

# Analyse et comparaison des systèmes de protection sociale du monde en développement

Éléments de typologie et de méthode

➤ **Étude réalisée par :**

Blandine Destremeau (CNRS-GRASS / Centre de Recherches de l'IEDES)  
et Bruno Lautier (Université Paris I / Centre de Recherches de l'IEDES)  
avec la participation d'Emmanuelle Neu (IEDES – Université Paris I)

➤ **En collaboration avec :**

Anne-Sophie Brouillet et Marc Levy (Réseau IMPACT)

Avril 2006

r é s e a u  
**IMPACT**

**CRI**  
Centre de  
Recherche  
de l'IEDES

Cette étude conjointe a été initiée et co-financée par le Réseau IMPACT, dans le cadre des activités de son groupe de travail « Protection sociale », animé par Anne-Sophie Brouillet, Blandine Destremau et Bruno Lautier.

L'introduction, le tableau comparatif et la synthèse ont été réalisés par Bruno Lautier et Blandine Destremau, membres du Centre de Recherches de l'IEDES (CRI). La monographie sur les Philippines a été produite par Bruno Lautier, celle sur l'Afrique du Sud par Blandine Destremau. Celles sur la Colombie, le Cambodge et le Mexique conjointement par Bruno Lautier et Emmanuelle Neu, et celles sur la Tunisie et le Mali conjointement par Blandine Destremau et Emmanuelle Neu.

L'ensemble a été réalisé en relation étroite avec le Secrétariat exécutif du Réseau IMPACT (Anne-Sophie Brouillet et Marc Lévy).

## Réseau IMPACT

*Président du Comité d'orientation* : Dominique Gentil  
*Secrétariat exécutif* : Marc Lévy et Anne-Sophie Brouillet

c/o GRET  
211-213 rue La Fayette 75010 Paris, France  
Tél. : 33 (0)1 40 05 50 03 - Fax : 33 (0)1 40 05 61 10  
E-mail : [reseau-impact@gret.org](mailto:reseau-impact@gret.org)  
[www.reseau-impact.org](http://www.reseau-impact.org)

## CRI-IEDES

*Responsables* : Gérard Grellet et André Guichaoua  
*Coordinatrice des recherches* : Marguerite Bey  
*Secrétariat scientifique* : Jocelyne Hilaire

Université de Paris I  
Campus du Jardin Tropical  
45 bis avenue de la Belle Gabrielle 94736 Nogent-sur-Marne, France  
Tél. : 33 (0)1 43 94 72 45 - Fax : 33 (0)1 43 94 72 46  
E-mail : [criedes@univ-paris1.fr](mailto:criedes@univ-paris1.fr)

## I. Présentation

---

La présente étude a pour objectif de produire des éléments de typologie et de méthode pour l'analyse et la comparaison des systèmes de protection sociale du monde en développement. La protection sociale au sens du BIT est un arrangement collectif qui permet d'amortir les effets d'une incapacité temporaire ou définitive d'obtenir un revenu par le travail<sup>1</sup>. De façon un peu plus complexe, nous abordons la notion de « système de protection sociale » comme un corps de principes, de valeurs et d'objectifs politiques, économiques et sociaux, associés à une configuration institutionnelle dominante, qui organise les droits, les prestations, le financement et la gestion de la protection sociale des individus résidant dans une nation<sup>2</sup>. Quatre éléments institutionnels introduisent des différences significatives entre les systèmes : les règles d'accès, les formules de prestations, les formes de financement et les structures d'organisation et de gestion. Mais les différenciations entre « systèmes » dont

nous avons cherché à élaborer une typologie débordent largement la question des institutions : les acteurs politiques et sociaux d'une part, la question des droits et des formes de la citoyenneté, d'autre part, sont des pièces essentielles de l'analyse des systèmes de protection sociale.

Ce travail est né des activités du groupe sur la protection sociale du Réseau IMPACT, de l'intérêt croissant porté au niveau international aux systèmes de protection sociale, et d'une certaine insatisfaction face à la pertinence des analyses disponibles pour l'étude et la compréhension des systèmes de protection sociale dans les pays en voie de développement.

**Les activités du groupe protection sociale du Réseau** avaient permis de confronter des réflexions et des savoirs sur des dispositifs de protection sociale enracinés dans des réalités historiques, politiques, économiques, institutionnelles différentes, mais aussi envisagées selon des angles divers. Systèmes « par le haut » *versus* « par le bas », État omniprésent *versus* impulsion des associations « de la société civile » et des acteurs du développement, nos débats ont été envahis de dualismes dont nous avons rapidement pensé qu'il valait mieux essayer de les dépasser pour tenter une réflexion en termes systémiques, qui articule dimensions, acteurs, temporalités et champs. La notion de « politiques intermédiaires », qui est au cœur des approches du Réseau, nous a amenés à placer la dimension temporelle au

---

<sup>1</sup> Cf. Emmanuel Reynaud : *The extension of social Security coverage : the approach of the International Labour Office, ESS paper n° 3, ILO, Genève, 2002.*

<sup>2</sup> Cf. Bruno Palier : « *Les différents modèles de protection sociale et leur impact sur les réformes nationales* », in : *La protection sociale en Europe. Le temps des réformes, La Documentation française, Paris, 2001, p. 35.*

centre de l'analyse. En effet, la plupart des systèmes de protection sociale dans les pays du Sud se présentent comme des systèmes « hybrides » à plusieurs titres (institutions, financements, acteurs impliqués, degré de généralité de la couverture et type de risques couverts, etc.) et ce caractère hybride est un produit de l'histoire : celle des lancements des systèmes de protection sociale, des conjonctions d'événements fondateurs ; celle de la mise en œuvre, des étapes, des négociations, des transitions successives, que la référence aux processus de réformes issus de l'ajustement structurel ne suffit pas à expliquer. Étudier différents types de systèmes de protection sociale dans leur dimension historique visait donc à nous permettre d'épaissir la matrice de nos analyses et de nos positionnements, et à fonder dans leur épaisseur temporelle les « politiques publiques intermédiaires », dont la dénomination procède aussi bien du constat que de la proposition normative.

**L'intérêt croissant porté à la protection sociale** conduit à une reconnaissance accrue de sa pertinence non seulement comme outil de lutte contre la pauvreté, ce qu'elle n'a pas nécessairement vocation à être, bien que ce soit aujourd'hui par ce prisme qu'elle gagne de la popularité, mais aussi comme clé de voûte des édifices de rapports sociaux et de citoyenneté. Cet intérêt engendre des débats, des études, des modes d'expertise qui, bien que s'accordant tous apparemment sur la pertinence d'un regard en termes de protection sociale, ne promeuvent pas tous la même vision de la solidarité et du droit, le même contenu de protection, les mêmes valeurs d'équité, les mêmes relations sociales et de citoyenneté.

Derrière l'aridité d'une ingénierie extrêmement technique, le champ de la protection sociale est investi de luttes sociales et politiques de grande ampleur, que la polysémie des termes ne saurait totalement dissimuler : la solidarité prêtée aux communautés « primaires » n'est pas tout à fait de même nature, et certainement pas de même portée, que celle manifestée et construite par un système de mutualisation des risques au niveau national ; la sécurité

sociale, quand elle désigne un système d'assistance résiduelle accordée aux indigents après examen de leur situation économique, ne procure pas la même protection que la sécurité sociale conçue comme un système assurantiel, garanti par le droit contributif des travailleurs et une gestion paritaire des partenaires sociaux. L'intérêt croissant pour la protection sociale a donc tendu à brouiller les cartes, à créer de fausses convergences, plutôt qu'à créer l'objet consensuel dont il serait question. En confrontant différents systèmes de protection sociale, nous avons voulu progresser dans la conscience des différents enjeux, et des modalités diverses, de mise en place et d'extension de la protection sociale dans les pays en développement.

L'élaboration d'une typologie nous a semblé une tâche d'autant plus pertinente que les types — devenus des idéal-types<sup>3</sup> — sur lesquels s'ancrent ces débats, études et expertises sont issus de savoirs construits dans les espaces occidentaux, et prennent mal en considération la diversité des systèmes de protection sociale dans les pays « autres », ceux en développement, dont il est courant d'entendre qu'ils ne possèdent pas de systèmes de protection sociale. C'est en partie de là que provient notre insatisfaction et c'est bien là que réside notre point de départ, et notre justification principale : **les typologies existantes sont insuffisantes pour expliquer la diversité et les dynamiques d'évolution et de blocage des systèmes de protection sociale dans le monde en développement**. Elles ne permettent de penser que des éléments très partiels des systèmes de protection sociale des pays « autres », qui concernent soit leur genèse (imitation de modèles coloniaux ou transferts des modèles européens),

<sup>3</sup> Voir notamment la fameuse typologie d'Esping Andersen, *The Three Worlds of Welfare Capitalism*, Cambridge Polity Press, 1990, et les discussions et débats qui s'en sont ensuivis. Pour rappel, elle repose sur trois types, qu'Esping-Andersen nomme « libéral », « social-démocrate » et « conservateur corporatiste ». On trouvera dans le texte de Bruno Palier cité plus haut (note 2) un résumé et une brève discussion de la thèse de Gøsta Esping Andersen.

soit les modalités de leur évolution. Et, surtout, la projection sur les pays « du Sud » des typologies élaborées à propos de l'Europe tend inévitablement à faire des systèmes de protection sociale de ces pays du Sud des versions abâtardies ou dévoyées des systèmes européens, alors qu'ils peuvent être (et sont, nous espérons le montrer) radicalement « autres ».

La méconnaissance de l'histoire, des constructions institutionnelles, des compromis sociaux, des contributions économiques de la protection sociale dans les pays en développement conduit souvent soit à nier que ces systèmes aient une consistance propre, prétendant qu'ils auraient été inventés depuis que les institutions internationales se sont attachées à les promouvoir, il y a peu d'années ; soit à affirmer que l'ensemble du « reste du monde » relève d'une catégorie unique, et qu'il faille donc impérativement y promouvoir de nouvelles « gouvernances » plus ou moins standardisées. C'est ce double écueil que nous avons cherché à éviter.

Malgré la diversité de systèmes sur laquelle elles reposent, on ne peut que constater que, à l'échelle du monde, les systèmes que ces typologies centrées<sup>4</sup> sur l'Europe décrivent, se ressemblent sur plusieurs points, et s'inscrivent dans une dynamique de convergence. Ils se ressemblent quant au poids du politique dans l'impulsion initiale donnée aux systèmes de protection sociale, et dans leur extension subséquente, leurs modes de fonctionnement, et quant à leur nécessité au regard du fonctionnement de l'ensemble politique, économique et sociétal des sociétés concernées.

Les systèmes de protection sociale apparaissent donc comme les systèmes occidentaux de protection sociale irréversibles dans leur principe (même si les conditions d'accès sont sujettes à révision) et légitimes (même aux yeux des libéraux). Et ils tendent à converger au regard des réponses apportées aux contraintes budgétaires, aux évolutions démographiques (vieillesse, baisse de la fertilité) et aux transformations de l'économie et des modes de mise au travail (chômage, hausse des inégalités et de la pauvreté, précarisation de l'emploi, irrégularité des périodes travaillées, etc.). Or, dans qua-

tre perspectives au moins, ce schéma ne peut s'appliquer aux pays non occidentaux<sup>5</sup>.

**Premièrement, quant à l'impulsion initiale et l'élan dynamisateur, de nature politique.** Il ne s'agit pas, dans l'analyse de l'histoire européenne, de mythifier un acte originel, incarné par une date (1881 Bismarck, 1942 Beveridge, 1945 de Gaulle), mais de décrypter le poids d'un certain volontarisme politique dans l'instauration d'un système, qu'il émerge d'une constellation — devenue conflictuelle et insuffisante — de dispositifs (e.g. les mutuelles en France) ou réponde à une question (la question sociale vue comme déterminant les conditions d'accès à la citoyenneté en France, les conséquences de crise et de la guerre en Grande Bretagne). On ne peut que constater, en effet, que le politique, dans sa forme institutionnelle et de pouvoir, l'État, joue un rôle prépondérant dans l'avènement, le développement, la capacité d'adaptation, l'extension, des systèmes de protection sociale occidentaux, quelle que soit par ailleurs l'option libérale affichée. Et des forces sociales organisées, les syndicats au premier chef, ont été les moteurs de revendications qui ont imposé le maintien de la protection sociale comme enjeu politique et social majeur. Enfin, portée par son inscription dans le politique, la protection sociale s'est aussi — et par nécessité — inscrite dans le système de droits : droits du citoyen, droits du travailleur, droits de la personne.

Or, dans le monde en développement, l'impulsion initiale peut être d'une autre nature, le rôle de l'État fort différent, et celui des forces sociales bien plus faible. Dans plusieurs cas (e.g. Tunisie,

<sup>4</sup> Notons que dans sa typologie, Bruno Théret introduit des pays non européens, mais « développés » (États-Unis, Canada, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande). Cf. B. Théret : « Méthodologie des comparaisons internationales, approches de l'effet sociétal et de la régulation : fondements pour une lecture structuraliste des systèmes nationaux de protection sociale », L'année de la régulation, La Découverte, Paris, 1997, p. 163-228.

<sup>5</sup> Leur pertinence pour l'étude des systèmes de protection sociale dans l'Europe du Sud est elle aussi en question, voir l'ouvrage publié par la MIRE : « Comparer les systèmes de protection sociale en Europe du Sud », vol. 3 « Rencontres de Florence », 1997.

Mali, Cambodge), l'impulsion initiale fut clairement d'origine coloniale. Les schémas de la puissance dominante furent transposés comme embryon de système : schéma bismarckien en Tunisie, au Mali. À partir de cette impulsion, les États indépendants ont pu choisir de reprendre le système à leur compte (Tunisie), en l'étendant, gagnant par là une certaine légitimité (faire mieux que la puissance coloniale, en intégrant les indigènes là où ils étaient plus ou moins exclus), ou refuser l'héritage et tenter de produire autre chose (Cambodge). Dans d'autres pays, l'impulsion ne fut pas coloniale, mais néanmoins inspirée des systèmes européens : Mexique, Colombie, Philippines. Bien d'autres trajectoires ne figurent (encore) ni dans notre échantillon, ni dans notre typologie : les pays socialistes (la Chine, etc.) et ceux dont tant le politique que l'économie reposent sur la rente (e.g. les pays du Golfe arabo-persique).

La protection sociale n'est que rarement un enjeu fondamental des sociétés dans leur ensemble, même si elle peut l'être pour une partie d'entre elles (les fonctionnaires publics par exemple) ; elle peut tendre à le devenir, par extension d'un autre débat considéré à un moment donné comme central (comme le débat autour de la lutte contre la pauvreté). Souvent, les forces qui auraient pu le porter ont été bridées, et c'est dans un langage politique paternaliste, ou un langage social charitable, que toute forme de protection sociale émerge. La protection sociale n'est donc que rarement inscrite dans un système de droits, et souvent laissée aux aléas de la discrétion du chef, ou aux bonnes intentions des bienfaiteurs.

**La seconde perspective qui explique pourquoi les typologies centrées sur l'Europe ne sont pas opérationnelles pour les pays en développement a trait aux modalités techniques et structurelles de mise en œuvre de la protection sociale, et à sa viabilité.** En Occident, ces modalités se sont adaptées au fur et à mesure que se posaient de nouveaux problèmes, que de nouveaux groupes professionnels ou sociaux devaient être incorporés, et ont donc évolué. Elles ont été caractérisées à grands traits : système bismarckien reposant sur une affiliation

contributive à des dispositifs d'assurance et sur un mode d'organisation professionnel et une gestion paritaire entre employeurs et salariés (type « conservateur-corporatiste ») ; système beveridgien procédant d'une socialisation des revenus par l'impôt, et d'un mode d'attribution sur la base de la nationalité et de la résidence (type « social-démocrate ») ; système d'allocations d'assistance aux pauvres, fortement conditionnelles et financées par l'impôt (type « libéral ») ; métissage des systèmes dès lors que l'assistance s'est trouvée incorporée dans les systèmes de droits, de plus en plus consolidés hors de la charité discrétionnaire.

La viabilité de ces systèmes est périodiquement remise en cause : vieillissement de la population, explosion de dépenses de santé, déficits publics ou des caisses, crainte que l'assistance ne nourrisse la paresse des chômeurs... Mais elle perdure malgré tout, avec des adaptations, en s'appuyant sur certaines caractéristiques structurelles des sociétés en question : le pourcentage important et croissant du salariat dans la population active, qui permet une incorporation des travailleurs dans le système de sécurité sociale (bismarckien) plus aisée que quand la majorité de la population active est composée de paysans ou de petits indépendants informels ; l'affinement progressif du système d'identification et de recensement des personnes, qui permet de recouper des fichiers de cotisations, de contributions fiscales, de résidence, d'emploi, etc. ; une dynamique démographique qui, certes, produit beaucoup de personnes âgées pensionnées, mais a produit beaucoup d'actifs contributeurs, et de moins en moins d'enfants à charge ; l'intériorisation des droits comme système de normes, qui freine la remise en cause des « avantages acquis ».

La formalisation des droits sociaux dans divers registres politiques et juridiques — droits créance non exigibles (droit au logement, au travail), droits contributifs, droits contractuels — et la création parallèle d'instances d'arbitrage et de sanction — prud'hommes, tribunaux, cour européenne, etc. — sont fondamentaux pour la stabilisation et la pérennisation des droits sociaux.

Or, dans les pays en développement, ces conditions de pérennité du système par déformations progressives ne sont pas souvent satisfaites, ce qui remet en question la transposition des systèmes européens ou, lorsqu'ils ont été transposés, leur viabilité. Le pourcentage de salariés peut y varier de 10 % à 60 % de la force de travail, mais son extension se trouve bloquée, voire tend à diminuer sous l'effet de tendances à l'informalisation dans ses deux composantes (la croissance du travail non salarié et la déprotection du travail salarié). Les non-salariés sont pour une bonne part non des indépendants stables, mais des petits travailleurs informels, irréguliers et instables, ou des petits paysans, pêcheurs ou éleveurs, qui n'ont pas été incorporés dans la « normalisation » du travail. Leur affiliation à un régime contributif pose de sérieux problèmes techniques, mais aussi économiques.

En outre, si la forte natalité a pu produire des actifs, et la faible espérance de vie réduire le poids des personnes âgées, le nombre important d'enfants (souvent la moitié de la population a moins de 15 ans) pèse sur le financement des systèmes puisqu'il engendre plus d'ayants droit. Ajoutons que les stratégies des familles ont souvent conduit à la salarisation d'un des membres, assuré social mais percevant un faible salaire (au moins dans sa partie déclarée), quand les autres, dépendants considérés comme ayant droits, gagnaient mieux leur vie dans le secteur privé, mais ne s'assuraient pas. Les équilibres financiers des caisses ont souffert de ce déséquilibre aussi, d'autant plus que le clientélisme d'État a souvent conduit à octroyer des droits à la retraite anticipée, qui ont pesé sur les caisses de pension. De surcroît, les régimes juridiques sont trop faibles pour permettre un contrôle suffisamment fiable de la gestion des fonds, et l'on trouve souvent des preuves de détournement des fonds des caisses d'assurance, qui tendent à affaiblir la motivation des travailleurs à s'affilier.

Dans le monde en développement, les droits sociaux sont souvent les parents pauvres de la législation et ne laissent pratiquement aucun recours à l'usager insatisfait ou lésé. Mais on ne

peut pour autant en déduire une perte définitive de légitimité de ces droits sociaux.

**Troisièmement, les systèmes occidentaux reposent sur un certain nombre de valeurs, issues de notre histoire, et modelées pour une bonne part par notre histoire de protection sociale.** La solidarité familiale est devenue résiduelle, inscrite dans le droit certes<sup>6</sup>, mais complétée par d'autres protections — assurantielles mais aussi assistantielles — devenues des droits de la personne. La relation au travail, et les relations de travail, ont évolué vers des engagements contractuels, qui laissent peu de place aux subordination et dépendance personnelles. Après plusieurs siècles d'histoire, l'idée d'assurance est entrée dans « notre inconscient collectif » et individuel. Et une proportion importante des droits et des obligations afférents à la protection sociale ont été progressivement intégrés non seulement comme normes juridiques, mais comme normes de pratiques (s'assurer, se faire vacciner, etc.). Enfin, la confiance est une valeur centrale des systèmes de droits engendrés par les dispositifs occidentaux de protection sociale : confiance dans la capacité des contributions à engendrer du droit effectif, dans une instance supérieure (l'État, la justice, etc.), à défendre et faire valoir ce droit, dans le potentiel des prestations promises à réduire le risque et l'incertitude... La confiance dans les institutions est le résultat d'un long processus d'institutionnalisation, de normalisation, de communication politique, de jurisprudence, d'adaptation technique, et ne pose plus réellement question aujourd'hui.

Dans les pays en développement, la situation est extrêmement diversifiée, bien entendu, mais très distincte aussi de celle des pays européens. Si la solidarité familiale montre des signes d'insuffisance<sup>7</sup> du fait de l'urbanisation, de l'individualisation, de la croissance du salariat, et fi-

<sup>6</sup> À travers l'obligation de pourvoir aux besoins des enfants qui étudient, même majeurs, des ascendants ou conjoints dépendants.

<sup>7</sup> Tout dépend bien sûr des situations nationales et continentales, la famille latino-américaine apparaissant, de manière générale, comme beaucoup plus « nucléarisée » qu'en Afrique ou en Asie.

nalement d'un processus de modernisation des sociétés, elle continue à structurer les identités, le sens de l'existence, l'appartenance, et n'a pas cédé devant des systèmes institutionnels formellement obligatoires, *a fortiori* lorsqu'ils n'offrent que peu de prestations en échange d'une liberté illusoire.

Les figures dominantes du travail ne sont que rarement l'emploi salarié protégé. Elles tendent soit vers un modèle où le marché est dominant : l'informel précaire, le salarié surexploité dont le niveau de protection sociale est faible ; soit vers un modèle où les relations sociales sont imbriquées aux relations marchandes et le niveau de dépendance fort : le travail familial, petit entrepreneur, paysan, éleveur, pêcheur, etc. Le travail est sans doute plus au Sud qu'au Nord une valeur sociale en même temps qu'une valeur économique, et c'est en tant que valeur sociale qu'il apporte de la protection, et une justification légitime à l'exercice de la solidarité.

Quant à l'idée d'assurance, un certain nombre de travaux montrent qu'elle n'est pas enracinée partout, loin de là : ou plutôt, ses modalités n'ont rien à voir avec le versement de contributions à fonds perdus à une caisse, en échange d'un droit à prestation en cas de besoin et de conformité à certaines conditions et règles, mais reposent sur un système complexe d'interactions sociales. Le droit comme notion et comme représentation n'y est pas toujours une norme : services et prestations sont souvent perçus, et vécus, comme des faveurs, résultant de négociations sociales, de clientélisme, de statut et de formes d'échange (don et contre don). En effet, les institutions n'inspirent fréquemment que peu de confiance aux gens, à juste titre pourrait-on dire, et ne sont pas étayées par un système de droits garantis. La question de la « gouvernance » ne se réduit donc pas à celle d'un bon fonctionnement technique des institutions ; elle ramène à celle du rétablissement de la confiance dans les institutions et, corrélativement, à l'éradication de l'idée commune selon laquelle le paternalisme et le clientélisme sont *a priori* plus efficaces que les institutions étatiques.

**Enfin, des divergences de fond opposent le plus souvent les systèmes de protection sociale des pays occidentaux et ceux du monde en développement quant à la place des systèmes de protection dans la reproduction des sociétés, au sens large.**

Dans les pays occidentaux, quel que soit leur « type » de protection sociale, celle-ci est centrale dans la reproduction de l'ordre politique : citoyenneté, légitimité de l'État, crédibilité du système de droits, stabilité des institutions, contribution à la cohésion sociale. Elle l'est aussi dans la reproduction de l'ordre économique : contribution importante à la reproduction et à la stabilisation de la force de travail, socialisation des coûts des risques, redistribution envers des catégories définies en termes de revenu, de genre, d'âge, d'activité, de composition familiale, etc. Et le système de protection sociale remplit aussi des fonctions centrales dans la gestion publique de la santé (contrôle des épidémies, amélioration de la situation sanitaire, orientation de la politique familiale, etc.), dans la réduction de la pauvreté et des inégalités (articulation entre assurance et assistance), dans le contrôle et l'orientation de certaines institutions privées (recherche pharmaceutique, médecine privée), dans l'élévation du niveau des études et des qualifications (revenus de remplacement permettant de ne pas remettre en cause l'obligation scolaire en cas de défaillance des parents), etc.

Rien de tout cela, ou alors de façon partielle et limitée, dans la majeure partie des pays en développement. Dans les pays du premier type<sup>8</sup>, certes, la protection sociale est devenue un enjeu à divers égards (politique, économique, social), selon un modèle se rapprochant de celui des pays occidentaux. Mais son extension a tendu à se bloquer, ou du moins à fortement se ralentir, produisant de fait une société duale : les assurés et les assistés d'un côté, la « population sandwich », ni assurée ni assistée, de l'autre. Notre second type (Mali, Philippines) correspond à des pays dans lesquels la protection sociale a contribué à produire un modèle

<sup>8</sup> Parmi nos monographies : Mexique, Colombie, Tunisie.

salarial, mais si restreint qu'il apparaît plutôt comme un privilège accordé par l'État ou une fraction du patronat, selon des modalités qui peuvent s'apparenter au paternalisme ou au clientélisme (monnayage de l'accès à des postes de la fonction publique) ; la majorité de la population apparaît plutôt comme une « cible » d'opérations d'assistance, même si ces dernières se parent de l'appellation « protection sociale ». Dans le troisième type, par choix et héritage (Afrique du Sud) ou par démantèlement du système antérieur (Cambodge), la reproduction sociale doit avant tout passer par le marché, mais la protection sociale ne parvient même pas à occuper la place résiduelle, mais néanmoins stabilisatrice, qu'elle a acquis dans les pays occidentaux de tradition libérale. Catastrophes sociales et sanitaires sont là pour en témoigner.

L'assistance, souvent d'origine étrangère, rappelle plutôt la légende du tonneau des Danaïdes. On pourrait ajouter que, dans ces pays plus peut-être qu'en Occident, on assiste à une dénationalisation de la protection sociale, voire à des formes d'internationalisation, qui vont au-delà de la transnationalisation des fonds de pension, pour toucher aux décisions de politique économique et sociale, à la constitution de corps intermédiaires (la littérature sud-africaine qualifie les ONG de « secteur indépendant »), aux formes même de l'assurance, à l'exportation de modalités d'assistance, qui remettent en cause l'assise nationale des systèmes de protection sociale, plus que cela ne fut jamais le cas dans les pays occidentaux (quelle que soit par ailleurs la place de l'euro-péanisation de nos systèmes).

C'est donc sur la base de ce constat d'inadéquation des typologies existantes que nous avons entrepris de tenter de penser une autre typologie, qui puisse rendre compte des différences de structures et de dynamiques des pays en développement. Tâche immense, dont nous n'avons accompli ici que le tout premier pas.

Ayant chacun un savoir enraciné au premier chef dans une zone géographique, nous sommes conscients de la richesse non pas d'une démarche proprement comparative (ce que ce

travail n'a pas prétention à être), mais d'une mise en regard qui permette de dépasser les descriptions individuelles de pays ou de régions pour en extraire une vision reculée des dynamiques, des types, des trajectoires. Cette étude procède en deux étapes :

► **elle analyse les systèmes de protection sociale de sept pays**, choisis de façon à permettre de mettre en exergue leurs similarités et leurs différences : la Colombie, le Mexique, la Tunisie, le Mali, l'Afrique du Sud, le Cambodge et les Philippines. Cette analyse est réalisée sur la base de documents, selon une grille qui a été élaborée en plusieurs étapes. Cette partie du travail a donné lieu à des monographies de vingt à vingt cinq pages chacune. La place donnée au contexte montre bien l'importance des histoires nationales dans la configuration de la protection sociale. Le plan des monographies a été construit de façon relativement homogène, de façon à permettre l'analyse transversale, à construire des critères pertinents pour tous les cas et à réfléchir aux similitudes et aux différences significatives entre eux ;

► **elle met ensuite en regard de façon comparative et transversale les dimensions les plus pertinentes des analyses précédentes**, de façon à valider les éléments de typologie, et en tire des constats en termes de structure, de couverture, d'extension, de transformation et de performance des systèmes de protection sociale. L'élaboration de la grille typologique a représenté un processus long et itératif : procédant des intuitions que chacun tirait de « ses cas », d'une mise en commun par discussion, de nos connaissances et analyses antérieures, et de la confrontation des cas. La rédaction de la synthèse a procédé de cette étape. Mais, plus que faire un résumé « littéraire » de la typologie, nous avons cherché à en tirer des enseignements théoriques en vue de permettre l'intégration ultérieure de nouveaux cas nationaux et la formulation de « sous-types » au sein de chacun des trois grands types.

Les pays de cet échantillon ont été choisis en raison de leur diversité, et donc de leur apport attendu dans une typologie ; mais aussi en fonction de l'existence d'informations suffisantes

tes : il ne s'agit pas d'un travail de production de monographies originales, mais de l'utilisation de monographies relativement standardisées pour permettre la comparaison. Un travail d'aller-retour entre les monographies — dans lesquelles nous découvrons de nouveaux éléments — et la grille d'analyse transversale a permis d'étoffer les unes et l'autre.

Notre ambition, que ce travail ne permet que d'ébaucher, est de contribuer à l'élaboration d'une grille d'analyse des systèmes de protection sociale dans les pays en développement, qui puisse rendre compte de leur nature politique, institutionnelle et technique, de leur dy-

namique d'extension, de leurs limites et portée, du rôle qu'y jouent différents acteurs sociaux, dont l'État, et de leur relation aux droits. Elle est donc aussi que ce travail débouche un jour sur une typologie située à un niveau d'abstraction plus élevé, qui prenne en compte la nature de l'État, qui qualifie le rapport social et les configurations d'alliance, situés au cœur de l'édification du système de protection sociale. D'autres monographies devront aussi être rédigées pour élargir le spectre de validité de cette ébauche de typologie, et créer d'autres types ou sous-types. Ce travail n'est donc qu'une étape dans un cheminement de longue haleine.



## II. Tableau comparatif

	TYPE 1	TYPE 2	TYPE 3
<b>Caractérisation du type</b>	<b>Mouvement continu d'extension de la couverture sociale :</b> système à large socle d'assurances sociales à base professionnelle (> 50 % de la population) avec programmes en cours pour l'extension de la couverture au reste de la population (combinaison d'assurance et d'assistance).	<b>Protection sociale embryonnaire et à l'extension bloquée :</b> systèmes à socle d'assurance sociale à base professionnelle réduit (< 25 % de la population), services publics dégradés, initiatives de petite échelle et majorité sans couverture sociale ni accès à des services de santé de qualité.	<b>Dualisme :</b> système étatique (de type beveridgien) aux services publics dégradés, caractérisés par le développement d'un secteur privé d'assurance (maladies, retraites), servant des privilégiés (< 20 % de la population), et le développement d'un secteur d'assistance résiduel. Population « sandwich » importante.
<b>Pays relevant du type parmi les sept monographies</b>	Tunisie Colombie Mexique	Mali Philippines	Afrique du Sud Cambodge
<b>Caractérisation de la dynamique d'extension</b>	« Le levain dans la pâte » : extension par intégration de nouveaux groupes professionnels. Assurance obligatoire. Dispositifs mixte assurance/assistance pour les non-contributeurs. Évolution vers un système combinant assurance à base professionnelle et solidarité nationale (revenus minimum d'existence).	« La multiplication des pains » : extension par adjonction de dispositifs hétérogènes (mutuelles, micro-assurance, etc.) destinés à différents groupes minoritaires de population. Homogénéisation et universalisation problématiques.	Extension peu dynamique par promotion de l'affiliation volontaire et par incitation à l'auto-assurance. Assistance publique à large spectre mais sans grande efficacité sur la pauvreté. Rôle important du secteur privé marchand et caritatif.
<b>1—Architecture institutionnelle du système de protection sociale et extension de la couverture</b>	Système à base bismarkienne, dont la dynamique d'extension est assumée par le politique mais bute sur l'absorption des travailleurs informels, irréguliers... Problème du « résidu » (30 à 50 % de la population !).	Noyau bismarkien, qui définit un salariat privilégié (secteurs public et privé formel). Blocage parallèle à celui de la salarisation (Mali) ou régression à un noyau réduit de salariat (Philippines). Extension difficilement envisageable. Pas de protection sociale assurantielle pour 75 % à 90 % de la population et accès aux soins problématique pour la majorité.	Socle beveridgien/étatique doublé du développement de systèmes privés et d'entreprise pour compenser la dégradation du système public et/ou d'un système conçu comme dualiste. Accès aux assurances privées réservé aux salariés stables et classes moyennes et supérieures (< 20 % de la population). Dispositifs d'assistance ciblés.  .../...

	TYPE 1	TYPE 2	TYPE 3
11—Le système d'assurance sociale	Sécurité sociale initiée à la fin du XIX <sup>e</sup> siècle. Proclamation de la visée universaliste et montage d'un système institutionnel dans les années 1950. Configuration proche des préconisations du BIT : remboursement des soins (ou accès subventionné aux soins) et revenus de remplacement sous conditions (durée de cotisation et plafonds), gestion tripartite dominée par l'État.	Fortement étatisé, puisque les bénéficiaires sont en grande partie des employés de l'État. Remboursement des soins (ou accès subventionné) et revenus de remplacement sous conditions (durée de cotisation et plafonds), mais valeur réelle des prestations faible.	Pas d'assurance sociale à proprement parler. Développement de partenariats public/privé pour étendre le système d'assurance aux salariés formels, puis à d'autres groupes professionnels éventuellement.
12—Les autres formes d'assurance et dispositifs de mutualisation	Rôle croissant du secteur privé (assurance maladie complémentaire et retraite par capitalisation). Système de mutuelles faiblement développé (existence de mutuelles corporatistes ou d'entreprise).	Soutien au développement des mutuelles de santé et micro-assurances par la coopération internationale et les pouvoirs locaux, comme dispositifs présentant les plus fortes chances de succès dans un pays pauvre.	Assurances privées et fonds de pensions sont les dispositifs les plus avantageux pour la population solvable, mais difficultés à maintenir un équilibre financier. Le partenariat public/privé butte sur les intérêts d'intermédiaires financiers.
13—Le système d'assistance et de solidarité	Mise en place de dispositifs hybrides assistance/assurance pour permettre l'accès à la protection sociale à des personnes à capacité contributive limitée. Solidarité nationale (budget de l'État) et des travailleurs (contribution de sécurité sociale). Création de droits à un revenu minimum (conditionnels, catégoriels, sous conditions de ressources, ou soumis à une pratique sanitaire ou éducative).	Assistance publique résiduelle par défaut de financement. Assistance privée, internationale et religieuse importante, mais déconcentrée et peu coordonnée. Placement des remises des émigrés dans des fonds de solidarité.	Assistance publique résiduelle par conviction. L'assistance est ciblée sur des catégories inaptes au travail, et avec condition de ressource, l'assistance est « active »; elle doit réintégrer les adultes dans la population active et leur donner les moyens de se prendre en charge.
			.../...

	TYPE 1	TYPE 2	TYPE 3
14—Efficacité du système de protection sociale dans le domaine de la santé	Permet le financement d'un secteur de santé primaire de niveau correct. Problème d'accès à la santé de niveau secondaire et tertiaire pour les assurés sans protection complémentaire. Le système subventionné permet l'accès aux soins de santé primaires des bénéficiaires au même titre que les assurés.	Offre publique de soins dégradée par la baisse du financement : qualité médiocre et faible niveau de formation et de rémunération des personnels. Accès difficile pour la plupart des gens (recouvrement des coûts, éloignement, coûts annexes). Le système mutualiste et les micro-assurances permettent de financer des noyaux d'offre de soins et d'accessibilité, mais leur extension est limitée.	Offre publique de soins dégradée par limites des financements publics : grand problème de qualité et de rémunération des personnels. Offre privée de niveau excellent réservée à une minorité ou d'un coût catastrophique pour la majorité. Fort dualisme.
15—Problèmes et limites du système de protection sociale	Transformation de la situation démographique (vieillesse) et économique (chômage, informalisation et donc baisse du financement du système). Mais le système est protégé par son inscription dans le politique et son importance au regard de la légitimation de l'État.	Gros problème social et sanitaire. Les seules perspectives immédiates de développement dépendent de la coopération internationale et de la contribution des émigrés. Émergence de réformes au croisement entre politique de santé publique et lutte contre la pauvreté. Vulnérabilité des ménages en hausse.	Le dualisme pose un problème politique. Le développement du système de protection sociale par la politique publique se heurte à des choix politiques en faveur du libéralisme. Le développement des micro-dispositifs constitue un palliatif insuffisant.
2—Les acteurs de la protection sociale et le rôle des pouvoirs publics	Acteurs principaux : État et partenaires sociaux.	Acteurs principaux : État, émigrés et coopération internationale.	Partenaires principaux : entreprises et État.
21—Le rôle de l'État et des pouvoirs publics	Forte implication du politique. Protection sociale articulée aux politiques publiques, à la légitimation de l'État et du modèle économique. Mouvement social relativement puissant.	État perméable aux interventions internationales, fortement pénétré de clientélisme et affaibli par les réformes de décentralisation administrative, mais artisan d'une réforme éclairée.	L'État est traversé d'intérêts contradictoires, et n'a pas les moyens politiques et budgétaires de ses politiques sociales. Sa rhétorique vise surtout à attirer l'aide internationale.
22—Le rôle d'organisations et d'acteurs non gouvernementaux	Implication de syndicats, associations, prestataires et contractualisés, mais à l'intérieur du dispositif et sous le contrôle (relatif parfois) de l'État. Pas réellement de marché parallèle, imbrication public/privé en hausse (assurances de santé et retraites complémentaires).	Faible tissu associatif (même si certains exemples sont très médiatisés) et syndical local. Solidarités primaires (famille, communauté, lignage, clan, etc.) encore grandes pourvoyeuses de protection sociale. Pouvoir d'achat et solidarités familiales soutenus par les remises des émigrés.	Développement de groupes d'intérêts, d'associations et d'organisations de bienfaisance nationales ou étrangères. Encouragement à l'auto-prise en charge par les groupes concernés. Tendances à la décharge des pouvoirs publics vers les ONG. .../...

	TYPE 1	TYPE 2	TYPE 3
23—Intervention d'organismes internationaux	Relativement faible dans le système de protection sociale, mais forte dans la politique économique, qui engendre des tensions sociales et autour de la question de la pauvreté.	Interventions assez marquées dans le domaine de la protection sociale et de la lutte contre la pauvreté, de l'amélioration des systèmes de santé et des besoins fondamentaux, du soutien à l'amélioration de la gouvernance et à la démocratisation, etc.	Assez faible, plutôt dans le domaine des normes. Ces systèmes sont le domaine privilégié de l'engineering institutionnel subsidiariste.
24—Lecture politique de la configuration d'intervenants	L'État garde la main sur l'organisation de son système social. Les institutions internationales approuvent et citent ces systèmes en exemple. L'ensemble des acteurs sociaux fait de la protection sociale un enjeu de la légitimation de l'État, et de ses rapports avec la « société civile ».	L'État est relativement « faible » mais maintient un discours favorable à l'extension de la protection sociale, tout en appuyant, par opportunité, l'intervention de la « société civile ».	Le libre fonctionnement du marché bute sur les questions sociales, et est ralenti par les enjeux autour de la légitimation de l'État. La question de la gouvernance (corruption, privatisation de l'État, clientélisme, etc.) sert de légitimation au désengagement de l'État.
3—Protection sociale et droits	Le droit est dominant dans le fonctionnement institutionnel : les droits contributifs (droits du travailleur) sont relativement bien garantis par le système judiciaire. Les droits du citoyen sont l'enjeu principal (émergence d'un « droit à l'assistance » constitutif de la citoyenneté).	Les droits humains sont l'enjeu principal de la question des droits (les « droits sociaux » sont rabattus sur les droits humains, et peu garantis judiciairement). Forte place des droits « de l'honneur », des droits moraux au sein des familles.	Le droit contributif du cotisant sous forme de droit privé contractuel est dominant. Les droits du citoyen servent de levier politique aux opposants et de socle de revendications. Moralisation du devoir d'assistance plutôt qu'émergence d'un droit à l'assistance.
31—Le droit dans l'histoire de la construction de la protection sociale	L'architecture institutionnelle originelle de la protection sociale est décalquée de celle des pays européens ; il existe donc une tension entre droits politiques et droits sociaux. La référence aux droits est omniprésente dans la société.	La référence aux droits ne joue un rôle central que pour une partie minoritaire de la population, ce qui tend à assimiler « droits » et « privilèges ».	La violence (politique, armée, etc.) a réduit la référence aux droits à la portion congrue. Les droits contractuels ont occupé, hégémoniquement, l'espace juridique et politique des droits.
32—Place du droit contributif	Forte, vu la place du système bismarckien. Elle devient la base de la construction de l'extension aux titulaires de revenus faibles, ou aux non-contributeurs. Extension de la représentation de la contribution à la participation à l'économie nationale et à la cohésion sociale.	Place du droit contributif limitée, vue la faible extension de la sécurité sociale, mais en construction par l'intermédiaire des dispositifs localisés et contractuels, comme les mutuelles.	Faible, rabattue sur le droit contractuel privé.  .../...

	TYPE 1	TYPE 2	TYPE 3
33—Place du droit du citoyen	Forte, mais parfois instrumentalisée (« clientélisme d'État »). Néanmoins, le droit social engendre du droit de citoyenneté.	Forte comme moyen de légitimation, mais faible en termes de contrepartie et de contenu. La question de la citoyenneté est le vecteur de revendications de services fournis par l'État.	Forte dans sa dimension politique parce que construite à travers les luttes politiques, mais faible dans la pratique. Le discours sur la citoyenneté n'est pas le vecteur de revendications en matière sociale.
<b>Efficacité en termes de protection sociale</b>	Bonne efficacité (relative) en termes de couverture et de prévention de la pauvreté. Stabilité et pérenité des systèmes protégées par leur inscription dans le droit et dans les enjeux politiques.	Faible, et inégale selon les catégories professionnelles, sociales, le clivage ville/campagne... Stabilité de l'assurance sociale mais de portée faible vu le niveau effectif de la couverture.	Forte pour le cercle des privilégiés, mais rétrécie à l'accès à des services publics dégradés et à des prestations d'assistance rationnées pour les autres. Stabilité dépendant du marché et de la définition résiduelle de l'intervention sociale de l'État.
<b>Efficacité en termes de santé</b>	Assez bonne efficacité en termes de soutien à l'offre de soins de santé, à la formation et la stabilité des personnels, au contrôle des épidémies. Indicateurs de santé en progression relativement constante. Soins « secondaires » et « tertiaires » cependant réservés à une minorité (avec assurance complémentaire).	Faible, contrainte par les restrictions budgétaires et la pauvreté, les pénuries de personnels. Tend à se réduire à une vision en termes de besoins fondamentaux, dépendante des interventions extérieures. État sanitaire chroniquement alarmant.	Fortement inégale. Efficace au niveau individuel pour une catégorie minoritaire de population, mais très faible en termes de santé publique. Une partie de la population vit dans un monde « développé », et le reste dans le tiers ou quart monde : mauvais état sanitaire, endémies, épidémies.
<b>Menaces sur le système de santé</b>	Risque de « fuite » des assurés à revenu élevé vers des assurances privées. Difficultés à faire admettre une hausse croissante des impôts pour financer la part subventionnée du système.	Coût relatif croissant de la protection des déjà protégés, et creusement des inégalités. Impossibilité financière de faire face au SIDA (Afrique). Dégradation des équipements publics. Exode du personnel médical vers l'étranger.	Risque d'effondrement du système public « de base » et désertion du personnel médical vers le secteur privé ; forte dépendance vis-à-vis de l'aide extérieure ; risque de surmortalité massive, voire de catastrophe démographique.
<b>Autres pays du même type (exemples)</b>	Brésil, Costa Rica, Israël, Argentine.	Yémen, Jordanie, Maroc, Inde ?, Liban, Mauritanie, Pérou, Bolivie, Égypte ?, autres pays d'Afrique sub-saharienne ?	Amérique centrale hors Costa Rica, Mozambique, Laos, Bangladesh, Éthiopie ?

### III. Synthèse et résultats

Les monographies et le tableau de synthèse qui précèdent montrent que, bien au-delà de la réduction des systèmes de protection sociale des pays en développement à une grande catégorie homogène, ou à une homothétie entre niveaux de développement économique et degrés d'extension de la protection sociale, on peut analyser et classer ces systèmes en fonction d'idéal-types différents. Ces derniers ne se réduisent pas seulement à des différences de situation (institutions, couverture, etc.), mais à des trajectoires historiques diverses en termes de construction des droits sociaux, de la citoyenneté et des statuts du travail. Cette étude, même si elle est fondée sur un échantillon réduit — sept pays — permet de constater que les différences entre systèmes de protection sociale ne sauraient épouser les ensembles continentaux.

En effet, la question des fondements de la proximité des « cas », base de l'élaboration des « types », est centrale dans toute recherche en matière de comparaisons internationales. Elle l'est particulièrement en matière de comparaisons internationales des systèmes de protection sociale. Mais, même dans les cas les plus aboutis de tels efforts de comparaison<sup>9</sup>, la proximité géographique semble s'imposer de soi-même comme critère premier de regroupement, pour des raisons où l'opportunité pratique semble indissolublement liée à des raisons théoriques. Pour ce qui concerne les pays « du Sud », le même constat peut être fait<sup>10</sup>. Mais une analyse fine montre rapidement que, au sein d'un même continent, les compromis sociaux et les histoires institutionnelles ont engendré des spécificités et des différenciations nationales, qui peuvent en retour créer des proximités plus grandes entre deux pays (et deux systèmes de protection sociale) distants de plusieurs milliers de kilomètres qu'entre deux pays voisins. La question est donc ramenée à celle des critères de ce qu'on peut appeler « proximité ». Dans les pays du « Sud », les critères classiques de repérage de celle-ci (« système bismarckien »

vs « système beveridgien » ; assistance vs assurance ; système contributif vs système à financement fiscal) se révèlent rapidement peu opératoires. Bien sûr, ces oppositions duales ont, au fil de l'histoire, produit des formes « d'hybridisme » qui, sans doute plus qu'au « Nord », brouillent les catégories. Mais ce sont ces catégories elles-mêmes qui se révèlent souvent peu pertinentes, même si, par la voie du mimétisme ou celle de la parodie, elles ont joué un grand rôle dans l'élaboration des systèmes locaux de protection sociale.

L'élaboration de cette typologie embryonnaire a donc d'abord été une affaire de rationalisation de l'intuition (intuition qui repose sur les sept cas nationaux étudiés, mais aussi sur de nombreux autres que nous connaissons de manière inégalement fouillée). On trouvera, bien sûr, des traces importantes des typologies européennes déjà disponibles. Mais c'est précisément la mise en exergue du rôle fondamental des compromis politiques et de l'histoire des institutions, qui est pour nous la leçon fondamentale de ces typologies<sup>11</sup>, qui nous a poussés à ne pas nous satisfaire des « types » proposés pour les pays européens, et à proposer une typologie propre aux pays du Sud.

#### ●● La typologie

Nous avons construit un classement des systèmes de protection sociale étudiés dans les monographies en trois types.

<sup>9</sup> Comme l'énorme somme qu'a représenté l'ensemble des recherches commanditées par la MIRE à propos des pays européens, et publiées entre 1996 et 1999 sous les titres : « Comparer les systèmes de protection sociale en Europe » [« Rencontres d'Oxford » (vol. 1), « Rencontres de Berlin » (vol. 2), « Rencontres de Florence » (vol. 3), « Rencontres de Copenhague » (vol. 4)].

<sup>10</sup> Y compris en ce qui nous concerne, puisque Blandine Destremau a publié plusieurs travaux sur « la protection sociale et la lutte contre la pauvreté dans les pays du Moyen-Orient et du Maghreb », alors que Bruno Lautier faisait de même pour « les pays d'Amérique latine ».

<sup>11</sup> Telles que celles de Peter Flora, de G. Esping-Andersen ou de B. Théret.

**1—Des systèmes à large socle d'assurances sociales à base professionnelle (couvrant plus de 50 % de la population) avec des programmes en cours pour l'extension de la couverture au reste de la population (combinaison d'assurance et de solidarité nationale).** La Tunisie, la Colombie et le Mexique relèvent de ce type.

Ces systèmes, au socle bismarckien, sont caractérisés par un mouvement continu d'extension (« le levain dans la pâte »), par intégration de nouveaux groupes professionnels dans le dispositif contributif obligatoire ou volontaire (pour certaines catégories de travailleurs). Ces systèmes butent néanmoins sur les limites de la salarisation, et le mouvement d'informalisation et de précarisation statutaire qui a marqué les marchés du travail dans le monde entier depuis la fin des années 1980. L'intégration des travailleurs informels, précaires, ou des pauvres, s'effectue par le biais de dispositifs hybrides, assurance/assistance, qui incorporent des conditionnalités larges, destinées non seulement à évaluer l'éligibilité des bénéficiaires, mais aussi à les sortir de la dépendance à l'égard de l'assistance. Globalement, le taux de couverture est important (de la moitié aux deux tiers de la population) mais encore loin de l'universalité.

Ces systèmes de protection sociale permettent le financement d'un secteur de santé satisfaisant à plusieurs conditions. Une première condition est que le niveau des contributions soit suffisamment élevé pour engendrer un équilibre entre cotisations et prestations, et que demeure l'affiliation de la part des classes moyennes et supérieures ; c'est-à-dire que l'assiette sur laquelle ces contributions sont calculées (salaires et autres revenus) doit être de niveau assez élevé et que des contrôles doivent limiter les fraudes. Une seconde condition est que le nombre d'ayants droit, ou les périodes de droits ouverts sans contrepartie contributive (pré-retraite, congés, etc.) soient définis et contrôlés ; cela suppose une prise en charge publique des minima sociaux. Bien que de larges disparités existent entre l'offre publique de soins de santé et l'offre privée, et que l'accès aux soins secondaires et tertiaires demeure relativement

mal pris en charge par le système public de protection sociale, on ne peut pas parler de véritable dualisme. Une troisième condition est que l'unité du système soit préservée, ce qui permet d'organiser de façon politiquement « indolore » les transferts rendus nécessaires par l'évolution démographique et l'intégration progressive des non-salariés.

Les pouvoirs publics ont un rôle prédominant dans l'extension et le fonctionnement de ces systèmes : leur existence, leur adaptation (à la situation de travailleurs irréguliers ou mobiles, par exemple) et l'invention de nouveaux dispositifs subventionnés procèdent d'une volonté politique. Si la gestion des fonds est toujours entachée de soupçons de détournement et de corruption, l'architecture juridique des systèmes est garantie par l'État. La protection sociale, son niveau et son extension sont un enjeu important du débat politique, et constituent la base de revendications populaires et des forces sociales. Débats, programmes électoraux, travaux de recherche, discours politiques sont là pour en témoigner. Les autres acteurs intervenant dans le dispositif sont avant tout des forces sociales organisées (syndicats) qui ont leur place dans le fonctionnement structurel des systèmes. Les autres organisations non gouvernementales, associations et autres fondations, contribuent en tant que financeurs et prestataires, et peuvent occuper certains champs spécifiques (enfants de la rue, lutte contre une épidémie, etc.) mais sont eux aussi intégrés dans un dispositif de nature essentiellement publique et nationale.

La dimension du droit est inscrite au cœur de l'histoire et de la reproduction de ces systèmes de protection sociale. Le droit du citoyen préside à la nécessité politique pour l'État de se préoccuper de la question de protection sociale et de santé publique. Le droit contributif régit le fonctionnement des dispositifs d'assurance. Le droit à l'assistance, de nature à la fois morale et politique, déborde la dépendance à l'égard d'actions caritatives pour se traduire par une forme de garantie d'accès : il se mue en droit social du citoyen qui devient une référence idéologique commune.

Ces systèmes sont efficaces en termes de couverture, de prévention de la pauvreté, de soutien à l'offre de services de santé, de pérennité et d'intégration (en particulier en ce qui concerne la réduction de l'écart entre villes et campagnes). Par « efficaces », nous entendons que les taux de couverture sont constamment croissants, l'offre de santé de base tend à couvrir la totalité du territoire national, et le financement de la santé n'est pas mis en danger par les fluctuations macro-économiques (ce qui est le signe de ce que l'accès à la santé acquiert le statut de droit attaché à la citoyenneté). Leurs limites résident avant tout dans les évolutions démographiques (vieillesse de la population qui menace l'équilibre des caisses de retraite), dans l'hétérogénéité des formes d'emploi, dans l'accroissement des inégalités et la difficulté à opérer une réforme fiscale en profondeur, et finalement dans les orientations idéologiques qui tendent à considérer que les assurances sociales sont avant tout un coût et que, au nom du libre fonctionnement du marché du travail, il faudrait les démanteler. Leur avenir dépend finalement du débat politique sur la citoyenneté.

➔ *Relèveraient probablement aussi de ce type : le Brésil, le Costa Rica, Israël*

**2—Des systèmes à socle d'assurances sociales à base professionnelle réduite (< 25 % de la population) et à extension bloquée, services publics dégradés, initiatives de petite échelle et majorité de la population sans couverture sociale ni accès à des services de santé de qualité.** Parmi les pays étudiés, le Mali et les Philippines relèvent de ce type.

Dans ces pays, un système d'assurances sociales de type bismarckien, hérité de la colonisation le plus souvent, est demeuré embryonnaire du fait du blocage de l'extension de la salarisation mais aussi, plus généralement, de la nature de l'intervention de l'État et de la faible place qu'y occupent les questions sociales. La rhétorique du pouvoir politique continue à afficher un objectif d'universalisation des droits sociaux, mais cette rhétorique est en contra-

diction avec des dépenses publiques en matière sociale qui baissent et des taux de couverture qui soit baissent également, soit ne correspondent à aucun contenu réel.

Seuls les fonctionnaires de l'État et certains salariés du privé formel sont affiliés à des caisses de retraite et des dispositifs d'assurance maladie, soit un total inférieur à 25 % de la population (voire 10 % pour l'Afrique Noire). Par ailleurs, la pauvreté de la population et de l'État ont empêché le développement d'une offre de services publics (ici, de santé) qui puisse pallier par la gratuité et la qualité l'absence de système d'assurance maladie universelle. Dans ces systèmes, l'assistance publique est résiduelle, elle aussi faute de fonds budgétaires, et la prévention de la pauvreté, ou la gestion de la pauvreté dans l'espace social, relève des mécanismes de solidarité communautaire (don, réciprocité, réputation, etc.), des remises des émigrés, de la charité religieuse et de l'assistance procurée par les organisations internationales de coopération. On ne peut réellement parler de dualisme entre « assurés » et « non-assurés », tant le « paquet » de prestations proposé par les assurances sociales est peu avantageux (hormis, éventuellement, la fonction publique).

L'État n'est pas le principal acteur des transformations du système de protection sociale. Il est intéressant de souligner que la question de la protection sociale ne constitue pas une revendication populaire essentielle de la part des syndicats ou des groupes d'intérêts, pas plus qu'il ne représente un enjeu majeur pour les autorités publiques. L'État est otage de sa faiblesse et de sa pauvreté, et la question de sa souveraineté sur l'intervention sociale et sanitaire peut se poser.

Il est difficile de parler de système de protection sociale. Il faudrait plutôt utiliser l'image d'une mosaïque d'héritages historiques et d'initiatives diverses dans leur nature, mettant en jeu des acteurs diversifiés, qui ont du mal à faire système et dont les principaux problèmes sont la coordination, l'articulation, l'homogénéisation. L'extension de la protection sociale, si elle a lieu, suit le mouvement de « la multi-

plication des pains ». Ainsi l'implantation de mutuelles et de micro-assurances de santé, inscrite dans un schéma directeur de l'extension de la protection sociale, qui améliore incontestablement l'offre de soins de santé et l'accessibilité, mais pour des noyaux réduits de la population seulement. La multiplication de ces « micro-protections » répond surtout à des objectifs politiques (en particulier vis-à-vis des bailleurs de fonds extérieurs), et leur impact au niveau « macro » est trop faible pour pouvoir être mesuré.

Quant aux performances des services de santé, elles sont faibles : l'offre est insuffisante en quantité et en qualité, le système de recouvrement des coûts issu de l'Initiative de Bamako butte sur la faiblesse des capacités de paiement et la volatilité des revenus de la population, sur leur manque de confiance à l'égard des structures publiques de soins, et sur les coûts annexes dont ils doivent s'acquitter (transport, achat de fourniture et de médicaments, dessous-de-table, etc.). L'écart, de ce point de vue, entre villes et campagnes est important, et croissant.

Les difficultés d'accès limitent les débats en termes de droit. Faute de prégnance des droits sociaux, la question de ces droits est rabattue sur celle des droits humains et souvent réduite à un combat pour la survie. La question de savoir dans quelle mesure le renforcement des droits civiques et politiques pourrait améliorer la situation sanitaire et sociale est peu posée : les priorités affichées sont d'abord les besoins de base et l'assistance, et la question des droits sociaux est dissociée de celle de la démocratie. Pourtant, un contrôle de l'usage des ressources publiques, et sur les orientations de la coopération internationale pourrait peut-être contribuer à une amélioration de la protection sociale. Mais le manque de continuité et de cohérence des doctrines et pratiques en matière de conditionnalités rend jusqu'à présent cette amélioration hypothétique.

➔ *Autres pays relevant possiblement du même type : Yémen, Jordanie, Liban, Maroc, Inde ?, Mauritanie, Égypte ?, la plupart des pays d'Afrique sub-saharienne francophone*

**3—Des systèmes étatiques (de type beveridgien) aux services publics dégradés, caractérisés par le développement d'un secteur privé d'assurance (maladies, retraites), servant des privilégiés (< 20 % de la population), et le développement d'un secteur d'assistance résiduel. Population « sandwich » importante. Dualisme très marqué.** Dans notre échantillon, l'Afrique du Sud et le Cambodge relèvent de ce type.

Ces systèmes sont le produit de deux types de trajectoires : soit le basculement de systèmes totalement étatisés (socialistes) vers la décentralisation, la privatisation, la libéralisation et la désétatisation ; soit une orientation relevant, dans une forme adaptée au contexte et à l'histoire, du type « libéral résiduel » des classifications occidentales. Le socle est beveridgien : l'État fournit des services publics (santé, éducation) et des formes de revenu de remplacement (pensions de retraite et d'invalidité) financés par le budget général.

Toutefois, tant par manque de moyens budgétaires que par manque de volonté politique, ce socle s'est dégradé (baisse de la valeur réelle des pensions, services de santé de mauvaise qualité et très éloignés, dans les faits, de la gratuité), de telle sorte que tous ceux qui ont le choix, et les moyens, évitent d'y avoir recours ou complètement ce recours par des dispositifs privés. La couverture est donc faible, non pas tant quant au pourcentage de personnes couvertes, que par le niveau effectif de la couverture, ou son caractère purement formel. En conséquence, les ménages assument une part importante des dépenses de santé « out of pocket », souvent sous forme de « dépenses catastrophiques » (décapitalisation, vente de bétail et de terre). L'assistance représente l'une des modalités de l'intervention publique, mais elle est accordée de façon restrictive et peu généreuse (la multiplicité des dispositifs « ciblés » n'empêche pas — du fait des conditionnalités fortes, ou des pratiques clientélistes ou corruptrices — que le nombre de personnes réellement assistées reste très faible).

Ces systèmes beveridgiens dégradés ou résiduels incitent la population qui en a les moyens

à s'assurer auprès de compagnies privées, et à constituer des plans de retraite par capitalisation. C'est ici que s'enracine un dualisme marqué des conditions de vie, des modes de prévention des risques sociaux, d'accès aux services de santé et des indicateurs d'existence. Ces systèmes entretiennent souvent de grandes inégalités entre groupes sociaux, raciaux, ou distingués selon les statuts dans le travail.

Ces systèmes sont efficaces en termes d'offre privée de services de santé de qualité, puisque celle-ci est suscitée par une demande solvable. Toutefois, du fait que cette demande demeure limitée, parce que le reste du système économique (accès à l'emploi, niveau des rémunérations, droit du travail, accès à l'éducation, etc.) ne solvabilise pas une demande suffisante, le système privé d'assurance et de financement de la santé montre une faible efficacité, tant il a tendance à engendrer une multiplication des intermédiaires et des coûts d'administration. L'extension de la couverture par décision des pouvoirs publics, par le biais d'accords de partenariat entre public et privé, rencontre des résistances de la part du secteur privé.

L'État joue un rôle déterminant, mais par défaut : il remplit mal, ou trop peu, les missions qu'il est supposé assumer. Des tensions importantes existent sur le plan de la légitimité des pouvoirs publics, et le champ social constitue un enjeu politique important, mais en termes de services sociaux de base et d'assistance — les fonctions résiduelles de l'État libéral — plus qu'en termes d'assurance sociale ou de protection sociale au sens strict. Les autres acteurs dans le champ des politiques sociales sont avant tout des groupes d'intérêt qui tentent d'infléchir leur évolution dans deux directions possibles : soit vers une plus grande inclusion de la frange supérieure des exclus insatisfaits, en revendiquant la solvabilisation de leur demande ; soit en défendant les privilèges des mieux dotés, en refusant tout transfert de ressources fondé sur l'idée de solidarité. Les acteurs internationaux peuvent également être présents, au nom de la lutte contre les inégalités et de l'aide aux groupes les plus défavorisés (malades du SIDA, orphelins, victimes, etc.).

Les droits sont ici des droits plancher, liés à une conception de la citoyenneté réduite à l'appartenance à un ensemble national. Ces droits ne doivent pas remettre en cause les principes de responsabilité individuelle. Les droits de propriété sont particulièrement défendus, mais les droits sociaux n'ont pas de statut en soi, car ils ne trouvent de fondement ni éthique (le primat de la solidarité sur la responsabilité) ni politique (les droits sociaux vus comme constitutifs de la citoyenneté).

→ *Autres pays relevant possiblement du même type : Amérique Centrale hors Costa Rica, Mozambique, Laos, Bangladesh.*

Ce travail ne peut être considéré que comme une étape dans un cheminement qui devra conduire à une exhaustivité plus large. L'intégration d'autres pays à cette étude permettra de délimiter d'autres types de systèmes de protection sociale. D'ores et déjà, il apparaît que les pays rentiers (e.g. ceux du Golfe arabo-persique) ont construit des formes de protection sociale de type patrimonial dans lesquels l'État est nettement dominant, le droit fortement instrumentalisé et une partie importante de la population (« non nationale » le plus souvent) exclue. Par ailleurs, les systèmes socialistes centralisés en décomposition (e.g. la Chine, la Russie) évoluent vers un modèle encore difficile à définir, où s'affirme une municipalisation de l'intervention sociale qui peine à prendre la place des protections sociales d'entreprise ou publiques en voie de démantèlement.

Une extension de ce travail devra aussi conduire à codifier les variantes à l'intérieur d'un type, ou à définir des sous-types. Trois éléments devraient, en première analyse, permettre de construire ces « sous-types ». Le premier est le poids et les fonctionnalités des dispositifs non contributifs dans l'extension de la protection sociale, qui contribuent à donner à cette extension deux dimensions possibles : l'une ancrée dans le registre du droit, qui tend à la légitimer *a priori* et à la « naturaliser » ; l'autre plutôt ancrée dans le registre de l'assistance ou du don, qui tend à en faire un instrument de marchandage politique et de manipulation idéologique

et identitaire. Il semble ainsi nécessaire de réfléchir au grand retour de la charité privée et religieuse, et à sa place dans les systèmes de protection sociale dans de nombreux pays.

Un deuxième élément permettant de construire des sous-types serait d'aller au-delà des similitudes entre les systèmes de protection issus d'une dynamique de salarisation tronquée d'un côté, ou entre les différentes variantes du démantèlement d'un système étatique à large spectre de l'autre, pour prendre en compte les attitudes, représentations et attentes véhiculées par la population. Celles-ci diffèrent d'un pays à l'autre, et, par conséquent, la portée effective des dispositifs émergeant aussi.

Le troisième élément permettant de fonder des « sous-types » est constitué par l'analyse des trajectoires : si, aujourd'hui, des systèmes présentent des profils proches (e.g. Mali et Philippines, ou Cambodge et Afrique du Sud), c'est que leur histoire les a conduit à converger, en dépit du fait que leur point de départ a pu être fort différent, et que cette trajectoire a marqué leurs structures profondes (politisation de la protection sociale, place du droit, etc.) et peut influencer leur devenir.

## ●● La méthodologie

L'orientation vers la construction d'une typologie nous semblait valable, et nécessaire : il fallait bien ordonner le désordre apparent et la vaste diversité des modalités et dispositifs de protection sociale existant dans les pays en développement, qu'ils soient institutionnels, « traditionnels », étatiques ou privés, nouveaux ou anciens, aller au-delà des histoires singulières. Mais elle débouchait sur deux problèmes : comment trouver des critères d'organisation de ce réel foisonnant, dès lors qu'il nous semblait nécessaire de nous démarquer des critères fondateurs de l'analyse des systèmes occidentaux ? Et ensuite, comment dépasser le niveau des indicateurs statiques (taux de couverture, nombre de risques couverts, budget, pourcentages divers, etc.) pour rendre compte de la nature (po-

litique) et de la dynamique des systèmes, caractéristiques essentielles (au sens propre du terme) et fondamentales (au sens de « structurales ») des systèmes de protection sociale ? De façon dérivée, il fallait donc aller au-delà des constats quantitatifs — et des biais méthodologiques résultant des « effets de seuil » — pour appréhender les dimensions qualitatives de ces systèmes, les indicateurs ne servant, précisément, que d'indicateurs. Par exemple, il apparaît nécessaire de dépasser l'indicateur du taux de couverture pour prendre en compte aussi ce qui est proposé en termes de couverture (montant des pensions, nature des soins de santé couverts, revenus de remplacement, etc.), se demander si la couverture est uniforme et égale, etc. ; ou encore, il faut aller au-delà du listage des risques couverts, pour saisir les critères restrictifs, les conditions d'accès.

L'objectif de la méthodologie proposée est de parvenir à appréhender trois dimensions fondamentales : la dynamique d'extension des systèmes de protection sociale ; l'état des forces politiques en relation avec le système (ou le projet de système, ou le souvenir d'un système) de protection sociale ; et la question des droits, comme facteurs de réelle protection et de stabilité du système, et inscrits dans divers registres : celui de la citoyenneté, de la législation sociale, du droit du travail, du droit contractuel.

Dans cette optique, nous avons construit la typologie à partir de trois catégories principales :

**L'étude de l'architecture institutionnelle** permet de décrire la structure du système. Tout d'abord la place respective des quatre formes de protection : assurance sociale (sous tutelle des pouvoirs publics) ; assurance privée par des firmes à but lucratif ; autres formes d'assurance (mutuelles, micro-assurance) ; assistance (aux différents niveaux des pouvoirs publics — national, local — ; selon son caractère plus ou moins restrictif et conditionnel) et solidarité (familiale/communautaire ; religieuse ; ou fondée sur l'appartenance à un groupe professionnel). Ensuite leur articulation : laquelle (lesquelles) est (sont) résiduelle(s) ? Comment s'organise le partage de la charge financière, non seulement en termes de transferts financiers (du

budget vers les caisses d'assurances, ou inversement, par exemple) mais aussi en termes de report de la charge du financement « par défaut » (par exemple quand les contributeurs à haut revenu sortent d'un système d'assurance social pour se diriger vers des assurances privées) ? La dimension institutionnelle est fondamentale pour comprendre le fonctionnement des systèmes, leur viabilité, leurs modes de financement, leur capacité d'inclusion, leur efficacité dans le domaine de la santé, mais aussi leurs limites.

**L'analyse des acteurs de la protection sociale et du rôle des pouvoirs publics** permet de donner des indications sur la nature politique des systèmes, sur la façon dont État et pouvoirs publics, organisations et acteurs non gouvernementaux et institutions internationales contribuent à faire de la protection sociale un enjeu, parviennent à influencer les orientations et décisions. Selon les pays ou les périodes, un « acteur social » peut passer du statut de réel acteur de la protection sociale à celui de simple bénéficiaire, et inversement. L'analyse du type de revendications sociales présentes à un moment donné, des compromis politiques passés, de la place de la protection sociale dans le débat politique, permettent de mettre en lumière des évolutions que la seule étude de l'architecture institutionnelle ne suffit pas à déceler.

L'analyse des acteurs permet également d'apprécier les différents degrés de perméabilité des systèmes de protection sociale aux interventions extérieures, en fonction de leur degré de solidité et d'intégration internes, de leur assise nationale (au sens plus politique que territorial), de leur importance pour les choix de politiques publiques et de leur intégration dans la reproduction sociale. L'internationalisation des systèmes va souvent de pair avec leur fragmentation, voire leur marginalisation dans les priorités nationales, et la faiblesse de la souveraineté de l'État (sur le secteur de la santé, les assurances, la politique salariale, les formes de redistribution, etc.). Cette analyse en termes d'acteurs permet d'identifier des configurations stables, mais aussi des moments-clés, de rupture (changements de régime politique, bien sûr,

mais aussi débat politique majeur sur la citoyenneté ou, à l'inverse, irruption des positions libérales au cœur de l'État), où les systèmes de protection sociale subissent une inflexion majeure pour des raisons souvent plus exogènes qu'endogènes.

**La relation entre protection sociale et droits** est fondamentale pour appréhender la nature du système de protection sociale, sa cohérence et sa solidité internes et la façon dont elle est traversée par, et traverse, les champs politique, économique et social.

La distinction entre droits « formels » et droits « réels » est évidemment une étape importante de l'analyse (l'affirmation d'un « droit à la santé » sans que les médicaments soient remboursés, par exemple, range ce droit parmi les droits « formels », ce qui peut néanmoins ne pas être sans conséquences politiques). Mais, au-delà, il est nécessaire de caractériser substantiellement les droits à la protection sociale : des droits contractuels sont d'une autre nature que des droits attachés à la citoyenneté.

La question des droits est fondamentale pour apprécier le degré d'irréversibilité (ou au contraire la fragilité) d'un élément donné du système de protection sociale. Ce n'est pas seulement la nature juridique des droits qui importe ici, mais aussi leur degré d'incorporation dans l'imaginaire collectif, qui s'exprime généralement à travers la référence à la citoyenneté ou la construction de la figure du travailleur (salarié, ouvrier, fonctionnaire, etc.) comme statut. De ce point de vue, l'opinion commune selon laquelle la protection sociale dans les pays du Nord serait irréversible, et celle qui existe dans les pays du Sud serait réversible, apparaît comme largement infondée à ce degré de généralité.

La question des droits pose, enfin, celle du rapport entre éthique et politique. Le registre de l'éthique ne se limite pas aux ONG. Il a envahi le discours des institutions internationales, et celui de nombreux gouvernements. La notion de droits joue un rôle de médiateur entre éthique et politique, dans la conversion d'une préoccupation éthique en revendication politique, en même temps qu'elle permet de for-

maliser et de stabiliser l'objet de ces préoccupations et revendications. La question des droits débouche alors nécessairement sur celle de la garantie des droits.



À la fin de cette brève typologie, nous avons esquissé un rapide bilan en partant de la question : comment apprécier l'efficacité des systèmes de protection sociale à remplir leurs fonctions ? En partant non de celles qu'ils ont assumées historiquement en Occident, mais de la réalité des pays eux-mêmes. Même si ces systèmes du Sud ont été transposés par les colonisateurs, ou imités des pays du Nord, ils ont très vite évolué vers une vie propre et originale. Nous avons alors cherché à cerner à quel point les fonctions de sécurité, de protection contre les risques sociaux, sont centrales, et comment elles sont remplies, en demeurant ouverts à des alternatives non occidentales, sans toutefois y porter un regard romantique (e.g. la fameuse solidarité familiale).

Les types que nous avons esquissés correspondent donc autant à des formes structurelles (institutions, relations avec le salariat, modes de financement) qu'à des appréciations de la profondeur des protections apportées (niveau de protection, contribution au niveau de vie et à la santé des ménages, réduction de la pauvreté, des inégalités et des rapports de dépendance) et qu'enfin à la place de la protection sociale dans la structuration des systèmes de droits et à sa capacité d'exprimer — et d'être portée par — l'état de la conflictualité

et des forces politiques. Compte tenu du fait que les pays considérés sont généralement perméables aux idées, financements, pressions et autres modèles venus de l'extérieur, non seulement dans leur genèse mais aussi dans leur réalité actuelle, il fallait aussi tenir compte de ces « interférences » : influence d'organisations internationales, présence importante d'ONG, intérêts de firmes (assurance, produits pharmaceutiques, fondations philanthropiques, etc.)...

Finalement, il nous semble que l'élaboration d'une typologie s'est avérée heuristique, à l'échelle de notre petit échantillon de sept pays. Elle a notamment permis de se libérer des associations apparemment « naturelles » ou intuitives (basées sur des ensembles continentaux ou culturels), mais aussi des affirmations fondées sur des classifications du niveau de développement (des pays trop pauvres ne peuvent pas avoir de protection sociale). Elle a aussi ouvert la voie à une « désacralisation » d'une vision institutionnaliste qui puise ses arguments dans l'adéquation des formes à des « données » démographiques (e.g. la répartition de la population par groupe d'âge) ou à des apparences de fonctionnement du système de pouvoir (sans démocratie, pas de protection sociale). Nous nous sommes rendu compte, chemin faisant, de l'extraordinaire complexité du « chantier » ouvert, mais aussi de la nécessité qu'il y a à s'y attaquer, et à dépasser les généralisations superficielles qui dominent la production tant institutionnelle qu'académique sur la question.

