

Chapitre 7

Accroître la couverture des services de protection sociale et de santé pour obtenir de meilleurs résultats en matière de migrations et de développement

La protection sociale et la couverture de santé jouent un rôle de plus en plus important dans la politique de développement, notamment dans les Objectifs de développement durable (ODD). Ce chapitre étudie l'impact des migrations sur ces services, qu'elles accroissent la demande pour ces services ou en favorisent l'offre. Tout d'abord, il examine la façon dont les nouveaux entrants dans un pays, immigrants ou migrants de retour, utilisent le système et y contribuent. Il analyse ensuite dans quelle mesure les transferts de fonds sont consacrés aux dépenses sociales et aux dépenses de santé, en soulignant les différences existant entre milieux urbains et ruraux. Enfin, ce chapitre examine quelle influence les politiques de protection sociale et de santé peuvent avoir sur les décisions d'émigrer et d'effectuer des transferts de fonds, selon leur couverture au niveau des individus et des ménages.

La protection sociale consiste à prévenir, à gérer et à surmonter des situations qui affectent le bien-être des personnes (UNRISD, 2010). Sur le plan des politiques, ces préoccupations se traduisent par des mesures liées à l'emploi, par l'assurance sociale et par l'aide sociale (c'est-à-dire des transferts)¹. Une protection sociale et une couverture de santé de qualité sont essentielles à la société, car elles favorisent la cohésion sociale, contribuent au bien-être et stimulent la productivité. Pourtant, plus de 70 % de la population mondiale est privée d'une véritable protection sociale (OIT, 2014), et au moins 400 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé essentiels (OMS et Banque mondiale, 2015).

La communauté internationale s'est engagée à améliorer la situation dans ce domaine. La Recommandation concernant les socles nationaux de protection sociale (recommandation 202) adoptée en 2012 par l'Organisation internationale du travail (OIT) vise à amener les pays à assurer l'accès à des soins de santé essentiels et à une sécurité élémentaire de revenu, à l'alimentation et à l'éducation pour les enfants, ainsi qu'à une sécurité élémentaire de revenu pour les personnes âgées et les personnes d'âge actif qui sont dans l'incapacité de gagner un revenu suffisant (OIT, 2012). De plus, en novembre 2016, lors de la Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé, les dirigeants des gouvernements et des institutions des Nations unies, les maires des villes et les experts de la santé du monde entier ont pris deux engagements historiques concernant les choix politiques en matière de santé : la Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé et le Consensus de Shanghai des maires sur les villes-santé (OMS, 2016). La protection sociale et les questions liées à la santé sont appelées à jouer un rôle d'une importance croissante dans la politique de développement avec l'adoption du Programme de développement durable à l'horizon 2030 et les Objectifs de développement durable (ODD), et plus particulièrement :

- l'ODD 1, qui vise à éliminer complètement la pauvreté et appelle expressément à mettre en place au plan national des **systemes et mesures de protection sociale adaptés**, en particulier dans les domaines comptant de nombreux pauvres : micro- et petites entreprises et secteur informel.
- l'ODD 3, qui vise à permettre à tous de vivre en bonne santé et à promouvoir le bien-être de tous à tout âge, ainsi qu'une **couverture maladie universelle**.
- l'ODD 8, qui vise à promouvoir le travail décent pour tous – des opportunités de trouver un emploi qui assure la **protection sociale pour les familles**.
- l'ODD 10, qui vise à adopter des politiques dans le domaine de la protection sociale et à parvenir progressivement à une **plus grande égalité**.

La protection sociale gagnant en importance dans de nombreux pays, son potentiel d'interaction avec les résultats en matière de migrations va également croissant, et de bien des façons. Par exemple, avec la Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants, adoptée en septembre 2016 par l'Assemblée générale des Nations unies, les États membres se sont notamment engagés à prendre des mesures afin d'améliorer l'intégration des immigrés à travers l'accès à l'éducation et aux soins de santé (NU, 2016). Si les migrants

peuvent utiliser ces services, ils peuvent également y contribuer. Ainsi, les ménages peuvent financer des dépenses sociales grâce aux transferts de fonds, ce qui favorise l'expansion du secteur privé et peut même inciter les pouvoirs publics à réduire leurs dépenses de protection sociale. D'un autre côté, les politiques de protection sociale peuvent jouer un rôle déterminant dans la décision de rester au pays ou d'émigrer, dans le fait d'effectuer ou non des transferts de fonds, ainsi que dans le succès de l'intégration. Ce chapitre examine la façon dont les migrations influent sur le secteur de la protection sociale et dans quelle mesure les politiques menées dans ce secteur influent sur les migrations.

Ce chapitre comporte quatre sections. La première présente les grandes lignes des secteurs de la protection sociale et de la santé dans six pays partenaires du projet IPPMD, ainsi que les données recueillies en 2014-15. La deuxième examine l'influence des quatre dimensions migratoires – émigration, transferts de fonds, migrations de retour et immigration — sur la protection sociale et la santé. La troisième analyse l'influence que les politiques de protection sociale et de santé peuvent avoir sur la décision d'émigrer, d'effectuer des transferts de fonds et de rentrer dans son pays d'origine, ainsi que sur les chances d'intégration réussie dans le pays d'accueil. Le chapitre se clôt par une série de recommandations de politiques.

Tableau 7.1. **Migrations et protection sociale et santé : principales conclusions**

Comment les migrations influent sur la protection sociale et la santé	Comment les politiques de protection sociale et de santé influent sur les migrations
<ul style="list-style-type: none"> ● Les migrants de retour et les immigrés sont moins susceptibles de bénéficier de transferts gouvernementaux que les non-migrants. ● Les immigrés sont moins susceptibles de payer des impôts en raison de leur concentration dans le secteur informel. ● Les transferts de fonds ne sont pas souvent consacrés aux dépenses sociales en général, mais servent à financer des dépenses spécifiques et l'accès aux établissements de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> ● L'investissement public dans la protection sociale tend à freiner l'émigration. ● Étendre la couverture de la protection sociale réduit la probabilité de recevoir des transferts de fonds. ● Un meilleur accès à la protection sociale réduit la probabilité que les immigrés rentrent dans leur pays d'origine. ● L'accès à la protection sociale et aux services de santé favorise l'intégration des immigrés.

Note : Ces conclusions ne valent pas pour tous les pays du projet IPPMD. Pour des conclusions ciblées par pays, voir les études de cas par pays.

Aperçu de la protection sociale et de la santé dans six pays partenaires

Dans le cadre du projet IPPMD, des données ont été recueillies sur les services sociaux – utilisation, couverture et dépenses –, les types de contrat de travail offerts et les avantages liés à l'emploi pour les six pays suivants : Arménie, Costa Rica, Côte d'Ivoire, République dominicaine, Géorgie et Maroc². Toutefois, les données sur les immigrés n'ont pas été recueillies en Géorgie, et le nombre d'immigrés de l'échantillon était restreint pour l'Arménie (127 immigrés dans 75 ménages) et le Maroc (52 immigrés dans 39 ménages). Les analyses sur les immigrés sont donc limitées au Costa Rica, à la Côte d'Ivoire et à la République dominicaine. L'enquête a été menée auprès de tous les ménages de l'échantillon, dans les zones rurales comme dans les zones urbaines, quel que soit le type de migrant présent ou non en leur sein (émigrés actuels, migrants de retour et immigrés ; chapitre 2). Certaines questions étaient posées au niveau des ménages, notamment à propos des dépenses sociales, des transferts publics et de la distance de la clinique la plus proche. D'autres, concernant par exemple l'utilisation des services, le type de contrat de travail et les avantages qui y sont liés, étaient posées individuellement aux membres du ménage âgés de plus de 14 ans.

Ce chapitre compare divers groupes de ménages ou d'individus en fonction de leurs caractéristiques en termes de migration : les ménages recevant des transferts de fonds (quelle qu'en soit la source, ex-membre ou non) sont comparés aux ménages ne recevant pas de transferts de fonds ; les migrants de retour sont comparés aux individus qui n'ont aucune expérience migratoire ; les immigrés sont comparés aux personnes nées dans le pays, y compris les migrants de retour (chapitre 2).

La protection sociale varie considérablement entre les pays étudiés, en termes d'implantation et d'importance, tout comme les objectifs des stratégies adoptées. Il est coûteux de se doter d'un système de protection sociale universel, et l'objectif peut sembler hors d'atteinte pour les pays en développement. Cependant, la tendance générale est à l'accroissement de la couverture de la protection sociale et de la santé (Honorati et al., 2015 ; OMS et Banque mondiale, 2015). Tous les pays du projet IPPMD ont ce même objectif : étendre la couverture de leur régime de protection sociale (encadré 7.1).

Encadré 7.1. La protection sociale dans les stratégies nationales de développement des pays partenaires du projet IPPMD

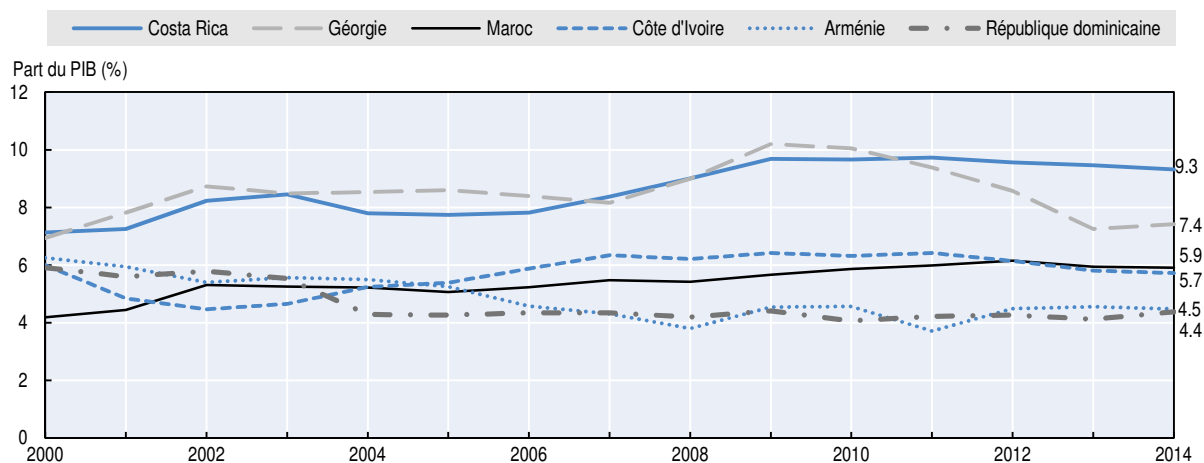
La protection sociale non seulement occupe une place de premier plan dans les ODD, c'est également une composante majeure des stratégies nationales de développement.

- L'Arménie a fait de l'amélioration de son système de protection sociale une des quatre priorités de sa Stratégie de développement 2014-25 (Perspective Development Strategic Programme).
- Au Costa Rica, les trois premiers secteurs stratégiques clés abordés dans le Plan national de développement 2015-18 sont : 1) le travail et la sécurité sociale, 2) le développement humain et la cohésion sociale, 3) la santé, la nutrition et le sport.
- En Côte d'Ivoire, le Plan national de développement 2016-20 précise que le renforcement des systèmes de protection sociale est une composante clé de la lutte contre la vulnérabilité ainsi qu'un défi majeur pour le pays.
- En République dominicaine, la Stratégie nationale de développement 2010-30 identifie les carences de l'offre de services de santé et les progrès insuffisants en matière d'emploi décent comme deux problèmes majeurs. Un des quatre axes de la stratégie est d'offrir à tous une couverture de santé et une protection sociale complète, tout en assurant la cohésion territoriale.
- Dans sa Stratégie de développement socioéconomique 2014-20 (Géorgie 2020), la Géorgie fait de l'amélioration du système d'aide sociale un des piliers de la stratégie de développement des ressources humaines.
- Au Maroc, si le secteur social ne s'inscrit pas dans une stratégie nationale globale, la Stratégie sectorielle de santé pour la période 2012-16 comprend sept axes, notamment l'« amélioration de l'accès aux soins et de l'organisation des services », la « promotion de la santé des populations à besoins spécifiques », et le « développement et la maîtrise des ressources stratégiques de la santé ». La Stratégie nationale pour l'emploi 2015-25 du Maroc comporte un axe stratégique visant à « valoriser le capital humain », avec notamment pour objectif d'« élargir le champ de la protection sociale ».

Les pays partenaires du projet IPPMD présentent un large éventail de situations en termes de couverture de la protection sociale. Le graphique 7.1 illustre le poids des dépenses de santé en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) pour la période 2000-2014 dans les six pays partenaires étudiés dans ce chapitre.

Graphique 7.1. Le poids des dépenses de santé dans le PIB varie beaucoup selon les pays

Part des dépenses de santé dans le PIB (%), 2000-14



Note : Les dépenses de santé incluent les dépenses de santé publiques et privées. Seuls les pays partenaires du projet IPPMD étudiés dans ce chapitre apparaissent ici.

Source : Banque mondiale, *Indicateurs du développement dans le monde* (base de données), <http://data.worldbank.org/products/wdi>.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479148>

Le Costa Rica et la Géorgie consacrent à la santé une part relativement importante de leur PIB. Si le niveau de ces dépenses a connu des fluctuations dans certains pays, il est resté plus stable dans d'autres. La Géorgie consacrait à peu près la même part de son PIB à la santé en 2014 (7.4 %) et en 2000 (6.9 %), mais cette part avait atteint 10 % en 2009-10. Au Costa Rica, les dépenses de santé représentaient 7.1 % du PIB en 2000 et atteignaient 9.3 % en 2014, soit une augmentation de 2.2 points de pourcentage, environ 31 %, au cours de la période. C'est au Maroc que l'augmentation relative en pourcentage a été la plus marquée, les dépenses de santé augmentant de 1.7 point de pourcentage, de 4.2 % en 2000 à 5.9 % en 2014 (une augmentation de 41 %). En revanche, en Arménie et en République dominicaine, la part du PIB consacrée à la santé a connu un recul significatif entre 2000 et 2014, respectivement de 28 % et 26 %.

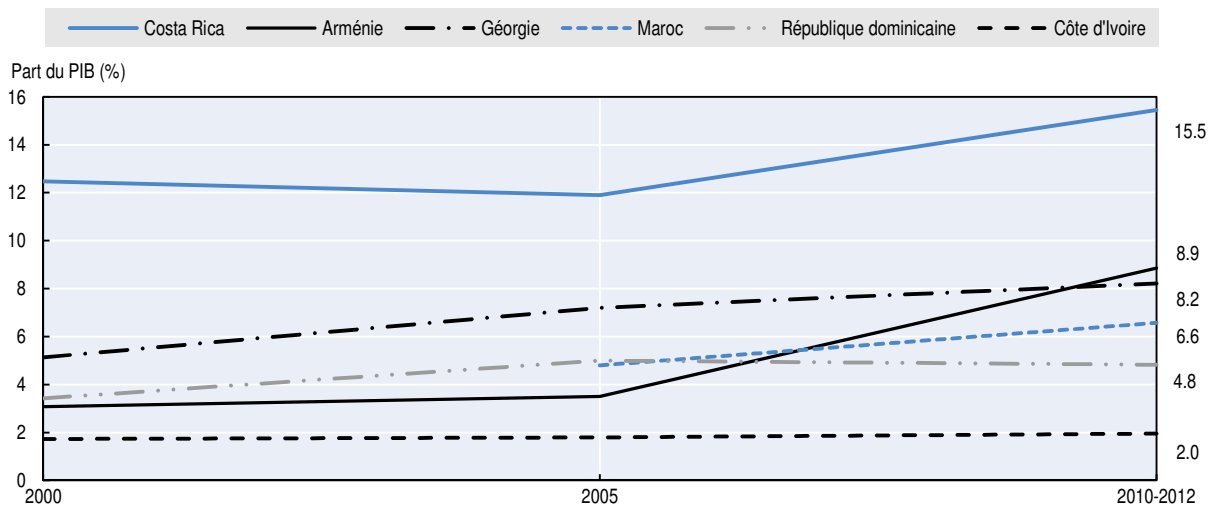
Le graphique 7.1 illustre les dépenses de santé totales (dépenses privées comprises), mais le poids des dépenses publiques varie beaucoup selon les pays. Au Costa Rica, elles représentaient 73 % de l'ensemble des dépenses de santé en 2014. Elles étaient également relativement importantes en République dominicaine, avec 67 % des dépenses totales, alors qu'elles étaient inférieures à 50 % en Géorgie (21 %), en Côte d'Ivoire (29 %), au Maroc (34 %) et en Arménie (42 %) (Banque mondiale, 2016a).

En termes de dépenses sociales, le Costa Rica est de loin le pays qui dépense le plus, environ 15.5 % de son PIB en 2010, alors que c'est la Côte d'Ivoire qui dépense le moins, environ 2 % de son PIB en 2011 (graphique 7.2). Les taux de croissance des dépenses ont également évolué de façon très contrastée : c'est en Arménie qu'elles ont le plus augmenté, de 161 % au cours de la période allant de 2000 à 2012, alors qu'en Côte d'Ivoire, elles ont à peine varié entre 2000 et 2011.

Les pays diffèrent quant à la structure des dépenses de protection sociale. Selon la base de données ASPIRE de la Banque mondiale, spécifiquement consacrée aux transferts en matière de protection sociale, ces dépenses vont essentiellement aux pensions de vieillesse et d'invalidité en Géorgie, aux transferts monétaires en Arménie, aux transferts en nature, aux repas scolaires et aux exemptions de droits de scolarité en République dominicaine,

alors qu'au Costa Rica, elles sont essentiellement consacrées aux transferts monétaires conditionnels. S'agissant des cotisations sociales au Costa Rica, les cotisations obligatoires versées au gouvernement représentent une part relativement importante du revenu national (Banque mondiale, 2016b).

Graphique 7.2. **La part des dépenses sociales dans le PIB varie beaucoup selon les pays**
Part des dépenses sociales dans le PIB (% , 2000-2010/12)



Note : Les périodes couvertes par les données diffèrent selon les pays. Les premières données remontent à 2005 pour le Maroc, mais à 2000 pour tous les autres pays. Les dernières données disponibles datent de 2010 pour le Costa Rica, la République dominicaine et le Maroc, de 2011 pour la Côte d'Ivoire et de 2012 pour l'Arménie et la Géorgie.

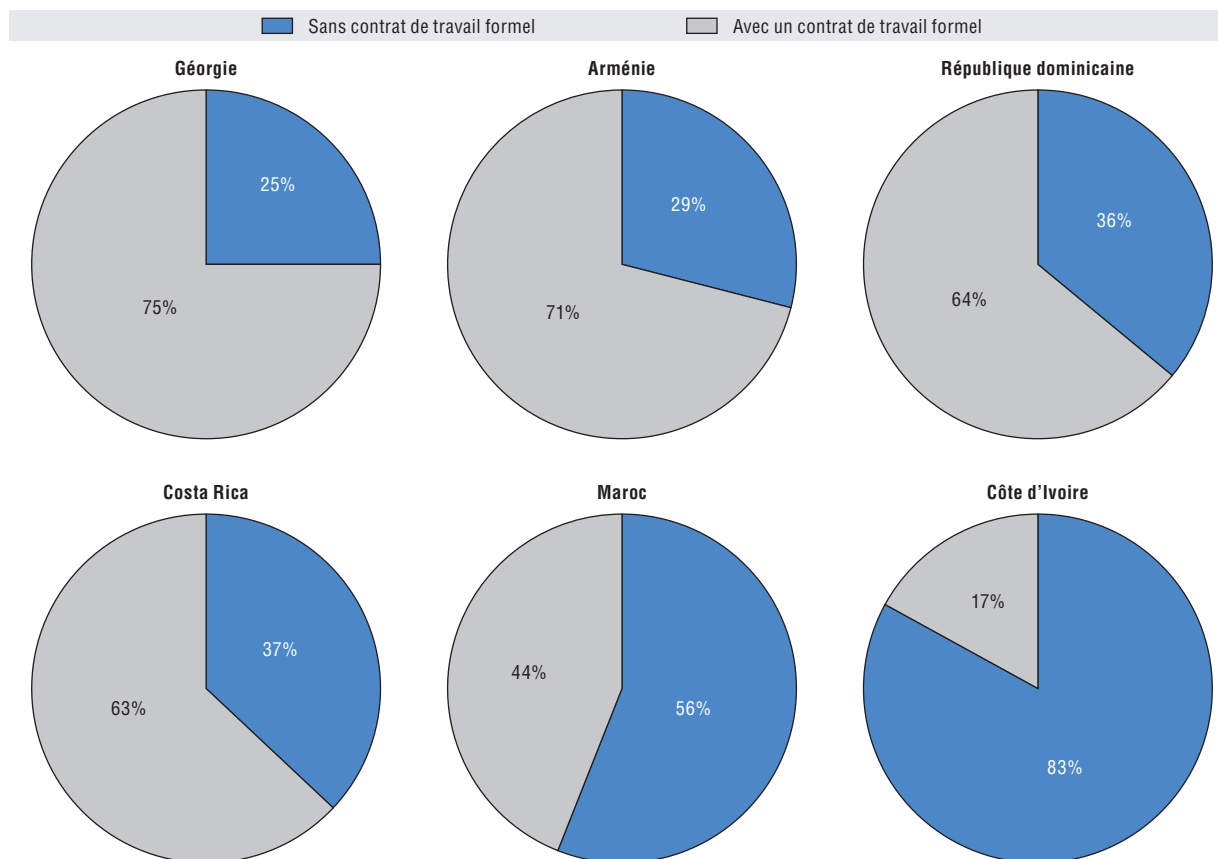
Source : OIT, Base de données de l'OIT (ILOSTAT), www.ilo.org/ilostat.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479155>

Avoir un contrat de travail formel est un déterminant important de la protection sociale, non seulement pour les travailleurs, mais pour leur famille. Les contrats formels minimisent les risques de travailler dans des conditions précaires et accroissent la probabilité de bénéficier d'une assurance et d'avantages liés à l'emploi. Beaucoup des avantages prévus dans les contrats de travail formels profitent également à la famille immédiate du travailleur. En cas de problème survenant avec l'employeur, les contrats de travail formels garantissent souvent aux travailleurs la possibilité de recourir au système judiciaire (OCDE, 2009). Ces contrats donnent une idée générale du niveau de couverture de la protection sociale dans un pays. Le graphique 7.3 illustre les conclusions du projet IPPMD relatives aux contrats de travail³. Le pourcentage de travailleurs sans contrat formel varie beaucoup entre les pays, de 25 % en Géorgie à 83 % en Côte d'Ivoire. Il est important de noter que le pourcentage tiré des données IPPMD est inférieur aux chiffres officiels pour le Costa Rica (44 %) et la République dominicaine (49 %), mais supérieur à ces chiffres pour l'Arménie (20 %) et la Côte d'Ivoire (70 %) (OIT, 2013)⁴. Cela peut tenir à la difficulté d'obtenir un échantillon de travailleurs informels dans les zones urbaines au Costa Rica et en République dominicaine, mais cela peut aussi traduire l'importance du travail informel dans les régions étudiées dans ces deux pays, la couverture de l'échantillon n'étant pas nationale. En Côte d'Ivoire, les chiffres officiels rendent certainement compte des personnes employées dans le secteur informel, mais omettent celles qui sont employées de façon informelle hors du secteur informel⁵ – les prendre en compte accroîtrait ce chiffre officiel et le rapprocherait du chiffre tiré des données IPPMD.

Graphique 7.3. Les taux de travail informel varient considérablement selon les pays

Part des travailleurs non agricoles sans contrat de travail formel (%)



Note : Les personnes employées dans le secteur agricole ne sont pas prises en compte. Les emplois agricoles correspondent aux « agriculteurs et ouvriers qualifiés de l'agriculture, de la sylviculture et de la pêche » (CITP 6) et aux « manœuvres de l'agriculture, de la pêche et assimilés » (CITP 92), sauf au Maroc, où ces manœuvres, que les données ne permettent pas de distinguer, ne sont pas compris dans les emplois agricoles.

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479169>

Comment les migrations influent sur la protection sociale et la santé

Un des effets majeurs des migrations sur la protection sociale et la santé peut se résumer ainsi : dans le contexte des migrations, les individus contribuent-ils davantage au système qu'ils n'en bénéficient, et dans quelle mesure les transferts de fond sont-ils utilisés pour payer des services dans ce secteur ? Aux fins de l'examen, cette question peut être décomposée comme suit :

1. Les nouveaux entrants peuvent être des utilisateurs des services. Ces entrants sont :
 - a. des immigrants, dont l'accès aux services peut, pour un certain nombre de raisons, être limité en droit et en fait
 - b. des migrants de retour, qui souvent connaissent déjà le système et y ont en général plus facilement accès.
2. Les entrants peuvent également contribuer à renforcer le système :
 - a. si l'émigration peut priver le secteur de travailleurs⁶, des travailleurs immigrants et migrants de retour peuvent combler les postes vacants
 - b. les immigrants et les migrants de retour peuvent contribuer à financer les services à travers les impôts qu'ils paient et les cotisations qu'ils versent.

3. Les transferts de fonds peuvent être utilisés pour faire face aux chocs, ce qui peut entraîner une augmentation de l'offre du secteur privé, et dans des cas extrêmes inciter les pouvoirs publics à réduire leurs dépenses en matière de programmes sociaux.

Cette section examine certaines de ces questions en s'appuyant sur l'analyse empirique des données IPPMD.

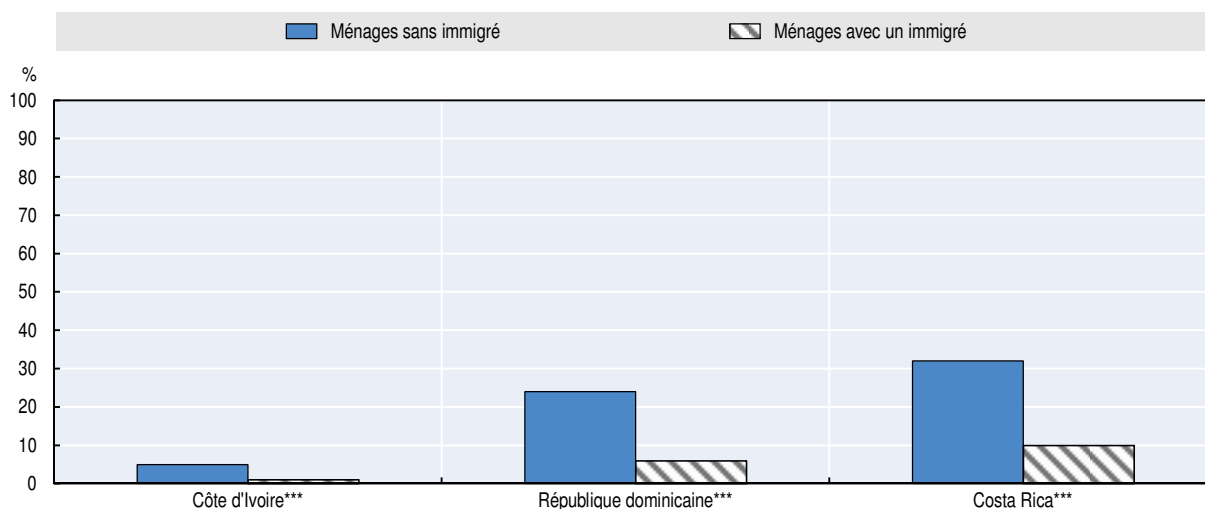
Les immigrants et les migrants de retour utilisent moins les services sociaux que le reste de la population

Selon une croyance répandue dans de nombreux pays, les immigrants seraient bénéficiaires nets des services sociaux et auraient donc un impact budgétaire négatif. Si un grand nombre d'entrants, immigrants ou migrants de retour, utilisent les services sociaux, une augmentation touchant l'un de ces groupes peut accroître la pression exercée sur le système. Mais, selon les données sur l'impact budgétaire net de l'immigration consacrées aux pays de l'OCDE, cet impact est en moyenne soit très faible, relativement au PIB, soit nul. Les différences entre les pays s'expliquent en grande partie par le fait que les immigrants travaillent ou non, et qu'il s'agit d'une immigration de travail, familiale ou humanitaire ; ce sont généralement les migrants de travail qui contribuent le plus (OCDE, 2013).

L'équipe IPPMD a recueilli des données indiquant si les ménages avaient bénéficié de transferts publics au titre des services de santé et si les individus s'étaient rendus dans un établissement de santé, et, si oui, combien de fois au cours des 12 derniers mois⁷. Dans les trois pays où l'immigration est étudiée – Costa Rica, Côte d'Ivoire et République dominicaine –, les ménages avec un immigré sont généralement moins susceptibles que les ménages sans immigré de recevoir des transferts sociaux du gouvernement (graphique 7.4).

Graphique 7.4. Les ménages avec un immigré sont moins susceptibles de recevoir des transferts gouvernementaux que les ménages sans immigré

Part des ménages recevant des transferts gouvernementaux (%), selon qu'ils ont ou non un immigré



Note : Les transferts gouvernementaux comprennent les prestations de retraite et toute autre prestation sociale versée par le gouvernement (y compris dans le domaine de la santé). La signification statistique, calculée au moyen du test du khi carré, est indiquée comme suit : *** : 99 %, ** : 95 %, * : 90 %. Les pays sont classés en fonction du ratio ménages sans immigré sur ménages avec un immigré.

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479175>

Pour le Costa Rica, la Côte d’Ivoire et la République dominicaine, une analyse de régression prenant en compte la taille et la richesse des ménages, le type de milieu du ménage (rural ou urbain), et la zone géographique, confirme un lien négatif entre le fait d’être un ménage avec un immigré et le fait de bénéficier de la protection sociale (tableau 7.2). En outre, les données montrent que ce résultat de dépend pas de ce que le ménage vit dans une zone rurale ou urbaine.

Connaissant mieux le pays, les migrants de retour utilisent le système différemment des immigrés et le font davantage comme les autres personnes vivant dans le pays. Ils peuvent rentrer au pays pour y prendre leur retraite, en faisant valoir leurs droits à une pension résultant de leur activité professionnelle passée. Cependant, là encore, les résultats pour l’Arménie et la Géorgie suggèrent que les migrants de retour sont moins susceptibles de recevoir des transferts gouvernementaux que les autres personnes nées dans le pays (tableau 7.2). Ces deux pays appellent activement leurs émigrés à rentrer, après des années de faible croissance économique. Les perspectives d’emploi et de niveau de vie s’étant améliorées, il se pourrait que ce soit les émigrés éduqués et appartenant à des classes d’âge de forte activité – caractéristiques associées à des personnes qui ont généralement moins besoin de transferts sociaux – qui rentrent. En Arménie, les migrants circulaires qui travaillent une partie de l’année en Russie restent parfois trop peu de temps au pays pour avoir droit à ces transferts. En Arménie, les résultats valaient à la fois pour les régions rurales et urbaines, mais, en Géorgie, c’est uniquement dans les zones rurales que les migrants de retour sont moins susceptibles que les autres personnes nées dans le pays d’avoir accès aux transferts gouvernementaux.

Tableau 7.2. **Les liens entre le statut migratoire des ménages et les transferts gouvernementaux**

Variable dépendante : Le ménage reçoit des transferts gouvernementaux		
Variables étudiées : Ménage avec un immigré et ménage avec un migrant de retour		
Modèle de régression : Probit		
Échantillon : Tous les ménages		
Variables étudiées :	Ménage avec un immigré	Ménage avec un migrant de retour
Arménie	s. o.	↓
Costa Rica	↓	
Côte d’Ivoire	↓	
Géorgie	s. o.	↓
Maroc	s. o.	s.o.
République dominicaine	↓	

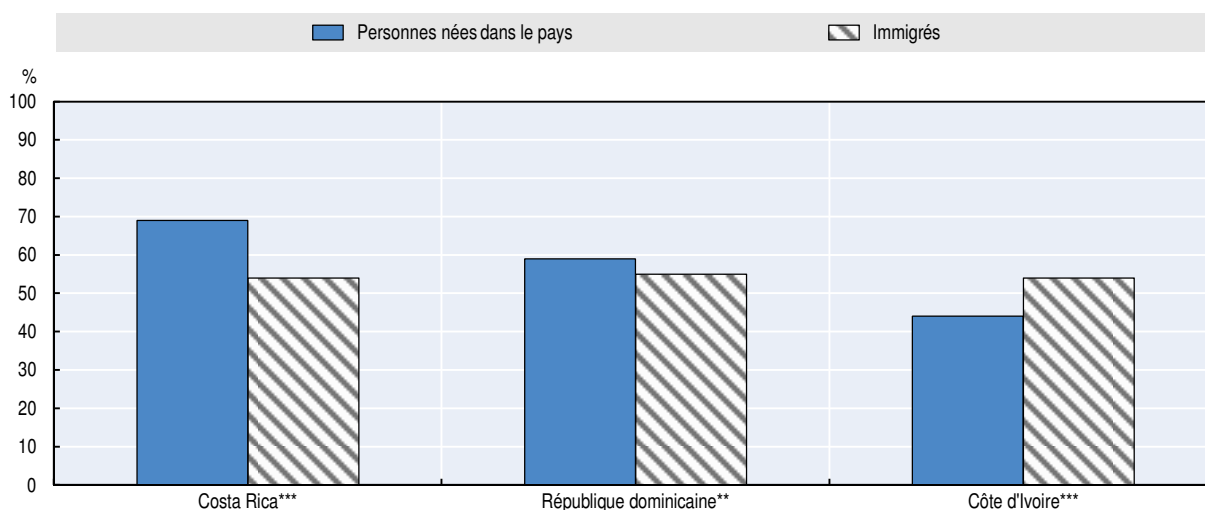
Note : Les flèches indiquent le sens de la relation entre la variable dépendante et la principale variable indépendante étudiée ; elles apparaissent seulement si le niveau de signification statistique est de 90 % ou plus. Ne sont pas inclus dans l’analyse sur les migrants de retour les ménages ayant tout autre lien avec les migrations (émigration, transferts de fonds ou immigration). La mention « s. o. » signifie que les données n’ont pas été recueillies pour le pays⁸.

Concernant les services de santé, les données suggèrent que les immigrés ne sont pas nécessairement plus susceptibles d’utiliser les établissements de santé que les personnes nées dans le pays (graphique 7.5). Au Costa Rica et en République dominicaine, ils sont même moins susceptibles de le faire, même si l’analyse de régression montre que les résultats ne sont pas robustes pour la République dominicaine quand sont pris en compte d’autres déterminants tels que le sexe, l’âge, la taille des ménages et le milieu rural (tableau 7.3). En Côte d’Ivoire, les immigrés sont plus susceptibles d’utiliser les établissements de santé que les personnes nées dans le pays. De façon générale, dans tous les pays, les femmes, les individus plus âgés et ceux qui vivent dans des ménages plus petits et ruraux sont

plus susceptibles d'avoir utilisé un établissement de santé au cours des 12 derniers mois. En Côte d'Ivoire, des régressions spécifiques effectuées pour chaque sexe et selon que la personne vit dans une région rurale ou urbaine montrent que la différence entre les immigrés et les personnes nées dans le pays est valable pour les femmes, mais pas pour les hommes. Le fait que la personne vive dans une zone urbaine ou rurale n'explique pas cette différence.

Graphique 7.5. **La fréquence d'utilisation des services de santé par les immigrés et les personnes nées dans le pays varie selon les pays**

Part des individus qui se sont rendus dans un établissement de santé au moins une fois au cours des 12 derniers mois (%)



Note : La signification statistique, calculée au moyen du test du khi carré, est indiquée comme suit : *** : 99 %, ** : 95 %, * : 90 %. Les pays sont classés en fonction du ratio personnes nées dans le pays sur immigrés.

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479188>

Tableau 7.3. **Les liens entre le statut du migrant et l'utilisation des établissements de santé**

Variables étudiées :	Immigré	Migrant de retour
Arménie	s. o.	
Costa Rica	↓	
Côte d'Ivoire	↑	
Géorgie	s. o.	↑
Maroc	s. o.	
République dominicaine		

Note : Les flèches indiquent une corrélation positive ou négative statistiquement significative entre la variable dépendante et la principale variable indépendante étudiée. La mention « s. o. » signifie que les données n'ont pas été recueillies pour le pays ou que l'échantillon était trop petit pour l'analyse. L'analyse des migrants de retour ne comprend pas les immigrés et les individus vivant dans des ménages recevant de transferts de fonds⁹.

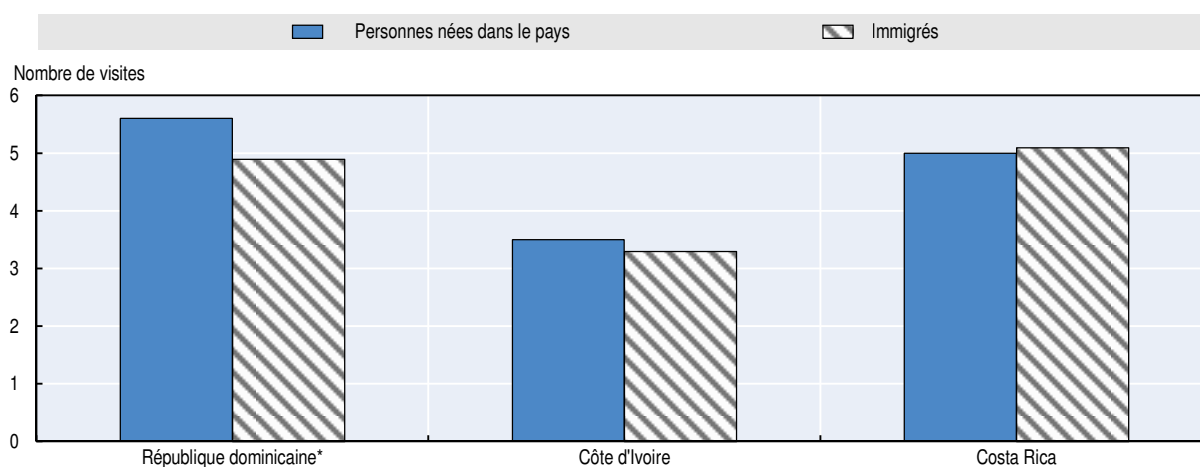
Les migrants de retour utilisent les services de santé dans les mêmes proportions que les autres individus, dans tous les pays, sauf en Géorgie, où ils sont plus susceptibles de les utiliser. La Géorgie est également le seul pays où l'utilisation des services de santé est plus fréquente dans les zones urbaines. Les migrants de retour qui s'établissent dans les zones urbaines peuvent donc décider de s'installer dans les villes, car les services de santé y sont de meilleure qualité et vont en s'améliorant, comparativement à ceux des zones rurales.

Une autre dimension de la question concerne la fréquence d'utilisation des services de santé par les différents groupes. Le nombre moyen de visites des individus qui s'étaient rendus au moins une fois dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois variait selon les pays : 4.4 visites en Arménie ; 5 au Costa Rica ; 3.4 en Côte d'Ivoire ; 5.5 en République dominicaine ; 4.9 en Géorgie ; et 1.1 au Maroc.

Le statut d'immigré n'entraînait aucune différence statistiquement significative en termes de nombre de visites dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois (graphique 7.6). Parmi les individus qui s'étaient rendus au moins une fois dans un établissement de santé, le nombre de visites était en moyenne le même pour les immigrés et les personnes nées dans le pays ; en République dominicaine, il était même légèrement inférieur pour les immigrés. La situation est similaire pour les migrants de retour en Arménie, en Côte d'Ivoire, au Costa Rica, en République dominicaine, en Géorgie et au Maroc (résultats non illustrés). Comme le confirme une analyse de régression de type MCO (moindres carrés ordinaires), prenant en compte l'âge, le sexe, le niveau de scolarité, le fait de vivre dans une zone rurale ou urbaine, ainsi qu'une variable de contrôle régionale (résultats non illustrés), les différences entre les immigrés ou les migrants de retour et les autres personnes vivant dans le pays ne sont pas statistiquement significatives.

Graphique 7.6. Il y a peu de différences entre les immigrés et les personnes nées dans le pays quant à la fréquence d'utilisation des services de santé

Nombre moyen de visites dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois



Note : La signification statistique, calculée au moyen du test T, est indiquée comme suit : *** : 99 %, ** : 95 %, * : 90 %. Les pays sont classés en fonction du ratio nombre moyen de visites effectuées par les personnes nées dans le pays sur nombre moyen de visites effectuées par les immigrés.

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933479199>

Partant, il n’y a pas de preuve que les immigrés ou les migrants de retour exercent une pression sur le système, du moins pour ce qui est des transferts gouvernementaux et de l’utilisation des services sociaux. Cependant, la différence entre les immigrés et les personnes nées dans le pays tient en bonne partie aux besoins de la population immigrée. Les immigrés arrivent souvent dans la fleur de l’âge et pour travailler. Leurs besoins en termes de transferts sociaux sont donc souvent au plus bas. De plus, les données IPPMD suggèrent que les avantages sociaux ne constituent pas une raison pour immigrer ou pour choisir un pays d’accueil en particulier. Enfin, il arrive que les immigrés ne soient enregistrés auprès d’aucune autorité gouvernementale, ce qui réduit pour eux la possibilité d’accéder à de tels services.

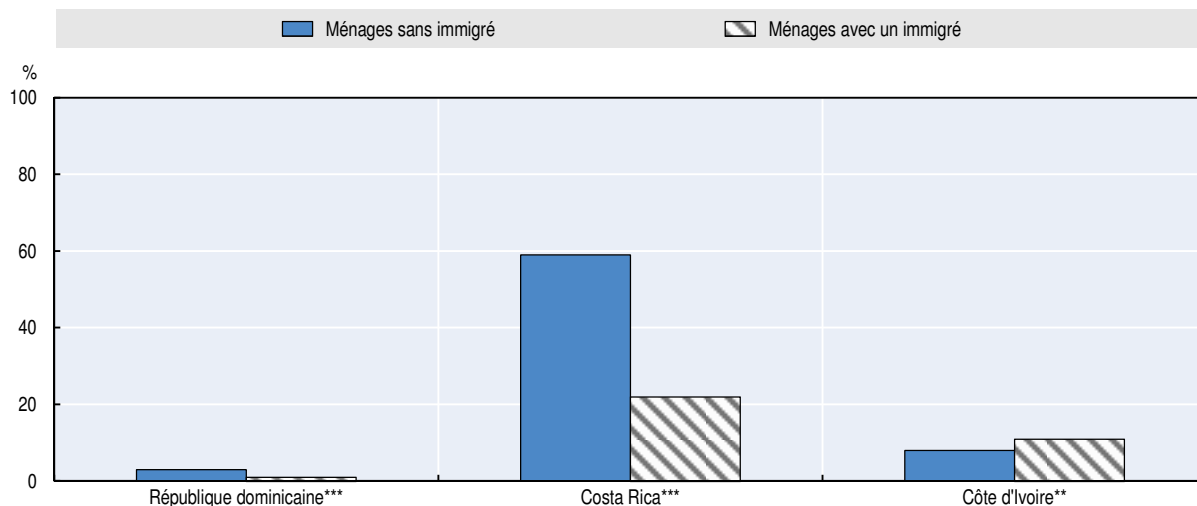
Les immigrés sont moins susceptibles de payer des impôts directs, en partie faute de contrat de travail formel

Les immigrés ou les migrants de retour peuvent contribuer au financement du secteur de la protection sociale à travers les impôts et les cotisations salariales, ce qui suppose habituellement un contrat de travail formel. Les données recueillies dans le cadre du projet IPPMD permettent de savoir si les ménages payaient des impôts¹⁰, quel montant ils avaient payé au cours des 12 derniers mois, et si les travailleurs individuels avaient un contrat de travail formel¹¹.

Au Costa Rica et en République dominicaine, les ménages avec un immigré sont généralement moins susceptibles que les ménages sans immigré de payer des impôts directs, mais le taux de réponse était très faible dans le dernier de ces pays. En Côte d’Ivoire, à l’inverse, les ménages avec un immigré sont plus susceptibles de payer des impôts (graphique 7.7). Une analyse de régression probit confirme ces résultats pour le Costa Rica comme pour la Côte d’Ivoire (tableau 7.4). Les résultats positifs en Côte d’Ivoire tiennent probablement au fait que la population immigrée y est installée de longue date et qu’elle est relativement bien intégrée dans le système du pays. De nombreux immigrés travaillent pour des entreprises bien établies exploitant des plantations de cacao.

Graphique 7.7. Au Costa Rica et en République dominicaine, les ménages avec un immigré sont généralement moins susceptibles de payer des impôts que les ménages sans immigré

Part des ménages qui paient des impôts (%), selon qu’ils comptent ou non un immigré



Note : En République dominicaine, seul un faible nombre de ménages (53) ont affirmé avoir payé des impôts. La signification statistique, calculée au moyen du test du khi carré, est indiquée comme suit : *** : 99 %, ** : 95 %, * : 90 %. Les pays sont classés en fonction du ratio part des ménages sans immigré qui paient des impôts sur part des ménages avec un immigré qui paient des impôts.

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479207>

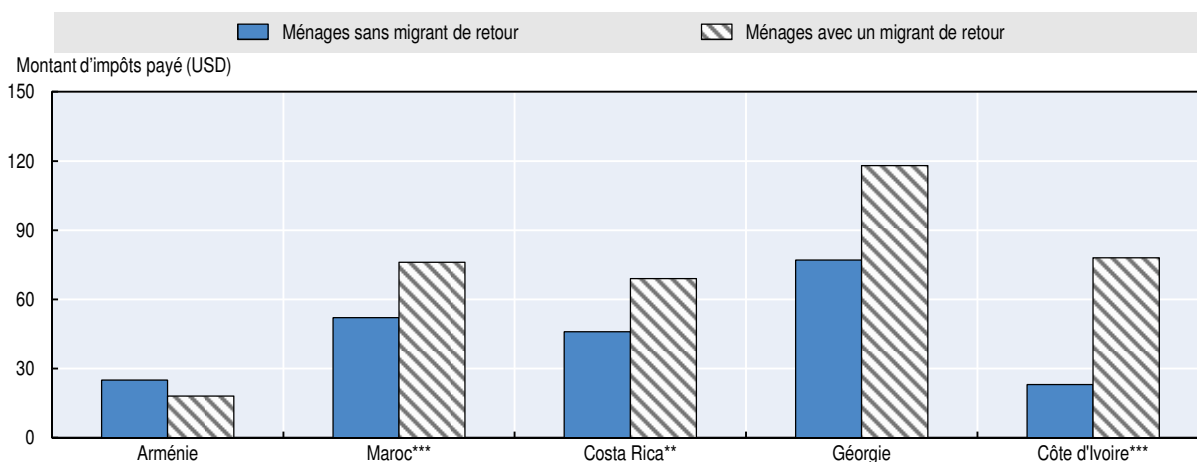
En Arménie, les ménages avec un migrant de retour sont généralement plus susceptibles de payer des impôts, tandis qu'ils sont moins susceptibles de le faire au Maroc, mais la régression probit ne permet de confirmer aucune de ces différences (tableau 7.4). Au Costa Rica, l'analyse de régression, qui prend en compte la richesse et la taille des ménages, montre plutôt que les ménages avec un migrant de retour sont moins susceptibles de payer des impôts.

Au-delà du fait de payer ou non des impôts, se pose la question des montants payés. L'équipe IPPMD a également recueilli des données sur les montants d'impôts payés par les ménages au cours des 12 derniers mois. Selon l'analyse de régression effectuée, dans la plupart des pays, il n'y a quasiment aucune différence entre les montants payés par les ménages selon qu'ils comptent ou non un immigré ; au Costa Rica, les ménages avec un immigré paient même davantage d'impôts (tableau 7.4).

Dans quatre des cinq pays examinés, les ménages avec un migrant de retour paient davantage d'impôts que les ménages sans migrant de retour, une tendance que l'analyse de régression confirme pour le Costa Rica, la Côte d'Ivoire et le Maroc (graphique 7.8 et tableau 7.4). Cela suggère qu'après avoir travaillé et acquis de l'expérience à l'étranger, les migrants de retour sont rentrés dans ces pays pour y occuper des emplois productifs. Quoi qu'il en soit, ils contribuent à financer le système de protection sociale.

Graphique 7.8. Les ménages avec un migrant de retour paient généralement plus d'impôts que les ménages sans migrant de retour

Montant moyen d'impôts payé au cours des 12 derniers mois par membre du ménage (USD), selon que le ménage compte ou non un migrant de retour



Note : Sur la base des taux de change au 1^{er} juillet 2014. La signification statistique, calculée au moyen du test T, est indiquée comme suit : *** : 99 %, ** : 95 %, * : 90 %. Seuls sont pris en compte les ménages qui paient des impôts. Les pays sont classés en fonction du ratio ménages avec un migrant de retour sur ménages sans migrant de retour. La République dominicaine n'est pas incluse en raison de la faible taille de son échantillon. Les ménages sans migrant de retour n'incluent pas les ménages ayant un lien quelconque avec les migrations (émigration, transferts de fonds et immigration).

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479217>

Plusieurs raisons expliquent que les immigrés soient généralement moins susceptibles de payer des impôts. Premièrement, comme ils occupent souvent des emplois saisonniers, les ménages avec un immigré peuvent rester trop peu de temps dans le pays pour être tenus d'y payer des impôts. Deuxièmement, sans doute est-ce la raison principale, les immigrés sont plus susceptibles de travailler hors du secteur formel et d'échapper ainsi au système de

recouvrement de l'impôt. Le graphique 7.9 compare l'exposition au travail informel chez les travailleurs selon qu'ils sont immigrés ou nés dans le pays. Au Costa Rica, en Côte d'Ivoire et en République dominicaine, les immigrés sont très nettement plus susceptibles d'être employés de façon informelle que les personnes nées dans le pays. L'analyse de régression confirme ces différences pour ces trois pays (tableau 7.5). De fait, il semble y avoir un lien avec le fait que le ménage paie ou non des impôts directs. Dans ces trois pays, il y a une corrélation entre le fait de compter un membre avec un contrat travail formel et le fait de payer des impôts, mais la proportion des ménages qui a payé des impôts alors qu'un de leurs membres avait un contrat de travail formel était beaucoup plus importante au Costa Rica (55 % contre 32 %) qu'en Côte d'Ivoire (12 % contre 9 %), ce qui peut en partie expliquer qu'au Costa Rica, contrairement à la Côte d'Ivoire, les ménages avec un immigré sont moins susceptibles de payer des impôts que les ménages sans immigré.

Tableau 7.4. **Les liens entre le statut migratoire et l'imposition des ménages**

Variables dépendantes : Le ménage paie des impôts et montant d'impôts payé par le ménage
Variables étudiées : L'individu est un immigré / l'individu est un migrant de retour
Modèle de régression : Probit et MCO
Échantillon : Tous les ménages

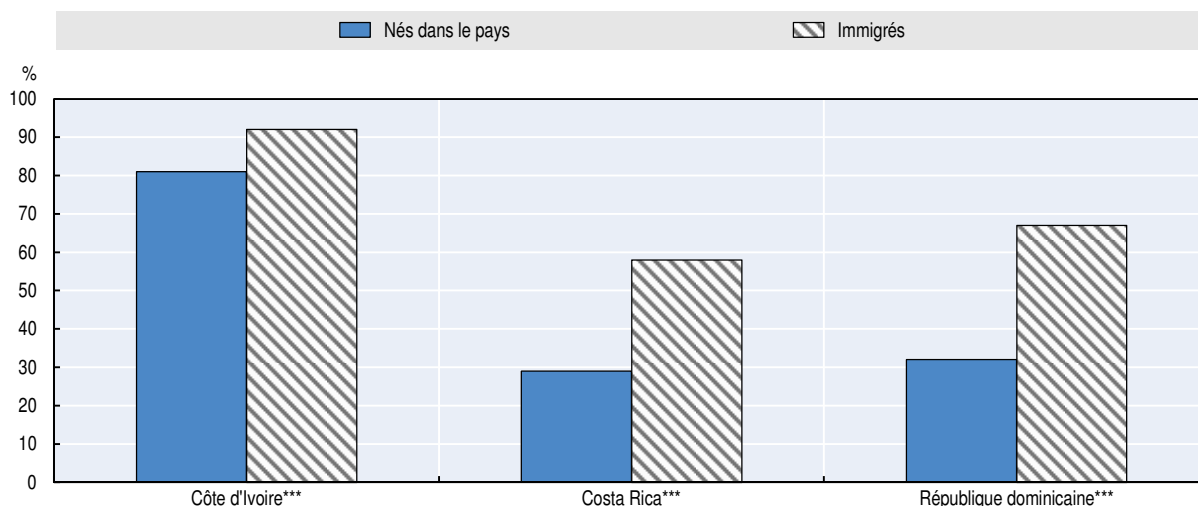
Variable dépendante :	Paie des impôts		Montant d'impôts payé	
	Immigré	Migrant de retour	Immigré	Migrant de retour
Arménie	s. o.		s. o.	
Costa Rica	↓	↓	↑	↑
Côte d'Ivoire	↑			↑
Géorgie	s. o.		s. o.	
Maroc	s. o.		s. o.	↑
République dominicaine				

Note : Les flèches indiquent une corrélation positive ou négative statistiquement significative entre la variable dépendante et la principale variable indépendante étudiée. La mention « s. o. » signifie que les données n'ont pas été recueillies pour le pays ou que l'échantillon était trop petit pour l'analyse. Ne sont pas inclus dans l'analyse sur les migrants de retour les ménages ayant tout autre lien avec les migrations (émigration, transferts de fonds ou immigration)¹².

Les résultats de la régression suggèrent que cela tient beaucoup aux caractéristiques individuelles des travailleurs et donc, probablement, à leur profession. Par exemple, les travailleurs plus qualifiés et âgés avaient plus de chances d'avoir un contrat de travail formel. Au Costa Rica, les contrats de travail formels étaient plus courants chez les hommes et dans les régions urbaines, ce qui laisse penser que le travail informel est plus répandu chez les femmes et dans les zones rurales – travail domestique, commerce de détail et industrie artisanale, par exemple.

Les migrants de retour travailleurs non agricoles étaient également plus susceptibles de ne pas avoir de contrat de travail formel en Arménie et au Maroc. En Arménie, cela tient probablement aux courtes périodes qu'ils passent dans leur pays d'origine en raison des mouvements de migration saisonnière (non illustré), qui peuvent les amener à travailler dans le secteur non agricole (comme le secteur du bâtiment en Russie). Au Maroc, il existe une corrélation avec le fait d'être jeune et peu éduqué, ce qui peut être lié à ce que de nombreux jeunes ont commencé à rentrer au Maroc, où les perspectives d'emploi s'améliorent, et à ce que les mesures énergiques adoptées en Europe contre l'immigration illégale incitent à quitter ce continent. Après de nombreuses années à l'étranger, beaucoup de migrants de retour peuvent arriver à trouver un emploi informel, mais avoir des difficultés à décrocher un emploi formel.

Graphique 7.9. **Les immigrants sont plus exposés à l'absence de contrat de travail formel**
Part des travailleurs non agricoles sans contrat de travail formel (%)



Note : Agriculture, sylviculture et pêche (CITP 6 et CITP 92) sont exclues. La signification statistique, calculée au moyen du test du khi carré, est indiquée comme suit : *** : 99 %, ** : 95 %, * : 90 %. Les pays sont classés en fonction du ratio part des individus nés dans le pays sur part des immigrants.

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479220>

Tableau 7.5. **Les liens entre le statut des migrants et l'emploi formel**

Variable dépendante : L'individu n'a pas de contrat de travail formel
Variables étudiées : L'individu est un immigré / l'individu est un migrant de retour
Modèle de régression : Probit
Échantillon : Individus employés âgés de 15 ans et plus

Variable étudiée :	Immigré	Migrant de retour
Arménie	s. o.	↑
Costa Rica	↑	
Côte d'Ivoire	↑	
Géorgie	s. o.	
Maroc	s. o.	↑
République dominicaine	↑	

Note : Les flèches indiquent une corrélation positive ou négative statistiquement significative entre la variable dépendante et la principale variable indépendante étudiée. La mention « s. o. » signifie que les données n'ont pas été recueillies pour le pays. Ne sont pas inclus dans l'analyse sur les migrants de retour les ménages ayant tout autre lien avec les migrations (émigration, transferts de fonds ou immigration)¹³.

En résumé, si les immigrants et les migrants de retour semblent moins utiliser les services sociaux que ne le font les individus (et les ménages) nés dans le pays, ils semblent également y contribuer dans une moindre mesure en raison de leur concentration dans le secteur informel. Cela peut tenir à une reconnaissance insuffisante de leurs diplômes ou à un manque d'opportunités dans le secteur formel. Surmonter ces obstacles permettrait de renforcer le capital humain dans les secteurs qui manquent de main-d'œuvre et d'accroître l'assiette fiscale pour l'État.

Les transferts de fonds sont utilisés pour financer les dépenses de santé

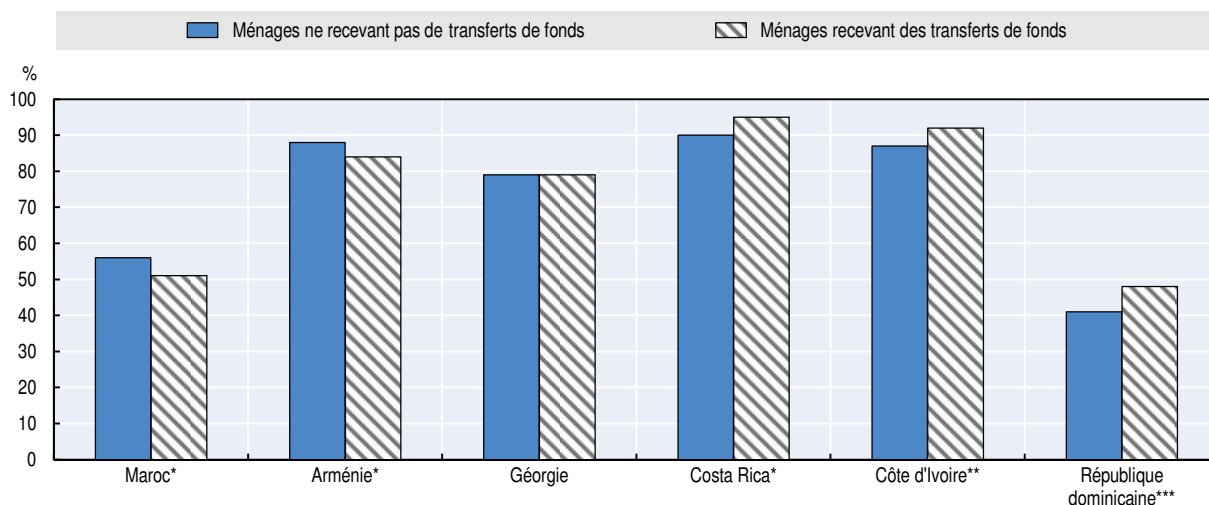
Les transferts de fonds aident à surmonter les contraintes de crédit, et les ménages peuvent les investir dans la protection sociale et la santé (Amuedo-Dorantes et Pozo, 2009 ; Bebczuk et Battistón, 2010 ; Kalaj, 2010 ; Kan, 2016). Cela peut compenser l'insuffisance des

services dans le pays (voir la section suivante). Cependant, les transferts de fonds peuvent également entraîner les pays dans une « trappe » de développement s'ils en viennent à s'y fier plutôt qu'à développer leurs propres services sociaux. Il a été démontré que, dans les pays en développement où les niveaux de transferts de fonds sont importants, les gouvernements consacrent moins de ressources au système public de protection sociale (Kapur et Singer, 2006). D'après les statistiques descriptives présentées au chapitre 6, dans six des pays partenaires du projet IPPMD, les traitements médicaux constituent l'une des trois activités principales entreprises par les ménages après l'émigration d'un de leurs membres.

L'équipe IPPMD a recueilli des données sur trois types de dépenses sociales : contributions de retraite, santé et assurances¹⁴. Les ménages recevant des transferts de fonds sont plus susceptibles de consacrer des ressources (ou de l'épargne) à au moins une de ces dépenses, prises globalement, au Costa Rica, en Côte d'Ivoire et en République dominicaine, alors qu'en Arménie et au Maroc, ces ménages étaient de façon statistiquement significative moins susceptibles de leur en consacrer (graphique 7.10).


Graphique 7.10. Les transferts de fonds n'entraînent généralement pas d'augmentation des dépenses sociales des ménages

Part des ménages qui ont fait des dépenses sociales au cours des 12 derniers mois (%), selon qu'ils reçoivent ou non des transferts de fonds



Note : Les dépenses sociales comprennent les dépenses effectuées au niveau des ménages à titre de contributions de retraite, d'assurances ou pour des raisons de santé. La signification statistique, calculée au moyen du test du khi carré, est indiquée comme suit : *** : 99 %, ** : 95 %, * : 90 %. Les pays sont classés en fonction du ratio ménages ne recevant pas de transferts de fonds sur ménages en recevant.

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933479234>

Cependant, l'analyse de régression suggère que, lorsque sont pris en compte la taille et la richesse des ménages, le fait de vivre dans un milieu rural ou urbain, ainsi que la zone géographique, les différences entre les ménages recevant des transferts de fonds et les ménages n'en recevant pas étaient significatives seulement en Arménie (relation négative) et en République dominicaine (relation positive) (tableau 7.6). Dans la plupart des pays, les dépenses sociales ne sont pas fonction des transferts de fonds, mais plutôt de la taille et de la richesse des ménages, ainsi que du milieu rural ou urbain, ce dernier facteur variant selon les pays. Des ménages comptant un plus grand nombre de membres peuvent faire des dépenses sociales plus importantes, simplement parce que davantage de personnes peuvent en avoir besoin, notamment des enfants et des personnes âgées. Si les ménages plus riches

sont portés à faire plus de dépenses sociales, c'est également, tout d'abord, parce qu'ils sont plus susceptibles d'opter pour l'émigration (auto-sélection positive), mais aussi parce que les ménages plus pauvres peuvent avoir d'autres priorités plus essentielles, comme l'alimentation et la consommation. Quant au milieu urbain ou rural, les dépenses sociales étaient corrélées avec les ménages ruraux au Costa Rica, en Côte d'Ivoire et en République dominicaine, mais avec les ménages urbains en Arménie et au Maroc. En fait, une analyse de régression portant sur les seuls ménages ruraux en République dominicaine suggère que les transferts de fonds y sont particulièrement utilisés pour financer les dépenses sociales ; ce n'est pas le cas dans les régions urbaines¹⁵. Cela tient probablement à ce que les transferts de fonds compensent le manque de services sociaux dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines.

La décomposition des dépenses par postes – santé, assurances et retraite – fait apparaître quelques différences entre les pays. Selon les régressions probit effectuées au niveau des ménages, le lien positif constaté pour les ménages recevant des transferts de fonds au Costa Rica et en Côte d'Ivoire (graphique 7.10) s'explique par les dépenses de santé : au Costa Rica, 95 % des ménages recevant des transferts de fonds faisaient des dépenses de santé, contre seulement 88 % des ménages n'en recevant pas ; en Côte d'Ivoire, les chiffres étaient de 91 % et 85 %. Le lien négatif mis en évidence pour l'Arménie dans le graphique 7.10 peut s'expliquer par le fait que seuls 7 % des ménages recevant des transferts de fonds dans ce pays consacraient des dépenses aux contributions de retraite, contre 11 % des ménages n'en recevant pas.

Le rôle joué par les transferts de fonds dans les dépenses de protection sociale des ménages pourrait être moins important dans les pays où la couverture de la protection sociale est universelle et où l'accès à ces services n'est pas particulièrement difficile pour les individus. Dans le cas du Maroc, le système médical peut suffire à répondre à la demande, raison pour laquelle le recours aux transferts de fonds n'est pas nécessaire.

Cela renforce l'idée que les ménages pourraient orienter les transferts de fonds vers des dépenses spécifiques selon les politiques en vigueur dans le pays. Ainsi, faire des dépenses de santé peut être judicieux dans certains pays, mais pas dans d'autres, en fonction de la qualité des services offerts ou de l'accès à ces services. Dans d'autres pays, il peut être plus judicieux de privilégier les contributions de retraite, tant le système de pensions peut être limité, voire inexistant. C'est là l'objet de l'analyse des politiques effectuée dans la section suivante.

Les transferts de fonds peuvent être utilisés directement pour financer des dépenses de santé (comme en Côte d'Ivoire et au Costa Rica), mais ils peuvent aussi permettre l'accès aux établissements de santé en finançant des dépenses non directement liées à la santé. Par exemple, ils peuvent couvrir les coûts de transport pour se rendre dans un établissement de santé ou la perte de revenus liée au fait d'y passer du temps. De fait, les analyses de régression probit révèlent un lien positif entre les transferts de fonds et le fait de s'être rendu dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois en Arménie et en Géorgie (tableau 7.6). Des analyses de régression distinctes pour les régions rurales et urbaines suggèrent que, dans ces deux pays, les transferts de fonds sont utilisés dans les zones rurales pour avoir accès aux établissements de santé, mais pas dans les régions urbaines. Ces deux pays comptent des régions isolées, en particulier l'hiver, ce qui peut expliquer que les transferts de fonds soient utilisés pour payer des services qui sont plus coûteux dans ces régions, ou pour se rendre dans une autre région. D'après l'enquête auprès des communautés, 41 % des communautés étudiées en Géorgie n'ont pas de centre de santé. Au Maroc, par contre, les transferts de fonds semblent être utilisés dans les régions urbaines pour avoir accès aux établissements de santé.

Tableau 7.6. **Les liens entre les transferts de fonds et les dépenses sociales**

Variables dépendantes : Dépenses sociales en général et utilisation d'un établissement de santé		
Variable étudiée : Le ménage reçoit des transferts de fonds		
Modèle de régression : Probit		
Échantillon : Tous les ménages et tous les individus		
Variable dépendante :	Dépenses sociales en général	Utilisation d'un établissement de santé
Échantillon :	Tous les ménages	Tous les individus
Arménie	↓	↑
Costa Rica		
Côte d'Ivoire		
Géorgie		↑
Maroc		↑ ¹
République dominicaine	↑	

Note : Les flèches indiquent une corrélation positive ou négative statistiquement significative entre la variable dépendante et la principale variable indépendante étudiée¹⁶.

1. Uniquement dans les régions urbaines.

Comment les politiques de protection sociale et de santé influent sur les migrations

La section précédente analysait la façon dont les migrations influent sur les secteurs de la protection sociale et de la santé, mais la relation joue également dans l'autre sens : les politiques menées dans ces secteurs peuvent influencer sur les résultats en matière de migrations.

L'effet des politiques de santé et de protection sociale dépendra du contexte national

De façon générale, l'accès aux soins de santé et aux autres services sociaux est universel dans les pays du projet IPPMD. Cependant, dans les faits, cet accès peut varier. Dans les régions éloignées, l'accès peut être limité à cause de la géographie et des coûts liés à la prestation de services fiables dans certaines zones. Concernant l'Arménie, les parties prenantes ont souligné lors des entrevues le manque d'accès des ménages pauvres. De plus, l'accès peut également être limité pour les migrants de retour en raison de procédures bureaucratiques.

À condition d'avoir un permis de travail ou un titre de séjour, les immigrants ont en général accès aux services dans les pays partenaires. Par exemple, au Costa Rica, tous les résidents permanents bénéficient de l'assurance-maladie universelle. En République dominicaine, la loi et la constitution du pays garantissent à tous un accès universel aux soins de santé, sans distinction d'origine, de race, de nationalité ou de statut migratoire. Ainsi, les hôpitaux publics dominicains ne peuvent pas refuser d'offrir des services de santé à quelqu'un en raison de sa nationalité ou de son statut juridique. La Côte d'Ivoire assure l'égalité d'accès aux services de santé pour tous les membres de la société, immigrants ou non, quel que soit leur statut. Ces caractéristiques des politiques apparaissent dans les stratégies nationales de développement de ces pays (encadré 7.1).

L'absence d'accès à ces services peut inciter les individus à quitter le pays ou à effectuer des transferts de fonds pour pallier aux manques. Cela peut aussi influencer sur les migrations de retour. Les émigrés peuvent décider de ne pas rentrer dans leur pays d'origine s'ils risquent de perdre l'accès aux prestations du régime de retraite auxquelles ils ont droit dans leur pays d'accueil. De plus, l'accès à de tels services constitue un des piliers de la cohésion sociale et, par conséquent, de l'intégration des immigrants. En un mot, les liens pouvant exister entre les politiques de protection sociale et de santé et les migrations sont complexes.

Les recherches IPPMD visaient à dégager un certain nombre de tendances grâce à l'analyse empirique. Leurs conclusions sont présentées ci-dessous.

Afin de cerner les liens existant entre les politiques de protection sociale et de santé et les résultats en matière de migrations, une série de questions ont été posées aux ménages et aux chefs de communauté concernant leur accès à la protection sociale et la couverture de cette dernière (encadré 7.2).

Encadré 7.2. Les politiques de protection sociale dans l'enquête IPPMD

Le projet IPPMD a recueilli des données concernant l'accès général aux services de santé, ainsi que les politiques relatives à la protection sociale, en particulier celles liées aux contrats de travail. Si toutes ces interventions ne sont pas le fait du gouvernement, le gouvernement y joue bien un rôle en assurant à quiconque réside dans le pays un accès à la santé et à une protection contre les situations pouvant affecter son bien-être. L'enquête IPPMD auprès des ménages comportait un certain nombre de questions sur les politiques relatives aux services de santé et aux contrats de travail (graphique 7.11). Si ces secteurs sont entendus dans ce chapitre selon la définition de l'UNRISD évoquée plus haut, leur définition pratique est ici bien plus étroite et se concentre avant tout sur les contrats de travail formels et les conditions d'accès – et l'accès de fait – aux soins de santé.

S'agissant des politiques relatives aux services de santé, des questions portaient sur l'accès aux établissements de santé (accès matériel et accès en droit à ces services), la distance de l'établissement le plus proche et la couverture de l'assurance santé du ménage. Il était également demandé si les travailleurs avaient ou non un contrat de travail formel, si ce contrat était ou non à durée indéterminée, et s'il donnait droit à des avantages tels que l'assurance maladie et les congés payés. L'enquête auprès des communautés comportait également des questions sur les politiques et programmes relatifs aux services de protection sociale disponibles dans les communautés étudiées, notamment s'agissant du nombre de centres de santé et de la qualité de l'eau consommée dans la communauté.

Graphique 7.11. Les politiques en matière de protection sociale et de santé examinées dans les enquêtes IPPMD

Politiques liées à la santé et à d'autres formes de protection sociale	Politiques liées aux contrats de travail	Programmes couverts dans l'enquête auprès des communautés
<ul style="list-style-type: none"> • Accès aux services de santé • Distance de l'établissement de santé le plus proche • Couverture de l'assurance santé • Accès à un système de retraite 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un contrat de travail formel • Indemnités médicales • Autres subventions et indemnités • Congés payés • Accès à un syndicat 	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de centres de santé • Qualité de l'eau

L'utilisation des établissements de santé, sur laquelle repose l'analyse de l'accès à ces établissements, variait selon les pays, de 37 % en Arménie à 65 % au Costa Rica (tableau 7.6)¹⁷. Le nombre de centres de santé dans les communautés où les données ont été recueillies variait considérablement d'un pays à l'autre. Il n'y avait aucun centre dans 40 % des communautés en Côte d'Ivoire, et dans 41 % d'entre elles en Géorgie, alors qu'il y en avait au moins un dans chacune des communautés étudiées dans tous les autres pays. En Arménie, 50 % des communautés comptaient seulement un centre de santé, alors que 86 % des communautés étudiées au Costa Rica comptaient plus d'un centre, contre 76 % en République dominicaine¹⁸.

Concernant la couverture de la protection sociale, presque tous les individus interrogés déclaraient avoir accès soit à un syndicat, soit à des indemnités liées au travail, soit à un système de retraite. En Géorgie, par exemple, cela s'explique par le caractère universel du régime de retraite, auquel chacun a accès en droit comme en fait. Ce n'était pas nécessairement le cas dans les autres pays – la couverture individuelle en matière de protection sociale variant selon les domaines –, cependant, tous domaines confondus, la couverture était presque universelle.

Tableau 7.7. **L'accès à une forme ou à une autre de protection sociale est presque universel**

Pays	Nombre (et pourcentage) d'individus interrogés, âgés de 16 à 64 ans	
	Utilisation des établissements de santé	Accès à une forme ou à une autre de protection sociale
Arménie	2 368 (37%)	972 (98%)
Costa Rica	3 920 (65%)	1 597 (98%)
Côte d'Ivoire	3 816 (46%)	405 (68%)
Géorgie	2 603 (41%)	368 (100%)
Maroc	2 545 (34%)	725 (100%)
République dominicaine	3 120 (58%)	731 (99%)
Moyenne non pondérée	47%	94%

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

Un meilleur accès à la protection sociale peut réduire le taux de d'émigration des individus

Le projet IPPMD a étudié si l'accès aux programmes de protection sociale influe ou non sur l'intention d'émigrer des individus nés dans le pays, celle des immigrés de rentrer dans leur pays d'origine et celle des migrants de retour d'émigrer de nouveau. Les résultats ont été vérifiés à l'aide d'une analyse de régression.

L'émigration constitue souvent une réponse à des chocs, à un climat d'incertitude ou à une vulnérabilité dans le pays d'origine (Hagen-Zanker et Himmelstine, 2013 ; Sabates-Wheeler et Waite, 2003). En les rendant moins vulnérables, les programmes de protection sociale peuvent empêcher que les individus n'émigrent parce qu'ils y sont contraints, au lieu de choisir librement de le faire. De fait, parmi les huit pays partenaires où les données sont disponibles, il y a une corrélation négative entre les dépenses sociales publiques (en part du PIB) et la part de la population qui a l'intention d'émigrer, ce qui suggère que de telles dépenses peuvent réduire l'émigration (graphique 7.12)

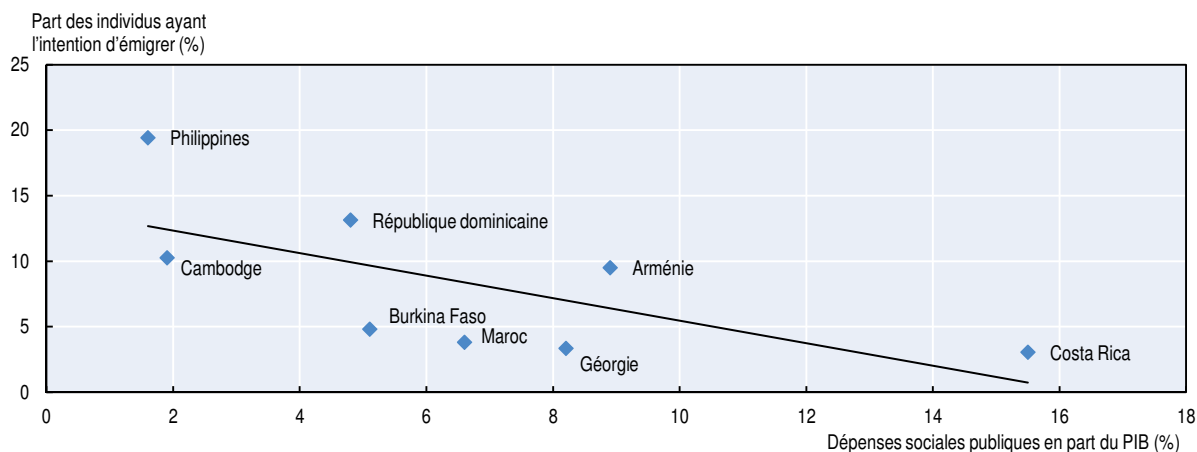
Plus spécifiquement, dans chaque pays, il y a une corrélation positive entre l'absence de contrat de travail formel et la part d'individus qui ont l'intention d'émigrer (graphique 7.13). En fait, l'analyse de régression montre que ne pas avoir l'intention d'émigrer est corrélé, au Maroc, avec le fait d'avoir un contrat de travail formel (tableau 7.9) et, en Géorgie, avec le fait d'avoir un contrat à durée indéterminée (non illustré).

Cependant, dans de nombreux cas, l'intention d'émigrer des individus nés dans le pays augmente avec la couverture de la protection sociale. Ce scénario semble concerner des individus auxquels leurs aptitudes et leur position sociale ouvrent des opportunités hors de leur pays. Par exemple, avoir accès à un syndicat, en Arménie, ou être membre d'un syndicat, au Costa Rica – tout comme le fait d'avoir un contrat de travail offrant des prestations de maladie, au Costa Rica – accroît la probabilité que la personne ait l'intention d'émigrer. Cela concerne plutôt des individus qui ont un emploi décent dans leur pays d'origine et de bonnes

perspectives d'emploi à l'étranger. Les individus faisant partie de groupes marginalisés, par exemple ceux à qui l'accès aux soins a été refusé lors de leur dernière visite dans un établissement de santé, sont moins susceptibles d'avoir l'intention d'émigrer, en Arménie, au Costa Rica, en République dominicaine et au Maroc (tableau 7.8).

Graphique 7.12. Les dépenses sociales publiques réduisent le taux d'émigration

Part des individus ayant l'intention d'émigrer et dépenses sociales publiques en part du PIB (%)



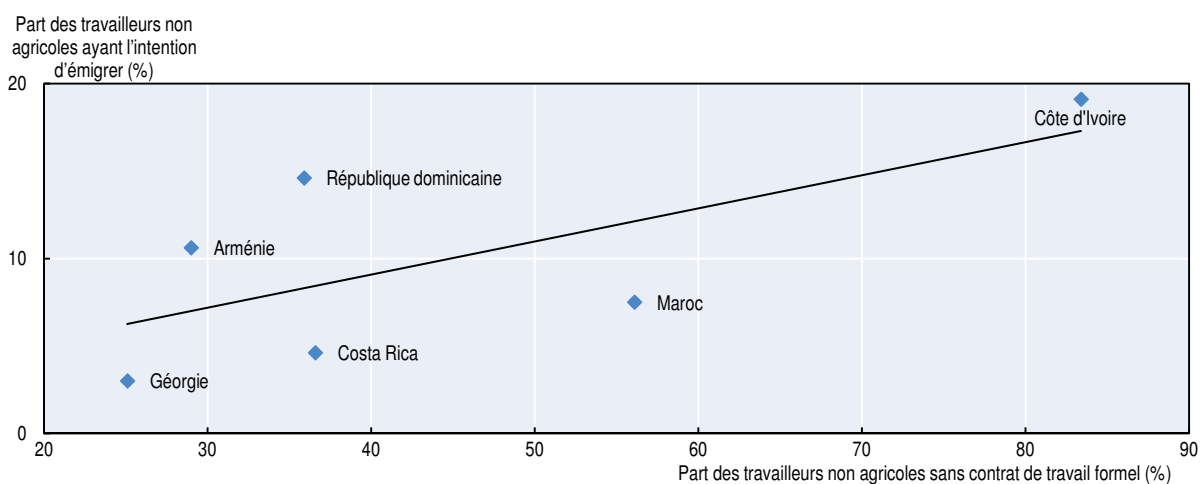
Note : Les données sur les dépenses sociales publiques datent de la dernière année pour laquelle elles sont disponibles, entre 2010 et 2012. La Côte d'Ivoire et Haïti ne sont pas inclus en raison des limites des données.

Source : Dépenses sociales publiques : base de données ILOSTAT de l'OIT, <http://www.ilo.org/ilostat/> ; part des individus qui ont l'intention d'émigrer : élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479245>

Graphique 7.13. L'absence de contrat de travail formel accroît le taux d'émigration

Part des travailleurs non agricoles ayant l'intention d'émigrer (%) et part des travailleurs sans contrat de travail formel (%)



Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479250>

La protection sociale influe également sur la probabilité que les immigrants aient l'intention de rentrer dans leur pays d'origine. Par exemple, au Costa Rica, cette intention est corrélée avec le temps nécessaire pour gagner l'établissement de santé le plus proche pour un travailleur. En République dominicaine, bénéficier d'avantages liés à l'emploi

– par exemple, assurance santé, système de retraite, appartenance à un syndicat et autres avantages tels que des indemnités pour le transport ou l'électricité – est corrélé avec une probabilité plus faible que les immigrés rentrent dans leur pays d'origine. Au Costa Rica, les travailleurs immigrés sans contrat de travail formel sont, à l'inverse, plus susceptibles de rentrer (tableau 7.9). Dans certains cas, cependant, les mesures de protection sociale ont un effet moins prévisible. Ainsi, pour les immigrés vivant au Costa Rica, le fait de bénéficier d'avantages autres que l'assurance santé est associé à une intention accrue de rentrer dans leur pays d'origine. Cela s'explique peut-être par le fait que des contrats liés aux migrations saisonnières peuvent procurer de tels avantages.

Tableau 7.8. **Les liens entre l'absence d'accès aux services de santé et les migrations**

Variables dépendantes : Intention d'émigrer et intention de rentrer dans le pays d'origine
Variable étudiée : L'individu a essayé d'avoir accès à un établissement de santé, mais en vain
Modèle de régression : MCO (modèle de probabilité linéaire)
Échantillon : Individus âgés de 15 ans et plus

Variable dépendante : (échantillon)	Intention d'émigrer (non-migrants)	Intention de rentrer dans le pays d'origine (immigrés)	Intention d'émigrer de nouveau (migrants de retour)
Arménie	↓	s. o.	s. o.
Costa Rica	↓		s. o.
Côte d'Ivoire			↓
Géorgie		s. o.	
Maroc	↓	s. o.	↓
République dominicaine	↓		s. o.

Note : Les flèches indiquent une corrélation positive ou négative statistiquement significative entre la variable dépendante et la principale variable indépendante étudiée. Migrants de retour et immigrés sont absents de l'échantillon pour lequel a été analysée l'intention d'émigrer ou non. La mention « s. o. » signifie que les données n'ont pas été recueillies pour le pays¹⁹.

Tableau 7.9. **Les liens entre les contrats de travail et les migrations**

Variables dépendantes : Intention d'émigrer et intention de rentrer dans le pays d'origine
Variable étudiée : L'individu n'a pas de contrat de travail formel
Modèle de régression : Probit
Échantillon : Individus employés âgés de 15 ans et plus

Variable dépendante : (échantillon)	Intention d'émigrer (non-migrants)	Intention de rentrer dans le pays d'origine (immigrés)	Intention d'émigrer de nouveau (migrants de retour)
Arménie		s. o.	↑
Costa Rica		↑	↓
Côte d'Ivoire			
Géorgie		s. o.	
Maroc	↑	s. o.	
République dominicaine			

Note : Les flèches indiquent une corrélation positive ou négative statistiquement significative entre la variable dépendante et la principale variable indépendante étudiée. Migrants de retour et immigrés sont absents de l'échantillon pour lequel a été analysée l'intention d'émigrer ou non. La mention « s. o. » signifie que les données n'ont pas été recueillies pour le pays²⁰.

Les résultats sont similaires quand les migrants de retour sont interrogés sur leur intention d'émigrer de nouveau à l'étranger. Ils sont moins susceptibles d'en avoir l'intention s'ils sont membres d'un syndicat, au Costa Rica, ou s'ils ont un contrat de travail formel, en Arménie, ou à durée indéterminée, au Maroc. C'est également le cas en Arménie des migrants de retour qui bénéficient d'un régime de retraite, sans doute parce qu'ils risqueraient de perdre le droit de prétendre à ces avantages au moment de

prendre leur retraite. Cela concorde avec le tableau favorable des services de réintégration offerts aux migrants de retour en Arménie que les parties prenantes ont dressé lors des entretiens.

Cependant, certains résultats sont plus inattendus. Les migrants de retour qui ont accès à un syndicat en République dominicaine et ceux qui bénéficient de l'assurance santé au Costa Rica ont plus souvent l'intention d'émigrer de nouveau, alors qu'on s'attendrait plutôt à ce que, jouissant de ces avantages, ils n'aient pas besoin de le faire. Cela pourrait suggérer que les migrants de retour ayant accès à ces services ont de bons emplois, ce qui leur procure des atouts lorsqu'ils envisagent d'émigrer de nouveau ou non.

Être couvert par la protection sociale réduit les flux des transferts de fonds

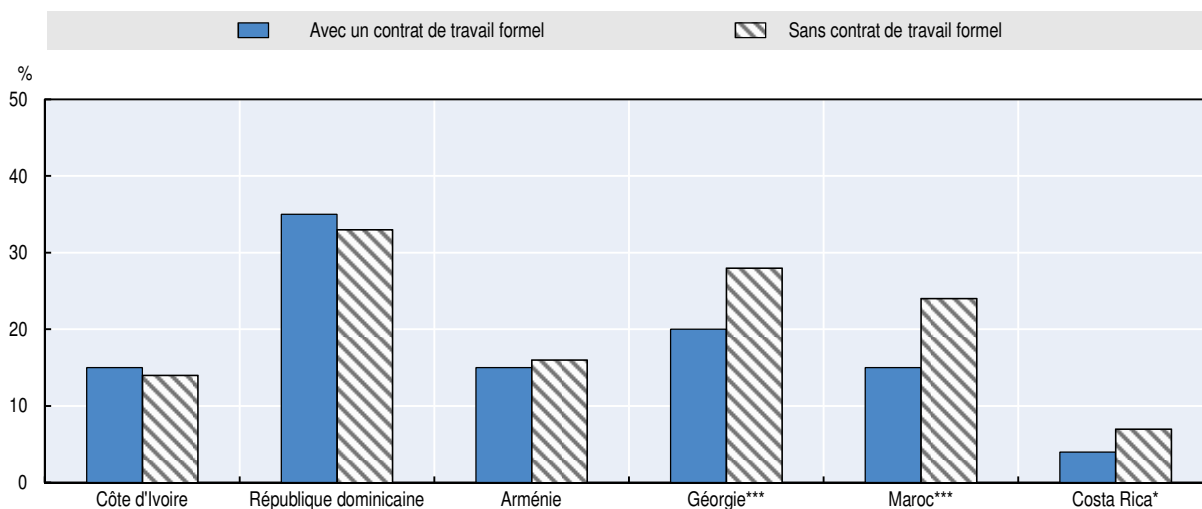
La couverture de la protection sociale peut aussi influencer sur les transferts de fonds. Les transferts de fonds peuvent compenser une couverture insuffisante, et de nombreuses preuves attestent qu'ils jouent un rôle s'apparentant à un mécanisme d'assurance. En substance, la littérature montre que les transferts de fonds peuvent constituer une sorte de stratégie de protection sociale privée en assurant des transferts de revenus vers les ménages défavorisés. Elle suggère que de tels transferts obéissent à deux grands types de raisons ou stratégies. Tout d'abord, il peut s'agir d'une stratégie d'adaptation : les ménages utilisent les transferts de fonds à des fins d'assurance et de diversification des risques. La deuxième stratégie, davantage centrée sur les migrants eux-mêmes, repose sur les notions d'investissement et d'héritage : les migrants effectuent des investissements dans leur famille dans l'espoir de recevoir un héritage (pour un examen de la question, voir Sabates-Wheeler et Waite, 2003). Il est empiriquement démontré que les transferts de fonds augmentent en l'absence de systèmes ou de programmes de protection sociale (Valero-Gil, 2008 ; Amuedo-Dorantes et Pozo, 2009 ; Bebczuk et Battistón, 2010 ; Brown et al., 2013). L'analyse menée ici porte sur la première hypothèse.

Une des conclusions principales a trait aux contrats de travail formels, qui s'accompagnent souvent d'une protection sociale minimum garantie par l'État. Tel qu'indiqué plus haut, le taux de travailleurs bénéficiant d'un contrat de travail formel varie beaucoup d'un pays à l'autre. Au Costa Rica, en Géorgie et au Maroc, les travailleurs non agricoles sans contrat de travail formel sont plus susceptibles de vivre dans des ménages recevant des transferts de fonds (graphique 7.14). Cela concorde avec l'idée selon laquelle les transferts de fonds compensent l'absence de couverture sociale au sein du ménage. En Géorgie et au Maroc, ces résultats sont également solides après une régression probit prenant en compte l'âge, le niveau de scolarité et le sexe, ainsi que la taille et la richesse des ménages, le fait de vivre dans une région rurale ou urbaine, et la zone géographique. De plus, une régression distincte de type MCO montre qu'en Côte d'Ivoire et en Géorgie, les individus sans contrat de travail formel vivent dans des ménages recevant des montants de transferts de fonds plus faibles²¹.

De plus, avoir accès à un syndicat offre aux travailleurs la possibilité de négocier de meilleures conditions de travail ainsi que d'autres avantages liés à l'emploi. Lorsque ces options font défaut, les transferts de fonds peuvent combler le vide. De fait, au Costa Rica et au Maroc, les individus qui ont accès à un syndicat vivent dans des ménages qui sont moins susceptibles de recevoir des transferts de fonds. Le tableau 7.10 résume les conclusions sur les contrats de travail et l'accès à un syndicat (les autres résultats ne sont pas illustrés).

Graphique 7.14. Les individus sans contrat de travail formel sont plus susceptibles de recevoir des transferts de fonds

Part des travailleurs non agricoles vivant dans des ménages recevant des transferts de fonds (%), selon le type de contrat



Note : La signification statistique, calculée au moyen du test du khi carré, est indiquée comme suit : *** : 99 %, ** : 95 %, * : 90 %. Les pays sont classés en fonction du ratio individus avec contrat de travail formel sur individus sans contrat de travail formel. Les chiffres ne tiennent pas compte des immigrants et des migrants de retour. Le Burkina Faso, le Cambodge, Haïti et les Philippines ne sont pas inclus en raison des limites des données.

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479269>

Tableau 7.10. Les liens entre la protection sociale et les transferts de fonds

Variables dépendantes : Ménage recevant des transferts de fonds et montant des transferts de fonds reçus

Variables étudiées : L'individu n'a pas de contrat de travail formel et l'individu a accès à un syndicat

Modèle de régression : Probit et MCO

Échantillon : Individus employés âgés de 15 ans et plus

Variable dépendante :	Ménage recevant des transferts de fonds		Montant des transferts de fonds reçus	
	L'individu n'a pas de contrat de travail formel	L'individu a accès à un syndicat	L'individu n'a pas de contrat de travail formel	L'individu a accès à un syndicat
Arménie				
Costa Rica		↓		
Côte d'Ivoire			↓	↑
Géorgie	↑		↓	
Maroc	↑	↓		
République dominicaine				

Note : Les flèches indiquent une corrélation positive ou négative statistiquement significative entre la variable dépendante et la principale variable indépendante étudiée. La mention « s. o. » signifie que les données n'ont pas été recueillies pour le pays²².

Le fait que les ménages bénéficiant des mécanismes de protection sociale reçoivent en général moins de transferts de fonds laisse penser que les transferts de fonds jouent le rôle d'un filet de sécurité sociale dans les pays où l'État-providence est peu développé. Cela pourrait également signifier que ceux qui reçoivent des transferts de fonds les utilisent de façon plus productive lorsqu'ils bénéficient déjà de la protection sociale. Cependant, les données IPPMD n'apportent aucune preuve qu'il y ait un lien direct entre le fait de posséder une entreprise et la couverture de la protection sociale. Cela peut tenir à ce que, même si les individus qui ne sont pas couverts vivent dans des ménages recevant des transferts

de fonds, il s'agit dans certains cas de ménages qui reçoivent des montants plus faibles (tableau 7.10). Ces ménages sont susceptibles d'être à la limite entre le point où l'on reçoit des transferts et celui où l'on n'en reçoit pas, et de se situer par conséquent dans le bas de l'échelle en termes de montants de transferts de fonds.

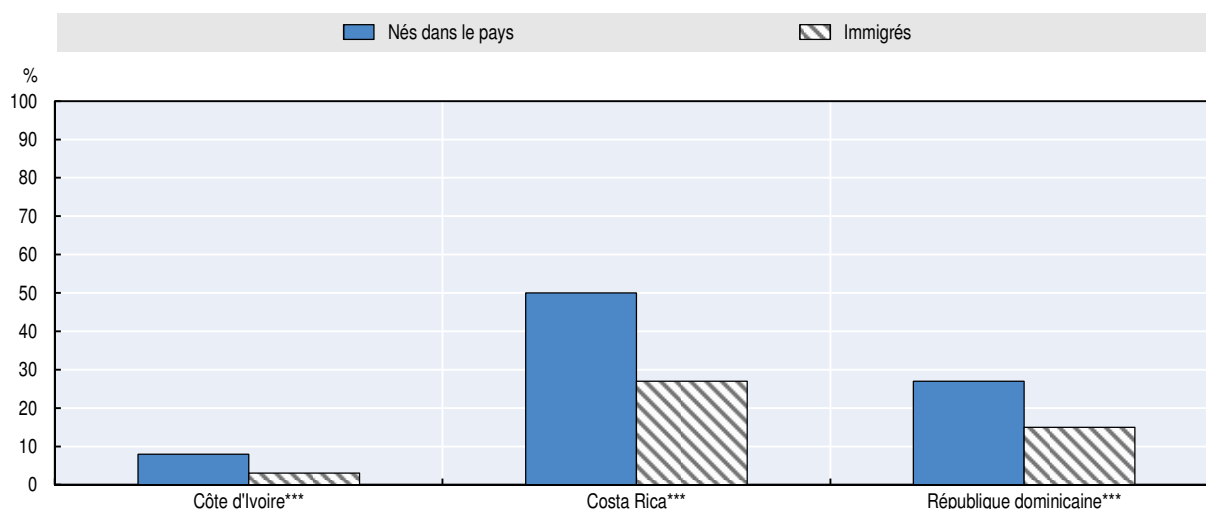
La protection sociale bénéficie moins aux immigrés, ce qui peut nuire à leur intégration

La dernière dimension de l'influence des politiques de protection sociale sur les processus migratoires est l'intégration des immigrés. Il est difficile de mesurer cette intégration en se fondant sur une seule variable. L'intégration dans le marché de l'emploi a été abordée au chapitre 3, et l'intégration en matière d'éducation, au chapitre 5. Ce chapitre analyse dans quelle mesure la couverture de la protection sociale se traduit par un sentiment d'intégration dans la société.

Le tableau est plutôt sombre pour les immigrés : ils vivent souvent plus loin de la clinique la plus proche et sont moins susceptibles d'être couverts par l'assurance santé à travers leur travail (graphique 7.15), de bénéficier d'un régime de retraite et d'avoir accès à un syndicat. C'est probablement dû au fait qu'ils sont également moins susceptibles d'avoir un contrat de travail formel dans le secteur non agricole, ou un contrat de travail à durée indéterminée. Comme l'ont déjà souligné le graphique 7.9 et le tableau 7.4, l'absence de contrat de travail formel touche plus fréquemment les immigrés que les personnes nées dans le pays. Une analyse de régression de type probit²³ a permis de comparer l'accès des immigrés et des individus nés dans le pays à plusieurs formes de protection sociale, en prenant en compte l'âge, le niveau de scolarité et le sexe des individus, la taille et la richesse des ménages, le fait de vivre dans une zone rurale ou urbaine, et la zone géographique ; les résultats sont présentés dans le tableau 7.11. Les immigrés sont moins susceptibles que les individus nés dans le pays non seulement d'avoir un contrat de travail formel, mais également d'avoir un contrat de travail à durée indéterminée.

Graphique 7.15. Les immigrés sont moins susceptibles de bénéficier d'avantages médicaux liés à l'emploi

Part des travailleurs bénéficiant d'avantages médicaux liés à l'emploi (%)



Note : La signification statistique, calculée au moyen du test du khi carré, est indiquée comme suit : *** : 99 %, ** : 95 %, * : 90 %. Les pays sont classés en fonction du ratio individus nés dans le pays sur immigrés.

Source : Élaboré à partir des données IPPMD.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933479279>

Selon les entretiens menés avec les parties prenantes, au Costa Rica, une partie du problème tient à la difficulté d’obtenir des documents officiels tels qu’un permis de résidence. Bien que ces documents ne soient pas toujours exigés pour avoir droit à ces avantages, dans les faits ils rendent leur accès plus facile. Selon les entretiens, il est parfois difficile d’obtenir des documents officiels, et cela peut exiger un certain capital ainsi que des compétences minimum en littératie.

Tableau 7.11. **Les liens entre le statut d’immigré et la couverture de la protection sociale**

Variable dépendante : L’individu est un immigré Variable étudiée : Accès à la protection sociale Modèle de régression : Probit et MCO Échantillon : Individus employés âgés de 15 ans et plus et tous les individus âgés de 15 ans et plus				
Variable dépendante :	A accès à un syndicat	A accès à un régime de retraite	Bénéficie d’avantages médicaux liés à l’emploi	Temps pour se rendre à la clinique médicale la plus proche
Échantillon :	Individus employés âgés de 15 ans et plus			Tous les individus âgés de 15 ans et plus
Costa Rica	↓	↓	↓	↑
Côte d’Ivoire	↓	↓	↓	↑
République dominicaine		↓	↓	

Note : Les flèches indiquent une corrélation positive ou négative statistiquement significative entre la variable dépendante et la principale variable indépendante étudiée²⁴.

L’intégration des immigrés est insuffisante, comme le montre le tableau 7.11, mais les discriminations et les taux de propriété du logement permettent de préciser plus encore la situation. Deux types de données ont été recueillies qui peuvent servir d’indicateurs, quoique imparfaits, du degré d’intégration des immigrés. Les premières portent sur le fait que l’immigré se sent ou non victime de discrimination dans le pays d’accueil. Ce chapitre n’approfondit pas les raisons pour lesquelles les individus se sentent discriminés, mais se concentre sur le fait qu’ils le sentent ou non. Le deuxième type de données est l’accession à la propriété des ménages : devenir propriétaire d’un logement est généralement un bon indicateur qu’un individu se plaît dans le pays d’accueil et a l’intention de s’y installer (OCDE et UE, 2015). En raison de la faiblesse de l’échantillon de travailleurs immigrés, les données ne permettent pas d’effectuer une analyse de régression. Cependant, elles suggèrent de façon générale que le fait d’être couvert ou non par la protection sociale ne semble pas avoir une grande incidence ni sur le sentiment de discrimination, ni sur la propriété d’un logement dans le pays d’accueil. Au Costa Rica et en République dominicaine, les immigrés sans contrat de travail formel sont moins susceptibles d’être propriétaires d’un logement que les immigrés qui ont un contrat de ce type (36 % contre 44 % au Costa Rica, et 13 % contre 23 % en République dominicaine), alors que c’est l’inverse en Côte d’Ivoire (57 % contre 43 %). Mais, dans ces trois pays, l’absence de contrat de travail formel influe peu sur le sentiment de souffrir de discrimination.

Recommandations de politiques

La protection sociale a suscité beaucoup d’attention ces derniers temps : de nombreux pays ont accru les budgets qu’ils lui consacrent afin d’étendre la couverture de la protection sociale et d’améliorer la cohésion sociale. Cela s’est finalement traduit dans l’ensemble des ODD. Ce chapitre s’est focalisé sur la relation entre les migrations et la protection sociale et la santé.

Contrairement à une croyance répandue, les immigrés n’utilisent pas les services sociaux plus que ne le font les personnes nées dans le pays, et c’est également vrai des migrants de retour comparativement aux non-migrants. S’ils sont moins susceptibles de

payer des impôts, les immigrants sont aussi moins susceptibles de bénéficier d'un contrat de travail formel, ce qui limite les possibilités pour l'État de les imposer. Dans quelques cas, les transferts de fonds semblent également servir à financer des dépenses sociales et des dépenses de santé.

D'autre part, la couverture en termes de protection sociale et de santé peut influencer sur les résultats en matière de migrations. De façon générale, la protection sociale a pour effet de réduire les flux d'émigration et le taux de retour des immigrants dans leur pays d'origine, mais d'accroître la probabilité que les migrants de retour, une fois rentrés, restent dans leur pays d'origine. Bon nombre de mécanismes de protection sociale qui s'avèrent efficaces sont liés à l'emploi. Par conséquent, adopter des mesures incitant les employeurs comme les employés à recourir aux contrats de travail formels peut réduire le besoin d'émigrer, tout comme peuvent y contribuer des avantages et des droits liés à l'emploi tels que l'accès à un syndicat, à l'assurance maladie et à un régime de retraite. De plus, quand de nouveaux services tels que des établissements de santé sont offerts dans une région, les responsables des politiques devraient s'assurer qu'il existe des mécanismes du marché de l'emploi adéquats et des infrastructures suffisantes, afin de donner aux individus l'opportunité de rester. La signature entre pays d'origine et pays de destination d'accords bilatéraux sur la transférabilité des droits de pension peut aussi être un moyen efficace de faciliter le retour des migrants (Holzmann, 2016).

Une protection sociale plus étendue contribue également à réduire les entrées de transferts de fonds. Au moment d'adopter de nouvelles politiques en matière de protection sociale, il est donc recommandé de les accompagner d'autres mesures incitant à investir et à réorienter les transferts de fonds au profit d'autres usages productifs.

Dans une large mesure, par rapport aux personnes nées dans le pays, les immigrants ne sont pas couverts par la plupart des services de protection sociale. Bien que les échantillons soient très limités et ne soient donc pas représentatifs, cette absence de couverture semble influencer sur l'intégration en termes d'accession à la propriété, en particulier au Costa Rica et en République dominicaine.

Table 7.12. Accroître la couverture des services de protection sociale et de santé pour obtenir de meilleurs résultats en matière de migrations et de développement

Recommandations de politiques	
Émigration	<ul style="list-style-type: none"> ● Renforcer le respect des règlements sur le travail, tels que les prestations de protection sociale dues aux employés ou la liberté d'association, et faciliter pour les employeurs et les employés les procédures d'enregistrement des contrats de travail formels, afin d'assurer des conditions de travail décentes et de réduire ainsi le besoin de chercher du travail ailleurs (par l'émigration). ● S'assurer que les nouvelles prestations en matière d'établissements de santé et de protection sociale dans les régions marginalisées ou isolées s'accompagnent d'infrastructures et de mécanismes du marché de l'emploi adéquats, afin de capitaliser sur les améliorations en termes de développement humain et d'atténuer les pressions à l'émigration.
Transferts de fonds	<ul style="list-style-type: none"> ● Créer et offrir des services liés à la santé afin de répondre à la demande des bénéficiaires de transferts de fonds. Pour être plus accessibles, ces services pourraient être couplés avec des organismes de microfinancement ou d'autres établissements financiers.
Migrations de retour	<ul style="list-style-type: none"> ● S'assurer de la facilité avec laquelle les migrants de retour pourront s'enregistrer pour accéder à la sécurité sociale et aux établissements de santé à leur retour, afin de réduire le besoin d'émigrer à nouveau. ● Passer des accords bilatéraux avec les principaux pays de destination pour assurer la transférabilité des droits de pension et des autres avantages sociaux.
Immigration	<ul style="list-style-type: none"> ● Accroître l'accès, en droit et en fait, à la protection sociale, notamment les régimes de retraite, l'assurance maladie, la liberté syndicale et les droits ouverts par les contrats de travail formels. ● Ajuster les investissements effectués dans les établissements de santé dans les quartiers où les niveaux d'immigration sont élevés.

Notes

1. Certaines des politiques abordées dans les chapitres précédents relèvent également du secteur de la protection sociale, mais elles ne sont pas analysées ici. Les mesures liées à l'emploi examinées dans ce chapitre sont celles qui visent directement à assurer un travail décent aux individus, comme les avantages liés à l'emploi, l'accès à un syndicat et les contrats de travail formels. Des mesures telles que les transferts monétaires conditionnels (TMC) en matière d'éducation, ainsi que les politiques et programmes spécifiquement conçus dans cette optique, ont déjà été analysées dans le contexte du secteur de l'éducation (chapitre 5).
2. Les autres chapitres intègrent le Burkina Faso dans l'analyse sur l'immigration, mais, faute de données adéquates concernant la protection sociale, ce pays est exclu de l'analyse de ce chapitre.
3. Par convention statistique, ces chiffres ne tiennent pas compte des travailleurs agricoles.
4. Il n'y a pas de données disponibles pour la Géorgie et le Maroc.
5. L'« emploi informel hors du secteur informel », selon la terminologie de l'OIT, comprend les travailleurs occupant des emplois informels dans des entreprises du secteur formel, en tant que travailleurs domestiques rémunérés employés par des ménages ou travailleurs familiaux collaborant dans des entreprises du secteur formel.
6. Cette question n'est pas au cœur du présent chapitre, mais il convient de rappeler que l'émigration affecte particulièrement le secteur de la santé aux Philippines et que les parties prenantes ont souligné à Manille que le secteur connaît des pénuries de main-d'œuvre considérables, en particulier dans les zones rurales (chapitre 3).
7. Les données sur les transferts gouvernementaux ont été recueillies au niveau des ménages, tandis que les questions portant sur l'utilisation des établissements de santé ont été posées à tous les membres actifs du ménage âgés de 15 ans et plus.
8. Les variables de contrôle utilisées dans les régressions comprennent la taille des ménages, le fait qu'il s'agit ou non d'une région rurale et un indicateur de la richesse des ménages. La régression portant sur les immigrés comporte une variable de contrôle supplémentaire concernant l'existence de tout lien que le ménage peut avoir avec les migrations, autre que l'immigration. Les erreurs types sont robustes en présence d'hétéroscédasticité.
9. Le modèle comprend des variables de contrôle au niveau des ménages (taille, richesse) et des caractéristiques (rurale ou non, et administrative) des régions. Les erreurs types sont robustes en présence d'hétéroscédasticité.
10. Les données fiscales recueillies dans le cadre du projet IPPMD ne faisaient pas la part entre les différents types de prélèvements. Cependant, ces données provenant du module sur les dépenses, il est raisonnable de penser qu'elles reflètent l'impôt sur le revenu et l'impôt foncier payés par les ménages, et donc les impôts directs. En outre, les immigrés peuvent payer des impôts indirects, tels que les taxes à la consommation sur les biens et services.
11. En comparant les ménages selon qu'ils payaient ou non des impôts directs, il est important de garder à l'esprit la possibilité d'un biais d'auto-sélection : il est possible que les ménages plus riches ou pratiquant l'évasion fiscale aient été moins portés à répondre à cette question. Seule une très faible proportion de ménages ont répondu à la question sur les impôts en Géorgie et en République dominicaine ; cette section se concentre donc davantage sur l'Arménie, le Costa Rica, la Côte d'Ivoire et le Maroc, où le taux de réponse était plus élevé.
12. Le modèle comprend des variables de contrôle au niveau des ménages (taille, richesse) et du caractère rural ou non des régions, et un effet fixe pour la zone géographique. Les erreurs types sont robustes en présence d'hétéroscédasticité.
13. Le modèle comprend des variables de contrôle aux niveaux des individus (âge, sexe et niveau de scolarité) et des ménages (taille, richesse), du caractère rural ou non des régions, et un effet fixe pour la zone géographique. Les erreurs types sont conformes à l'hétéroscédasticité.
14. Ces données sont tirées des réponses des ménages à une question offrant une liste de dépenses possibles (module dépenses du questionnaire). Dans ce contexte, alors que les dépenses de santé sont relativement faciles à appréhender, celles consacrées à la retraite et aux assurances le sont moins. À ce titre, ces dépenses sont entendues dans cette analyse comme les dépenses privées encourues par le ménage.
15. Aucun lien statistiquement significatif n'a été établi pour les autres pays.

16. Colonne 1 : le modèle comprend des variables de contrôle aux niveaux des ménages (taille, richesse) et du caractère rural ou non des régions, et un effet fixe pour la zone géographique. Colonne 2 : le modèle comprend des variables de contrôle aux niveaux des ménages (taille, richesse) et des individus (âge, sexe et niveau de scolarité), du caractère rural ou non des régions, et un effet fixe pour la région géographique. Les erreurs types sont robustes en présence d'hétéroscédasticité.
17. L'accès aux services de santé est universel en droit dans de nombreux pays partenaires, cependant il varie dans les faits, raison pour laquelle l'analyse s'est concentrée sur cet aspect.
18. Les données n'étaient pas disponibles pour le Maroc sur cette question.
19. Le modèle comprend des variables de contrôle aux niveaux des individus (âge, sexe, niveau de scolarité) et des ménages (taille, richesse), et du caractère rural des régions. En raison de la petite taille des échantillons, aucun effet fixe n'a été utilisé pour la région géographique. Les erreurs types sont robustes en présence d'hétéroscédasticité.
20. Le modèle comprend des variables de contrôle aux niveaux des individus (âge, sexe, niveau de scolarité) et des ménages (taille, richesse), et du caractère rural des régions. En raison de la petite taille des échantillons, la région géographique n'a pas été prise en compte. Les erreurs types sont robustes en présence d'hétéroscédasticité.
21. Le montant correspond aux transferts de fonds effectués par un ex-membre du ménage actuellement émigré, et non aux fonds que le ménage reçoit de quelque source que ce soit.
22. Les erreurs types sont conformes à l'hétéroscédasticité. Le modèle comprend des variables de contrôle aux niveaux des individus (âge, sexe, niveau de scolarité) et des ménages (taille, richesse), ainsi que du caractère rural des régions, et un effet fixe pour la zone géographique.
23. La régression utilisée pour mesurer la distance de la clinique la plus proche a été effectuée en appliquant le modèle des MCO.
24. Le modèle comprend des variables de contrôle aux niveaux des individus (âge, sexe, niveau de scolarité) et des ménages (taille, richesse), ainsi que du caractère rural des régions, et un effet fixe pour la zone géographique. Les erreurs types sont conformes à l'hétéroscédasticité et agrégées au niveau des ménages pour les régressions comportant des politiques ou une couverture mesurées au niveau des ménages.

Références

- Amuedo-Dorantes, C. et S. Pozo (2009), « New evidence on the role of remittances on health care expenditures by Mexican households », *IZA Discussion Paper*, n° 4617, Institute for the Study of Labor, Bonn, <http://ftp.iza.org/dp4617.pdf>.
- Banque mondiale (2016a), « Dépenses en santé, total (% du PIB) », *Indicateurs du développement dans le monde* (base de données), <http://data.worldbank.org/products/wdi>.
- Banque mondiale (2016b), Base de données ASPIRE, <http://datatopics.worldbank.org/aspire/>.
- Bebczuk, R. et D. Battistón (2010), « Remittances and life cycle deficits in Latin America », *CEDLAS Working Document*, n° 94, Center for Distributive, Labor and Social Studies, La Plata, Argentine.
- Brown, R., J. Connell et E. Jimenez-Soto (2013), « Migrants' remittances, poverty and social protection in the South Pacific: Fiji and Tonga », *Population, Space and Place*, vol. 20/5, Wiley, Hoboken, NJ, pp. 434-454.
- Hagen-Zanker, J. et C. Leon Himmelstine (2013), « What do we know about the impact of social protection programmes on the decision to migrate? », *Migration and Development*, vol. 2/1, Routledge, Abingdon-on-Thames, Oxfordshire, pp. 117-131.
- Holzmann, R. (2016), « Do Bilateral Social Security Agreements Deliver on the Portability of Pension and Health Care Benefits? A Summary Policy Paper on Four Migration Corridors between EU and Non-EU Member States », *Discussion Paper No. 1605*, Groupe de la Banque mondiale, pôle Travail et protection sociale.
- Honorati, M., U. Gentilini et R. Yemtsov (2015), *The State of Social Safety Nets 2015*, Groupe de la Banque mondiale, Washington, DC, <http://documents.worldbank.org/curated/en/415491467994645020/The-state-of-social-safety-nets-2015>.
- Kalaj, E.H. (2010), « Are remittances spent in a healthy way? Evidence from Albania », *MPRA Paper*, n° 49172, Munich Personal RePEc Archive, Munich, https://mpra.ub.uni-muenchen.de/49172/1/MPRA_paper_49172.pdf.

- Kan, S. (2016), « Improving health in Tajikistan: Remittances trump other income », *Discussion Papers*, n° 206, Université de Göttingen, Göttingen, http://www2.vwl.wiso.uni-goettingen.de/courant-papers/CRC-PEG_DP_206.pdf.
- Kapur, D. et D.A. Singer (2006), « Remittances, government spending, and the global economy », exposé présenté à la Réunion annuelle de l'International Studies Association (ISA), San Diego, CA, 22-25 mars 2006.
- NU (2016), « Déclaration de New York pour les réfugiés et les migrants », Nations unies, <http://refugeesmigrants.un.org/fr/d%C3%A9claration-de-new-york>.
- OCDE (2013), *Perspectives des migrations internationales 2013*, Éditions de l'OCDE, Paris, http://10.1787/migr_outlook-2013-fr.
- OCDE (2009), *L'emploi informel dans les pays en développement : Une normalité indépassable ?*, Éditions de l'OCDE, Paris, <http://10.1787/9789264059269-fr>.
- OCDE et UE (2015), *Les indicateurs de l'intégration des immigrants 2015 : Trouver ses marques*, Éditions de l'OCDE, Paris, <http://10.1787/9789264233799-fr>.
- OIT (2014), *World Social Protection Report 2014-15*, Organisation internationale du travail, Genève, http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/WCMS_245201/lang-en/index.htm (Rapport mondial sur la protection sociale 2014-15 : Résumé exécutif, http://www.ilo.org/global/research/global-reports/world-social-security-report/2014/WCMS_245153/lang-fr/index.htm).
- OIT (2013), *Women and Men in the Informal Economy: A Statistical Picture*, Organisation internationale du travail, Genève, www.ilo.org/stat/Publications/WCMS_234413/lang-en/index.htm.
- OIT (2012), *Recommandation concernant les socles nationaux de protection sociale*, no 202, adoptée à la 101e session de la CIT, le 14 juin 2012, Genève, http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_INSTRUMENT_ID:3065524.
- OMS (2016), *Neuvième Conférence mondiale sur la promotion de la santé : Promouvoir la santé pour atteindre les Objectifs de développement durable*, Organisation mondiale de la santé, Shanghai, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/conference-health-promotion/fr/>.
- OMS et Banque mondiale (2015), *Tracking Universal Health Coverage: First Global Monitoring Report*, Organisation mondiale de la santé et Groupe de la Banque mondiale, Genève et Washington, DC, www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2015/en/.
- Sabates-Wheeler, R. et M. Waite (2003), « Migration and social protection: A concept paper », *Working Paper T2*, Development Research Centre on Migration, Globalisation and Poverty, Université du Sussex, Brighton, http://www.migrationdrc.org/publications/working_papers/WP-T2.pdf.
- UNRISD (2010), *Combating Poverty and Inequality: Structural Change, Social Policy and Politics*, Institut de recherche des Nations unies pour le développement social, New York (*Vue d'ensemble : Combattre la pauvreté et l'inégalité : Changement structurel, politique sociale et conditions politiques*).
- Valero-Gil, J. (2008), « Remittances and the household's expenditures on health », *MPRA Working Paper*, n° 9572, Munich Personal RePEc Archive, Munich, <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/9572>.



Extrait de :

Interrelations between Public Policies, Migration and Development

Accéder à cette publication :

<https://doi.org/10.1787/9789264265615-en>

Merci de citer ce chapitre comme suit :

OCDE (2017), « Accroître la couverture des services de protection sociale et de santé pour obtenir de meilleurs résultats en matière de migrations et de développement », dans *Interrelations between Public Policies, Migration and Development*, Éditions OCDE, Paris.

DOI: <https://doi.org/10.1787/9789264274136-9-fr>

Cet ouvrage est publié sous la responsabilité du Secrétaire général de l'OCDE. Les opinions et les arguments exprimés ici ne reflètent pas nécessairement les vues officielles des pays membres de l'OCDE.

Ce document et toute carte qu'il peut comprendre sont sans préjudice du statut de tout territoire, de la souveraineté s'exerçant sur ce dernier, du tracé des frontières et limites internationales, et du nom de tout territoire, ville ou région.

Vous êtes autorisés à copier, télécharger ou imprimer du contenu OCDE pour votre utilisation personnelle. Vous pouvez inclure des extraits des publications, des bases de données et produits multimédia de l'OCDE dans vos documents, présentations, blogs, sites Internet et matériel d'enseignement, sous réserve de faire mention de la source OCDE et du copyright. Les demandes pour usage public ou commercial ou de traduction devront être adressées à rights@oecd.org. Les demandes d'autorisation de photocopier une partie de ce contenu à des fins publiques ou commerciales peuvent être obtenues auprès du Copyright Clearance Center (CCC) info@copyright.com ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC) contact@cfcopies.com.