

La Protection sociale dans le monde

Catherine Collombet,

Sous-directrice à la Direction des relations internationales à la CNAF

L'AISS vient de lancer, à l'occasion de son dernier Forum mondial de la Sécurité sociale, un centre pour l'excellence de la Sécurité sociale. Celui-ci s'inscrit dans un « contexte de consensus politique croissant sur la nécessité d'offrir une Protection sociale suffisante à chacun » et estime cruciale d'agir, dans ce contexte, en faveur de la performance des administrations de Sécurité sociale. De fait, l'agenda international n'a pas été aussi favorable depuis longtemps à un essor de la Protection sociale. Ce nouvel agenda a impulsé, du moins dans les pays émergents, une volonté remarquée de développer des programmes de sécurité sociale. Pourtant, cet engouement ne concerne encore qu'une minorité de pays et la crise renforce les contraintes sur les moyens à investir. La Sécurité sociale, là où elle s'est développée, reste fragilisée par la persistance d'un secteur privé important ainsi que par un défaut de soutenabilité face notamment aux enjeux de vieillissement à venir. Le champ est ouvert, via la coopération, pour échanger sur les pratiques mais aussi influencer sur les valeurs et les modèles.

1. Un agenda international plus que jamais favorable à un essor de la Protection sociale

L'agenda international a radicalement changé en ce qui concerne la Protection sociale : alors qu'elle est longtemps apparue comme un coût pour le développement, elle est aujourd'hui regardée comme un droit fondamental et comme un facteur majeur d'investissement dans le capital humain. Trois institutions internationales ont particulièrement concouru à ce changement d'agenda : la Banque mondiale, les Nations unies et l'Organisation internationale du travail.

La période de libéralisation économique des années 1980 avait vu les programmes de Protection sociale régulièrement dénoncés par la Banque mondiale comme économiquement néfastes et socialement injustes, seuls étant légitimes les filets de sécurité minimaux réservés aux populations les plus pauvres confrontées à des chocs sociaux. La crise asiatique de 1997, le désenchantement progressif par rapport aux effets économiques attendus des programmes d'ajustement économique et la prise de conscience de leurs effets négatifs sur la pauvreté, dénoncés notamment par l'UNICEF¹, ont entraîné un retournement : dès 1988, la Banque mondiale lance un programme, « Dimensions sociales de l'ajustement », prévoyant un meilleur suivi statistique de l'effet des programmes sur la redistribution des revenus et la mise en place d'actions ciblées sur les groupes les plus défavorisés.

Les choses s'accélérent à la fin des années 1990. En 1998, une nouvelle doctrine, qualifiée de « Comprehensive development Framework » souligne la nécessité de prendre en compte, en plus de la recherche de la stabilité macro-économique, les considérations structurelles et sociales comme l'accès à la santé et l'éducation. Surtout, le Rapport sur le développement dans le monde 2000-2001 consacré à la lutte contre la pauvreté aboutit à la conclusion qu'une réduction durable de celle-ci passe par une nouvelle approche de la Protection sociale :

1 - Celle-ci qui pointe dans un rapport de 1987, L'ajustement à visage humain, d'importants reculs en matière de pauvreté et de mortalité infantile dans les pays en développement.



il ne s'agit plus seulement de la considérer comme intervenant a posteriori pour réparer les effets des chocs en termes de pauvreté mais comme un instrument d'action a priori, permettant de réduire la vulnérabilité². Un nouveau cadre théorique est sous-jacent à ce changement de position, celui de « social risk management » ou de « gestion du risque social ». Ce cadre rénové, qui s'appuie notamment sur les nouvelles analyses de la pauvreté, repose sur le constat que les pauvres sont plus exposés aux risques et chocs et moins bien outillés pour y faire face. Leur grande vulnérabilité les rend réticents à prendre des risques et la protection sociale constitue, en sus des protections traditionnelles, un instrument fondamental pour les aider à mieux gérer les risques.

La Banque mondiale décide, en conséquence, de lancer en 2001 sa première « stratégie de protection sociale et de promotion du travail », qui sera renouvelée plusieurs fois. En 2012, à l'occasion du lancement de la stratégie 2012-2022, la Banque mondiale reconnaîtra, par la voix de son président, Robert B. Zoellick, que « les filets de protection sociale peuvent radicalement changer la vie des populations et constituer l'assise d'une croissance solidaire sans pour autant ruiner les budgets. ».

Les Objectifs du millénaire pour le développement (OMD), adoptés en 2000 sous la forme d'une résolution de l'Assemblée générale des Nations unies³, ont également eu une influence importante sur l'agenda international. Ils n'ont pas de caractère juridiquement contraignant mais structurent l'action d'un grand nombre d'organisations internationales (Banque mondiale, FMI, OIT, OMS, UNICEF, UNESCO, PNUD, etc.) et impliquent de la part des États de rendre compte annuellement de l'atteinte des objectifs. Or, trois de ces OMD incitent assez directement au développement de la sécurité sociale : l'objectif de réduction de l'extrême pauvreté et de la faim, d'une part, qui incite à développer des filets de sécurité pour soutenir les revenus des plus démunis ; les objectifs de réduction de la mortalité des enfants et de la mortalité maternelle, d'autre part, qui poussent à améliorer l'accès aux soins de ces deux populations. Ces objectifs ont été des moteurs forts du développement de la protection sociale dans de nombreux pays du monde.

C'est toutefois l'OIT qui a joué le rôle le plus actif dans ce revirement idéologique. Faisant le constat, en 2001, lors de sa 89^{ème} séance de la Conférence internationale du travail, que la convention n° 102 relative à la sécurité sociale, adoptée en 1952, n'avait pas permis de parvenir à une large extension de la sécurité sociale, seule une minorité de pays ayant ratifié cette convention, l'OIT a décidé de compléter, dès 2003, son action par une logique de plaidoyer visant à convaincre les États de développer leur protection sociale. C'est sa « campagne mondiale sur la sécurité sociale et la couverture pour tous ». Elle est portée par une nouvelle approche qualifiée de « socle de protection sociale » mettant en avant la nécessité d'une extension universelle de garanties de base. Le socle consiste à promouvoir dans tous les pays du monde un niveau minimal de sécurité du revenu et un accès universel aux services sociaux essentiels (santé, eau potable et assainissement, éducation, sécurité alimentaire, logement), dans le cadre d'une stratégie à deux dimensions : horizontale avec un ensemble de garanties sociales de base pour tous et verticale avec la mise en application progressive de normes plus élevées au fur et à mesure du développement économique. L'idée maîtresse du socle est que tous les pays, quel que soit leur niveau de revenu, peuvent mettre en

2 - Social Protection sector strategy - From safety net to springboard, World Bank, 2001 (cité par R. Holzmann, L. Sherburne-Benz, E. Tesliuc, Gestion du risque social: la Banque mondiale et la protection sociale dans un monde en voie de mondialisation, Tiers Monde, n°175, 2003).

3 - Résolution n° 55/2 du 8 septembre 2000, dite « Déclaration du millénaire ».

place le socle, à un coût relativement modeste pour les plus pauvres ; la protection sociale n'est pas un luxe réservé aux pays développés. Enfin, l'OIT justifie sa stratégie de socle par le fait que le développement de la protection sociale a un impact favorable dans de multiples dimensions, notamment la productivité des travailleurs, la résilience aux crises ou l'autonomie des femmes, qu'elle contribue à la réalisation des OMD et qu'elle permet de rééquilibrer les modèles de développement trop tournés vers les exportations.

Elle rejoint enfin la nouvelle doctrine de gestion du risque social de la Banque mondiale en considérant que le socle facilite la prise de risques individuelle.

Ce nouveau concept a été adopté par le Conseil des chefs de secrétariat des Nations Unies en avril 2009, après une campagne « Initiative pour un socle de protection sociale » menée conjointement par l'OIT et l'OMS tout au long des années 2000. Il est intégré comme élément-clé du Pacte mondial pour l'emploi adopté par la Conférence internationale du Travail en 2009. Le G20 a repris à son compte cette notion, lors de son sommet de novembre 2011, et reconnu « qu'il est important d'investir dans les socles de protection sociale définis au niveau national dans chacun de nos pays (...) qui permettront de renforcer la résilience de la croissance, la justice et la cohésion sociales⁴ ». Enfin, les représentants tripartites des États membres adopteront, en juin 2012, une recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale lors de la 101^{ème} Conférence internationale du travail. Le contenu de cette recommandation s'inspire fortement du rapport du groupe de travail de haut niveau présidé par Michelle Bachelet, alors ancienne présidente du Chili⁵. La nouvelle recommandation appelle tous les États à mettre en place un socle comportant des « garanties élémentaires de sécurité sociale », à savoir l'accès aux soins de santé essentiels et la sécurité élémentaire de revenu à un niveau permettant de vivre dignement. Ces garanties doivent être fournies à tous les résidents, y compris les personnes travaillant dans l'économie informelle.

L'Union européenne plaide également désormais, dans le cadre de sa politique d'aide au développement pour une revalorisation du profil et de la place de la protection sociale dans les stratégies de développement. Le Consensus européen sur le développement de 2005 reconnaissait déjà toute l'importance de la lutte contre la pauvreté. Mais c'est dans sa communication en date du 20 août 2012⁶ que la Commission reconnaît le rôle fondamental de la protection sociale dans l'aide au développement et dans la lutte contre la pauvreté.

A donc émergé, dans les années 2000, une conscience forte et partagée que la Protection sociale pouvait être un instrument d'investissement dans le capital humain, plutôt qu'un coût. Elle est apparue aussi à un certain nombre de pays comme un instrument permettant de rééquilibrer la croissance et de réduire les inégalités de revenus.

2. Une croissance récente et rapide de la protection sociale dans le monde, au moins dans les grands émergents

On constate depuis une décennie un fort essor de la protection sociale dans les grands pays émergents. Quelques chiffres spectaculaires en témoignent. En Chine, le taux de couverture pour l'assurance santé est ainsi passé de 24 % à 94 % de la population entre 2005 et 2010, soit près de 16 millions de personnes couvertes en plus tous les mois sur cette période. L'Afrique du Sud a, quant à elle, plus que doublé la part de sa richesse nationale consacrée à la protection sociale entre 2000 et 2005. De même le Brésil, qui disposait d'un niveau de dépenses sociales déjà élevées par rapport à la moyenne des pays émergents ou en développement, a connu

4 - Point 4 des conclusions du G20 des 3 et 4 novembre 2011.

5 - Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive, Rapport du groupe consultatif sur le socle de protection sociale, 2011.

6 - Social Protection in European Union Development Cooperation, European Commission, 20 août 2012.



une expansion de ses dépenses sociales de près de 5 points de PIB entre 2000 et 2008⁷. Dans le même temps, le Mexique augmentait ses dépenses sociales de près de 3 points de PIB⁸. L'Inde n'est pas restée complètement à l'écart de ce mouvement, même s'il y est moins prononcé que dans les autres grands émergents, et la part du PIB indien affecté à la protection sociale est passée de 1,7 à 4,1 % entre 2000 et 2006.

Un premier type de dispositifs, sans doute le plus connu et qui joue un rôle significatif dans la lutte contre la pauvreté, est celui des « transferts monétaires conditionnels » (TMC). Lancés à partir de la fin des années 1990 puis au début des années 2000, les programmes de transferts conditionnels en espèces, comme la Bolsa Familia au Brésil ou le programme Oportunidades au Mexique, couvrent aujourd'hui, 25 millions de familles, soit 113 millions de personnes sur l'ensemble du continent latino-américain. Leur principe consiste dans le versement d'une prestation en espèces aux ménages les plus pauvres, conditionné au respect de certaines obligations (santé de la femme enceinte et des enfants, éducation des enfants). Ils ont été très vite salués par les instances internationales (notamment la Banque mondiale et la Banque interaméricaine du développement) pour leur intérêt en termes de réduction de la pauvreté et d'investissement dans le capital humain. Le programme Bolsa Familia au Brésil vient de recevoir le premier prix de bonnes pratiques de l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS).

Ces programmes de TMC ne constituent cependant pas, loin de là, la totalité des programmes de transferts de revenus menés dans les pays émergents, alors même qu'ils ont concentré la majeure partie de l'écho médiatique. Reconnus comme jouant un rôle majeur dans la lutte contre la pauvreté, les programmes de pensions sociales, non contributives, développées au Brésil mais aussi en Afrique du Sud ont eu, par exemple, un écho médiatique beaucoup moins fort. La pension minimale non contributive pour les personnes âgées et les personnes handicapées brésilienne (le Benefício de Prestação Continuada ou BPC) assure pourtant un niveau de revenus plus élevé que la Bolsa Familia et aurait permis de réduire de manière significative la pauvreté des plus de 65 ans. En Afrique du Sud, le Old Age Grant, qui fonctionne comme un minimum social et qui bénéficie à 5 % de la population, permet de réduire le pourcentage de pauvres de 15,9 % et de très pauvres de 18,2 %⁹.

Les programmes de santé développés en Amérique latine dans la même période ont eu également relativement peu de reconnaissance internationale, à quelques exceptions près cependant. Le système unifié accessible à tous les Brésiliens, le Sistema Unico de Saude (SUS), mis en place au début des années 1990, un des plus ambitieux des pays d'Amérique latine, n'aurait pas, par exemple, aux yeux des instances internationales, permis un accès réel aux soins pour les plus défavorisés. Des programmes plus ciblés ont par contre eu des effets reconnus sur la mortalité infantile ou la mortalité maternelle et donc sur l'atteinte des OMD. C'est le cas de la Family Health Strategy au Brésil, qui aurait engrainé une diminution de 4,5 % de la mortalité infantile, du plan Nacer en Argentine, créé en 2003 pour assurer la couverture des soins des femmes enceintes et des enfants de moins de six ans non assurés, ou encore du programme Chile Crece Contigo (le Chili grandit avec toi) qui comporte pour les familles vulnérables une aide financière, une garantie

7 - Social Panorama of Latin America 2009, Eclac, 2009

8 - Eclac (2009), op. Cit.

9 - Woolard, I. (2003). «Impact of Government Programmes Using Administrative Data Sets: Social Assistance Grants.» Project 6.2 of the Ten Year Review Research Programme. June 2003.

d'accès à des crèches et jardins d'enfant et un suivi d'ensemble du développement de l'enfant assuré dans les centres de soins de premiers recours.

La Chine et l'Inde ne restent pas à l'écart de ce mouvement. La Banque mondiale a par exemple salué dans un rapport de 2011¹⁰ deux programmes indiens : le programme de travaux publics dit Mahatma Gandhi National Rural Employment Guarantee (MGNREG) entré en vigueur en 2006 ainsi que le programme RSBY d'assurance-santé pour les plus démunis. Le MGNREG aurait ainsi permis à jusqu'à 100 millions de ménages par an de se voir garantis 100 jours de travail par an ou de recevoir une allocation chômage, constituant par là, aux yeux de la Banque mondiale et de l'OCDE, un mécanisme de filet de sécurité puissant relativement bien ciblé. De même, est salué le programme RSBY organisant pour les plus pauvres une assurance santé mise en œuvre via des partenariats publics privés mais fortement régulée par l'État. L'État assure en effet le financement d'une bonne partie du système, agréé les assureurs, leur impose le panier de biens à couvrir et leur fournit une liste des ménages à bas revenus à assurer, l'assureur se chargeant de les démarcher. Lancé en 2008, ce programme couvrait déjà en 2010 quelques 50 millions de personnes. La Chine quant à elle a, pour assurer l'extension de la couverture maladie à la population rurale, jusque-là non couverte, organisé un système d'assurance non contributive (le « New Type Rural Cooperative Medical Scheme » (NCMS) lancé en 2002) fondé sur une adhésion volontaire mais très incitatif du fait du niveau d'abondement des pouvoirs publics.

Au-delà des grands pays émergents, on constate aussi, dans la période récente, des évolutions importantes de la protection sociale dans des pays comme le Rwanda, le Vietnam, la Thaïlande ou encore le Ghana¹¹. Ainsi, le Rwanda ou le Vietnam ont, à l'issue d'un mouvement d'une décennie, obtenu une couverture santé quasi complète de sa population, alors qu'elle était encore de moins de 20 % en 2000. Le mouvement a été similaire en Thaïlande et au Ghana qui ont mis en place, respectivement en 2003 et 2004, un régime national, dit « régime à 30 baht » en Thaïlande, permettant de faire bénéficier de la couverture maladie les personnes informelles qui en étaient jusque-là exclues.

3. Les limites de cette protection sociale pour tous

Une grande partie de la planète reste cependant encore à l'écart de cet essor. L'OIT constatait ainsi en 2010 que quatre personnes sur cinq dans le monde ne bénéficiaient pas encore d'un niveau de protection sociale qui leur permette d'exercer leur droit fondamental à la sécurité sociale. Même les programmes de transferts monétaires conditionnels n'auraient fait qu'une faible percée dans les pays d'Afrique subsaharienne¹². Ils se heurteraient notamment à la question de la contrainte fiscale dans ces pays mais aussi à des contraintes d'offre en termes d'équipements scolaires et de santé ou encore de difficultés d'administration et de coûts de gestion de tels programmes dans ces pays.

Si la crise financière et économique débutée en 2008 a « dopé » le discours sur le socle de protection sociale, le G20 le reprenant notamment à son compte, elle s'est par ailleurs traduite dans beaucoup de pays, non par une extension de la protection sociale comme outil de stabilisateur automatique mais par une pression renouvelée sur les budgets publics.

10 - Social Protection for a Changing India, World Bank, 2011

11 - Ils ont introduit, selon M. Cichon, , d'importants éléments tels que les prestations familiales, l'accès à l'éducation et aux services de santé : http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/features/WCMS_141819/lang-fr/index.htm

12 - F-X. Merrien, La protection sociale comme politique de développement : un nouveau programme d'action international,



Une analyse menée en 2013 par l'UNICEF¹³ montre ainsi que les dépenses budgétaires ont connu, en 2013, une contraction dans 119 pays et que celle-ci devrait toucher 132 pays en 2015. Bien plus, les stratégies d'austérité menées depuis 2010 n'auraient pas épargné les systèmes de protection sociale puisque les mesures prises en matière de rationnement et de ciblage renforcé des filets de protection sociale concerneraient 80 pays, les réformes des systèmes de retraites 86 pays et les réformes des systèmes de santé 37 pays.

Même dans les grands pays émergents, où les efforts d'extension de la couverture sont manifestes, le mouvement s'est heurté à la persistance du secteur informel et à la difficulté d'appréhender celui-ci par les instruments classiques de la protection sociale¹⁴. Alors que l'informel est en soi un frein à l'extension de la couverture des régimes contributifs, le développement parallèle d'une protection sociale non contributive présente en effet le risque de voir se pérenniser un système de protection dual. Or, le secteur informel représente encore plus de 50% de l'emploi en Amérique latine, plus de 55 % en Afrique et plus de 70 % en Asie¹⁵, avec de fortes variations intra-régionales (plus de 93 % en Inde ou encore plus de 60 % en Bolivie).

L'accès aux soins est par ailleurs fragilisé un peu partout dans le monde par la persistance de restes à charge élevés pour les ménages. En Chine, le nouveau système NCMS ne couvrirait en fait que le gros risque, laissant inchangé les charges des ménages pour le petit risque et, après réforme, 40 % des frais hospitaliers en moyenne resteraient à la charge des ménages¹⁶. De ce fait, les dépenses de santé représenteraient le 3^{ème} poste de dépenses pour les ménages après la nourriture et l'éducation. En Inde, le reste à charge pour les ménages serait de 71 %, le gouvernement ayant l'ambition de les ramener à 50 %¹⁷. En Amérique latine, les dépenses restant à charge des ménages seraient encore d'un niveau tel qu'elles seraient responsables d'un pourcentage important de pauvres tombant sous le seuil de pauvreté.

Il semble que, dans beaucoup de pays, l'extension formelle de la couverture santé n'a pas été accompagnée par des investissements suffisants dans les structures publiques, créant ainsi un système de santé à deux vitesses : les plus démunis sont souvent cantonnés à un secteur public de santé moins bien doté que le privé et peu performant quand les plus aisés se retournent vers un secteur privé qui a su se développer fortement pendant la période. Le cas est flagrant et bien connu en Afrique du Sud où le secteur public manque de ressources et de structures mais soigne 80 % de la population, tandis que le secteur privé, très bien doté (les dépenses de santé du secteur privé représentent à elles seules 5 % du PIB) et qui compte des hôpitaux d'excellence de niveau mondial, n'est accessible qu'aux 20 % de la population munis d'une assurance privée. En Inde, la tendance est assez proche, avec un secteur public de santé fragmenté et globalement faible, avec un très faible maillage du territoire, notamment rural, avec un fort développement en parallèle des cliniques privées, non régulées par l'État et dont la qualité des soins est variable et les coûts extrêmement élevés. L'Amérique latine n'est pas à l'écart de cette problématique : au Brésil, malgré le système universel de santé, le secteur privé y est le plus

13 - Isabel Ortiz et Matthew Cummins, L'Ère de l'austérité: un examen des dépenses publiques et des mesures d'ajustement dans 181 Pays, 2013

14 - J. Jütting et J. de Laiglesia, « L'emploi informel dans les pays en développement : une normalité indépassable ? », OCDE Synthèses, mars 2009

15 - Globalization And Informal Jobs In Developing Countries, Marc Bacchetta, Ekkehard Ernst, Juana P. Bustamante, ILO et OMC, 2009

16 - The health care system of the People's Republic of China: Between privatization and public health care Dongmei Liu and Barbara Darimont, Zhongnan University, Law School, Changsha, People's Republic of China; Max Planck Institute for Social Law and Social Policy, Munich, Germany, RISS, 2013

17 - Steering Committees for the Twelfth Five Year Plan (2012-2017), Health Division Planning Commission, 2012

important de la région, en croissance dans les années récentes et assure 25 % consultations médicales et 38 % hospitalisation¹⁸.

L'ensemble de ces pays devraient par ailleurs être confrontés à une problématique de vieillissement, particulièrement rapide pour certains, qui devrait les impacter dans le financement de leur protection sociale ainsi que dans l'organisation de leurs systèmes de soins, avec le développement massif de nouvelles pathologies auxquelles les structures de santé devront se préparer à faire face.

Le vieillissement de la population devrait enfin faire apparaître des besoins nouveaux de services à la personne âgée dans le cadre de la prise en charge de la dépendance.

4. Quels enjeux de coopération pour la France ?

La promotion par les institutions internationales du « socle de protection sociale » ne dit rien sur le modèle de protection sociale à développer pour les pays qui chercheraient à étendre leur couverture. Les options d'assurance, publique comme privée ou encore d'assistance sont également ouvertes et les pays sont libres de faire leur choix parmi ces « techniques de gestion du risque ». De fait, les solutions privilégiées sont pour le moins diverses, allant des systèmes d'assurance par partenariat-public-privé dans le cas indien jusqu'à l'assurance semi-contributive fortement subventionnée dans le cas chinois ou encore à une pure assistance dans le cas sud-africain. Ces diverses solutions font globalement la part belle au privé, soit qu'elles lui ménagent une place dans la régulation, soit qu'elles lui laissent le champ libre pour se développer en tant qu'offre. Il est donc important de valoriser auprès de ces pays les solutions « publiques » afin de ne pas laisser des systèmes à deux vitesses se bâtir et se consolider.

De nouveaux besoins vont d'ailleurs émerger dans ces pays qui, s'ils ne sont pas pris en charge par le public, laisseront la part belle à l'assurance privée. La montée de la dépendance, qui devrait accompagner le vieillissement de la population dans ces pays, devrait faire émerger un vaste champ pour les services à la personne. L'Inde et la Chine, mais aussi l'Afrique sub-saharienne sont particulièrement concernées : l'OMS¹⁹ estime à respectivement 111, 113 et 115 millions le nombre de personnes dépendantes à l'horizon 2050 dans ces zones. Sur le sujet de la démence, dont la forte hausse est liée au vieillissement de la population, c'est près de 45 % de la population atteinte par la maladie qui nécessitera une aide au Venezuela et plus de 50 % en Chine rurale²⁰. Or, en Chine par exemple, la problématique de la dépendance n'a pas encore retenu complètement l'attention des pouvoirs publics²¹. Le pays manquerait de dix millions de personnels spécialisés, dont des infirmières, pour assurer les soins aux personnes n'ayant plus leur autonomie²². Les personnes âgées vivant en milieu rurales devraient être particulièrement vulnérables, la conjonction de la politique de l'enfant unique et du fort mouvement de l'exode rural de la jeune génération ayant entraîné pour elles un grand isolement. Outre les services à domicile, la France peut proposer de nombreuses actions pour accompagner cette montée de la dépendance : évaluation et prise en charge de la perte d'autonomie, maisons de retraite, adaptation des logements et de la ville, accompagnement des aidants familiaux, « silver economy », etc.

En sus de la question de la dépendance, le vieillissement de la population imposera aussi à ces pays de gérer au mieux la transition épidémiologique et la montée des maladies chroniques qui l'accompagne. Les systèmes de santé

18 - Social Protection systems in Latin America and the Caribbean : Brazil, Claudia Robles et Vlado Mirosevic, ECLAC, 2013

19 - Bulletin OMS, vol.82 n.4, Apr. 2004

20 - World Alzheimer Report 2013, Journey of Caring, An Analysis Of Long-Term Care For Dementia

21 - Chronic disease prevalence and care among the elderly in urban and rural Beijing, China - a 10/66 Dementia Research Group cross-sectional survey, Zhaorui Liu, Emiliano Albanese, Shuran Li, Yueqin Huang, Cleusa P Ferrí, Fang Yan, Renata Sousa, Weimin Dang and Martin Prince, BMC Public Health 2009.

22 - Chiffre cité par Etienne BRINTET, La puissance chinoise affaiblie par sa démographie, Diploweb, 2012



devront être renforcés pour pouvoir assumer cette prise en charge. Or, la France dispose d'une forte expérience en matière de prise en charge des maladies chroniques, dans tous ses aspects - prévention, traitement, coordination des parcours de soins, maîtrise des risques, etc., qu'elle pourra mettre à profit dans la coopération avec ces pays.

Enfin, dans ces pays émergents ou en développement, qui connaissent pour la plupart un début de transition de leurs marchés du travail, l'amplification du mouvement de participation des femmes leur demandera de structurer des modes d'accueil du jeune enfant, et ce d'autant plus qu'éclatent les structures familiales élargies traditionnelles. Ainsi, en Amérique latine, la participation des femmes est encore de plus de vingt points inférieure à celle des hommes et les enjeux de l'accueil de l'enfant sont forts en termes à la fois de santé, hygiène, nutrition, éducation ou réduction de la pauvreté. Si des programmes se développent partout, sous forme d'accueil formel ou non, les pays ayant développé une politique nationale d'accueil du jeune enfant encore rares (Chili, Colombie, Jamaïque). Le niveau de qualité des structures est par ailleurs encore d'un standard assez faible. Ces pays auront donc besoin à l'avenir d'une aide à la structuration d'une politique ambitieuse d'accueil du jeune enfant.