

**Est-ce que les pays à faible revenu peuvent prendre en charge un niveau de base de sécurité sociale?**

Le Département de la Sécurité sociale du Bureau international du Travail (BIT) est le service par lequel le BIT fournit l'assistance technique et les conseils à ses pays membres dans le domaine de la politique de sécurité sociale et de la gouvernance, développe des politiques pour appuyer l'extension de la sécurité sociale à tous et l'inclusion sociale, assure la promotion des normes internationales de la sécurité sociale, développe et diffuse des outils pour appuyer la bonne gouvernance des régimes de sécurité sociale.

En 2001, la Conférence internationale du Travail (CIT) a atteint le consensus selon lequel la plus haute priorité devrait être donnée aux politiques et aux initiatives d'extension de la sécurité sociale pour les populations qui ne sont pas actuellement couvertes. En conséquence, la CIT a donné des instructions au BIT pour lancer une Campagne mondiale de promotion de l'extension de la couverture de sécurité sociale pour tous. La série des *Documents de politique de sécurité sociale* est publiée dans le cadre de cette Campagne; son but est de diffuser les études du Département de la Sécurité sociale dans des domaines d'une importance particulière et ainsi fournir des orientations aux pays membres dans la formulation de leurs politiques de sécurité sociale.

Elle complète ainsi d'autres séries de publications intitulées Questions de protection sociale et Extension de la sécurité sociale publiées par le Département de la Sécurité sociale en produisant ainsi une large gamme de sources d'informations.

Bureau international du Travail  
Département de la Sécurité sociale  
4, route des Morillons  
CH-1211 Genève 22 – Suisse

Tél.: (+ 41 22) 799 75 65

Fax: (+ 41 22) 799 79 62

[SECSOC@ilo.org](mailto:SECSOC@ilo.org)

<http://www.ilo.org/secsoc>

---

## **DOCUMENTS DE POLITIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE**

### **Document 3**

Est-ce que les pays à faible revenu peuvent prendre en charge un niveau de base de sécurité sociale?

**Campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous**

**Département de la Sécurité sociale  
Bureau international du Travail**

Copyright © Organisation internationale du Travail 2008  
Première édition 2008

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

Bibliothèques, institutions et autres utilisateurs enregistrés auprès d'un organisme de gestion des droits de reproduction ne peuvent faire des copies qu'en accord avec les conditions et droits qui leurs ont été octroyés. Visitez le site [www.ifro.org](http://www.ifro.org) afin de trouver l'organisme responsable de la gestion des droits de reproduction dans votre pays.

---

*Est-ce que les pays à faible revenu peuvent prendre en charge un niveau de base de sécurité sociale?*  
*Documents de politique de sécurité sociale, Document 3*  
Bureau international du Travail, Département de la sécurité sociale – Genève: BIT, 2008

ISBN 978-92-2-221226-2 (print)  
ISBN 978-92-2-221227-9 (web pdf)

Egalement disponible en anglais: *Can low-income countries afford basic social security? Social security policy briefings, Paper 3* (ISBN 978-92-2-121226-3 (print) & 978-92-2-121227-0 (web pdf), Geneva (2008)).

Données de catalogage du BIT

---

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

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

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

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

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

---

Imprimé par le Bureau international du Travail, Genève, Suisse

---

## Contents

	<i>Page</i>
<b>Abréviations</b> .....	v
<b>1. Introduction: Les arguments pour un niveau de sécurité sociale de base</b> .....	1
La sécurité sociale est un droit humain .....	1
Les niveaux actuels de pauvreté et d'inégalité sont inacceptables.....	1
La sécurité sociale de base réduit plus rapidement la pauvreté.....	1
La sécurité sociale favorise la croissance.....	2
La sécurité sociale assure la promotion de la paix, de la stabilité et de la cohésion sociale par la justice sociale .....	2
La sécurité sociale fait partie des dispositifs institutionnels d'une économie de marché performante .....	2
Les coûts de l'exclusion des populations seront de plus en plus élevés.....	2
Le Plancher de base de la sécurité sociale .....	3
Le niveau mondial de protection sociale est accessible .....	4
<b>2. La protection sociale est accessible: les preuves par des études d'estimation des coûts.</b>	5
2.1. Evaluation du coût du paquet de base de sécurité sociale.....	5
Les pensions de base pour la vieillesse et l'invalidité .....	5
Les prestations de base pour l'enfant.....	7
Les soins de santé essentiels .....	8
Assistance sociale / Régime de l'emploi .....	10
Le paquet global de la protection sociale de base.....	11
2.2. Possibilités de financement.....	12
2.2.1. Statu quo: Part constante des dépenses publiques destinées à la protection sociale de base .....	13
2.2.2. Simulation de changement de politique: Accroissement du montant des dépenses à un cinquième des dépenses publiques .....	14
<b>3. Les effets possibles des transferts sociaux en espèces sur la réduction de la pauvreté ...</b>	17
<b>4. Conclusion</b> .....	19
<b>References</b> .....	21
<b>Annexes</b> .....	23
1. Hypothèses d'estimations des coûts.....	23
2. Projections des dépenses de protection sociale de base .....	25



---

## Abréviations

PIB	Produit intérieur brut
BIT	Bureau international du Travail
FMI	Fonds monétaire international
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
PPA	Parité du pouvoir d'achat
ONU	Organisation des Nations Unies
OMS	Organisation mondiale de la Santé



---

## 1. Introduction: Les arguments pour un niveau de sécurité sociale de base

### La sécurité sociale est un droit humain

L'article 22 de la Déclaration universelle des droits de l'homme stipule que "toute personne, en tant que membre de la société a droit à la sécurité sociale" et l'article 25 le formule dans les termes encore plus précis: "... elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté". Mais plus de 60 ans après l'adoption de cette déclaration, ce droit reste un rêve pour 80 pour cent de la population mondiale, qui n'a toujours pas accès à la sécurité sociale<sup>1</sup>. On sait que pour beaucoup de personnes, même un paquet de base permettrait de passer d'une vie misérable à une vie digne, permettrait de vivre plutôt que de disparaître prématurément. Des millions d'enfants meurent chaque année avant d'atteindre 5 ans parce qu'ils n'ont pas accès aux soins de santé adéquats ni à une alimentation suffisante faute de revenu.

### Les niveaux actuels de pauvreté et d'inégalité sont inacceptables

En ce début du 21<sup>ème</sup> siècle, la moitié de la population mondiale vit en dessous du seuil de pauvreté de 2 dollars des Etats-Unis par jour. Selon les Nations Unies, les 10 pour cent les plus riches de la population mondiale adulte possèdent 85 pour cent de la richesse mondiale, tandis que les 50 pour cent les plus pauvres ont à peine 1 pour cent de cette richesse. Etant donné que les retombées de la croissance mondiale ne bénéficient pas automatiquement à tout le monde, un plancher social mondial est indispensable pour garantir la dimension sociale de la mondialisation.

### La sécurité sociale de base réduit plus rapidement la pauvreté

Il est bien connu que la protection sociale est un instrument puissant pour prévenir et atténuer la pauvreté et les inégalités. Les systèmes de sécurité sociale dans de nombreuses économies de marché développées réduisent la pauvreté et les inégalités de moitié voire même plus. Il existe aussi un nombre croissant d'expériences réussies qui montrent le rôle des transferts sociaux dans la lutte contre la pauvreté en Afrique, en Amérique latine et en Asie, qui ont donné des résultats plus rapides que ceux de l'effet "goutte à goutte" (*trickle down effect*) prévu par les politiques économiques (théorie selon laquelle la prospérité des plus riches finit par profiter aux plus démunis). Pour un pays à faible revenu, un système de sécurité sociale de base peut faire la différence entre l'atteinte ou non de l'objectif du Millénaire pour le développement (OMD) n°1 de réduire de moitié l'extrême pauvreté avant 2015, il peut en plus, accélérer l'atteinte d'autres objectifs du Millénaire pour le développement et contribuer à la réalisation de l'agenda du travail décent.

<sup>1</sup> Les termes "sécurité sociale" et "protection sociale" ont été utilisés de manière interchangeable dans le présent document. Dans la littérature et le débat public sur les questions sociales, le terme "sécurité sociale", utilisé depuis des dizaines d'années, est souvent compris comme l'ensemble de transferts provenant du secteur formel. La "protection sociale" est considérée comme un concept plus large (Cichon et al., 2004).

---

## **La sécurité sociale favorise la croissance**

Les transferts par les systèmes de sécurité sociale renflouent les économies locales et ont un impact positif sur leur développement. En augmentant les revenus des pauvres les transferts contribuent à accroître la demande domestique qui à son tour, encourage la croissance par l'expansion des marchés locaux. Au niveau macroéconomique, des preuves de plus en plus nombreuses démontrent que la redistribution (transfert des revenus) a un effet positif sur la croissance en particulier dans des pays où les inégalités sont élevées (AFD, 2004). Le coût net d'un investissement précoce dans un paquet de prestations de sécurité sociale de base pourrait devenir nul ou même négatif, parce que le poids fiscal serait compensé par des bénéfices économiques et une productivité accrue d'une population active mieux formée, en meilleure santé et bien nourrie.

## **La sécurité sociale assure la promotion de la paix, de la stabilité et de la cohésion sociale par la justice sociale**

La pauvreté et les injustices flagrantes, et les tensions sociales qui en découlent aboutissent le plus souvent à des conflits violents qui finissent par déstabiliser des gouvernements et des régions, provoquant des vagues de migrations irrégulières et rendant ainsi les populations plus réceptives aux appels et actes de terrorisme et à d'autres formes de criminalités. Les programmes de sécurité sociale, en prévenant et en atténuant la pauvreté et en partageant les fruits du labeur de tous plus équitablement, contribuent à renforcer la paix, la stabilité et la cohésion sociale. Garantir la sécurité sociale est l'un des moyens les plus efficaces dont dispose un État pour accroître sa légitimité et assurer la stabilité après les conflits.

## **La sécurité sociale fait partie des dispositifs institutionnels d'une économie de marché performante**

L'expérience des économies de marché développées a largement prouvé que cela est vrai. Il n'existe pas de pays à économie de marché prospère qui ne dispose pas d'un système de sécurité sociale convenable. Les systèmes de sécurité sociale ont fait partie du tissu social qui a appuyé le processus de développement national. Des économies de marché sans ou avec des institutions faibles (y compris des institutions de sécurité ou de protection sociale faibles), ne sont pas en mesure d'assurer une croissance économique et un développement social durable dans une société mondialisée.

## **Les coûts de l'exclusion des populations seront de plus en plus élevés**

Maintenir 80 pour cent de la population mondiale sans protection sociale de base accentue et aggrave la pauvreté, exacerbe les inégalités et multiplie les possibilités de conflits. La pauvreté et la malnutrition abîment la santé des enfants, réduisent leur poids et leurs capacités intellectuelles ce qui aboutira à une productivité réduite à l'âge adulte et constituera un lourd tribut pour le pays. Au niveau international, la mondialisation rencontrera plus de résistance, dans la mesure où la création des richesses bénéficiera à un petit nombre. Pour que la mondialisation soit acceptée, elle doit aussi traiter des aspects sociaux: elle a besoin d'un contrat social mondial. L'un des éléments de ce contrat serait un nouveau Plancher de base de la sécurité sociale, internationalement accepté.

---

## Le Plancher de base de la sécurité sociale

Le Plancher de base de la sécurité sociale fait partie du concept d'un Plancher social mondial ou Plancher socio-économique mondial préconisé, entre autres, par la Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation en 2004 (Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation, 2004, pp. 123). Ces concepts incluent également des droits sociaux et économiques en dehors du cadre de la sécurité sociale.

Le Plancher de base de la sécurité sociale, tel qu'il est ainsi défini, consiste en un modeste paquet de base de garanties de sécurité sociale – mis en place par le biais des transferts sociaux en espèces et en nature – pour tous les citoyens en assurant qu'en fin de compte :

- Tous les résidents ont accès aux prestations de soins de santé de base/soins essentiels à travers des mécanismes variés où l'État accepte la responsabilité générale de garantir que le service et son financement sont adéquats.
- Tous les enfants bénéficient d'un système de sécurité du revenu qui les met au moins au niveau du seuil de pauvreté à travers diverses allocations familiales ou par enfant visant à faciliter l'accès à l'alimentation, l'éducation et les soins.
- Un revenu de soutien pour les chômeurs pauvres en âge de travailler.
- Toutes les personnes âgées ou invalides bénéficient d'un système de sécurité du revenu (pension de vieillesse, d'invalidité ou de survivants) qui les met au moins au niveau du seuil de pauvreté.

Le Plancher de base de la sécurité sociale consiste essentiellement donc en un paquet de garanties de transferts sociaux de base en espèces ou en nature pour tous. Il est formulé comme un paquet de garanties plutôt qu'un paquet de prestations définies afin de laisser l'option à chaque pays de mettre en place ces garanties à travers des transferts soumis à des conditions de ressources, de transferts conditionnels ou universels. Ce qui compte est que chacun dans une société donnée puisse avoir accès à ces prestations essentielles. Alors que les dites prestations font théoriquement partie de l'architecture de la sécurité sociale dans les pays, les prestations fournies tiennent plus de l'assistance sociale que des prestations de sécurité sociale dans la plupart des pays. On part du principe que les prestations de base/peu élevées sont financées par les impôts. Les prestations du plancher social sont garanties à tous les habitants comme un droit, leur financement est donc généralement du ressort de la société dans son ensemble. Les prestations de sécurité sociale sont, d'autre part, des droits acquis sur la base des cotisations payées ou des taxes et elles sont normalement un revenu de remplacement de niveau élevé.

Tous les pays offrent au moins une certaine forme de sécurité sociale mais peu de pays, en dehors des membres de l'Union européenne (UE) ou d'autres pays à haut revenu membres de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), assurent une protection sociale de base pour tous. Les raisons invoquées pour ce déficit de protection sociale sont notamment la mauvaise compréhension de l'intérêt qu'il y a à investir dans la population; des capacités techniques limitées; une pénurie de ressources et un manque de volonté politique. Cette situation appelle une action immédiate. L'idée d'un Plancher de base de la Sécurité Sociale doit être progressivement traduite dans les normes internationales qui sont acceptées de tous et ensuite dans les législations nationales.

Les recherches et l'expérience du Bureau international du Travail (BIT) et d'autres organisations travaillant sur les questions de développement démontrent qu'un pré requis essentiel pour la mise en place du Plancher de Sécurité sociale dans les pays en développement est de faire en sorte que les gouvernements et les autres partenaires

---

comprennent que celui-ci est fiscalement possible et qu'il ne représente pas un coût d'opportunité trop lourd pour l'économie.

### **Le niveau mondial de protection sociale est accessible**

On sait que le monde peut se permettre de faire de la sécurité sociale une réalité et pas juste un rêve. Selon les estimations du BIT moins de 2 pour cent du Produit intérieur brut (PIB) mondiale suffiraient à assurer un paquet de base de prestations de sécurité sociale pour tous les pauvres de la planète (BIT 2007a). Six pour cent du PIB mondiale suffiraient à assurer un paquet de prestations de base à tous ceux qui n'ont pas accès à la sécurité sociale. Cet investissement dans la population représente moins de 10 pour cent et respectivement 30 pour cent de l'investissement global dans les biens. La plupart des ressources nécessaires proviendront sans doute des ressources nationales. L'analyse faite dans ce document montre que cela est possible.

Des propositions pour accélérer la mise en place des systèmes de protection sociale dans les pays à faible revenu ont été formulées au début de ce millénaire. Ces propositions suscitent des questions de fond. L'une concerne l'accessibilité, question que tente d'aborder ce document. La question de l'accessibilité doit être étudiée dans le contexte de la fiscalité et de l'environnement économique au niveau national (Cichon et al., 2004). De plus, il est important de prendre en compte les capacités institutionnelles nationales et la question de la gouvernance.

Aussi faudrait-il tenir compte de l'environnement international par rapport aux exigences de la compétition mondiale afin que les pays n'acceptent pas des conditions en dessous de normes de travail et de normes sociales et qu'ils obtiennent un appui international durant la période de transition jusqu'à ce qu'ils aient la capacité économique et fiscale de financer le paquet de base de protection sociale.

---

## 2. La protection sociale est accessible: les preuves par des études d'estimation des coûts<sup>2</sup>

Le BIT a entrepris deux études de coûts en Afrique et en Asie qui ont fourni les premières estimations des coûts actuels et pour les prochaines décennies du paquet de base de protection sociale dans les pays à faible revenu. Ce modèle de calculs a été pour l'instant appliqué à 12 pays:

- sept pays en Afrique: le Burkina Faso, le Cameroun, l'Éthiopie, la Guinée, le Kenya, le Sénégal et la Tanzanie (Pal et al., 2005); et
- cinq pays en Asie: le Bangladesh, l'Inde, le Népal, le Pakistan et le Viet Nam (Mizunoya et al., 2006).

Une étude similaire sur l'Amérique latine sera bientôt terminée et fera l'objet d'une publication séparée.

### 2.1. Evaluation du coût du paquet de base de sécurité sociale

Sont présentés ci-après dans leurs grandes lignes le principe et les résultats des estimations effectuées par le BIT pour les éléments du paquet de base de protection sociale suivants:

- (1) Pension de vieillesse et d'invalidité universelle de base.
- (2) Les prestations de base pour l'enfant.
- (3) L'accès universel aux soins de santé de base.
- (4) L'assistance sociale/100 jours d'assurance-emploi.

Il faudrait souligner que bien que le modèle utilisé pour l'estimation des coûts soit basé sur le modèle de Mizunoya et al. (2006) et Pal et al. (2005), pour cette étude, une nouvelle prestation de l'assistance sociale/régime de l'emploi a été ajoutée. Par ailleurs, certaines données et hypothèses ont été mises à jour comme celle des projections sur la population, le ratio du salaire des professionnels de la santé sur le PIB par habitant, la limitation des prestations de base pour enfant à deux enfants par femme, etc. Les hypothèses intègrent les suggestions émanant des discussions sur le paquet de base des prestations de sécurité sociale. Les hypothèses sont présentées dans l'annexe 1.

#### ***Les pensions de base pour la vieillesse et l'invalidité***

Un certain nombre de pays à faible revenu et à revenus intermédiaires ont mis en place un système de pensions non-contributives pour leurs populations âgées. Le Brésil, le Botswana, l'Inde, l'Île Maurice, le Lesotho, la Namibie, le Népal et l'Afrique du Sud ont ainsi mis en place des régimes de pensions sociales. Certains de ces régimes ne couvrent que certains groupes cibles au sein de la population. D'autres pays, comme par exemple l'Île Maurice et la Namibie, ont mis en place des régimes qui s'appliquent à tous les résidents âgés de leurs populations. Il a été prouvé que dans ces pays les régimes de

<sup>2</sup> D'après C. Behrendt, K. Hagemeyer: "Can low-income countries afford social security?", dans Peter Townsend ed.: *Social Security - Building Decent Societies*, à paraître.

---

pensions ont un impact significatif sur le niveau de vie des personnes âgées et leurs familles, en particulier sur les enfants (cf. Barrientos et Lloyd-Sherlock, 2003; Barrientos, 2004; Charlton et McKinnon, 2001; Save the Children UK et al., 2005). Cette expérience montre aussi que les pensions sociales sont possibles et accessibles financièrement pour les pays à faible revenu.

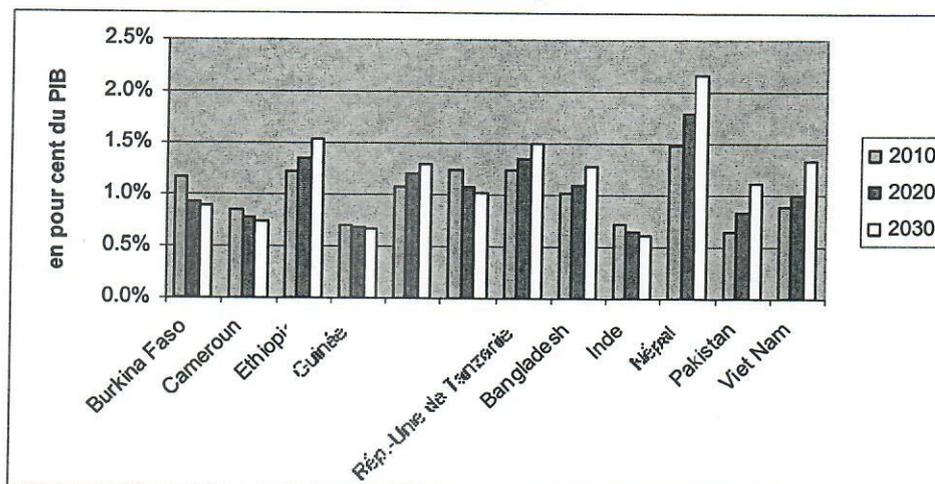
La pension de base a été estimée à hauteur de 30 pour cent du revenu par habitant afin d'aligner le niveau des prestations aux conditions du pays. Cette hypothèse a été établie sur la base des données de la Tanzanie (National Bureau of Statistics Tanzania, 2002) qui fait partie de l'étude. En effet, dans le cas de la Tanzanie, l'enquête du budget/ménage 2000/01 était basée sur 2 seuils de pauvreté (calculs par équivalent adulte pour 28 jours) pour la Tanzanie: le seuil de pauvreté alimentaire estimé à 5 295 shillings (équivalent de 0,43 dollars des États-Unis par jour PPA parité du pouvoir d'achat) et le seuil de pauvreté des besoins de base estimé à 7 253 shillings (équivalent approximativement à 0,59 dollars par jour PPA)<sup>3</sup>. Cela représente respectivement 27,6 pour cent et 37,8 pour cent du PIB par habitant.

L'hypothèse de départ est que la pension universelle pour les personnes âgées et les invalides est estimée à 30 pour cent du revenu par habitant avec un maximum de 1 dollar (PPA) par jour (ajusté selon l'inflation) et devrait être payée à tous les hommes et toutes les femmes âgées de 65 ans ou plus, et aux personnes handicapées en âge de travailler (le pourcentage de personnes éligibles était estimé à 1 pour cent de la population active, ce qui est une estimation prudente du pourcentage de personnes handicapées).

Sur la base de ces hypothèses, le coût annuel de la pension universelle pour les personnes âgées et les invalides est estimé entre 0,6 et 1,5 pour cent du PIB des pays considérés (voir figure 1). Les coûts estimés pour 2010 restent au même niveau ou en dessous de 1 pour cent du PIB dans six des 12 pays, alors qu'au Burkina Faso, en Ethiopie, au Kenya, au Népal au Sénégal et en Tanzanie, il est estimé entre 1,1 et 1,5 pour cent du PIB.

<sup>3</sup> Le seuil de pauvreté alimentaire a été calculé comme "le coût de la nourriture nécessaire pour fournir le niveau minimum en calories pour un adulte avec un mode d'alimentation typique des 50 pour cent de la moitié les plus pauvres de la population" et le seuil de pauvreté des besoins de base inclut en plus le coût d'éléments non alimentaires.

Figure 1. Coûts de la pension universelle pour les personnes âgées et les invalides par rapport au PIB pour les pays d'Afrique et d'Asie (années définies)



Source: D'après Mizunoya et al., 2006 et Pal et al., 2005. Ces données incluent des coûts administratifs fixés à 15 pour cent des prestations.

### Les prestations de base pour l'enfant

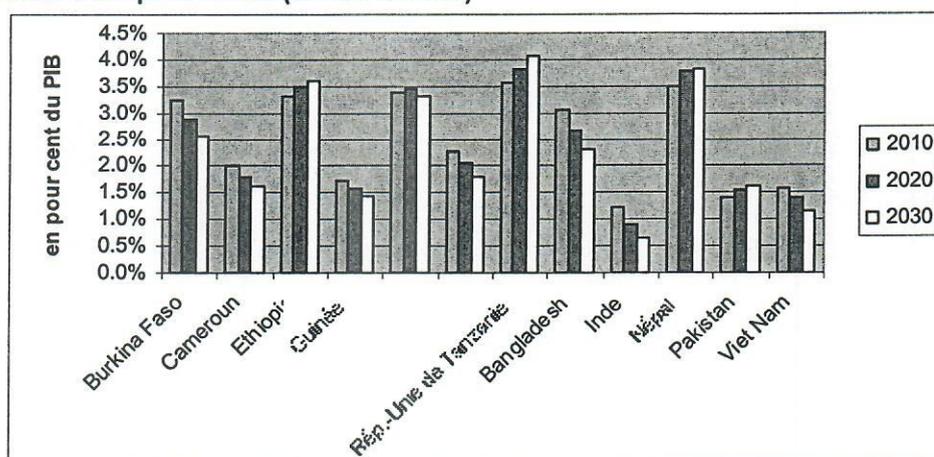
Les pensions de vieillesse et d'invalidité peuvent certainement avoir un impact sur les moyens de subsistance des ménages avec une personne âgée, mais des prestations plus étendues seront nécessaires pour obtenir un impact significatif sur la réduction de la pauvreté de l'ensemble de la population. Les prestations aux familles avec enfants peuvent avoir un impact important, comme cela a été montré par les programmes de prestations en espèce pour enfants dans un contexte de développement (Save the Children UK et al., 2005). Beaucoup de ces programmes existent en Amérique latine et ont été mis en place en tant que programmes de prestations en espèces sous conditions (voir par exemple Rawlings, 2005; de la Brière et Rawlings, 2006). Beaucoup de ces programmes ont eu un impact notable sur la réduction de la pauvreté et sur la fréquentation scolaire. Bien que les preuves de leur effet sur la réduction des pires formes de travail des enfants ne sont pas encore décisives, des évaluations ont constaté des effets positifs dans certains pays, en particulier lorsque les prestations en espèces sont liées aux activités après l'école (Tabatabai, 2006). Cependant, il y a des doutes sur l'efficacité de ces programmes des prestations en espèces sous conditions lorsqu'il n'y a pas d'infrastructures scolaires et de santé (Kakwani et al., 2005).

Le niveau minimal de la prestation pour enfant est estimé à la moitié du montant de la pension universelle pour les personnes âgées soit 15 pour cent du revenu par habitant dans la limite de 1 dollar (PPA) par jour (ajusté selon l'inflation) et limité à 2 enfants âgés de moins de 14 ans par femme. Pour contrer les critiques qui clament que les prestations universelles aux enfants pourraient engendrer une augmentation du taux de fécondité, nous avons limité les prestations en espèce à deux enfants. L'enquête démographique et de santé pour certains des pays étudiés indique la proportion d'enfants qui devraient être concernés par ces prestations. Par exemple, au Cameroun, 46,4 pour cent et au Bangladesh 57,6 pour cent d'enfants âgés de 0 à 14 ans devraient recevoir des prestations. Le nombre d'enfants qui remplissent les conditions pour les prestations était estimé pour la période par rapport à la croissance de femmes en âge de procréer.

Les estimations de coûts de prestations universelles pour enfants varient considérablement selon les pays, mais il y a une tendance dominante vers une baisse de coûts pour le long terme dans la plupart des pays (figure 2). Pour l'année 2010, les estimations des coûts restent en dessous de 3,6 pour cent du PIB dans tous les pays étudiés, avec un maximum

pour la Tanzanie qui atteint 3,6 pour cent du PIB et un minimum de 1,2 pour cent du PIB pour l'Inde.

Figure 2. Coûts des prestations universelles de base pour enfants par rapport au PIB dans les pays étudiés d'Afrique et d'Asie (années définies)



Source: D'après Pal et al., 2005; Mizunoya et al., 2006; estimations du BIT. Ces données incluent des coûts administratifs fixés à 15 pour cent des prestations.

### Les soins de santé essentiels

Un paquet de base de protection sociale serait incomplet sans l'accès universel aux soins de santé essentiels. Il est bien connu que la maladie est un risque majeur et que les dépenses élevées de santé peuvent faire basculer les individus et les familles dans la pauvreté pour une longue durée. Ce constat est encore plus pertinent dans les pays avec un niveau élevé de prévalence du VIH-SIDA, mais il ne faudrait pas non plus oublier les effets des maladies moins médiatisées comme le paludisme, qui sont des causes élevées de morbidité et de mortalité dans certains pays.

Donner l'accès aux soins de santé, ainsi que l'accès équitable aux mécanismes d'assurance-santé est une importante contribution à l'éradication de la pauvreté et de la vulnérabilité (BIT 2007b; Lamiraud et al., 2005; Scheil-Aldung et al., 2006). De tels mécanismes réduisent la pauvreté et la vulnérabilité sur plusieurs niveaux: en facilitant l'accès aux soins de santé, ils améliorent la santé et restaurent plus rapidement les forces de travail et assurent ainsi que les problèmes de santé d'un membre de la famille n'occasionnent pas des dépenses insoutenables pour toute la famille. De plus, des retombées positives sur la scolarisation des enfants, l'emploi et la population active constituent une valeur ajoutée qui contribue à la croissance économique durable et au développement.

Les estimations de coûts utilisées dans cette étude reflètent les calculs réalisés sur la base des coûts spécifiques dans chaque pays. Ces estimations tiennent compte des paramètres suivants: le ratio des professionnels de la santé par rapport à la population; leurs salaires et des coûts annexes qui ne sont pas liés au personnel. L'hypothèse de départ est que 300 professionnels de la santé sont disponibles pour 100,000 habitants. Cette hypothèse correspond approximativement à la situation de la Namibie en 1997<sup>4</sup> (qui correspond à peu près à 40 pour cent du niveau du Royaume Uni). Le niveau de la Namibie a été choisi parce que depuis 1990, le gouvernement namibien a mis en place un cadre politique appelé: Vers les soins de santé à tous les Namibiens (*Towards Achieving Health for All*

<sup>4</sup> Système statistique de l'Organisation mondiale de la Santé (WHOSIS).

---

*Namibiens*) et il s'est engagé à assurer l'accès aux soins de santé à tous les Namibiens avant l'an 2000<sup>5</sup>. La Thaïlande a un taux comparable de professionnels de la santé par rapport à la population et réalise de meilleurs résultats de santé comme le montre le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans. Ainsi, ces niveaux de ratio du personnel atteints par la Namibie et la Thaïlande devraient être une référence pour les possibilités des régions et un seuil minimum pour les normes exigées en vue de l'accès universel aux soins de santé. Lorsque des données séparées sur les salaires du secteur de la santé n'étaient pas disponibles, il a été considéré que le salaire moyen des professionnels de la santé était égal au salaire moyen des enseignants. Les salaires des professionnels de la santé ont été estimés à un minimum de trois fois le PIB par habitant et sont indexés à la croissance du PIB par habitant. Les autres dépenses non liées au coût du personnel ont été estimées à 67 pour cent des salaires<sup>6</sup>.

Alors que la Commission macroéconomie et santé (CMS, 2001) a fourni des estimations de coût par habitant pour renforcer les services de santé prioritaires dans les pays à faible revenu en vue de réaliser la couverture universelle des soins de santé pour la population pauvre, ces niveaux estimés à 34 dollars par an en moyenne dans les pays à faible revenu avant 2007 et 38 dollars en 2015 sont très élevés comparés au niveau actuel des dépenses. Les dépenses actuelles dans les pays à faible revenu restent bien en dessous pour le moment. Selon les statistiques de l'OMS<sup>7</sup>, les dépenses publiques de santé par habitant, au taux de change moyen du dollar des Etats-Unis en 2004 oscille entre 3 dollars en Ethiopie, en Guinée et au Pakistan et 16 dollars au Sénégal. Selon les estimations du modèle du BIT pour 2010, les dépenses de santé par habitant oscillent entre 4,43 dollars au Népal et 24,23 au Cameroun.

Les enjeux de l'extension de la couverture en soins de santé à une plus large couche de la population dépasse l'aspect du coût. L'une des difficultés majeures dans plusieurs pays est que le personnel médical qualifié n'est pas disponible à tous les niveaux pour assurer les soins nécessaires.

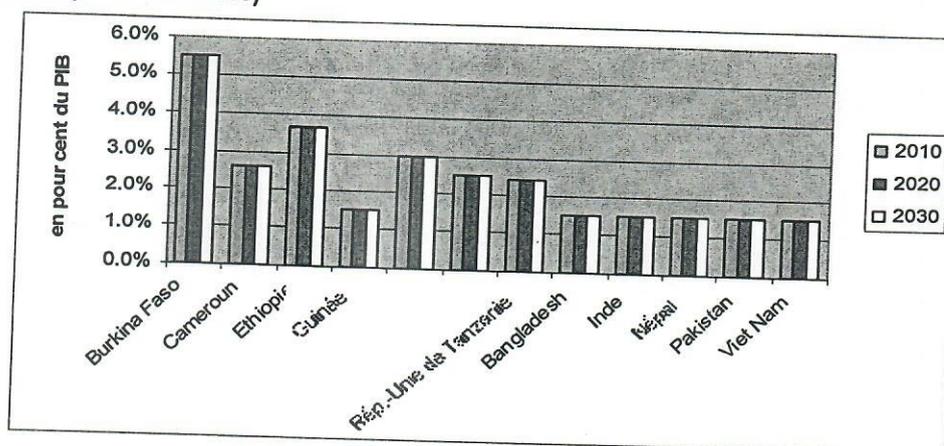
En se basant sur les hypothèses faites, le paquet de base pour les soins de santé essentiels coûterait entre 1,5 et 5,5 pour cent du PIB (voir figure 3). En ce qui concerne les pays d'Asie où les données sur les salaires disponibles montraient des niveaux assez bas, le minimum estimé à trois fois le PIB par habitant a été appliqué et par conséquent, le coût relatif reste constant.

<sup>5</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux, Namibie.

<sup>6</sup> Estimations d'après les données du cadre des dépenses à moyen terme du Ghana (Gouvernement du Ghana).

<sup>7</sup> Système statistique de l'Organisation mondiale de la Santé (WHOSIS).

Figure 3. Coûts des soins de santé essentiels par rapport au PIB dans les pays étudiés d'Afrique et d'Asie (années définies)



Source: D'après la Commission sur la macro-économie et la santé 2001; Pal et al., 2005; Mizunoya et al.; 2006; et les estimations du BIT.

### Assistance sociale / Régime de l'emploi

Assurer un revenu de sécurité aux catégories vulnérables de la population active, qui sont, soit incapables de trouver un emploi rémunéré, ou sous-employés devrait aussi faire partie du régime complet de sécurité sociale de base. Le nouveau programme qui a été lancé en Inde, avec la loi indienne de garantie de l'emploi qui fournit une garantie de 100 jours pour un emploi rural non qualifié par ménage aux adultes seulement ou des allocations de chômage si aucun emploi n'est offert, constitue une aide temporaire pour les ménages mais n'est pas une solution durable pour les bénéficiaires. Selon un rapport publié par le BIT (Devereux, 2002), le fait d'assurer le revenu à travers les programmes à haute intensité de main d'oeuvre est attractif pour les responsables en charge de la politique de lutte contre la pauvreté, par ce qu'à différence d'autres interventions de lutte contre la pauvreté, ici les bénéficiaires se choisissent eux-mêmes, les non-pauvres ne participeraient pas dans ces programmes à cause de la nature de l'emploi offert et des bas salaires.

Le modèle des coûts intègre un programme de revenu d'assistance pour un groupe de bénéficiaires estimé à 10 pour cent de la population active dans chaque pays qui bénéficierait de ce programme; le revenu serait accordé aux membres d'un ménage ne bénéficiant d'aucune autre forme de prestations en espèces (par exemple: prestations pour enfants ou une pension).

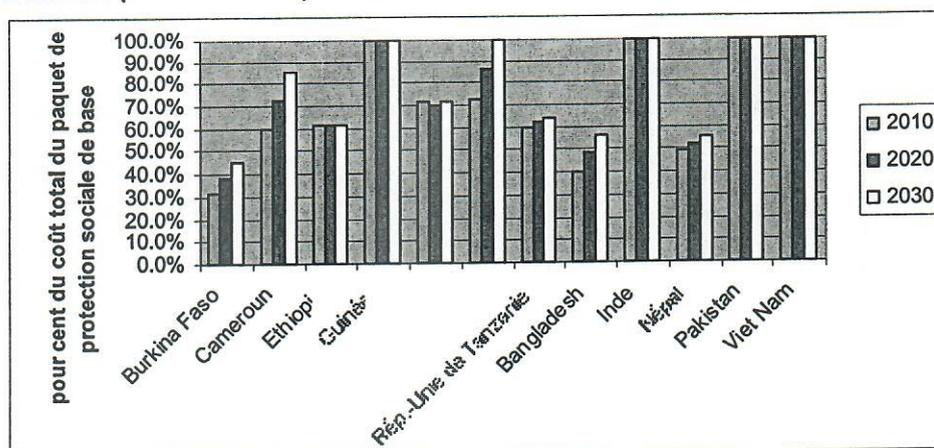
L'hypothèse de départ est que le régime de l'emploi devrait fournir une prestation à hauteur de 30 pour cent du PIB par habitant, dans la limite d'un dollar par jour (PPA) (ajusté à l'inflation). La prestation devrait être payée pour 100 jours au total par année.

Sur la base de ces hypothèses, le coût annuel de cette prestation est estimé entre 0,3 pour cent et 0,8 pour cent du PIB dans les pays considérés en 2010 (voir figure 4). Les projections pour 2010 (tenant également compte des charges administratives pour l'administration des programmes) restent en dessous ou au niveau de 0,5 pour cent du PIB dans sept des douze pays, pendant que le Burkina Faso, l'Ethiopie, le Kenya. Le Népal et la Tanzanie se situent entre 0,7 et 0,8 pour cent du PIB.

Lorsque cet autre scénario est appliqué, les dépenses de protection sociale de base financées avec des ressources intérieures atteignent des montants de 2,4 à 5,8 pour cent du PIB en 2010 (voir figure 9). La projection la plus faible est celle du Bangladesh, compte tenu de la taille relativement réduite du budget public, et même ainsi les dépenses de protection sociale financées avec des ressources intérieures augmenteraient de 2,4 à 3,1 pour cent du PIB entre 2010 et 2030. Au Burkina Faso, au Cameroun, en Inde, au Népal et au Pakistan les gouvernements pourraient allouer de 3,4 à 3,9 pour cent de leur PIB à la protection sociale de base en 2010, faisant passer ces chiffres de 4,3 à 5,0 pour cent du PIB en 2030. En Guinée, au Sénégal, en Tanzanie et au Viet Nam, les gouvernements pourraient allouer 4,4 à 4,8 pour cent en 2010, avec des montants de dépenses estimés atteignant 3,9 à 5,8 pour cent du PIB en 2030. Les gouvernements de l’Éthiopie et du Kenya pourraient investir respectivement 5,5 et 5,8 pour cent du PIB dans la protection sociale de base en 2010, passant à 5,9 et 6,0 pour cent du PIB en 2030. Le financement de la protection sociale de base avec des ressources propres de la Guinée devrait diminuer avec le temps de 4,3 pour cent en 2010 à 3,9 pour cent du PIB en 2030 et en Inde, le financement avec des ressources propres devrait diminuer avec le temps de 3,7 pour cent en 2010 à 2,9 pour cent du PIB en 2030. Les résultats de l’Inde sont liés au fait que le coût du paquet de base de protection sociale reste en dessous de la limite de 20 pour cent des dépenses publiques totales à partir de 2013 en Inde.

La figure 10 montre que si la Guinée, l’Inde et le Viet Nam augmentaient la part des dépenses pour la protection sociale dans leur budget total, vers 2010 ils seraient déjà en mesure de financer plus de 100 pour cent du paquet de protection sociale universel de base par des ressources nationales, tandis que pour le Sénégal cela serait possible en 2030. Pour les autres pays, même après cette réallocation des ressources intérieures, il faudrait encore couvrir l’important déficit de financement par des transferts internationaux. Des pays comme le Bangladesh, le Burkina Faso et le Népal pourraient prendre en charge moins de 50 pour cent du total des besoins de financement en 2010. Même lorsqu’on s’attend à voir s’accroître leur capacité de financement du paquet de base de protection sociale durant les deux prochaines décennies, la part de financement intérieur reste en dessous des besoins, ce qui implique qu’il faudrait recourir à une aide extérieure très importante durant un certain temps. La Tanzanie serait au départ capable de financer 59 pour cent du paquet avec des ressources intérieures mais ce pourcentage pourrait s’accroître et atteindre 64 pour cent en 2030.

**Figure 10.** Part du coût total du paquet de base de protection sociale pouvant être couvert par des ressources intérieures (Simulation de changement de politique: dépenses pour la protection sociale de base atteignant 20 pour cent des dépenses publiques) des pays étudiés en Afrique et en Asie (années définies)



Source: D'après Pal et al., 2005; Mizunoya et al., 2006; et les estimations du BIT.

---

Pour un deuxième groupe de pays, y compris le Cameroun, l'Éthiopie, le Kenya et le Sénégal les projections dessinent un tableau plus optimiste. Ces pays seraient en mesure de financer 60 à 73 pour cent du total du coût du paquet en 2010 (c'est-à-dire s'ils destinent un cinquième des ressources intérieures à la protection sociale de base). En 2030, 72 pour cent pour le Kenya et 100 pour cent pour le Sénégal de la protection sociale de base seraient financée.

Toutefois, il existe un autre scénario intéressant. Si les pays finançaient environ 50 pour cent de leurs soins de santé en mettant en place un système national d'assurance santé (comme le Ghana a fait en 2003 par exemple) vers 2010 à l'exception du Burkina Faso, du Cameroun, de la Tanzanie, du Bangladesh et du Népal, tous les pays pourraient arriver à financer au moins 80 pour cent du coût du paquet de base de protection sociale.

### 3. Les effets possibles des transferts sociaux en espèces sur la réduction de la pauvreté<sup>8</sup>

Les résultats de la micro-simulation du BIT présentés dans Gassman et Behrendt (2006) pour la Tanzanie et le Sénégal montrent qu'un ensemble de prestations en espèces de protection sociale de base (pensions de vieillesse et allocations pour enfant) peut avoir un effet important sur la lutte contre la pauvreté et devenir donc une composante importante des stratégies de réduction de la pauvreté dans les pays à faible revenu. Les niveaux des prestations ont été fixés par rapport au seuil de pauvreté dans chaque pays et s'élevaient pour les pensions de vieillesse (60 ans et plus) et d'invalidité à 70 pour cent du seuil de pauvreté alimentaire par individu remplissant les conditions requises (respectivement 0,35 et 1,1 dollars des Etats-Unis PPA par jour pour la Tanzanie et le Sénégal); et pour les allocations par enfant à 35 pour cent du seuil de pauvreté alimentaire par enfant remplissant les conditions requises (respectivement 0,17 et 0,53 dollars PPA par jour pour la Tanzanie et le Sénégal). Par ailleurs, un niveau de prestations équivalent à une pension de 70 pour cent du seuil de pauvreté alimentaire par foyer a été fixé pour les foyers vulnérables, c'est-à-dire dont aucun des membres n'est valide (âgés de moins de 20 ans ou de plus de 59 ans, ou bien malade, blessé ou handicapé).

Suivant ces hypothèses, le modèle a permis de démontrer qu'en Tanzanie une pension de vieillesse universelle pourrait réduire les taux de pauvreté de 9 pour cent, avec un effet plus marqué – 36 pour cent – pour les hommes et les femmes âgés et de 24 pour cent pour les individus vivant dans des foyers qui comptent des personnes âgées. Le modèle a aussi permis de montrer que les allocations par enfant en âge d'aller à l'école ont un effet plus clair sur la pauvreté en réduisant celle-ci de 30 pour cent environ. La combinaison de ces deux prestations réduirait les taux de pauvreté de 35 pour cent, entraînant des effets encore plus importants sur les individus vivant avec des enfants et des personnes âgées (une baisse de 46 pour cent), lesquels font face aux risques les plus élevés de pauvreté. Les transferts en espèces ciblés réduisent la pauvreté de 7 pour cent en tout, avec un effet encore plus important pour les personnes âgées (réduction de 12 pour cent et 18 pour cent respectivement pour les femmes et les hommes âgés) et les individus vivant dans des ménages dont aucun des membres n'est valide (réduction de 46 pour cent).

En ce qui concerne la réduction de l'écart de pauvreté, les pensions de vieillesse réduiraient l'écart d'environ 77 pour cent pour les femmes âgées et de 65 pour cent pour les hommes âgés et réduiraient en même temps l'écart global de pauvreté au niveau de la population totale de 17 pour cent. Les prestations par enfant réduiraient l'écart de pauvreté d'environ la moitié à tous les niveaux.

Au Sénégal, la combinaison d'une pension de vieillesse et d'invalidité et une prestation par enfant (pour les enfants en âge d'être scolarisés) réduirait les taux de pauvreté alimentaire de 40 pour cent et l'écart de pauvreté de plus de la moitié. Tandis que les prestations par enfant affectent tous les groupes d'individus de manière plus ou moins similaire, les pensions de vieillesse et d'invalidité ont un effet plus prononcé sur les personnes âgées, notamment sur les femmes âgées, et les membres de leurs familles. Les transferts en espèces ciblés montrent un effet plus grand sur les ménages dont aucun membre n'est valide, mais seulement un effet mineur sur le taux de pauvreté dans son ensemble.

En somme, si les rares ressources intérieures sont utilisées pour offrir des prestations en espèces aux segments vulnérables de la population cela peut avoir un effet majeur dans la

<sup>8</sup> Extrait de Gassman et Behrendt (2006).

---

lutte contre la pauvreté et dans l'atteinte des objectifs du Millénaire pour le développement à l'horizon 2015.

---

## 4. Conclusion

Les projections ici présentées ont été développées suivant des hypothèses plutôt modérées en ce qui concerne un changement de politique, et elles sont rigoureuses par rapport au respect des politiques fiscales des pays étudiés. Dans un premier temps, on est parti du principe que tous ces pays dépendaient exclusivement des revenus collectés au niveau national (donc avec l'élimination progressive des aides extérieures). Par conséquent, le financement extérieur transitoire requis (flux extérieurs) pour offrir un paquet de base de protection sociale a été déduit. L'idée est de réorienter et/ou d'accroître l'aide extérieure actuelle et donner la priorité à l'offre d'un paquet de base de protection sociale. Cela a pour but de concentrer les efforts internes sur des mesures de lutte contre la pauvreté.

Cependant, une augmentation de la dette publique devrait être étudiée, notamment par rapport à son impact potentiel sur la croissance et à la capacité nationale à rembourser cette dette dans le futur. Les aides extérieures dépendent en particulier de la volonté des donateurs. Elles dépendent aussi du niveau actuel des dites aides et de la politique générale des gouvernements, comme par exemple, pour déterminer un niveau d'aide raisonnable en termes de viabilité, de dépendance et de vulnérabilité. Les initiatives d'allègement de la dette dans le cadre de l'initiative en faveur des pays pauvres très endettés (PPTE), de l'initiative d'allègement de la dette multilatérale (IADM) et des initiatives du Club de Paris, accompagnées de celles qui assurent la prévisibilité de l'aide comme la "Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement" constituent en ce sens des opportunités positives d'augmentation de l'aide extérieure pour la sécurité sociale de base.

L'augmentation des ressources nationales allouées à la sécurité sociale de base est déterminée à la fois par l'espace fiscal et par la volonté politique d'augmenter la part des dépenses publiques consacrées à cette politique. La capacité de créer cet espace fiscal devrait être considérée dans le contexte d'un cadre global de dépenses publiques à moyen terme. Les facteurs clés pour la création d'un espace fiscal dans les pays à faible revenu sont déterminés par la capacité nationale de mobilisation des ressources additionnelles à travers l'augmentation de l'assiette fiscale, par la garantie de l'utilisation efficace des ressources comme le résultat du renforcement des institutions publiques et par la promotion de politiques adéquates de maintien de la productivité. La décision d'accroître la part des dépenses publiques consacrée à la sécurité sociale de base dépendra de la volonté politique et du niveau du budget des gouvernements déjà engagé. Afin de soutenir le processus de prise de décision, la faisabilité financière et administrative devrait être évaluée, et les résultats attendus de l'offre d'une sécurité sociale de base devraient être évalués. Concernant ces derniers, l'expérience des programmes existants et des exercices de modélisation (voir par exemple Gassman et Behrendt 2006) peuvent s'avérer très utiles.

Dans un deuxième temps, on a considéré que les pays pouvaient augmenter leurs dépenses publiques globales à un niveau estimé au maximum à 20 pour cent des dépenses du gouvernement. Cette hypothèse a été faite pour montrer les possibilités dans le contexte d'un Etat relativement "petit" (par rapport au poids des finances publiques). Au fur et à mesure que les pays développent leur économie, ils pourraient choisir d'aller au-delà du "petit Etat" et s'aligner plutôt à des niveaux de dépenses plus proches de ceux des pays de l'OCDE. A l'heure actuelle, des pressions de "compétition fiscale" qui se développent comme une partie des processus spontanés de mondialisation pourraient dissuader les pays de choisir cette voie. Néanmoins, cela pourrait changer si on renforçait la gouvernance des processus de mondialisation et si on arrivait à un accord sur une base sociale globale (elle inclurait la prise en charge de l'accès universel à la protection sociale de base).

Les estimations chiffrées et les arguments discutés dans ce document montrent que les pays à faible revenu pourraient avoir un système de sécurité sociale offrant: un paquet de base de services de santé à tous, des prestations de base en espèces aux personnes âgées et

---

aux familles avec des enfants, et une assistance sociale à une partie des chômeurs. Même si un paquet de base de protection sociale complet ne peut être mis en place dans un premier temps, sa programmation graduelle pourra produire des résultats en termes de réduction de la pauvreté, de croissance partagée avec les pauvres et de développement social. Une stratégie nationale de protection sociale inscrite dans une perspective de long terme peut aider à mettre en place graduellement plusieurs programmes sociaux et des structures politiques pour assurer leur intégration dans des cadres plus vastes. Au fur et à mesure que ces pays atteindront des niveaux de développement économique plus élevés, leurs systèmes de sécurité sociale pourront progresser parallèlement en élargissant la portée, le niveau et la qualité des prestations et des services fournis.

Un paquet de base de protection sociale est accessible financièrement, tel que cela a été démontré à travers les estimations de coûts présentées dans ce document. Mais cela n'est possible qu'à condition que ledit paquet soit mis en place à travers des efforts conjoints des pays pauvres eux-mêmes (en réaffectant les ressources existantes et en créant de nouvelles ressources, par exemple à travers l'assurance santé ou d'autres sources de financement affectées à la sécurité sociale) et de la communauté internationale de donateurs – laquelle devrait, dans certains cas, affecter l'aide internationale sur le financement direct supplémentaire des prestations de protection sociale, le renforcement de la capacité administrative et d'offre de services des institutions nationales de protection sociale dans les pays à faible revenu, et l'appui technique et d'autres types d'appuis nécessaires. Toutes ces phases ont déjà démarré dans un certain nombre de pays à faible revenu en Afrique et ailleurs (les développements récents dans des pays comme la Tanzanie, la Zambie, le Mozambique et le Népal ne sont que quelques exemples) et il y a des signes qui montrent que le processus sera plus rapide dans un proche avenir.

## References

- Agence Française de Développement (AFD), 2004: *Compte rendu de la Conférence AFD-EUDN sur le thème Pauvreté, inégalités, croissance: quels enjeux pour l'aide au développement*, 2003 (Paris, AFD).
- Barrientos, A., 2004: *Cash Transfers for Older People Reduce Poverty and Inequality*, WDR Background Paper (Manchester, IDPM/Chronic Poverty Research Centre), <[http://siteresources.worldbank.org/INTRANETSOCIALDEVELOPMENT/Resources/Pensions\\_Brazil\\_Bangladesh\\_SouthAfrica\\_Barrientos.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTRANETSOCIALDEVELOPMENT/Resources/Pensions_Brazil_Bangladesh_SouthAfrica_Barrientos.pdf)>
- Barrientos, A. et Lloyd-Sherlock, P., 2003: *Non-contributory Pensions and Social Protection*, Issues in Social Protection Discussion Paper 12 (Genève, BIT), <<http://www3.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/543sp1.pdf>>
- Behrendt, C. et Hagemeyer, K.: "Can low-income countries afford social security?", dans Peter Townsend ed.: *Social Security – Building Decent Societies*, à paraître.
- Bureau international du Travail (BIT), Département de la sécurité sociale, 2007a: *La sécurité sociale pour tous, un investissement dans le développement social et économique mondial. Document de nature consultative. Questions de protection sociale. Document de réflexion 16* (Genève, BIT), [http://www.ilo.org/public/french/protection/secsoc/downloads/policy\\_fr.pdf](http://www.ilo.org/public/french/protection/secsoc/downloads/policy_fr.pdf)
- , 2007b: *La protection sociale de la santé: Stratégie de l'OIT pour un accès universel aux soins de santé: document de nature consultative. Questions de Protection sociale; Document de réflexion 19* (Genève, BIT).
- Charlton, R. et McKinnon, R., 2001: *Pensions in Development* (Aldershot, Ashgate).
- Cichon, M.; Scholz, W.; van de Meerendonk, A.; Hagemeyer, K.; Bertranou, F. et Plamondon, P., 2004: *Financing Social Protection* (Genève, BIT et AISS).
- Coady, D.; Grosh, M. et Hoddinott, J., 2004: *Targeting of Transfers in Developing Countries: Review of Lessons and Experience*, World Bank Regional and Sectoral Studies (Washington D.C., Banque mondiale).
- Commission pour l'Afrique, 2005: *Notre intérêt commun: Rapport de la Commission pour l'Afrique* (Londres, Commission pour l'Afrique), [http://www.commissionforafrica.org/english/report/thereport/french/11-03-05\\_cr\\_report\\_fr.pdf](http://www.commissionforafrica.org/english/report/thereport/french/11-03-05_cr_report_fr.pdf)
- Commission macroéconomie et santé (CMS), 2001: *Macroéconomie et santé: investir dans la santé pour le développement économique* (Genève, Organisation mondiale de la Santé).
- Commission mondiale sur la dimension sociale de la mondialisation, 2004: *Une mondialisation juste: Créer des opportunités pour tous* (Genève, BIT).
- de la Brière, B. et Rawlings, L., 2006: "Examining conditional cash transfer programmes: A role for increased social inclusion?", dans ILO STEP ed.: *Social Protection and Inclusion: Experiences and Policy Issues* (Genève, BIT et STEP Portugal), pp. 9-32.
- Devereux, S., 2002: *From workfare to fair work: Contribution of Public Works and other Labour-based Infrastructure Programmes to Poverty Alleviation* (Genève, BIT).