

N° 305

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2006-2007

---

---

Rattaché pour ordre au procès-verbal de la séance du 22 février 2007  
Enregistré à la Présidence du Sénat le 9 mai 2007

## RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) à la suite d'une mission effectuée du 9 au 17 septembre 2006 par une délégation chargée d'étudier les évolutions du système de protection sociale en Argentine,*

Par Mme Jacqueline ALQUIER, MM. Gilbert BARBIER, Paul BLANC, Mmes Françoise HENNERON, Raymonde LE TEXIER, Anne-Marie PAYET, Janine ROZIER, Michèle SAN VICENTE-BAUDRIN et M. Alain VASSELLE,

Sénateurs.

---

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Campion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Aoudry, Gilbert Barbier, Pierre Bernard-Reymond, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Etienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mme Catherine Procaccia, M. Thierry Repentin, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi.



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	5
<b>I. UN SYSTÈME DE SANTÉ COMPLEXE ET FRAGMENTÉ</b> .....	7
<b>A. UN SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE INSUFFISANT POUR GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS</b> .....	7
1. <i>Les obras sociales : socle du régime d'assurance maladie</i> .....	8
a) Les étapes conduisant à la création du système d'assurance maladie .....	8
b) Les réformes destinées à optimiser le système .....	9
2. <i>Les autres acteurs du système d'assurance maladie</i> .....	11
a) Le secteur public et le secteur privé.....	11
b) Les faiblesses récurrentes du système d'assurance maladie .....	13
<b>B. DES EFFORTS RÉPÉTÉS POUR DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE QUI RÉPONDE AUX BESOINS DE LA POPULATION</b> .....	14
1. <i>Optimiser la gouvernance du système de santé</i> .....	14
a) Décentralisation et accès aux soins .....	15
b) Accroître l'efficacité du système de santé.....	16
2. <i>Développer une politique de santé publique</i> .....	17
a) Les objectifs 2004-2007 en matière de santé publique .....	17
b) Le cas particulier de la santé maternelle et infantile .....	19
<b>II. RETRAITES, FAMILLE, LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS : UNE COUVERTURE PARTIELLE DE LA POPULATION</b> .....	22
<b>A. RETRAITES : UN SYSTÈME PROFONDÉMENT RÉFORMÉ AU COURS DES QUINZE DERNIÈRES ANNÉES</b> .....	22
1. <i>1993-2003 : la mise en place d'une nouvelle gouvernance</i> .....	22
a) Le regroupement des instances en charge de la gestion du système .....	23
b) De nouveaux modes de calcul des droits à pension.....	24
2. <i>Un système en phase de mutation</i> .....	25
a) L'impact de la crise économique sur le fonctionnement du système de retraite.....	25
b) Des pensions non contributives pour les populations les plus démunies .....	26
<b>B. DES POLITIQUES DE SOLIDARITÉ À L'EFFICACITÉ LIMITÉE</b> .....	27
1. <i>La lutte contre l'exclusion</i> .....	27
a) Le plan Jefes y Jefas .....	27
b) Autres plans.....	29
2. <i>Les aides à la famille et aux chômeurs</i> .....	30
a) Les allocations familiales.....	30
b) La lutte contre le chômage.....	31
<b>PROGRAMME DE LA MISSION</b> .....	33
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	35
<b>ANNEXE ARGENTINE PRÉSENTATION DU PAYS</b> .....	41



Mesdames, Messieurs,

Une délégation de la commission des affaires sociales du Sénat s'est rendue en Argentine du 9 au 17 septembre 2006 afin d'étudier les évolutions du système de protection sociale. Lors de la présidence de M. Alain Vasselle, elle était composée de Jacqueline Alquier, Gilbert Barbier, Paul Blanc, Françoise Henneron, Raymonde Le Texier, Janine Rozier, et Michèle San Vicente.

Dans le cadre du programme très complet préparé par l'Ambassade de France, la délégation a rencontré les ministères en charge des questions sociales : santé, travail et développement social, ainsi que les responsables régionaux qui disposent, en Argentine, de compétences étendues en matière de santé et d'organisation de l'offre de soins.

Ce programme prévoyait également des déplacements sur le terrain, dans le quartier de la villa Miseria Palito à La Matanza, bidonville en cours de réhabilitation, à l'hôpital Marie Curie de Buenos Aires, établissement spécialisé dans la prise en charge du cancer, à l'hôpital public de Salta, qui est conçu et géré dans le cadre d'un partenariat public privé, ainsi qu'au Comedor Casa Nazareth à Salta, centre d'accueil pour les enfants d'un des quartiers les plus défavorisés de la ville. Ces visites ont permis à la délégation une meilleure perception du système de protection sociale argentine.

Elle s'est également entretenue longuement avec Daniel Scioli, président du Sénat et vice-président de la Nation, ce qui témoigne de l'intérêt porté par les autorités argentines à la venue d'une délégation du Sénat français.

Nombre des questions abordées se sont révélées être des sujets d'une actualité brûlante au regard des défis que la sécurité sociale argentine doit relever après la crise politique économique et sociale qui a frappé le pays en 2001 et 2002.

La délégation souhaite, par ce rapport, contribuer à alimenter la réflexion sur les mutations nécessaires des systèmes de protection sociale. L'étude du système argentin contribue à cette démarche à la fois en raison des profondes réformes engagées dans ce pays depuis le milieu des années quatre-vingt-dix et par le regard renouvelé que cette analyse permet de porter sur le fonctionnement de notre propre système de sécurité sociale.

La délégation tient à remercier les services de l'Ambassade de France en Argentine pour leur contribution précieuse à l'organisation du programme de travail de la mission et au parfait déroulement de ce déplacement.

## I. UN SYSTÈME DE SANTÉ COMPLEXE ET FRAGMENTÉ

L'organisation du système de santé argentin est à l'image de l'histoire politique et institutionnelle du pays.

Politique, car les premières structures de prévoyance sont apparues dans le cadre du mouvement ouvrier.

Institutionnelle, car l'Argentine est un pays fédéral et que la santé y est une compétence partagée entre l'Etat central et les régions.

Le système d'assurance maladie et de santé s'est donc progressivement intégré dans ce cadre institutionnel, ce qui explique son manque d'homogénéité. Après une première tentative dans les années soixante-dix, les autorités argentines ont lancé dans les années quatre-vingt-dix une réforme globale visant à rendre plus efficient le système d'assurance maladie et à développer une politique de santé publique moderne.

### ***A. UN SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE INSUFFISANT POUR GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS***

En Argentine, le système d'assurance maladie s'organise autour de **trois catégories distinctes d'opérateurs** : les *obras sociales*, le secteur privé aussi appelé médecine prépayée et le secteur public.

La répartition des rôles entre les acteurs fait que cette organisation n'est pas comparable aux systèmes de couverture maladie que nous connaissons en France :

- premièrement, il ne s'agit pas d'un dispositif à plusieurs étages au sein duquel les interventions des opérateurs se compléteraient. En Argentine, les opérateurs privés ne sont pas des assureurs complémentaires dont l'intervention s'articule avec celle du régime obligatoire d'assurance maladie : ils assurent les mêmes prestations que le régime de base ;

- deuxièmement, la sécurité sociale et les assureurs privés se comportent comme des acheteurs de soins, c'est-à-dire qu'ils adressent leurs assurés à des professionnels de santé avec lesquels ils ont passé des contrats ; ils ne peuvent donc pas être comparés à nos organismes d'assurance maladie obligatoire ou complémentaire qui prennent en charge des demandes de remboursement ;

- troisièmement, le secteur public a une mission précise : la prise en charge médicale des personnes ne disposant d'aucune couverture santé, c'est-à-dire les franges les plus démunies de la population. Cet accueil est exclusif de tout rattachement à une caisse d'assurance maladie.

## 1. Les obras sociales : socle du régime d'assurance maladie

Les premières structures de protection sociale ont été créées en Argentine dès le début du XX<sup>e</sup> siècle. Ces structures d'origine ouvrière ont d'abord pris en charge les risques liés aux accidents du travail.

Il faut attendre les années quarante pour voir se développer des organismes dédiés à la prise en charge de la santé, puis le second plan quinquennal (1953-1957) pour que la protection de la santé devienne un objectif politique majeur. Ces structures sont au cœur du compromis social conclu entre les organisations syndicales et le gouvernement de Juan Peron. Ce développement d'un système d'assurance maladie coïncide avec la création, depuis 1949, d'un ministère de la santé.

### *a) Les étapes conduisant à la création du système d'assurance maladie*

Les mutuelles ouvrières, devenues obras sociales, ont servi de base à l'essor d'une branche maladie au sein d'un système de sécurité sociale professionnelle.

Initialement réservé aux salariés du secteur privé, le bénéfice de l'assurance maladie a été étendu par étapes à de larges pans de la population : fonctionnaires gouvernementaux et locaux, cadres, retraités.

Le recours à des structures sectorisées n'a fait qu'ajouter à la complexité du système. Cette fragmentation est encore palpable aujourd'hui puisqu'au sein de cette fraction du régime obligatoire d'assurance maladie cohabitent différentes catégories *d'obras sociales* gérées par les organisations syndicales, les entreprises, l'état fédéral ou encore les régions.

Il faut attendre les années soixante-dix pour que les pouvoirs publics mettent en place les premières politiques de régulation des *obras sociales* et ébauchent les grandes lignes d'un système d'assurance maladie moderne et solidaire.

La loi 18610 de février 1970 assigne à l'Etat un pouvoir de contrôle sur le fonctionnement des obras sociales. Un Institut national des obras sociales (INOS) est chargé de la régulation du secteur.

Un fonds de solidarité (*Fondo de Redistribucion*), alimenté par une cotisation spécifique, assure une péréquation financière entre les différentes structures.

La couverture offerte par les différentes structures est harmonisée, l'affiliation des salariés au régime d'assurance maladie devient obligatoire et le bénéfice de cette couverture santé est systématiquement étendu à leurs familles. On organise l'unification des modes de financement et la fixation des règles de cotisations salariales et patronales.



En 1971, le développement du régime d'assurance maladie se poursuit avec la création d'obras sociales spécifiques pour les cadres ainsi que la constitution d'une structure spécifique pour les retraités - *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados* connu sous le nom de PAMI (*Programa de Atencion Medical Integral*).

\*

Ces *obras sociales*, fruit d'une longue histoire, constituent aujourd'hui la pierre angulaire du système d'assurance maladie argentin et assurent la couverture d'environ **52 % de la population**. A la fin des années soixante, elles ne bénéficiaient qu'à 3,5 millions de personnes, soit 27 % de la population.

Elles relèvent de trois catégories différentes :

- les **obras sociales nationales** (*Obras Sociales Nacionales* - OSN) gérées par les administrations publiques nationales. Sur les 285 OSN inscrites sur le registre national de la *Seguridad Social de Salud* (SSS), les dix plus importantes regroupent 55 % des assurés, 134 d'entre elles rassemblent moins de 10 000 bénéficiaires et quarante-quatre moins de 1 000 ;

- les **obras sociales régionales** (*Obras Sociales Provinciales* - OSP) gérées par les exécutifs régionaux. On en dénombre vingt-quatre, soit une par région ; les OSP assurent la couverture des agents publics employés dans la région. On constate une très grande disparité puisque, suivant les cas, elles couvrent entre 8 % et 40 % de la population active d'une région ;

- les **obras sociales syndicales** (OSS) gérées par les représentants du patronat et des employés. Il s'agit de structures organisées par branche professionnelle.

#### *b) Les réformes destinées à optimiser le système*

Le retour à la démocratie au début des années quatre-vingt met en lumière la crise financière et structurelle au sein de laquelle se débattent les *obras sociales*. Afin d'assurer un meilleur encadrement du secteur, les pouvoirs publics affirment la distinction entre le secteur de la santé et les *obras sociales* en créant le système national de santé (*Sistema Nacional de Salud*) tandis que l'INOS est remplacé par une administration nationale de la santé (*Administracion Nacional del Seguro de Salud* - ANSAAL) au sein de laquelle les représentants de l'Etat disposent de la majorité des sièges dans les organes dirigeants.

Sous l'influence de la Banque mondiale, et après une première crise économique, de nouvelles réformes sont engagées au cours des années quatre-vingt-dix afin d'optimiser le fonctionnement des *obras sociales* d'une part, et du système d'assurance maladie, d'autre part. Elles répondent à quatre objectifs : l'introduction d'une dose de concurrence entre les différentes structures, la création d'un niveau minimal de prise en charge des assurés,

l'harmonisation des règles de financement et l'introduction de nouvelles modalités de régulation.

- Pour des raisons historiques, les affiliés étaient jusqu'alors captifs de l'obra sociale opérant dans leur secteur d'activité. A partir de 1993, les assurés sociaux appartenant à une obra sociale nationale se sont vu reconnaître la possibilité de s'affilier à la structure nationale de leur choix. Cette option n'a véritablement été effective qu'à compter de 1997. Entre 1998 et 2003, près d'un million d'assurés sociaux, hors retraités, ont fait valoir ce droit, soit environ 17 % des personnes concernées.

L'objectif était d'**introduire une forme de concurrence entre les opérateurs** afin de les contraindre à améliorer leur gestion ainsi que le niveau des prestations fournies aux assurés. Cette réforme est toutefois restée d'une ampleur limitée puisqu'elle n'a concerné que la catégorie des *obras sociales* nationales.

Dans un même mouvement, les autorités publiques ont mis en place un système de double appartenance. Les actifs exerçant pour le compte de plusieurs employeurs cotisent désormais à une caisse unique s'apparentant à une caisse pivot ou à un guichet unique.

- Dans un souci d'harmonisation, le législateur a souhaité, en 1996, que les *obras sociales* offrent à chaque assuré social un **panier de biens et services minimum** (*Programa Medico Obligatoria* - PMO).

- En 1996, le Gouvernement a transformé l'ANSSAL en *Superintendencia de Servicios de Salud* ou SSS, structure chargée d'assurer la coordination entre les 285 OSN placées sous son autorité, de garantir la régulation du système et le respect de la législation par les OSN et de superviser le recouvrement des cotisations.

- Les *obras sociales* sont principalement financées par des cotisations salariales (3 %) et patronales (6 %). Une contribution spécifique (10 % du montant des ressources perçues par chaque OS, 15 % pour celles des cadres) est versée au fonds de solidarité et de péréquation (*Fondo Solidario de Redistribucion* - FSR). Toutefois, les mécanismes de redistribution du système sont insuffisants pour corriger les inégalités de ressources entre les caisses. Il n'existe pas de péréquation entre les obras sociales nationales et le PAMI alors qu'ils sont tous placés sous la tutelle du système national de sécurité sociale, ni entre les structures nationales et régionales.

Conséquence de cette architecture institutionnelle et de sa relative pesanteur administrative, les trois opérateurs en charge de l'assurance maladie connaissent des problèmes financiers récurrents. Entre 1995 et 2001, le PAMI a reçu des problèmes de trésorerie, sa dette accumulée est proche de deux milliards de pesos ; les OSN présentaient une dette de près d'un milliard de pesos et trente-huit d'entre elles ont fait l'objet de mesures de protection judiciaire en raison de leur incapacité à honorer leurs dettes. Ces dernières années, sous l'effet de la crise, les ressources des OSN ont chuté de près de

20 %, et même de 40 % pour le PAMI, du fait de la réduction de la population active.

Depuis 2003, de nouvelles modifications ont été introduites dans le fonctionnement du système pour assurer son fonctionnement. Notamment, une cotisation supplémentaire est due pour chaque membre de la famille de l'assuré.

## 2. Les autres acteurs du système d'assurance maladie

On l'a vu, le système d'assurance maladie organisé autour des *obras sociales* ne couvre qu'une proportion de la population estimée à environ 52 % de la population. Les statistiques demeurent imprécises mais il semble que les chiffres aient chuté avec la crise économique. De surcroît, cette donnée moyenne ne reflète pas la diversité des situations locales qui varient selon les provinces. Dans la province du nord-est, seuls 40 % de la population sont couverts ; dans les régions les plus riches, ce chiffre atteint 80 %.

Quoi qu'il en soit, il en résulte que les 48 % de la population non pris en charge par les *obras sociales* doivent être couverts par les deux autres opérateurs du système : les assureurs privés et le service public.

Cette situation fait peser une contrainte particulièrement lourde sur le secteur public qui doit être en mesure de prendre en charge les populations les plus démunies et ce, dans un contexte de crise économique qui entraîne une réduction des ressources financières et l'accroissement du nombre de patients potentiels.

### a) *Le secteur public et le secteur privé*

La position de deux autres acteurs, le secteur privé et le secteur public, est une nouvelle illustration de la fragmentation et de la complexité du système argentin d'assurance maladie. On y trouve d'un côté, le secteur privé, qui offre une couverture santé aux assurés ayant souscrit un contrat, soit dans le cadre d'une démarche individuelle, soit dans le cadre d'une souscription collective, et de l'autre le secteur public, qui n'est en aucun cas un assureur mais un prestataire de soins.

• **Le secteur privé**, contrairement à ce que nous connaissons en France, n'intervient que très peu comme assureur complémentaire ; selon les statistiques disponibles, seuls 10 % des assurés auprès d'une obra sociale et 18 % des assurés pris en charge par le PAMI (les retraités) ont souscrit un contrat complémentaire santé.

Le mode traditionnel d'intervention des assureurs privés est donc identique à celui du régime obligatoire de base qui permet l'accès aux soins pour le souscripteur et ses ayants droit. Les prestations offertes par ces opérateurs privés permettent l'accès à des structures de soins performantes et onéreuses.

Ce secteur assure la couverture de 9 % de la population, pris en charge par près de deux cents opérateurs. Il convient toutefois de souligner que les bénéficiaires de ces contrats sont concentrés à plus de 80 % à Buenos Aires et ses alentours. 65 % des assurés ont effectué une démarche individuelle pour bénéficier d'une couverture privée, les 35 % restants étant affiliés à des contrats collectifs souscrits dans le cadre professionnel.

• **Le système public** demeure largement insuffisant pour offrir un service de qualité aux 39 % de la population qui en dépendent. L'hôpital est la pierre angulaire du secteur public. Il assure les soins des plus démunis et de toutes les franges de la population qui ne disposent pas d'une couverture sociale suffisante. La crise a augmenté le nombre de personnes dépendant de l'hôpital public.

En juin 2002, 42 % de la population globale disposaient des services hospitaliers publics comme seul recours sanitaire.

Le secteur public est gratuit et financé par les régions sur leurs ressources propres. Elles reçoivent également des aides de l'Etat fédéral.

L'offre publique de soins ne correspond pas forcément aux besoins de la population : elle varie suivant les régions et, dans la majorité des cas, les établissements sont situés dans les zones urbaines et peu présents dans les zones rurales. Dans la mesure où le service public doit assurer les soins des populations les plus pauvres, il serait nécessaire de corriger sa répartition territoriale ; les autorités argentines sont conscientes de cette nécessité mais les mesures correctrices sont longues à se mettre en place en raison de la complexité du système de santé, mais également en raison de la faiblesse financière des principaux opérateurs sanitaires publics que sont les régions et les communes.

Le secteur public doit faire face à une difficulté supplémentaire : en effet, outre la prise en charge des personnes ne disposant d'aucune couverture, les hôpitaux assurent des prestations de soins pour le compte des *obras sociales* ou des assureurs privés. C'est ainsi qu'entre 30 % et 40 % de la patientèle qui accède aux établissements publics bénéficient de la sécurité sociale et ont droit aux services hospitaliers avec un système de tiers payant.

Cette situation est source de déséquilibres pour au moins trois raisons :

- premièrement, elle a pour effet de réduire les capacités hospitalières mises à la disposition des plus démunis. Cette situation est d'autant plus critique dans les régions où l'offre de soins est essentiellement publique ;

- deuxièmement, jusqu'à une période récente, le principe de la gratuité des établissements de santé conduisait à cette situation paradoxale dans laquelle les assurés étaient pris en charge par les établissements publics sans que leur assureur ne débourse d'argent. Les autorités publiques ont pris conscience de cette anomalie et ont mis en place un système de contractualisation entre les assureurs (*obras sociales* et médecine prépayée)

afin que les hôpitaux soient rémunérés lorsqu'ils délivrent une prestation de soins à une personne bénéficiant d'une couverture sociale ;

- troisièmement, les hôpitaux subissent les conséquences de la fragilité financière, voire de l'impécuniosité des opérateurs du système d'assurance maladie.

*b) Les faiblesses récurrentes du système d'assurance maladie*

Outre les problèmes de gouvernance générale du système dus à la présence d'opérateurs relevant de catégories gérées selon des règles différentes, il convient de souligner que le dispositif d'assurance n'offre qu'une couverture partielle à la population argentine et que la crise de 2001 a encore aggravé la situation.

Tout d'abord, on l'a vu, 40 % de la population ne dépendent que du secteur public pour la couverture santé et l'accès aux soins. Or, l'offre publique souffre de plusieurs faiblesses : hétérogénéité des financements assurés par les collectivités locales en fonction de leur richesse fiscale, absence d'objectifs de résultat.

Dans ce contexte, le système argentin n'est pas en mesure d'offrir une couverture minimale à l'ensemble de la population. La population couverte a même diminué de dix points en 2001 passant, en raison de la crise économique, de 60 % à 50 %. L'organisation actuelle de la sécurité sociale ne permet donc pas la prise en charge intégrale de la population.

Le système souffre d'autres faiblesses, car même les personnes dûment assurées ne bénéficient pas toujours d'une couverture suffisante.

Dans les années quatre-vingt-dix, les autorités sanitaires ont souhaité améliorer la couverture offerte par les opérateurs d'assurance maladie, et notamment les *obras sociales*, en rendant obligatoire un **panier de biens et services minimum**, le PMO. Cette obligation légale n'a été que très peu respectée ; la *Superintendencia de Servicios de Salud* - SSS estime que le coût du PMO représente une dépense de 31 pesos par mois et par assuré. La dépense moyenne de chaque système s'élève à 36 pesos par affilié : 30 pour les obras sociales nationales - OSN, 35 pour les obras sociales provinciales - OSP et 59 pour le système des retraités. En 2002, 62 % des OSN opérant aux alentours de Buenos Aires ne respectaient pas le PMO ; dans les autres régions du pays, ce taux s'élèverait à 80 %. Enfin, 26 % des assurés sociaux n'ont pas accès au médicament.

Dans ce contexte, les autorités de tutelle ont imposé, en 2002, la création d'un PMO d'urgence rassemblant des prestations de base considérées comme indispensables. Cette politique a eu des effets indésirables puisque la plupart des *obras sociales* ont ajusté leurs services sur les obligations minimales de ce nouveau PMO.

De plus, ce PMO ne s'applique que pour les obras sociales nationales et les assureurs privés : le secteur public et les obras sociales régionales, organismes financés par les collectivités locales, n'y sont pas soumis. Chaque centre offre les services qu'il est en capacité de fournir ; dans la plupart des cas, il répond aux urgences mais n'a pas de consultations programmées pour développer une politique systématique de prévention et de santé publique.

L'existence d'un reste à charge important est systématique en Argentine malgré la gratuité des services publics et la prise en charge de la sécurité sociale. Ce reste à charge est particulièrement élevé puisqu'il représente environ 40 % des dépenses totales de santé.

61 % des personnes les plus démunies dépendent exclusivement de l'hôpital, à défaut de ressources financières propres, pour se soigner et se procurer des médicaments ; 33 % n'ont pas les moyens de faire exécuter les prescriptions médicamenteuses après une consultation.

## ***B. DES EFFORTS RÉPÉTÉS POUR DÉVELOPPER UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE QUI RÉPONDE AUX BESOINS DE LA POPULATION***

Jusqu'au début des années soixante-dix, le système d'assurance maladie et le système de santé se sont confondus. Cette situation, si elle permettait de promouvoir l'accès aux soins, s'est révélée inopérante pour développer une véritable politique de santé publique et aller au-delà de la simple prise en charge curative de la population.

Pour pallier cette déficience, les autorités argentines ont créé, en 1974, un système de santé national. Cette structure a d'abord pris en charge la lutte contre les maladies infectieuses telles que la tuberculose ou la dengue.

Sous l'influence d'éléments structurels (état de santé de la population, défauts d'organisation) et conjoncturels (dégradation de la couverture maladie), le système de santé argentin doit désormais faire face à un défi d'une dimension nouvelle avec l'objectif de promouvoir une plus grande efficacité et le développement d'une politique de santé publique moderne.

### **1. Optimiser la gouvernance du système de santé**

L'Argentine consacre 8,3 % de son PIB aux dépenses de santé. Ces dépenses sont réparties entre les *obras sociales* (33,4 %), les ménages (28,9 %) et le Gouvernement (20,8 %), le solde étant pris en charge par les autres acteurs.

Alors que le pays sort progressivement de la crise, ces différents partenaires ne sont pas en situation d'augmenter leur contribution financière au développement de la politique de santé ; l'optimisation du fonctionnement du système de santé s'impose donc comme une ardente nécessité. Une telle

évolution suppose de clarifier le rôle de chacun des acteurs, et notamment celui de l'Etat fédéral et des régions.

*a) Décentralisation et accès aux soins*

Le système de santé argentin se caractérise par son extrême décentralisation institutionnelle à tel point que les observateurs évoquent la coexistence de vingt-quatre systèmes de santé distincts.

Cette situation est un effet du fédéralisme argentin qui a attribué aux régions des compétences importantes en matière de santé. Avec la création d'une architecture institutionnelle moderne distinguant régulation de l'assurance maladie et promotion de la santé publique, les autorités argentines ont aménagé les relations entre l'Etat fédéral et les régions dans le domaine sanitaire afin, d'une part, d'affirmer le rôle stratégique de l'Etat fédéral en matière sanitaire, d'autre part, de décliner les politiques nationales au niveau régional. Cette évolution est sous-tendue par la volonté de parvenir à une harmonisation progressive des systèmes de santé locaux qui disposent aujourd'hui de degrés d'autonomie variés. Toutefois, les gouverneurs demeurent les garants du droit à la santé de leurs concitoyens.

Afin d'assurer la coordination des politiques de santé, les autorités argentines ont créé un Conseil fédéral de la santé (*Consejo federal de la salud* - COFESA) composé des représentants de l'Etat fédéral et des régions, sous l'autorité du ministère fédéral de la santé. C'est dans le cadre de ce conseil que se décident les modalités d'application des plans nationaux de santé et les premières tentatives de péréquation financière.

Toutefois, cette évolution peine à produire ses effets ; l'essentiel des moyens débloqués par les collectivités régionales est affecté aux politiques d'accès aux soins déjà en vigueur, et plus particulièrement au fonctionnement des établissements publics hospitaliers.

A l'échelle nationale, les régions contrôlent 60 % des établissements hospitaliers publics et 41 % des lits ; elles contrôlent aussi leurs propres caisses d'assurance maladie et sont, dans la majorité des cas, le principal acteur local en matière de sécurité sociale. *A contrario*, l'Etat central ne contrôle que 1 % des établissements. L'efficacité du service public hospitalier, qui est à la fois chargé d'accueillir les populations les plus démunies et de fournir des prestations aux assurés sociaux, repose donc sur les finances publiques locales.

Chaque province décide de l'affectation de son propre budget santé qui peut varier de 8 % à 28 % du budget régional. Ces crédits sont principalement affectés aux établissements hospitaliers. En moyenne, les régions consacrent 88 % des fonds disponibles aux établissements de santé, 9 % à des actions de coordination des politiques sanitaires et 2 % aux programmes nationaux de santé.

Ces chiffres font apparaître le peu de moyens affectés aux programmes de santé publique que l'Etat fédéral souhaite promouvoir de manière plus dynamique, avec l'appui des régions.

Par ailleurs, la délégation a pu constater que la question de la prise en charge des populations ne disposant pas de couverture maladie est source de conflits naissants entre les différentes régions.

Les régions les plus riches doivent faire face au nomadisme médical croissant : dans le district de Buenos Aires, au moins 30 % des consultations réalisées dans les établissements de santé le sont pour le compte de patients résidant dans une autre province. Cette situation, qui peut être constatée dans d'autres régions du pays, a pour effet de faire peser une contrainte financière supplémentaire sur certaines régions.

#### *b) Accroître l'efficience du système de santé*

Selon un rapport de la Banque mondiale<sup>1</sup>, le système argentin est inéquitable, inefficace et dispose de mécanismes de régulation trop faibles ; trois handicaps qui doivent être surmontés pour construire un système de santé adapté aux besoins de la population.

- L'inégalité du système est caractérisée par son incapacité à garantir l'accès aux soins pour les populations qui ne disposent pas de couverture sociale, d'une part, et par l'existence de disparités territoriales en matière d'offre de soins, d'autre part.

- L'inefficacité du système peut être jugée selon différents critères. On observe d'abord une mauvaise optimisation du système provoquée par le nombre important d'opérateurs et l'absence d'une politique de péréquation de leurs prestations, y compris dans le respect des obligations légales comme celles relatives au panier de biens et services.

Cette inefficacité est également constatée dans l'accès aux soins, dont plusieurs responsables politiques locaux ou directeurs d'établissements se sont fait l'écho sur les défaillances du fonctionnement des établissements de santé.

Deux exemples retiennent particulièrement l'attention des autorités publiques. Le premier est relatif aux horaires d'ouverture des établissements. Ces structures accueillent du public dans un créneau horaire très restreint (essentiellement dans la journée, entre huit et quatorze heures) : les autorités sanitaires souhaitent élargir cette amplitude horaire afin d'améliorer l'accueil du public. Le second concerne le fonctionnement de l'appareillage médical. Les établissements disposent d'un équipement moderne, souvent fourni grâce à l'aide internationale, mais pas toujours des moyens humains ou de l'environnement indispensables pour son bon fonctionnement.

---

<sup>1</sup> *El Sector Salud Argentino : Situacion Actual y Opciones para Mejorar su Desempeno, Documento del Banco Mundial, Reporte n° 26144-AR, Julio de 2003.*



La question du management des établissements de santé est considérée comme centrale pour réduire les inégalités d'accès aux soins et optimiser la prise en charge des patients.

- La troisième critique émise par la Banque mondiale se rapporte à la relative fragilité du système en matière de régulation du système d'assurance maladie. Cette remarque est justifiée par le fait de l'absence de normes s'appliquant à l'ensemble des opérateurs du secteur de l'assurance maladie, qu'il s'agisse de prestations minimales à délivrer ou de la liberté laissée aux assurés de changer d'opérateur. Les structures régionales sont encore à l'écart des normes établies pour les obras sociales nationales. Toutefois, les réformes entreprises dans la deuxième moitié des années quatre-vingt-dix, dont l'application a été retardée en raison de la crise, sont autant de pas dans la direction d'une harmonisation du système et d'une meilleure régulation.

Le jugement de la Banque mondiale fait donc l'objet d'un certain consensus auprès des autorités argentines et des experts. Plusieurs pistes d'optimisation sont évoquées et pourraient voir le jour prochainement.

Les premières sont pragmatiques : elles consistent à poursuivre le processus d'harmonisation du système d'assurance maladie en étendant certaines de ces contraintes aux régimes régionaux ou encore à mettre en place des mécanismes de péréquation entre les différentes catégories *d'obras sociales* afin de leur permettre de mieux faire face à leurs obligations. De telles évolutions s'inscriraient logiquement dans le processus de réforme engagé au milieu des années quatre-vingt-dix.

Des réformes plus ambitieuses sont évoquées, comme la création d'un service d'assurance publique provinciale qui permettrait de garantir aux plus nécessiteux un accès à des soins garantis, par exemple pour la population maternelle et infantile. Une telle réforme nécessiterait une participation financière du gouvernement fédéral.

## **2. Développer une politique de santé publique**

Durant la crise, les autorités publiques ont tenté de répondre aux attentes de la population en maintenant les apports financiers nécessaires à la prise en charge des programmes sanitaires jugés prioritaires.

Mais les inégalités régionales en matière de développement économique et l'hétérogénéité des états sanitaires ont rendu indispensable le déploiement de politiques de promotion de la santé.

### *a) Les objectifs 2004-2007 en matière de santé publique*

Ces réformes, entamées dans le domaine de la santé publique, doivent agir à la fois sur l'équité et l'efficacité du système afin de favoriser l'accès aux soins de l'ensemble de la population. Cela suppose un Etat central

suffisamment fort pour imposer une politique sectorielle suivie par l'ensemble des provinces, coordonner les actions et aider les régions les plus en difficulté.

Pour atteindre les objectifs de santé publique, les autorités argentines tentent de développer une politique de santé publique dynamique dont les principes sont inspirés de la Charte d'Ottawa<sup>1</sup> pour la promotion de la santé.

Selon les principes énoncés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cette politique a pour but de donner à chacun davantage de maîtrise de sa propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé ; elle suppose que l'on identifie les obstacles à l'adoption de politiques de santé dans les secteurs non sanitaires. Elle passe également par la création d'environnement favorable et la participation de la communauté à la fixation des priorités, à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification.

Pour associer la population à la politique sanitaire menée par les autorités publiques, il convient donc de développer des campagnes d'information centrées à la fois sur les droits des assurés mais également sur la promotion des conduites respectueuses de la santé.

Une telle politique s'accompagne d'objectifs chiffrés répartis en six catégories (santé de l'enfant, santé maternelle, éducation sexuelle et prise en charge de la grossesse, personnes handicapés, lutte contre le tabac et une rubrique « autres actions »). Il est frappant de constater que sur les quarante-quatre objectifs retenus dans ce plan triennal, vingt-cinq concernent les questions de natalité.

Le développement d'une telle politique se heurte à deux obstacles : le caractère hospitalo-centré du système de santé public, qui promeut presque exclusivement le recours aux soins curatifs, ce qui empêche un travail de proximité ; le coût de développement des centres de prise en charge de promotion de la santé que les instances régionales ne sont pas en mesure de financer.

Enfin, le plan 2004-2007 doit permettre à l'ensemble de la population d'accéder à un panier de biens et service minimum (*Nivel Basico de Prestaciones* - NSP). Pour atteindre cet objectif, le Gouvernement ne pouvait ignorer l'un des problèmes majeurs rencontrés par la population : **l'accès aux médicaments**.

Depuis 2002, le ministère fédéral de la santé a lancé un programme d'accès aux médicaments comportant deux axes : le premier prévoit la régulation de l'activité des pharmacies, le second concerne la fourniture de médicaments aux plus démunis.

---

<sup>1</sup> Charte adoptée par l'Organisation mondiale de la santé le 21 novembre 1986 aux termes de la conférence internationale pour la promotion de la santé.

La première tâche du ministère de la santé est de faciliter l'installation de centres de promotion de la santé dans des structures sanitaires existantes et de s'assurer qu'ils sont régulièrement approvisionnés en médicaments afin de prendre en charge les populations les plus démunies dans le cadre d'un programme dénommé *Remediar*. Au-delà des médicaments, l'Etat doit également assurer l'approvisionnement de ces centres en lait, vaccins et contraceptifs.

Ce programme a été intégré au programme national de santé.

*b) Le cas particulier de la santé maternelle et infantile*

Les rencontres organisées avec les experts en santé du Gouvernement fédéral ou des gouvernements provinciaux, tout comme la visite de l'hôpital de Salta, témoignent de la préoccupation prioritaire des autorités publiques argentines pour l'amélioration de la santé maternelle et infantile. Deux raisons principales justifient cet état de fait.

- La première tient à la persistance d'un **taux de mortalité materno-infantile élevé**. En 2000, l'espérance de vie des Argentins était de soixante-quatorze ans (soixante-dix-neuf ans en France, la même année), donc supérieure à celle de la plupart des pays d'Amérique latine et comparable à celle des grands pays industrialisés. Or, on constate aussi le maintien d'une mortalité maternelle et infantile élevée. En effet, si le taux de mortalité infantile<sup>1</sup> s'est réduit de moitié au cours des vingt dernières années, passant de 33,2 décès pour 1 000 naissances en 1980 à 16,6 pour 1 000 en 2000, il est ensuite remonté en 2002 pour atteindre 16,8 décès (ce taux est de 4,1 pour 1 000 en France). Ce niveau demeure supérieur à celui d'autres pays de la région comme le Chili ou l'Uruguay et la majorité des décès seraient évitables avec le développement d'actions de prévention et de soins.

Cette mortalité infantile s'accompagne d'un taux de mortalité maternelle qui, bien que réduit dans des proportions importantes au cours des vingt dernières années, passant de 7 décès pour 10 000 en 1980 à 4,3 en 2001 (mais 3,8 pour 1 000 en 1998), demeure élevé.

Il existe une grande hétérogénéité entre les différentes provinces argentines et en leur sein. Les taux les plus élevés sont enregistrés dans les provinces les plus rurales et dans les zones urbaines les plus défavorisées.

Le développement d'une politique de prévention plus active doit permettre de réduire de façon significative les décès maternels et infantiles. Le ministère de la santé publique estime qu'un tiers des décès à la naissance sont évitables en développant un meilleur suivi des grossesses. De la même manière, 40 % des 4 000 décès de nourrissons pourraient être évités avec le développement d'une meilleure prise en charge de la mère et de l'enfant.

---

<sup>1</sup> Le taux de mortalité infantile est le rapport entre le nombre d'enfants décédés à moins d'un an et l'ensemble des enfants nés vivants.

En Argentine, un tiers des décès de femmes enceintes est dû aux avortements clandestins pour les suites desquels plus de mille hospitalisations sont enregistrées chaque année. Dans un quart des situations, il s'agit d'adolescentes âgées de dix ans à dix-neuf ans. Si le recours à l'avortement est interdit, sauf dans des cas très spécifiques (mise en danger de la vie de la mère, viols de personnes handicapées), l'accès aux moyens de contraception est généralement assez difficile pour les couches les plus démunies de la population dénuées de moyens financiers.

Pourtant, au cours des dix dernières années, la moitié des provinces ont adopté des législations visant à favoriser la promotion de l'éducation sexuelle et l'information relative à l'emploi des contraceptifs. Les services publics hospitaliers ont été chargés de cette mission, mais la législation ne suffit pas à garantir l'accès à ces dispositifs.

Le Gouvernement fédéral a fait adopter, en 2002, une loi sur l'éducation sexuelle et la procréation responsable qui a prévu la mise en œuvre d'un programme national spécifique (*Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*) dont les objectifs visent à :

- réduire la morbidité et la mortalité maternelle et infantile ;
- prévenir les grossesses non désirées ;
- promouvoir l'éducation sexuelle auprès des adolescentes ;
- prévenir les maladies sexuellement transmissibles ;
- respecter le droit des femmes à décider de leur sexualité.

• La deuxième tient au **niveau de couverture médiocre de ces populations** par le système d'assurance maladie, notamment 74 % des enfants argentins vivent en dessous du seuil de pauvreté.

**Le comedor Casa de Nazareth :  
un exemple de lutte contre l'exclusion pris en charge par des acteurs privés**

Les différents plans de lutte contre l'exclusion mis en place par le Gouvernement argentin ne permettent pas aux parties les plus démunies de la population argentine d'assurer leur subsistance.

Cette population, composée en grande partie d'enfants, bénéficie néanmoins de prises en charge complémentaires assurées par divers opérateurs privés. C'est le cas dans le domaine de la santé avec l'intervention d'organisations, telles que l'ONG française Médecins du monde, ou dans le domaine de l'alimentation.

Lors de son déplacement à Salta (nord-ouest du pays), les membres de la délégation ont pu visiter le comedor casa de Nazareth, une structure qui assure la garde et la restauration des enfants d'un bidonville proche.

Créé en 1986, le comedor s'est fixé comme mission de réduire la situation de précarité dans laquelle vivaient les enfants du quartier. Géré par le prêtre de la paroisse assisté de quelques religieuses, cette structure sert 450 repas par jour aux enfants du quartier.

Elle assure également la garderie d'environ 180 d'entre eux âgés entre quarante-cinq jours et cinq ans avec une amplitude horaire comprise entre 07 heures 45 et 18 heures 30.

Ce comedor, dont il existe les équivalents dans d'autres villes argentines, est financé par des dotations versées par les autorités publiques et des donations de personnes privées ou d'ONG.

Ses besoins financiers sont importants autant pour assurer la pérennité du comedor que pour augmenter ses capacités d'accueil qui ne sont pas suffisantes pour répondre aux besoins de la population voisine.

Le ministère de la santé a constaté, entre 2000 et 2002, une détérioration du suivi de la population maternelle et infantile, qu'il s'agisse du suivi des grossesses ou du suivi des nouveau-nés.

Les niveaux de couverture ne sont pas homogènes ni par sexe ni par âge. En 2001, la population infantile et juvénile enregistrait les plus bas taux de couverture, 41 % des enfants entre zéro et quatre ans et 47 % des enfants entre cinq ans et dix-neuf ans ne bénéficiaient d'aucune couverture santé.

Le Gouvernement a donc prévu le recrutement de personnels actifs sur le terrain, le renforcement des services de prévention, de diagnostic et de prise en charge des maladies sexuellement transmissibles et l'approvisionnement des services publics de santé en produits contraceptifs. La loi dispose également que ces produits doivent figurer au sein du panier de biens et services pris en charge par les organismes de sécurité sociale.

Le service public de santé a développé un secours maternel et infantile (*Seguro materno infantil* - SMI) afin de porter secours aux populations les plus fragiles ; son objet est de réduire les inégalités entre les régions, de disposer d'informations précises sur l'état de santé de la population maternelle et infantile et d'optimiser les actions menées dans ce domaine.

## **II. RETRAITES, FAMILLE, LUTTE CONTRE LES EXCLUSIONS : UNE COUVERTURE PARTIELLE DE LA POPULATION**

Le système de protection sociale argentin s'est développé tout au long de la deuxième partie du XX<sup>e</sup> siècle en prenant en charge de nouvelles catégories de risques. Initialement centré sur les accidents du travail et la maladie, il s'est progressivement étendu à la vieillesse, la famille et la perte d'emploi. Plus récemment, pour pallier les effets de la grave crise économique et sociale qui a touché l'Argentine au début des années 2000, les autorités ont également mis en place une politique de lutte contre l'exclusion.

La prise en charge de ces risques est institutionnellement moins fragmentée que dans le domaine de l'assurance maladie et si une dimension régionale demeure, elle est moins présente que dans le domaine de la santé.

### ***A. RETRAITES : UN SYSTÈME PROFONDÉMENT RÉFORMÉ AU COURS DES QUINZE DERNIÈRES ANNÉES***

Si le système de retraites argentin a vu le jour dès le début du XX<sup>e</sup> siècle, il faut attendre les années cinquante pour qu'il offre une couverture à une part importante de la population (avant 1950, seulement 7 % de la population active bénéficiaient d'une retraite).

En 1958, la loi fixa le niveau des prestations à 82 % du dernier salaire perçu. Cette décision a eu pour effet de déséquilibrer le régime nouvellement mis en place, car la fixation du taux de substitution ne s'est pas accompagnée d'une modification de l'âge de la retraite et du niveau des cotisations.

Le régime de retraite par répartition déployé à cette époque devra être réformé dix ans plus tard, en 1968, victime de son succès. Sans remettre en cause les principes du système (financement par cotisations sociales, régime par répartition), les autorités publiques ont alors adopté des mesures visant à assurer la viabilité financière du dispositif en fixant des règles de durée de cotisations et d'âge de départ à la retraite mieux adaptées à la population active. Cette réforme a permis le fonctionnement du système de retraite jusqu'au tournant des années quatre-vingt-dix.

#### **1. 1993-2003 : la mise en place d'une nouvelle gouvernance**

Sous l'impulsion des organismes financiers internationaux, l'Argentine a procédé à une réforme de son système de sécurité sociale au milieu des années quatre-vingt-dix. Cette mutation destinée à optimiser le fonctionnement de la protection sociale a concerné à la fois l'assurance maladie et les retraites.

Les modifications adoptées à cette occasion ont porté aussi bien sur la gouvernance du système de retraites que les conditions d'attribution des pensions.

*a) Le regroupement des instances en charge de la gestion du système*

Les autorités argentines se sont d'abord attachées à unifier le fonctionnement du système de retraite. En 1994, un premier pas dans cette direction a été franchi avec le regroupement de l'ensemble des assurés au sein de trois caisses : une pour les travailleurs indépendants, une pour les travailleurs du secteur public au niveau fédéral et une pour les salariés du secteur privé.

Ces caisses sont regroupées au sein du système intégré des retraites et pensions (*Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones - SIBJ*). Ce système est organisé autour de deux piliers gérés par des structures distinctes : l'Agence nationale de la sécurité sociale (*Administracion Nacional de la Seguridad Social - ANSES*), établissement public en charge du régime par répartition, et l'Agence des fonds de retraites et pensions (*Administradora de Fondos de Jubilaciones y Pensiones - AFJPs*), structure qui assure la gestion du régime de retraites par capitalisation.

L'adhésion à ce système, équivalent à un régime général, est obligatoire pour tous les salariés âgés de dix-huit ans et plus ainsi que pour les professions libérales. Les employés du secteur public régional et municipal ont, dans un premier temps, conservé leurs propres systèmes de retraites, organisés dans le cadre de leur *obra sociale* de rattachement qui leur offrait donc une couverture globale pour les risques maladie et retraite.

En 1996, la décision fut prise d'intégrer plusieurs caisses locales au SIBJ. Sur les vingt-quatre caisses régionales et vingt caisses municipales existantes, onze caisses provinciales et une caisse municipale l'ont ainsi rejoint.

Les caisses ayant préservé leur autonomie se sont vu proposer, en 2003, un accord en vertu duquel le régime général pouvait prendre en charge une partie de leur déficit en contrepartie d'une harmonisation de leurs pratiques avec les règles de droit commun. Dans ce cadre, les assurés se sont vu octroyer le droit de conserver leur affiliation auprès de leur *obra sociale* ou bien de s'assurer auprès du régime général.

Cette réforme de la gouvernance du système de retraite s'est accompagnée d'un relèvement de l'âge de départ à la retraite et du niveau des cotisations. L'âge de la retraite a été fixé à soixante-cinq ans pour les hommes, avec une durée de cotisation de trente ans, et à soixante ans pour les femmes, avec vingt-cinq annuités de cotisation. Une période de transition de cinq ans a été prévue afin de permettre la montée en charge de ce nouveau système de retraites.

Cette harmonisation de la gouvernance du système de retraites n'a pas été complète puisque des régimes de retraites spéciaux ont été maintenus pour les forces armées, la police, les magistrats, les employés gouvernementaux ou encore les parlementaires.

*b) De nouveaux modes de calcul des droits à pension*

A la différence de la réforme plus radicale mise en œuvre au Chili, le modèle argentin se caractérise par l'équilibre qu'il a su trouver entre un système par répartition, qui offre une prestation de base, et un système par capitalisation, qui vient compléter ce premier pilier.

Le système par répartition permet de servir à chaque assuré une prestation de base universelle (*Prestacion Basica Universal* - PBU). Le solde perçu est indépendant du montant des cotisations et son montant actuel est de 200 pesos. Cette rente est complétée par une prestation compensatoire (*Prestacion Compensatoria* - PC) dont le montant est défini en fonction du niveau de cotisation de chaque assuré. Ces deux prestations constituent la retraite de base de tous les assurés cotisant au régime général.

Le second pilier est composé de deux régimes entre lesquels le travailleur est autorisé à choisir :

- le premier prend la forme d'un programme à prestation définie ou prestation additionnelle de durée administré par la sécurité sociale et financé par répartition (*regimen de reparto*) sur la base de cotisations salariales individuelles. Ce choix permet à l'assuré d'obtenir un revenu supplémentaire égal à 0,85 % du revenu de référence pour chaque année de cotisation (dans la limite de quarante-cinq ans). Une telle prestation permet à un assuré qui a cotisé pendant trente-cinq ans de bénéficier d'un taux de remplacement de 30 % de son salaire moyen de référence en sus de la prestation servie par le régime de base, soit un revenu de remplacement total égal à 58 % du salaire moyen de référence ;

- le second (*regimen de capitalizacion*) repose sur un modèle d'épargne : il est administré par des institutions privées et financé au moyen de cotisations individuelles. Des simulations réalisées par les opérateurs privés assurant la gestion de ces fonds indiquent que ce régime donnerait lieu à des prestations proches d'un taux de remplacement de 35 % du salaire moyen, soit un revenu de remplacement égal à 63% du salaire moyen de référence.

On compte actuellement plus de 12 millions de cotisants, dont près de 8 millions d'hommes et 86 % d'entre eux ont souscrit au régime de capitalisation. Fin 2003, la pension moyenne était de 503 pesos, mais elle est de 486 pesos pour le régime de répartition et de 596 pour celui par capitalisation.



## 2. Un système en phase de mutation

L'embellie économique de la période 1991-1994 a probablement conduit à l'élaboration de scénarios trop optimistes concernant les projections de réforme du système de retraites.

Les coûts de transition de la réforme occasionnés par le passage partiel à un régime financé par capitalisation ajoutés à la crise économique qui affectait fortement le régime de ressources propres du système de retraites conduisirent à une profonde crise de financement. Cette situation a contraint les gestionnaires du système à prendre des mesures drastiques en matière de niveau des pensions.

Par ailleurs, comme le système d'assurance maladie, le système de retraite peine à couvrir l'ensemble de la population. Des initiatives ont donc été prises pour pallier les inégalités les plus flagrantes.

### *a) L'impact de la crise économique sur le fonctionnement du système de retraite*

Le système de capitalisation a été frappé de plein fouet par la crise financière argentine, d'une part parce que ses avoirs étaient majoritairement constitués de titres publics, d'autre part parce que le gouvernement argentin a exercé de fortes pressions sur les fonds de pension pour qu'ils l'aident à trouver les financements nécessaires au paiement des intérêts de la dette publique. La crise a donc eu des répercussions majeures sur le système de prévoyance, en raison notamment de la dévaluation des titres publics. Cette situation est paradoxale puisque l'un des avantages attendus de la capitalisation était sa capacité à protéger les bénéficiaires d'une évolution défavorable des comptes publics.

Les effets de cette crise financière furent amplifiés par l'intégration dans le régime de retraites des agents publics de onze régimes de retraites réservés aux fonctionnaires territoriaux, régimes fortement déficitaires.

Une évaluation des effets de la crise indique que les retraités ont vu leurs prestations réduites de 13 % à partir de 2002.

Outre ces problèmes financiers, le système a connu d'autres difficultés dont la moindre n'est pas le recul marqué de la population couverte au sein de la population âgée.

La couverture de la population active concerne les actifs qui cotisent à l'un des trois régimes de retraite. Ce taux de couverture était déjà peu élevé au moment de la réforme mais il n'a cessé de diminuer entre 1994 et 2001. Les cotisants sont passés de 50 % de la population active à environ 40 % en 2002. Parmi les principales causes de la situation figurent la forte hausse du chômage, la mise en œuvre d'une politique d'emploi qui permettait d'embaucher de nouveaux travailleurs sans obligation de cotiser à la sécurité sociale et la progression du travail informel.

En 1993, c'est-à-dire avant la crise et la dévaluation du peso, 40 % des retraites étaient inférieures à 150 pesos. En 2006, 60 % des retraites sont inférieures à 470 pesos. Le système de retraites se trouve confronté à un double défi dans les années à venir : assurer une couverture globale des salariés, puisqu'une partie des actifs argentins exercent dans le secteur informel et ne bénéficient pas de couverture sociale, et améliorer le niveau des pensions afin d'améliorer les conditions de vie des retraités.

*b) Des pensions non contributives pour les populations les plus démunies*

La couverture des personnes âgées a souffert du durcissement des conditions d'attribution d'une retraite, mais également de la détérioration du marché du travail, la mise en place d'un régime de transition n'ayant pas suffi à maintenir la protection de ces personnes.

La couverture de la population âgée (au-delà de soixante-cinq ans) a chuté, passant de près de 77 % de la population en 1994 à 66 % en 2002. On mesure encore mieux l'ampleur de ce résultat si l'on considère la proportion de la population âgée qui ne dispose pas d'une prestation vieillesse, d'un revenu de remplacement ou de la prestation d'un conjoint. En effet, durant la période 1994-2001, la part de la population âgée ne disposant d'aucune forme de protection sociale est passée de 8 % à 16 %.

De plus, les contraintes budgétaires ont freiné le déploiement du programme de retraite non contributif (que l'on pourrait comparer, toutes choses égales par ailleurs, au minimum vieillesse).

Le système argentin comporte un système de retraites dites non contributives (*pensiones non contributivas* - PNC), qui sont versées à des catégories de population déterminées par la loi sans versement préalable de cotisations. L'objectif premier de ce système est d'offrir une protection sociale aux populations en situation de précarité.

Contrairement aux retraites du régime général, ce système n'est pas géré par l'*Administracion Nacional de la Seguridad Social* (ANSES) mais par le ministère du développement social (*ministerio de desarrollo social*) depuis 1999. Il s'agit donc clairement d'un dispositif relevant de la solidarité nationale.

Plusieurs catégories de personnes peuvent prétendre bénéficier de ces retraites non contributives : les personnes âgées, les invalides, les mères de plus de sept enfants, les anciens combattants de la guerre des Malouines, mais également des bénéficiaires spécifiques désignés par la loi. Cette dernière catégorie rassemble le Président et le Vice-président de la République, les prix Nobel, les champions olympiques, les pionniers de l'Antarctique ou encore les membres du clergé.

Au sein de cet ensemble, les pensions versées aux mères de plus de sept enfants représentent plus de 50,1 % des pensions versées, le minimum vieillesse moins de 10 % et les anciens combattants 8 %.

Entre 1991 et 2003, le nombre de bénéficiaires a crû de 40 % au titre du minimum vieillesse et d'invalidité et de plus de 120 % du fait de la création, par la loi, de nouvelles catégories de bénéficiaires.

Malgré ces efforts, la part de la population âgée ne disposant pas de prestation vieillesse, d'un autre revenu propre ou du revenu d'un conjoint a doublé entre 1994 et 2002, passant de 8 % à 16 %.

## ***B. DES POLITIQUES DE SOLIDARITÉ À L'EFFICACITÉ LIMITÉE***

### **1. La lutte contre l'exclusion**

#### *a) Le plan Jefes y Jefas*

Créé en janvier 2002 par le précédent Président de la République, Eduardo Duhalde, le plan *Jefes y Jefas* avait pour objectif d'apporter une aide aux familles les plus démunies. Ce plan constitue l'un des piliers de l'action sociale menée par le Gouvernement.

Conçu comme un plan d'urgence en réponse à la crise de 2001, sa durée initiale devait être d'un an ; il a, depuis, été reconduit chaque année.

Doté d'un budget de 3,5 milliards de pesos (soit 80 % du montant de l'aide sociale distribuée par l'Etat), il prend la forme d'une aide de 150 pesos<sup>1</sup> accordée à toute personne sans emploi ayant des enfants mineurs ou handicapés à charge, en contrepartie d'une obligation de scolarisation et de vaccination des enfants et de travaux d'intérêts généraux. Il est géré par les collectivités locales

En octobre 2006, 1,5 million de personnes bénéficiaient de ce programme. Les femmes chefs de famille représentent 70 % des bénéficiaires de cette aide et les deux tiers des bénéficiaires ont entre vingt-six et quarante-cinq ans.

Le financement de cette aide est assuré par les ressources fiscales fédérales et régionales et des crédits spécifiques obtenus auprès de la banque mondiale.

Le gouvernement du Président Duhalde a tenté de transformer ce programme en une stratégie de lutte contre le chômage. L'idée, énoncée en janvier 2003, était d'adjoindre à ce programme social un volet réinsertion, en se fixant comme objectif le recrutement d'un quart des deux millions de bénéficiaires par le tissu des PME.

---

<sup>1</sup> La moitié des salariés argentins gagne moins de 400 pesos par mois, le salaire minimum est fixé à 630 euros.

L'entrepreneur devait verser au salarié le différentiel entre le salaire préalablement négocié par les autorités publiques et le montant de l'aide sociale versée par le Gouvernement. Le plan, appelé « retour au travail », prévoyait une étape de réinsertion de six mois au-delà de laquelle le bénéficiaire du programme était embauché par la PME.

Le volet réinsertion de ce plan s'est avéré être un échec. Outre les problèmes de gestion des bénéficiaires, ce programme a provoqué un effet d'aubaine pour les PME qui ont licencié leurs salariés pour les remplacer par des bénéficiaires du programme *Jefes y Jefas*, réduisant ainsi le coût de leur main-d'œuvre. Des détournements ont également été constatés au niveau local, le plan étant mis à profit pour la constitution de clientèles électorales.

Face à cet échec, le gouvernement du Président Kirchner a mis en place un nouveau dispositif intitulé *Mas y mejor Trabajo*. Pour être éligible à ce nouveau programme, une entreprise ne peut licencier aucun de ses employés pendant les trois mois qui précèdent le dépôt de sa demande. L'entreprise doit également s'engager à embaucher le bénéficiaire du programme après huit mois d'activité et payer ses contributions au système de sécurité sociale. En l'état, seuls 13 % des bénéficiaires du programme ont pu retrouver un emploi stable.

Depuis octobre 2006, le gouvernement argentin semble vouloir mener une politique plus dynamique, à la fois dans la prise en charge et dans la réinsertion des bénéficiaires du plan *Jefes y Jefas*. Deux axes ont été retenus : revoir le volet « travail et formation » et distinguer les personnes employables de celles qui ne le sont pas.

Le gouvernement annonce ainsi la création d'une assurance *capacitacion y empleo* qui s'adressera dans un premier temps aux bénéficiaires du plan *Jefes y Jefas*, âgés de moins de trente-cinq ans. Cette assurance leur ouvrira des droits pendant deux ans durant lesquels ils devront faire la preuve d'une recherche d'emploi et devront accepter les offres de formation ou d'emploi qui leur seront proposées. Ils recevront une aide dégressive dont le montant sera de 225 pesos (soit 75 pesos de plus que la prestation mensuelle versée aux bénéficiaires du plan *Jefes*) durant les dix-huit premiers mois, puis de 200 pesos pour les six mois suivants. Les bénéficiaires qui retrouveront un emploi pourront continuer à recevoir une aide de l'Etat pendant les six premiers mois suivant leur embauche.

Dans le même temps, le gouvernement souhaite transférer les mères de famille du plan *Jefes* vers un plan *Familias*. Ce programme, qui octroie une allocation maximale de 200 pesos par mois (en fonction du nombre d'enfants), est réservé aux mères de famille qui suivent une formation susceptible de faciliter leur réinsertion sur le marché du travail ; il compte aujourd'hui environ 240 000 bénéficiaires. Le Gouvernement a prévu de relever le montant de l'indemnité mensuelle versée dans le cadre de ce plan jusqu'à 275 euros.

Ce projet a reçu un accueil très favorable de la part des différents acteurs sociaux. Son montant, estimé à un milliard de dollars, est financé grâce à l'aide la Banque interaméricaine de développement qui a débloqué des crédits à hauteur de 700 millions d'euros.

*b) Autres plans*

Face à cette situation sociale difficile, en complément du programme *Jefes y Jefas*, le gouvernement a mis en place, depuis 2002, un programme d'urgence alimentaire qui vise à assurer la satisfaction des besoins alimentaires de base des femmes enceintes, des jeunes de moins de dix-huit ans, des personnes âgées et des handicapés. Ce programme assure à plus d'un 1,5 million de foyers un panier mensuel de onze kilos de denrées alimentaires de base (huile, riz, sucre, pâtes, farine de blé, lait, etc.).

Il existe toutefois d'autres programmes, comme le programme de rénovation des quartiers (*Programa de Mejoramiento de Barrios - PROMEBA*). Celui-ci est financé à 60 % par la Banque interaméricaine de développement qui a octroyé un prêt à l'Argentine, remboursable sur vingt ans. Ce programme doit favoriser la réhabilitation de l'habitat urbain et la réduction du nombre de bidonvilles en facilitant l'accès à la propriété et la construction d'équipements collectifs, notamment dans les villes les plus pauvres du grand Buenos Aires (égouts, distribution d'eau potable, construction de dispensaires et d'écoles).

**Un exemple de réhabilitation urbaine :  
le quartier de la villa Miseria Palito à La Matanza**

La Matanza est une commune limitrophe de Buenos Aires, bien qu'administrativement située dans une autre région.

Ville de presque deux millions d'habitants (budget annuel de 80 millions d'euros), elle connaît un taux de chômage égal à 50 % de la population active, 57 % des administrés ne disposent pas de couverture maladie, 49 % de la population a moins de vingt-cinq ans, 63 % des enfants de moins de quatorze ans vivent en dessous du seuil de pauvreté, 40 % des habitants ne sont pas raccordés à l'égout et seuls 8 % des habitants sont diplômés de l'enseignement supérieur.

Aidées par le gouvernement fédéral, des organisations internationales telles que la Banque mondiale, les autorités locales ont entrepris un vaste chantier de rénovation urbaine qui présente plusieurs aspects : création d'une zone industrielle (10 000 emplois et 400 sociétés installées), construction d'un hôpital pour enfants et réhabilitation du bidonville de la villa Miseria Palito.

Dans ce quartier, la municipalité construit des écoles et des dispensaires, installe un réseau d'assainissement et construit de nouveaux logements. Le principe retenu est celui de l'habitat individuel ; ces nouvelles habitations sont réservées à une famille et prennent la forme d'un module architectural unique d'un seul niveau (seules quelques maisons pourront faire l'objet d'une surélévation) comprenant séjour, cuisine, salle de bains et chambres, ainsi qu'un petit jardin privatif. Le coût de revient d'une maison est de 5 000 euros. Le Sénat français a participé au financement d'un certain nombre d'entre elles. Les familles sont relogées dès que les logements neufs sont disponibles et les anciennes habitations insalubres sont immédiatement détruites pour empêcher l'installation de nouvelles familles pauvres dans le bidonville en voie de rénovation.

Un programme de développement social (PROSOFA) est également développé sur les zones frontalières du nord-est et du nord-ouest du pays, parmi les régions les plus déshéritées, afin d'améliorer les infrastructures locales.

## **2. Les aides à la famille et aux chômeurs**

### *a) Les allocations familiales*

La législation argentine relative aux allocations familiales s'est mise en place dès le milieu des années trente, mais il faudra attendre les années cinquante pour voir apparaître des structures chargées de la mettre en œuvre, avec la création de caisses d'allocations familiales ; cette politique sera amplifiée à compter de 1973.

Comme l'assurance maladie, il s'agit de structures publiques indépendantes de l'Etat et financées par des cotisations sociales.

Seule est perçue une cotisation patronale calculée sur la base de la masse salariale ; son montant s'élevait à 12 % dans les années quatre-vingt avant de se réduire à 9 % depuis 1991 puis autour de 4,4 % depuis 2000.

A compter de l'année 2000, les caisses ont été regroupées au sein de l'administration nationale de la sécurité sociale (*Administracion Nacional de la Seguridad Social* - ANSES).

Le bénéfice de cette politique familiale est ouvert aux cas suivants : maternité, naissance, adoption, handicap de l'enfant et aide scolaire, mariage. Le montant des prestations est défini par le gouvernement sans qu'il existe de mécanismes spécifiques de revalorisation. La politique gouvernementale met clairement la priorité sur l'aide accordée aux enfants.

Depuis 1996, le système fonctionne sous conditions de ressources : les assurés disposant de revenus élevés (supérieur à 1 500 pesos) ne peuvent bénéficier que des aides prévues en cas de maternité ou d'enfant handicapé. Ce seuil de revenu est calculé *intuitu personae* et ne tient pas compte des revenus du ménage, seul le revenu du bénéficiaire est pris en compte, quel que soit le revenu du conjoint.

Certaines prestations sont versées directement par les employeurs (enfants, aide scolaire, maternité) tandis que les prestations versées à la naissance, pour une adoption ou un mariage sont servies par *l'Administracion Nacional de la Seguridad Social* - ANSES.

En 2004, 48,3 % des prestations versées correspondaient aux aides perçues au titre des enfants, 37,3 % à l'aide scolaire et seulement 1,4 % pour l'aide à la naissance.

Ces prestations sont financées sur la base des cotisations patronales, ce qui rend impossible la couverture de la totalité de la population, notamment les tranches les plus démunies. Selon les estimations disponibles, cette politique familiale ne couvre que 30 % des enfants de moins de dix-huit ans et la couverture offerte par le système s'est détériorée sous l'effet de la crise économique.

Ces instruments connaissent de véritables difficultés d'application, ce qui explique l'importance du plan *Jefes y Jefas* qui constitue l'élément central de l'aide accordée aux familles.

#### *b) La lutte contre le chômage*

La pénurie d'emplois en Argentine est un phénomène relativement récent. Selon les chiffres publiés par l'Institut national de statistiques et de recensement (*Instituto Nacional de Estadisticas y Censos* - INEC), il s'agit d'un phénomène nouveau. En effet, entre 1974 et 1993, le taux de chômage s'est toujours maintenu en deçà de 10 %. Il a commencé à croître à partir de 1995, a connu un premier pic à 18,4 % en mai 1995, après une baisse entre 1995 et 1998, et a atteint le niveau record de 21,5 % en mai 2002. Ce taux est retombé à 17,3 % en 2003, 13,8 % en 2004 et 11 % en 2006.

Pour faire face à cette situation, l'Argentine dispose d'un système d'assurance chômage qui est relativement plus développé que celui des autres pays de la région.

En effet, les salariés argentins versent des cotisations à un Fonds national pour l'emploi (*Fondo nacional de Empleo* - FNE) et se voient, en théorie, ouvrir en contrepartie le bénéfice d'une assurance chômage.

Créé en 1967 pour les travailleurs du secteur BTP, ce système a été généralisé à partir de 1991. Il prévoit le versement d'une allocation chômage équivalant à 60 % du salaire le plus élevé perçu par le salarié au cours des six derniers mois précédents son arrêt d'activité.

Toutefois, moins de 100 000 personnes bénéficient aujourd'hui de l'assurance chômage. Ce chiffre est surprenant quand on considère que le nombre de personnes sans emploi est estimé à 1,7 million. Cet écart s'explique d'une part, en raison de la rigidité des critères exigibles avant de bénéficier d'une prise en charge, d'autre part, par le grand nombre de travailleurs au noir qui n'ont pas accès au système. En 2005, les autorités argentines ont évoqué la possibilité d'élargir cette prestation chômage aux travailleurs au noir, mais aucune décision n'a encore été prise alors que certaines activités informelles sont parfaitement identifiées et connues des services gouvernementaux.

### **Les *cartoneros* recyclent le carton récupéré dans la rue**

Chaque nuit, sauf le samedi, 10 000 *cartoneros* (pour la moitié, des enfants) déferlent sur Buenos Aires pour fouiller et trier les sacs poubelles déposés sur les trottoirs par les habitants de la ville.

On trouve parmi eux des professionnels qui ont des clients fixes, et d'autres qui alternent ce métier d'éboueurs informels et des petits boulots. Leur activité consiste à trier les déchets urbains avant l'arrivée des éboueurs. Le degré d'organisation des *cartoneros* varie suivant les cas. Au bas de l'échelle, on trouve ceux qui ne disposent que d'un chariot de supermarché pour transporter leurs déchets et qui vendent leur marchandise à ceux disposant de moyens de transport de plus grande capacité. Pour 50 kg de carton, ils touchent de 10 à 12 pesos (environ 3 euros). En travaillant quatre à cinq heures par nuit, une famille de *cartoneros* professionnels gagne environ 600 pesos par mois (environ 175 euros). Les déchets ainsi recyclés sont revendus à des intermédiaires, parfois organisés sous forme de coopératives regroupant les *cartoneros*. Compte tenu des difficultés économiques de l'Argentine et du coût du papier sur le marché international, les papeteries argentines ont recours au papier recyclé, ce qui favorise l'activité de cette chaîne de recyclage informelle.

Selon les estimations de la ville et des ONG spécialisées dans l'environnement, 400 000 tonnes de papier carton, dont la moitié en provenance du grand Buenos Aires serait ainsi recyclées chaque année. Ce négoce est estimé à 450 millions de pesos (112,5 millions d'euros), dont à peine 10 % servent à rémunérer les *cartoneros*.

Si les *cartoneros* existent depuis des décennies, leur nombre s'est considérablement accru depuis la crise de 2001.

Les autorités publiques qui n'ont aucun contrôle sur cette activité ont voulu encadrer l'intervention des *cartoneros*. Cette politique repose sur deux axes : d'une part, associer les *cartoneros* à la politique de recyclage des déchets (selon une étude internationale menée sous l'égide de l'Unicef, les *cartoneros* collectent entre 10 % et 17 % des déchets produits et permettent ainsi à l'administration locale de faire des économies substantielles en matière de ramassage des ordures), d'autre part, faire preuve d'une sévérité accrue aux entrées de la capitale désormais interdite aux camions sans assurance et aux véhicules tirés par des animaux, en application d'une loi de 1963 réactivée à cette occasion.

\*

\* \*

**La commission des affaires sociales, réunie le 9 mai 2007, a autorisé la publication du présent rapport.**



## PROGRAMME DE LA MISSION

<b>Lundi 11 septembre</b>	
<b>9 heures 45</b>	Entretien avec le vice-président du groupe d'amitié Argentine-France, M. Adolfo Terragno
<b>10 heures 45</b>	Entretien avec le président de l'Assemblée nationale, M. Alberto Ballestrini
<b>12 heures 30</b>	Rencontre avec des professionnels de la santé argentins à l'Ambassade
<b>15 heures 30</b>	Entretien avec le ministre de la santé de la Capitale fédérale, M. Alberto de Micheli
<b>17 heures</b>	Entretien avec le ministre du travail, M. Carlos Tomada, présentation du système de retraites
<b>19 heures</b>	Rencontre avec les représentants de la communauté française à l'Ambassade, rencontre du président de la délégation avec la presse (journalistes spécialisés, argentins et français)
<b>Mardi 12 septembre</b>	
<b>8 heures 30</b>	Entretien avec M. Fernando Espinoza, maire de la Matanza
<b>9 heures 30</b>	Visite de la Matanza : hôpital et maisons construites dans la Villa Miseria Palito (réhabilitation d'un bidonville)
<b>13 heures</b>	Déjeuner à l'Ambassade avec des spécialistes des questions sociales en Argentine
<b>16 heures</b>	Visite de l'Alliance française
<b>17 heures</b>	Entretien avec le ministre de la santé, M. Gines Gonzalez Garcia
<b>18 heures</b>	Entretien avec le ministre des affaires sociales, Mme Alicia Kirchner
<b>19 heures</b>	Entretien avec le président du Sénat, vice-président de la Nation, M. Daniel Scioli
<b>Mercredi 13 septembre</b>	
<b>9 heures</b>	Visite de l'hôpital Marie Curie (soins palliatifs, oncologie)
<b>15 heures</b>	Arrivée à Salta
<b>17 heures 30</b>	Entretien avec la secrétaire aux politiques sociales, Mme Adriana Portal
<b>19 heures 30</b>	Visite de l'hôpital de Salta et entretien avec le ministre de la santé de la province, le Dr Medrano,

<b>Jeudi 14 septembre</b>	
<b>11 heures 30</b>	Visite de l'école de Rosario de Lermas (accueil des enfants handicapés) avec le sénateur de Salta, M. Pedro Liverato
<b>15 heures 30</b>	Entretien avec le gouverneur de la province de Salta, M. Juan Carlos Romero
<b>17 heures 30</b>	Entretien avec le vice-président du Sénat, M. Eduardo Lopez Arias
<b>19 heures</b>	Visite du comedor pour enfant « Casa de Nazareth del Nino Belen » en compagnie du vice-président du Sénat
<b>Vendredi 15 septembre</b>	
<b>10 heures</b>	Arrivée à Jujuy Entretien avec le ministre de la santé de la province de Jujuy, le Dr Carlos Cisneros

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

*Réunie le mercredi 9 mai 2007, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission a entendu une communication de M. Alain Vasselle sur la mission d'information de la commission en Argentine.*

*M. Alain Vasselle a rappelé qu'une délégation de neuf sénateurs s'est rendue en Argentine du 9 au 17 septembre dernier. Elle y a rencontré les plus hautes autorités argentines, notamment M. Daniel Scioli, président du Sénat et vice-président de la Nation, et a participé à des réunions avec les principaux ministères en charge des questions sociales (santé, travail et développement social), correspondant aux différents champs de son étude. Des déplacements sur le terrain - visite d'un bidonville en cours de réhabilitation, d'hôpitaux et d'un centre d'accueil d'enfants défavorisés - lui ont permis une meilleure perception du système de protection sociale argentine et des défis qu'il doit relever.*

*Cette étude s'est révélée particulièrement complexe, car l'une des principales caractéristiques de la protection sociale argentine réside en sa très grande fragmentation entre de multiples opérateurs. Ainsi, le système d'assurance maladie s'organise autour de trois catégories distinctes d'opérateurs : les « obras » sociales, le secteur privé et le secteur public. La répartition des rôles entre les acteurs y est très différente du modèle français :*

*- les opérateurs privés ne sont pas des assureurs complémentaires ; ils prennent en charge les mêmes prestations que le régime obligatoire ;*

*- la sécurité sociale et les assureurs privés se comportent comme des acheteurs de soins, c'est-à-dire qu'ils adressent leurs assurés à des professionnels de santé, avec qui ils ont passé des contrats. Il ne s'agit donc pas, comme en France, de gérer des demandes de remboursement ;*

*- le secteur public a pour mission la prise en charge médicale des personnes ne disposant d'aucune couverture santé, c'est-à-dire de la population la plus démunie.*

*Le profil de ces opérateurs est différent selon les catégories. Au nombre de trois cents, les obras sociales sont elles-mêmes réparties en plusieurs catégories selon qu'elles interviennent au niveau national, régional ou professionnel. Elles constituent la pierre angulaire du système d'assurance maladie argentin.*

*Au milieu des années 90, le Gouvernement a entamé une série de réformes structurelles destinées à optimiser le fonctionnement du système. Il a alors souhaité organiser une concurrence entre les caisses afin de contraindre les opérateurs à améliorer leur gestion et les prestations fournies aux assurés. Parallèlement, il a imposé aux obras sociales la mise en place d'un panier de biens et services minimum garanti aux assurés.*

*Toutefois, ces réformes n'ont pas produit les effets escomptés, car la fragilité financière des caisses n'a pas permis d'assurer un panier de biens et services minimum, mais seulement les prestations relevant de l'urgence. La grave crise économique, politique et sociale traversée par l'Argentine au début des années 2000 a accru leurs difficultés et s'est traduite par un net recul du nombre des assurés : les « obras » sociales ne couvrent plus aujourd'hui que 52 % de la population, soit 10 % de moins qu'il y a dix ans.*

*Le secteur privé intervient essentiellement comme un régime de base, mais il offre l'accès à des structures de soins plus performantes. Il assure la couverture de 9 % de la population, résidant à plus de 80 % à Buenos Aires et ses alentours.*

*Enfin, le service public hospitalier, troisième grand acteur du système d'assurance maladie, constitue pour près de 40 % des Argentins, le seul moyen d'accès à la santé. Il est gratuit et financé par les régions sur leurs ressources propres.*

***M. Alain Vasselle** a estimé que ce système d'assurance maladie souffre de faiblesses importantes : il n'a pas la capacité d'offrir une couverture à l'ensemble de la population et l'accès aux soins primaires gratuits ou pris en charge par un assureur n'exclut pas l'existence d'une participation financière à la charge des assurés.*

*Pour pallier ces carences et améliorer l'état sanitaire de la population, les autorités argentines tentent de développer une politique de santé publique dynamique, un plan triennal 2004-2007 a été mis en œuvre pour développer une politique de promotion de la santé qui tienne compte de l'état sanitaire de la population et de l'environnement où elle vit. Il comporte des objectifs chiffrés répartis en six catégories : santé de l'enfant, santé maternelle, éducation sexuelle et prise en charge de la grossesse, personnes handicapées, lutte contre le tabac et « autres actions ».*

*Cette politique se heurte toutefois à deux obstacles : le caractère hospitalo-centré du système de santé public, qui empêche un travail de proximité et promeut presque exclusivement le recours aux soins curatifs, et le coût de développement des centres de promotion de la santé, qui est supérieur aux ressources des instances régionales. La mise en œuvre de cette politique de santé publique est une préoccupation majeure des autorités argentines, notamment dans sa partie consacrée à l'amélioration de la santé maternelle et infantile, compte tenu des taux élevés de mortalité et des conditions de vie des jeunes enfants.*

*M. Alain Vasselle a ensuite présenté deux autres volets du système de protection sociale argentin : les retraites et la lutte contre l'exclusion.*

*Tout comme l'assurance maladie, le système de retraite trouve son origine dans les mutuelles ouvrières. Progressivement développé à partir de 1950, il a fait l'objet d'une réforme structurelle d'ensemble en 1994, avec la création d'un système unique intégré des retraites et pensions, organisé autour de deux branches gérées par des caisses distinctes : l'Agence nationale de la sécurité sociale, structure publique en charge du régime par répartition, et l'Agence des fonds de retraites et pensions, qui assure la gestion du régime de retraites par capitalisation.*

*L'adhésion à ce système, équivalent à un régime général, est obligatoire pour tous les salariés âgés de dix-huit ans et plus, ainsi que pour les professions libérales. L'âge de départ à la retraite a été fixé à soixante-cinq ans pour les hommes, avec une durée de cotisation de trente ans, et à soixante ans pour les femmes, avec vingt-cinq annuités de cotisation. Une période de transition de cinq ans a été prévue afin de permettre la montée en charge de ce nouveau système de retraites.*

*A la différence de la réforme plus radicale mise en œuvre au Chili, le modèle argentin se caractérise par l'équilibre qu'il a su trouver entre un système par répartition, qui offre une prestation de base, et un système par capitalisation, qui vient le compléter.*

*Le premier pilier permet de servir à chaque assuré une prestation de base, universelle dont le montant est indépendant du niveau des cotisations. Il s'élève aujourd'hui à 200 pesos, soit moins de 50 euros, auxquels s'ajoute par une prestation compensatoire variant selon le niveau de cotisation de chaque assuré. Ces deux prestations constituent la retraite de base de tous les cotisants au régime général.*

*Le second pilier offre au travailleur le choix entre deux régimes, soit un programme à prestation définie, administré par la sécurité sociale, financé par répartition sur la base de cotisations salariales individuelles et offrant un complément égal à 0,85 % du revenu de référence pour chaque année de cotisation, soit un système de capitalisation administré par des institutions privées et financé au moyen de cotisations individuelles.*

*Sur les 12 millions de cotisants, dont près de 8 millions d'hommes, 86 % ont souscrit au régime de capitalisation. Fin 2003, la pension moyenne était de 503 pesos (environ 120 euros), soit 486 pesos (117 euros) pour le régime de répartition et 596 pesos (142 euros) pour celui par capitalisation, sachant que la moitié des salariés argentins gagne moins de 400 pesos par mois, soit 96 euros.*

*Comme l'assurance maladie, le système de retraite a été frappé de plein fouet par la crise économique, entraînant une réduction du niveau des pensions de 13 %. En outre, le système connaît d'autres difficultés, et notamment le recul très net de la population couverte. Le taux de couverture*

était déjà peu élevé au moment de la réforme, mais il n'a cessé de diminuer entre 1994 et 2001, revenant de 50 % de la population active à environ 40 %. Cette dégradation s'explique par le durcissement des conditions d'obtention des prestations, en dépit de l'instauration d'un régime de transition, et plus encore par la forte hausse du chômage, la mise en œuvre d'une politique de l'emploi qui permet d'embaucher sans obligation de cotiser à la sécurité sociale et la progression du travail informel.

**M. Alain Vasselle** a alors indiqué que cette situation a conduit le gouvernement argentin à développer une politique de lutte contre les exclusions.

Créé en janvier 2002 par le précédent président de la République, Eduardo Duhalde, le plan *Jefes y Jefas* avait pour objectif d'apporter une aide aux familles les plus démunies. Conçu comme un plan d'urgence en réponse à la crise de 2001, sa durée initiale devait être d'un an ; depuis, il a été reconduit chaque année et constitue l'un des piliers de l'action sociale menée par le Gouvernement.

Doté d'un budget de 3,5 milliards de pesos (environ 900 millions d'euros, soit 80 % du montant de l'aide sociale distribuée par l'Etat), il distribue une aide de 150 pesos (soit 36 euros) à toute personne sans emploi ayant des enfants mineurs ou handicapés à charge, en contrepartie d'une obligation de scolarisation et de vaccination des enfants et de travaux d'intérêts généraux. Il est géré par les collectivités locales et financé par les ressources fiscales fédérales et régionales et des crédits spécifiques obtenus auprès de la Banque mondiale.

En octobre 2006, 1,5 million de personnes bénéficiaient de ce programme, dont 70 % de femmes chefs de famille et deux tiers d'adultes âgés de vingt-six ans à quarante cinq ans.

Le gouvernement du président Duhalde a tenté de transformer ce programme en une stratégie de lutte contre le chômage. L'idée, avancée en janvier 2003, était d'adjoindre à ce programme social un volet réinsertion, en se fixant comme objectif le recrutement d'un quart des deux millions de bénéficiaires par le tissu des PME.

Le volet réinsertion de ce plan s'est avéré être un échec. Outre les problèmes de gestion des bénéficiaires, il a créé un effet d'aubaine pour les PME, qui ont licencié leurs salariés pour les remplacer par des bénéficiaires du programme *Jefes y Jefas* afin de réduire le coût de leur main-d'œuvre. Des détournements ont également été constatés au niveau local, le plan étant mis à profit pour la constitution de clientèles électorales.

Face à cet échec, le gouvernement du président Kirchner a mis en place un nouveau dispositif, intitulé *Mas y mejor Trabajo*. Pour y être éligible, une entreprise ne peut licencier aucun de ses employés pendant les trois mois qui précèdent le dépôt de sa demande et doit s'engager à embaucher l'allocataire après huit mois d'activité et à payer ses contributions au système

de sécurité sociale. A ce jour, seuls, 13 % des bénéficiaires du programme ont pu retrouver un emploi stable.

**Mme Janine Rozier** a fait observer que l'étude de la situation en Argentine conduit à mieux apprécier encore le fonctionnement du système de protection sociale français. Elle a confirmé que la question de l'optimisation du fonctionnement des établissements de santé est un problème crucial pour le système de santé. Lors de leurs visites à Buenos Aires et à Salta, les membres de la délégation ont ainsi pu recueillir de nombreux témoignages d'usagers et de médecins sur ce thème.

**Mme Raymonde Le Texier** s'est félicitée de ce que le rapport de la mission fasse clairement apparaître les dysfonctionnements du système de santé argentin. Elle a indiqué que la délégation a constaté l'existence de files d'attente importantes dans les établissements de santé argentins, y compris dans les services de chimiothérapie. Puis elle a souligné l'importance accordée par les autorités argentines à la question de la santé materno-infantile. Le développement d'une politique de prévention doit permettre de lutter contre le nombre trop élevé de naissances prématurées provoquées par les problèmes de nutrition et l'absence de politique de prévention.

**M. Nicolas About, président**, a estimé qu'il est toujours utile de comparer le système de protection sociale français à d'autres dispositifs. Les mutations récentes du système argentin, même si elles ne sont pas transposables, permettent de renouveler notre regard sur le fonctionnement de notre propre système de sécurité sociale.

**Mme Janine Rozier** a signalé que la délégation a également visité un établissement récemment créé pour personnes handicapées.

**Mme Raymonde Le Texier** a précisé que la délégation a été sensibilisée à tous les aspects du système de protection sociale argentin (santé, assurance maladie, retraites), y compris la lutte contre l'exclusion. La réalité de la situation était particulièrement perceptible lors du déplacement effectué au comedor Casa Nazareth, une structure installée dans un bidonville de la commune de Salta. Ce lieu sert un repas par jour aux enfants du quartier. Faute de moyens financiers suffisants, le comedor, géré par la paroisse, n'est pas en mesure d'apporter une aide plus importante à ces populations démunies.





## ANNEXE ARGENTINE

-

### PRÉSENTATION DU PAYS

#### *1. Données générales*

Nom officiel : **République argentine**  
Superficie : **2,77 millions km<sup>2</sup>**  
Population : **38,7 millions**  
Capitale : **Buenos Aires**  
Villes principales : **Rosario, Santa Fé, Mendoza, Cordoba**  
Langue (s) officielle (s) : **espagnol**  
Monnaie : **peso argentin**  
Fête nationale : **25 mai**  
Taux de croissance démographique annuel 2001-2015 : **1**  
Espérance de vie : **75,7 ans**  
Taux d'alphabétisation : **97,1**  
Religion(s) : **catholique romaine 92 %, protestante 2 %, juive 2 %, autres 4 %**  
Indice de développement humain (Classement ONU) : **34<sup>ème</sup>/175 (0,849)**  
PIB 2005 : **186 Mds USD (2001 : 268,8 Mds USD)**  
PIB par habitant 2005 : **4 800 USD**  
Taux de croissance PIB 2005 : **9 % (2002 : -10,9 %)**  
Taux de chômage 2004 : **12 %**  
Taux d'inflation 2005 : **9,6 % (2004 : 4,4 %)**  
Solde budgétaire 2005 (excédent courant) : **1,5 % PIB (objectif fixé par le FMI : 3 %)**  
Balance commerciale 2005 : **12,0 Mds USD**  
Principaux clients : **Union européenne (20 %), Mercosur (19,5 %), ALENA (14 %), Pays asiatiques (17 %)**  
Principaux fournisseurs : **Mercosur (37 %), Union européenne (20 %), ALENA (19 %), Pays asiatiques (13 %)**  
Part des principaux secteurs d'activités dans le PIB :  
**- agriculture : 12,2 % ; industrie et mines : 32,4 % ; services : 55,5 %**  
Exportations de la France vers l'Argentine en 2004 : **538 M Euros**  
Importations françaises de l'Argentine en 2004 : **411 M Euros**  
Consulat de France : **Buenos Aires**  
Communauté française : **14 000 immatriculés**

## *2. Politique intérieure*

### **Institutions**

- **Régime présidentiel** : le Président est le chef de l'Etat et du gouvernement. Il est élu pour quatre ans au suffrage universel direct. Son mandat est renouvelable une fois.
- **Pouvoir législatif** : le Congrès bicaméral composé d'une Chambre des députés de 257 membres élus pour quatre ans et d'un Sénat de 72 membres élus pour six ans dans chaque province (trois sièges dont un réservé au parti arrivé second à l'élection ; renouvellement par tiers).
- **Système fédéral** : les 23 provinces et le district fédéral de Buenos Aires sont dirigés par un exécutif élu pour quatre ans au suffrage universel direct (le Gouverneur et les Secrétaire d'Etat qu'il nomme) et des assemblées régionales. La Constitution réserve au pouvoir central (la Nation) les compétences régaliennes (affaires extérieures, défense, monnaie, crédit) et la sécurité sociale. L'essentiel des impôts est recouvré par le pouvoir central et redistribué aux provinces et aux municipalités qui pourvoient aux biens et services publics.
- **La Cour suprême** coiffe l'ensemble du système judiciaire. Ses membres sont confirmés par un vote des 2/3 du Sénat.

### **Situation actuelle**

Après des années d'instabilité liées à la crise économique (2000-2002), l'élection présidentielle d'avril 2003 a été marquée par l'éclatement du bipartisme traditionnel entre péronistes (PJ) et radicaux (UCR) et par l'émergence de nouveaux mouvements politiques. Le second tour de l'élection présidentielle, prévu le 18 mai 2003, aurait dû voir s'affronter deux candidats péronistes. Mais **le désistement de M. Carlos Menem a donné la victoire, sans vote, à M. Nestor Kirchner** (ainsi élu par seulement 22 % des électeurs).

Ancien Gouverneur de la province patagone de Santa Cruz, **M. Kirchner a formé un gouvernement péroniste marqué au centre-gauche**. Il s'est employé à redonner à son pays la confiance en son avenir que lui avait ôtée la crise. Mais, malgré le redressement économique et l'attention portée par le gouvernement actuel à la lutte contre l'impunité et la corruption, **l'Argentine n'a pas encore totalement répondu aux nombreux défis auxquels elle doit faire face** : chômage, endettement, insécurité croissante, pauvreté.

**Les élections législatives d'octobre 2005 ont confirmé la stabilisation de la situation politique** en Argentine. Le président Kirchner est sorti renforcé de ces élections où son mouvement politique a obtenu environ 40 % des suffrages, lui conférant la légitimité démocratique dont il avait été lésé lors de son élection à la présidence. Il possède désormais la majorité au Congrès (42 sénateurs sur 72 et 117 députés sur 257).

### *3. Situation économique*

#### **Situation actuelle**

- Pays émergent, l'Argentine conserve **une économie peu ouverte** et ses exportations sont largement d'origine **agricole**. La libéralisation engagée dans les années 90 a, dans un premier temps, permis de stabiliser l'économie, après l'hyperinflation des années 80, et d'attirer des investisseurs étrangers. Mais, à partir de 1998, le pays a été confronté à une **profonde récession** qui l'a contraint, en décembre 2001, à annoncer un **moratoire** sur le paiement de sa dette externe et à dévaluer sa monnaie.
- L'opération de **restructuration de la dette publique** réalisée en début d'année 2005 (76 % d'adhésion à l'offre d'échange de titres) a été une réussite. Elle a permis de faire passer la dette publique de 190 Mds de pesos fin 2004 à **125 Mds de pesos**. Le ratio dette/PIB est tombé à 72 %, et la part libellée en pesos est passée de 3 % à 37 %.
- On assiste depuis le second semestre 2002 à une **nette reprise de l'activité économique** : croissance du PIB de 8 % en 2003, **9 % en 2004 et 2005**, forte progression des exportations, amélioration du recouvrement fiscal.
- **Des difficultés persistent cependant**. L'embellie économique résulte pour partie d'un effet de rebond après la crise des années passées. La reprise économique reste fragile. Selon le FMI, les pressions inflationnistes et le manque de progrès en matière structurelle pourraient relativement rapidement **altérer les perspectives de croissance**. De plus, l'Argentine a, depuis la crise, bénéficié de son défaut de paiement sur sa dette souveraine en ne remboursant pas les créanciers privés. La situation est désormais différente et la charge de remboursement viendra s'ajouter aux contraintes qui pèsent sur le pays.
- **A moyen terme, l'avenir de l'économie argentine passe par de profondes réformes structurelles** (fiscalité, secteur financier et bancaire, renégociation des contrats de service public), qui permettront de mettre en valeur les atouts du pays : ressources agricoles considérables, potentiel industriel conséquent, main-d'œuvre qualifiée et performante, niveau scientifique et technologique élevé.
- Sur le **front social, la situation s'est améliorée**, mais elle **reste très difficile**. La récession, la dévaluation et l'inflation ont conduit à une baisse importante des revenus des agents économiques, qui a mécaniquement entraîné une augmentation de la **pauvreté** (près de 40 % de la population totale, après avoir culminé à 60 % en 2002) et de l'indigence (15 % de la population) alors que le chômage et le sous-emploi touchent plus du tiers des actifs.
- La politique économique du gouvernement Kirchner présente une **orientation néo-keynésienne** et une **dimension sociale** importante, pour faire face à la croissance considérable de la pauvreté provoquée par la crise économique.

### **Rappel des années antérieures**

- Le « **plan Cavallo** » (du nom du ministre de l'économie du Président Menem) reposait sur une politique monétaire stricte (parité peso/dollar) et sur de profondes réformes de structures de type libéral (ouverture commerciale, déréglementation, réduction drastique du secteur étatique par le biais des privatisations). Ce plan a produit des résultats notables en matière de croissance économique et de stabilité monétaire, qui ont attiré les **investisseurs internationaux**. Dans un second temps, la perte de compétitivité entraînée par la politique du peso fort s'est traduite par une récession.
- Le **coût social** de ces mesures a été considérable et la progression de la **dette** argentine a été importante (de 31 % du PIB en 1994 à 50 % en 2001). Les répercussions financières de la crise mexicaine en 1995, des crises asiatique, russe et brésilienne en 1998-99 ont aggravé une situation budgétaire fragile, tandis que la dévaluation du real brésilien en 1999 réduisait encore la compétitivité des exportations.
- Pour ramener la confiance, la communauté financière internationale a consenti à l'Argentine fin 2000 un « blindage financier » (39,7 Mds de dollars) censé couvrir ses besoins de financement en 2001, et permettre le retour de la croissance dans le cadre du programme négocié avec le FMI.
- Malgré des efforts budgétaires conséquents et le soutien du FMI (8 milliards supplémentaires en août 2001), la croissance n'est pas repartie. En décembre 2001, devant l'imminence d'un défaut sur la dette extérieure, la fuite des capitaux s'est accélérée. Pour éviter l'implosion du système financier, le Gouvernement a gelé les dépôts bancaires le 3 décembre 2001.
- M. Duhalde a ouvert sa présidence par deux décisions majeures: la confirmation du moratoire sur la dette extérieure et la dévaluation du peso. Pour amortir les coûts de la dévaluation, les dettes et les dépôts bancaires en dollars ont été "pesifiés" (transformés en pesos à un taux fixé par le Gouvernement).

