



Chapitre 8

La recherche d'un nouveau modèle de politique sociale

Aujourd'hui, les moyens d'existence sont menacés de toute part. Ces menaces sont particulièrement aiguës dans les cas où seule une faible proportion de la population bénéficie d'un contrat de travail et des prestations liées à l'emploi, et où les mécanismes de la production nationale sont fragilisés par les fluctuations et les crises des marchés mondiaux. Lorsque toutes les sources de revenu sont épuisées et qu'il n'y a plus d'emplois, la population se trouve sans aucune planche de salut. Dans de nombreux pays en développement, il n'existe pas de dispositif officiel de protection sociale pour les millions de femmes et d'hommes qui travaillent dans l'économie informelle. En outre, des aléas tels que la maladie, la naissance d'un enfant ou la vieillesse sont en soi de puissants facteurs d'appauvrissement car ils entraînent une baisse des revenus d'activité et occasionnent des dépenses qui grèvent les avoirs des ménages puisque, de plus en plus souvent, les soins de santé sont payants.

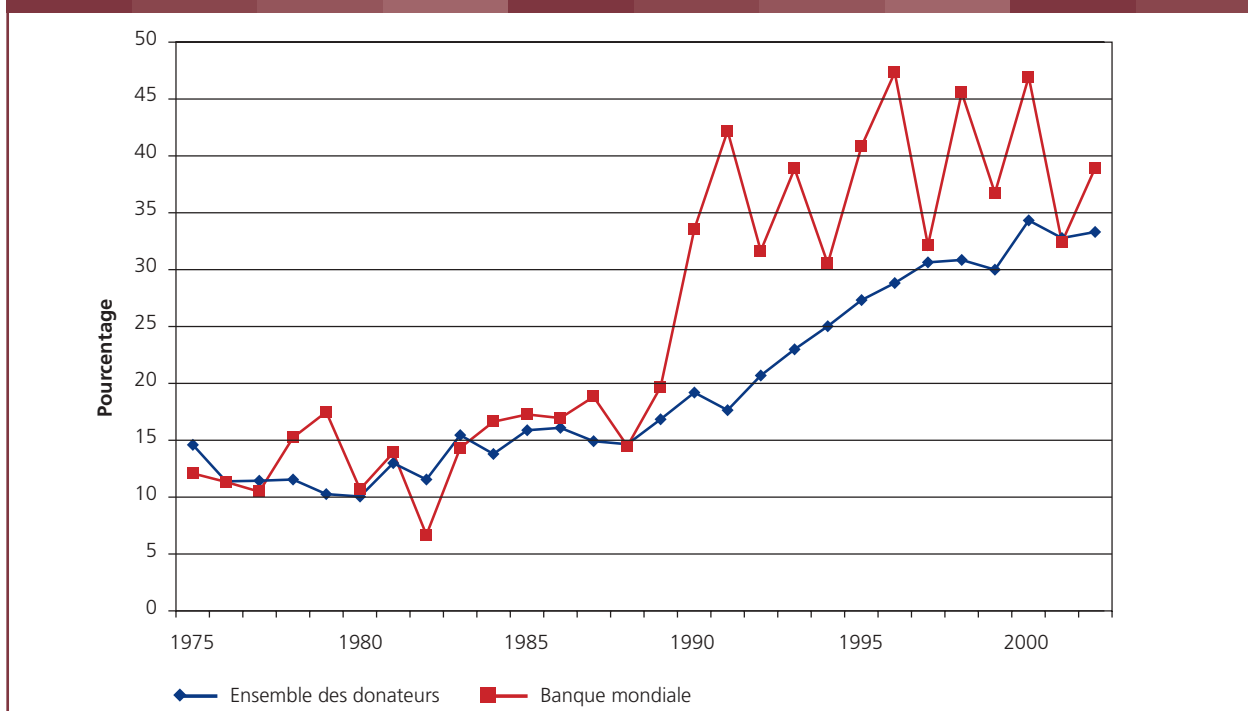
Depuis peu, ces réalités sont mieux prises en compte. Dans les années 1990, la communauté internationale a radicalement changé sa position en reconnaissant le rôle fondamental de la politique sociale dans le processus de développement. Et il ne s'agit pas simplement d'un changement de discours, comme le prouve la figure 8.1 de laquelle il ressort que près du tiers de l'aide allouée aux pays en développement va désormais aux secteurs sociaux.¹ Il s'agit bel et bien d'un revirement par rapport à la "religion du marché" du début des années 1980, qui était obsédée par la recherche de la "rentabilité optimale", sans tenir compte des conséquences sociales.

La période d'austérité sociale était la conséquence directe du train de réformes quasi-universel et uniforme, imposé comme

préalable à tout emprunt et programme d'ajustement. Durant cette période, les dépenses sociales furent considérablement réduites et les usagers durent acquitter des redevances pour accéder aux services de santé, à l'éducation et à d'autres services sociaux. A la fin des années 1980, il était devenu manifeste que la pauvreté et les déséquilibres sociaux dus aux programmes de stabilisation et d'ajustement n'avaient rien de "transitoires" ni de "frictionnels", comme l'avaient présumé les institutions financières internationales (IFI), mais qu'ils étaient au contraire omniprésents, persistants et systémiques. A cela s'ajoutèrent des études sur l'impact des programmes d'ajustement et sur la résistance des populations aux principales mesures sur lesquelles se fondaient ces programmes, qui contribuèrent à la remise en question de la politique orthodoxe de l'époque.²

En 1990, la Banque mondiale avait admis que les programmes d'ajustement ne prenaient pas suffisamment en compte le dénuement social et qu'il serait sage d'éviter la "dévalorisation du capital humain" pendant la période d'ajustement. Le dilemme était le suivant: comment accroître l'aide sociale tout en respectant les contraintes de la stabilisation et d'une saine gestion budgétaire? On le résolut en tentant de "cibler" les dépenses sociales sur les populations les plus défavorisées. Certaines dépenses déjà budgétées furent redéployées, de l'enseignement secondaire vers le primaire, par exemple, et des programmes complémentaires ou "filets de sécurité", furent créés pour les pauvres. La restructuration du secteur social obéissait toujours au même principe: les institutions d'aide sociale ne devaient intervenir que lorsque les structures "normales"—la famille et le marché—ne peuvent plus remplir leur rôle.³ Grâce à quoi les

Figure 8.1 Part de l'aide publique au développement (APD) consacrée à l'infrastructure sociale et aux services sociaux (1975-2002)



Note: Sont compris dans l'infrastructure sociale et les services, entre autres: l'enseignement, la santé, les programmes de population, l'approvisionnement en eau et l'assainissement, le gouvernement et la société civile.

Source: Calculs effectués d'après OCDE 2004a.

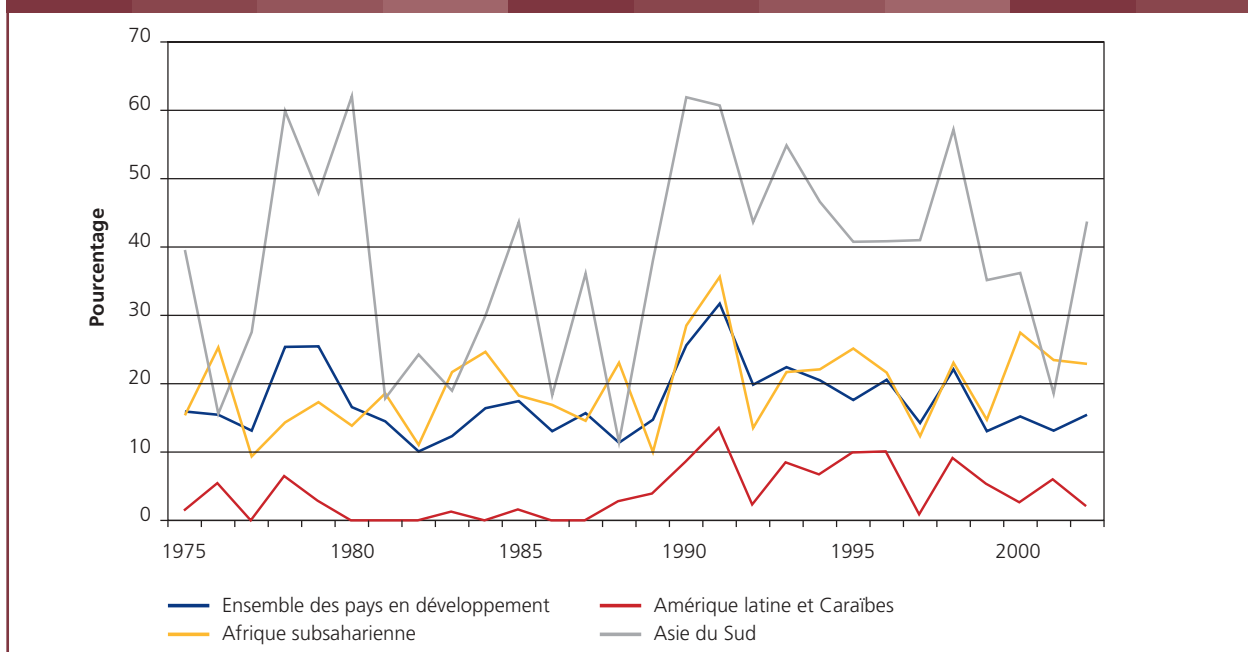
filets de sécurité arrivaient souvent trop tard, après la chute et non avant, pour la prévenir. Ils s'adressaient à une fraction trop étroite de la population, voire à des personnes qui n'en avaient pas besoin, et n'étaient pas adaptés à l'ampleur ni à la nature de la pauvreté et des besoins créés par l'ajustement.⁴

À la fin des années 1990, l'idée—inspirée de l'histoire de l'État providence en Europe—que des systèmes de protection sociale institutionnalisés étaient nécessaires pour remédier à la pauvreté qui régnait dans de nombreux pays en développement, commença à faire son chemin. Face à la montée de la critique et au militantisme de la société civile, la part du budget de l'État consacrée aux dépenses sociales de l'État fut augmentée dans plusieurs pays tels que le Chili, Sri Lanka, la Tunisie et le Mexique (voir tableau 3.3). Le "social" revint à l'ordre du jour dans des contextes où l'on s'y attendait le moins; le Fonds

monétaire international (FMI) lui-même fut contraint de reconnaître explicitement l'importance des mesures sociales.⁵ Le changement d'attitude de la Banque mondiale se manifesta dans le thème choisi pour son **Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001: Combattre la pauvreté**, dans lequel elle présentait la "gestion des risques sociaux" comme l'instrument le mieux à même de lutter durablement contre la pauvreté.⁶ Répondant à ceux qui lui avaient reproché sa politique d'assistance, elle adhérait au principe de la "participation", déclarant ne pas vouloir d'une "culture de la dépendance" mais aider les pauvres à affronter l'adversité et à l'adoucir ou à la surmonter par leurs propres moyens.

Les termes de "pauvreté", de "protection sociale", de "participation" et de "citoyenneté" acquirent droit de cité mais le consensus était plus apparent que réel. Aujourd'hui encore les

Figure 8.2 Part de la Banque mondiale dans le volume total de l’APD consacrée à l’infrastructure sociale et aux services sociaux de certaines régions (1975-2002)



Note: Pour chaque région, cette variable a été calculée en divisant l’APD de la Banque mondiale par celle de l’ensemble des autres donateurs. Sont compris dans l’infrastructure sociale et les services, entre autres: l’enseignement, la santé, les programmes de population, l’approvisionnement en eau et l’assainissement, le gouvernement et la société civile.

Source: Calculs effectués d’après OCDE 2004a.

causes des handicaps sociaux donnent lieu à interprétations divergentes et les mesures sociales nécessaires pour y remédier ne font pas l’unanimité. La Banque mondiale est un acteur de poids dans ce domaine en raison du volume des prêts qu’elle destine aux secteurs sociaux des régions en développement, et plus particulièrement de l’Asie du Sud-Est et de l’Afrique subsaharienne (voir la figure 8.2), et aussi parce qu’elle est à l’origine des “documents de stratégie pour la réduction de la pauvreté” (DSRP), processus lancé en 1999. Pourtant, sa conception minimaliste de la politique sociale, fondée sur l’État “bouche-trou”, s’oppose à la vision selon laquelle cette politique doit être redistributive et l’État doit jouer un rôle central. Cette vision est défendue par quantité de militants, d’organisations et de réseaux universitaires.⁷

Dans la “gestion des risques sociaux”, la seule obligation de l’État est de prévoir des filets de sécurité sociale pour parer aux

risques et des instruments de gestion des risques pour pallier d’éventuelles défaillances du secteur privé; il y a là bien des points communs avec le précédent filet de sécurité minimal. **Le Rapport sur le développement dans le monde 2004: Des services pour les pauvres** admet que “les gouvernements doivent investir dans les services essentiels pour protéger les ménages défavorisés”; et aussi que des services pour les pauvres sont des services pour tous, étant entendu que les pauvres y ont accès.⁸ Mais ce rapport défend beaucoup de positions différentes et son impact sur les directives opérationnelles concernant les prêts de la Banque aux secteurs sociaux est loin d’être clair.

En revanche, l’approche redistributive met l’accent sur l’équité et sur le caractère universel de la protection sociale. Pour les sociétés en développement, elle confère à l’État un rôle central non seulement en tant que garant du bon fonctionnement du système et des institutions mais aussi en tant que prestataire

principal. En cas de pauvreté généralisée, lorsque les mécanismes d'assurance pour les pauvres ne remplissent pas leur rôle et que les prestataires privés risquent de ne pas être à la hauteur, l'intervention de l'État est plus que justifiée.⁹

L'hypothèse qui sous-tend une bonne partie des écrits récents des IFI sur la politique sociale est qu'une protection publique ciblée est le moyen de renforcer la cohésion sociale. Cette hypothèse est contestable. La mise sous condition de ressources et le ciblage sont souvent le dernier recours des sociétés inégalitaires. En effet, ce sont des mesures qui risquent d'enfermer les gens dans le piège de la pauvreté et d'accentuer les inégalités plutôt que de les aplanir comme le fait la redistribution; et elles exigent de très grands moyens administratifs. D'un autre côté, les régimes plus ouverts, c'est-à-dire dans lesquels les conditions d'ouverture des droits font l'objet d'un débat public, qui sont financés par des subventions croisées et qui favorisent le brassage des classes sociales, sont en général associés à un comportement plus progressiste de l'État.¹⁰

L'expérience européenne montre que les pays qui ont les plus faibles taux de pauvreté ont des systèmes de transferts de revenus qui se composent de prestations forfaitaires versées à tous et financées par les recettes fiscales, de prestations liées au revenu d'activité et financées par les cotisations des employeurs et des travailleurs et de compléments d'aide sociale pour les plus démunis. Les prestations de retraite du régime de base et les allocations parentales à caractère universel sont particulièrement efficaces pour préserver les groupes vulnérables (personnes âgées, familles nombreuses et mères célibataires) de la pauvreté. Et, deuxième élément fondamental, une approche globale visant à améliorer les chances de la majorité de la population doit reposer sur un système d'enseignement et de soins de santé de qualité ouverts à tous.

Le principe de base de la politique sociale est que les handicaps et les risques sociaux appellent des réponses collectives. En effet, beaucoup de personnes, surtout celles qui ont de faibles revenus, ne peuvent payer les services du secteur privé, que ce soit dans le domaine de la santé ou dans celui de l'éducation, ni des primes d'assurance en tous genres. La constitution progressive d'une épargne, par les pauvres eux-mêmes ou par l'intermédiaire d'institutions, est souvent compromise par la nécessité de

faire face aux exigences de la vie quotidienne. Les systèmes de coassurance réservés aux pauvres, sans la répartition des risques que permet la participation des couches plus aisées, sont voués à l'échec car le principe même de l'assurance sociale (cotisations proportionnelles aux revenus et prestations proportionnelles aux besoins) en est absent. C'est pourquoi les politiques sociales fondées sur les principes de l'universalité et de la solidarité (partage des risques)—avec de fortes subventions croisées provenant des plus favorisés, sont en général plus viables financièrement et politiquement.¹¹

Ce débat sur les principes fondamentaux constitue la toile de fond de notre réflexion sur l'inégalité entre les sexes dans la politique sociale. Pour des raisons apparemment inexplicables, les présupposés et les conséquences de la réforme de la politique sociale qui ont trait aux rôles sociaux des hommes et des femmes ont été très peu pris en compte.

LA DISCRIMINATION SEXUELLE, UNE RÉALITÉ SILENCIEUSE

Le processus de réforme de la politique sociale et ses résultats sont inévitablement différenciés selon le sexe, la plupart du temps au détriment des femmes et plus particulièrement de celles qui appartiennent aux catégories les moins aisées de la population. Pourtant, les débats sur la politique sociale n'ont pas abordé la question; la discrimination sexuelle restant une "réalité silencieuse".¹² C'est une omission qui a été commise dans les deux camps, c'est-à-dire chez les adeptes de la politique minimaliste et ciblée prônée par la Banque mondiale comme chez ceux qui s'inscrivent dans le courant de pensée universaliste, partisan de la redistribution.

Qu'apporterait une démarche soucieuse d'équité entre les sexes au débat actuel sur la politique sociale? Il faut d'abord souligner que si les réformes du secteur social ont généralement été préjudiciables aux femmes, il serait erroné de croire qu'avant le virage néolibéral les femmes étaient mieux loties et étaient considérées comme des citoyennes jouissant de droits sociaux. Sur ce plan, en effet, les années 1960 et 1970 n'ont pas été un

“âge d’or”. Le fait que, dans la plupart des pays en développement, l’économie structurée soit restée embryonnaire, signifie que la sécurité de l’emploi et les avantages sociaux qui en découlent étaient des privilèges réservés à une fraction très réduite de la population active, essentiellement composée d’hommes.

En Amérique latine, les syndicats dominés par des hommes étaient les principaux bénéficiaires de conventions corporatistes par le biais desquelles étaient négociés les salaires, les conditions de travail et la sécurité sociale.¹³ Certes, les femmes en bénéficiaient parfois aussi en leur qualité d’épouses ou de filles des “soutiens de famille” mais pour la majorité d’entre elles, la pension de retraite ou le congé de maternité tenaient du rêve. La seule sécurité dont elles jouissaient était celle que leur offraient le travail rémunéré lorsqu’elles en trouvaient, le mariage, leur famille et leur communauté d’appartenance, l’Église et aussi “la protection et le patronage” d’employeurs du secteur informel.¹⁴ En Afrique subsaharienne, des petits groupements informels d’épargne-crédit et d’entraide se sont formés, surtout parmi les femmes qui avaient un commerce ou vendaient sur les marchés. Mais la protection sociale que peuvent apporter les systèmes de ce type est généralement restreinte, faute de capital.

Alors que les premiers régimes mis en place dans de nombreux pays en développement auraient pu être réformés, élargis et consolidés de telle sorte qu’ils couvrent une proportion beaucoup vaste de la population, c’est en réalité le contraire qui se produit depuis une vingtaine d’années. Dans de nombreuses régions du monde, les services sociaux et la protection sociale ont évolué vers la marchandisation. Le modèle de “l’homme soutien de famille” est donc battu en brèche, non pas par une réforme ouvrant aux hommes et aux femmes, sur un pied d’égalité, le droit aux prestations de l’État, mais par l’amenuisement de ces prestations. Celles-ci ont été remplacées par des prestations individualisées qui obéissent aux règles du marché et sont réservées à ceux qui en ont les moyens: régimes de retraite privés, assurances maladie privées, hôpitaux privés, écoles privés, maisons de retraite privées et prise en charge privée et payante des enfants et des personnes âgées.¹⁵

Ce sont probablement les femmes qui ressentent le plus les effets de cette marchandisation, et cela pour plusieurs raisons:

- Le parti pris sexiste dans la répartition des ressources des ménages: dans de nombreuses régions et notamment en Asie du Sud et de l’Est, cette répartition est déterminée par des normes sociales qui accordent la préférence aux garçons et aux hommes. Là où les familles à faible revenu doivent payer des services tels que les soins de santé d’urgence, les besoins des garçons et des hommes passent généralement avant ceux des filles et des femmes.
- La ségrégation sexuelle sur les marchés du travail et du crédit: en raison de leur situation d’infériorité sur ces marchés, les femmes ont en général moins d’argent liquide que les hommes. Elles auront donc moins facilement accès à la protection sociale et aux services payants pour elles-mêmes et pour leurs enfants. Là où ce sont normalement elles qui assument une grande partie de leurs dépenses de santé et d’éducation et de celles de leurs enfants, comme c’est le cas dans de nombreuses régions africaines, le problème est encore plus grave. Et lorsqu’elles travaillent, elles perçoivent en général des prestations sociales inférieures à celles de leurs homologues masculins puisque leurs carrières sont tronquées, qu’elles sont moins bien payées et exercent bien souvent des emplois informels.
- Les tâches non rémunérées qui incombent aux femmes: lorsque les services sociaux officiels sont inaccessibles, les mères, les sœurs, les grands-mères ou les filles s’occupent gratuitement des membres de la famille qui sont dépendants. Les réformes du secteur social ont souvent tendance à trop compter sur la disponibilité et le temps “libre” des femmes et des filles.
- La ségrégation sexuelle dans les services sociaux du secteur public: les travailleuses sont les premières victimes de la pression exercée sur le secteur public pendant la réforme—non-paiement des salaires, par exemple—parce que la grande majorité d’entre elles occupent les postes situés au plus bas de la hiérarchie et de l’échelle des qualifications et des salaires.

Nous examinerons ces différents aspects dans les parties suivantes.

HIÉRARCHIES SEXUELLES ET CHANGEMENT INSTITUTIONNEL

Pour ne pas allonger indûment ce chapitre, nous avons choisi de ne traiter dans la présente partie que des réformes du secteur de la santé (qui concernent beaucoup de pays en développement à faible revenu); des réformes des retraites (qui concernent davantage les pays à revenu intermédiaire); des réformes et des innovations des régimes de protection sociale, qui visent la prise en charge des travailleurs du secteur informel (qui concernent aussi bien les pays à faible revenu que les pays à revenu intermédiaire) et des programmes de lutte contre la pauvreté qui s'adressent aux femmes les plus démunies. Nous avons écarté le secteur de l'éducation car il a déjà fait, et fait encore, l'objet de nombreuses études et analyses.¹⁶

Dans les pages qui suivent, l'analyse des réformes institutionnelles appliquées dans les secteurs sociaux montrera que ces réformes ne touchent pas les hommes et les femmes de la même façon. L'un des principaux apports des travaux portant sur les "régimes de protection sociale" a été d'étudier, au-delà de la simple mesure des dépenses publiques, le contenu institutionnel de ces régimes en ce qui concerne, par exemple, les conditions d'admissibilité, le champ d'application et la nature des prestations. On sait aujourd'hui que c'est à travers les institutions que s'établit le lien entre les dépenses publiques et le résultat de la protection sociale. Comme le souligne le **Rapport sur le développement dans le monde 2004 (RDM)**, il n'y a pas de relation directe entre les dépenses publiques consacrées à la santé et à l'éducation et les résultats obtenus; tout dépend des institutions, surtout considérées dans le RDM comme des prestataires de services tenus justifier leur action auprès de clients pauvres. Ici, nous examinerons certains des changements institutionnels apportés par les récentes réformes du secteur social dans l'optique de l'égalité entre hommes et femmes—point de vue que ni le **RDM 2004** ni la première génération des théoriciens du "régime de la protection sociale" n'ont sérieusement pris en considération. Ce chapitre ne présente pas l'analyse ventilée par sexe des dépenses de l'État (ou des donateurs) affectées aux secteurs publics.

Réformes du secteur de la santé et égalité des sexes¹⁸

Le secteur de la santé a été l'un des premiers visés par la réforme du secteur social. Dans l'optique de l'égalité des sexes, c'est un secteur particulièrement important non seulement parce qu'hommes et femmes ont dans ce domaine des besoins différents, les soins génésiques pour les femmes sont l'exemple le plus évident, mais également parce que les institutions des systèmes de santé reproduisent les inégalités entre les sexes qui existent dans la société dans son ensemble. Dans la hiérarchie hospitalière, les hommes occupent généralement les postes de haut niveau—ceux de médecin, de directeur et d'administrateur—tandis que les femmes exercent, dans leur grande majorité, les métiers moins prestigieux d'infirmières, des professions paramédicales et d'agents de services.

Bien souvent, les services destinés aux femmes ne tiennent pas compte des normes sociales et culturelles qui empêchent celles-ci de prendre les décisions concernant certains comportements qui influent sur leur santé, dans le domaine de la sexualité, par exemple, et notamment en ce qui concerne le recours à la contraception pour espacer les naissances. Pourtant, des services et des personnels de santé à l'écoute des besoins des femmes, et en particulier des plus défavorisées, peuvent aider à corriger certaines des discriminations et des difficultés auxquelles elles se heurtent. Et cela d'autant plus que le personnel soignant avec lequel les patientes femmes ont à faire, en général dans le cadre des soins de santé maternelle et infantile (SMI), est presque exclusivement composé de femmes. Grâce à la confiance qui s'installe entre femmes au fil des consultations, les soignantes ont la possibilité de conseiller des changements de comportement salutaires.

Les bailleurs de fonds ont largement contribué à la transformation des services de santé de nombreux pays en proie à une crise économique. Le train de réformes qu'ils ont imposé visait essentiellement à libéraliser les soins ambulatoires et la distribution des médicaments en en faisant des marchandises soumises aux lois du marché, à désengager le gouvernement, à décentraliser les services et à améliorer le rapport coût-efficacité des dépenses publiques. Il revêt toutes ou plusieurs des caractéristiques suivantes:

- Retrait du gouvernement, dont le rôle se limite à fixer des règles et à les faire respecter ainsi qu'à établir des priorités; il est responsable de la santé publique et doit veiller à ce que les indigents aient accès aux soins de santé de base.
- Libéralisation des soins ambulatoires privés et de la vente des produits pharmaceutiques; mise en place d'un système de santé alliant des prestataires publics, privés et bénévoles.
- Sous-traitance des services financés par le gouvernement à des groupes indépendants et des entreprises privées.
- Plus grande autonomie administrative et budgétaire des hôpitaux, dont certains sont privatisés.
- Abandon du financement par l'impôt au profit de l'assurance, mutuelle notamment.
- Décentralisation des systèmes de prestation de soins de santé, dont la responsabilité est confiée aux administrations locales.
- Imposition d'une redevance à la charge des usagers sur les services de santé de l'État, sur les médicaments et fournitures médicales délivrés par le gouvernement et sur les services extrahospitaliers.

Dans cette partie, nous examinerons l'impact de la réforme des services de santé sur l'accès des femmes à ces services et sur l'utilisation qu'elles en font (pour elles-mêmes ainsi que pour les personnes qu'elles ont à charge), sur les conditions de travail des femmes membres des personnels de santé et sur la charge de travail de celles qui dispensent les soins sans être rémunérées, surtout lorsque les mécanismes officiels ne répondent pas à la demande.

Soins de santé payants: Conséquences pour les usagers

Dans de nombreux pays, les réformes du secteur de la santé ont été appliquées dans un contexte de pauvreté généralisée et souvent à la suite d'une crise économique qui avait empêché les populations de s'alimenter correctement et avait alourdi leur charge de travail.¹⁹ De plus, ces réformes ont coïncidé avec la propagation du VIH/sida et les graves préjudices physiques, économiques et sociaux que l'épidémie a infligés aux familles, surtout en Afrique. Ainsi, les besoins et les exigences

ont augmenté au moment même où l'accès à des soins gratuits ou abordables était rendu plus difficile. Les redevances, introduites dans les hôpitaux au début des années 1980, ont depuis été étendues aux services gouvernementaux de base tels que les centres de santé et autres dispensaires, qui prodiguent des soins primaires et des traitements d'urgence. Plusieurs études ont confirmé que ces redevances, assorties de systèmes d'exonération inefficaces, entraînaient l'exclusion de ceux qui ne peuvent les acquitter. Peu d'auteurs en ont étudié plus particulièrement l'impact sur les femmes, mais des travaux sur la santé génésique au Zimbabwe, en Tanzanie et au Nigéria montrent que leur introduction dans les centres de SMI s'est accompagnée d'une baisse des admissions de femmes enceintes et d'une hausse du taux de morbidité des mères et des nouveaux-nés pendant et après l'accouchement.²⁰

En Inde, les soins de santé privés se sont développés au détriment du service public pendant les années 1990.²¹ De ce fait, les populations rurales, et parmi elles plus particulièrement les femmes âgées de 15 à 29 ans et les populations tribales, se sont trouvées exclues ou marginalisées. Cela reflète la suprématie du sexe masculin: bien qu'hommes et femmes pâtissent tout autant de la cherté des services de santé, les familles investissent de préférence le peu de ressources dont elles disposent dans la santé des garçons, celle des filles étant considérée comme moins importante et étant par conséquent négligée. Les cas de maladies non soignées étaient courants chez les indigents et encore plus chez les femmes et les filles.²² D'un autre côté, il faut bien admettre que l'amélioration générale des services de santé génésique a fait baisser les taux de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles.

Lorsque tous les types de soins professionnels sont payants, ce sont les femmes qui souffrent le plus compte tenu de leur besoin de soins de SMI et du fait qu'elles ont moins d'argent liquide et moins de possibilités d'en gagner. Dans les régions où, selon la tradition, les femmes sont censées assumer le gros des dépenses consacrées aux enfants—nourriture, traitements médicaux, vêtements et école—comme c'est le cas presque partout en Afrique subsaharienne, les frais médicaux et autres taxes représentent pour elles un fardeau très lourd. Les populations pauvres ont mis en place de nombreuses formes d'entraide pour

les soins de santé: rémunération des accoucheuses en nature, soins gratuits pour les mères indigentes, partage des tâches ménagères pour que d'autres puissent exercer une activité rémunérée, prêts et dons réciproques. Les sociétés africaines, en particulier, ont énormément de systèmes d'épargne collective gérés par et pour les femmes. Toutefois, il semble bien que la baisse des revenus et la crise économique compromettent la participation des femmes à ces réseaux d'entraide financière.²³

Le développement de l'assurance maladie

Face à la levée de boucliers suscitée par l'institution de ces redevances d'usager, les réformes du financement de la santé se sont récemment orientées vers des systèmes d'assurance maladie. Dans un contexte où l'assurance maladie est réservée aux travailleurs du secteur formel, la question fondamentale concernant les différences hommes-femmes est celle de l'équité. Etant donné que ces travailleurs du secteur formel ne représentent qu'une petite fraction de la population et font partie des membres les plus qualifiés et les plus instruits de la société, cette assurance protège surtout des hommes des milieux favorisés. Et même si, d'ordinaire, la garantie s'étend aux personnes à charge, le nombre de femmes concernées reste faible.

Pour augmenter le nombre de bénéficiaires en y incluant les catégories défavorisées et vulnérables, un autre mécanisme de financement des soins de santé a été institué: l'assurance mutuelle. C'est une formule qui a connu un essor considérable ces dernières années. En Afrique subsaharienne, elle a pris la forme de systèmes collectifs fondés sur le pré-paiement volontaire. Les primes peuvent être versées par tranches, les comités locaux peuvent décider d'exonérer les membres qui ne peuvent pas payer et ceux qui ont des revenus irréguliers ou qui sont saisonniers peuvent bénéficier de dispositions particulières leur permettant de différer leurs paiements jusqu'à la récolte ou une date convenue.

Cette évolution paraît certes prometteuse, mais ces systèmes présentent les mêmes inconvénients que d'autres programmes collectifs d'épargne-crédit. Après un décollage rapide, le nombre d'adhérents diminue, les cotisations sont inabordables et la caisse ne se remplit pas.²⁴ Il semble que le développement de programmes coopératifs existants donne de meilleurs résultats car la solidarité existe déjà et permet d'absorber une partie des

frais administratifs. C'est le cas du programme d'assurances créé par la SEWA au Gujarat, en Inde (ce point est détaillé plus bas). Les bailleurs de fonds préfèrent néanmoins soutenir des systèmes individuels.

Les réformes du secteur de la santé et le personnel médical féminin

Les travaux de recherche sur la privatisation des services de santé et sur ses conséquences pour le personnel médical ne font pas de distinction entre les hommes et les femmes, pas explicitement en tous cas. Pourtant, étant donné que dans la plupart des pays ce personnel est en majorité composé de femmes et que celles-ci occupent en majorité les emplois subalternes, il est probable que les femmes ont plus durement pâti de la baisse des salaires. Les centres de soins privés offrent de meilleures conditions de travail que ceux du secteur public au personnel infirmier des échelons supérieurs mais pas aux échelons inférieurs, où ils compriment leurs coûts en réduisant les salaires et en abandonnant la formation. Ceux qui emploient du personnel formé et le rémunèrent correctement sont concurrencés par ceux qui ne font pas la même chose.²⁵ Résultat: les femmes les plus démunies paient des frais médicaux qui sont au-dessus de leurs moyens pour se faire soigner par un personnel féminin sous-payé et sous-qualifié; et ainsi les inégalités s'engrènent.

La libéralisation, la privatisation et la marchandisation ont contribué à la crise du secteur de la santé, ainsi qu'au surmenage et à la démotivation des infirmières du secteur public. Certaines ont été accusées de maltraiter des patients, surtout parmi les plus démunies et les moins considérées, et des individus dont la société réproche la conduite.²⁶ Il y a aussi les problèmes auxquels les infirmières sont confrontées tous les jours. L'infirmière générale d'une maternité tanzanienne en donne un aperçu dans l'encadré 8.1.

La libéralisation du secteur de la santé a agrandi l'écart de salaires et de conditions de travail entre médecins et infirmières. Beaucoup de praticiens hospitaliers ont aussi un cabinet privé et le "taux en vigueur" des honoraires occultes est nettement plus élevé pour les médecins que pour les infirmières. En outre, les infirmières sont davantage en contact avec les patients

Encadré 8.1 Conditions de travail des infirmières: Aperçu de la vie quotidienne dans une maternité tanzanienne

Ce sont des choses qui arrivent (les mauvais traitements). Cela est dû à la démoralisation, à la démotivation, au surmenage et à des salaires trop bas. Imaginez: vous êtes infirmière, de service 12 heures par jour. Vous commencez à 6 heures du matin et vous ne repartez que vers 19h30. Sous votre responsabilité, 40 à 60 malades graves. Dans le service de gynécologie, vous devez gérer en même temps plusieurs urgences, des opérations, des patientes qui viennent d'être opérées et d'autres qui sont dans un état critique. Dans le meilleur des cas, vous êtes deux pour faire face à cette charge de travail. Vous êtes constamment surmenée et sous pression. En plus, vous êtes préoccupée par vos propres problèmes et devoirs familiaux. Pendant 12 heures, vous ne savez pas ce que font vos enfants. Et vous n'avez même pas pris une tasse de thé. Et puis se pose le problème de l'investissement des autres membres du corps médical. Vous êtes infirmière. Mais le médecin, qui est censé être responsable, fait ses heures de travail réglementaires et s'en va. Il attend qu'on l'appelle. Et vous, vous êtes là, une patiente saigne, elle a besoin d'une opération, mais vous ne pouvez rien faire. Il n'y a pas ce qu'il faut. Des gens souffrent, mais les autres membres du personnel ne sont pas de service. Les moyens qui permettraient de sauver cette femme ne sont pas là. Si quelqu'un qui est censé être de service est absent, que pouvez-vous faire, vous, en tant qu'infirmière? Il n'y a pas d'infusions, aucun médicament d'urgence. La famille a amené la malade d'urgence à l'hôpital et puis, nous, nous ne pouvons rien faire pour la sauver.

Source: Makintosh et Tibandebage 2004b (notes prises sur le terrain, 1998).

(c'est l'un des points saillants de l'encadré 8.1) et lorsque le service est en crise, ce sont elles qui paient, nerveusement, le plus lourd tribut. Cela explique en grande partie que quantité d'entre elles partent à l'étranger, les raisons qui les attirent vers le Nord se conjuguant avec celles qui les poussent à quitter le Sud (voir le chapitre 7). En général, les mesures prises pour inciter les personnels de santé à rester dans leur pays d'origine concernent en priorité les médecins. Mais comme, dans l'immense majorité des cas, ce sont les infirmières et leurs auxiliaires qui portent les services de santé, leur émigration a de graves conséquences qui se répercutent sur les centres de soins primaires dont dépendent beaucoup de femmes peu fortunées.²⁷

La réforme des services de santé a été présentée comme un changement salubre grâce auquel ces services ne seraient plus administrés dans l'intérêt du personnel mais dans celui des patients, riches et pauvres. L'inconvénient est que cela peut avoir des répercussions négatives sur les conditions de travail et sur les salaires, le Bureau international du Travail (BIT) l'a démontré dans une récente étude sur l'Europe orientale.²⁸ Une autre démarche est possible, qui s'inspire de la problématique hommes-femmes. Les projets intitulés «*Health Workers for Change*»

(HWFC), réalisés en Afrique et ailleurs ont aidé à améliorer la qualité des soins de santé. Ils se basent sur le constat que les relations interpersonnelles—respect et écoute du patient, par exemple—influent sur la qualité des soins et que ces relations changent selon que les acteurs en présence sont des hommes ou des femmes. Ainsi, le personnel de santé féminin a une manière de faire qui est différente de celle du personnel masculin. De même, les femmes qui se font soigner ont des besoins spécifiques, et dans certaines circonstances (en cas de maladie sexuellement transmissible, par exemple), elles craignent d'être victimes de discrimination et de mauvais traitements. C'est pourquoi les projets HWFC ont instauré une collaboration entre le personnel soignant et les patients en essayant de faire évoluer les comportements dans le sens d'une prise en compte des besoins particuliers de chaque sexe.

Les tâches non rémunérées et la crise des soins de santé

Dans la plupart des pays, les femmes continuent à assumer de lourdes charges de travail et d'assistance non rémunérées. On estime que chaque année des activités d'une valeur de 16 billions

de dollars E.-U. ne sont pas comptabilisées dans le PIB mondial et que la contribution occultée des femmes au sein des familles et dans le secteur informel représente 69 pour cent de cette somme (11 billions de dollars).²⁹ La santé des femmes souffre du poids de plus en plus lourd que font peser sur elles, dans un environnement économique impitoyable, leur emploi rémunéré et les soins qu'elles dispensent gratuitement, à quoi s'ajoute, dans les campagnes, la disparition progressive des ressources naturelles. Or paradoxalement, comme le travail rémunéré qu'elles exercent correspond plutôt à une stratégie de survie qu'à un choix délibéré, leur entrée dans la vie active ne leur rapporte parfois même pas de quoi compenser leurs besoins physiques supplémentaires. Et en même temps, les réformes de la santé veulent qu'une partie des soins soient pris en charge par la collectivité,³⁰ sans tenir compte du surcroît de travail non rémunéré que cela suppose pour les bénévoles, c'est-à-dire invariablement des femmes. Par conséquent, les femmes non seulement subissent involontairement les conséquences sociales de la raréfaction des services provoquée par les réformes, mais encore assument invisiblement un fardeau économique supplémentaire.

L'épidémie de VIH/sida qui a envahi de nombreux pays africains a énormément aggravé la crise du secteur de la santé. En 2001, sur les 40 millions de personnes infectées par le VIH dans le monde, 28 millions, c'est-à-dire 70 pour cent, étaient des Africains. Et 90 pour cent des 58 000 enfants de moins de 15 ans qui avaient succombé au sida étaient aussi des Africains. Ce sont essentiellement les femmes et les filles qui font face à l'énorme besoin de prise en charge que ces chiffres représentent. Et comme le groupe le plus contaminé est celui des personnes en âge de travailler (15-49 ans), cette charge retombe en grande partie sur les plus âgées. Elles doivent aussi s'occuper et assurer la subsistance des orphelins du sida, au nombre de 12 millions en Afrique. Là où il n'y a pratiquement plus de ressources disponibles pour les soins de santé et les services sociaux, les pouvoirs publics s'en remettent aux soins à domicile et aux "soins de proximité". Pour l'essentiel, les structures de santé officielles se sont déchargées de leurs responsabilités sur des structures informelles, en parfaite concordance avec le programme néolibéral, ce qui rappelle notre analyse de la situation dans le monde du travail (voir le chapitre 5). Ainsi, les décisions politiques

concernant les services et les médicaments destinés à lutter contre le sida touchent particulièrement les femmes. Bien qu'en apparence neutre, la notion de "soins de proximité" s'applique en réalité aux femmes puisque c'est toujours à elles qu'il incombe de consacrer leur temps, de donner leur travail et d'assumer la responsabilité de ces soins.³¹

On le voit, la réforme des services de santé a été construite sur des hypothèses implicites ou inavouées concernant le rôle des femmes. Elle présuppose par exemple que les femmes ont accès aux ressources du ménage ou que leurs réseaux d'entraide sont suffisamment solides pour qu'elles puissent payer les frais médicaux, que leur charge de travail est extensible au point d'inclure la responsabilité supplémentaire des soins, et que les besoins des personnels soignants (du bas de l'échelle, en particulier) sont, par nature, incompatibles avec ceux des patients. Tout aussi contestable est l'idée que les structures administratives issues de la décentralisation répondront forcément mieux aux besoins des femmes que les anciens systèmes centralisés. Et pour ce qui est du financement, se pose la question de savoir si la décentralisation s'accompagne d'une redistribution adéquate des ressources du gouvernement central; lorsque celui-ci considère la décentralisation essentiellement comme un moyen de réduire ses dépenses, l'écart entre la qualité des services destinés aux pauvres et aux catégories aisées risque de se creuser. Les informations disponibles ne prouvent absolument pas qu'aucune de ces hypothèses ait été justifiée, même avant les ravages du VIH/sida.

Réforme des retraites et équité entre les sexes

Au cours de la décennie écoulée, un grand nombre de pays du monde entier ont réformé leurs régimes publics de retraite. Dans de nombreux pays en développement et en transition, ces régimes étaient en grande difficulté avant même les crises économiques des années 1980 et 1990. En Amérique latine, par exemple, leur maturation avait déséquilibré le ratio cotisants/retraités dès la fin des années 1970. Ni les employeurs ni les salariés, et encore moins les travailleurs indépendants, ne

payaient leurs cotisations. De plus, les pensions exorbitantes de retraités privilégiés, comme les militaires, et les frais administratifs élevés payés à des bureaucrates peu scrupuleux, vidaient les caisses. Ces problèmes s'aggravèrent avec la crise économique. Le nombre de cotisants diminua brusquement à cause du recul de l'emploi dans le secteur formel tandis que les salaires réels, et aussi la valeur réelle des cotisations, s'amenuisaient sous l'effet de l'inflation. Les régimes de retraite semblaient être au bord de la faillite³² et leur réforme, à laquelle les IFI contribuèrent largement, fut inscrite dans les programmes d'ajustement structurel.

La crise des régimes existants et la nécessité de les réformer au plus vite ne faisaient de doute pour personne, mais il n'y avait pas de consensus sur le nouveau modèle à mettre en place. Dans de nombreux pays, les IFI et les réformateurs nationaux préconisèrent la privatisation, faisant valoir que celle-ci garantirait une plus grande viabilité financière et une meilleure adéquation entre cotisations et prestations, réduirait des frais administratifs et stimulerait le marché des capitaux. À noter que les questions de l'équité et de la redistribution—entre générations, entre classes sociales et entre hommes et femmes—ne faisaient pas partie des arguments des partisans de la privatisation.

Une récente analyse comparative des réformes des retraites mises en place dans huit pays latino-américains montre que les réformateurs néolibéraux n'ont pas été suffisamment puissants pour imposer leur modèle dans tous ces pays.³³ En effet, la nature de la réforme s'est décidée en fonction du rapport de force entre la coalition néolibérale et ses opposants, à savoir les syndicats, les retraités et les partis d'opposition. La privatisation complète n'a eu lieu que dans deux des huit pays: le Chili (considéré comme un prototype) et le Mexique. Quatre autres pays—le Pérou, l'Argentine, la Colombie et l'Uruguay—en ont adopté une version très édulcorée, et le Brésil et le Costa Rica s'y sont farouchement opposés. En Europe centrale et orientale, trois pays ont connu une expérience similaire.³⁴ Un seul—la République tchèque—a pu résister à la pression des IFI et les deux autres—la Pologne et la Hongrie—qui ont opté pour une privatisation partielle, sont devenus les champions de la réforme radicale des retraites dans la région.

Il semble que dans aucune de ces deux régions, des préoccupations aient été exprimées à propos de l'équité entre les sexes dans les débats concernant la réforme des retraites. Pourtant, la privatisation a d'importantes conséquences dans ce domaine. En effet, comme dans les systèmes privatisés la pension de retraite d'un assuré est déterminée par le montant total de ses cotisations et comme, habituellement, les femmes gagnent moins et ont moins d'années de cotisation que les hommes, elles perçoivent des pensions beaucoup plus maigres que celles des hommes. De surcroît, la plupart des régimes privés tiennent compte de la plus grande longévité des femmes, ce qui rabaisse encore leurs prestations par rapport à celles des hommes.

Dans les régimes publics à prestations définies, il existe des disparités similaires mais les handicaps des femmes sont partiellement compensés par un minimum vieillesse généreux, par le fait que l'espérance de vie n'est pas prise en compte dans le calcul des pensions et par la validation des années consacrées à l'éducation des enfants. Ce dernier aspect était très développé dans les anciens pays communistes, où des "bonifications pour enfants" étaient financées par des subventions croisées au sein des régimes de retraite. En Pologne et en Hongrie, les règles régissant ces bonifications ont été modifiées de telle sorte que si elles prennent un congé parental, les femmes touchent une pension plus faible que si elles avaient continué à travailler. C'est là une mesure rétrograde: les bonifications pour enfants ne sont pas accordées par charité mais en reconnaissance du fait que la "contribution" d'un individu à la vie sociale et économique peut prendre des formes différentes au cours de son existence.

Les conséquences de ces réformes ne sont pas les mêmes pour toutes les femmes. La privatisation et l'individualisation des régimes de pensions favorisent les femmes qui ont un emploi bien rémunéré et n'interrompent pas leur carrière pour élever leurs enfants ou s'occuper d'un proche. En revanche, pour celles, majoritaires, qui ne sont pas haut placées dans le monde du travail ou qui ont une carrière discontinuée parce qu'elles s'occupent de leurs enfants ou de parents âgés, ces réformes constituent une grave régression.

À propos des valeurs qui sous-tendent la politique sociale, ou dans le cas présent la politique des retraites, force est de constater que les notions de redistribution et de solidarité n'ont

pas beaucoup de place dans les régimes de pensions entièrement privés. De surcroît, le fait que ces régimes ne favorisent ni l'équité ni l'inclusion n'est pas compensé par une plus grande efficacité. A vrai dire, tout porte à croire qu'ils sont moins efficaces que les régimes publics auxquels ils ont été substitués. Quant à l'argument selon lequel les coûts administratifs inutilisés seraient réduits, il a été démenti puisque, pour faire face à la concurrence, les régimes privés sont obligés d'engager des équipes de vendeurs rémunérés à la commission et de consacrer des budgets considérables à la publicité. D'où une augmentation considérable des frais de fonctionnement.³⁵

Au-delà de la tendance générale à la privatisation qui se dessine depuis quelques années, il convient de souligner que les systèmes d'assurance vieillesse varient énormément d'un pays à l'autre. En Afrique du Sud, par exemple, l'aide de l'État aux personnes âgées, qui est décrite plus loin, offre un exemple de régime non contributif. Au Brésil, l'extension de l'assurance sociale aux travailleurs du secteur informel et aux travailleurs ruraux a énormément accru le nombre de bénéficiaires. Ce sont là deux exemples qui illustrent les méthodes novatrices adoptées dans le monde en développement pour améliorer la protection sociale des personnes âgées.³⁶

Innovations dans la protection sociale des travailleurs informels

Les régimes d'assurance officiels ne sont pas à la portée des personnes qui travaillent dans le secteur informel, notamment à cause de la cherté des primes, de l'obligation de produire une fiche de paie et de la rigidité de modalités telles que le versement mensuel d'un montant identique pendant toute l'année. Il existe néanmoins différentes possibilités de mettre en place des systèmes de protection sociale pour ces travailleurs. Le BIT recherche, avec les pays concernés, des moyens d'ouvrir les régimes de sécurité sociale existants à des catégories de travailleurs qui en étaient jusqu'ici exclus. Des systèmes de micro-assurance sont créés au sein des communautés locales. De nombreuses formules ont été expérimentées dans le domaine de l'assurance sociale

en général, et de l'assurance maladie en particulier, souvent à l'intention des femmes et surtout des plus démunies.

Les exemples qui suivent montrent qu'il est possible de créer des systèmes qui couvrent beaucoup de travailleurs informels. Même si, dans la pratique, le degré de redistribution obtenu—entre les générations, entre les classes sociales et entre les sexes—est très variable, ces systèmes sont fondés sur l'idée que la protection sociale des citoyens relève de la responsabilité de l'État et que cela devrait garantir un minimum de redistribution. De précieux efforts sont actuellement faits pour inclure davantage de travailleurs informels dans les programmes existants et financer ces programmes à l'aide de subventions croisées, de telle sorte qu'une plus grande partie de la population bénéficie d'une protection sociale. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que les pays dotés des systèmes sociaux les plus ouverts soient ceux qui ont connu de grandes luttes sociales et ont été amenés à s'interroger sur la notion de responsabilité sociale (Chili, Brésil, Afrique du Sud) ou ceux qui sont idéologiquement attachés à l'équité sociale (Costa Rica).

Le programme de sécurité sociale de la SEWA pour les travailleuses du secteur informel³⁷

Au cours de ces vingt dernières années, l'Association des travailleuses indépendantes (SEWA) a construit un programme global de sécurité sociale au Gujarat, en Inde. Le gouvernement indien subventionne deux grandes compagnies d'assurance pour que celles-ci mettent leurs services à la disposition de groupes défavorisés, dont les membres de la SEWA. Cette association constitue un exemple non seulement parce qu'elle a réussi à nouer des partenariats avec le gouvernement et le secteur de l'assurance en obtenant des conditions favorables, mais aussi parce qu'elle a fait la preuve de sa capacité à répondre à tout moment aux besoins de ses membres. Aujourd'hui, son programme de sécurité sociale offre un ensemble très complet de prestations d'assurance sociale à plus de 100 000 travailleuses du secteur informel.

La SEWA considère que cette réussite tient en partie à l'interaction entre ses différents programmes: la banque SEWA, à laquelle sont versées les primes annuelles; l'éducation sanitaire qui sensibilise ses membres aux problèmes de santé; et

Encadré 8.2 L’extension de la couverture sociale aux domestiques

Selon les pays, les employés de maison sont classés parmi les travailleurs du secteur formel ou du secteur informel. Ils sont souvent rangés dans la catégorie des “indépendants” bien que l’existence d’une relation d’emploi soit évidente. L’écrasante majorité des employés de maison sont des femmes, souvent très jeunes (adolescentes ou fillettes), qui vivent loin de chez elles. Elles effectuent de longues journées de travail, sont très peu rémunérées et n’ont pratiquement aucune autonomie.

La relation entre l’employeur et l’employée de maison est faite d’un mélange de dépendance mutuelle et d’autorité matriarcale. Les employées de maison sont entièrement subordonnées à leurs employeurs mais ceux-ci les aident parfois à payer des soins de santé, des frais de scolarité ou de formation pour elles-mêmes si elles sont jeunes ou pour leurs enfants. Une telle aide ne correspond pas à une obligation stipulée par contrat, elle est accordée selon le bon vouloir de l’employeur. La sécurité à long terme n’existe pas.

Comme les employées de maison sont dispersées chez des particuliers, il est très difficile d’entrer en contact avec elles ou de les aider à former une association. Il est également difficile de faire en sorte qu’elles aient une protection sociale. Néanmoins, dans certains pays, d’Amérique latine notamment, des organisations officielles et informelles ont pris leur défense. En 2002, les employées de maison sud-africaines (ainsi que les ouvrières agricoles saisonnières) ont été prises en charge par le fonds d’assurance chômage. Pour bénéficier de cette assurance, elles doivent faire valoir leurs droits et s’assurer que leurs employeurs acquittent régulièrement leurs cotisations au fonds.

Source: Lund 2004.

l’alphabétisation. Elle bénéficie de l’aide de donateurs pour couvrir les frais de fonctionnement mais la solidarité et l’unité jouent également un rôle déterminant puisque les membres elles-mêmes assument une grande partie du travail administratif.

L’une des difficultés de la SEWA est que, même si le programme est conçu pour des femmes pauvres, certaines de ses membres les plus démunies ne peuvent acquitter les primes; or celles-ci doivent être fixées à un taux qui garantisse la durabilité du programme. En outre, les centres de soins auxquels l’assurance maladie donne accès sont loin d’être adéquats.

Des prestations de santé pour les “temporeras” du Chili³⁸

Nous l’avons vu au chapitre 6, la spectaculaire croissance des exportations de produits horticoles enregistrée ces dernières années en Amérique latine, s’est accompagnée d’une augmentation des emplois d’ouvrières agricoles saisonnières ou *temporeras*. Au Chili, ces travailleuses bénéficient depuis peu de prestations de sécurité sociale qui étaient à l’origine réservées aux travailleurs à plein temps.

La majorité des hommes et des femmes qui travaillent comme saisonniers sont rémunérés en deçà du salaire minimum légal. Quelques femmes perçoivent des salaires plus élevés pendant une brève période de l’année, mais les revenus moyens des femmes sont inférieurs à ceux des hommes et celles-ci sont beaucoup nombreuses dans la catégorie des très bas salaires. Les travailleurs chiliens ont le choix entre une assurance maladie publique ou privée mais, pour être affiliés, ils doivent payer des cotisations pendant toute l’année. Les travailleurs temporaires étaient donc réticents à adhérer à l’un ou l’autre régime. Pour être soignées, les *temporeras* étaient donc obligées de s’adresser aux services de santé en tant qu’“indigentes”.

Avec le temps, le *Servicio Nacional de la Mujer* (SERNAM) a réussi à faire évoluer les conditions de travail des *temporeras*. Grâce aux pressions qu’il a exercées, des services de garde d’enfants ont été mis à la disposition des travailleuses de l’horticulture et d’autres ouvrières agricoles, et les pouvoirs publics ont chargé quatre commissions nationales de veiller aux conditions de travail des *temporeras*: la commission de la santé et de la sécurité au travail, la commission de l’aide parentale, la commission

des pesticides et la commission de la formation. En 2000, les règlements régissant l'assurance maladie ont été modifiés. La durée de cotisation obligatoire pour une couverture annuelle a d'abord été réduite à trois mois, puis à 60 jours, afin que les *temporeras* puissent avoir accès à l'assurance.

En outre, les mécanismes de protection sociale ont été étendus à d'autres travailleurs atypiques ou du secteur informel, comme les employées de maison, catégorie extrêmement vulnérable et très isolée (voir l'encadré 8.2).

Assurance maladie et pensions de retraite pour les travailleurs du secteur informel au Costa Rica³⁹

Le Costa Rica offre l'exemple inhabituel d'un régime de protection sociale institué, sur l'initiative du gouvernement, à l'intention des travailleurs informels qui ne remplissent pas les conditions requises pour avoir droit aux prestations de la sécurité sociale officielle. Contrairement au régime chilien des *temporeras*, qui est obligatoire, celui-là est pour le moment un régime volontaire qui comprend l'accès aux soins de santé et à un plan d'épargne retraite.

La population du Costa Rica, relativement peu nombreuse et homogène, jouit depuis longtemps d'une vaste protection sociale, mais le changement démographique et l'évolution du marché du travail ont créé de nouvelles exigences. Cette évolution se manifeste notamment par l'accroissement rapide du taux d'activité des femmes. Celles-ci travaillent principalement dans le secteur tertiaire et leurs conditions d'emploi sont moins bonnes que celles des hommes. Du fait de l'essor de l'économie informelle, dans laquelle les femmes sont nombreuses, la proportion de travailleurs sans protection sociale a augmenté. Au milieu des années 1990, des organisations de la société civile, regroupées sous les auspices du Forum pour la concertation nationale, se sont vivement opposées à la privatisation des retraites. Elles ont obtenu l'adoption d'une loi sur la protection des travailleurs, qui prévoit un régime d'assurance volontaire.

Ce régime est ouvert aux travailleurs indépendants, à ceux qui sont à leur compte et à ceux qui ne touchent ni salaire ni traitement, tels que les travailleurs familiaux, les mères de famille et les étudiants. Il s'adresse aux personnes qui n'ont jamais

cotisé à une assurance maladie ni à un régime de retraite, ou pendant trop peu de temps pour percevoir des prestations suffisantes. Peuvent y adhérer toutes les personnes issues de familles dont le revenu par tête est inférieur au montant minimum déterminé par l'Institut de statistiques sur la base d'un panier de produits alimentaires de base. La part de l'État représente 0,25 pour cent du revenu de référence et celle du travailleur indépendant 7,25 pour cent, révisable à la baisse jusqu'à 4,75 pour cent.

Au départ volontaire, ce régime contributif est devenu obligatoire en 2005, c'est-à-dire que tous les travailleurs indépendants doivent désormais y adhérer. Le but est d'augmenter le nombre des cotisants, car si avant 2005, un pourcentage remarquable—74 pour cent—de travailleurs indépendants étaient affiliés à l'assurance maladie, 24 pour cent seulement l'étaient au régime de retraite. Cela s'explique, entre autres, par le fait que les Costaricains pauvres peuvent bénéficier d'une pension non contributive. Ainsi, ce pays réputé pour ses prestations sociales tente de s'adapter en souplesse à l'évolution du marché du travail, notamment en créant des liens entre régimes contributifs et régimes non contributifs.

Le régime des pensions de vieillesse de l'Afrique du Sud⁴⁰

Ce régime, conçu au départ pour venir en aide aux Blancs défavorisés, a été étendu aux gens de couleur en 1928 puis aux Africains en 1944. Mais à l'époque de l'apartheid, les pensions de la population africaine étaient soumises à des conditions de ressources plus strictes et étaient très inférieures à celles des Blancs. A la fin de l'apartheid, tous les ayants droit furent placés sur un pied d'égalité et le taux d'adhésion des Africains augmenta rapidement. L'État verse une pension mensuelle aux femmes de 60 ans et aux hommes de 65 ans dont les revenus se situent au-dessous d'un plafond déterminé.

On a constaté que ces pensions amélioraient la situation économique non seulement des bénéficiaires eux-mêmes mais aussi des membres de leur famille. En effet, beaucoup de personnes âgées sud-africaines, surtout dans les milieux ruraux pauvres, vivent dans des familles élargies avec leurs enfants et petits-enfants. La pension est versée à titre individuel mais comme ces familles regroupent en général leurs revenus, elle

entre en grande partie dans la caisse commune. De cette façon, les travailleuses de l'économie informelle qui prennent de l'âge et d'autres femmes âgées sans grands moyens, telles que les employées de maison à la retraite ou les veuves, peuvent compter sur une certaine tranquillité financière pour leurs vieux jours. Leur pension leur permet d'être plus autonomes face aux inconvénients de la vieillesse et de mériter leur place au sein de la famille. Aujourd'hui, ce régime assure 80 pour cent de la population âgée africaine et un nombre insignifiant de Blancs.

Bien que les pensions de vieillesse ne soient pas contributives et qu'elles soient financées par le trésor public, le régime est considéré comme viable et peu coûteux. Sur le plan financier, le gouvernement alloue chaque année une augmentation qui, ces dernières années, a été une augmentation en valeur réelle. Sur le plan démographique, la population sud-africaine compte peu de personnes âgées. L'épidémie de sida a écourté l'espérance de vie et relativement peu de personnes devraient atteindre l'âge d'admission aux droits à pension. Toutefois, parmi celles qui ont déjà atteint cet âge, beaucoup élèvent des enfants dont les parents ont été emportés par le sida. De ce fait, la pension de vieillesse de l'État est bien souvent une source essentielle de sécurité économique.

Les enseignements des régimes innovateurs

Le programme de sécurité sociale de la SEWA prouve qu'une assurance sociale destinée aux travailleurs informels peut donner des résultats concluants et perdurer. Cependant, une telle résistance est peu fréquente. Pour ce qui est de l'Afrique, l'un des rares exemples est celui de l'UMASIDA, abréviation ki-swahili qui signifie "Fonds communautaire de soins de santé pour le secteur informel de Dar-es-Salaam", en Tanzanie. Créé en 1995 à la suite d'un projet du BIT, l'UMASIDA, destiné spécifiquement aux travailleurs informels, hommes et femmes vendeurs des rues, de Dar-es-Salaam, s'est rapidement développé, assurant 1 500 travailleurs et leurs familles (4 500 personnes). Il permet à ses adhérents d'accéder aux soins de santé primaires dans des structures privées sélectionnées et à des consultations qui les

orientent vers les hôpitaux publics. Bien que la modicité des cotisations lui pose quelques problèmes financiers, l'UMASIDA a mieux fidélisé ses membres que bien d'autres mutuelles de santé.⁴¹

L'une des clés du succès, du programme de la SEWA notamment, est la capacité d'adaptation aux besoins des affiliés. La souplesse caractérise également les systèmes gouvernementaux chilien et costaricain. Au Chili, l'assurance santé a été étendue à une catégorie de travailleurs qui n'était pas couverte auparavant, à savoir les travailleurs saisonniers. Le Costa Rica a mis en place un régime d'assurance volontaire pour la maladie et la vieillesse, à l'intention des travailleurs indépendants et des personnes sans revenu d'activité. Toutefois, ces deux régimes ont été mis en place récemment et il est encore trop tôt pour pouvoir en évaluer les résultats.

L'extension de la protection sociale aux travailleurs informels ou dispersés entraîne forcément des coûts administratifs supplémentaires. Le Chili et le Costa Rica ont greffé leurs nouveaux régimes d'assurance sur la structure administrative de la sécurité sociale existante, et ces deux pays ont une population assez peu nombreuse. La SEWA s'appuyant sur la solidarité et l'unité qu'elle construit depuis des années, ce sont ses membres elles-mêmes qui assument la majeure partie des frais administratifs. Aucune des études de cas ne s'est penchée sur la question de savoir comment obtenir une contribution des employeurs. Sans de bonnes conditions d'organisation, la viabilité financière pourrait exiger des subventions à long terme.

Le cas du Costa Rica montre que les travailleurs informels s'assurent plus facilement contre la maladie qu'ils n'épargnent pour leur retraite. La SEWA constate, quant à elle, que son assurance maladie attire plutôt des personnes âgées, plus susceptibles que d'autres d'avoir des problèmes de santé, ce qui est un problème commun à toutes les assurances. L'autre leçon à tirer de l'expérience de la SEWA est que la qualité des soins de santé auxquels auront accès les assurés doit être prise en considération.

Ces démarches novatrices nous enseignent aussi qu'à l'avenir, la capacité de l'État à garantir la protection sociale de catégories entières de population, par le biais des institutions existantes ou de nouvelles structures, sera probablement décisive. Nous l'avons vu avec la pension de vieillesse sud-africaine mais

aussi avec les régimes chilien et costaricain. Il faut donc cesser d'appeler l'État à se "réinvestir" pour reconnaître qu'il est "déjà investi", et chercher des moyens d'améliorer ses interventions. Enfin, la mise en place d'un revenu de base, sous la forme d'une pension universelle, quasi-universelle ou forfaitaire ou encore d'une allocation parentale, peut éviter à ceux qui en ont besoin d'être montrés du doigt et en même temps réduire le pouvoir discrétionnaire de la bureaucratie. En outre, son administration est relativement facile et peu coûteuse.

LES PROGRAMMES DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ: POUR LES FEMMES, MAIS SANS L'ÉGALITÉ DES SEXES?

Ces dernières décennies, plusieurs gouvernements et organisations non gouvernementales ont mis en place des programmes de lutte contre la pauvreté spécialement destinés aux femmes pauvres. Les programmes de micro-crédit sont les plus connus. Mais au niveau international, on s'est moins intéressé à un autre type de programme qui s'adresse à ces femmes en leur qualité de membres de la société, de mères et de dispensatrices de soins. En Amérique latine, par exemple, la grave crise sociale engendrée par l'ajustement structurel a poussé de nombreuses femmes pauvres vers des projets réalisés au sein des communautés rurales et urbaines pour aider les familles à faire face à leurs besoins quotidiens. Ces projets trouvaient leur origine dans une longue tradition d'aide sociale inspirée de la philanthropie chrétienne.⁴² Le succès remporté par certains de ces programmes dans les années 1980 a attiré l'attention des bailleurs de fonds et des gouvernements.

Depuis quelque temps, on tente d'incorporer dans certains de ces programmes les notions de "participation" et d'"autonomisation", actuellement à la mode dans les milieux politiques nationaux et internationaux. Quant à savoir s'il s'agit là d'une véritable volonté de démocratisation ou si ces efforts ont été véritablement institutionnalisés et quels en ont été les conséquences pour l'égalité entre les sexes, ce sont des questions qui

méritent d'être posées. Nous nous contenterons ici d'examiner brièvement un seul programme public de cette nature: le programme *Oportunidades*, souvent dénommé *Progresa/Oportunidades*, qui a débuté en 1997 et a ensuite été réorganisé et élargi sous la présidence de Vincente Fox, arrivé au pouvoir au Mexique en 2000.

Progresa/Oportunidades est le plus vaste programme de ce type en Amérique latine. Il distribue de l'argent et de la nourriture à environ cinq millions de familles rurales défavorisées, à la condition que celles-ci envoient leurs enfants à l'école et que leurs membres se rendent régulièrement dans les centres de soins. Il s'agit donc d'un programme ciblé qui vise la réduction de la pauvreté à la fois à court et à long terme, selon le principe de la "gestion des risques sociaux" préconisé par la Banque mondiale. L'accent est mis sur la "co-responsabilité": en échange de l'aide que leur apporte le programme, les participants doivent assumer certaines obligations. En l'occurrence, ce sont les mères des familles nécessiteuses qui doivent veiller à ce que l'obligation d'aller à l'école et l'obligation d'aller au dispensaire soient respectées.

Certains ont considéré ce programme comme positif car l'argent est donné directement aux femmes, plus fiables que les hommes lorsqu'il s'agit d'utiliser l'argent pour le bien de la famille. Mais malgré cette volonté d'accroître l'"autonomie" des femmes, les évaluations ont mis à jour plusieurs failles concernant l'égalité entre les sexes.⁴³ A cela s'ajoutent les inconvénients déjà connus du ciblage: exclusion de certaines familles qui devraient faire partie du groupe cible, stigmatisation des familles désignées comme nécessiteuses et création de dissensions au sein de la communauté. Certains reprochent au programme d'avoir alourdi la charge de travail non rémunéré des participantes et de ne pas les avoir aidées à acquérir des qualifications utiles sur le marché du travail. Comme elles étaient "payées par le gouvernement", ces participantes devaient exécuter des tâches d'utilité collective telles que le ménage des écoles ou des dispensaires, qui n'incombaient pas aux autres femmes.⁴⁴

Malgré la place centrale accordée aux femmes, peu d'efforts ont été faits pour orienter le programme vers l'égalité des sexes, par exemple en faisant participer les pères à certains travaux bénévoles ou en leur demandant d'accompagner les enfants à

l'école ou aux centres de soins. Ce programme reproduit donc, en l'accentuant, la répartition traditionnelle des rôles entre les sexes, puisqu'il faut être une "bonne mère" pour avoir droit aux aides—attitude qui évoque des réminiscences des années 1920 et qui est révélatrice d'une remarquable continuité dans la politique sociale.⁴⁵ Les femmes n'ont pas été invitées à participer à la conception et à la gestion du programme et aucune action collective n'a été suscitée, ce qui aurait apporté la preuve que l'idée était bien de favoriser une véritable "autonomisation" des femmes.

Il y a des leçons à tirer de l'expérience *Progresa/Oportunidades*. Les programmes gouvernementaux de lutte contre la pauvreté reconnaissent de plus en plus que les femmes peuvent contribuer au développement, mais celles-ci ne tirent guère d'avantages d'une telle reconnaissance. Malgré une adhésion proclamée au principe de l'égalité des sexes, les évaluations des bailleurs de fonds ne retiennent pas le fait que l'on soigne tant les intérêts des enfants au détriment de leurs mères. Le **RDM 2004**, par exemple, présente *Progresa/Oportunidades* comme un programme exemplaire de lutte contre la pauvreté.⁴⁶ Or ce programme a certes réussi à améliorer l'état nutritionnel et la fréquentation scolaire des enfants (des filles, en particulier)—objectifs sociaux auxquels la plupart des femmes qui ont participé au programme tiennent certainement beaucoup—mais il n'était pas exempt de défauts ni de préjugés. Le RDM ne contient pas la moindre allusion à la conception extrêmement inégalitaire de la famille sur laquelle ce programme s'est construit et qu'il a cautionnée et consolidée en utilisant les femmes comme des "instruments au service de son objectif",⁴⁷ c'est-à-dire en faisant transiter par elles les ressources de façon à obtenir une plus grande amélioration des conditions de vie des enfants et de la famille.

Non seulement les programmes de ce type se subventionnent eux-mêmes à l'aide du travail non rémunéré des femmes mais encore ils font peu de cas de la nécessité dans laquelle se trouvent souvent les femmes des communautés peu fortunées de gagner de l'argent en travaillant pour autrui ou à leur compte. Des programmes comme *Progresa/Oportunidades* passent à côté de l'action transformatrice qui pourrait être la leur s'ils répondaient aux besoins de ces femmes, qui réclament une formation professionnelle et des services de garde d'enfants fiables et peu coûteux pour se rendre plus autonomes et jouir d'une plus grande sécurité financière. En l'absence de telles mesures, les programmes axés sur la santé et les enfants risquent fort d'enraciner plus profondément les inégalités entre les sexes et de rendre encore plus difficile l'accès des femmes à un emploi rémunéré et à la possibilité de faire leurs propres choix de vie.

Lors de l'évaluation de programmes de lutte contre la pauvreté, de régimes de protection sociale ou de services publics, l'important est de savoir si les attentes en matière de participation, de respect des droits et de citoyenneté sont satisfaites. En particulier, les femmes parviennent-elles à affirmer leur présence et à faire suffisamment entendre leur voix pour que leurs intérêts soient pleinement pris en compte dans les politiques élaborées? La libéralisation et le rejet de l'État expliquent en partie la persistance des injustices dont elles sont victimes. Mais d'autres questions se posent à propos des opinions et des intérêts qui s'imposent dans le monde politique, dans le choix des orientations et dans la conception des services: quel est le type de société à laquelle on aspire et quelle est la place des femmes en son sein? Quelles obligations les citoyens ont-ils les uns envers les autres? Et quelles sont les obligations de l'État envers les citoyens? Ces questions sont analysées dans la section 3.

Notes

- 1 Voir la note de la figure 8.1 pour la composition des “secteurs sociaux”.
- 2 Cornia et coll. 1987.
- 3 MacPherson et Midgley 1987: 134, cité dans Vivian 1995: 21.
- 4 Vivian 1995.
- 5 FMI 1998 et 2000, cité dans Mkandawire 2001.
- 6 Banque mondiale 2001c; Holzmann et Jorgensen 2000: 28.
- 7 PNUD 2003; Programme focal du BIT sur la sécurité socio-économique; Programme de l'UNRISD sur la politique sociale dans le contexte du développement; Globalism and Social Policy Programme (GASPP).
- 8 Banque mondiale 2003a: 133-160.
- 9 Devereux et Sabates-Wheeler 2004.
- 10 Mackintosh et Tibandebage 2004b: 167.
- 11 Baldwin 1990; Barr 1998; Mkandawire 2001; Lund 2004.
- 12 Mackintosh et Tibandebage 2004a.
- 13 Molyneux 2004.
- 14 Molyneux 2004.
- 15 Elson et Cagatay 2000.
- 16 Voir UNESCO 2003; d'autres rapports, prévus pour 2005, couvriront ce thème de façon exhaustive.
- 17 Esping-Andersen 1990.
- 18 Cette partie est inspirée de Mackintosh et Tibandebage 2004a.
- 19 Voir Jackson et Rao 2004 pour les données concernant l'Inde.
- 20 Kutzin 1994; Walraven 1996; Ekwempu et coll. 1990; Abdullah 2000.
- 21 Baru 2003.
- 22 Sen 2003.
- 23 Sources citées dans Mackintosh et Tibandebage 2004b.
- 24 Tibandebage 2004.
- 25 Tibandebage et Mackintosh 2002.
- 26 Jewkes et coll. 1998, cité dans Mackintosh et Tibandebage 2004b.
- 27 Mensah 2004.
- 28 Afford 2003.
- 29 Banque mondiale 1995 cité dans Mackintosh et Tibandebage 2004b.
- 30 Banque mondiale 2003a: 144-145.
- 31 Lund 2004.
- 32 Huber et Stephens 2000.
- 33 Huber et Stephens 2000.
- 34 Steinhilber 2004.
- 35 Diamond et Valdes-Prieto 1994: 309.
- 36 Barrientos 2004.
- 37 Chatterjee et Ranson 2003; BIT 2001, cité dans Lund 2004.
- 38 Barrientos et Barrientos 2002.
- 39 Martinez Franzoni et Mesa-Lago 2003, cités dans Lund 2004.
- 40 Ardington et Lund, 1995; Case et Deaton 1998; Case 2001; Lund 2002.
- 41 Tibandebage 2004.
- 42 Jelin 1990; Molyneux 2004.
- 43 Les études sont résumées dans Molyneux 2004.
- 44 Molyneux 2004: 29.
- 45 Molyneux 2004: 36.
- 46 Banque mondiale 2003a: 30-31.
- 47 Molyneux 2004.