



Colloque International

ÉTAT ET REGULATION SOCIALE

COMMENT PENSER LA COHERENCE DE L'INTERVENTION PUBLIQUE ?

11, 12 et 13 septembre 2006
Institut National d'Histoire de l'Art
2 rue Vivienne - 75002 Paris

Gestion des risques et protection sociale dans les pays de la CEI

L'exemple de la Géorgie

Eveline BAUMANN

INSTITUT CDC
POUR LA RECHERCHE



Gestion des risques et protection sociale dans les pays de la CEI. L'exemple de la Géorgie

Éveline BAUMANN, IRD, UR « Travail et Mondialisation »

Résumé

Depuis l'accès à l'indépendance de la Géorgie en 1991, les décideurs ont souvent été amenés à faire un arbitrage en faveur de la sécurisation politique, au détriment de la promotion de l'État social. Les obstacles à surmonter en matière de protection sociale sont nombreux, allant du vieillissement de la population à l'omniprésence de pratiques informelles. Ainsi, la « transition » risque d'être un processus plus long qu'envisagé par les agences internationales et les décideurs nationaux.

Title: Risk coping and social protection in the CIS countries. The case of Georgia

Abstract

Since Georgia's independence in 1991, priority has often been given to political risk solving, instead of promoting a social security system able to cope with the « market economy ». The handicaps the social reformers have to tackle are manifold, including the aging of the population, the worsening dependency rate, and the ubiquity of informal practices. The « transition » process might therefore last much longer than initially scheduled by the international agencies and the national decision makers.

1. INTRODUCTION

Les contours de l'État social sont mouvants, et les systèmes de protection sociale amenés à s'adapter à un monde du travail qui se transforme, tantôt grâce à l'assentiment des principaux intéressés, tantôt en dépit de leurs résistances. L'on pense tout d'abord à la France et l'Angleterre, aux pays nordiques, ainsi qu'à l'Allemagne et l'Autriche, pays ayant une longue tradition de protection sociale. Fragmentation du marché du travail, alternance de périodes de chômage, de formation et d'activités salariales ou non, diversification et précarisation des statuts, exclusions sociales en augmentation, disparités salariales croissantes, impératif de mobilité et de flexibilité des travailleurs : tous ces éléments fragilisent le rapport salarial et mettent à mal la protection sociale, généralement arrimée au salariat (Euzeby 2004). Et alors que les cellules familiales, auparavant rempart par excellence contre les aléas de la vie, connaissent des reconfigurations qui ont pour nom recompositions familiales, foyers monoparentaux et mise au travail accrue de femmes, la pyramide des âges accuse le vieillissement de la population. Ces évolutions créent un sentiment d'incertitude chez les acteurs, sentiment qui s'ajoute aux risques réels de fluctuations intempestives des revenus liées, entre autres, à des accidents de santé ou à une nouvelle situation professionnelle. De nouveaux besoins de protection sociale se font alors sentir, besoins auxquels le système de type bismarckien n'arrive plus à répondre de façon satisfaisante. Cette constellation plaide en faveur de nouvelles formules de protection, qui concernent le financement, le ciblage des bénéficiaires, le principe même de solidarité et de droit à la protection, formules qui se traduisent, généralement, par le recours accru au marché et par la production de nouvelles solidarités.

Les pays post-communistes — et l'on se réfère à ceux qui appartiennent à la Communauté des États indépendants¹ — eux, sont confrontés encore davantage que les pays de l'Europe de l'Ouest à des transformations en profondeur de leurs sociétés et aux bouleversements du monde du travail. Ils connaissent des situations d'autant plus complexes qu'ils sont amenés à poursuivre, simultanément, trois objectifs : la construction de l'État, la démocratisation et la « transition » vers l'économie de marché, autant d'objectifs qui sont corrélés entre eux, mais dont chacun a sa logique, sa temporalité, ses contraintes. Souvent, comme dans le cas de la Géorgie dont il sera question ici, des priorités politiques relèguent au second plan les mesures sociales. La chute dramatique du PNB dans les

¹ Elle comprend, en dehors de la Russie, l'Ukraine, la Moldavie, le Belarus, les cinq pays d'Asie centrale (Kazakhstan, Kirghizstan, Turkménistan, Ouzbékistan, Tadjikistan) et les trios pays sud caucasien (Arménie, Azerbaïdjan, Géorgie).

premières années consécutives à l'indépendance, en 1991, n'a fait qu'exacerber cette tendance, d'où le risque que les populations s'enlisent durablement dans la précarité, voire la pauvreté.

Les évolutions en cours dans ce pays sud caucasien d'à peine trois millions d'habitants sont particulièrement instructives par rapport aux difficultés que doivent affronter les pays post-communistes en matière de politique sociale. D'une part, en Géorgie — où un habitant sur dix est une personne déplacée —, se trouvent concentrés, sans doute plus que dans d'autres pays de la CEI, des symptômes qui nous rappellent des réalités bien connues des pays du Sud : forte propension à l'émigration, population vieillissante, omniprésence de pratiques informelles, voire frauduleuses, et une société civile qui n'en est qu'à ses balbutiements et dont de nombreuses ONG, géorgiennes ou étrangères, s'appliquent à accélérer le « développement », etc. D'autre part, la Géorgie pâtit de la désintégration de ses anciens réseaux commerciaux au sein de l'Union soviétique, du démantèlement de son tissu industriel, de l'effondrement des infrastructures de communication, de sa dépendance par rapport à l'approvisionnement en produits énergétiques russes, de ressources publiques faibles. En même temps, elle est culturellement proche de la « famille européenne » dont elle souhaite se rapprocher, à défaut de candidater à l'intégration de l'Union européenne (Baumann et Volpe 2006). Cette proximité, entretenue par une intelligentsia pro-occidentale, implique l'apparente souscription aux « valeurs européennes » parmi lesquelles les principes démocratiques figurent en première position. Ceci pourrait laisser supposer que l'État social n'aille pas tarder à épouser le modèle suggéré par les pays de l'UE. N'eût été les contraintes qui menacent d'entraîner la Géorgie, comme d'autres pays post-communistes, disposant de faibles revenus et dépourvus de matières premières, vers un processus de « tiers-mondisation »... (Andreff 2003 : 348).

Les réflexions qui vont suivre concernent, tout d'abord, la difficile élaboration d'un nouveau modèle de protection sociale dans les pays de la CEI (2). Après la présentation de la situation économique et sociale et du marché du travail quinze ans après l'accès à l'indépendance (3 et 4), on verra comment les réformes menées jusqu'ici se déclinent en Géorgie (5). Un accent particulier sera mis sur les pratiques « informelles », voire frauduleuses, qui représentent un handicap de taille qui ne pourra être surmonté que dans un contexte de croissance plus soutenue (6). En effet, les ambitions des réformateurs peuvent paraître disproportionnées par rapport aux contraintes (7), mais s'inscrivent dans les modèles proposés par les bailleurs de fonds (8).

2. DE LA FIN DE L'ÉTAT-PROVIDENCE COMMUNISTE À L'INVENTION D'UN NOUVEAU MODÈLE DE PROTECTION SOCIALE

La chute du mur de Berlin et l'accès à l'indépendance des pays satellite de l'Union soviétique n'ont pas seulement marqué la fin du monopole étatique des moyens de production, mais aussi celle de l'État-providence communiste². Son rôle consistait à procurer à la population non seulement du travail à vie, mais aussi à garantir, à travers les entreprises, la quasi gratuité des soins de santé, de la scolarité, du transport, des loisirs ainsi que des logements. Pour cela, les pouvoirs publics profitaient du monopole sur le produit national brut et disposaient librement des contributions des entreprises.

Presque tous les États issus de l'Union soviétique se prononcent très tôt pour la « transition » vers l'économie de marché. Or, l'ancien système de protection sociale, hautement subventionné, n'est pas compatible avec la nouvelle situation économique faite de restrictions budgétaires, du foisonnement d'activités de type informel — c'est-à-dire non enregistrées et échappant de ce fait au fisc — ainsi que de chômage, conséquence de la nécessaire remise flot du tissu industriel et des restructurations des entreprises d'État. S'affrontent alors deux visions par rapport aux réformes qui s'imposent. La première, s'inspirant des modèles de l'Europe de l'Ouest, privilégie les innovations progressives et prône le principe de la sécurité universelle. La seconde, défendue par les experts internationaux et les grandes agences de « développement », préconise des thérapies de choc, le recours massif au marché et la définition rigoureuse de groupes cibles susceptibles de bénéficier de l'aide sociale. Face à ces deux visions, les populations, peu au fait des réformes en cours et faisant souvent l'amalgame entre réformes néo-libérales et démocratisation, craignent pour leur sécurité matérielle et hésitent entre une certaine nostalgie par rapport à un passé, somme toute, rassurant et les promesses de lendemains capitalistes heureux.

² On peut se référer à Merrien *et al.* (2005, Chapitre 3).

Les premières réformes sont initiées dès le début des années quatre-vingt-dix, mais, très tôt, elles montrent leurs limites. Les allocations chômage ne bénéficient qu'à une partie de ceux qui, formellement, y ont droit. L'assistance sociale est conçue de manière minimaliste, conformément aux consignes données par les bailleurs internationaux. Et alors que les systèmes de santé sont soumis à des réformes drastiques, l'état de santé se dégrade dans beaucoup de pays post-communistes, au fur et à mesure qu'augmente la pauvreté. Cette détérioration nécessiterait des dépenses supplémentaires que l'État ne peut effectuer, vu la faiblesse de ses ressources. La grande majorité des pays introduisent un système d'assurance-maladie obligatoire, financé par les cotisations salariales et patronales. L'exercice de la médecine est libéralisé, donnant aux patients le choix de leur prestataire de services, mais un grand nombre de services de santé continuent à relever du public, ce qui engendre un secteur « informel » de la santé, un point qui sera approfondi pour le cas de la Géorgie. Mais c'est sans doute dans le domaine des retraites que les changements les plus profonds sont en œuvre, avec l'introduction, dans un certain nombre de pays, d'un pilier obligatoire de capitalisation individuelle, comme ceci est le cas en Hongrie, en Pologne, en Lituanie et en Bulgarie, conformément aux « modèles » sud-américains expérimentés, entre autres, au Chili et en Argentine. Toutes les mesures concourent à un seul objectif : limiter le poids des retraites dans les finances publiques.

Si la toile de fond des réformes menées dans les différents pays post-communistes est comparable et se résume à un dosage entre, d'une part, des pratiques individualisantes propre à « l'économie de marché » et, d'autre part, des solidarités « encadrées » par l'État, il n'en reste pas moins que l'évolution n'est pas la même selon que l'on se trouve dans les pays européens en « transition » ou dans les pays eurasiens comme ceux du Sud Caucase (World Bank 2000). Le premier groupe a restructuré de manière agressive et avec des résultats non négligeables. La chute de la production nationale était moins dramatique, les revenus moyens par habitant plus élevés. Alors que ces pays bénéficient aussi de capacités institutionnelles et administratives relativement grandes, toutes proportions gardées, les moyens financiers consacrés à la protection sociale, comparés au PNB, sont relativement consistants. L'assistance sociale semble jouer un rôle amortisseur de la pauvreté, le système des retraites s'appuie sur un dosage entre financement public et privé, souscription obligatoire et volontaire.

La situation est, globalement, tout autre dans les pays eurasiens. Chute dramatique de la production nationale et des salaires réels, disparition du marché du travail au sens de l'économie orthodoxe, chômage en recrudescence, omniprésence d'activités dites informelles, pluriactivité et apparition du phénomène des *working poor*. Et alors que les protections sociales procurées par l'État sont insignifiantes, la demande de numéraire est d'autant plus grande que l'éducation et la santé se sont ouvertes au marché, participant ainsi à la financiarisation des rapports sociaux. La « lutte contre la pauvreté » telle qu'elle est conçue par les bailleurs de fonds devient alors un élément central de la politique économique. On peut faire la démonstration de cette évolution à travers l'expérience géorgienne.

3. LA GÉORGIE, QUINZE ANS APRÈS SON INDÉPENDANCE

3.1. Déclin économique, priorités politiques

À l'époque soviétique, la Géorgie comptait parmi les pays les plus prospères de l'Union soviétique, avec ses centres de recherche et d'enseignement supérieur, sa production cinématographique et son opéra, ses lieux de villégiature pour les apparatchiks venus du nord, et ses habitants bénéficiaient d'un niveau de vie relativement élevé. Le pays disposait non seulement d'une agriculture fournissant du vin, du thé, des agrumes, etc., — produits connus au-delà de ses frontières et appréciés jusque dans la capitale de l'URSS —, il pouvait aussi miser sur une industrie relativement performante, avec des entrants provenant d'autres républiques soviétiques et des exportations qui y trouvaient preneurs quasi automatiquement. La fin de l'Union soviétique devait sonner le glas de la coopération sous-régionale, aboutir au démantèlement des infrastructures de transport et révéler les faiblesses structurelles de l'industrie géorgienne. Privé de ses marchés d'exportation quasiment illimités, le pays perdait aussi ses fournisseurs à bas coût, tandis que les biens traditionnellement exportés n'étaient plus compétitifs sur les nouveaux marchés qu'il s'agissait de conquérir. Il s'ensuivit des surcapacités industrielles, incompatibles avec un système économique basé sur la concurrence. La libéralisation des prix de

l'énergie allait déclencher un choc des termes de l'échange. De plus, des conflits politiques dans des zones frontalières allaient engendrer des flux de réfugiés et donner lieu au blocage, voire à la fermeture de certaines voies de transport. Les conséquences en furent désastreuses : l'effondrement de la production nationale, une inflation qui pouvait atteindre jusqu'à 70 % par mois en 1993 et 1994 et un chômage massif. Des pénuries de produits alimentaires et l'absence d'électricité faisaient partie du quotidien. Les dépôts en banque des particuliers diminuaient drastiquement, l'effondrement des pyramides d'épargne qui avaient éveillé des espoirs démesurés fit le reste.

Il n'en reste pas moins qu'au lendemain de l'indépendance, les décideurs ont jugé bon de privilégier la stabilisation interne et l'indépendance politique par rapport à la Russie voisine, d'où un certain retard par rapport aux réformes économiques indispensables. Dans un premier temps, ces réformes allaient porter essentiellement sur la création d'une monnaie géorgienne, le lari, la privatisation de l'immobilier et des entreprises industrielles. Les véritables réformes structurelles, elles, ne furent entreprises qu'à partir du milieu des années quatre-vingt-dix. Elles allaient concerner l'organisation du système bancaire, le régime foncier, les impôts et taxes, la libéralisation des prix et du commerce, etc. En 2000, elles ont abouti à l'adhésion du pays à l'OMC. Une attention particulière est portée aux réformes institutionnelles, y compris dans le monde du travail. C'est ainsi qu'un nouveau code du travail est soumis au Parlement et que la protection sociale fait l'objet de restructurations en profondeur, autant d'éléments censés accompagner l'avènement de « l'économie de marché ».

3.2. Enjeux géostratégiques aux portes de l'Europe

Si, dans cette entreprise, la Géorgie est appuyée par les bailleurs de fonds internationaux, Banque mondiale et Fonds monétaire international en tête, elle devient aussi un enjeu géostratégique de taille, que ce soit pour les États-Unis, l'Union européenne, la Russie voisine, voire l'Iran et la Turquie proches. Pour ne s'en tenir qu'aux deux premiers, l'intérêt des États-Unis s'exprime essentiellement via l'USAID et les ONG et se traduit par l'éligibilité de la Géorgie aux mesures du *Millennium Challenge Account*. La visite du président Bush à Tbilissi en 2005 est un des faits marquants de la « bonne entente » entre les deux pays³. La Révolution des roses de novembre 2003, première révolution de couleur dans la sous-région qui allait servir d'exemple à l'Ukraine et le Kirghizstan, est pour beaucoup dans ce rapprochement. Elle contribue également à la considération que l'Union européenne semble nourrir à l'égard de la Géorgie : Pour Bruxelles, Tbilissi est désormais un interlocuteur à part entière, statut qui se concrétise par l'appui que l'UE accorde à la Géorgie à travers sa nouvelle Politique européenne de voisinage, inaugurée en 2003. Au cœur des mesures proposées : les réformes juridiques et le renforcement des structures démocratiques, l'appui à la stabilité intérieure pour prévenir et amortir les conflits internes et le souci de rétablir la confiance des populations envers les institutions publiques (Commission of the European Communities 2005). De manière générale, l'intérêt que porte l'Union européenne à la Géorgie — ainsi qu'aux deux autres républiques sud caucasiennes — est avant tout lié à des considérations sécuritaires (Lynch 2006, Leonard et Grant 2005). En effet, la Géorgie forme un couloir de passage obligé pour les hydrocarbures en provenance de la mer caspienne et d'Asie centrale ; et la sécurisation de l'approvisionnement en ressources énergétiques est essentielle à la bonne marche des économies européennes, *a fortiori* dans la perspective de la raréfaction des ressources provenant du Proche Orient. Plus encore, étant donné que la Géorgie est située à la frontière de ce qui, dès 2008, va être la nouvelle Union européenne, les autorités de Bruxelles ont tout intérêt à ce que les Géorgiens connaissent une certaine prospérité, condition *sine qua non* pour enrayer le flux de travailleurs clandestins vers l'Europe, et que se poursuive le processus de démocratisation. Or, ce processus semble déjà être mis à mal par des velléités autocratiques que d'aucuns prêtent au président Saakashvili et son équipe. Par conséquent, l'UE suit de près les réformes susceptibles de garantir la paix sociale, que ces réformes concernent les

³ Le MCA finance des projets d'investissement dans des pays appartenant à la tranche inférieure des économies à revenu intermédiaire (*lower middle income countries*) se conformant aux règles de « l'économie de marché ». L'aide accordée à la Géorgie concerne la remise en état du réseau des gazoducs. Voir « Wie sicher ist die Gasversorgung Georgiens ? » (<http://www.erkonet.de/georgien-news/articles/index.php?id=8944>, accès juin 2006). Voir aussi <http://www.mcc.gov/>. La visite de G.W.Bush aurait coûté aux États-Unis la somme de 60 millions de \$ (<http://www.erkonet.de/georgien-news/articles/index.php?id=87>, accès juin 2006).

droits sociaux ou la « lutte contre la pauvreté » et les exclusions⁴. Autrement dit, les interrogations sur l'État social, c'est-à-dire la prise en charge par l'État des fonctions de solidarité sociale, sont centrales.

4. CONDITIONS DE VIE ET MARCHÉ DU TRAVAIL

4.1. La précarité au quotidien

Quinze ans après la chute du régime communiste, la grande majorité des Géorgiens continuent à attendre les bienfaits de la « transition » vers « l'économie de marché », bienfaits tant vantés par les agences de « développement ». Leur discours est souvent désabusé :

*« Nous sommes des gens très enthousiastes, mais notre optimisme ne nous aide pas beaucoup. Quand deux personnes ont un salaire dans une famille, c'est très bien. Mais pour la majorité, personne ne travaille. Depuis la Russie ou l'étranger, ils reçoivent l'aide de proches. Même cent dollars, c'est assez pour aider. Avec ça, vous ne pouvez pas acheter de gros meubles, mais ils peuvent manger, pas de la nourriture chère non plus... Et les gens ont honte de leur pauvreté. Ils sont dans une position très difficile. Et vous ne pouvez pas dire que ça va aller mieux. Moi, je suis enseignante, et je lave les voitures, les taxis, quand j'ai le temps de le faire. »*⁵

Plus froidement, les données chiffrées officielles attestent, elles aussi, la dégradation des conditions de vie : le revenu annuel moyen correspond à 778 \$ par an⁶ et le pouvoir d'achat des Géorgiens est comparable à celui des Boliviens. Ainsi, la Géorgie serait moins bien placée que l'Ukraine voisine et les deux autres pays du Sud Caucase, l'Arménie et l'Azerbaïdjan. Lorsque l'on se fie à un indice plus complexe, celui du développement humain, qui tient compte à la fois du niveau de vie matérielle, de l'état de santé de la population et de son niveau d'éducation, la situation n'est guère plus brillante. Depuis l'indépendance du pays, cet indice a régressé davantage que dans d'autres pays de la CEI (Tableau 1). Seul point positif, auquel le passé soviétique n'est pas étranger : un niveau d'éducation particulièrement élevé, y compris dans le supérieur⁷. Raison de plus pour les Géorgiens d'insister sur leur proximité avec la « famille européenne ».

Tableau 1 : L'indice du développement humain : Sud Caucase et Russie, 1991-2003

	1991	1993	1995	1998	2003	Indice 91-03 [1991 = 100]
Géorgie	0.829	0.645	0.633	0.762	0.732	88
Azerbaïdjan	0.77	0.665	0.623	0.722	0.729	95
Arménie	0.831	0.68	0.674	0.721	0.759	91
Russie	0.862	0.804	0.769	0.771	0.795	92

Sources : UNDP, *Human Development Report*, 1993, 1996, 1998, 2000, 2004, 2005.

Plus de la moitié de la population vivent en dessous du seuil de pauvreté⁸. Proportionnellement, les pauvres sont plus nombreux dans les villes qu'en zone rurale, situation à laquelle l'afflux de réfugiés dans les grandes agglomérations n'est sans doute pas étranger. En 2003, le revenu mensuel moyen fut l'équivalent d'environ 110 € par ménage, le triple si l'on l'exprime en parité de pouvoir d'achat. Le minimum de subsistance équivaut à 60 € par personne et par mois, mais seule une minorité de la population en disposent et près de la moitié des Géorgiens vivent avec moins de 23 € par mois⁹. Il

⁴ Remarquons que la politique de l'UE, tout en mobilisant autant de moyens financiers que celle des États-unis, environ 100 million \$ (Leonard et Grant 2005 : 6), est moins médiatisée que celle de Washington.

⁵ Témoignage recueilli à Tbilissi, en septembre 2005, par Evelyne Volpe. Voir aussi Baumann et Volpe (2006).

⁶ En parité de pouvoir d'achat : 2 588 \$ (2003). Voir <http://hdr.undp.org/reports/global/2005/>.

⁷ La précarisation du milieu de la recherche est particulièrement dramatique. Si, sous le régime communiste, un chercheur pouvait compter sur des rémunérations bien plus élevées que celles d'un haut cadre dans l'industrie, avec un salaire actuel, il peut à peine payer ses factures d'électricité et de gaz.

⁸ Voir Ministry of Economic Development (2004). Vu le caractère hautement politique des données relatives à la pauvreté, la méthodologie de son estimation donne lieu à des débats animés entre décideurs et pourvoyeurs de l'aide internationale.

⁹ Alors que le salaire minimum est de 20 lari par mois (9 €), un pain (1 kg) coûte 0,80 lari (Ministry of Economic Development 2004 : 25).

s'ensuit que les transferts réalisés par les émigrés — ils se trouvent prioritairement en Russie, mais aussi en Europe de l'Ouest et aux États-Unis — jouent un rôle essentiel dans les budgets familiaux. Or, toutes ces données ne reflètent qu'une partie des réalités. Ils ne disent rien de la vente des biens personnels pour subvenir aux besoins essentiels, rien des coupures d'électricité et de gaz (comme, par exemple, début 2006, à la suite du plasticage du gazoduc approvisionnant la Géorgie en gaz russe), rien non plus de la petite corruption au quotidien¹⁰.

Pour revenir à la faiblesse du « développement humain » tel qu'il est défini par les agences internationales, elle est, entre autres, due à la précarité des soins de santé. Certains indices de santé attestent un écart considérablement par rapport non seulement aux pays de l'Union européenne, mais aussi à d'autres pays de la CEI. À titre d'exemple, l'OMS estime qu'en 2003, la mortalité infantile fut entre trois et quatre fois supérieure en Géorgie qu'en Lettonie qui pourtant enregistrait le taux le plus élevé des pays baltes¹¹.

4.2. L'omniprésence de l'informel

Même si les données relatives à la production montrent quelques signes encourageants, notamment du fait du secteur des BTP, le marché du travail reste instable et peu actif. L'agriculture emploie 55 % des actifs, suivie par le commerce et les services. Seul un tiers de la population dispose d'un emploi déclaré, deux employés sur trois travaillent dans la fonction publique, et cela malgré des licenciements massifs dans le secteur de l'État et tout particulièrement dans le domaine de la santé, licenciements faisant partie des ajustements structurels exigés par les bailleurs de fonds. Ces licenciements n'ont pas été compensés par des créations d'emploi dans le secteur privé, freiné par un environnement peu propice aux investissements économiques. Le niveau général des salaires reste faible et près de trois salariés sur quatre appartiennent à la catégorie des *working poor* (GEPLAC 2005 : 51). Il s'ensuit que de nombreux salariés exercent une activité secondaire, de type informel et indépendant la plupart du temps.

L'auto-emploi est ainsi la formule la plus commune pour générer des revenus. Il concerne entre six et sept Géorgiens sur dix, que ce soit dans le commerce, les services, une activité de production artisanale ou bien l'agriculture. Les petites exploitations agricoles présentent non seulement un refuge pour ceux qui ont dû quitter les kolkhozes, dissous le lendemain de l'indépendance, mais aussi une solution pour les anciens travailleurs des mines et des complexes industriels démantelés à la suite de l'effondrement de l'Union soviétique. Dans l'ensemble, l'auto-emploi est l'expression d'un « marché » de l'emploi fortement segmenté, il renvoie à l'économie « informelle », souvent synonyme de sous-emploi ou d'emplois peu rémunérés, peu productifs et instables. L'activité informelle serait, en Géorgie, aussi répandue que dans certains pays sud-américains tels que la Bolivie (Tableau 2)¹².

Tableau 2 : L'économie informelle, Sud Caucase et Russie

	Géorgie	Arménie	Azerbaïdjan	Russie	Moyenne de 23 « pays en transition »
Économie informelle en % du PIB 2000-2001	66	45	6	45	38 (1999-2000)
Main d'œuvre informelle en % de la main-d'œuvre potentielle âgée entre 16 et 65 ans, 1998-99	53	40	51	41	30 (1998-99)

Sources : Schneider 2002 et 2005.

Quant au chômage, il concerne officiellement 12 % des actifs, mais les jeunes âgés entre 15 et 24 ans sont deux fois plus nombreux à être privés de travail que la population dans son ensemble. Ces données ne traduisent cependant que très imparfaitement les réalités. D'une part, elles ne tiennent pas

¹⁰ Le film *Depuis qu'Otar est parti* (2003, Julie Bertucelli) donne chair à ces indices.

¹¹ Dans le sens de probabilité de mourir avant l'âge de 5 ans. Voir <http://www.who.int/whr/en/>.

¹² Voir Bernabè (2002) et Schneider (2002).

compte de ceux qui, étant donné la faiblesse des allocations de chômage, renoncent à se faire enregistrer. D'autre part, les membres de toute famille disposant d'un hectare de terre sont, par définition, considérés comme occupés, d'où la sous-estimation systématique du chômage en milieu rural¹³. Autrement dit, dans ce pays où plus de la moitié de la population travaille la terre, la plupart du temps faute de mieux, les données sur le « marché » de l'emploi semblent fortement biaisées. Pour ce qui est de la politique sociale, ces « approximations » statistiques ne font que réduire le nombre de ceux qui devraient bénéficier de l'aide publique.

En même temps, les disparités des niveaux de vie sont de plus en plus flagrantes et perceptibles *de visu*. Certes, les solidarités familiales sont une réalité : Il n'est pas rare que des enfants disposant d'un emploi, car ayant reçu une formation compatible avec les exigences d'une économie ouverte sur l'extérieur — maîtrise des outils informatiques et de l'anglais notamment —, cohabitent avec leurs parents et subviennent à leurs besoins. Les transferts effectués par les émigrés depuis l'étranger — les données font défaut sur leur nombre effectif — contribuent à raison de 9 % aux revenus des ménages, ce qui correspond à 5 % du PNB¹⁴. Il n'en reste pas moins que ces transferts ne peuvent que très partiellement compenser les disparités.

Alors que les pratiques « informelles », voire illégales sont omniprésentes, allant de la non-déclaration des travailleurs et la sous-déclaration de leurs salaires à l'évasion fiscale et la corruption, le travail « formel » ne concerne qu'une minorité de la population. Les représentations des travailleurs, elles, manquent de pouvoir de négociation entre employeurs et employés. De plus, elles n'ont pas encore trouvé leur véritable identité adaptée au contexte d'une « économie de marché », puisque les conflits sociaux ne sont plus basés sur la ligne de partage entre patronat et salariat, mais sont devenus plus complexes et de nouvelles strates sociales émergent, liées à la globalisation¹⁵. Autant d'éléments préjudiciables à la collecte de ressources publiques, indispensables à la mise en œuvre des réformes qui s'imposent en matière de santé et de protection sociale. Ceci nous amène à nous interroger sur les mécanismes de redistribution gérés par l'État.

5. LA POLITIQUE SOCIALE : LA DIFFICILE « TRANSITION »

5.1. L'assainissement des structures des soins

Le système de protection sociale hérité de la période soviétique devait être soumis à des réformes parmi lesquelles certaines sont toujours en cours, d'autres encore programmées pour un avenir proche. Elles concernent les services de santé, l'assurance maladie, le système des retraites et la redistribution au profit des populations vulnérables. Ceci étant, la mise en place de ces réformes risque d'être handicapée par l'insuffisante croissance économique et le manque de stabilité institutionnelle.

À la veille de l'indépendance, les services de santé étaient, en Géorgie, de meilleure qualité qu'ailleurs dans l'Union soviétique (Lotuashvili 2003). Or, l'ancien système fut difficile à transposer au nouveau contexte de libéralisation de l'économie. Du temps de l'URSS, la priorité avait été donnée à la formation de spécialistes plus que de médecins généralistes. La « médecine de famille », davantage adaptée à un contexte de ressources rares et à une conception préventive du système de santé, est une filière toute récente dans les facultés de médecine géorgiennes. De plus, dans la période suivant immédiatement l'indépendance, les services de santé subirent de plein fouet les conséquences de l'effondrement de l'économie et de la guerre civile. Des réfugiés furent même accueillis dans des hôpitaux où ils occupaient jusqu'à 90 % des lits disponibles. Ces conditions ainsi que la réduction drastique des ressources publiques devaient aboutir au délabrement du système. Entre 1990 et 1994, les dépenses de santé réelles par habitant ont chuté de 13 \$ à moins de un dollar. Les indicateurs de santé devaient s'en ressentir, traduisant l'augmentation de la mortalité en couche et la résurgence de certaines maladies (Belli *et al.* 2002).

¹³ Qu'un hectare suffise à nourrir une famille mériterait discussion...

¹⁴ Sources : Ministry of Economic Development (2004 : 33) et National Bank of Georgia (2005).

¹⁵ Voir Muskhelishvili (2006). On remarquera qu'un nouveau code du travail est présentement en négociation, ce qui donne aux syndicats un rôle plus visible. Voir aussi « Trade Unions gather in Georgia », *Georgia Today*, n° 285, 16.12.2005 ; « Consensus in labor code... Is it a liberal draft or slavery? », *Georgia Today*, n° 283, 2.12.2005 (<http://www.georgiatoday.ge/>).

Tableau 3 : Les infrastructures et le personnel de santé en Géorgie

	1989	1995	2003
Lits d'hôpitaux	60 000	36 000	18 000
Lits d'hôpitaux pour 100 000 habitants	1 106	770	417
[France : Lits d'hôpitaux (y compris long terme) pour 100 000 hab.]			[810]
Médecins	32 000	23 000	21 000
Médecins pour 100 000 habitants	590	492	487
[France : 100,000 médecins pour 100 000 habitants]			[528]
Personnel paramédical	68 000	40 000	22 000
Personnel paramédical pour 100 000 habitants	1 254	856	510
[France : Infirmières/infirmiers pour 100 000 habitants]			[777]

Sources : MINISTRY OF ECONOMIC DEVELOPMENT (2004 : 76) (Géorgie), <http://www.cesifo-group.de/> (France).

Les soins de santé allaient de plus en plus être soumis au paiement, d'où une pression à la baisse sur la demande et d'inévitables réductions de personnel (Tableau 3). Mais les compressions de personnel se heurtent à des limites liées, d'une part, au nombre grandissant des professionnels de la santé. En effet, les écoles de médecine privées connaissent un grand succès. Ainsi, à la fin des années quatre-vingt-dix, 2 500 jeunes promus docteurs en médecine arrivent annuellement sur le marché du travail¹⁶. D'autre part, comme dans d'autres domaines du secteur public, le clientélisme empêche les décideurs de prendre des mesures trop drastiques par rapport aux professions qui composent l'élite du pays. La réduction de personnel n'a donc pas suivi la diminution du PNB et des ressources publiques.

5.2. Faiblesse des ressources et dépenses de santé : le cercle vicieux

On sait d'expérience que lorsque la production nationale croît d'un pour cent, les dépenses de santé augmentent d'un peu plus d'un pour cent. Or, plus un pays est pauvre, plus le pourcentage du PIB consacré à la santé est faible et plus les contributions demandées aux patients sont élevées. A ces handicaps peut s'ajouter, surtout dans les pays à faibles revenus, une gestion inappropriée. Autant de caractéristiques qui renforcent les inégalités entre pays (Tableau 4).

Comparées aux standards internationaux, les dépenses de santé en Géorgie sont faibles, tant en termes absolus que relatifs. En 2002, moins de 4 % du PNB furent consacrés à la santé, contre 10 % en France et 15 % aux États-Unis¹⁷. D'après certaines estimations, s'ils veulent proposer des soins de qualité à toute la population, les pouvoirs publics devraient dépenser par an entre 30 et 45 € par habitant (Sachs 2001). En Géorgie, la dépense moyenne par habitant fut de 25 \$ en 2002. Autrement dit, exprimées en parité de pouvoir d'achat, les dépenses de santé d'un Américain sont, en moyenne, 43 fois plus élevées que celles d'un Géorgien, 210 fois plus importantes si exprimées en dollars courants. Même si le gouvernement actuel a réalisé des progrès considérables en matière de collecte des impôts et taxes, ces ressources ne correspondent qu'à 12 % du PNB (Economist Intelligence Unit 2005), contre plus de 31 % dans les pays à revenus élevés.

¹⁶ Voir « Doctors talk about their world, and what needs to change », *Georgia Today*, n° 289, 20.1.2006.

¹⁷ Pour couvrir les besoins de santé et atteindre les Objectifs du millénaire dans les pays à faibles revenus, 12 % du PNB devraient être consacrés aux soins de santé (Sachs 2001 : 55). En 2001, la Géorgie comptait parmi les pays à faibles revenus. Depuis, elle figure dans la tranche inférieure des pays à revenus moyens (*lower middle income country*).

Tableau 4 : Indicateurs de santé : pays du Sud Caucase, France, États-Unis

	Géorgie 2002 (1997)	Arménie 2002	Azerbaïdjan 2002	France 2002	États-Unis 2002
Dépenses de santé (en % du PIB)	3,8 (2,9)	5,8	3,7	9,7	14,6
Dépenses publiques générales de santé (en % du total des dépenses de santé)	27,1 (39,9)	22,9	22,1	76	44,9
Dépenses publiques de santé (en % du total des dépenses publiques)	5,8 (5,3)	6	2,9	13,8	23,1
Dépenses de sécurité sociale pour la santé (en % des dépenses publiques de santé)	27,6 (54,3)	0	0	96,8	30,8
Paiements directs pour soins de santé (en % des dépenses privées de santé)	98,7 (99,7)	83,5	100	40,9	25,4
Assurances privées par pré-paiement (en % de dépenses privées de santé)	1,3 (0,3)	n/a	n/a	54,9	65,7
Dépenses totales de santé <i>p.c.</i> en \$ (parité pouvoir d'achat)	123 (71)	232	120	2 736	5 274
Dépenses publiques de santé <i>p.c.</i> en \$ (parité pouvoir d'achat)	33 (28)	53	27	2 080	2 368

Sources : WHO (2004, 2005)

Depuis 1995, les soins sont en principe payants et la subvention de l'État, déléguée partiellement aux gouvernements régionaux, se limite à un « paquet » de soins de base (*Basic Benefit Package, BBP*). Quatre critères déterminent l'inclusion des soins dans cet ensemble de soins proposés soit à un prix modéré, soit gratuitement : maladies particulièrement graves (cancer, tuberculose, etc.), conditions d'urgence, enfant de moins de trois ans, zones difficiles d'accès et situation de vulnérabilité. Ceci étant, vu la complexité des règlements, il semblerait que même des professionnels de la santé éprouvent des difficultés pour déterminer si tel ou tel service relève du *BBP* (Belli *et al.* 2002 : 57). Cette situation peut, bien entendu, donner lieu à de nombreux abus.

Par ailleurs, la Géorgie connaît aussi l'assurance privée, obligatoire pour les employés des secteurs public et privé. En ce cas, il s'agit de préfinancer les prestations. Comparé aux pays de l'Union européenne, par exemple, ce préfinancement ne s'applique qu'à une infime partie des dépenses privées de santé (Table 4).

Autrement dit, les soins de santé sont essentiellement à la charge des patients. Cette situation conduit beaucoup de malades à renoncer à la consultation d'un médecin et à un séjour en hôpital. D'après des investigations réalisées dans huit pays post-soviétiques, un Géorgien se sentant malade sur cinq s'abstient de consulter un médecin, généralement pour des raisons financières, ce qui correspond au pourcentage le plus élevé dans les pays concernés par les enquêtes (Balabanova *et al.* 2004). Les soins de santé pèsent particulièrement lourd pour les plus de 65 ans, pour tous ceux qui ont

un faible niveau de formation, les personnes divorcées ou ayant perdu leur conjoint. Les paiements « informels » dont il sera question plus loin ne font qu'aggraver cette situation.

5.3. La forte demande de prestations sociales

Indépendamment des soins de santé, la demande des prestations sociales reste élevée. Celles-ci concernent les allocations destinées aux familles vulnérables, les allocations de chômage et les retraites. En ce qui concerne les premières, elles varient entre 22 et 35 lari (10 et 16 €) et sont attribuées aux pauvres, aux orphelins et handicapés ainsi qu'aux familles ayant à charge sept enfants ou plus (GEPLAC 2005 : 55). Les populations déplacées constituent un groupe vulnérable à part : Leur nombre est estimé à environ 260 000, mais n'a jamais été vérifié de manière fiable (UNDP 2004 : 25). Souvent logées dans des locaux non appropriés tels que d'anciens hôtels, des écoles, des établissements de santé, ces populations souffrent d'un état de santé précaire. Alors que le taux de mortalité est plus élevé chez elles que dans la population dans son ensemble, de nombreuses personnes déplacées renoncent à avoir des enfants, d'où un taux de natalité de 3,5 contre 10,2 au niveau national¹⁸. De même, le taux de chômage est deux à trois fois supérieur chez les déplacés que dans la population locale. Bien que les allocations dont bénéficient, en principe, les familles vulnérables soient régulièrement ajustées, elles correspondent tout juste à une petite partie du minimum de subsistance (131 lari, soit 60 €).

De même, les allocations de chômage sont très faibles. Fin 2004, elles s'élèvent à 26 lari par mois, soit l'équivalent de 12 €, et ne sont accordées que pour une période de six mois. Il s'avère par ailleurs qu'en 2003, moins d'un chômeur sur quatre s'est fait enregistrer et que seule une minorité des chômeurs enregistrés perçoit effectivement une allocation (Muskhelishvili *et al.* 2003 : 19).

C'est incontestablement le système des retraites qui posent aux décideurs le plus de problèmes. Comparé à d'autres pays disposant de revenus comparables, le nombre de personnes âgées est relativement élevé, puisqu'un Géorgien sur cinq est retraité, d'où un coût global relativement élevé. Les 900 000 retraités sont supposés recevoir une pension mensuelle de 28 lari (13 €) (GEPLAC 2005 : 55), ce qui correspond à un cinquième du minimum de subsistance. L'état de dénuement dans lequel se trouvent les retraités ne pouvant compter sur personne, n'étonnera donc guère¹⁹. En ce qui concerne le mode de financement et d'allocation des retraites, le système continue à être basé sur le principe de la répartition, ce qui signifie que les contributions payées par les travailleurs en activité permettent de verser des pensions à ceux qui sont à la retraite au même moment. Ces pensions correspondent à des sommes forfaitaires qui ne tiennent compte ni des salaires perçus par le bénéficiaire, ni de la durée de son activité professionnelle.

Le système des retraites souffre de deux handicaps majeurs. D'une part, comme il s'agit de forfaits, il n'y a pas de relation directe entre les contributions et les bénéfices futurs. La motivation pour s'acquitter des contributions est donc faible, d'où la sous-déclaration des salariés et de leurs rémunérations ainsi que la sous-collecte des contributions sociales²⁰. Ensuite, le système de la répartition se heurte au taux de dépendance, particulièrement élevé en Géorgie, car un employé doit théoriquement prendre en charge 1,45 retraité. Ce ratio fut de 0,48 en 1989 et de 1,0 en 1993²¹. Il va sans dire que la réforme des pensions est un sujet extrêmement sensible. Et politiquement d'autant plus explosif que, compte tenu de la compétition grandissante dans la vie de tous les jours, la solidarité inter-générationnelle est amenée à évoluer, elle aussi.

6. LA CONTRE-PRODUCTIVITÉ DES PRATIQUES INFORMELLES

6.1. Pauvreté et « petite » corruption

Si les systèmes de santé dans les pays post-communistes rencontrent tant d'obstacles sur la voie de la réforme, c'est, entre autres, à cause des paiements « informels », c'est-à-dire des pratiques

¹⁸ Voir « Assistance that means more than financial aid », *Georgia Today*, n° 286, 23.12.2006. L'allocation des personnes déplacées est de 14 lari (6 €) par mois.

¹⁹ « No vacation for Georgian pensioners », *Georgia Today*, 22-28 juillet, 2005.

²⁰ Depuis début 2005, la taxe sur les salaires payée par les employeurs correspond à 20 % du salaire. Les employés, eux, ne sont pas assujettis à des contributions (GEPLAC 2005 : 56).

²¹ Calculs à partir de Ministry of Economic Development (2004 : Chapitre 2) et Dobronogov (2003).

échappant aux règles édictées par l'État et le privant ainsi de recettes fiscales précieuses (Lewis 2000). Cette tendance est plus répandue en Géorgie que dans d'autres pays de l'ancienne Union soviétique. Comme signalé plus haut, compte tenu du déclin des financements publics, les réformes du système de santé devaient tout d'abord remédier à la surcapacité et à l'inefficacité des infrastructures et donner lieu à des règles de gestion plus « orthodoxes ». Or, malgré les rationalisations, le taux d'occupation des lits d'hôpitaux ne fut que de 30 % en 1999 (JORBENADZE *et al.* 1999) ; l'efficacité des structures de soins fut faible et le personnel médical toujours en surnombre, avec 1,5 médecin par lit d'hôpital occupé. La faiblesse des salaires du personnel de la santé s'explique par ces disproportions entre les capacités d'accueil et leur utilisation effective.

En effet, alors que les médecins ne reçoivent qu'une partie des recettes engendrées par les consultations qu'ils assurent et que leur salaire mensuel est nettement inférieur au salaire moyen du pays, ils tentent d'améliorer leur situation matérielle en exigeant des paiements « informels », créant ainsi un marché privé au sein du système de santé public, marché privé dont ils se partagent les fruits avec les autres catégories de la profession. Le système de santé est particulièrement complexe, et, depuis l'indépendance du pays, il a été régulièrement réaménagé. Il s'ensuit que les patients sont très peu au courant des prix officiels et des prestations incluses dans le « paquet » de soins primaires et qu'ils n'ont qu'une idée très vague de leurs droits²². Le personnel médical peut donc se permettre d'exiger la rémunération de prestations censées être gratuites — ou de surfacturer d'autres —, et ceci d'autant plus que les patients trouvent souvent « normal » de payer (Belli *et al.* 2002 : 10). Mais il arrive aussi que les patients négocient le tarif et consentent à des paiements « informels » afin de diminuer le prix d'ensemble, par exemple en incitant le médecin traitant à faire correspondre la maladie diagnostiquée avec les critères du « paquet » *BBP*. Dans d'autres cas, les patients acceptent des paiements « informels », espérant de diminuer ainsi le temps d'attente ou d'accéder à un traitement de meilleure qualité.

Pour toutes ces raisons, il est difficile de distinguer entre paiements « formels » et « informels ». Néanmoins, les données macro-économiques en donnent un ordre de grandeur : Les paiements « informels » relatifs aux soins de santé correspondraient à 3 % des dépenses des ménages (LEWIS 2000). Une fois de plus, il semblerait que la Géorgie soit plus concernée par ce phénomène que d'autres pays post-communistes, car six à sept patients sur dix disent avoir payé des sommes « informelles » lors de leur dernière consultation (Balabanova *et al.* 2002 : 21).

Quant à ces pratiques informelles, on peut s'interroger sur les paramètres favorables à leur persistance dans un contexte de libéralisation du marché. Il semblerait que pour la Géorgie, ces paramètres viennent rejoindre la spécificité des structures sociales et l'histoire qui les a façonnées. Les pratiques informelles se trouveraient fortement déterminées par la famille et le réseau personnel auquel se mesure essentiellement « la valeur » d'un individu (Turmanidze 2000). Ce réseau étant peu stable, la place que l'on y occupe n'est jamais acquise, d'où l'obligation implicite de constamment prouver que l'on est honorable et digne de confiance, notamment par la prodigalité et l'hospitalité, selon l'adage : « Si tu es pauvre et la maison vide, où est ta fierté ? » Indispensable pour asseoir sa réputation, le réseau fonctionne selon le principe de la réciprocité et facilite ainsi la prise de risques. D'une manière générale, ces éléments sont susceptibles de jouer en faveur des pratiques informelles — où les risques sont omniprésents — et jouaient y compris pendant le régime soviétique. Plus encore, sous le régime soviétique, ces pratiques se sont renforcées, s'adaptant au système politique tout en s'y opposant, constituant de la sorte une véritable stratégie de survie des acteurs. La « transition » vers l'économie de marché, avec la privatisation des moyens de production et les mesures de libéralisation, n'a fait que créer de nouvelles niches procurant des opportunités de gains en marge de la légalité (Sandholtz et Taapgera 2005, Inglehart et Welzel 2005). D'une manière générale — et ceci concerne l'ensemble des pays post-communistes —, de nombreux décideurs, « conseillés » par des experts souvent ultra-libéraux, estimaient que les thérapies de choc allaient conduire rapidement vers un état de droit et une éviction de pratiques informelles et frauduleuses. Cette hypothèse s'est cependant avérée erronée. Le *big bang* peut déclencher des réactions qui retardent même l'avènement de l'état de droit car, souvent, l'environnement institutionnel répond mal aux

²² Voir Jorbenadze *et al.* (1999 : 7) : « It is noteworthy that 72.5 % of maternity hospital patients had absolutely no idea that delivery costs are completely covered by state ».

exigences de « l'économie de marché », entretenant l'incertitude par rapport au régime juridique, ce qui encourage les fraudeurs à poursuivre leurs pratiques (Hoff et Stiglitz 2003). Autrement dit, les pratiques en marge de la légalité ont sans doute encore de longs jours devant elles, que ce soit en Géorgie ou ailleurs dans la Communauté des États indépendants.

Il s'avère que les Géorgiens sont particulièrement peu satisfaits de leur système de santé et des protections sociales (Sapsford et Abbott 2005), d'où non seulement un manque de confiance par rapport aux institutions sociales, mais, plus grave, une représentation peu reluisante de l'État. Il n'en reste pas moins que le manque de confiance accordée aux institutions publiques n'exclut pas non plus des relations positives avec le corps médical et des polycliniques de proximité, car s'inscrivant généralement dans le temps, ces relations sont souvent stables (Belli *et al.* 2002 : 31), un fait qui mérite d'être pris en compte par les réformes en cours.

6.2. Les contradictions du système de santé

En Géorgie, le système de santé est engagé dans un cercle vicieux fort complexe et aux facettes multiples. Des barrières d'accès aux soins vont de pair avec des besoins médicaux non couverts, ce qui est paradoxal, compte tenu d'un personnel médical et para-médical en surnombre et d'infrastructures surdimensionnées. Côté demande, le système est handicapé par l'étendue de la pauvreté et une population vieillissante dont la majorité est engagée dans des activités non déclarées et peu rémunérées. Cette situation ainsi que des prix élevés pour les soins — que ces prix soient officiels ou relèvent de pratiques « informelles » — ne font que diminuer la demande des prestations de santé, provoquant par là une nouvelle offre excédentaire. En ce qui concerne justement l'offre de soins, le système n'est pas seulement handicapé par des surcapacités des institutions de santé, mais aussi par l'insuffisante lisibilité des règles relatives aux soins de base, d'où des pratiques en marge de la légalité. Les décideurs, eux, ne disposent que d'une marge de manœuvre réduite, étant donné la faiblesse des ressources publiques. Il s'ensuit que l'incapacité de l'État de produire des biens et services publics en réponse à une demande paraissant désormais légitime ne peut qu'engendrer de la défiance vis-à-vis des institutions publiques.

Incontestablement, les pratiques « informelles » représentent un sérieux handicap à toute réforme du système de santé en Géorgie, car ils sont partie intégrante d'un système caractéristique d'un État faible — et non la conséquence d'un « trop d'État » comme le prétend la vision néo-libérale de « la transition ». En effet, les hauts responsables ne sont pas toujours tenus pour responsables devant les autorités. De plus, on peut parfois douter de la bonne volonté de certains décideurs lorsqu'il s'agit de protéger les consommateurs et de réguler le système de protection sociale. *In fine*, des pratiques « informelles » — en matière de santé tout comme dans n'importe quel autre domaine — avantagent ceux qui sont en mesure de payer. Ainsi, l'écart entre riches et pauvres risque de se creuser, freinant par là la constitution d'une classe moyenne. A moyen et long terme, les « informalités », dans l'immédiat avantageuses pour ceux qui s'y adonnent, ne sont pas seulement contre-productifs, mais aussi politiquement dangereux pour la société dans son ensemble.

7. LES RÉFORMES ENVISAGÉES

7.1. Principe assurantiel et solidarité avec les démunis

Pour accéder aux crédits bi- ou multilatéraux, indispensables aux réformes qui s'imposent dans les « pays en transition », les gouvernements doivent inévitablement démontrer la conformité des politiques nationales par rapport aux lignes directrices données par les agences de « développement ». Il s'agit de souscrire, tout d'abord formellement, à l'esprit qui anime les grandes « luttes » figurant sur l'agenda des rencontres internationales. En Géorgie, le discours public — centré sur la « bonne gouvernance », la « société civile », le « développement durable », les « relations de genre », « l'employabilité », etc. — s'en ressent. Toutes ces notions sont désormais subordonnées à un grand projet global, les Objectifs du millénaire, vaste programme de « lutte contre la pauvreté » auquel souscrivent, en 2000, près de 200 pays. Et la protection sociale de jouer un rôle central à ce propos : « ...sans des mécanismes de protection sociale appropriés, les objectifs du millénaire de 2015 ne pourront être atteints » peut-on lire dans un récent rapport de la Banque mondiale (2003 : 3).

En Géorgie, c'est depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, que le système de protection sociale fait régulièrement l'objet de projets de réformes. Or, les solutions proposées ne sont guère en concordance avec les ressources de l'État, tout comme elles sont politiquement risquées pour ce pays qui cherche à stabiliser la paix sociale. Ainsi, les réformes particulièrement douloureuses pour les populations ont été constamment retardées et priorité a été donnée à des mesures économiques et politiques plus générales. Cette attitude semble aussi être celle des décideurs arrivés au pouvoir au lendemain de la Révolution des roses²³.

Alors que jusqu'en ce début 2006, des réformes précises ont été retardées, il semble que les bailleurs soient désormais enclins à accélérer leur réalisation. Plus précisément, l'Union européenne est prête à appuyer la réforme des soins de santé de base et la réorganisation du State *United Social Insurance Fund (SUSIF)*²⁴. Quelles sont alors les solutions susceptibles d'être envisagées ?

Théoriquement, les solutions pourraient tout d'abord consister à rationaliser la fourniture des services de santé, grâce à la diminution des coûts unitaires, à l'harmonisation de la nomenclature des actes et des tarifs pratiqués, à un ciblage plus approprié des populations bénéficiant d'allocations et de soins gratuits ou largement subventionnés. Il pourrait s'agir, ensuite, de multiplier les sources de financement, de recourir aux mécanismes de marché, à la taxation directe de la population préalablement enregistrée, aux contributions prélevées sur les salaires et les entreprises, en passant par des taxes sur les importations, etc. Étant membre de l'OMC, la Géorgie risquerait inévitablement de rencontrer des difficultés à adopter cette dernière solution. Or, vu le petit nombre d'entreprises ayant une existence officielle, la structure du marché des emplois déclarés ainsi que l'omniprésence d'entreprises de type « informel », les ressources pour la protection sociale ne pourront pas seulement provenir de la taxation du secteur privé. En effet, une pression fiscale accrue risquerait de pousser un certain nombre d'entreprises vers « l'informalité », ce qui serait évidemment contre-productif en termes de création d'emplois de type « formel ». Des solutions pourraient alors provenir, d'une part, d'un recours accru à l'assurance de santé privée et à l'épargne individuelle pour la retraite et, d'autre part, de l'augmentation des paiements directs. Quant aux paiements « informels », on peut espérer que la lutte contre la corruption permettra de les faire régresser, du moins à long terme, ce qui libérerait des fonds pour le financement de l'assurance privée.

Un compromis semble se dégager qui, comme il fallait s'y attendre, s'éloigne résolument de la formule du financement public pour lui préférer les mécanismes du marché. Les propositions vont dans le sens de l'assurance universelle et obligatoire, avec des prestations variant en fonction de la durée de souscription et des contributions versées. En ce qui concerne les pensions (incluant les retraites, les pensions versées en cas d'incapacité de travail et les pensions octroyées aux survivants), il s'agira d'un système de capitalisation sur des comptes individuels. Des lois ont déjà été votées en ce sens²⁵. Leur esprit est proche de la protection sociale introduite dans les nouveaux pays membres de l'UE (Fultz 2003). Une loi spécifique posera le cadre nécessaire pour le financement. On notera que les petits entrepreneurs de type « informels » seront obligés de se faire enregistrer, ce qui élargira l'assiette des impôts et taxes (*Law on introducing individual registration and individual accounts in the system of mandatory social insurance*). Mais on remarquera enfin aussi que, dans le nouveau Code des impôts et taxes, les décideurs viennent d'introduire une modification de taille : La taxe sociale prélevée sur les salaires s'élève désormais à 20 %, contre 33 % auparavant ; seuls les employeurs la paient, alors que les employés, eux, ne sont assujettis à aucune taxe au titre de la protection sociale. Ce changement a une valeur symbolique non négligeable.

En ce qui concerne les populations vulnérables, elles seront susceptibles de bénéficier de transferts publics. Il s'agit là d'une concession indispensable à la « lutte contre la pauvreté ». Mais — innovation de taille ! — le ciblage des vulnérables sera soumis à d'importants réaménagements. Le système actuel accorde des allocations à certaines catégories telles que les handicapés, les vétérans de guerre, les populations déplacées, etc. Les réformes envisagées consisteront à subvenir aux besoins des

²³ Et cela d'autant plus que les frontières nationales doivent être sécurisées dans un contexte où des risques d'affrontements militaires semblent être bien réels. Voir « Is there a threat of war in Georgia ? », *Georgia Today*, n° 295, 3.3.-9.3.06.

²⁴ Un appel d'offre de l'UE, par le biais d'EuropaAid, a fait une présélection des candidats en ce début 2006.

²⁵ *Law on Mandatory Social Insurance* et *Law on Mandatory Insurance Pensions*. Voir GEPLAC (2004) et *Georgia Law Brief*, June-September 2003 (www.eylaw.com/cis, consultation février 2006).

ménages vivant en dessous de la ligne d'extrême pauvreté. Autrement dit, l'assistance sociale sera liée au niveau de vie des ménages qui seront classés en fonction de leur vulnérabilité aux risques économiques et sociales (IMF 2005). Des travailleurs sociaux devront régulièrement vérifier ce classement, en tenant compte d'éléments statistiques et non statistiques²⁶. Très probablement, des avantages monétaires remplaceront les avantages en nature concédés auparavant, d'où une augmentation supplémentaire de la monétarisation.

Un défi majeur sera incontestablement la graduation du financement public. Trois options semblent envisageables à ce propos ; elles sont fonction des ressources disponibles et des priorités politiques : La première consisterait à proposer les mêmes services de base à chaque individu, indépendamment de sa situation matérielle. Procurer des soins de santé de base seulement aux pauvres et leur proposer des examens de santé pourrait être une seconde option. La troisième pourrait combiner la couverture universelle en services de base avec des avantages spécifiques accordés aux pauvres. Un certain nombre de points reste cependant encore en suspens (Gotsadze *et al.* 2005) : les attributions des différentes autorités concernées par la protection sociale, l'articulation entre le financement et les dépenses, la sensibilisation des populations aux principes de mutualisation des risques, d'une part, et de capitalisation sur une base individuelle, d'autre part.

Résumons : Les problèmes rencontrés par le système de protection sociale sous sa forme actuelle montrent les limites du financement public et de l'intervention de l'État, mais donnent aussi des arguments en faveur de la régulation par les autorités publiques. Cela semble plaider pour un système de financement pluriel, pour l'assurance privée et davantage de partenariat privé-public. Ces principes semblent être unanimement acceptés par les décideurs nationaux et les agences de « développement ». Ceci étant, les réformes envisagées portent en elles des dangers, notamment celui d'augmenter les inégalités et la précarité en excluant de la protection sociale les plus démunis, ceux qui, au mieux, vivent d'un emploi qu'ils ont créé eux-mêmes. À moins que l'enregistrement des petits métiers ne fasse des progrès rapides, une grande partie de la population risquent d'être des laissés-pour-compte des réformes actuelles. C'est pour cette raison que la microassurance pourrait jouer un rôle intéressant.

7.3. La microassurance au service de la gestion des risques

Comme ailleurs dans les pays « en transition », la microfinance connaît un boom considérable. On connaît le rôle que peut jouer la microfinance en matière de protection contre la vulnérabilité. En ce qui concerne ses institutions en Géorgie, les premières expériences remontent au milieu des années quatre-vingt-dix. Avec un taux de pénétration de 5 %²⁷, la microfinance est cependant moins présente en Géorgie que dans d'autres pays à faibles revenus en Amérique latine ou en Asie, mais le nombre des adhérents augmente rapidement, notamment parmi les pauvres. Pour le moment, les seuls produits proposés sont les prêts. Les transferts d'argent sont effectués par les banques classiques. Quant à la microassurance, seule Constanta Foundation a tenté une expérience qui ne fut d'ailleurs pas couronnée de succès. Les résultats décevants semblent dus à l'incompatibilité entre, d'une part, l'assurance telle qu'elle avait été proposée aux populations démunies et, d'autre part, la gratuité des prestations de santé fournies dans le cadre du *BBP* présenté ci-dessus, « paquet » qui s'adresse aux mêmes catégories de la population que celles visées par Constanta Foundation.

Il n'en reste pas moins que, d'après des investigations menées en 2004 dans huit régions de la Géorgie, les populations démunies exprimeraient une certaine demande de produits assurantiels, produits susceptibles d'amortir les chocs liés notamment à des accidents de santé (Matul 2005). Cependant, il s'avère aussi que le principe de l'assurance n'est pas toujours bien compris.

Or, un certain nombre de conditions doivent être remplies pour que la microassurance puisse être introduite avec succès. Une législation adéquate en est une. La nouvelle loi sur la microfinance, débattue par les instances publiques, stipule que les institutions de la microfinance sont habilitées à proposer des produits d'assurance. Ceci est un pas décisif vers l'ouverture de l'assurance à des organisations de proximité de type ONG. Pour une question de sécurité des souscripteurs, celles-ci

²⁶ Des estimations préliminaires indiquent des allocations mensuelles situées entre 60 et 125 lari (27 et 57 €) par ménage bénéficiaire (GEPLAC 2005 : 55). Mais la mise en pratique n'est guère garantie.

²⁷ En tant que pourcentage de familles dont au moins un membre fait partie d'une institution de la microfinance. Voir Baumann et Servet (2006).

seront obligées de s'associer à des grandes compagnies d'assurance. Une autre condition préalable est la confiance. Les Géorgiens semblent en accorder peu aux assurances, ce qui rejoint l'idée de la défiance générale envers les institutions et n'est pas étranger non plus à la première expérience géorgienne de fonds de pension, expérience qui a eu des effets désastreux²⁸. Dans le cas des organisations communautaires de base, la construction de la confiance est facilitée par l'implication des membres dans les prises de décisions et la gestion de l'institution. Comme ailleurs dans le monde, cette proximité n'exclut cependant pas non plus des abus.

Ceci étant, l'introduction réussie des mécanismes de microassurance passe tout d'abord par une meilleure compréhension des stratégies anti-risques, qu'elles relèvent du groupe familial, du voisinage ou de relations plus « formelles » et fonctionnelles. Des travaux réalisés sur d'autres terrains ont montré que, pour lutter contre la vulnérabilité, les pauvres recourent à des stratégies multiples, stratégies qui incluent l'épargne en nature, des formules ciblées sur la réalisation de tel ou tel projet, des prêts et, éventuellement, l'assurance proprement dite. Ces différentes modalités susceptibles de prévenir la vulnérabilité, de la contourner ou de lutter contre, ne sont pas nécessairement pensées telles. Cette idée peut être formulée de la manière suivante : « Les pauvres n'ont pas une préférence 'naturelle' pour l'épargne par rapport aux prêts, ou vice versa. Ils ont surtout besoin de transformer des petites rentrées d'argent en dépenses substantielles »²⁹. Pour ce qui est de la Géorgie, on sait peu de ces stratégies et il est manifeste que des travaux de terrain devront permettre de mieux les comprendre.

8. CONCLUSION

Pour conclure, il paraît opportun de replacer l'expérience géorgienne dans l'histoire des débats menés par les décideurs, qu'ils interviennent au niveau national ou international, par les bailleurs de fonds et le milieu de la consultance, débats qui se caractérisent depuis peu par la reconnaissance d'un nécessaire dosage entre recours au marché et redistribution garantie par l'État, entre principes solidaires et responsabilité individuelle.

Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, alors que furent privilégiées les politiques keynésiennes, l'intervention de l'État était considérée comme une nécessité, son rôle médiateur entre intérêts du capital et travail reconnu, les luttes syndicales acceptées dans une société supposée se transformer progressivement en société salariale³⁰. Le « consensus de Washington », lui, allait prendre le contre-pied de cette acceptation de l'intervention étatique. Pendant les trois dernières décennies du 20^{ème} siècle, les idées relatives aux politiques sociales allaient être fortement imprégnées de l'esprit de la Banque mondiale et du Fonds monétaires internationaux. Le marché est alors considéré comme le meilleur garant de l'allocation des richesses, l'existence des classes sociales est niée, la politique sociale supposée essentiellement aider les individus à assumer leurs responsabilités pour devenir autonomes. L'intérêt grandissant des bailleurs de fonds pour la protection sociale est étroitement lié aux effets souvent néfastes des politiques d'ajustement structurel. A ce titre, les pays « en développement » et les pays post-communistes deviennent de véritables laboratoires pour tester les politiques sociales donnant un crédit sans faille aux mécanismes de marché. L'abandon des régimes de pension par répartition devient un cheval de bataille de premier ordre. Mais dès le milieu des années quatre-vingt-dix, des voix critiques se sont élevées contre cette vision. En effet, elles allaient contester le bien-fondé du « tout privé », notamment en ce qui concerne les pensions (Orszag et Stiglitz 1999) et mettre en garde devant une « transition » gérée sans ménagement. Désormais, un nouveau consensus semble être en train de s'élaborer, consensus qui consiste à responsabiliser les individus et à leur proposer des moyens leur permettant de se prémunir contre les risques (Holzmann *et al.* 2003). Selon cette conception, l'assurance privée telle que la proposent les compagnies d'assurance est amenée à jouer un rôle central, alors que les problèmes des populations pauvres sont, en quelque sorte, confiés aux organisations de proximité du type ONG. Vision pragmatique, certes, à laquelle on peut cependant

²⁸ Les fondateurs sont poursuivis par la justice (*Human Development Report 2000* cité par Muskhelishvili *et al.* (2003 : 21). Depuis cette époque, des assurances étrangères ont investi le secteur, avec un système de réassurance auprès d'institutions financières internationales.

²⁹ Rutherford (St.), *The Poor and Their Money*. New Delhi, Oxford University Press, 2000, p. 110 cité par Fisher et Sriram (2002 : 50). Traduction par E.B.

³⁰ Dans le paragraphe qui suit, on s'appuie sur Merrien (2003).

reprocher d'entériner les inégalités sociales et à renoncer pour longtemps à la véritable universalisation de l'assurance. En ce qui concerne plus précisément la Géorgie, l'intérêt manifesté par certains décideurs pour la microassurance pourrait, lui aussi, aller dans ce sens. La nostalgie de l'époque soviétique aurait ainsi encore de beaux jours devant elle.

Quelles que soient les solutions adoptées en Géorgie, leur mise en pratique risque inévitablement de se heurter non seulement à la faiblesse des ressources publiques et aux priorités des décideurs, qui se situent encore largement dans le politique, au manque de confiance qui caractérise les relations entre les populations et les institutions de l'État, et surtout à cette « culture de l'amitié » et ses manifestations que sont le clientélisme, la corruption et les pratiques arbitraires (Wheatley 2005). Et paraît, enfin, opportun de souligner que, comme ailleurs dans le monde, la protection sociale — qu'elle soit procurée par l'État, les compagnies d'assurance ou les organisations de base — n'est pas une panacée contre le mal-développement dû aux déficiences de l'État, à la vénalité de certains responsables, aux mauvaises infrastructures et à la production économique en dents de scie. Le véritable développement demande plus que des solutions techniques. Il demande tout d'abord de la volonté politique afin de faire régresser des attitudes rentières qui semblent encore répandues dans le pays.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOTT P., SAPSFORD R. (2005), « Trust, Confidence and Social Environment in Post Communist Societies », *37th World Congress of the International Institute of Sociology, Frontiers of Sociology*, Stockholm July 5-9, 25 p.
- ANDREFF W. (2003), *La mutation des économies postsocialistes. Une analyse économique alternative*, Paris, L'Harmattan, 366 p.
- BALABANOVA D. *et al.* (2004), *Health Service Utilisation in the Former Soviet Union : Evidence from Eight Countries*. 27 p. [<http://www.llh.at/>]
- BAUMANN E., SERVET J.-M. (2006 sous presse), « La microfinance, une extension des marchés financiers. Réflexions à partir d'expériences sur trois continents (en Georgie, en Inde et au Sénégal) » in Hernandez V. *et al.* (coord.), *Travail, conflits sociaux et intégration monétaire. L'Amérique latine dans une perspective comparatiste*. Paris, L'Harmattan, 30 p.
- BAUMANN E., VOLPE E. (2006 soumis), « Se rapprocher de l'Ouest pour se démarquer du Sud sans perdre le nord. ?! Questions à l'adresse de la Géorgie (Sud-Caucase) », *Revue Autrepart, "On dirait le Sud..."*, n° 41, 2007, 12 p.
- BELLI Paolo *et al.* (2002), *Qualitative Study on Informal Payments of Health Services in Georgia*. Washington D.C., World Bank, 63 p. [HNP Working Paper 2904].
- BERNABÈ S. (2002), *A Profile of Informal Employment. The Case of Georgia*. Geneva, ILO, Employment Sector. Geneva, 53 p. [Working Paper on the Informal Economy].
- COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES (2005), *Communication from the Commission to the Council, European Neighbourhood Policy. Recommendations for Armenia, Azerbaïdjan, Georgia and for Egypt and Lebanon*, Brussels, 2.3.2005, 7 p.
- DOBRONOGOV A. (2003), *Social Protection in Low Income CIS Countries*. Paper prepared for the Lucerne Conference of the CIS-7 Initiative, Jan 20-22, 2003. Washington DDC., World Bank, 49 p.
- EUZEBY Ch. (2004), « Vers une protection sociale à double vocation redistributive et intégrative », Colloque *Accès inégal à l'emploi et à la protection sociale*, Université Paris I (MATISSE), 16-17 septembre, 21 p.
- FISHER Th., SRIRAM M.S. (2002), *Beyond Micro-Credit. Putting Development Back into Micro-Finance*. New Delhi, Vistaar Publications, 390 p.
- FULTZ A. (2003), « Recent Trends in Pension Reform and Implementation in the EU Accession Countries », Paper presented at the *Informal Meeting of Ministers at the International Labour Conference*, Geneva, June 10, 25 p.

- GEPLAC (GEORGIAN-EUROPEAN POLICY AND LEGAL ADVICE CENTRE) (2005), *Georgian Economic Trends, Quaterly Review*, n° 2, 101 p.
- GOTSADZE George *et al.*, (2005), *Descriptive Background to Health Care Financing Reform Strategy Development in Georgia*. HCF Discussion Paper n° 1. Tbilisi, Curatio International Foundation, 32 p.
- HOFF C., STIGLITZ J.E. (2002), *After the Big Bang ? Obstacles to the Emergence of the Rule of Law in Post-Communist Societies*. Discussion Paper n° 0203-03. New York, Columbia University, Department of Economics, 42 p., annexes.
- HOLZMANN R. *et al.* (2003), « Gestion du risque social : La Banque mondiale et la protection sociale dans un monde en voie de mondialisation », *Revue Tiers Monde*, t. XLIV, n° 175, juillet-septembre, pp. 501-524.
- IMF (2005), *Georgia: Poverty Reduction Strategy Paper. Progress Report*. Washington D.C., IMF, March, 41 p., annexes.
- INGLEHART R., WELZEL Ch. (2005), « Exploring the Unknown : Predicting the Responses of Publics not yet Surveyed », *International Review of Sociology*, vol. 15, n° 1, March, pp. 173-201.
- JORBENADZE A. *et al.*, (1999), « Health Reform and Hospital Financing in Georgia », CMJ Online, vol. 40, n° 2, [<http://www.cmj.hr/1999/40/2/10234066.htm>].
- LEONARD M., GRANT Ch. (2005), *Georgia and the EU : Can Europe's Neighbourhood Policy Deliver ?* London, Centre for European Reform, 8 p. [www.cer.org.uk].
- LEWIS M. (2000), *Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia ?* Washington D.C., World Bank, 34 p.
- LOTUASHVILI A. (2003), *Overview of Georgia's Health Care System*. 4 p. (<http://www.bisnis.doc.gov.bisnis.bisdod/030521gghealth.htm>, accès septembre 2005).
- LYNCH D. (2006), *Why Georgia Matters*. Paris, Institute for Security Studies, Chaillot Paper n° 86, 96 p.
- MATUL M. (2005), *Demand for Microinsurance in Georgia*. Warsaw, Microfinance Centre for Central and Eastern Europe and the new Independent States. April, 66 p. [<http://www.microinsurancecentre.org/>].
- MERRIEN F.-X. (2003), *Globalisation et protection sociale : les enjeux théoriques*. Projet Les enjeux sociaux du développement, RUIG-DSD, 49 p.
- MERRIEN F.-X., PARCHET R., KERNEN A. (2005), *L'État social. Une perspective internationale*. Paris, Armand Colin, 441 p.
- MINISTRY OF ECONOMIC DEVELOPMENT OF GEORGIA (2004), *Social Trends in Georgia*. 2004. Tbilisi, 93 p. (http://www.statistics.ge/index_eng.htm).
- MUSKHELISHVILI M. (2006, à paraître), « Globalization and the Transformation of Institutions and Discourses in Georgia », in Baumann *et al.* (coord.), *Anthropologues et économistes face à la globalisation*. Paris, L'Harmattan.
- MUSKHELISHVILI M. *et al.* (2003), « Democratization in Georgia : Economic Transformation and Social Security », *Building Democracy in Georgia*, Stockholm, IDEA, Discussion Paper n° 8, May, 54 p. [http://www.idea.int/europe_cis/georgia/].
- NATIONAL BANK OF GEORGIA (2005), *Annual Report 2004*, Tbilisi, 123 p.
- ORSZAG P. R., STIGLITZ J. E. (1999), « Rethinking Pension Reform : The Myths about Social Security Systems », Conference *New Ideas about Old Age Security*, Washington D.C., The World Bank, Sept.14-15, 48 p.
- SACHS Jeffrey D. (2001), *Macroeconomics and Health : Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health*. Geneva, WHO, 200 p. [<http://www.who.int/>].
- SANDHOLTZ W., TAAGPERA R. (2004), *Corruption, Culture, and Communism*, Irvine, University of California, 42 p. (à paraître dans *International Review of Sociology*).

- SCHNEIDER F. (2002), « Size and Measurement of the Informal Economy in 110 Countries around the World », *Workshop of the Australian National Tax Centre, ANAU*, Canberra, Australia, July 17, 50 p.
- THE ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT 2005, *Georgia. Country Report*. London, May, 30 p.
- TURMANIDZE K. (2000), *State against the Invisible. The Case of Georgian Informal Economy*. Budapest, Central European University, Department of political science, 35 p. [<http://www.policy.hu/turmanidze>].
- UNDP (2004), *Millenium Development Goals in Georgia*. Tbilisi, 58 p.
- WHEATLEY J. (2005), *Georgia from National Awakening to Rose Revolution. Delayed Transition in the Former Soviet Union*. Aldershot, Ashgate Publishing Ltd.
- WORLD BANK (2000), *Balancing Protection and Opportunity. A Strategy for Social Protection in Transition Economies*. Washington D.C., World Bank, Social Protection Team, Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, 91 p.
- WORLD BANK, SOCIAL PROTECTION (2003), *The Contribution of Social Protection to the Millenium Development Goals*. Washington D.C., World Bank, Social Protection Advisory Service, 33 p. [<http://www1.worldbank.org/sp>].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004), *The World Health Report 2004. Changing History*. Geneva, WHO, 157 p.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2005), *The World Health Report 2005. Make Every Mother and Child Count*. Geneva, WHO, 219 p.