l'Etat (*Área de Gestión y Evaluación del Estado*) ou le récent Observatoire des politiques publiques (*Observatorio de Políticas Públicas*) – ces expériences ne laissent pas entrevoir de changements dans le caractère fragmenté et partiel de l'évaluation des programmes intégrés dans le RAIS.

## 6.5. Goulots d'étranglement pour la coordination

Conformément aux propos des personnes consultées, les problèmes de «goulots d'étranglement» rencontrés dans le secteur social, en Uruguay, lorsqu'il s'agit de mener une coordination efficace des différents efforts institutionnels, ne semblent pas sensiblement différents de ce que l'on peut retrouver dans une bonne partie de la littérature en la matière. Ainsi, cette activité dépend sans nul doute de la volonté politique des sphères les plus élevées du gouvernement. Tant qu'il n'existera pas d'engagement sérieux lié à la tâche de coordination, il sera pratiquement impossible que celle-ci aboutisse aux résultats escomptés.

Le succès de ce type d'espaces dépend de la combinaison entre sa conception et le «bon vouloir» des participants. Mais ce dernier compte pour 60 pour cent. La conception est moins importante, car ce qui est essentiel, c'est la volonté de coordonner; ce que j'appelle «retirer les cloisons». L'un des éléments les plus problématiques de l'Etat réside dans son cloisonnement; dans l'absence de lecture mutuelle (autorité politique consultée).

D'ailleurs, dans des cas importants de cloisonnement des activités sectorielles, les tentatives destinées à établir une coordination interinstitutionnelle efficace devront se fonder sur de solides accords politiques. Dans le cadre de ce travail, il apparaît clairement que le premier gouvernement du Front large (2005-2009) a nourri de grands projets à travers le PANES et le Plan d'équité, qui permettaient de réunir les efforts dispersés dans le tissu institutionnel de l'Etat uruguayen. La tâche a été grandement facilitée par l'existence d'un projet clair, de ressources disponibles pouvant être réparties entre les différents acteurs, ainsi que du facteur symbolique que représente le fait de constituer le premier gouvernement de gauche dans l'histoire du pays. Tel que l'a mentionné l'une des personnes consultées:

Ce qui s'est produit au cours du dernier gouvernement - certainement influencé par le niveau d'engagement supplémentaire véhiculé par le fait d'être le premier gouvernement de gauche, qui tendait à vous rendre beaucoup plus responsable et à adopter un champ de vision plus large - c'est qu'il fallait démontrer que nous étions capables de gouverner. Alors, cela confère davantage une vision d'ensemble. Je crois que cela s'est perdu dans une certaine mesure dans la période actuelle (autorité politique consultée).

---

Le problème a été que, une fois passé ce premier moment ou cette «lune de miel», et en l'absence d'un autre grand projet commun, les logiques sectorielles qui ont précédé le gouvernement du FA ont rapidement repris. Ainsi, sans un soutien politique explicite, ces espaces (Cabinet social, Conseil de politiques sociales, MI) doivent faire face à une série d'entraves bureaucratiques et au conflit entre les diverses logiques organisationnelles existantes dans le domaine social, qui sont en outre associées à la logique d'attribution des charges en fonction de leur répartition entre les secteurs du FA. En raison de ce dernier point, les différences entre secteurs se transposaient dans le fonctionnement des organismes publics, minant ainsi en grande partie la coopération pour la coordination.

Cette dépendance au rôle de direction, et surtout la conception de la fonction de coordination adoptée, permettent en grande partie d'expliquer pourquoi les rôles du Cabinet et du Conseil ont été si différents d'un gouvernement à l'autre du même parti. Dans la mesure où les principaux acteurs politiques (les ministères, par exemple) du premier gouvernement se sont consacrés à définir les grands axes, qui ont ensuite été débattus et gérés par le Conseil, le rôle principal acquis par le Cabinet a vidé d'une certaine manière le Conseil de son contenu (autorité politique consultée). Néanmoins, d'autres personnes interviewées ont évoqué une faiblesse propre à ceux qui ont dirigé la coordination au sein du Conseil, en ce sens qu'ils n'ont pas réussi à établir un agenda avec des tâches partagées:

L'agenda [du Conseil] a fini par devenir l'agenda du coordinateur du Conseil, raison pour laquelle il a été marqué par plusieurs étapes: la question des droits économiques et sociaux est venue en premier, car il existait des possibilités de financement, et le système de soins est venu en dernière place. Des changements d'orientation de la direction sont donc possibles [...]. Dès lors, on finit par se diriger vers des sujets de conjoncture. C'est par exemple le cas des plans départementaux, qui démarrent avec [le président José] Mujica qui promet de revenir dans 40 jours [au département] d'Artigas avec un plan. Comme la demande émanait du président, les institutions se sont vues dans l'obligation d'y répondre, et cela a marché. Cette démarche couronnée de succès a donc été répliquée dans d'autres départements, mais les tentatives se sont soldées par des échecs en raison du manque de soutien des autres institutions, qui ne prévoyaient pas à long terme la territorialisation de leurs interventions (expert consulté).

Par ailleurs, les personnes consultées ont aussi évoqué une tension relative à la «propriété» de la politique ou du programme objet de coordination. Etant donné que la coordination n'est pas perçue comme une activité qui «génère un gain» politique, les différents acteurs peuvent avoir tendance à se positionner comme ceux qui mettent effectivement en œuvre la politique. Le problème qui en découle, une fois que cette logique s'installe dans les espaces de coordination, est que la concurrence finit par primer sur la collaboration.

La question de l'empathie des personnes chargées de la coordination entre en ligne de compte, mais également celle de la volonté politique qui doit exister pour pouvoir coordonner. Le produit doit primer sur l'identité de son concepteur. De cette façon, le point de mire est placé sur le destinataire de la politique et non sur la personne qui l'a conçue (autorité politique consultée).

Dans ce même ordre d'idées, il peut sembler plus tentant de se focaliser davantage sur les questions à court terme, ce qui peut finir par affaiblir l'un des rôles principaux de la coordination, qui consiste justement en la planification conjointe et la définition d'une vision à long terme (expert consulté).

Un point qu'il convient de souligner est le fait que le rôle de direction de cette coordination dans le domaine social incombe au MIDES. La question est de savoir si cette institution relativement nouvelle possède les capacités d'exercer cette coordination de manière efficace, étant donné qu'elle doit en outre négocier et se mettre d'accord avec des

---

acteurs historiques de taille sur des questions budgétaires et politiques. Ce constat va de pair avec la nécessité pour des ministères tels que le MIDES de parvenir à se positionner publiquement. En ce sens, la logique adoptée en priorité aura une incidence directe sur la qualité de la coordination. Ainsi, certaines personnes interviewées ont constaté un recul de ce type de direction assumée dans ces espaces par le MIDES. Toutefois, la volonté de ce ministère d'exercer davantage un rôle public a aussi été observée, ce qui a conduit à la décision de laisser les espaces de coordination existants de côté et d'opter, en revanche, pour des accords de type informel.

Pour ce qui est des solutions envisageables pour améliorer ou éviter certains de ces goulots d'étranglement, les personnes interviewées ont essentiellement proposé de doter les espaces de coordination des ressources nécessaires afin qu'ils puissent remplir leurs tâches de suivi des programmes communs mis en œuvre, mais aussi de collaborer avec les divers organismes en vue de résoudre les problèmes qui pourraient surgir. Par ailleurs, afin de consolider l'engagement politique des différents acteurs dans la mise en œuvre des nouvelles initiatives, il serait possible de les faire participer à la gestion quotidienne du programme, pour que leur action ne se limite pas seulement à la conception de celui-ci. En outre, devant le constat qu'un très grand nombre d'espaces de coordination existent et se superposent, sans qu'il n'y ait de hiérarchie ni d'articulation entre eux, une bonne solution serait de simplifier ou de les réduire. Enfin, il semble pertinent de relever la solution proposée par l'une des personnes interviewées pour améliorer ces instruments:

Deux éléments peuvent aider à améliorer la productivité de ces instruments: la question de l'agenda et celle du rôle de direction. Le bon fonctionnement résulte de l'association de ces deux questions, mais cela se révèle difficile lorsque les acteurs politiques du gouvernement n'ont pas cette vision d'ensemble qui vous aide à préserver la continuité d'un programme politique. Le passage d'une période à l'autre n'a pas été marqué par une coupure ou une rupture, mais par un *stop*.

## 6.6. Conclusion

A partir de l'analyse de l'information primaire et secondaire relevée sur les différents espaces de coordination interinstitutionnelle du domaine social uruguayen, il est possible de confirmer certaines des questions préliminaires en lien avec le présent travail. Premièrement, il apparaît qu'au cours des deux dernières périodes du gouvernement, une certaine continuité s'est maintenue quant à l'approche avec laquelle les problèmes généraux de protection sociale ont été abordés en Uruguay. Une attention particulière a également été portée autour des populations et des groupes en situation de vulnérabilité sociale. Cette continuité est reflétée par les transitions successives du Plan d'urgence vers le Plan d'équité au cours de la période passée et actuelle – bien que de façon moins concrète –, et vers la Réforme sociale et l'établissement du RAIS.

Cette réforme et son réseau d'assistance peuvent notamment être associés à la notion de socle de protection sociale. De fait, celle-ci fait office de point d'ancrage en termes d'assistance aux programmes de protection traditionnels pour une partie de la population qui n'est pas parvenue à s'intégrer par le biais des voies traditionnelles, qui reposent sur l'appartenance au marché du travail formel. Il convient toutefois de rappeler que ce réseau semble encore en cours de révision.

Quand bien même l'Uruguay semblerait présenter des avantages pour consolider un socle de protection sociale suffisamment solide et universel – notamment en raison d'une superficie et d'une démographie réduites – le fait est que l'étude de l'ensemble des initiatives publiques existantes illustre clairement la priorité absolue que revêt aujourd'hui l'investissement technique, et surtout politique, dans le développement d'instances de coordination puissantes au sein du secteur public.

---

Aussi, pour ce qui est de la nécessité d'établir des instances formalisées et institutionnalisées de coordination interinstitutionnelle, les deux gouvernements ont maintenu une certaine cohérence d'orientation vers une valorisation politique des activités de coordination. Toutefois, ce processus ne semble pas suivre le même niveau de consensus lorsqu'il s'agit de prendre en charge la promotion et l'orientation de ladite coordination, au-delà du fait que cette compétence relève juridiquement du MIDES. Un certain ralentissement du rythme dans lequel ces sujets ont progressé durant le premier gouvernement du FA est constatable. Selon les personnes interviewées, il semblerait que ce frein au fonctionnement de certains espaces – notamment du Conseil – soit dû à des changements effectifs de l'orientation politique des principales fonctions du pouvoir exécutif.

Ces variations relatives à la primauté du Conseil ou du Cabinet social durant les deux dernières périodes du gouvernement ne font qu'expliquer certains problèmes d'ambiguïtés liées à la création de ces deux espaces. Or cela se traduit justement par des confusions ultérieures ou des appropriations différentes des rôles de chacun de ces espaces. Dans le cadre de gouvernements d'un même parti, cette volatilité témoigne de la complexité de maintenir une certaine continuité dans le fonctionnement, entre autres en raison de la nécessité vraisemblable de mettre en route des processus qui leur sont propres. Cela explique en partie pourquoi les nouveaux programmes prioritaires lancés par le gouvernement actuel ont donné lieu à l'établissement de ses propres espaces de coordination, qui sont indépendants des instances préexistantes au sein de l'Etat.

En tant que composante clé du socle de protection sociale pour l'Uruguay (compte tenu des constats formulés) et conformément aux informations présentées, il apparaît que le RAIS manque encore de clarté quant à son orientation et son contenu. Cette question revêt une grande importance, étant donné que la portée et le fond de la reformulation des programmes déjà existants, voire la création de nouvelles initiatives en matière sociale, vont dépendre en grande partie de la définition du RAIS. Il apparaît clairement que le champ des programmes définis dans le cadre de ce travail présente d'importantes lacunes en termes de portée de leurs prestations, en ce sens qu'ils ne parviennent pas à couvrir la population cible fixée à l'origine. En tant que composantes d'un «socle», ces initiatives devraient aspirer à couvrir l'ensemble de la population cible. Autrement, ces lacunes peuvent nuire au maintien de toute la structure sociale.

Pour ce qui est de la consolidation du RAIS comme socle de protection, il convient également de souligner certains aspects liés aux caractéristiques de l'institution chargée de veiller à son fonctionnement et son champ d'action: le MIDES. Un des éléments fondamentaux de tout socle de protection réside dans la capacité de bon nombre de ses initiatives mises en œuvre d'agir en tant que lien avec les politiques sociales plus universelles, telles que la politique sanitaire, éducative ou de sécurité sociale, et de la compter parmi leurs objectifs principaux. Le fait que la tendance dominante soit de considérer le MIDES comme le «ministère pour les pauvres» peut nuire à la capacité de ce dernier d'étendre ses programmes aux groupes plus vulnérables de la population.

Néanmoins, la principale conclusion est que l'Uruguay a effectivement accompli des progrès vers la consolidation d'un socle de protection sociale efficace, qui irait au-delà de la simple énonciation de droits, sans implications réelles. Des espaces de coordination ont été créés et, malgré les problèmes évoqués, ils ont commencé à introduire des pratiques qui n'existaient pas auparavant et qui vont impliquer, comme tout changement culturel, des rythmes d'adaptation variables pour différentes structures d'organisation. La formulation même du Plan d'équité, sa mise en œuvre ainsi que son suivi semblent constituer des exemples prometteurs de pratiques vertueuses en ce sens. Bien entendu, l'établissement d'une instance pour évaluer la coordination est une nécessité, ce qui permettrait d'adapter



---

les procédures, de regrouper les efforts et de générer des «courroies de transmission» des bonnes pratiques résultantes, tant au niveau national que local.

Au final, deux enseignements notoires peuvent être tirés à partir du cas de l'Uruguay concernant la construction d'un socle de protection sociale de manière générale, et la création d'espaces de coordination interinstitutionnelle efficaces en particulier. Premièrement, le passage en revue de la trajectoire du pays – avec ses aléas respectifs – au cours des deux périodes du gouvernement du FA témoigne du caractère indispensable d'un fort engagement politique de la part des principaux référents institutionnels pour que chaque initiative fonctionne. Pendant les phases au cours desquelles le Président s'est positionné en «parrain» de l'espace de coordination, cette dernière a été réalisée de manière bien plus vertueuse. Deuxièmement, et de manière tout à fait complémentaire au premier point, la coordination prendra tout son sens et parviendra à rassembler le soutien des différents acteurs impliqués, dans le cadre de politiques et de programmes au sein desquels l'espace de coordination dispose de ressources propres qui ont besoin d'être gérées. Si de telles ressources existent, alors les ministères sectoriels seront plus enclins à participer activement. Si tel n'est pas le cas, il sera difficile de reconnaître l'avantage de participer dans cet espace, qui sera considéré comme un élément perturbateur vis-à-vis des tâches routinières de chacun. En résumé, l'appui politique et les ressources aux fins de gestion semblent constituer les ingrédients fondamentaux de la recette.

## 6.7. Annexes

### ***Annexe 1: Liste des personnes interviewées dans le cadre du présent chapitre***

<b>Nom</b>	<b>Fonction</b>
Mariana Drago	Directrice de coordination interdirectionnelle du MIDES
Wilson Galli	Directeur/représentant de la Banque de prévoyance sociale auprès du Conseil national de coordination des politiques sociales
Luis Garibaldi	Directeur/représentant du ministère de l'Éducation et de la Culture auprès du Conseil national de coordination des politiques sociales
Miguel Lorenzoni	Ancien fonctionnaire de la Direction nationale de politique sociale (auprès du Répertoire de programmes sociaux)
Pablo Martínez	Expert du Conseil macro en politiques sociales du MIDES et du Conseil national de coordination des politiques sociales
Daniel Olesker	Ministre du Développement social
Manuel Piriz	Chargé du Répertoire de programmes sociaux auprès de la Direction nationale d'évaluation et de suivi du MIDES
Matías Rodríguez	Directeur de l'Institut national de la jeunesse (INJU)
Andrés Scagliola	Directeur du Conseil macro en politiques sociales du MIDES
Milton Silveira	Chargé/représentant du MIDES auprès du Système intégré d'information dans le domaine social (SIAS)
Rafael Tejera	Fonctionnaire du Conseil macro en politiques sociales du MIDES au sein du Secrétariat technique du Conseil national de coordination des politiques sociales
Bruno Vera	Secrétariat technique de l'Institut national de la jeunesse (INJU)

## Annexe 2: Programmes sociaux compris dans le Plan d'équité

### A.2.1. Prestations en espèces non contributives

Politiques et prestations	Objectif	Exécution
Allocations familiales	Transferts conditionnels en espèces pour enfants/adolescents issus de ménages en situation de vulnérabilité socioéconomique	MIDES-BPS
Assistance à la vieillesse	Transfert en espèces pour personnes de plus de 65 ans et de moins de 70 ans qui présentent des carences critiques	MIDES-BPS

Source: MIDES, non daté.

### A.2.2. Politiques éducatives et programmes pour la petite enfance et l'enfance

Ligne d'action	Programmes sociaux	Objectif	Exécution
Extension de la couverture et amélioration de la qualité des prestations pour la petite enfance	Plan CAIF	Améliorer le développement intégral, la croissance et le développement des enfants d'âge préscolaire en situation de pauvreté	INAU
	Programme Centres pour la petite enfance (ex. garderies)	S'occuper des enfants de moins de 4 ans en vue de prévenir et d'inverser des situations de vulnérabilité et encourager leur développement intégral	INAU
	Programme <i>Nuestros Niños</i> (Nos enfants)		IMM
	Programme <i>Aduana</i> (Douane)	Système d'appui au contrôle de la santé de la naissance à 2 ans	ASSE
Amélioration du rendement et des prestations dans l'enseignement primaire	Education préscolaire	Extension de la couverture de l'éducation préscolaire	ANEP
	Enseignants communautaires	Réduire l'abandon scolaire et fournir un soutien pédagogique spécifique aux enfants qui présentent des difficultés scolaires	ANEP-CEIP <sup>1</sup> - MIDES
	Education physique dans les écoles (ex. Stratégie de récréation et de sport)	Universalisation de l'éducation physique dans toutes les écoles publiques du pays	ANEP
	Club des enfants	Améliorer le rendement et l'assiduité des enfants dans les écoles publiques	INAU

Remarques: <sup>1</sup> Conseil d'éducation infantine et primaire (CEIP).

Source: MIDES, non daté.

### A.2.3. Politiques éducatives et prestations pour l'adolescence et la jeunesse

Ligne d'action	Politiques et Prestations	Objectif	Exécution
Amélioration du niveau d'éducation des adolescents et des jeunes adultes qui n'intègrent pas le système d'éducation formel	Programme <i>Puente de Acreditación</i>	Faciliter l'accomplissement de l'enseignement primaire chez les adolescents âgés entre 13 et 17 ans en favorisant la continuité du cycle éducatif	ANEP-MIDES
	Programme <i>Impulso a la Universalización del Ciclo Básico</i>	Réduire le nombre d'abandons dans l'enseignement secondaire dans 78 lycées de Montevideo et de l'intérieur, où 60 pour cent des adolescents sont en risque d'abandon scolaire	ANEP-CES <sup>1</sup>
	Programme <i>Aulas comunitaria</i>	Programme visant les élèves qui ont abandonné le système d'éducation officiel ou en risque d'abandon	ANEP-CES-MIDES
	Programme <i>Pintó Deporte en el Liceo</i>	Accroître les niveaux d'activité physique et sportive des élèves en secondaire	ANEP-CES
	Bourses de soutien financier	Programme de soutien financier aux étudiants de l'enseignement secondaire en risque d'abandon	MEC
	Premier cycle technologique et agricole en alternance	Couverture pour les élèves de 12 «écoles en alternance» pour les adolescents en milieux ruraux	ANEP-CETP <sup>2</sup>
	Education technique, formation professionnelle de base; Plan 2007 (dans sa modalité intramuros et communautaire)	Parvenir à une meilleure insertion sociale et à une certification professionnelle	ANEP-CETP
	Fond d'équité (achat de fournitures pour les cours du CETP)	Achat de fournitures pour les jeunes de 15 à 20 ans issus de ménages à bas revenu	ANEP-CETP
	Stages professionnels du CETP	Prévenir l'abandon scolaire dû à des raisons économiques, pour les jeunes de plus de 16 ans	ANEP-CETP
	Programme national d'éducation et de travail du CECAP <sup>3</sup>	Programme d'éducation non formelle qui vise les jeunes entre 15 et 20 ans qui ont terminé l'enseignement primaire, mais n'ont pas commencé ou achevé l'enseignement secondaire	MEC
	Programme <i>Aprender Siempre</i>	Programme d'éducation non formelle qui vise les personnes de plus de 20 ans	

Remarques: <sup>1</sup> Conseil d'éducation secondaire (CES). <sup>2</sup> Conseil d'éducation technique et professionnelle (CEPT). <sup>3</sup> Centre éducatif de formation et de production (CECAP).

Source: MIDES, non daté.

### A.2.4. Promotion du travail

Programmes sociaux	Objectif	Exécution
<i>Uruguay Trabaja</i>	Activités publiques qui ont pour facteur socio-éducatif le travail; le programme repose sur un accompagnement social pendant 9 mois ainsi que sur des activités de formation professionnelle	MIDES-BPS
<i>Objetivo Empleo</i>	Subvention pour l'engagement de chômeurs de longue durée par des entreprises; orientation et formation professionnelle	MTSS

Source: MIDES, non daté.

## A.2.5. Sécurité alimentaire

Programmes sociaux	Objectif	Exécution
Carte alimentaire – Plan d'équité	Fournir un soutien alimentaire à la population en situation d'extrême pauvreté; renforcement de la carte alimentaire pour les familles qui présentent des carences critiques	MIDES-BPS
Plan alimentaire national (PAN)	Mettre en œuvre un système de paniers de compléments alimentaires recommandé essentiellement par des institutions d'assistance médicale et en faire une prestation de base	MTSS-INDA
Assistance aux institutions publiques et privées (AIPP)	Soutenir par une assistance alimentaire les institutions publiques qui intègrent des services sociaux	MTSS-INDA
INDA – CAIF	Contribuer à l'amélioration de la situation nutritionnelle des enfants qui intègrent les centres CAIF	MTSS-INDA

Source: MIDES, non daté.

## A.2.6. Intégration sociale

Ligne d'action	Programmes sociaux	Objectif	Exécution
Programmes d'intégration sociale	<i>Uruguay Integra</i>	Programmes socio-éducatifs et communautaires qui favorisent le développement de liens, d'aptitudes et d'outils permettant l'intégration	MIDES conjointement avec OSC
Promotion d'entreprises productives	Développement local - DL (entreprises productives)	Programme de promotion, d'assistance technique et financière pour les entreprises productives de personnes en situation de pauvreté	MIES <sup>1</sup> -MIEM <sup>2</sup> -MGAP-LATU <sup>3</sup> -ANEP-CETP-UdelaR
	Coopératives sociales	Promouvoir le développement de chaque groupe et de chaque membre, ainsi que la formation professionnelle et l'accès au crédit	MIDES-INEFOP-UdelaR
Handicap	Formation professionnelle (PRONADIS <sup>4</sup> )		MIDES
	Accord MIDES-CINDIS (PRONADIS)		MIDES
	Soutien aux personnes à mobilité réduite (PRONADIS)		MIDES
	Institut national pour les aveugles <i>Gral Artigas</i> (PRONADIS)		MIDES
	Promenades et loisirs pendant le temps libre (PRONADIS)	Assistance aux personnes handicapées	MIDES
	Cours d'interprète en langue des signes (PRONADIS)		MIDES
	Centre de réhabilitation Tiburcio Cachon (PRONADIS)		MIDES
	Cours de formation aux activités du quotidien pour les personnes travaillant avec des non-voyants (PRONADIS)		MIDES
	Banque d'aides techniques (PRONADIS)		MIDES

Remarques: <sup>1</sup> *Ministerio de Inclusión Económica y Social* (MIES). <sup>2</sup> Ministère de l'Industrie, de l'Energie et des Mines (MIEM). <sup>3</sup> *Laboratorio tecnológico del Uruguay* (LATU). <sup>4</sup> *Programa Nacional de Discapacidad* (PRONADIS).

Source: MIDES, non daté.

### **Annexe 3: Tableaux analytiques des programmes d'assistance sociale**

#### **A.3.1. Participation des organismes nationaux dans l'exécution conjointe des programmes d'assistance sociale (en nombre de programmes)**

<b>Nom de l'organisme national</b>	<b>Nombre de programmes</b>
ANEP	28
ASSE	20
BPS	9
Cour électorale	1
Entreprises publiques et services publics, OSE, ANTEL <sup>1</sup> , ANCAP <sup>2</sup> , BROU <sup>3</sup> , BHU <sup>4</sup> , Correos	10
Entités privées (transport et autres)	13
Autorités départementales	35
Autorités locales (municipalités)	1
INAU	9
MDN	4
MEC	11
MEF	1
MGAP	2
MI	11
MIDES	31
MRREE <sup>5</sup>	2
MSP	12
MTD	4
MTOP	1
MTSS (y compris INEFOP et INDA)	29
MVOTMA (y compris ANV <sup>6</sup> )	16
OPP (y compris JND <sup>7</sup> et CND <sup>8</sup> )	10
Organismes internationaux (y compris fonds internationaux et ambassades ou consulats)	5
Organisations de la société civile (ECA <sup>9</sup> , ONG)	64
Pouvoir judiciaire	1
Système intégré de santé	4
UDELAR	9

Remarques: <sup>1</sup> Administración Nacional de Telecomunicaciones (ANTEL). <sup>2</sup> Administración nacional des combustibles, des alcools et du ciment Portland (ANCAP). <sup>3</sup> Banque de la République orientale de l'Uruguay (BROU). <sup>4</sup> Banque hypothécaire de l'Uruguay (BHU). <sup>5</sup> Ministère des Affaires étrangères (MRREE). Agence nationale du logement (ANV). <sup>7</sup> Conseil national sur les drogues (JND). <sup>8</sup> Corporation nationale pour le développement (CND). <sup>9</sup> Agence de crédit à l'exportation (ECA).

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux (MIDES, 2013).

### A.3.2. Nature de la participation des organismes principaux aux programmes sociaux

<b>Organisme principal</b>		<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Pas de données</b>	<b>Total</b>
Conception	Nombre	14	196	23	233
	Pourcentage	6	84,1	9,9	100
Financement	Nombre	17	193	23	233
	Pourcentage	7,3	82,8	9,9	100
Fourniture de ressources physiques	Nombre	40	170	23	233
	Pourcentage	17,2	73,0	9,9	100
Fourniture de ressources humaines	Nombre	19	191	23	233
	Pourcentage	8,2	82	9,9	100
Fourniture de matériel pour la distribution	Nombre	110	99	24	233
	Pourcentage	47,2	42,5	10,3	100
Coordination	Nombre	6	204	23	233
	Pourcentage	2,6	87,6	9,9	100
Exécution	Nombre	26	184	23	233
	Pourcentage	11,2	79	9,9	100
Evaluation et/ou suivi	Nombre	28	182	23	233
	Pourcentage	12	78,1	9,9	100

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux (MIDES, 2013).

### A.3.3. Nature de la participation de la part des organismes co-exécutants dans les programmes

<b>Organisme conjoint</b>		<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Pas de données</b>	<b>Total</b>
Conception	Nombre	168	37	28	233
	Pourcentage	72,1	15,9	12	100
Financement	Nombre	156	49	28	233
	Pourcentage	67	21	12	100
Fourniture de ressources physiques	Nombre	121	84	28	233
	Pourcentage	51,9	36,1	12	100
Fourniture de ressources humaines	Nombre	110	97	26	233
	Pourcentage	47,2	41,6	11,2	100
Fourniture de matériel pour la distribution	Nombre	165	40	28	233
	Pourcentage	70,8	17,2	12	100
Coordination	Nombre	105	102	26	233
	Pourcentage	45,1	43,8	11,2	100
Mise en œuvre	Nombre	123	84	26	233
	Pourcentage	52,8	36,1	11,2	100
Evaluation et/ou suivi	Nombre	151	54	28	233
	Pourcentage	64,8	23,2	12	100

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux (MIDES, 2013).

### A.3.4. Nombre de plans ou de systèmes sous responsabilité de l'organisme

Nom de l'organisme responsable du plan ou du système	Nombre	Pourcentage
Non défini	5	2,1
ANEP	19	8,2
BPS	1	0,4
CNPS	17	7,3
INAU	1	0,4
MVOTMA	7	3
MIDES	18	7,7
MEC	5	2,1
MGAP	1	0,4
MSP	2	0,9
MTSS	16	6,9
MI	1	0,4
UdelaR	10	4,3
ASSE	1	0,4
MTOP	2	0,9
n/a	127	54,5
Total	233	100

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux (MIDES, 2013).

### **Annexe 4: Principaux espaces de coordination et d'articulation auxquels participe le MIDES**

Espace	Fonction	Rôle du MIDES	Organismes qui participent	Principales réalisations
Cabinet social	Coordination de politiques intersectorielles	Préside	MEF, MEC, MTSS, MSP, MINTUR, MVOTMA, OPP et le Congrès des maires	Plan d'équité
Conseil national de politiques sociales (CNPS)	Coordination de politiques intersectorielles	Préside	MEF, MEC, MTSS, MSP, MTD, MVOTMA, OPP, Congrès des maires, ANEP, BPS, INAU et INE	Elaboration du Plan d'équité; Rapport ODM
Réunions interinstitutionnelles (MI)	Articulation territoriale des politiques sociales	Coordonne	Représentants locaux des organismes principaux du CNPS	Projets territoriaux pour l'exécution; Coordination avec OPP et MEC
Conseils sociaux (CS)	Articulation territoriale et promotion d'échanges avec les MI	Appui technique	Organisations de la société civile (OSC)	20 Conseils sociaux dans 18 départements
Comité de coordination stratégique de l'enfance et de l'adolescence (CCE)	Articulation de politiques intersectorielles de la thématique spécifique	Coordonne	MSP, MEC, MI, MTD, ASSE, ANEP – CEP, ANEP – CES, ANEP – CETP, INAU.	Composante de l'enfance et de l'adolescence du réseau d'assistance du Plan d'équité; Elaboration de l'ENIA 2010-2030;

Espace	Fonction	Rôle du MIDES	Organismes qui participent	Principales réalisations
				Plan d'action 2010-2015 (associé à l'ENIA 2010-2030).
Réunions de coordination régionale (INFAMILIA)	Articulation territoriale des politiques intersectorielles qui visent l'enfance et l'adolescence en situation de vulnérabilité	Coordonne	Représentants locaux de MSP, MEC, MI, MTD, ASSE, ANEP – CEP, ANEP – CES, ANEP – CETP, INAU et OSC et similaires	72 réunions de coordination régionale avec l'intervention d'INFAMILIA; 25 plans régionaux pour l'enfance et l'adolescence
Plan national de lutte contre la violence domestique	Articulation de politiques intersectorielles qui visent les secteurs vulnérables	Préside	MI, MSP, INAU, Pouvoir judiciaire, ANEP, Congrès des maires, Réseau uruguayen contre la violence domestique et sexuelle	Plan national de lutte contre la violence domestique
Plan national d'égalité des chances et des droits (entre hommes et femmes)	Articulation de politiques intersectorielles	Préside	Pas d'information	Commissions sur l'égalité entre hommes et femmes présentes dans sept ministères; un organisme autonome et deux entreprises publiques
Conseil national consultatif du droit de l'enfant et de l'adolescent	Echanges et suivi de politiques	Co-préside (avec MEC)	MEC, MIDES, INAU, ANEP, Pouvoir judiciaire, Congrès des maires, collège d'avocats, OSC, Institut pédiatrique Morquio	Pas d'information
Commission sectorielle de la sécurité sociale	Articulation de politiques intersectorielles	Partie prenante	MEF, MTSS, MSP, OPP	Promotion du dialogue social; Projet de loi de l'assurance chômage et flexibilité du système de retraite
Comité national d'éradication du travail infantile	Articulation de politiques intersectorielles	Partie prenante	MTSS, IMM, INAU, ANEP, MIDES, PIT/CNT, OIT/CINTERFOR	Pas d'information
Comité de direction du système intégré d'information du domaine social (SIAS)	Elaboration de systèmes d'information	Partie prenante	INAU, MSP, BPS, ASSE	Pas d'information
Système national d'urgence	Coordination de politiques intersectorielles qui visent les secteurs vulnérables	Partie prenante	Direction nationale des urgences, Comité consultatif national pour la réduction des risques et la gestion des catastrophes, Organisation de l'administration centrale et comités départementaux d'urgence	Matériel pour les zones touchées par des facteurs météorologiques

Source: élaboré par l'auteur d'après le Répertoire de programmes sociaux – MIDES, avril 2013.



---

## 6.8. Bibliographie

- Arim, R. *et al.* (2009): *Programas sociales y transferencias de ingresos en Uruguay: los beneficios no contributivos y las alternativas para su extensión* (Santiago du Chili, CEPAL).
- ; Vigorito A. (2007): *Las políticas de transferencias de ingresos y su rol en Uruguay. 2001-2006* (Montevideo, polycopie).
- Amarante, V. *et al.* (2011): *Uruguay's Income Inequality and Political Regimes during 1981–2010*, Document de travail n° 2011/94 (UNU-WIDER).
- Bica, Y. (2007): *Diagnóstico sobre el Espacio de Diálogo Social – Un estudio a partir de la percepción de sus protagonistas* (Montevideo, ANONG).
- Bonino, N. *et al.* (2012): *PIB y estructura productiva en Uruguay (1870-2011): Revisión de series históricas y discusión metodológica*. Document de travail n° 05/12. (Montevideo, Instituto de Economía, Udelar).
- Colafrancheschi, M.; Vigorito A. (2013): «Uruguay: evaluación de las políticas de transferencias. La estrategia de inclusión y sus desafíos» dans Rofman, Rafael (dir. de publication): *Hacia un Uruguay más equitativo. Los desafíos del sistema de protección social*. (Montevideo, Banco Mundial).
- Consejo Nacional de Políticas Sociales (CNPS) (2011): *La Reforma Social. La nueva matriz de protección social del Uruguay. Plan de acción*. Document approuvé par le CNPS le 19 septembre 2011. Disponible à l'adresse suivante: [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy) [18 avril 2013].
- Cruz, A.; Pérez, L. (2008): *Los retos de la relación de la sociedad civil con el Estado en el Uruguay: ¿nuevos paradigmas de participación?*, IX Congrès annuel de recherche sur le troisième secteur au Mexique– VII Conférence régionale ISTR Amérique latine et Caraïbes, (Mexique).
- Filgueira, F. *et al.* (2005): *Panorama de la Educación en el Uruguay. Una década de transformaciones, 1992-2004* (Montevideo, ANEP-CODICEN).
- Institut de communication et développement (ICD) (2009): *Estudio de caso - La relación Estado – Sociedad Civil: los ámbitos de participación. Índice CIVICUS de la Sociedad Civil en Uruguay* (Montevideo).
- Instituto nacional de estadísticas (INE) (2006): *Líneas de pobreza e indigencia 2006 en Uruguay. Metodología y resultados*. (Montevideo).
- (2013): *Estimación de la pobreza por el Método del Ingreso. Año 2012* (Montevideo). Version révisée du 15 avril 2013.
- Kaztman, R.; Retamoso, A. (2005): «Segregación especial, empleo y pobreza en Montevideo», *Revista de la CEPAL*, n° 85, avril (Santiago du Chili).
- Midaglia, C. (dir. de publication) (2010): *La oferta pública social 2005-2010*. Ministère du Développement social (MIDES). (Montevideo).

- 
- *et al.* (2011): «El Significado Político de los Ministerios Sociales en Argentina, Chile y Uruguay», *Revista Chilena de Administración Pública*, vol. 1/2 15, (Santiago du Chili), pp. 21-40.
- ; Silveira, M. (2011): «Políticas sociales para enfrentar los desafíos de la cohesión social. Los nuevos Programas de Transferencias Condicionadas de Renta en Uruguay», dans Barba, C.; Cohen E. (dir. de publication), *Perspectivas críticas sobre la cohesión social. Desigualdad y tentativas fallidas de integración social en América Latina*. (Ciudad de México, CLACSO).
- Ministère du Développement social (MIDES) (2008): *Plan de Equidad*. Disponible à l'adresse suivante: [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy).
- (2010): *La oferta pública social en el Uruguay 2005-2009, Informe final del convenio con el Instituto de Ciencia Política / FCS / UdelaR* (Montevideo).
- (2011): *Informe MIDES. Evaluación y seguimiento de programas 2009-2010* (Montevideo).
- (2013): Base de données du Répertoire de programmes sociaux de l'Observatoire social d'indicateurs et de programmes, Montevideo.
- (non daté): *Reformulando el Plan de Equidad*. Document de travail du MIDES (Montevideo).
- ; OPP; AGEV (2012): *Reporte Social 2011. Principales características del Uruguay social* (Montevideo). Disponible à l'adresse suivante: [http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/Documentos/documento\\_mides\\_312.pdf](http://observatoriosocial.mides.gub.uy/mides/portalMides/portalMides/Documentos/documento_mides_312.pdf) [30 avril 2013].
- Muñiz, M-M. (2009): *La participación ciudadana para el control de políticas públicas en el espacio local. Atendiendo la experiencia de los Consejos Sociales*, Mémoire de fin d'études (Montevideo).
- Présidence de la République; Ministère du Développement social (MIDES) (2010): *Informe de Transición de gobierno 2009-2010*. (Montevideo, Présidence de la République orientale de l'Uruguay, Bureau de la Planification et du Budget). Disponible à l'adresse suivante: [www.mides.gub.uy](http://www.mides.gub.uy) [12 mars 2010].
- Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD) (2008): *Informe sobre desarrollo humano en Uruguay 2008. Política, políticas y desarrollo humano* (Montevideo, PNUD).

---

## 7. Conclusions

Les études de cas présentées dans ce document permettent de mettre en évidence un ensemble de bonnes pratiques relatives aux différents types de coordination institutionnelle. Ces derniers sont liés aux normes internationales de travail promues par l'OIT et plus particulièrement aux principes établis dans la recommandation (n° 202) sur les socles nationaux de protection sociale.

- 1) La cohérence entre les politiques de protection sociale et les politiques sociales, économiques et de l'emploi<sup>1</sup> est primordiale. Dans ce sens, il convient de faciliter et de promouvoir la coordination entre les institutions chargées de la protection sociale afin de garantir aux citoyens un accès réel à la protection sociale. Cependant, les études de cas mettent en lumière le besoin d'inclure différents éléments de coordination avec d'autres programmes sociaux et domaines administratifs. Par exemple, l'émission de documents d'identité pour tous, une définition commune des critères de pauvreté à l'échelle nationale, et de réelles prestations de services de santé et d'éducation<sup>2</sup> s'avèrent faire partie des éléments qui contribuent au succès de la coordination du système de protection sociale avec le reste des politiques sociales, économiques et de l'emploi.
- 2) La coordination institutionnelle est un processus continu qui doit être pris en compte tout au long du cycle de vie des politiques de protection sociale, et dans chacune des composantes principales, à savoir: la conception, la mise en œuvre et l'évaluation, en tenant compte des ajustements ou des changements requis au fil du temps. Ce processus implique que la cohérence entre l'allocation de ressources et la capacité des institutions réceptrices de fonds doit être encouragée pour transférer les paiements à leurs bénéficiaires. En outre, il semble essentiel d'intégrer la coordination, d'une part aux évaluations des politiques de protection sociale, mais d'autre part au suivi des résultats de ces évaluations<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Voir la recommandation n° 202, paragraphe 10 et 13: «Lors de la conception et de la mise en œuvre des socles nationaux de protection sociale, les Membres devraient [...] assurer la coordination avec d'autres politiques favorisant l'emploi formel, la création de revenu, l'éducation, l'alphabétisation, la formation professionnelle, les qualifications et l'employabilité, réduisant la précarité et promouvant l'emploi stable, l'esprit d'entreprise et les entreprises durables dans le cadre du travail décent.» (OIT, recommandation n° 202, paragraphe 10); «[...] les Membres devraient progressivement édifier et maintenir des systèmes de sécurité sociale complets et adéquats, cohérents avec les objectifs des politiques nationales et chercher à articuler les politiques de sécurité sociale avec les autres politiques publiques», (*Ibid.*, paragraphe 13 (2)).

<sup>2</sup> Ce dernier point est mis en évidence dans la recommandation n° 202 comme principe d'application d'un SPS: «services publics de qualité améliorant l'efficacité des systèmes de sécurité sociale», (*Ibid.*, paragraphe 3, alinéa n).

<sup>3</sup> Ce point est lié aux principes de la recommandation n°202: «suivi régulier de la mise en œuvre et évaluation périodique», (*Ibid.*, paragraphe 3, alinéa p).

- 
- 3) En termes de politiques, la coordination, promue à travers les principes de la recommandation n° 202 <sup>4</sup>, implique l'existence d'une structure de coordination bidimensionnelle.
- a) Au niveau central, une coordination horizontale, autrement dit intersectorielle, est nécessaire entre les ministères et les institutions responsables des programmes de protection sociale. Dans un contexte initial fragmenté, il est fondamental de développer des espaces organiques facilitant l'échange politique et technique sur des sujets de protection sociale, qui permettent d'éviter les contradictions et encouragent les initiatives à travers le consensus. Cet espace de coordination pourrait prendre la forme d'un Cabinet de ministres et de secrétaires qui définissent les grandes lignes d'une politique cohérente, auquel participeraient les institutions pertinentes, notamment les autorités responsables du financement et de la planification. Elles auraient ainsi la charge de définir et de promouvoir la création de l'espace budgétaire et des infrastructures nécessaires au développement de politiques de protection sociale <sup>5</sup>.
- b) Cette coordination doit également s'opérer au niveau vertical entre les différents niveaux gouvernementaux (fédéral, national, régional, municipal) afin d'assurer la cohérence de l'application des politiques. Comme il a été observé dans les cas de l'Argentine (avec l'AUH), du Brésil (avec le programme *Bolsa Família* et le SUAS) et du Chili (avec CHS), les accords de partenariat entre les institutions de protection sociale et les municipalités permettent d'exécuter les programmes de façon progressive, ainsi que de disposer d'un mécanisme de rétroalimentation grâce au contact régulier qu'entretiennent ces entités avec les bénéficiaires.
- 4) Le bon fonctionnement de cette structure bidimensionnelle de coordination institutionnelle exige un fondement juridique et un soutien politique de haut niveau et à long terme. Les deux éléments se renforcent en termes de légitimité et de consensus qu'ils apportent aux politiques de coordination. En effet, le cadre juridique apparaît être un élément primordial dans toutes les études de cas, car il encourage la légitimité d'un changement de pratiques au sein des institutions et de ses fonctionnaires. D'autre part, un appui politique de haut niveau présentant un calendrier précis semble être un élément clé quant à l'efficacité de la coordination à tous les niveaux (au niveau politique, horizontal et vertical, ainsi qu'en termes de gestion). Comme il a été observé, il s'agit d'un élément de valorisation des efforts de coordination que peuvent mettre en pratique les institutions et leurs membres.
- 5) La coordination au niveau politique devrait déboucher sur des pratiques de gestion mieux adaptées, et ainsi produire l'impact escompté sur les bénéficiaires des programmes de protection sociale. La coordination de la gestion se révèle être un élément clé pour obtenir une «gestion financière et administration saines, responsables et transparentes» <sup>6</sup>.

<sup>4</sup> «Cohérence entre les institutions chargées d'assurer les services de protection sociale», (*Ibid.*, paragraphe 3, alinéa *m*).

<sup>5</sup> Ce processus respecte les principes de la recommandation n°202, paragraphe 3, alinéa *m*.

<sup>6</sup> Recommandation n°202, paragraphe 3, alinéa *j*.

- 
- a) L'existence d'un mécanisme unique d'identification des bénéficiaires potentiels des programmes sociaux s'avère absolument fondamentale. L'identification des bénéficiaires est une tâche ardue pour de nombreux programmes de protection sociale universels ou ciblant les populations pauvres ou exclues du marché du travail formel. Et pourtant, ces programmes sont vitaux afin de garantir un socle de protection sociale <sup>7</sup>. Plusieurs méthodes ont fait leur preuve lors de l'extension de la couverture de la population cible: l'établissement de critères d'identification communs, une base d'identification partagée contenant les données élémentaires des bénéficiaires potentiels à l'échelle nationale et le développement d'une stratégie de recherche active de bénéficiaires (similaire à celle du Brésil). En unissant ainsi les forces des différentes institutions compétentes en la matière, l'allocation des ressources est plus performante que dans le cadre d'un schéma fragmenté au sein duquel chaque institution doit développer son propre système d'identification.
- b) L'échange de données entre les institutions chargées des programmes de protection sociale est essentiel pour améliorer les services pour les bénéficiaires et les mécanismes de contrôle. Il favorise aussi la transition progressive des bénéficiaires d'un programme de protection sociale à un autre, tout au long de la vie, comme le démontrent les cas de CHS au Chili et de *Brasil Sem Miséria* au Brésil. L'échange de données permet de simplifier les voies d'accès à différentes politiques et de diminuer le coût d'opportunité lié à la recherche d'informations pour les bénéficiaires.
- c) L'établissement d'un réseau institutionnel de couverture nationale, avec des points de contact pour les bénéficiaires de la protection sociale sous forme de «guichet unique». Pour les bénéficiaires, le principe du guichet unique semble faciliter l'accès aux prestations et aux informations relatives à leurs droits. Quant à l'administration, le guichet unique est l'occasion d'améliorer son efficacité. Les réseaux institutionnels tels que le CRAS et le CREAS au Brésil ou CHS au Chili peuvent permettre également l'implantation de politiques publiques dans d'autres domaines: santé, éducation, développement agricole, sécurité alimentaire, etc.

La recommandation n° 202 propulse au cœur du débat le besoin de coordination et d'articulation entre les programmes contributifs et non contributifs, en réaffirmant que «les Membres devraient progressivement édifier et maintenir des systèmes de sécurité sociale complets et adéquats, cohérents avec les objectifs des politiques nationales et chercher à articuler les politiques de sécurité sociale avec les autres politiques publiques» <sup>8</sup>. L'articulation des prestations non contributives avec un système contributif est indispensable pour garantir les droits déjà acquis par les travailleurs et pour ne pas affaiblir les prestations et les garanties établies dans la convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952. Par conséquent, la coordination du SPS et son articulation avec le système d'assurances sociales sont fondamentales pour encourager un système de protection sociale intégré.

<sup>7</sup> Comme cela a été souligné dans les principes de la recommandation n° 202: «inclusion sociale, y compris des personnes travaillant dans l'économie informelle» (paragraphe 3, alinéa e).

<sup>8</sup> Recommandation n° 202, paragraphe 13 (2).

---

Néanmoins, la pauvreté est un phénomène complexe qui implique de nombreuses privations; l'articulation des programmes contributifs et non contributifs est donc également complexe. De réelles précautions doivent ainsi être prises pour ne pas décourager et inhiber la transition des individus entre les programmes non contributifs et contributifs, et dans le but de garantir que les transitions des bénéficiaires entre les programmes non contributifs et contributifs soient progressives. De même, il convient d'éviter de tomber dans les «pièges de la pauvreté» qui apparaissent dès lors que des individus perdent leurs prestations non contributives lorsqu'ils intègrent le marché du travail en tant que salariés. Il faudrait ainsi pouvoir garantir l'universalité de certaines prestations, alors que d'autres devraient être en fonction des revenus ou de la durée de l'emploi. Ceci implique une coordination et une communication fluide entre les différentes entités chargées de fournir les prestations sociales. Une telle coordination exige également des systèmes de ciblage unifiés, des bases de données communes sur les bénéficiaires et un cadre juridique qui protège et facilite la coordination entre les ministères et les organismes d'Etat chargés de délivrer les prestations de protection sociale.

Ce document présente une première tentative d'identification des points essentiels de la coordination institutionnelle, dans le cadre de la conception et de la mise en œuvre des socles nationaux de protection sociale. Ce travail offre plusieurs axes possibles d'investigation future, parmi lesquels se démarquent les éléments suivants:

- a) Le besoin de disposer d'indicateurs permettant d'évaluer les résultats et les processus de coordination des programmes de protection sociale;
- b) L'intérêt de se pencher sur les expériences spécifiques de pays fédéraux plutôt qu'unitaires, puisqu'ils font face à des situations différentes en matière de coordination verticale des politiques entre les différents niveaux du gouvernement;
- c) La nécessité d'examiner les bonnes pratiques en termes de renforcement du consensus politique et des mécanismes politiques de haut niveau, notamment: comment y est-on parvenu? Quels sont les facteurs du succès dans ce type de processus?;
- d) Le besoin de mener une étude sur les bonnes pratiques dans le domaine des systèmes d'identification des bénéficiaires potentiels (comme c'est le cas du registre unique), ainsi que sur l'échange de données entre les institutions liées aux prestations. Le fondement juridique, la sécurité, la confidentialité des données<sup>9</sup> et les mécanismes d'échange sont des aspects qu'il faudra particulièrement approfondir;
- e) L'intérêt de diffuser les bonnes pratiques ou les expériences concluantes sur l'articulation des infrastructures délivrant des services et des prestations, y compris les modèles de guichet unique; il serait bon d'insister sur les défis, sur les niveaux d'articulation ou d'intégration des mécanismes d'affiliation, sur la fourniture des prestations, ainsi que sur le cadre juridique requis.

<sup>9</sup> Recommandation n° 202, paragraphe 23.