

Forum de la régulation – Paris, 1^{er} et 2 décembre 2009

Bruno Lautier
IEDES, Paris 1

« *Vingt ans de politiques sociales en Amérique latine : un consensus néolibéral ?* »¹

Introduction :

Depuis la crise de la dette (1982-83), la rhétorique selon laquelle « l'ajustement » et les politiques néo-libérales auraient provoqué un désengagement de l'Etat en matière sociale, une marchandisation croissante de ce qui relevait auparavant des politiques publiques, et un accroissement des inégalités (de revenu, d'accès aux services sociaux) semble trouver une confirmation empirique évidente. En témoignent en particulier la baisse des budgets sociaux, *lato sensu*², directement provoquée (ou légitimée) par les contraintes à l'équilibre des comptes et au remboursement de la dette, dès 1983 ; la réforme des régimes de pensions et le passage des retraites contributives aux retraites par capitalisation, après 1993, sous la pression du capital financier mais aussi à cause du coût des déficits pour les finances publiques ; le développement d'un secteur privé de la santé et, plus largement, du *care*, sous la pression des lobbies du secteur (cliniques, pharmacie, assurances) ; et le développement d'un secteur éducatif privé (de la maternelle à l'Université), largement dû à la baisse des financements de l'école publique.

Cependant cette évidence mérite débat. En effet, de nombreux indicateurs, en matière de santé et d'éducation notamment, mais aussi le « *pauvreté absolue* », montrent que la situation ne s'est pas continuellement aggravée, mais presque partout améliorée, souvent depuis le début des années 1990. Très rares sont les pays où l'on peut parler, sans discontinuité de « politiques sociales néo-libérales » depuis deux décennies. Et, surtout, les situations nationales sont extrêmement diverses, dans tous les domaines (organisation institutionnelle, niveau des dépenses sociales par tête, indicateurs qualitatifs de toutes sortes).

La question est de savoir comment interpréter cette diversité. Une première réponse serait de dire que les pays d'Amérique latine étaient déjà forts divers avant les années 1980, et que cette diversité n'a pas été éliminée par le « rouleau-compresseur » néo-libéral. Resterait alors à identifier les éléments de cette diversité préalable à la crise de la dette (en matière de « niveau de développement », d'industrialisation, d'urbanisation et de richesse ; mais aussi de configuration institutionnelle et de rapports de forces politiques), et de montrer comment ils « font système », ce qui légitimerait l'hypothèse d'une forte « *path dependency* »³. Une deuxième réponse serait de dire que les réponses des Etats latino-américains à la crise, à la contrainte externe et aux situations politiques internes n'ont pas été du tout uniformes, pour des raisons qui peuvent être extrêmement diversifiées, souvent signifiées par un événement (le vote des constitutions

¹ Contribution au numéro : « Amérique latine : deux décennies de réformes économiques »
De la *Revue Internationale de Politique Comparée* – janvier 2010-version provisoire.

² J'entendrai par là non seulement les dépenses de santé, de retraite –ou de revenus de transferts à destination des personnes âgées-, d'éducation, mais aussi toutes les dépenses liées à des transferts en nature (biens alimentaires ou subventions aux produits alimentaires de première nécessité ; équipements urbains visant explicitement à réduire des inégalités d'accès en la matière –eau, assainissement...) ; et les revenus de transfert sous condition de revenu (et éventuellement d'autres conditions).

³ Nous avons tenté de développer cette question à propos de deux pays, le Brésil et le Mexique, dans un cadre plus large que celui de l'analyse des politiques sociales, dans : Lautier B. et Marques Pereira J. (dir) : *Brésil, Mexique : deux trajectoires dans la mondialisation*, ed. Karthala (2004), 254 p.

brésilienne en 1988, colombienne en 1991, vénézuélienne en 1999, la chute du PRI mexicain en 2000, la fin du *menemisme* fin 2001 en Argentine, les élections de Correa en Equateur, Morales en Bolivie etc.), mais non réductibles à lui. Une troisième réponse (qui n'exclut pas les deux premières) serait de dire que la période « néo-libérale » (allant en gros du début des années 1980 au milieu de la décennie 2000) n'a pas seulement agi sur les dépenses sociales de façon différenciée, elle a surtout profondément modifié la nature et les instruments des politiques sociales. Cela s'accompagne d'une importante modification de la façon dont elles sont représentées, et des instruments de cette représentation (en particulier les notions de « droits sociaux » et de « droits du citoyen »).

Après avoir rappelé les éléments essentiels des politiques sociales en Amérique latine avant les années 1980, et insisté sur leur extrême diversité et les problèmes méthodologiques qu'elle pose (point 1), je retracerai les grandes lignes de l'évolution de la dépense publique en matière sociale dans la période « néo-libérale », en me centrant sur les années 1990-2005 (point 2). Puis, j'étudierai spécifiquement les trois plus importants⁴ domaines des politiques sociales : les retraites (point 3), la santé (point 4) et l'assistance, en distinguant l'assistance « ciblée » et les programmes de transferts conditionnels de revenus (point 5), pour finir par quelques conclusions.

1- Les politiques sociales « à l'ancienne » et leur diversité

1-1 : Une petite histoire de la protection sociale en Amérique latine jusqu'à la fin des années 1980.

Quand ont été mis en place des systèmes de protection sociale à vocation universaliste dans la plus grande partie de l'Amérique latine, dans la période qui entoure la seconde guerre mondiale, l'architecture institutionnelle de la protection sociale apparaissait comme aussi complète et cohérente que celle qui s'est mise en place en Europe occidentale. L'histoire ordinaire des systèmes de protection sociale en Amérique latine peut-être ainsi retracée : ces systèmes ont été mis en place très tôt dans quelques pays (dès 1911 en Uruguay, les années 20 au Chili), dans les années 40 dans la plupart des autres. Dans tous les cas, la prétention universaliste est affichée (en matière de retraites et de santé pour le moins). Les moyens institutionnels mis en place reposent sur une combinaison de systèmes bismarckiens (pour le salariat « fixé ») et de systèmes « beveridgiens » (pour le reste). Le volontarisme qui caractérise cette mise en place d'institutions est cohérent avec celui qu'on constate en matière d'industrialisation et de politiques agricoles. L'extension de la protection sociale se fait au gré de la nécessité de passer des alliances avec des catégories « clés » de salariés : la fonction publique d'abord (militaire et civile) ; les salariés des transports (chemins de fer, dockers) et de l'énergie ensuite ; puis ceux de la finance, des mines etc. Dans cette interprétation⁵, ce n'est pas tant une revendication en termes de droits sociaux et/ou de citoyenneté qui explique l'extension graduelle de la protection sociale qu'une tactique politique maîtrisée par le pouvoir gouvernemental. La logique essentiellement politique de cette extension se traduit par l'existence d'effets de cliquet (il est souvent nécessaire d'élargir la protection à de nouvelles catégories, mais impossible de l'ôter à d'anciennes), et par un extrême éclatement de la structure institutionnelle de la protection sociale (plusieurs centaines de caisses catégorielles de santé ou de retraite dans certains pays, comme le Brésil, l'Argentine et la Colombie) ; celui-ci n'est réduit que dans des périodes de gouvernements très autoritaires, peu

⁴ J'ai choisi, faute de place essentiellement, de ne pas traiter les politiques éducatives et certaines politiques urbaines – assainissement, logement – qui, dans la littérature latino-américaniste, sont vues comme faisant partie des politiques sociales.

⁵ Développée par Silvia Borzutzky dès 1986, dans : « Políticas y reformas de la seguridad social », in C. Mesa-Lago (org.) : *La crisis de la seguridad social y la atencion a la salud*, Fondo de Cultura Economica, Mexico, 1986.

soucieux de compromis avec les syndicats corporativisés⁶. Le fait que la paysannerie, les travailleurs indépendants et ceux des micro-entreprises ne soient pas « stratégiquement importants » explique qu'ils soient laissés à l'écart de la protection sociale, tout en étant bénéficiaires de mesure assistantielles de masse quand un danger politique est pressenti (subventions aux produits de première nécessité, et dans certains cas réseaux de soins de base). Au départ (fin des années 1940) le coût du système apparaît supportable, non pas tant du fait du caractère minoritaire de la population protégée, que du fait de la vigueur de l'extension du salariat (et du nombre de cotisants) et de sa jeunesse.

Les analyses rétrospectives des quarante années qui suivent l'instauration de systèmes de protection sociale universalistes menées au début des années 1990 ont beau jeu de montrer que la crise était inévitable ; la crise économique des années 1980 n'a fait que mettre en lumière le caractère utopiste et démagogique de la prétention universaliste qui a fondé les systèmes latino-américains de protection sociale. Les analyses les plus diffusées dans le milieu académique, comme celles de Carmelo Mesa-Lago⁷, mettent en général l'accent sur les vices inhérents à ce transfert mimétique et parodique⁸ de systèmes institutionnels depuis l'Europe. Tout d'abord, les éléments assurantiels du système ont été dénaturés par le corporatisme, dont ils ont été une pièce essentielle (un exemple classique est le système argentin, où les syndicats se sont vus conférer la gestion des *obras sociales* qui ont représenté, en termes de masses financières contrôlées, plus que ce qui dépendait des institutions para-étatiques de protection sociale proprement dites). Ensuite, les éléments « beveridgiens » se sont rapidement révélés n'être en fait qu'un ensemble de mesures d'assistance, supports efficaces du clientélisme. La crise financière de la protection sociale, dénoncée au Chili à la fin des années 1970, dans le reste du continent dix ans plus tard (à la faveur des politiques d'ajustement de la seconde moitié des années 1980) aurait alors quatre causes : le développement de l'informalité, l'apparition d'une situation démographique défavorable, l'épuisement des rentes, les privilèges exorbitants accordés à certains syndicats corporativisés.

Mais ces explications ramènent en fait toutes à des causes politiques. Le développement de l'informalité, tout d'abord⁹, n'a pas pour seules origines la croissance démographique et l'impossibilité de pérenniser les taux d'accumulation très élevés des périodes de « miracle » ; il a aussi pour origine la fonction politique de l'informalité (en particulier l'utilisation de la tolérance vis-à-vis du non respect du droit comme moyen de contrôle politique). L'apparition de circonstances démographiques défavorables, indéniable mais prévisible, ramène elle aussi à des facteurs politiques qui les transforment en facteurs de crise : d'une part, les excédents réalisés dans les périodes de « vaches grasses » n'ont pas été mis en réserves, mais utilisés à des fins sans rapport avec la protection sociale ; d'autre part, ces circonstances devenues « défavorables » le sont largement du fait d'avantages exorbitants concédés à certaines catégories de salariés « protégés », particulièrement dans le secteur public¹⁰. L'épuisement des rentes, est lui, tout à fait réel dans les pays non-pétroliers¹¹ ; mais leur existence a servi d'alibi au maintien de faibles taux

⁶ Comme celui de Castello Branco au Brésil à la fin des années 1960, mais aussi ceux de l'Uruguay et du Chili - inspirés par les experts du BIT- dans les années 1970, mais non celui de la junte argentine.

⁷ Cf, parmi ses multiples travaux sur la question : « Social Security in Latin America », in : *Economic and Social Progress in Latin America* , BID, 1991.

⁸ Cf. Lautier B. : "L'État-providence en Amérique latine: utopie légitimatrice ou moteur du développement ?" in: B. Marques Pereira (Coord.): *L'Amérique latine: vers la démocratie?*_éditions Complexe, oct. 1993.

⁹ Je parle ici de l'informalité au sens courant, le travail indépendant ou effectué dans des micro-entreprises sans déclaration aux organismes de protection sociale, qui reflète les formes dominante d'informalité jusqu'aux années 1990 ; depuis cette date, le développement de l'informalité est principalement dû à la « dérégulation » du contrat de travail dans des entreprises qualifiées de « formelles ».

¹⁰ On pouvait faire valoir ses droits à la retraite, dans la plupart des fonctions publiques latino-américaines, au bout de 20 ou 25 ans de cotisations (voire 15 pour les militaires), jusqu'au début des années 1990 (jusqu'en 2003 au Brésil).

¹¹ Les rentes agricoles ont effectivement largement financé les systèmes de protection sociale en Uruguay et en Argentine à leurs débuts ; on peut dire la même chose du cuivre chilien ou de l'étain bolivien. La rente pétrolière vénézuélienne, elle, reste la principale source de financement d'une politique sociale extrêmement volontariste. Quant au Mexique, si la rente

de cotisation, et à la tolérance vis-à-vis de la non-perception de ces cotisations, à tel point qu'on peut légitimement penser que la faillite financière du début des années 1990 a été délibérément programmée, pour justifier les « réformes » libérales et leur brutalité.

L'appel au rôle du corporatisme syndical met plus directement le politique au centre de l'explication de l'évolution de la protection sociale : il est une des causes de la non-redistribution des gains de productivité en direction de la protection sociale¹², et de l'absence de transferts des caisses auxquelles sont affiliés les salariés vers celles qui protègent les non-salariés ou, plus largement, de solidarité interprofessionnelle ? Le caractère restreint de l'accès à la protection sociale constituait la base d'une « citoyenneté fragmentée », qui est au cœur d'un système de domination politique qui entre, lui aussi, en crise à la fin des années 1980¹³.

In fine, les causes fondamentales de la faillite (Brésil et Costa-Rica mis à part) des anciens systèmes de protection sociale latino-américains, au début des années 1990¹⁴ sont à situer dans le champ politique et idéologique : fragilité ou étroitesse des coalitions politiques formées autour de l'objectif de protection sociale universelle et, symétriquement, impossibilité de briser l'alliance avec les syndicats corporativisés des « branches-clés » et de la fonction publique ; absence d'autonomie du politique qui aurait imposé cet objectif d'universalisation comme projet de société ; non-émergence d'une idée de « citoyenneté sociale » comme parachèvement de la citoyenneté. Mais la rhétorique néo-libérale ne proposait aucun projet alternatif à l'ancien système de protection sociale, la répétition de la nécessité du « passage au marché » ne tenant pas lieu de projet. Du coup, le politique a continué d'occuper et de structurer le champ du social, mais de façon empirique, sans doctrine positive, ce que je tenterai d'illustrer après un bref passage sur la difficulté qu'il y a à tenir un discours sur l'Amérique latine « en général ».

1-2- Les limites d'une histoire « continentale » et le problème des typologies des « social states » latino-américains¹⁵.

Les pages qui précèdent portent sur « l'Amérique latine », en général. Or, à l'évidence, les situations et les histoires nationales sont très diverses, du point de vue de la protection sociale comme d'autres points de vue. Mesa Lago¹⁶ proposait en 1991 une classification prenant pour base le degré de « maturité » des différents pays. Sa classification, très sommaire, des politiques sociales des pays latino-américains est fortement évolutionniste : d'un côté les « pioneer countries », caractérisés par une couverture quasi-universelle en matière de « basic social protection services », une stratification marquée de la qualité des services offerts, et un déficit structurel rampant. Le récit fait plus haut de la naissance et de l'évolution des politiques sociales « à l'ancienne » apparaît très vite comme principalement inspiré par cette catégorie de pays. Au milieu, le secteur intermédiaire qui « had advanced towards a mature stratified model » (à part le Costa Rica et peut-être le Panama, qui sont en route vers un universalisme plus égalitaire). Et, en

pétrolière (qui stagne depuis une quinzaine d'années) explique le système extraordinairement favorable des salariés du pétrole, elle a peu été redistribuée vers le régime « général » de sécurité sociale (IMSS).

¹² J'avais développé cette question, à propos du Brésil, dans Lautier B. (2003 : « La protection sociale dans le Brésil de Lula : trop de dépenses, ou trop peu de recettes ? », in : *Revue Tiers Monde* N°175, juil.-sept 2003, p.527-554.

¹³ Pour les exemples mexicain et brésilien, cf. Lautier B. : " Les politiques sociales au Mexique et au Brésil : l'assurance, l'assistance, l'absence", in : Lautier B. et Marques Pereira J. (dir) : *Brésil, Mexique : deux trajectoires dans la mondialisation*, ed. Karthala (2004), p.165-199.

¹⁴ Il faudrait constamment rappeler le précédent chilien, ce que je ne ferai plus de façon systématique, sinon pour rappeler à quel point il a pu servir « d'exemple », y compris à des gouvernements –ou des analystes- prétendument « démocratiques ».

¹⁵ Bien que l'espagnol et le portugais emploient l'expression d' « Etat de bien être », l'expression d' « Etat social », employée en allemand et en anglais, me paraît plus pertinente.

¹⁶ Op. cité, 1991. Cet auteur, depuis sa thèse éditée en 1978 et jusqu'à présent (il est « professeur émérite ») a joué un grand rôle dans le développement des études comparatives sur la protection sociale en Amérique latine. De nationalité cubaine, il a fondé un centre de recherche sur ces questions à l'Université de Pittsburg, qui demeure un des pôles majeurs de la recherche académique en la matière.

dernier lieu, on trouve les « latecomers countries », offrant un taux de couverture faible, des services peu diversifiés, et un secteur protégé très réduit mais bénéficiaire de services « disproportionnés en qualité et quantité ». La discussion menée en Europe à partir des travaux de Titmuss et Esping Andersen a fait dire à certains auteurs que la classification de Mesa Lago ne constitue pas une typologie, et qu'une véritable typologie des « welfare states » doit se fonder non pas tant sur « combien dépensent les Etats » que sur « comment ils dépensent »¹⁷. On aboutit alors à des typologies, dont la plus aboutie est sans doute celle de Filgueira¹⁸ ; celui-ci définit trois types de pays qu'il appelle « stratified universalism based on contending elites seeking popular support » (Uruguay, Argentine, Chili) ; « dual regimes based on elites statecraft and cooptation and repression of the popular sectors » (Brésil, Mexique) ; « exclusionary regimes based on predatory elites » (Guatemala, Honduras, Salvador, Nicaragua, Bolivie).

Une telle typologie ne se limite pas à regrouper les pays en fonction de la proximité de la valeur des indicateurs des différents pays de chaque type ; elle tente de lier les caractéristiques des politiques sociales à des similarités politiques (l'existence d'« inclusionary mass politics » dans le cas du premier, l'importance d'une conception corporatiste des droits plutôt que d'une vision en termes de droits liés à la citoyenneté dans le deuxième, l'importance du clientélisme et du patrimonialisme dans le troisième). Cependant cette typologie est, l'auteur le reconnaît lui-même, très insatisfaisante ; d'une part, certains pays n'y trouvent guère leur place : le Costa-Rica, qualifié de « mariage particulier de démocratie et d'universalisme » ; ou encore le Pérou qui bascule du deuxième au troisième type, principalement du fait de son instabilité politique. D'autre part, les pays d'un même groupe présentent des différences essentielles tellement importantes qu'on peut se demander s'il est légitime de les regrouper (par exemple le Mexique présente depuis les années 1940 des niveaux de dépenses par tête en santé et en éducation très supérieurs à ceux du Brésil). Enfin, et surtout, la pertinence d'une telle typologie semble s'estomper, voire disparaître, dès qu'on aborde les années 1980 et 1990. Certes, tous les pays présentent des caractéristiques communes (en particulier une baisse des dépenses sociales durant les premières années 1980, et une croissance à nouveau dans les années 1990), mais cela ne légitime pas la préservation de la typologie antérieure. En effet, la proximité des formes de l'Etat Social des pays d'un même « type » était, pour la période antérieure à 1980, expliquée par d'autres similarités (les formes prises par le modèle d'import-substitution, ou encore le type d'organisation politique et/ou de régime politique). Dès lors que les années 1980 et le début des années 1990 mettent à bas le modèle d'import-substitution et beaucoup de ses corollaires (le poids du corporatisme syndical, l'importance des rentes etc.), on ne voit plus trop ce qui légitime le maintien des regroupements opérés pour la période antérieure, sinon l'existence d'une *path dependency* extrêmement forte et inerte qui reste à expliquer.

On est donc ramené à une sorte d'empirisme raisonné qui pousse à juxtaposer des situations nationales extrêmement diversifiées. Les distances ou proximités d'un pays à l'autre restent clairement identifiables si l'on se réfère aux indicateurs classiques : le niveau de revenu par tête, les taux de scolarisation, l'espérance de vie etc. de l'Argentine sont plus proches de ceux de l'Uruguay que de ceux du Honduras, par exemple. Mais cela ne justifie pas pour autant à fonder la réunion de l'Argentine et de l'Uruguay dans un même type « d'Etat social ».

¹⁷ Filgueira fait remarquer que les aspects quantitatifs jouent cependant leur rôle, les taux de couverture allant de 20% à 90%, et le ratio : dépenses sociales/PIB de 8% à 18%. Il fonde sa typologie sur ces indicateurs, mais aussi d'autres tels que l'espérance de vie, les taux de scolarisation et d'alphabétisation, des indicateurs sanitaires et de pauvreté.

¹⁸ cf. par exemple : Fernando Filgueira *Welfare and Democracy in Latin America : The Development, Crises and Aftermath of Universal, Dual and Exclusionary Social States*, UNRISD Project on Social Policy and Democratization Working Document, UNRISD, Genève, 2005.

2- L'évolution des dépenses sociales dans la période néo-libérale : des effets très diversifiés d'un pays à l'autre, d'une sous-période à l'autre, d'un domaine d'intervention à l'autre.

Les premières années 1980 ont été marquées par une forte baisse des dépenses sociales dans tous les pays d'Amérique latine. Mais cette baisse a été relativement semblable en intensité (en % du niveau initial) dans l'ensemble des pays, et les hiérarchies initiales ont été peu ou prou conservées¹⁹. Et, surtout, la part des dépenses sociales dans la dépense publique totale est, dans la plupart des pays, légèrement supérieure en 1990 à ce qu'elle était en 1980-81. A titre indicatif, la part des dépenses sociales dans le total des dépenses publiques était en 1980 la plus élevée au Chili (62 %) en Uruguay (62%), en Argentine (48%), au Brésil (47%), et ces pays restent en tête en 1990, avec respectivement 61%, 62%, 62% et 49%; à l'opposé, on trouve le Salvador, le Honduras, la Colombie et le Pérou, où l'indicateur reste en-dessous de 30% en 1990. Cela tend à montrer que le discours selon lequel « l'ajustement structurel » a essentiellement pesé sur les dépenses sociales, le remboursement de la dette étant privilégié, n'est pertinent que pour les années 1982-86 ; dès la fin de la décennie, les dépenses sociales retrouvent leur niveau d'avant la crise²⁰. Ces données contrastent fortement avec les discours courants de l'époque et de nombreuses données empiriques, qui montraient en particulier la dégradation de l'éducation primaire et de la santé de base ; l'explication en est principalement dans l'extraordinaire inertie de certains postes de dépense, en particulier le plus important, les retraites, qui continuent à croître régulièrement (ce qui motivera leur « réforme » brutale dans les années 1990).

La diversité est particulièrement grande en ce qui concerne les « fonds d'urgence » : moins les structures institutionnelles de « l'Etat social » sont développées en 1980, plus la part de la dépense publique qui passe par les « fonds d'urgence », et le fractionnement de ceux-ci, sont importants²¹. Si on admet que l'importance de ces fonds d'urgence est un indicateur de la mise en œuvre du nouveau mode de « gestion du social » impulsé par les organisations internationales (baisse générale des dépenses publiques, instauration de mécanismes marchands d'accès aux services publics, mais action compensatoire à destination des plus pauvres), il apparaît que ce nouveau modèle est surtout mis en œuvre dans les pays à bas revenu par tête et faible taux de couverture par la protection sociale, alors que les structures de l'Etat social des autres pays « résistent ».

On se trouve, à la fin de la décennie des années 1980, devant une situation extraordinairement hétérogène quand on compare la dépense sociale par tête en chiffres absolus : elle va, en 1990, de 48 \$ par tête au Nicaragua, 52 au Guatemala, 56 au Paraguay, à (à l'autre extrême) 1211\$ en Argentine, 888 en Uruguay, 766 au Brésil²², la moyenne de l'Amérique latine se situant à 360 \$. Un tel écart (de 1 à 25) interdit à nouveau de parler des « dépenses sociales en Amérique latine », en général, et surtout montre à nouveau que la crise des années 1980 n'a ni modifié les hiérarchies

¹⁹ Les rapports annuels de la CEPAL : *Panorama social de America Latina* fournissent environ un an sur deux un ensemble de données très complet et homogénéisé sur la « dépense sociale publique » (le dernier étant celui de 2007) ; je ne peux, dans le cadre de cet article, répéter un trop grand nombre de ces données auxquelles le lecteur pourra se référer si nécessaire (gratuitement) à l'adresse :

http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008_Versioncompleta.PDF.

La CEPAL donne des chiffres par année fiscale, soit 1981-1982, 2001-2002 etc. Pour alléger la lecture, je ne donnerai que la première des deux dates.

²⁰ Cela n'empêche pas que l'expression « décennie perdue » pour qualifier les années 1980 reste pertinente, puisque, en moyenne sur la période 1982-89, l'indicateur est 15 à 20% inférieur à son niveau de 1981. Cf. F. Filgueira (2005) p.40.

²¹ Il y avait, par exemple, en 1990, 6 de ces fonds au Guatemala, 13 en Equateur, 5 au Honduras et au Pérou, et un ou deux au Costa Rica, Uruguay, Chili, Argentine. Cf. Fernando Filgueira : « La nueva Arena de las Políticas Sociales : vectores internacionales y mediación doméstica en la reforma social en América Latina », in : Andrés Perez Baltodano (ed) : *Globalización, Ciudadanía y política social en América Latina : tensiones y contradicciones*, Nueva Sociedad, Caracas, 1997.

²² Cf. CEPAL, *Panorama Social de América Latina 2000-2001*, p.117 (il s'agit de dollars de 1997)

entre pays, ni poussé l'ensemble des pays vers un système « libéral résiduel » de protection sociale²³. Cette hétérogénéité se double d'une autre, concernant le niveau de décentralisation des dépenses. Le pays le plus décentralisé de ce point de vue²⁴ est le Brésil où, en 1990, les dépenses sociales du gouvernement fédéral représentent 11% du PIB, et celles des Etats fédérés et des municipalités 7,1%.

La décennie et demie qui a suivi (1990-2005) n'a pas substantiellement modifié cette hétérogénéité et cette hiérarchie. Tous les pays voient croître fortement la dépense sociale publique per capita de 1990 à 1998, et plus modérément ensuite, sauf les deux pays qui étaient, de loin, en tête, l'Argentine et l'Uruguay (où elle baisse de 1999 à 2003 pour remonter ensuite). Certes la croissance relative de cette dépense dans les pays où elle était la plus faible est vigoureuse, mais à des niveaux absolus très faibles, et la disparité demeure²⁵. L'hypothèse selon laquelle le principal déterminant du niveau des dépenses sociales serait le niveau du PIB par tête reste vraie *grasso modo*: la part du PIB consacrée aux dépenses sociales est généralement plus élevée dans les pays où le PIB par tête est le plus élevé. Mais il y a de nombreuses exceptions, c'est-à-dire d'un côté des pays qui « font mieux »²⁶ (en termes de part du PIB consacrée aux dépenses sociales) que ce que donnerait à penser leur niveau de PIB par tête (Cuba, la Bolivie, le Costa Rica, mais aussi le Brésil et le Nicaragua); et, à l'inverse, d'autres qui « font moins bien » (Argentine, Uruguay, Mexique). Explorant cette question à partir de données de la CEPAL issus des rapports de 2000, 2001 et 2002, Fernando Filgueira²⁷ écrit : « l'évidence renforce l'argument selon lequel le moteur principal de l'Etat social n'est pas le politique, mais l'économique. Effectivement, la relation entre le PIB et la part du PIB consacrée aux dépenses sociales est beaucoup plus robuste que la relation entre démocratie et part du PIB consacrée aux dépenses sociales ». Mais, notant certaines des exceptions évoquées ci-dessus, il ajoute: « Là où la démocratie a survécu pendant des périodes relativement longues, la dépense sociale au bout de 30 ans est clairement supérieure à ce qu'on aurait pu attendre en raison du niveau du PIB. Inversement, là où la démocratie était faible ou inexistante entre les années 1950 et 1970, la dépense sociale est inférieure à ce qu'on pouvait attendre en raison du niveau du PIB, même trente ans après ». Cette hypothèse d'effets à long terme de situations démocratiques est à la fois séduisante et contestable; en effet, la démocratie est définie, de façon assez sommaire, par l'absence de « corporatist and authoritarian rule », ce qui est pour le moins flou, et l'indicateur utilisé est le nombre « d'années de démocratie ininterrompue »²⁸, quelle que soit la période où se situent ces années. Néanmoins, l'idée selon laquelle le politique, en termes non pas tant d'« années de démocratie » que d'événements politiques « fondateurs », joue un rôle important de médiation dans la relation entre richesse économique du pays et importance de la dépense sociale, doit être retenue et développée.

Cette croissance des dépenses sociales dans les années 1990-2005 mène intuitivement à penser que les inégalités sociales ont été réduites de ce fait, en particulier du fait de la croissance des

²³ Même le Chili, qui a pourtant brutalement modifié son système de retraite et de santé en 1981, conserve une dépense publique importante (440\$ par tête) en 1990.

²⁴ Et qui le restera dans la période suivante, en particulier du fait de la décentralisation des dépenses d'éducation.

²⁵ En 2004-2005, l'Argentine reste en tête (avec 1521 \$ de 2000 per capita) devant l'Uruguay (1087), Cuba (870) et le Brésil (860) ; à l'autre extrémité, on trouve le Honduras, le Paraguay, le Guatemala, l'Equateur et le Nicaragua entre 120 et 90 \$. La dépense moyenne pour l'Amérique latine per capita (exprimée en US\$ à la valeur de 2000) était de 440 \$ en 1990, et de 658 en 2004-2005, ce qui nous éloigne encore de l'idée d'un désengagement massif de l'Etat de la sphère sociale.

²⁶ Pour plus de détails, cf. CEPAL : *Panorama social de América latina 2007* » p.106-108.

²⁷ Document cité (2005), p.6 et 7.

²⁸ Ce qui classe en tête, derrière le Costa-Rica, la Colombie, le Venezuela, le Chili et l'Uruguay, et en queue le Mexique et le Paraguay, ce qui peut surprendre (le Mexique, toujours « corporatiste », a un indice de 0 ; le Chili n'aurait été « non démocratique » que pendant la période pinochetiste). Filgueira se fonde sur les travaux de Przeworski (*Democracy and Development. Political institutions and well-being in the world, 1950-1990* – Cambridge University Press, 2000.)

dépenses d'éducation et de santé de base. Cette intuition est globalement fautive : la croissance des dépenses sociales a généralement accru les inégalités. L'explication en est simple : les retraites pèsent fortement, et de plus en plus, dans les dépenses sociales, et les retraites sont très majoritairement perçues par les titulaires de revenus élevés (ceux qui ont eu des revenus d'emploi formel, d'une part, et qui touchent des retraites proportionnelles à leurs revenus antérieurs d'autre part). Si l'on tient compte des dépenses d'éducation, de santé, de retraites (« seguridad social »), d'assistance sociale, d'assainissement et de logement subventionné, il n'y a que l'Argentine et le Chili où les premiers et deuxième quintiles de revenus perçoivent plus de 20% chacun des dépenses sociales publiques²⁹. Le Brésil apparaît comme étant le pays où les dépenses sociales sont les plus « anti-redistributrices » (le quintile le plus élevé perçoit 41 % des dépenses sociales en 1997 !). Le fait que les deux exceptions soient le Chili (très fortement « redistributeur ») et l'Argentine (modérément) est intéressant. Dans le premier cas, c'est très clairement le déplacement vers les ménages de la dépense sociale (retraites par capitalisation, cliniques et universités privées) qui explique que les dépenses sociales concernent surtout les pauvres (43 % vont au premier quintile de revenu). En Argentine³⁰, c'est la croissance brutale au début des années 2000 des dépenses d'assistance (avec le programme Chefs et Cheffes de famille sans emploi, JJHD), et la baisse des retraites publiques qui explique cette situation. Ailleurs, même quand les retraites par capitalisation ont été introduites, souvent brutalement, cela n'a pas permis d'éliminer cet effet anti-redistributeur des dépenses sociales (en particulier du fait du coût pour les dépenses publiques du régime de transition –qui peut durer 30 ans– d'un système à l'autre).

3 -Les retraites

Les retraites sont le domaine de la protection sociale où l'affrontement entre positions néo-libérales et positions adverses a été le plus important, et la victoire des néo-libéraux apparemment la plus complète ; ceci est signifié par le passage quasi-généralisé aux retraites par capitalisation entre 1993 et 2003 (suivant en cela « l'exemple » chilien de 1981)³¹. Le changement ne concerne pas seulement le passage de la répartition à la capitalisation³², mais aussi le passage de régimes à prestations définies à des régimes à cotisations définies (ce qui a une certaine importance dans une situation de crise financière), et de la gestion par des organismes publics à une gestion privée.

Au début des années 1990, ces réformes étaient présentées par tous les libéraux³³ comme à la fois nécessaires et bénéfiques. Nécessaire, car presque toutes les caisses de retraite du continent étaient en déficit, lequel soit était comblé par le budget général, au détriment des autres domaines des politiques sociales, soit menait au non-paiement des retraites dues (lesquelles n'étaient, par exemple, versées qu'à hauteur de 42% en Argentine en 1991). Ces réformes étaient également présentées comme bénéfiques dans de multiples domaines : extension de la part de la population couverte ; baisse des coûts de gestion grâce à la concurrence entre les institutions de gestion ; revitalisation des marchés boursiers et du financement de l'investissement ; et instauration d'un système plus « équitable ».

²⁹ Cf. CEPAL : *Panorama social de América latina 2007*, p.131. J'exclus un certain nombre de pays, qui ne livrent des données que sur l'éducation et la santé (République Dominicaine, Salvador, Paraguay, Jamaïque) où les dépenses sociales apparaissent très légèrement « redistributrices », mais ne le seraient sans doute pas si on incluait les retraites.

³⁰ Où l'effet de redistribution n'apparaît qu'après 2000 ; jusque là chaque quintile de revenus perçoit presque exactement 20% des dépenses sociales).

³¹ Pérou en 1993, Colombie et Argentine en 1994, Uruguay en 1996, Bolivie et Mexique en 1997, Salvador en 1998, Costa Rica en 2001, République dominicaine en 2003...

³² Sauf au Brésil ; de plus, l'Equateur et le Nicaragua n'ont pas mis en œuvre les réformes votées, jugées trop coûteuses à court terme.

³³ Le document qui a sans doute eu le plus d'influence est le rapport de la Banque Mondiale de 1994 : *Averting the old age crisis. Policies to protect the old and promote growth*. New York, Oxford University Press, 1994.

C'est la Banque Mondiale elle-même qui a produit la première synthèse critique de ces réformes³⁴, reprenant des arguments déjà émis par Orszag et Stiglitz³⁵ et Mesa Lago³⁶. Ce dernier³⁷ va plus loin que la timide autocritique de la Banque Mondiale. En premier lieu, le taux de couverture (en prenant pour base les cotisants effectifs), a baissé en moyenne de 38 à 27 %³⁸, en particulier parce que le taux de couverture des travailleurs indépendants est resté infime (5% au Chili, 1% au Mexique). Le plus grave est que la proportion des affiliés qui cotisent effectivement est basse, et baisse constamment (58% en 1998, 42% en 2003 pour l'ensemble des pays étudiés). Les raisons en sont multiples : la baisse de l'emploi formel vient en tête, et chaque crise (comme en Argentine en 2001) fait chuter le taux de cotisants ; puis le fait que de nombreux cotisants cessent de cotiser dès qu'ils ont atteint le seuil de cotisations permettant d'obtenir une retraite minimale, garantie par l'Etat (ce qui montre bien que la privatisation du système est toute relative) ; et enfin le non versement des cotisations par les employeurs (en particulier dans le pays « modèle », le Chili, où ces non-versements ont été multipliés pas six entre 1990 et 2002). La conséquence de cela est que l'on prévoit³⁹ que, sauf quelques exceptions (Chili, Argentine⁴⁰, Costa Rica), moins de 20% des cotisants toucheront effectivement une retraite. Les appels à l'épargne privée révélant leur rhétorique inconsistante plus fortement encore avec la crise boursière et financière de 2008, il ne subsiste guère que deux solutions. La première pourrait être appelée brutalement le « génocide des vieux », puisque l'appel à la « solidarité intergénérationnelle » que la Banque Mondiale met tant en exergue à propos de l'Afrique et de l'Asie du sud est à l'évidence totalement inefficace dans le cas des familles nucléarisées d'Amérique latine. La seconde solution (mise explicitement en œuvre au Brésil, et implicitement dans les pays qui ont instauré une retraite-plancher garantie par l'Etat⁴¹) est un report sur l'Etat de la charge des retraites minimales et donc, de facto, le passage d'un droit social basé sur l'activité de travail antérieure à une prestation présentée (et vécue) comme assistantielle. L'accentuation de la crise financière⁴² ne laisse d'autre issue que la re-nationalisation du système avec retour à un système de répartition et cotisations définies, ouverte (comme en Argentine en décembre 2008) ou feutrée (comme au Chili), l'Etat prenant, sans aucune contrepartie, à sa charge les pertes issues de la période de capitalisation. Les grandes perdantes sont les classes moyennes, car l'Etat ne garantit que les plus basses des retraites.

³⁴ I. Gill, T. Packard, J. Yermo: *Keeping the promise of social security in Latin America*, Banque Mondiale, Washington DC et Stanford University Press.

³⁵ Peter Orszag, and Joseph E. Stiglitz. "Rethinking Pension Reform: Ten Myths about Social Security Systems", in Robert Holzman and Joseph Stiglitz, eds., *New Ideas about Old Age Security*. (The World Bank: 2001).

³⁶ C. Mesa Lago : *Las reformas de pensiones en América latina y su impacto en los principios de la seguridad social*, CEPAL, Série Financiamiento de Desarrollo, Santiago, 2004.

³⁷ Dans un texte publié en français : « Les réformes de la sécurité sociale en Amérique latine : observations sur le rapport de 2005 de la Banque mondiale », *Revue internationale de sécurité sociale*, vol 58, 2-3, 2005, p.115-137

³⁸ L'auteur prend pour base l'année précédant les réformes et l'année 2002 ; il étudie 13 pays, où les données sont fiables, parmi lesquels tous les pays les plus peuplés (sauf le Brésil, bien entendu, et le Venezuela).

³⁹ Cf. C. Mesa Lago, 2005, p.120.

⁴⁰ En Argentine, 65% des hommes de plus de 65 ans et des femmes de plus de 60 ans touchaient une retraite en 2000 ; les projections de la Secretaria de Seguridad Social (2003) sont que ce ratio tombera à 36% en 2025 (cité par : Laura Goldberg et Ruben Lo Vuolo : *Falsas promesas – Sistema de prevision social y regimen de acumulacion*, Mino y Davila, Buenos Aires, 2006, p.87.)

⁴¹ Le Chili apparaît alors plutôt comme le « modèle » du financement public des retraites que comme celui des fonds de pension privés. En 2008, l'Etat finance les 796 000 retraites de ceux qui ont choisi de rester dans l'ancien système par répartition, et 533 000 « allocations publiques solidaires », ce qui représente au total trois quarts des retraites versées. Les allocations « non contributives » ont été portées à 150 \$ mensuels début 2008 par Michelle Bachelet, qui a également instauré un complément aux retraites par capitalisation inférieures à 400 \$. Cf. Manuel Riesco : « Sismo en los fondos de pension », *Le Monde Diplomatique/El Diplo*, dec.2008, p.26-27.

⁴² Les fonds de pension chiliens ont, entre 2007 et 2008, perdu de 34 à 45% de leurs avoirs, imposant cette forte intervention de l'Etat (ibidem).

Les autres éléments de la rhétorique libérale à propos de la « réforme » des institutions de retraite se sont également révélés inconsistants : l'instauration de la concurrence entre fonds privés n'a amené que la formation d'oligopoles très concentrés⁴³. Les frais d'administration ont explosé avec la privatisation du système (26 % des cotisations en moyenne, 36% en Argentine et au Mexique), en partie à cause des frais de publicité etc., en partie à cause du niveau très élevé des « commissions » (qui sont en fait des profits dissimulés). Quant à ce qui était peut-être l'argument central présenté à l'appui de la « réforme des retraites », la revitalisation des marchés boursiers et le financement des activités productives, il s'est révélé totalement fallacieux : la majorité des investissements de fonds de pension se sont faits sous formes d'obligations du trésor public⁴⁴, 12% en titres étrangers, et seulement 10% en actions « locales ». La réforme des retraites a donc essentiellement servi à financer, à court terme, le déficit des finances publiques, et à transformer les retraités en pseudo-rentiers de la dette publique (grâce aux taux d'intérêt très élevés des bons du Trésor). Elle n'a, en tous cas, pas soulagé les dépenses publiques ; bien au contraire, le passage de la répartition à la capitalisation est extrêmement coûteux, et ce à très long terme⁴⁵.

Enfin, l'idée selon laquelle les systèmes par capitalisation seraient plus « équitables » s'est résumée à l'introduction de clauses selon lesquelles les femmes, qui ont une espérance de vie supérieure à celle des hommes, devaient cotiser plus longtemps que ces derniers. Comme, de surcroît, les femmes ont des carrières plus discontinues et sont plus reléguées dans l'économie informelle, le souci « d'équité » s'est traduit essentiellement par une paupérisation des femmes âgées⁴⁶.

Au total, les retraites sont bien le domaine des politiques sociales qui montre le mieux la faillite des politiques néo-libérales. Certes, beaucoup des critiques faites aux anciens systèmes par répartition étaient pertinentes : effets largement anti-redistributeurs, absence d'anticipation des évolutions démographiques, poids des intérêts corporatistes. Mais les systèmes par capitalisation n'ont pas résolu ces problèmes (ils sont encore plus générateurs d'inégalités), entraînent d'énormes gâchis pudiquement appelés « frais d'administration », et reportent sur l'Etat une charge supérieure à celle des anciens systèmes, encore accrue par la crise financière récente. La seule alternative aurait été la voie choisie au Brésil par les gouvernements Cardoso en 1998 pour le secteur privé, Lula en 2003 pour le secteur public⁴⁷. Les instruments choisis sont assez « classiques » : forte hausse du nombre d'annuités de cotisation, plafonnement des retraites pour les salariés les mieux payés (en particulier dans la fonction publique) et soumission des retraites aux cotisations ; et, corrélativement, instauration ou développement de revenus minimaux pour les personnes âgées n'ayant pas cotisé, égaux au salaire minimum⁴⁸. Certes, l'opposition des syndicats et le risque d'éclatement du PT ont obligé le gouvernement Lula à des concessions en 2003 (en particulier en matière d'étalement des réformes), et le système brésilien gardera longtemps son caractère anti-redistributeur. Mais il apparaît, avec la crise financière de 2008-2009, que le système brésilien est le seul capable de « s'en tirer » sans trop de dommages, à même d'échapper à la paupérisation massive des personnes âgées qui est la plus grande, et inéluctable, menace sociale de tous les autres pays du continent.

⁴³ Le nombre de fonds de pension varie de 2 à 12 selon les pays, mais, en général ils forment un véritable oligopole, comme au Chili où les trois premiers perçoivent 80% des cotisations selon (Mesa Lago, 2005, p.124).

⁴⁴ 51% en moyenne en 2003, mais 82% au Mexique et 69% en Argentine, selon, C. Mesa Lago, 2005, p.131.

⁴⁵ Selon les simulations de la Banque Mondiale elle-même (sous estimées selon Mesa Lago, 2005, p.133) le coût de la transition varie de 1 à 4 % du PIB annuellement, avec une moyenne d'environ 3%, au moins jusqu'en 2040.

⁴⁶ Une enquête chilienne de 2001, citée par Mesa Lago (2005, p.136) montre que le « taux de remplacement » du revenu antérieur par les retraites varie entre 52 et 57% pour les femmes, contre 81 à 86 % pour les hommes).

⁴⁷ Débats qui ont amené une forte augmentation des durées de cotisation, un plafonnement des retraites les plus hautes etc. Pour plus de développements, cf. Lautier B. : « Les politiques sociales au Brésil durant le gouvernement Lula : aumône d'Etat ou droits sociaux ? » : *Problèmes d'Amérique latine*, n° 63, mars 2007.

⁴⁸ Cf. le Brésil a, en 1991, doublé les retraites rurales pour les paysans n'ayant pas contribué, en les alignant sur le salaire minimum. Et, en 1993, il a créé le « Bénéfice de Prestation continue » - cf. plus bas, note 78.

La seule possibilité d'y échapper, si l'on suit Laura Golberg et Ruben Lo Vuolo, serait de généraliser une allocation universelle pour les inactifs âgés⁴⁹, qui n'a pour l'instant guère de soutiens politiques. La condition principale en serait une importante réforme fiscale, dont on ne voit nulle part les prémisses. Mais, en tout état de cause, les systèmes issus de la « réforme » libérale apparaissent comme n'étant plus viables, ce qui a provoqué leur « nationalisation » fin 2008 par le gouvernement argentin, dans la hâte et sans projet précis. Refonder un système par répartition à prestations définies dans des conditions de forte informalisation des relations de travail supposerait de résoudre le problème des contributions des « informels », ce que l'Argentine pas plus que les autres pays d'Amérique latine ne parvient à faire. L'impasse demeure.

4- La santé.

La santé est un domaine des politiques sociales moins médiatisé que les retraites ou les Conditional Cash Transfer Programmes (CCTP). C'est pourtant le domaine (avec l'éducation primaire) où les progrès ont été les plus sensibles, du moins si on s'en tient aux indicateurs quantitatifs comme les « taux de couverture ». Mais le problème est de savoir ce que recouvre cette notion, particulièrement si on pose le problème de la gratuité : dans de nombreux pays existent des plafonds (en matière de prothèses, mais aussi de chirurgie) ; dans d'autres, des monographies montrent que la gratuité des consultations médicales n'est pas accompagnée de la gratuité des médicaments. Et la gratuité de l'accès aux « postes de santé » ne signifie pas gratuité de l'accès à l'hôpital. De plus, l'élargissement de la couverture ne s'est en général pas accompagné d'une croissance correspondante de l'offre de soins, ce qui se traduit par une dégradation qualitative : allongement des files d'attente, raccourcissement des consultations, manque de personnel qualifié etc.⁵⁰ Du coup, l'idée selon laquelle la dépense publique en matière de santé, au contraire des retraites, a un effet redistributeur⁵¹ doit être maniée avec précaution. Sa composante « *atencion primaria* » a à l'évidence un aspect redistributeur ; mais sa composante « *atencion hospitalaria* » a clairement un aspect anti-redistributeur (le pays où cela est le plus évident étant le Mexique, où le quintile de revenus le plus pauvre perçoit 3% de la dépense publique en hôpitaux, contre 30% pour le plus riche).

Il est impossible de produire des données homogènes et fiables sur la couverture médicale⁵². Le problème se complique encore du fait que, dans les années 1990, plusieurs pays ont mis en place des systèmes de couverture universelle et proclament cette universalité de l'accès aux soins, qui apparaît ainsi dans les données sans possibilité de confirmation. Faute de pouvoir être exhaustif, je ne développerai que trois exemples (qui sont aussi les trois pays les plus peuplés de l'Amérique latine, et forment plus de 60% de sa population) : le Brésil (assez longuement), le Mexique (brièvement) et la Colombie.

⁴⁹ Op. cité, (2006), chap.7.

⁵⁰ Cela a été montré en particulier au Mexique, où le programme « Progresa-Oportunidades », qui impose aux bénéficiaires de suivre des examens médicaux réguliers, n'a pas été accompagné de la création d'infrastructures médicales. Les soins dans certaines régions sont effectués dans un « centre de santé », et non à l'hôpital, avec une qualité très faible. Cf. par exemple : Marguerite Bey : « Le programme social Progresa-Oportunidades au Mexique – De vieilles recettes pour un nouveau modèle », *Revue Tiers Monde* n°196, oct.-dec. 2008, Armand Colin, p.896.

⁵¹ Cf. Cf. CEPAL : *Panorama social de América latina 2007*, p.113 et 149. Sur l'ensemble du continent, les deux premiers quintiles de revenu bénéficient de 24 % et 22% de la dépense publique de santé.

⁵² C. Mesa Lago détaille longuement ces difficultés méthodologiques, en notant : « en ce qui concerne la couverture assurée par les services publics, le grand problème est que la population n'y a pas toujours effectivement accès » (p.13), et en concluant « il est impossible d'estimer de façon sûre la couverture totale ». (« Evolution du marché du travail, assurance sociale et couverture médicale de la population en Amérique latine : problèmes et lignes d'action », in : *Revue internationale de sécurité sociale*, vol.60 n°1, 2007, Blackwell Publishing, Oxford).

4-1-Le Brésil.

Le Brésil a mis en place le SUS (« Système unifié de santé »), qui couvre tous les citoyens qui ne sont pas affiliés à un plan privé de santé⁵³, et a absorbé le système assurantiel. Le SUS, voté dans son principe en 1990 (et élargi par des lois de 1993, 1996 et 2001) est en partie inspiré par le *National Health Service* britannique (médecin référent, politique de « maillage » du territoire par des postes de santé et des dispensaires, gratuité des soins relevant de la médecine ambulatoire etc.), et découle largement de la rhétorique de la Constitution de 1988 : universalité, « intégralité », décentralisation, participation communautaire.

Le SUS constitue le pôle de la politique de santé brésilienne, qui, petit à petit, tente d'articuler le système public et les opérateurs privés⁵⁴. Le SUS a aussi vocation à être un vecteur de la démocratisation « citoyenne » de la santé et de la décentralisation de sa gestion, à travers la création de « conférences de la santé » et de « conseils de la santé » à chaque niveau administratif (fédération, Etats fédérés, municipalités), où les pouvoirs publics n'ont qu'un quart des sièges.

Le SUS a joué un rôle important dans la croissance de l'utilisation des services de santé gratuits. Bien que de fortes inégalités demeurent⁵⁵, l'amélioration quantitative et qualitative est indéniable depuis une dizaine d'années⁵⁶. Dans certains domaines, on peut parler de réel succès, comme en ce qui concerne le Sida⁵⁷. On est bien en face d'un modèle d'universalisation de l'accès à la santé par la généralisation d'une offre gratuite de soins. Et, malgré la part importante de la médecine privée, c'est bien la médecine publique qui entraîne le mouvement.

Néanmoins, le SUS souffre de gros défauts, qui constituent autant de menaces pour son devenir à long terme : le plus important de ces défauts est lié à son mode de financement. Celui-ci a été réformé en 2000 par un amendement à la Constitution (*Emenda Constitucional n°29*) qui précise les parts respectives des financements de l'Union, des Etats fédérés et des municipalités. L'Union n'a jamais respecté cette loi⁵⁸, mais elle a pourtant contraint Etats et municipalités à le faire (leurs dépenses ont augmenté respectivement de 38% et 36% de 2000 à 2003). On assiste à une décentralisation (ou une « décharge ») forcée, qui tend à accroître les inégalités entre régions et municipalités⁵⁹.

Le deuxième gros défaut du système de santé brésilien est le niveau insuffisant de formation et de stabilité d'une partie de son personnel. Le succès quantitatif du SUS (150 millions de consultations et 13 millions d'hospitalisations en 2005) tient largement à celui du « *Programa de Saude Familiar* » (*Programme de santé familiale*), qui repose à la fois sur une augmentation de l'offre de soins « basiques », sur un suivi individualisé des patients, et sur des actions de prévention. La rotativité du personnel médical - de façon dominante de jeunes

⁵³ 43 millions de personnes y sont affiliées à un « plan de santé » en 2004, (24,5 % de la population), dont 80% à des plans privés et 20% à des plans spécifiques à la fonction publique. Les « plans de santé » sont très liés au niveau de revenu (2,9% des familles dont le revenu est inférieur à un salaire minimum en disposent, contre 84% de celles ayant un revenu supérieur à 20 salaires minimums). Malgré les succès du SUS dans de nombreux domaines, ses dépenses ne représentent que 3,5% du PIB, contre 4,1% pour les plans de santé privés. Cf. l'enquête-santé annexée à la PNAD de 2003, et publiée par l'IBGE en 2005.

⁵⁴ En 2000, une loi a créé « l'Agence Nationale de la Santé Supplémentaire » -ANS- à cet effet, et une autre agence -l'ANVISA- pour réguler les marchés de « biens de santé ».

⁵⁵ La part de la population qui avait consulté un médecin dans les 12 mois précédant l'enquête était, en 2003, de 52% pour les ruraux et 65% pour les urbains, de 59% pour ceux qui appartiennent à des familles au revenu inférieur au salaire minimum, et 78% pour ceux dont le revenu est supérieur à 20 salaires minimums (Selon la PNAD de 2003, p.8-10).

⁵⁶ Les indices de satisfaction sont élevés (86% de *muito bom* ou *bom*).

⁵⁷ Cf. Geraldo Biasoto: "A universalização da saúde e a construção do SUS", in F.Giambiagi, J.Reis et A.Urani (orgs.), *Reformas no Brasil: balanço e agenda*, Rio de Janeiro: ed. Nova Fronteira, 2004. p.457-479. .

⁵⁸ Cf. José Aparecido Ribeiro, Luciana,Mendes Servo Roberto Nogueira, Sergio Francisco Piola, , 2006 : « Desafios postos ao Sistema Nacional de Saúde », in Ana Maria Peliano (org), 2006, p.20-30.

⁵⁹ Pour une analyse détaillée de ces inégalités, cf. Magali Geovana Ramlow Campelli et Maria Cristina Calvo : " O cumprimento da Emenda Constitucional n°29 no Brasil", *Cadernos Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n°23 (7), p.1613-1623, juillet 2007.

diplômés- est très élevée, ce qui empêche le suivi longitudinal, lequel est pourtant à la base du programme. Enfin, les pénuries de médicaments sont fréquentes, particulièrement pour les maladies chroniques.

La troisième faiblesse du SUS tient à son volet de prévention. Certes, celle-ci est relativement efficace pour les maladies infectieuses (y compris le SIDA) mais elle est très déficiente pour les maladies non-transmissibles (cancers, maladies cardiaques, maladies respiratoires...) qui représentent 60% des décès et 70% des causes d'hospitalisation. Le « droit à la santé » affirmé en 1990 semble encore relever d'une vision centrée sur les maladies infectieuses, et peine à prendre en compte les conséquences sanitaires des transformations du mode de vie urbain et de l'alimentation.

Le système de santé brésilien présente donc une double image : d'un côté, un système de soins de base quasi-gratuit, couvrant la totalité du territoire, dont le financement chaotique est néanmoins régulièrement croissant, qui peut se prévaloir de succès évidents dans certains domaines (SIDA, santé péri-natale). De l'autre, un système dualisé, ceux qui peuvent payer l'affiliation à un « plan de santé » ayant l'assurance d'être bien soignés, les autres ne bénéficiant que des services d'un dispensaire aux files d'attente interminables, aux soins de mauvaise qualité et aux médicaments souvent payants. La voie brésilienne, qui a consisté à renforcer l'offre publique gratuite de services de base a été efficace dans un premier temps. Mais elle atteint ses limites dès lors qu'il s'agit d'aller au-delà des soins de base. L'indéfinition du « droit à la santé » issu de la rhétorique de la Constituante permet de présenter comme un succès ce qui est également l'aggravation de clivages sociaux désormais légitimés.

4-2-Le Mexique.

Le Mexique, lui, a mis en place le « Seguro Popular » en 2004 (qui prenait la suite du programme expérimental : *Salud para todos*). Contrairement au SUS brésilien (qui a absorbé le système assurantiel), le Seguro Popular est destiné à tous les citoyens qui n'ont pas accès à l'assurance maladie, du secteur public (ISSSTE) ou du secteur privé (IMSS), soit 58 % de la population au recensement de 2000⁶⁰. Prévu pour toucher la totalité de cette population en 2010, le Seguro Popular concernait 5,1 millions de familles fin 2006. L'Etat fédéral s'est engagé à faire une dépense minimum au titre du Seguro Popular (15% du salaire minimum par famille), mais, en retour, a imposé une contribution généralisée (5% du revenu disponible), dont sont exemptés les deux premiers déciles de revenus⁶¹. C'est non seulement le nombre de personnes couvertes, mais le type de soins et de biens de santé offerts qui augmente chaque année⁶².

Parallèlement, la crise financière de l'IMSS a obligé l'Etat fédéral à contribuer beaucoup plus qu'auparavant à son financement⁶³. Cela n'est pas sans arrière-pensée néo-libérale : depuis 2000, les dénonciations de l'inefficacité et du coût élevé du système de l'IMSS, référés au poids du corporatisme syndical et à une corruption avérée, se sont multipliées⁶⁴. En échange de sa contribution, l'Etat fédéral a imposé la liberté de choix du médecin par le patient, et a autorisé les employeurs à cotiser à des fonds privés de santé⁶⁵. La conjonction de la naissance du Seguro Popular et de la croissance des dotations de l'Etat à l'IMSS a amené une spectaculaire hausse de la dépense publique de santé (de 50 % entre 2002 et 2005). Mais la quasi-universalité de la

⁶⁰ Cf. le site : www.seguro-popular.salud.gob.mx

⁶¹ Cf. J. Frenk et alii : *Poverty health and social protection in Mexico*, International Conference on Social Health Insurance in Developing countries, Berlin, 6 dec.2005. On peut présumer que, comme en Colombie, l'exemption de cotisation (et donc le classement comme « pauvre ») sera une des voies privilégiées du clientélisme.

⁶² Ceux-ci sont définies dans le « Catalogue Universel de Services de Santé » qui liste, fin 2006, 255 types de soins et 285 types de médicaments offerts.

⁶³ La contribution de l'Etat passant de 4 à 33%.

⁶⁴ Cf. O. Gómez-Dantés, J. Gómez-Jáuregui et C. Inclán : « La equidad y la imparcialidad en la reforma del sistema mexicano de salud », *Salud Publica de México*, 46 (5), 2004, pp. 399-416. Une enquête a même été menée par le *Comision Intersecretarial para la Transparencia y el Combate a la Corrupcion* en 2005.

⁶⁵ Peu importants pour l'instant (3% des assurés en 2005), mais en développement.

couverture pour les soins primaires, revendiquée par le gouvernement, est invérifiable, et peut être mise en doute, à la fois sur la base de monographies critiques et du fait que les dépenses d'investissement sont loin d'avoir progressé au même rythme que le nombre « d'ayants-droits » revendiqué⁶⁶.

4-3-La Colombie.

La Colombie a radicalement modifié sa politique de santé avec le vote de la « loi 100 » de 1993 qui suit une période de débats intenses entourant le vote d'une nouvelle constitution en 1991.⁶⁷ Cette loi instaure un système universel de couverture en matière de santé. Toute la population est classée dans une échelle de revenus allant de 1 à 6, le « SISBEN », et les deux catégories les plus pauvres sont dispensées de cotisation ; les quatre autres catégories payent un taux majoré de cotisation qui, à peu près à parité avec une dotation de l'Etat, sert à financer la dispense de cotisation des plus pauvres.

Il n'y a pas d'autre explication satisfaisante à cette universalisation volontariste de l'accès à la santé que d'ordre politique⁶⁸ : la constitution de 1991 a été accompagnée d'un intense débat politique, sur les façons de réintégrer certains mouvements de guérilla (comme le M19) dans le jeu politique, mais aussi sur le sens politique de la notion de citoyenneté, sur la place des droits sociaux dans sa définition etc. Certes, il faut se méfier des discours qui voient dans cette loi une avancée irréversible de « l'Etat de bien-être », et on peut penser⁶⁹ que l'universalisation de l'assurance maladie a été concédée en échange de la mainmise des institutions financières sur les systèmes de retraite par capitalisation. Néanmoins, c'est bien un débat politique qui a permis de sortir du blocage de l'universalisation et a lancé une dynamique ininterrompue.

Tout le problème est alors celui du gain de légitimité découlant de cette loi, et de la perte de légitimité qui découle des effets « pervers » de son application. La mise en œuvre de la « loi 100 » a été, dans un premier temps, bien acceptée, car elle s'accompagnait d'une hausse régulière et rapide du nombre des affiliés⁷⁰. Les enquêtes donnent constamment des « indices de satisfaction » (sur la qualité des soins) très élevés (plus de 80 %). Mais le fait que la régulation du système, dont la base est l'attribution de la condition de « pauvre » (les « classes 1 et 2 » du SISBEN), soit extrêmement décentralisée (au niveau de la municipalité) a introduit des ferments importants de clientélisme. D'après des évaluations faites en 2000⁷¹, parmi les 12,5 millions de « non-pauvres » affiliés à l'assurance maladie, 2,7 millions étaient « subventionnés » (dispensés de cotisation) ; à l'inverse, parmi les 9,5 millions de « pauvres », seulement 5,2 millions étaient « subventionnés ». Autrement dit, les dispenses de cotisations indues représentaient à peu près les 2/3 des

⁶⁶ Cf. Peter Lloyd-Sherlock : « When social health insurance goes wrong : lessons from Argentina and Mexico », *Documentos de trabajo N° 56– Centro Interdisciplinario para el Estudio de Políticas Públicas (CIEPP)*, Buenos Aires, mars 2007.

⁶⁷ cf. les trois tomes dirigés par Oscar Rodriguez : *La seguridad social en la encrucijada*, Ministerio de salud, CID-Universidad Nacional de Bogotá, et particulièrement le tome 2 : *Los avatares del servicio de salud para pobres*.

⁶⁸ Cf. à ce propos : Yves Le Bonniec : « Colombie : un pari encore incertain » », in : *Revue Tiers Monde* N°175, juil.-sept 2003, p.583-602.

⁶⁹ Comme Cesar Giraldo : *Protección o desprotección social?*, ed. Desde abajo, Bogotá, 2007.

⁷⁰ Le taux d'affiliation est passé de 22 à 50% de la population de 1993 à 1999, croissance un peu ralentie ensuite (62% en 2004, 80% en 2009) ; les affiliés « subventionnés » représentent 56% du total (en 2005), et les cotisants 44 %. Cette croissance est, bien entendu, beaucoup plus rapide dans les classes de revenu les plus basses ; mais le clivage qui demeure fondamental est le clivage : ville campagne ; les « indépendants » informels, par exemple, sont affiliés à 61% dans les 13 plus grandes villes, mais seulement à 26% sur l'ensemble du pays. On trouvera de nombreuses données statistiques et résumés des évaluations des effets de la « loi 100 » dans Rodriguez, O. (2004) : *La protection sociale et le régime de croissance en Colombie*, thèse de doctorat, Université Paris XIII, Juin 2004, et dans C. Giraldo (2007). Les caractéristiques socio-démographiques de la population « subventionnée » sont longuement analysées, à partir d'une enquête de 2004, par le Grupo de Protección Social de l'Université Santo Tomás : *La Protección Social entre el aseguramiento y la asistencia*, Universidad Santo Tomás, Bogotá, 2008, p.69-80.

⁷¹ Selon O. Rodriguez (2004), p.258..

« subventions » nécessaires pour couvrir la totalité de la population classée comme « pauvre ». Bien sûr, il ne s'agit pas d'un simple problème de vases communicants : les « pauvres » non couverts sont souvent des petits paysans isolés, des réfugiés et déplacés difficiles à répertorier. Mais le fait que près de 3 millions de personnes « non-pauvres » soient dispensés de cotisation, par amitié ou intérêts politiques, ou parfois du fait d'une surenchère caritative des ONG locales, entache immédiatement la légitimité de l'ensemble du dispositif. Les discours sur le « blindage électoral » (c'est-à-dire l'engagement de tous les partis à ne pas utiliser les politiques sociales à des fins électorales) se sont révélés, en Colombie, plus factices encore qu'au Mexique. Enfin, l'apparition (depuis 2001) d'un important déficit, lié à la croissance relative du nombre des « subventionnés », elle-même liée à la stagnation de l'emploi déclaré et à la hausse du nombre des ayants-droits non-cotisants⁷², pose un gros problème politique : les dépenses du « régime subventionné » ont exactement doublé entre 2000 et 2005, et le consensus qui avait marqué les premières années de cette politique de transferts vers les catégories à bas revenus risque d'être mis à mal par la croissance de ces transferts.

D'autres exemples nationaux confirment les tendances présentes dans ces trois exemples : la marche vers l'universalisation de l'accès aux soins de santé de base a été rapide à la fin des années 1990, et surtout au début des années 2000. Partout, c'est le système de santé public, qui est le moteur du mouvement⁷³. Mais, pour autant, le système de santé n'est pas homogène : d'une part un secteur d'assurance collective privée (« fonds privés de santé ») à coût élevé et prestations de haute qualité s'est développé dans tous les pays, réservé à une minorité relativement importante⁷⁴, qui est déjà la part de la population la plus favorisée en termes de salaires et de stabilité de l'emploi. D'autre part, dans la plupart des pays où existe un sous-système de santé « subventionné », la qualité des soins offerts par ce dernier est clairement inférieure à celle dont bénéficient les assurés cotisants, soit en droit (une liste limitée de soins et médicaments), soit en fait (un sous-équipement des zones rurales reculées ou de certaines banlieues)⁷⁵.

5- Les politiques d'assistance :

5-1- Les politiques « ciblées »

Les politiques d'assistance « ciblées » ont été mises en œuvre très tôt en Amérique latine, dès les premières années de la « crise de la dette » (1982-83). Pour une bonne part, elles ne font que reprendre avec un changement d'appellation des politiques assistantielles anciennes (remontant parfois au 18^{ème} siècle)⁷⁶, très analogues à ce qu'avait promu la philanthropie européenne, religieuse d'abord, puis laïque à partir de 1830. On n'est donc pas surpris de trouver toutes les

⁷² Cf. Carlos Soto Iguaran : *L'articulation multidimensionnelle de la segmentation du travail et de la protection sociale : le cas de l'assurance maladie en Colombie*, thèse de doctorat de Sciences Economiques, juillet 2009, chap.4, sur les causes de l'apparition d'un déficit structurel de l'assurance maladie

⁷³ Y compris au Chili, où 93% des habitants ont une couverture sociale en matière de santé, dont 75 % à travers le système public (FONASA – Fondo Nacional de Salud– et régime des forces armées). Cf. *Protección social en salud en Chile*, FONASA, Santiago, 2007, p.36).

⁷⁴ 16 % au Chili, 24% au Brésil, par exemple.

⁷⁵ C'est là une des raisons qui ont poussé le gouvernement Venezuelien à avoir une politique centrée sur l'offre de soins gratuits de haute qualité à travers la *Mision Barrio Adentro*, créée en 2003, avec la phase 1 (création de centres de santé dans les zones sous-équipées), la « phase 2 » (mise en place de « centres de haute technologie » en 2005) et la « phase 3 » (de modernisation des équipements hospitaliers, 2006-2007). Il est vrai que la présence de 21 000 coopérateurs de santé cubains (et la rente pétrolière) ont facilité cette politique. Cf. le site officiel : www.msds.gov.ve

⁷⁶ Pour un développement dans le cas du Mexique, cf. B. Lautier : « Pauvreté et politiques de la pauvreté au Mexique », in : Poulin R. et Salama P. (dir.) : *L'insoutenable misère du monde - économie et sociologie de la pauvreté*, ed. Vents d'Ouest, Hull, Québec, 1998.

caractéristiques de celle-ci sur le continent américain : partage entre bons et mauvais pauvres, refus d'enfermement des aidés dans l'assistance, insistance sur le rôle éducateur de l'aide etc. Toutes ces caractéristiques, auxquelles il faut rajouter le rôle majeur de la faveur dans le développement du clientélisme politique, valent aussi bien pour l'action en direction des *descamisados* d'Eva Peron, que pour les distributions de subsides par le PRI au Mexique, pour la politique de logement social des maires brésiliens etc.

Jusqu'à la fin des années 1980, ces politiques d'assistance n'étaient pas toutes « ciblées » au sens précis du terme, puisqu'une partie consistait en fortes subventions aux produits de consommation de première nécessité (l'exemple mexicain étant le plus connu). Le jeu de l'assistance était alors un jeu complexe, où chaque niveau de gouvernement, mais aussi chaque parti politique, avait ses propres intérêts politiques et ses propres systèmes d'aide.

La notion de « ciblage »⁷⁷ est une notion de combat, face à deux dévoiements supposés des anciennes politiques d'assistance : d'une part, les politiques d'aides indifférenciées (particulièrement les subventions aux produits de base), profitent plus à ceux qui n'en ont pas le plus besoin, ceux qui consomment un peu plus que les plus pauvres ; il faut donc les supprimer⁷⁸. D'autre part, le « ciblage » oppose les « bonnes cibles » aux « mauvais bénéficiaires » : on retrouve la rhétorique de la dénonciation du corporatisme, des salariés déjà protégés qui exigent au nom de leurs droits acquis le maintien de dépenses infiniment plus coûteuses que celles que requerrait un ciblage sur les « vrais » pauvres ; on retrouve aussi le vieux partage entre « bons pauvres », soucieux de réhabilitation et de mise en œuvre de leurs « capacités », et les « mauvais pauvres », ivrognes, paresseux et profiteurs.

Les politiques « ciblées » ont été promues tant par les institutions internationales que par les gouvernements nationaux ; méli-mélo d'actions extrêmement hétérogènes, leur regroupement repose non pas sur la nature de l'intervention, ou les populations visées, mais sur la technique utilisée. L'exemple célèbre du PRONASOL (Programme National de Solidarité), lancé par le président mexicain Salinas de Gortari en 1989 le montre bien : on y trouve pêle-mêle des dépenses d'infrastructure (eau, égouts, électrification, routes), de santé (infrastructures hospitalières, vaccinations...), des bourses, des micro-crédits, des installations sportives etc.. Mais ce qui a fait le succès (médiatique) du PRONASOL, c'est la technique utilisée : repérage de micro-zones où intervenir⁷⁹, incitation à la création de « comités de solidarité » (au nombre de 100 000 en 1994 avec un effectif moyen de 120 membres), chargés de gérer « démocratiquement » les fonds : bref, la « société civile des pauvres » prenait son destin en main, à relativement peu de frais (0,7 à 1 % du PIB selon les années). Que le PRONASOL ait fini accusé d'inefficacité et de perversion clientéliste n'empêche qu'il a marqué une nouvelle génération de politiques « ciblées » ; les leçons qui en ont été tirées ont été mises œuvre un peu partout en Amérique latine : lier une action à un objectif précis (en termes de besoins essentiels et de catégories de population) ; faire participer les « aidés » à la mise en œuvre et à l'évaluation des politiques ; chasser les bénéficiaires imposteurs.

On trouve des centaines d'exemples de politiques « ciblées » en Amérique latine ces vingt dernières années ; la plupart sont allés, au fil des ans, dans le sens de la décentralisation et de la précision des « cibles ». Certaines grandes municipalités, comme celle de Bogotá, ont lancé plusieurs centaines d'actions « en faveur des pauvres », allant de distributions alimentaires en milieu scolaire à des adductions d'eau dans certains quartiers, de dépistages médicaux à des aides en faveur de personnes âgées isolées. Il est remarquable que les politiques « ciblées » ne sont pas contradictoires avec les politiques « à spectre large » menées par les Etats centraux ; elles en sont

⁷⁷ Je reprends ici la traduction courante du mot anglais « targeted policies » ; on remarquera qu'en espagnol et en portugais on dit : « focalisation ».

⁷⁸ En Amérique latine, cette suppression n'a engendré des conflits très violents qu'au Venezuela –en 1989–, alors que les morts se sont comptés par centaines à la même époque en Egypte, en Algérie et au Maroc.

⁷⁹ Ce qui pose le problème insoluble : faut-il privilégier les zones où le parti au pouvoir est dominant, pour « récompenser » les électeurs ; ou celles où l'opposition domine, pour les gagner ?

plutôt le complément, comme on le voit dans le cas de la Municipalité de São Paulo, qui a multiplié, durant le mandat de Martha Suplicy, les programmes qui ne se substituaient pas aux programmes nationaux mais s'y ajoutaient. Un effet indirect est que cette surenchère des pouvoirs locaux « riches » (comme la municipalité de São Paulo) entraîne un accroissement des différences de revenus interrégionales. Les politiques « à spectre large » jouent un rôle majeur dans les régions les plus pauvres (le Nordeste brésilien par exemple), et les politiques « ciblées » les plus efficaces et massives servent d'abord aux pauvres des régions riches, accroissant la dispersion des situations au sein des pauvres.

Les évaluations ponctuelles des politiques ciblées sont souvent positives ; la raison principale en est d'abord la nature de l'évaluation : celles-ci portent évidemment sur les personnes aidées, et non sur ceux qui sont exclus de l'aide ; elles portent sur le degré d'atteinte de l'objectif, et non sur les éventuels effets pervers collatéraux ; et elles excluent toute interférence avec le politique. Par exemple, évaluant un programme d'aide alimentaire en milieu scolaire (repas gratuit), on notera que les élèves ont grossi et que leur présence scolaire est en hausse. On ne se posera pas la question de l'instrumentalisation politique du programme, ou du fait que les enfants dont les revenus du travail sont de toute façon nécessaires à leur famille échappent à cette aide. Malgré ces évaluations souvent positives, c'est un constat global d'échec des politiques « ciblées » qui est dressé depuis le début des années 2000. Ce constat d'échec peut être synthétisé en quatre points :

- le repérage des « cibles » à aider de façon prioritaire pose de multiples problèmes techniques ; mais il pose aussi des problèmes politiques et idéologiques. D'une part les cibles désignées sont prioritairement les plus « visibles », celles qui ont le plus de poids politique, et celles qui correspondent aux *a priori* de ceux qui sont chargés de mettre en œuvre ces politiques. Cela provoque des effets de mode, qui poussent à mettre en avant, à certains moments, certaines catégories de population (les femmes, les enfants, les « indigènes »...), et à en oublier, le plus souvent, d'autres (les travailleurs âgés en milieu urbain, ou certaines catégories de *working poor*, en particulier les femmes chefs de famille). D'autre part, la volonté –pour pallier ce problème– de confier aux pauvres eux-mêmes le soin de désigner ces cibles (au nom de la promotion et de la participation de la « société civile ») tend à déléguer ce pouvoir à des représentants auto-proclamés qui défendent les intérêts de catégories en mesure de faire entendre leur voix, dotées d'un capital culturel et social, qui sont rarement les catégories les plus nécessiteuses.

- la mise en œuvre des politiques ciblées ne garantit aucunement contre les détournements corruptifs et le clientélisme. Au contraire, les politiques ciblées –en grande partie du fait qu'elles sont décentralisées au niveau local– sont un instrument immédiatement efficace en termes de clientélisme électoral, et la concurrence entre réseaux politiques et/ou religieux (qui peuvent prendre la forme d'ONGs) accentue cette caractéristique.

- pour leur plus grande partie, les politiques ciblées ne diminuent pas durablement la vulnérabilité extrême ; elles peuvent accroître momentanément le niveau de ressources dans des situations de crise, la situation alimentaire et sanitaire des pauvres, mais ne permettent pas une autonomie durable, en particulier pour ceux qui sont exclus de l'activité productive ; de plus, elles posent des problèmes de seuils d'accès aux aides, et tendent à fragmenter les groupes sociaux en les scindant en catégories à traitement différencié. Les politiques « ciblées » finissent par devenir un véritable « tonneau des Danaïdes », puisque non seulement elles sont coûteuses (par tête), mais n'éliminent que très rarement les causes de ce qu'elles sont censées combattre

- enfin, les politiques ciblées ne peuvent jouer le rôle assigné aux politiques publiques de protection sociale : effets « macroéconomiques » via l'action sur la demande et l'élargissement de l'horizon temporel des acteurs économiques ; effets productifs dus à l'amélioration des capacités productives de la population protégée (via l'amélioration du niveau de formation, de la santé ou de l'alimentation) ; effets politiques, résultant de la pacification des rapports sociaux liée à la protection sociale.

Cela ne signifie bien sûr pas que les politiques ciblées sont inutiles : elles sont généralement nécessaires comme complément de politiques universalistes, et sont, dans certains cas, des étapes vers l'universalisation. Mais elles ne mènent jamais spontanément à une protection universelle (et, dans certains cas, bloquent l'universalisation). En résumé, elles ne peuvent être considérées comme un substitut à la protection sociale universaliste.

5-2-Les politiques de transfert conditionnel de revenu.

Ces critiques des politiques « ultra-ciblées » ont amené un changement de politique à la toute fin des années 1990 et au début des années 2000., dont le signe est le remplacement de la « lutte contre la pauvreté » par la « lutte contre la vulnérabilité ». Au-delà de sa définition technique ou statistique, la vulnérabilité indique un changement de registre ; on passe de la compassion victimaire (le pauvre qu'on aide) à l'attention paternelle (le vulnérable qu'on aide à s'aider, et qu'on protège tant qu'il reste fragile). Comme cela a de multiples fois été noté, la rhétorique de la vulnérabilité est, plus que celle de la pauvreté, en phase avec le discours d'Amartya Sen et son vocabulaire (*capabilities, empowerment, etc.*). Le passage à la rhétorique de la vulnérabilité n'est pas en soi le signe d'une repolitisation du débat ; il est simplement l'indication de la capacité du discours des institutions internationales à jouer de toute une panoplie d'arguments moraux, en privilégiant ceux qui sont adéquats aux techniques mises à la mode par l'échec des techniques précédemment utilisées.

L'élément le plus significatif de ce changement a été l'invention, la multiplication et la popularisation des CCTP (*Conditional Cash Transfer Programs*)⁸⁰. Ceux-ci sont nés, dans leur version moderne, au Mexique avec le Plan PROGRESA (1997), transformé en 2002 en *Oportunidades* ; puis ont été mis sur pied les programmes JJHD (Cheffes et chefs de famille sans emploi) et *Familias por la Inclusion Social* en Argentine, *Chile Solidario* au Chili (2002), *Bolsa Familia* au Brésil (2003) et *Familias en acción* en Colombie (2001), et dans une dizaine d'autres pays⁸¹. Leur principe général⁸² est qu'il s'agit de transferts monétaires (regroupant allocations de chômage, allocations de scolarité, bons d'alimentation...), instaurant un revenu familial minimal. Le contenu assistantiel des programmes s'accompagne alors d'objectifs de promotion individuelle, dits « de développement humain » ou de « formation de capital humain ». L'aide sociale publique est conditionnée par des contreprestations de la part des bénéficiaires, dans le domaine des « devoirs » familiaux en matière de santé et de scolarisation : assistance des enfants à l'école (généralement un minimum de 85% de présence), contrôles de santé (particulièrement, mais pas

⁸⁰ Il ne faut cependant pas oublier que le Brésil a mis en place, fin 1993, le BPC (« Bénéfice de prestation continue »), qui est de fait un « transfert conditionnel de revenu », à destination des personnes âgées sans retraite et des handicapés. Il existe des conditions de revenu (un revenu *per capita* inférieur à un quart de salaire minimum), complétées par des enquêtes de travailleurs sociaux. Le montant de l'allocation est égal au salaire minimum. Ce programme est le plus important programme brésilien de transferts de revenus en volume (le second, après la *Bolsa familia*, en nombre de personnes touchées). Fin 2005, 1,1 millions d'handicapés et 1,6 million de personnes âgées touchaient cette allocation, dont le coût représente environ 9% des dépenses de protection sociale

⁸¹ Costa Rica, Équateur, Honduras, Jamaïque, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pérou, République dominicaine, Salvador, Uruguay. On trouvera dans le texte d'Enrique Valencia Lomeli : « Conditional Cash Transfers as Social Policy in Latin America: An Assessment of their Contributions and Limitations », *Annual Review of Sociology*, vol. 34, pp. 475-499 (août 2008) une présentation et de nombreux détails sur ces plans. Cf. également le *Panorama Social de América Latina 2007* de la CEPAL, p.132-133.

⁸² Pour plus de détails, voir : Ceballos M. et Lautier B. « Les politiques de transfert conditionnel de revenu en Amérique latine : « Ciblage large », ou émergence d'un droit à l'assistance ? », in : Couffignal G. (Dir.) : *Amérique latine 2007- Les surprises de la démocratie*, La Documentation Française (avril 2007).

uniquement, des enfants et des femmes enceintes) et, parfois (Chili, Panama) entretiens obligatoires avec des psychologues ou travailleurs sociaux⁸³.

Le pourcentage de la population touchée est extrêmement variable⁸⁴ : très élevé dans les deux pays les plus médiatisés à ce propos (25 % au Mexique, 22 % au Brésil), il ne dépasse 10% dans aucun autre pays, même ceux où les indices de pauvreté sont les plus élevés (3,6% au Pérou, 2,7% au Nicaragua par exemple). Mais, même quand le nombre des bénéficiaires est élevé, le coût total de ces transferts reste très faible (0,43 % du PIB au Mexique, de même qu'au Brésil), ce qui est un indicateur du très faible niveau des prestations individuelles.

Tous ces CCTP sont portés aux nues par les institutions internationales, notamment la Banque Mondiale et la BID⁸⁵. Pourtant, cet enthousiasme ne repose pas sur l'atteinte des objectifs finaux, qui sont des objectifs à long terme de sortie de la pauvreté et d'amélioration du bien-être et ne sont, pour l'instant, ni observables ni mesurables⁸⁶. À court terme, la pauvreté diminue fort peu : au Mexique, l'impact de Progres-Oportunidades en matière de réduction de la pauvreté est de 2% en milieu rural à 7% en milieu urbain, en 2005⁸⁷. Par contre, puisque le plafond de ressources donnant droit aux aides est très bas, la pauvreté extrême diminue beaucoup plus⁸⁸ ainsi que, par conséquent, la « brèche de pauvreté ».

Le consensus en faveur des CCTP s'est formé très rapidement: alors que le Progres n'avait que trois ans, en 2000, est parue la première évaluation (enthousiaste) de l'International Food Policy Research Institute (IFPRI, organisme privé basé à Washington). Les milieux académiques ont embrayé rapidement (les premières publications datent de 2003), et les Banques de développement (Banque Mondiale et Banque Interaméricaine de Développement) également (dès 2005 dans les rapports annuels). L'adoption de ces programmes n'est pas pour autant l'effet d'une pression des institutions internationales, mais répond largement à des conditions et contraintes

⁸³ Le PJHD, créé en Argentine en 2002, avait un aspect nettement « *workfare* », puisque la première condition aux allocations était la participation à des « emplois d'urgence ». Mais le fait que de plus en plus de bénéficiaires étaient totalement « inemployables » a amené la création en 2006 du programme « Familias », qui est un CCTP « classique », et le transfert progressif des bénéficiaires de l'un vers l'autre. Depuis 2007, la CEPAL ne compte plus le programme JHD parmi les CCTP.

⁸⁴ Les chiffres, tirés du *Panorama social de América latina* de la CEPAL (2007) datent de 2005 ou 2006, selon les pays.

⁸⁵ Par exemple, dans un long document sur la Bolsa Familia, rédigé par Kathy Lindert, Anja Linder, Jason Hobbs et Bénédicte de la Brière (*The Nuts and Bolts of Brazil's Bolsa Familia Program : Implementing Conditional Cash Transfers in a Decentralized Context*, Social Protection Discussion Paper no. 0709, The World Bank, Washington, mai 2007, 144 p.), la Banque Mondiale ne tarit pas d'éloges; parlant dans l'avant-propos de « l'intérêt mondial » pour ce « laboratoire », ce document loue les responsables du ministère brésilien du Développement social : « Nous sommes fortement impressionnés par leur engagement, leur professionnalisme et leur excellence technique. Ils ont réellement « couru un marathon à une allure de *sprinter* » dans la conception et la mise en œuvre du programme *Bolsa Familia*. » (p. 3).

⁸⁶ Cf. l'article cité d'E. Valencia Lomeli, p. 498 : « En ce qui concerne la réduction de la pauvreté à long terme, les effets des CCTP ne sont évidemment pas encore mesurables au sens strict (...). Même parmi les partisans de la théorie conventionnelle, certains reconnaissent qu'il n'y a pas de réponse aux questions concernant les impacts de long terme sur le bien-être. »

⁸⁷ D'après l'étude de Cortés, F., Banegas, I. et P. Solis : « Pobres con oportunidades, Mexico 2002-2005 », *Estudios Sociológicos*, no. 72, 2007, pp. 3-40.

⁸⁸ Au Brésil, l'ensemble des « transferts conditionnés de revenu » (BPC, retraites rurales et *Bolsa familia*), aurait permis, selon les estimations tirées de la PNAD (*Pesquisa Nacional de Amostra de Domicílios*, enquête-ménage sur les revenus et la consommation) de 2006, que le nombre des indigents soit de 21,9 millions (11,9 % de la population), alors qu'il aurait été de 38,9 millions (21,3% de la population) en l'absence de ces programmes (ce qui signifie une diminution de 44,1%) [Pochmann Marcio, Abrahão Jorge, Cardoso José Celso, Soares Sergei (Coord.) 2007 : Celso et Sergei Soares (coord.), *PNAD 2006, Primeiras Análises – Demografia, educação, trabalho, previdência, desigualdade de renda e pobreza*, IPEA, Brasília/Rio de Janeiro, septembre 2007, pp. 18-21.] Pour les pauvres « simples », les chiffres étaient (en 2004) de 31% avec les programmes d'assistance et de 38% sans les programmes d'assistance (-18%).

internes, fort différentes selon les cas : échéances électorales, explosion sociale – comme en Argentine –, conflits entre les différents niveaux de gouvernement..., et les gouvernements en place semblent chercher dans la « boîte à outils » assistantielle ce qui paraît nouveau, peu dispendieux, et électoralement productif. Le consensus n'est pas seulement international, il existe aussi dans chaque pays : dans aucune des campagnes électorales récentes, les CCTP n'ont été remis en cause, ni par les partis, ni par les Eglises, ni par la « société civile ».

Les raisons de la formation de ce consensus, malgré l'absence de résultats décisifs et mesurables en matière de diminution de la pauvreté, peuvent être ainsi synthétisées :

-paradoxalement, ils semblent mieux « ciblés » que les politiques « ultra-ciblées », mais avec une définition un peu limitée du « ciblage » : il y a très peu de « non-pauvres » qui touchent des aides.⁸⁹. En revanche, il semble qu'il y a beaucoup de « pauvres », un bon quart selon la plupart des évaluations, qui ne sont pas aidés. Mais cela est en général présenté comme un problème technique d'enregistrement, et non comme l'effet de certains vices inhérents à ces programmes, qui font que certaines catégories ne sont pas touchées : dans tous les cas les bénéficiaires sont des familles, ce qui fait que les célibataires sans enfants, ou les vieux isolés, ne sont pas touchés. De plus dans certains pays, l'importance de la population flottante, mal enregistrée (comme en Colombie) fait qu'il existe une importante part des « plus pauvres » qui échappe à ces aides (à l'inverse, le très grand nombre de bénéficiaires au Brésil et au Mexique est lié à un effort important et soutenu de « cadastrage »). Enfin, le fait d'être désigné publiquement comme bénéficiaire peut engendrer une forte stigmatisation (qui peut mener au refus de l'aide), ou au contraire à la désignation comme « favorisé(e) », ce qui peut entraîner de fortes tensions, en particulier en milieu rural.

-les CCTP ne coûtent pas très cher (de 0,1 à 0,9% du PIB selon les pays, soit beaucoup moins que, par exemple, les déficits des retraites publiques), et rapportent beaucoup en termes politiques : non seulement il y a un lien très positif entre extension de ces programmes et votes favorables au gouvernement qui les met en place (cela a été particulièrement net au Brésil fin 2006, mais certain également au Chili et en Argentine), mais cela a un impact en terme « d'image » au plan international.

- La désincitation du travail est limitée, essentiellement parce que ces programmes n'avaient pas pour objectif la réinsertion par le travail. Les seules conditions réellement contrôlées ont été les conditions d'assistance scolaire des enfants, et certains examens médicaux (en particulier les examens péri-nataux). D'ailleurs, la Banque mondiale, faute de pouvoir montrer les effets de ces programmes en matière de lutte contre la pauvreté, se félicite avant tout de leurs résultats en matière de scolarisation. Les CCTP réussissent donc parce qu'ils atteignent d'autres objectifs que ceux qui avaient été proclamés.

- Les CCTP libèrent les pauvres. Tous les programmes antérieurs de lutte contre la pauvreté ont été attaqués sur la question de l'enfermement dans la dépendance des pauvres. Les CCTP leur laissent toute liberté dans l'usage des ressources monétaires délivrées. Il y aurait bien sûr quelques restrictions à apporter, en particulier dans le cas mexicain, puisque le fait de verser l'argent aux mères relève explicitement d'une défiance envers l'usage que pourraient en faire les pères. Mais,

⁸⁹D'après les calculs de la CEPAL (2007, p.114), en ce qui concerne les dépenses d'assistance en général, pour l'ensemble des pays d'Amérique latine, 55% bénéficient au 40% les plus pauvres, et 33% aux 20% les plus pauvres. Mais, s'agissant des CCTP, entre 55% et 60% des dépenses vont au 20% les plus pauvres. A propos de la *Bolsa familia* brésilienne, le document cité note 83 consacre de nombreuses pages à la question du « *targeting* » pour conclure que « le programme *Bolsa Familia* est extrêmement bien ciblé », notant en particulier que le quartile de revenus le plus pauvre recevait 80% des aides, et que 85% des 20% versés indûment (*the leakages*) allaient au quartile suivant (p. 46). On peut remarquer que l'autre aspect du mauvais « ciblage », c'est-à-dire la proportion des familles pauvres ne recevant pas la *Bolsa Familia*, n'est abordé qu'en quatre lignes dans ce document (p. 47). La chasse aux « faux pauvres » semble dominer les préoccupations, même s'il est mentionné que « tous les *leakages* ne proviennent pas de la fraude » (*idem*, note 78); les fraudes intentionnelles étaient estimées à 7% du total des bénéficiaires (*idem*, p. 74).

globalement, il s'agit bien d'une stratégie d'*empowerment* des pauvres : en leur permettant d'accéder à un niveau de ressources qui dépasse la stricte contrainte alimentaire, on leur permet d'effectuer des choix économiques. Plus : on leur fait confiance pour faire des calculs rationnels; la raison et la morale sont enfin réconciliées, puisque les pauvres peuvent enfin montrer qu'ils peuvent, eux aussi, être des *homines economici*⁹⁰.

Cependant, il est impossible de mesurer les effets de cette stratégie d'*empowerment*. Ce que mesurent les évaluations, ce sont des améliorations directement en rapport avec les conditions d'accès : amélioration des taux d'inscription et de fréquentation scolaire à tel ou tel âge; réduction des accidents de santé pré- et péri-nataux... Ces objectifs sont moralement incontestables, et l'amélioration des indicateurs valide le bien-fondé de ces programmes. Mais, dès qu'on sort des services directement liés aux conditions d'accès, les choses sont moins nettes. Il est probable qu'il y ait une amélioration des situations les plus sévères de dénutrition, de malnutrition et d'anémie⁹¹. Mais, une fois atteint un seuil minimal en matière alimentaire, on ne sait pas trop ce que les pauvres font de l'argent qu'on leur donne. On les suppose donc rationnels.

-Les CCTP sont fortement producteurs de légitimité. Le gouvernement « fait quelque chose pour les pauvres », le gouvernement résiste aux pressions de la finance internationale et développe les politiques sociales (comme en Argentine); le gouvernement prend à bras-le-corps la question de l'*apartheid* masqué dont sont victimes les Indiens et les réinsère dans la société (comme au Mexique). Les CCTP sont alors présentés comme l'instrument privilégié de la « cohésion sociale », de la formation d'un corps collectif qui veille, sous la houlette bienveillante de l'État, à réincorporer les laissés-pour-compte, citoyens sans citoyenneté.

6- Conclusions.

L'histoire des politiques sociales en Amérique latine depuis un quart de siècle montre combien grand est le décalage entre la rhétorique libérale et l'évolution réelle de ces politiques. On peut synthétiser cette rhétorique libérale par la théorie des risques sociaux et des « piliers » successifs de la protection sociale de la Banque Mondiale⁹² : solidarités familiales et communautaires, recours au marché, intervention publique, au niveau local et au niveau national en dernier ressort. Une fois passée la période faste de la rhétorique de « l'Etat minimal », cette vision subsidiariste a été reprise dans les discours de nombreux dirigeants. Cela n'a pas empêché que, sur le long terme, les dépenses sociales publiques ont augmenté partout, la part de la population « bénéficiaire » des politiques publiques également, et que le rôle de l'Etat ait été moteur et non subsidiaire.

Le « choc néolibéral » a surtout été brutal et visible dans le domaine des retraites, avec le passage à la capitalisation (Brésil excepté). Mais cela n'a pas pour autant signifié un retrait de l'Etat, puisque celui-ci continue à financer les déficits des anciens systèmes et, surtout, hérite du poids du rejet sur l'assistance des trois quarts de la population âgée qui n'a pas, ou a trop peu cotisé (du fait de la précarisation de l'emploi). En matière de santé (et d'éducation), la plupart des pays ont mené des politiques volontaristes de mise en place d'une « couverture universelle », financée par des fonds publics, même si l'accès aux soins de haute qualité suppose en général le recours au marché. L'Etat, enfin, est à l'origine de la plupart des politiques d'assistance, et

⁹⁰ Cf. Braun, M. et M. Chudnovsky, *Transferencias condicionadas en efectivo como estrategia de reduccion de la pobreza: un estudio comparative en América Latina*, Washington, BID, Dialogo Regional de politica. Red para la reduccion de la pobreza y la proteccion social, 2005, où les auteurs développent l'idée selon laquelle les pauvres sont mis en mesure d'effectuer des calculs : coût-bénéfice rationnels.

⁹¹ E. Valencia Lomeli (*idem*, p. 494) cite 13 études allant dans ce sens, concernant particulièrement le Mexique, le Nicaragua, la Colombie et le Brésil.

⁹² Cf. par exemple : Holzmann R., Sherburne-Benz L. et Tesliuc E., (2003) : « Gestion du risque social : la Banque mondiale et la protection sociale dans un monde en voie de mondialisation », *Revue Tiers Monde* n°175, juillet-septembre, p.501-526.

particulièrement celles de la dernière génération : les programmes de transferts conditionnels de revenus.

L'interprétation que l'on peut faire de cette présence, voire du rôle moteur, de l'Etat, diffère d'un pays à l'autre. Mais, dans quasiment tous les pays, on peut identifier la superposition de deux mouvements : un *trend* de long terme qui, depuis un quart de siècle, pousse à l'accentuation de ce rôle de l'Etat dans tous les domaines (santé, vieillesse, éducation primaire, infrastructures urbaines...) ; et des phases de brusque accélération et de profonds changements institutionnels qui sont toutes les conséquences d'événements politiques (profondes réformes constitutionnelles, changement électoral important). Même si le lien causal entre « démocratie » et politiques sociales est contestable, il n'en demeure pas moins que le politique est au cœur de l'interprétation de cette résistance, et de cette expansion des politiques sociales en Amérique latine depuis le début des années 1990.

Une première interprétation de cette présence persistante du politique pourrait être donnée en termes de simple résistance ; autrement dit, si l'on caractérise la rhétorique de la réforme néolibérale des politiques sociales par le couple : moralisation-technicisation et l'expulsion du politique qui en est la conséquence⁹³, force est de constater que cette expulsion a avorté. Mais cette permanence du politique est passée par une profonde recomposition des acteurs ; les deux principaux d'entre eux (hormis le pouvoir exécutif central) qui, depuis les années 1940, jouaient un rôle central dans le débat sur les politiques sociales, les partis et les syndicats, se sont affaiblis partout, et leur rôle dans l'élaboration et la mise en œuvre des politiques sociales a décliné. Même s'il serait exagéré de dire que la transformation des politiques sociales a été l'instrument principal de ce déclin, elle y a en général puissamment contribué⁹⁴. L'acteur qui « reprend la main » est, à première vue, d'abord le pouvoir exécutif central qui, à travers l'inauguration de nouvelles techniques de gestion du social, réorganise les formes et canaux du clientélisme et brise les formes traditionnelles du compromis avec les caciques locaux et les partis. Cette évolution qui, pour la première fois, a été notée à propos du PRONASOL mexicain (1989-1994), s'est reproduite dans de nombreux pays. Mais l'image d'une très forte autonomie de l'exécutif central doit être fortement nuancée. D'un côté, la mise en œuvre des nouveaux instruments des politiques sociales n'a pu se faire qu'en s'appuyant sur de « nouvelles élites » politiques locales, amalgame d'élus locaux, de techniciens du social qui jouent un rôle politique majeur⁹⁵, même s'il se joue en-dehors du système traditionnel des partis. D'un autre côté, le compromis politique s'est étendu à une multiplicité d'acteurs dont la réunion dans l'expression-amalgame « société civile » rend mal compte : intellectuels « gauchistes » et militants associatifs⁹⁶, mouvements « indigénistes » ou métis, Eglises catholiques et pentecôtistes. Les politiques sociales apparaissent alors comme le principal enjeu de la recomposition du champ politique, mais aussi son principal terrain. La très faible capacité de proposition des syndicats dans ce domaine, mais aussi -dans la plupart des pays- des partis, a engendré ce qui apparaît de prime abord comme un présidentialisme accru. A part de rares exceptions⁹⁷, ce présidentialisme n'est pas un populisme ; il n'est pas non plus le paravent d'un pouvoir technocratique animé par une rationalité planificatrice, tant les techniques de gestion du social mises en œuvre relèvent généralement du

⁹³ Cf. B. Lautier : « Gouvernement moral des pauvres et dépolitisation des politiques publiques en Amérique latine », in B. Lautier : Borgeaud-Garciandia N., Lautier B., Peñafiel R., Tizziani A. (dir) : *Penser le politique en Amérique latine. La recreation des espaces et des formes du politique*, (à paraître en 2009), ed. Karthala

⁹⁴ Les exemples abondent en ce sens, qu'il s'agisse de la scission au sein du PT brésilien provoquée par le débat sur les retraites en 2003, la perte de contrôle par les syndicats argentins ou mexicains de la gestion des retraites et de l'assurance maladie, l'absence des syndicats et des partis dans l'élaboration et la mise en œuvre de tous les programmes de transferts de revenus etc.

⁹⁵ En décidant, par exemple, qui va être bénéficiaire d'un revenu de transfert, qui va être dispensé de cotisation etc.

⁹⁶ Comme dans l'exemple de l'équipe qui a mis sur pied le programme « Progresa-Oportunidades » au Mexique.

⁹⁷ Venezuela sans doute, Bolivie peut-être.

tâtonnement empirique, de la reprise de suggestions éparpillées émises par une « société civile » sans doctrine. La « résistance du politique » ne repose alors sur aucun rapport de forces constitué, et cette volatilité rend, bien sûr, caducs les schémas traditionnels de la politologie latino-américaniste.

Dans une deuxième interprétation, il s'agirait non d'une simple résistance du politique, mais de son renouveau. L'Amérique latine nous a déjà montré de multiples exemples historiques où le traitement de la « question sociale », et les politiques sociales, étaient le cœur de mutations profondes du champ politiques, ne serait-ce que dans les périodes « populistes » (l'Argentine de Peron, le Brésil de Vargas etc.), ou les périodes de « néolibéralisme autoritaire » (Chili de Pinochet, Mexique de De la Madrid...). Depuis une quinzaine d'années, la relation entre politiques sociales et mutations du champ politique ne se situe pas tant au niveau du régime politique (comme par le passé) qu'au niveau des représentations politiques. Le signe le plus patent en est l'inflation de l'usage de la notion de « citoyenneté », dont la fortune date du débat sur la constitution brésilienne de 1988 et s'est répandue depuis dans l'ensemble des débats politiques du continent. Le débat sur la pauvreté a, partout, rapidement débouché sur un débat sur les droits sociaux non seulement des pauvres, mais de la totalité des citoyens (au détriment du débat sur les droits du travailleurs⁹⁸) ; la question de l'universalité, ou au contraire de la fragmentation de la citoyenneté a émergé des critiques faites aux politiques d'assistance « ciblées ». Mais cette repolitisation du champ des politiques sociales a eu pour revers la relégation hors du débat politique de questions autrefois centrales, comme la politique industrielle ou la question agraire⁹⁹.

Les systèmes de protection sociale qui sortiront de ce début de siècle sont fort différents des anciens. Jusqu'à présent, on ne peut au sens plein parler de « systèmes », tant les politiques sociales en Amérique latine résultent d'un empilement hétéroclite de strates diverses : éléments des systèmes d'avant les années 1980, produits inachevés ou avortés des « réformes » néo-libérales des années 1990, milliers d'actions « ciblées » reproduites par routine ou par intérêt clientéliste, politiques de santé universalistes et plans de santé ou de retraite destinés à des minorités à revenus élevés, programmes de distribution de revenus fort peu conditionnels à destination des pauvres et des personnes âgées etc. Malgré la diversité des situations nationales (particulièrement en ce qui concerne le niveau des dépenses sociales), c'est bien l'idée d'une similarité qui se dégage en ce qui concerne les instruments des politiques sociales (et leur enchaînement/empilement chronologique), mais surtout en ce qui concerne la référence à la citoyenneté et aux droits sociaux, qui forme le centre du débat politique. C'est un débat de cette nature qui avait été au cœur de la formation, dans l'Europe d'après la seconde guerre mondiale, du modèle de la « citoyenneté salariale ». *Mutatis mutandis*, l'Amérique latine est sans doute dans une phase similaire, sans que nul puisse prédire les contours de cette nouvelle citoyenneté.

⁹⁸ Il est significatif que l'innovation que constitue l'apparition d'un « droit à l'assistance » dans la LOAS (Loi Organique sur l'Assistance Sociale) en 1993 au Brésil soit contemporaine d'une forte « flexibilisation » du droit du travail.

⁹⁹ Le fait que Lula, par exemple, ait pu ne tenir aucunement ses promesses au Mouvement des sans terre, au profit d'une promotion de l'agro-exportation de soja, a fait couler beaucoup moins d'encre que les louanges faites à la *Bolsa familia*.