

Le Centre International de Politiques pour la Croissance Inclusive est financé conjointement par le Bureau des politiques de développement du Programme des Nations Unies pour le développement et par le gouvernement du Brésil.

Le programme *Keluarga Harapan* (PKH) : Un programme de transferts en espèces indonésien

Suhasil Nazara et Sri Kusumastuti Rahayu¹

I. Introduction

C'est en 2007 que l'Indonésie a lancé son premier programme de transferts conditionnels en espèces. Baptisé *Keluarga Harapan*, il a pour objectif de renforcer le capital humain du pays en versant des transferts conditionnels en espèces aux ménages bénéficiant de services de santé et d'éducation précis. Le PKH agit à deux niveaux : il a d'une part un effet direct sur la consommation des ménages les plus pauvres, dans la mesure où il contribue à réduire le fardeau des dépenses liées au foyer/à la famille et permet d'autre part de consolider le développement du capital humain, dans la mesure où il investit dans les générations à venir en cherchant à améliorer les systèmes de santé et d'enseignement. C'est sur cette conjugaison de services d'assistance à court et à long terme que repose la stratégie du gouvernement visant à tirer les bénéficiaires du PKH de la pauvreté.

Le PKH est administré par le ministère des Affaires Sociales (MAS), sous l'étroite supervision de l'Agence de Planification Nationale (Bappenas). Depuis son lancement en 2007 sous la forme d'un programme pilote, le PKH est doté d'une composante de recherche intégrée à sa structure.

Sur le plan politique, la mise en œuvre d'un projet pilote permet une amélioration progressive du programme, observable grâce à la dimension réduite de sa couverture (qu'il s'agisse du nombre de foyers ou de zones géographiques couvertes). Le secrétariat de l'Équipe nationale pour l'accélération de la réduction de la pauvreté (TNP2K), qui siège dans le bureau du vice-président de la République d'Indonésie, plaide depuis 2010 pour renforcer le PKH, en étendre la couverture, rendre sa gestion plus efficace et intensifier ses bienfaits sur les populations pauvres.

II. Couverture, ciblage et impact du programme

En 2007, l'année de son lancement, le programme ciblait les habitants en situation d'extrême pauvreté, situés au-dessous de la barre des 80 pour cent du seuil de pauvreté de l'époque. Dans la mesure où il s'agissait d'un programme pilote, sa couverture initiale était très réduite (voir le tableau n°1). En 2012, il ne couvrait que 1,5 millions de ménages, un chiffre proportionnellement faible comparé aux soixante millions de ménages que compte l'Indonésie, dont 6,5 millions environ se trouvent sous le seuil de pauvreté. D'ici fin 2014, sa couverture devrait toutefois atteindre les 3,2 millions de ménages. Ce n'est qu'en 2012 qu'a été couverte l'intégralité des provinces, même si tous les régions englobées par ces provinces ne l'étaient pas nécessairement. Pour que le PKH ait un véritable impact sur les populations pauvres d'Indonésie, il est essentiel de procéder à son expansion.

Le ciblage du PKH est réalisé par l'Agence de statistiques indonésienne (*Badan Pusat Statistik, BPS*). En 2005, la BPS a pour la première fois mené une enquête de base sur la santé et le niveau d'éducation des habitants (*Survei Pendidikan dan Survei Pelayanan Dasar Kesehatan dan Pendidikan, SPDKP*) afin d'identifier les ménages en situation d'extrême pauvreté ainsi que les structures d'enseignement et de santé. Le registre établi en 2005, grâce auquel ce processus a pu avoir lieu, englobe 19,1 millions de ménages et a servi de base à la mise en œuvre du programme de transferts inconditionnels en espèces de 2005, le *Bantuan Langsung Tunai* (BLT). Cette enquête, menée chaque année, ne s'est pas uniquement concentrée sur les ménages mais a aussi cherché à déterminer si les structures en place étaient prêtes pour la mise en œuvre du PKH. En 2008, un autre processus de recensement a été conduit par l'Agence de statistiques indonésienne afin de mettre à jour les données récoltées à l'occasion du recensement antérieur (2005 PSE). Dans le cadre du programme *Pendataan Program Perlindungan Sosial* (PPLS) de 2008, l'éligibilité des ménages était déterminée à partir de quatorze indicateurs (Nazara, 2013). Entre 2009 et 2011, ce nouveau registre a été utilisé pour réaliser le ciblage du PKH. Depuis 2012, le ciblage du PKH se fonde sur la Base de données unifiée (*Basis Data Terpadu, BDT*). Fondée sur le registre de 2011, celle-ci contient les noms et adresses des membres appartenant aux 40 pour cent des foyers bénéficiaires les plus pauvres ; gérée par le secrétariat de la TNP2K, elle constitue un moyen d'unifier le système national de ciblage. La TNP2K est en mesure de fournir de plus amples informations sur la BDT (2013).

Les bénéficiaires du PKH sont soumis à plusieurs conditionnalités : les femmes enceintes doivent procéder à des consultations prénatales, les nouveau-nés et les enfants en bas âge doivent faire l'objet de soins et examens de santé post-natales et les enfants de six à dix-huit ans doivent suivre les neuf années de scolarité obligatoires. Les bénéficiaires sont versés chaque trimestre ; entre 2007 et 2012, le bénéfice annuel variait entre 600 000 et 2,2 millions de roupies, selon le statut de la famille ; le bénéfice annuel moyen par famille était alors de 1,4 million de roupies. En 2013, ces sommes ont été revues à la hausse et le bénéfice annuel moyen par famille a atteint 1,8 million de roupies.

III. L'impact du PKH

Il existe une abondante littérature consacrée à l'impact de programmes de transferts en espèces tels que le PKH. Ceux-ci ont en effet permis de faire progresser les performances scolaires des enfants issus de familles pauvres (Schultz, 2004) et indirectement profité aux familles non pauvres (Bobonis et Finan, 2005) ; ils sont à l'origine d'un phénomène d'auto-investissement qui a généré un effet multiplicateur des transferts (Gertler, Martinez et Rubio, 2005) ; ils ont permis aux mères et aux enfants d'être en meilleure santé (Gertler, 2004) et de faire diminuer les carences alimentaires (Hoddinott et Skoufias, 2003) ; ils ont stimulé les économies locales (Coady et Harris, 2001) et réduit les inégalités ainsi que la pauvreté (Soares et al., 2006).

Dans le cas particulier du PKH, de nombreuses études ont été écrites dans le but d'évaluer l'impact de ce programme. Plusieurs contrôles et enquêtes de terrain ont été menés par diverses agences, à la fois nationales et internationales. Au début du processus, l'agence Bappenas (2009) a mené une évaluation quantitative. Pour ce faire, elle a procédé à une intervention randomisée auprès des ménages ; des mesures ont été prises avant et après l'intervention, auprès du groupe de traitement et du groupe de contrôle. L'étude a montré que le PKH avait eu un impact positif à la fois globalement et sur une série d'indicateurs sanitaires (les visites en centres de santé, ou *Posyandu*, ont augmenté de trois points de pourcentage, le suivi de la croissance des enfants de cinq points de pourcentage et les vaccinations de 0,2 point de pourcentage) et d'indicateurs éducatifs (la fréquentation scolaire a par exemple augmenté de 0,2 point de pourcentage). Le PKH a également entraîné une hausse substantielle des dépenses mensuelles *per capita* consacrées à l'éducation et à la santé.

La Banque Mondiale a publié en 2010 une autre évaluation d'impact du PKH fondée sur la comparaison de groupes de contrôle et de groupes de traitement. Cette étude suggère que les zones couvertes par ce programme jouissent désormais d'un meilleur accès aux installations sanitaires : dans ces zones, les consultations pré et post-natales des femmes étaient en effet supérieures de sept à neuf points de pourcentage, le nombre d'enfants de moins de cinq ans pesés dans les centres de santé était supérieur de quinze à vingt-deux points de pourcentage et les accouchements réalisés en centres de santé ou assistés

par du personnel soignant (sages-femmes ou médecins) était supérieur de cinq à six points. Cette étude a également montré que les effets du PKH sont plus marqués dans les zones urbaines, où les structures de santé sont plus nombreuses et de meilleure qualité qu'en zones rurales. Par ailleurs, le PKH a indirectement profité aux ménages non bénéficiaires vivant dans les mêmes zones que les ménages bénéficiaires, où l'accès aux infrastructures de santé est globalement plus élevé que dans les zones non couvertes.

Dans le domaine de l'éducation, pour les neuf années d'enseignement obligatoire, l'évaluation d'impact n'a toutefois montré aucune différence significative entre les zones couvertes et non couvertes par le PKH ; ce constat peut s'expliquer par le fait qu'en Indonésie, le taux d'inscription et de fréquentation scolaires sont très élevés (autour de 95 pour cent).

Dans la mesure où ces indicateurs sont moins élevés pour le collège, des différences devraient être observables après intervention du PKH. Or, l'évaluation d'impact n'a rien montré de tel, ce qui laisse à penser que certaines imperfections du PKH doivent être corrigées. D'autres évaluations fournissent des éléments d'explication à ce sujet : (i) les paiements du PKH ne sont pas toujours effectués conformément aux délais établis, ce qui empêche les ménages composés d'enfants en dernière année de primaire d'inscrire ces derniers au collège et (ii) le bénéfice prévu par le PKH n'est pas suffisant pour payer les frais d'inscription au collège.

Par ailleurs, aucune preuve de l'impact du PKH sur la réduction du travail des enfants n'a été apportée par les évaluations. Cette carence peut généralement s'expliquer par l'absence de mécanismes au sein du PKH capables de traiter cette question. De plus, le bénéfice du PKH n'est théoriquement pas suffisant pour pousser les enfants à abandonner leur travail pour s'inscrire à l'école.

En ce qui concerne le niveau de consommation mensuel moyen des ménages bénéficiaires, l'étude suggère que celui-ci a augmenté de 10 pour cent entre 2007 et 2009. Les transferts en espèces reçus par les ménages PKH sont généralement utilisés pour faire face aux dépenses quotidiennes (consommation)

Tableau n°1 : Couverture du PKH, 2007–2012

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Nombre de ménages (en millions)	0,388	0,621	0,726	0,774	1,052	1,454
Budget (en million USD PPA)	79,244	113,065	126,688	146,049	210,181	228,287
Provinces (sur un total de 33)	7	13	13	20	25	33
Régions (sur un total de 497 en 2010)	48	70	70	88	119	169
Sous-régions	337	637	781	946	1 387	2 001
Villages	4 311	7 654	9 295	10,998	16,154	25,032

Source: ministère des Affaires Sociales, *profil du PKH*, 2013.

et aux dépenses d'éducation (uniformes, transport). Certains ménages les emploient également pour améliorer leurs conditions de logement et payer leurs dettes. La contraction de dettes figure en effet parmi les différents mécanismes de survie traditionnels auxquels ont recours les familles pauvres, tout comme la vente des biens ou la réduction de la consommation.

IV. Défis stratégiques du PKH

À l'avenir, le PKH devra relever plusieurs défis stratégiques qui peuvent être classés dans trois catégories : (i) expansion et structure institutionnelle, (ii) stratégie de sortie et d'autonomisation, (iii) complémentarité d'autres programmes.

Expansion et structure institutionnelle

Les résultats de l'évaluation d'impact du PKH mentionnés ci-dessus constituent le socle de l'expansion future des transferts conditionnels en espèces en Indonésie. Dans l'idéal, dans la mesure où il constitue un programme de réduction de la pauvreté, le PKH devrait couvrir l'intégralité des ménages situés sous le seuil de pauvreté en se fondant sur la base de données unifiée indonésienne, qui recensait en 2011 autour de 7,2 millions de ménages ; l'objectif fixé par l'administration actuelle pour fin 2014 n'est toutefois que de 3,2 millions de ménages, ce qui ne représente pas même la moitié de l'estimation du nombre de foyers pauvres.

On se rend compte de la difficulté que représente l'expansion du PKH en se posant la question de l'expansion géographique à laquelle le programme devrait procéder. Le tableau n°1 montre en effet que si le PKH couvrait toutes les provinces, certaines régions, sous-régions ou villages en étaient toutefois privés.

La stratégie d'expansion du PKH devrait conjuguer deux éléments majeurs. Il devrait dans un premier lieu s'étendre à l'échelle nationale : une fois intégrée l'intégralité des provinces, le PKH devrait dans l'idéal être appliqué dans les 497 régions que compte le pays (villes et municipalités), ce qui est prévu pour 2013. Dans un second lieu, le PKH devrait saturer les zones déjà couvertes, car cette perspective pourrait rendre son

fonctionnement plus efficace. Ce processus peut être mené au niveau sous-régional : le tableau n°1 suggère en effet qu'à ce niveau, le PKH n'est pas présent dans tous les villages. Il convient toutefois de préserver un certain équilibre entre l'objectif de la couverture nationale et le principe de saturation, dans la mesure où tous deux sont susceptibles de se porter mutuellement préjudice.

Pour mettre en œuvre l'expansion du PKH, il est par ailleurs impératif de disposer des ressources humaines adéquates. En 2012, 6 700 employés étaient en effet responsables de sa mise en œuvre ; le secrétariat de la TNP2K estime que pour un total de trois millions de ménages bénéficiaires, ce chiffre s'élèvera à 12 500. Pour améliorer l'efficacité de la gestion du programme, les centres informatiques actuels répartis dans les bureaux régionaux devraient en outre être administrés au niveau provincial.

Une autre composante à laquelle le PKH doit être attentif s'il souhaite procéder à son expansion est le mécanisme de paiement. Les bénéficiaires sont actuellement versés par le biais des bureaux de poste ; il est toutefois fondamental que le PKH réalise les paiements par l'intermédiaire du système bancaire. En effet, si les ménages en situation d'extrême pauvreté n'ont pas la possibilité d'ouvrir un compte en banque, une telle procédure leur serait toutefois profitable dans la mesure où elle leur permettrait de se familiariser avec la pratique de l'épargne, et celle-ci pourrait à son tour être réinvestie dans la consommation.

Les programmes classiques de transferts en espèces reposent sur des systèmes de gestion de l'information, il est donc indispensable que les administrateurs du PKH accordent une importance particulière à leur amélioration constante.

Sortie et émancipation

Le PKH poursuit un objectif double : à court terme, réduire la pauvreté et, à long terme, développer le capital humain du pays. Il va sans dire que ce programme ne devrait pas créer de dépendance à long terme ; son succès dépend donc essentiellement de l'existence d'une stratégie de sortie. Le fait que des ménages s'émancipent du programme

Tableau n°2 : Montant des bénéfices du PKH

Détail du transfert	Montant du bénéfice (Roupiés) 2007–2012	Montant du bénéfice (USD) 2007–2012	Montant du bénéfice (Roupiés) à partir de 2013	Montant du bénéfice (USD) à partir de 2013
Transfert en espèces fixe	200 000	20,75	300 000	31,13
Transfert variable pour chaque bénéficiaire :				
a. Enfants de 0 à 5 ans	800 000	83,01	1 000 000	103,77
b. Femme enceinte ou allaitante	800 000	83,01	1 000 000	103,77
c. Enfants en âge d'être à l'école primaire	400 000	41,51	500 000	51,88
d. Enfants en âge d'être au collège	800 000	83,01	1 000 000	103,77
Transfert annuel minimum	600 000	62,26	800 000	83,01
Transfert annuel maximum	2 200 000	228,29	2 800 000	290,55
Transfer annuel moyen par famille	1 390 000	144,24	1 800 000	186,78

Source: Directives du PKH

garantit également une certaine équité horizontale : ce faisant, ils libèrent une place qui sera par la suite occupée par un autre ménage qui n'aura pas encore eu droit au PKH.

Les directives actuelles du PKH ont été conçues pour réduire la pauvreté à court terme et permettent par conséquent que les ménages bénéficiaires quittent programme pour trois raisons :

- ils ne remplissent plus les critères d'éligibilité ;
- ils ne sont plus en situation de pauvreté ; ou
- ils ont atteint la durée maximale de participation de six ans.

Le premier motif de sortie du programme est d'ordre logique, comme le montre par exemple le cas d'un ménage dont l'enfant termine sa neuvième année de scolarité obligatoire, perdant ainsi ses droits. La seconde raison est moins évidente à définir : le programme doit être attentif à l'évolution des ménages afin d'identifier ceux qui parviennent à s'autonomiser. Ce second cas de figure présente une autre difficulté : le revenu de certains ménages fluctue autour du seuil de pauvreté, les maintenant dans une situation de vulnérabilité face aux chocs économiques. Aucune famille ne devrait être considérée comme autonome par le programme tant qu'il existe une probabilité non négligeable pour qu'elle retombe sous le seuil de pauvreté suite à sa sortie du programme. Le troisième motif de sortie, à savoir la limite des bénéficiaires à six ans, est la règle la plus simple à mettre en œuvre, bien qu'elle contredise la nature même du PKH, qui est de constituer un programme de transformation sociale. La capacité d'un ménage ou d'un individu à sortir de la pauvreté dépend d'un contexte et donc de facteurs internes au ménage lui-même, mais aussi de facteurs plus généraux, relatifs à son environnement économique, social et politique (citons par exemple des régions souffrant d'un accès limité aux infrastructures ou aux services, ou encore des zones frappées par des catastrophes naturelles).

Ainsi, la première série de bénéficiaires du PKH, celle qui y a été intégrée en 2007, ne devrait théoriquement plus bénéficier de ce programme en 2013 puisqu'elle aura alors épuisé les six années auxquelles elle a droit. Il a toutefois été estimé qu'il n'était ni dans l'intérêt des familles ni dans celui du programme de réduction de la pauvreté de tourner la page de cette première génération de façon abrupte. Il est nécessaire de développer une stratégie permettant au PKH de répondre au mieux aux besoins des ménages bénéficiaires, et plus généralement à ceux de la réduction de la pauvreté en Indonésie.

Cette stratégie porte le nom de « Processus de transformation » ; celui-ci consisterait à réévaluer le statut économique des familles au bout de leur cinquième année de participation afin de déterminer si elles sont encore éligibles. Ce processus serait également conçu dans le but d'évaluer d'autres facteurs affectant la capacité des bénéficiaires du PKH à sortir de la pauvreté. Les données ainsi obtenues seront ensuite utilisées pour décider si la participation des ménages au programme sera prolongée. De plus, ce processus pourrait permettre de récolter des informations relatives à l'accès des bénéficiaires à des programmes d'assistance sociale complémentaires ou à des programmes de réduction de la pauvreté, qui constituent des données utiles pour l'élaboration de la stratégie de sortie. La réévaluation du statut économique des ménages réalisée lors de la cinquième

année de participation au PKH laissera à l'équipe de gestion du programme un délai suffisant pour préparer la phase de transformation suivante, régie par les principes suivants :

- Un ménage bénéficiaire du PKH que le processus de réévaluation aura identifié comme pauvre (c'est-à-dire appartenant aux 10 pour cent les plus défavorisés du BDT) et éligible entrera dans une phase de transition. Ce ménage recevra un transfert en espèces pendant trois années supplémentaires et bénéficiera en outre d'autres programmes de protection sociale, tels que le *Jamkesmas* (assurance maladie), le BSM (assistance éducative), le *Raskin* (riz subventionné pour les ménages pauvres), etc. Durant les trois années du processus de transition, les bénéficiaires recevront des transferts en espèces de même valeur que les autres participants ; après cette phase, aucun processus de réévaluation ne sera réalisé et ils sortiront du programme.
- Les bénéficiaires dont le processus de réévaluation aura révélé qu'ils ne sont plus en situation de pauvreté (c'est-à-dire parmi les 10 pour cent du BDT les plus pauvres) et/ou qu'ils ne remplissent plus les critères d'éligibilité du PKH cesseront de recevoir les bénéfices et entreront dans une phase d'émancipation au cours de laquelle ils continueront de bénéficier d'autres programmes, tels que le *Jamkesmas*, le BSM et le *Raskin*, ainsi que d'autres programmes disponibles en matière d'amélioration des conditions de vie et de réduction de la pauvreté.

Le succès d'une telle Stratégie de transformation dépend d'un certain nombre de facteurs clés. Tout d'abord, le processus de réévaluation doit être mené régulièrement et pour chaque génération, exception faite de la génération de 2007, qui sera réévaluée en même temps que celle de 2008 puisqu'elle profitera déjà du programme depuis six ans. Ensuite, le PKH doit s'assurer que d'autres programmes de protection sociale sont prêts pour prendre en charge les ménages en phase d'autonomisation, d'où l'impératif de coordonner les programmes. Troisièmement, il est nécessaire de sensibiliser les bénéficiaires de façon intensive aux règles de fonctionnement du programme.

Programmes complémentaires

Les programmes indonésiens de réduction de la pauvreté sont de trois sortes. Le PKH fait partie d'une première catégorie ciblant les individus et les ménages. Les autres programmes appartenant à cette première catégorie sont le *Raskin* (riz subventionné), le *Jamkesmas* (assurance maladie) et le BSM (aide monétaire à l'éducation). La seconde catégorie englobe plusieurs programmes du PNPM (Programme national du gouvernement pour l'autonomisation de la communauté), un ensemble de programmes menés au niveau des communautés. La troisième catégorie a quant à elle pour vocation de développer les micro et petites entreprises par le biais du *Rakyat* (KUR), qui consiste avant tout en un programme de garantie des crédits administré par des banques publiques et privées participantes.

Le concept de complémentarité peut être envisagé sous deux angles, comme il sera expliqué plus bas : sa couverture (les plus pauvres devraient bénéficier de l'intégralité des programmes de la première catégorie) et son fonctionnement.

Jusqu'à 2011, la complémentarité des programmes posait un vrai problème en Indonésie, dans la mesure où chaque programme était assorti de sa propre base de données.

D'un point de vue conceptuel, puisque le PKH est distribué à des ménages en situation d'extrême pauvreté et sa couverture est la plus faible de tous les programmes de la première catégorie, tous les bénéficiaires du PKH auraient également dû profiter du *Raskin*, du *Jamkesmas* et du BSM ; il n'en a pourtant pas été ainsi. Des tentatives furent toutefois menées pour faire en sorte que les programmes se complètent les uns les autres. En 2009, le ministère de la Santé donna par exemple pour instruction aux structures de santé d'inclure dans le *Jamkesmas* tous les ménages bénéficiaires du PKH ; ainsi, les membres du PKH n'ont aujourd'hui besoin que de la carte du PKH pour être soignés gratuitement dans n'importe quel centre de santé.

Le BSM et le PKH sont eux aussi complémentaires. En 2010 et 2011, une liste de noms et d'adresses d'enfants bénéficiaires du PKH fut établie auprès des écoles par l'autorité en charge du programme ; celle-ci fut transmise par le secrétariat du TNP2K au ministère de l'Éducation et de la Culture pour que ce dernier en intègre les membres au PKH. Il n'existe toutefois aucune garantie pour que ce genre de complémentarité, mise en œuvre au cas par cas, soit systématique à long terme. Dans le cas de la coordination entre le PKH et le *Jamkesmas*, la couverture géographique du PKH s'est étendue chaque année, sans que les zones nouvellement intégrées n'aient pour autant connaissance de ce dispositif ; ainsi, nombreux sont les bénéficiaires à se plaindre, aujourd'hui encore, du fait que les centres de santé n'aient pas accepté leur carte du PKH.

Une fondation pour la couverture complémentaire a été fondée en 2011, lorsque l'Indonésie a institué son Registre unique national, le BDT. Il est censé garantir le maintien de la complémentarité des couvertures. Depuis 2012, tous les noms et adresses soumis au PKH pour son expansion ont également été pris en compte par le système de ciblage du *Jamkesmas*, du *Raskin* et du BSM. Si les programmes sont encore gérés indépendamment par des ministères différents, la méthode de ciblage (d'individus ou de ménages) de tous les programmes se fonde sur un seul et même registre national : le BDT.

La complémentarité des programmes peut également être envisagée du point de vue des objectifs de ces programmes. Le PKH a pour vocation de verser des revenus supplémentaires aux ménages pour aider ces derniers à couvrir leurs dépenses ; il a également pour objectif de renforcer le capital humain en facilitant notamment l'accès des ménages aux structures de santé et d'éducation. Pour ce faire, le PKH dispose d'équipes dont le rôle est de fournir un soutien aux ménages en situation de pauvreté. Le rôle de cette équipe ne devrait pas se limiter à assister les ménages pauvres en matière de services offerts par le PKH ; ces équipes devraient également permettre aux bénéficiaires du PKH d'avoir accès à différents services publics et activités de développement. Il s'agit des personnes indiquées pour vérifier que les ménages PKH peuvent acheter les quantités de riz dont ils ont besoin et au prix adéquat. Ces équipes devraient également collaborer étroitement avec l'équipe du PNPM afin de permettre aux ménages PKH de participer aux sessions de planification du village et d'y faire entendre leur voix.

Ces équipes devraient également jouer un rôle central dans la mise en relation du PKH et du BSM ; cette fonction rejoindrait la consigne officielle inscrite dans les directives du BSM d'inclure automatiquement les enfants des ménages PKH

dans le programme du BSM. En un mot, leur rôle ne devrait pas uniquement se concentrer sur le fonctionnement interne des programmes. Le PKH peut également servir de programme central par le biais duquel les ménages pauvres peuvent accéder à tous les services publics disponibles dans leur région, qu'il s'agisse de services publics relatifs à la participation à la vie communautaire, à l'inscription à l'état civil en vue de l'obtention de documents d'identité ou d'autres types de documents civils, à des travaux d'entretien intensifs des infrastructures locales, etc. Si le PKH était disposé à devenir ce programme de référence, il serait essentiel qu'il soit coordonné de près avec d'autres agences gouvernementales, à la fois locales et centrales.

La complémentarité des programmes soulève également l'importante question de la forte dépendance du PKH à l'existence d'infrastructures, telles que les écoles et les centres de santé. Dans des régions où celles-ci sont rares, ce programme de transferts conditionnels en espèces n'atteindrait pas ses objectifs. À ce titre, l'expansion du PKH devrait également tenir compte des infrastructures disponibles dans la région. L'enjeu est ici de faire en sorte que l'existence d'infrastructures ne soit pas exclusivement du ressort du gouvernement central ; or, comme dans un grand nombre de cas le gouvernement local est lui aussi responsable du réseau d'infrastructures, il est essentiel de coopérer avec cette instance.

V. Observations finales

Malgré ses sept années d'existence, le PKH indonésien doit encore relever un certain nombre de défis : il lui faut encore étendre considérablement sa couverture pour intégrer une grande proportion de ménages pauvres du pays ; il lui faut renforcer son efficacité dans de nombreux domaines ; son évolution doit être planifiée en tenant compte des processus d'autonomisation et de transition des bénéficiaires du PKH ; enfin, il lui faut resserrer ses liens avec les autres programmes de réduction de la pauvreté et de protection sociale. Dans le souci d'une amélioration continue des programmes, il est fondamental de constamment chercher à réformer ces derniers.

1. Suahasil Nazara est professeur d'économie à Jakarta, à l'Université d'Indonésie, et coordonne le groupe de la TNP2K consacré aux politiques. Sri Kusumastuti Rahayu dirige quant à lui le groupe consacré aux politiques de catégorie 1. Tous deux sont basés au secrétariat de la TNP2K. Les auteurs souhaitent remercier Fiona Howell et G. Irwan Suryanto pour leurs commentaires sur le présent travail. Toute erreur contenue par ce dernier ne relève que de ses auteurs.

La Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K) est une équipe ministérielle présidée par le Vice-président de la République d'Indonésie. Sa mission consiste à coordonner les programmes de politique stratégique pour la réduction de la pauvreté en Indonésie. Composé d'académiciens, de chercheurs et d'autres professionnels, son secrétariat joue le rôle d'une cellule de réflexion en matière de politiques ; son but est de promouvoir le processus d'élaboration de politiques fondé sur les faits et le savoir.

Ce Policy Research Brief est une publication conjointe du Centre International de Politiques pour la Croissance Inclusive (IPC-IG), Brésil, et de la Tim Nasional Percepatan Penanggulangan Kemiskinan (TNP2K), Indonésie. L'IPC-IG bénéficie du soutien conjoint du Programme des Nations-Unies pour le développement et du gouvernement brésilien. La TNP2K a été fondée par le gouvernement indonésien et jouit du soutien du gouvernement australien par le biais du mécanisme de soutien à la réduction de la pauvreté (Poverty Reduction Support Facility, PRSF).

Références:

Bappenas (2009). *Laporan Akhir Evaluasi Program Perlindungan Sosial: Program Keluarga Harapan 2009*. Jakarta, Bappenas.

Bobonis, G. et F. Finan (2005). *Endogenous Social Interaction Effects in School Participation in Rural Mexico*. Berkeley, CA, Université de Californie.

Coady, D. et R.L. Harris (2001). 'Evaluating Transfer Programs Within a General Equilibrium Framework', *FCND Discussion Paper*, n°110. Washington, DC, International Food Policy Research Institute.

Gertler, P. (2004). 'Do conditional cash transfers improve child health? Evidence from PROGRESA's control randomized experiment', *American Economic Review*, 94 (2): 336–341.

Gertler, P., M. Sebastian et M. Rubio (2005). *Investing Cash Transfers to Raise Long Term Living Standards*. Berkeley, CA, Université de Californie.

Hoddinott, J. et E. Skoufias (2004). 'The Impact of PROGRESA on Food Consumption', *Economic Development and Cultural Change*, 53 (1): 37–61.

Ministère des Affaires Sociales (2013). *PKH Program Profile*. Jakarta, ministère des Affaires Sociales.

Suahasil Nazara. (2013) Single Registry for Better Targeting of Social Protection Programmes in Indonesia. *Poverty in Focus* n°25. International Policy Centre for Inclusive Growth.

Schultz, T.P. (2004). 'School Subsidies for the Poor: Evaluating the Mexican Progresa Poverty Program', *Journal of Development Economics*, 74 (1): 199–250.

Soares, F.V., S. Soares, M. Medeiros et R.G. Osorio (2006). 'Cash Transfer Program in Brazil: Impact on Equality and Poverty', *International Poverty Centre Working Paper*, No. 21, June. Brasília, International Poverty Centre.

Banque Mondiale (2010). 'PKH Conditional Cash Transfer', *Social Assistance Program and Public Expenditure Review*, n°6. Jakarta, Banque Mondiale Indonésie.

Traduit par Amélie Courau.

Les opinions exprimées dans cette note de synthèse sont celles de ses auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles du gouvernement brésilien, du gouvernement indonésien, du gouvernement australien ni celles du Programme de Développement des Nations Unies.



Australian Government

Department of Foreign Affairs and Trade



Centre International de Politiques pour la Croissance Inclusive
Programme des Nations Unies pour le développement

SBS, Quadra 1, Bloco J, Ed BNDES, 13º andar
70076-900 Brasília - DF - Brazil

Téléphone: +55 61 2105 5000
E-mail: ipc@ipc-undp.org ■ URL: www.ipc-undp.org