



République Tunisienne
Ministère des Affaires Sociales
CENTRE DE RECHERCHES ET D'ETUDES SOCIALES



Etudes de Faisabilité des garanties du Socle National de Protection Sociale

Résumé Exécutif
Mai 2019



Organisation
internationale
du Travail



République Tunisienne
Ministère des Affaires Sociales

CENTRE DE RECHERCHES ET D'ETUDES SOCIALES

Études de faisabilité
des garanties
du Socle National de Protection Sociale
Résumé exécutif

Mai 2019

Table des matières

Introduction.....	4
Accès aux soins Universel.....	6
Le revenu minimum pour ceux qui en sont dépourvus.....	11
Le revenu minimum pour les personnes âgées et les personnes handicapées.....	16
Le revenu minimum aux enfants.....	25
Dispositions et mesures communes de mise en place.....	31





Introduction

Le système de la protection sociale en Tunisie, s'est bâti depuis plus que 55 ans sur deux piliers : l'assurance sociale (la sécurité sociale) et l'assistance sociale. Ce système a été de manière générale marqué par un partage des interventions publiques, selon la catégorie d'individus à protéger (actif ou inactif) et entre des monopoles différents de prise en charge institutionnelle.

- ➔ Au niveau de la législation, ce partage s'est traduit par une mise en exergue des aspects qui différencient l'assurance sociale et l'assistance sociale de point de vue des droits, des obligations et du contrôle social, traduits d'une part par une panoplie de régimes légaux de sécurité sociale destinés aux travailleurs, et dissociant par la même législation les rôles respectifs de l'Etat, à qui revient la solidarité à l'égard de la population dans le besoin (clients pauvres), et des assurances sociales ou privées qui couvrent leurs « clients – cotisants » contre les risques de discontinuité ou perte de revenus.
- ➔ Cette dissociation entre assurance et assistance donne aussi lieu à un traitement ouvertement différencié qui, contraire à l'approche droit de l'homme, risque, face à la demande de plus en plus croissante de sécurité sociale, de conduire à une remise en cause fondamentale du système de la protection sociale, ce qui risque d'alimenter un processus de destruction de la cohésion sociale. La gratuité des prestations, et notamment des soins de santé, éprouve en effet des difficultés de légitimité, d'une part, et stigmatise la population aidée condamnée à une citoyenneté de seconde zone, d'autre part.

Les atouts qui ont marqué le système tunisien, au départ de son instauration, ont permis la généralisation de la couverture sociale, avec un taux de 85% de la population active, le financement et le renforcement du système de santé et la

consolidation du principe de la solidarité entre les générations.

Toutefois, ce système souffre de défaillances majeures. Les programmes de sécurité sociale et d'assistance sociale ont failli quant à la satisfaction des besoins élémentaires de pans entiers de la société tunisienne qui se sont trouvés dans une situation de précarité prononcée.

Le système de la protection sociale et sanitaire tunisien n'arrive pas à satisfaire convenablement le besoin de protection sociale et, par ailleurs, de vaincre la pauvreté, l'exclusion et la ségrégation entre les catégories socioprofessionnelles et entre les régions.

Face à ces défaillances et défis, la refonte de tout le système de la protection sociale s'est avérée indispensable, les pouvoirs publics se trouvent dans l'obligation de réformer le système de la protection sociale pour le situer dans une perspective de pérennité, de crédibilité et de cohérence globale.

L'instauration d'un nouveau système plus équitable et inclusif répondant aux besoins et droits élémentaires de tous les citoyens figure désormais parmi les priorités de la Tunisie après 2011.

C'est dans ce cadre qu'un contrat social est signé en 2013 (en tenant compte de la recommandation 2012 de l'OIT) préconisant l'entame d'un dialogue social sur l'avenir de la protection sociale.

Par ailleurs, la Constitution de 2014 a placé la dignité humaine et la justice sociale comme valeurs constitutionnelles et reconnaît (Article 38) la santé comme un droit pour chaque citoyen et affirme la garantie par l'Etat du droit à la couverture sociale et des soins aux plus démunis. L'universalisation de la protection sociale devient de ce fait une exigence constitutionnelle.

C'est notamment par référence à la Constitution de 2014, aux normes internationales et conventionnelles que la refondation de la protection sociale et sanitaire devrait être

pensée. Elle devrait s'inscrire dans une logique d'ensemble où il faudrait insister davantage sur les composantes du droit à la protection sociale et du droit à la santé comme droits-créances. Les assurances sociales, ne sont plus désormais qu'un chapitre de l'institution de la couverture sociale et sanitaire ; c'est au moins ce que laisse entendre le concept de socle de protection sociale qui peut couvrir diverses composantes et niveaux (horizontal et vertical) et s'étendre à toutes les situations de besoins, d'incertitudes et de ruptures.

La recommandation n°202 de 2012, adoptée par l'Organisation Internationale du Travail sur les Socles Nationaux de Protection Sociale, reconnaît le socle comme étant essentiellement **«un ensemble de droits et de transferts sociaux de base, de services essentiels en matière d'emploi, destinés à protéger, à responsabiliser et à aider les plus défavorisés à sortir de la pauvreté par le travail. Ces politiques sociales doivent se combiner dans une approche cohérente tout au long de la vie et s'adresser tout particulièrement aux catégories les plus vulnérables de la société, à savoir les femmes, les enfants et les jeunes ».**

Dans cette perspective, et compte tenu du contexte socio-économique national, les pouvoirs publics ont prévu dans le plan de développement économique et social 2016-2020 de mener des études pour la mise en place d'un Socle National de Protection Sociale visant à garantir un accès aux soins universel au profit de la population pauvre et vulnérable, un revenu minimum pour ceux qui en sont dépourvus, un revenu pour les personnes âgées et les personnes handicapées et un revenu pour les enfants.

De ce fait, le Ministère des Affaires Sociales et le Centre de Recherches et d'Etudes Sociales (CRES) se sont engagés, avec l'appui de l'Organisation Internationale du Travail (OIT) et l'UNICEF, dans des études sur la réforme du système de la protection sociale vers l'institution d'un socle national de protection sociale comprenant les garanties suivantes :

- ↪ **La garantie d'accès aux soins universel,**
- ↪ **La garantie d'un revenu minimum pour ceux qui en sont dépourvus,**
- ↪ **La garantie d'un revenu minimum pour les personnes âgées et les personnes handicapées.**
- ↪ **La garantie d'un revenu minimum aux enfants**

L'objectif de ces études est l'élaboration d'une vision cohérente, intégrée et harmonisée du processus de mise en place d'un Socle National de Protection Sociale, notamment à travers ;

- ▶ Un diagnostic global de la situation actuelle de chaque garantie avec des éléments de comparaison internationale,
- ▶ Un exposé de recommandations et de scénarii relatifs à la mise en œuvre d'un Socle National de Protection Sociale.
- ▶ L'élaboration d'une étude de faisabilité technique de chaque garantie en déterminant :
 - ◆ La population cible qui bénéficiera de cette prestation (par famille ou par individu)
 - ◆ Les conditions d'ouverture de droit,
 - ◆ Les autres aspects ayant lien avec la faisabilité technique de chaque garantie.
- ▶ L'élaboration d'une étude de faisabilité financière de chaque garantie en déterminant :
 - ◆ Le panier des soins pour la garantie accès aux soins universel,
 - ◆ Le niveau du montant du revenu minimum,
 - ◆ Le coût global de chaque garantie,
 - ◆ Les modalités du financement de chaque garantie.

La spécificité de chaque garantie quant aux propositions techniques et financières ne signifie pas l'absence de dénominateurs communs. En effet, la mise en place de ces garanties exige l'adoption de mesures méthodologiques communes au niveau de la gouvernance, de la progressivité et du financement, appuyée par une stratégie de communication efficiente. Cette réforme sera le résultat d'un consensus national entre le Gouvernement et les partenaires sociaux.



L'Accès aux Soins Universel



Organisation
internationale
du Travail



I. Aperçu des expériences comparées en matière d'accès aux soins universel :

Les expériences comparées (Ghana, Maroc, Brésil, Colombie, Thaïlande) et les activités de POMS nous enseignent que la reconnaissance de droit à l'accès aux soins universel est fondée sur les principes suivants :

1. Reconnaissance formelle du droit aux soins

Il est important de noter que la garantie de l'accès aux soins universels présuppose la garantie d'accès au droit qui nécessite une inscription formelle dans un texte juridique portant une détermination du contenu de ce droit, les conditions pour en profiter, l'étendue de son opposabilité et les obligations qui en découlent pour la communauté nationale.

Ce droit qui va doter ses titulaires de certaines prérogatives devrait présenter les avantages suivants:

- ◆ Éviter que les personnes pauvres s'interdisent des soins ou s'appauvrissent davantage en raison de dépenses de santé élevées qu'ils auraient à payer eux-mêmes.
- ◆ Accroître l'accessibilité et l'utilisation de services de soins pour lesquels un paiement est normalement requis au moment où les personnes concernées en ont besoin.

2. Détermination de la population bénéficiaire par ciblage

L'accès aux soins universels devrait s'étendre à la population ciblée, et en priorité, les personnes les plus pauvres et les plus vulnérables admises dans un système de secours public.

Il s'agit notamment des enfants en bas âge, les personnes sans domicile fixe, des chômeurs, des personnes à besoins spécifiques, des personnes âgées, des veuves et orphelins, des habitants des bidonvilles, des populations rurales, des travailleurs du secteur informel etc.

Les systèmes étrangers définissent les critères d'éligibilité des groupes et personnes cibles de la fourniture de soins universels (une couverture gratuite ou à prix réduit).

Le seuil de revenu défini (de pauvreté), l'âge, le sexe sont les plus connus des critères.

3. Détermination du « panier de soins » et disponibilité des prestataires

L'accès aux soins universels devrait comprendre l'éventail complet des services de santé essentiels (connu sous la dénomination « panier de soins » ou « paquet de bénéfices »), y compris la prévention, les traitements, les soins hospitaliers et la prise en charge des médicaments selon l'intensité du besoin sanitaire.

Le « panier de soins » est souvent présenté sous la forme d'une liste ou d'un tableau détaillant les différentes catégories de soins (p. ex. soins ambulatoires et soins en hôpitaux) avec des informations concernant le niveau de couverture pour chaque catégorie.

La Commission Macroéconomie et Santé (CMS) à l'OMS a recommandé, en 2001, des critères de sélection des interventions de santé essentielles à inclure dans les paquets de bénéfices au titre des régime d'assurance maladie de façon générale :

- 1 Elles doivent être efficaces sur le plan technique et de l'offre;
- 2 Les maladies visées doivent représenter une lourde charge pour la société, (comme les épidémies et les effets économiques néfastes);
- 3 Les avantages sociaux doivent être supérieurs aux coûts de l'intervention (à la fois en termes d'années de vie préservées et de conséquences comme la réduction du nombre d'orphelins ou l'accélération de la croissance).
- 4 Les besoins des pauvres.

Pour l'effectivité du droit d'accès aux soins universels, il est important de s'assurer de la disponibilité (en moyens et en compétences) et de la proximité des services auprès des populations cibles et la capacité des prestataires (établissements de soins et professionnels de santé).

4. Le financement des soins universels :

➤ Facteurs à prendre en considération :

Le budget qui serait alloué au financement des soins universels dépend de nombreux facteurs à savoir notamment:

- ◆ La capacité économique du pays, de manière générale;
- ◆ La mobilisation des ressources qui dépend de la taille du secteur informel dans l'économie du pays considéré. Plus nombreuses seront les personnes travaillant dans le secteur formel de l'économie, plus large sera l'assiette fiscale et donc la capacité de générer des recettes destinées au système de santé et à subventionner les groupes à faible revenu.
- ◆ L'intégration du financement des soins universels dans le système national de santé.

➤ Le panier de soins universels peut être financé :

- ◆ Des prélèvements obligatoires (prépaiement d'impôts et de cotisations) sur l'ensemble des personnes qui en ont les moyens et qui sont de ce fait sujettes à ces prélèvements.
- ◆ De la contribution des bénéficiaires et ce même à titre symbolique et dans les limites de leur capacité de payer.

Les prélèvements obligatoires sont indispensables pour la crédibilité et la pérennité du système d'accès aux soins pour toutes les catégories de bénéficiaires y compris les personnes dépourvues de revenus.



II. Etat des lieux de l'accès aux soins :

Le diagnostic de la couverture sociale de santé montre que, sur l'ensemble de la population tunisienne estimée à 11 295 787 personnes en 2016, 58% des tunisiens bénéficient de la couverture de l'assurance maladie, 7,3% bénéficient de l'assistance médicale gratuite (AMG1) et 17,5% bénéficient de l'assistance médicale à tarif réduit (AMG2). Le reste de la population estimé à 17,2% est dépourvu de toute couverture sociale contre la maladie.

De point de vue quantitatif, le système de santé en Tunisie garantie une offre de soins relativement importante au niveau de l'infrastructure et des ressources humaines.

Cependant, les inégalités régionales (infrastructures et ressources) et la dégradation de la qualité des services rendus par les structures publiques de santé limitent énormément l'efficacité de l'offre de soins notamment pour les personnes les plus démunies.

L'évaluation des programmes de l'Assistance Médicale Gratuite, couvrant 24,8% de la population tunisienne, montre des difficultés de gouvernance à cause de l'absence d'un organe autonome de gestion (Problème désormais réglé par la loi organique N°2019-10 du 30 Janvier 2019 portant création du programme "AMEN SOCIAL") et des contraintes relatives au ciblage lié à la politique d'enveloppes budgétaires.

Les dépenses publiques en matière de l'AMG1 s'élèvent à 276 MD et 242 MD en matière de l'AMG2. Les dépenses des deux programmes sont de l'ordre de 518 MD.

La population dépourvue de toute couverture sociale contre la maladie, se compose des assujettis non déclarés à la CNSS de l'ordre de 8,9%, des chômeurs représentant 5,6%, des catégories relevant des familles pauvres qui ne bénéficient pas de l'assistance médicale et des travailleurs du secteur informel représentant 2,6% de l'ensemble de la population.

II. Propositions techniques et financières :

L'institution d'un régime de couverture universelle de maladie en Tunisie doit se baser sur les principes de l'universalité, la gratuité, l'équité, la solidarité nationale, la prise en charge effective des soins nécessaires et la mise à niveau des structures de la santé publique.

1) Population cible :

Le futur régime doit couvrir la population qui n'est pas assujettie au régime obligatoire d'Assurance Maladie, à savoir : les bénéficiaires de l'AMG1, les bénéficiaires de l'AMG2, les chômeurs et les autres catégories sociales dépourvues de la couverture santé telle que présentée dans le tableau ci-dessous:

Tableau N°1: Répartition de la population par catégorie

Population tunisienne	Couverte par l'assistance médicale		Dépourvue de couverture santé		Total population cible du Socle
	AMG1	AMG2	Chômeurs	* Autres	
11 295 787	824 482	1 975 459	632 500	297 916	3 730 356
100%	7,3%	17,5%	5,6%	2,6%	33%
Total des ménages	Ménages				Total ménages cibles
2 972 575	249 843	598 624	446 000	78 618	1 373 085
100%	8,4%	20,1%	15,0%	2,6%	46,1%

Source : AMG1 et AMG2 : Ministère des Affaires Sociales, DGPS

Source : Population tunisienne et chômeurs : INS

*Autres : déduction des personnes couvertes par la sécurité sociale, des bénéficiaires de l'AMG1, de l'AMG2, des chômeurs et des non déclarés à la sécurité sociale, de toute la population tunisienne.



2) Conditions d'accessibilité :

Pour bénéficier des prestations dans le cadre de l'accès aux soins universel, les personnes demandeuses doivent remplir les deux conditions suivantes :

- ↪ Attester qu'elles ne bénéficient d'aucune couverture d'assurance maladie obligatoire soit en qualité d'assurés, soit en qualité d'ayants droit;
- ↪ Être reconnues, sur la base des critères d'éligibilité qu'elles ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux soins.

La liste des bénéficiaires doit comprendre :

- 👤 Les personnes qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire de base et ne disposant pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses inhérentes aux prestations médicales;
- 👤 Leur (s) conjoint(s);
- 👤 Leurs enfants à charge, non salariés, âgés de 21 ans au plus et non couverts par une assurance maladie obligatoire de base;
- 👤 Leurs enfants handicapés quels que soient leurs âges, qui sont dans l'impossibilité totale et permanente de se livrer à une activité rémunérée suite à une incapacité physique ou mentale.

3) Panier de soins :

▶ *Contenu médical :*

Le régime de l'Accès aux Soins Universel doit prendre en charge tous les services de santé reconnus actuellement aux bénéficiaires de la filière publique du régime de l'Assurance Maladie dans les structures relevant du Ministère de la Santé publique et les polycliniques de la Caisse Nationale de la Sécurité Sociale (CNSS) à savoir : les soins ambulatoires, l'hospitalisations, les actes d'analyses et d'imageries et les médicaments.

▶ *Offre de soins :*

Les soins garantis doivent répondre aux conditions

de qualité et de proximité.

Pour répondre à ces deux exigences et aligner les difficultés du système de santé publique, il est recommandé de mettre en oeuvre un plan de mise à niveau des services de santé publique, destiné aux populations vulnérables, et qui se décline en trois axes essentiels :

- ❄ La mise à niveau des Centres de Santé de Base (CSB) situés dans les régions marginalisées. On propose à cet égard la création des CSB pilotes dans les régions les plus démunies. Ces centres seront dotés de ressources humaines et moyens financiers avantageux leur permettant d'assurer une offre de soins de qualité.
- ❄ La création de pôles de santé régionaux qui garantiront un accès aux soins de spécialités, à l'hospitalisation et aux médicaments nécessaires à la bonne santé de l'être humain. Ces pôles doivent être dotés de moyens juridiques et financiers pour atteindre leurs objectifs.
- ❄ Le conventionnement avec les fournisseurs du secteur privé dans les zones où l'offre publique est faible.

4) L'étude du coût financier :

Deux scénarii sont prévus, le premier scénario regroupe deux populations P1 et P2 distinctes selon leurs revenus :

- i. **P1** regroupe les bénéficiaires de l'AMG1 et les Chômeurs qui sont dépourvus d'un revenu et qui auront un accès aux soins sans ticket modérateur (1^{er} choix).
- ii. **P2** regroupe les bénéficiaires de l'AMG2 et les «autres» qui auront l'accès aux soins avec ticket modérateur (2^{ème} choix).

Le deuxième scénario proposé regroupe les bénéficiaires de l'AMG1, de l'AMG2, les chômeurs et les autres catégories de personnes qui auront le premier choix (accès aux soins sans ticket modérateur).



► *Les hypothèses de travail sont les suivantes :*

Tableau N°2: Hypothèses de Travail

Scénario	Nombre de ménages cibles	En dinars		Coût par ménage/an
		Choix	Coût moyens d'un carnet de soins	
1^{er} scénario P1	695 843	1^{er} choix	AMG1 sans ticket modérateur	954,0
1^{er} scénario P2	677 242	2^{ème} choix	Coût moyen d'une carte de soins (filière publique (CNAM))	423,2
2^{ème} scénario	1 373 085			

► *Projection du coût :*

Les projections montrent que le futur régime exige à partir de 2020 un financement de 0.92% du PIB pour le premier scénario et 1.31% du PIB pour le deuxième scénario.

Tableau N°3: Projection du coût d'Accès aux Soins Universel en % du PIB

Année	1 ^{er} Scénario			2 ^{ème} Scénario
	P1 AMG1+Chômeurs	P2 AMG2+Autres	P1+P2	Toute la population cible
	Accès sans ticket modérateur	Accès avec ticket modérateur		Accès sans ticket modérateur
2017	0,7%	0,3%	0,97%	1,4%
2018	0,65%	0,31%	0,96%	1,35%
2019	0,63%	0,31%	0,94%	1,33%
2020	0,61%	0,31%	0,92%	1,31%
2021	0,60%	0,31%	0,91%	1,30%
2022	0,58%	0,31%	0,89%	1,28%
2023	0,57%	0,31%	0,88%	1,26%
2024	0,55%	0,31%	0,86%	1,25%
2025	0,54%	0,31%	0,85%	1,23%
2026	0,53%	0,31%	0,83%	1,22%
2027	0,51%	0,31%	0,82%	1,20%
2028	0,50%	0,31%	0,81%	1,19%
2029	0,49%	0,30%	0,79%	1,18%
2030	0,48%	0,30%	0,78%	1,16%

Source : Calcul des auteurs

Le financement peut être assuré par les crédits budgétaires alloués actuellement au financement de l'AMG (estimés à 518 MD), 1 point et demi de TVA social et éventuellement un point de Contribution Sociale de Solidarité et une Cotisation de 4%

prélevée sur les autres garanties ou une participation personnelle équivalente (ex. ticket modérateur). Il est également possible de prévoir d'autres sources fiscales sous forme de Taxes sur certains produits et transactions.



Le revenu minimum pour ceux qui en sont dépourvus



I. Aperçu des expériences comparées en matière de la garantie de revenu minimum :

Les expériences comparées (Brésil, Mexique, Etats-Unis/New York city, Albani) nous enseignent que l'institution de la garantie de revenu minimum suppose des précautions à prendre, le choix du dispositif et la détermination de sa nature et la définition de la population cible.

1. Précautions à prendre :

Les précautions à prendre ont essentiellement trait à l'exigence de :

- ◆ Ne pas transposer des dispositifs de revenu minimum des expériences étrangères de manière intégrale car chaque pays possède ses propres caractéristiques, son histoire, ses valeurs, ses capacités et ses priorités.
- ◆ Chercher le consensus autour de la garantie de revenu minimum par une approche fondée sur la participation, le partenariat et le dialogue avec l'ensemble des acteurs.
- ◆ Définir les objectifs spécifiques de cette garantie avec une prise en compte de l'aspect multidimensionnel de l'insertion sociale des catégories sociales pauvres et vulnérables et tout en prévoyant des mécanismes de suivi et d'évaluation.
- ◆ Intégrer la garantie dans le cadre global du système de la protection sociale en place, de la politique sociale du pays;

2. Choix du dispositif :

Les dispositifs de garantie de revenu minimum sont monétaires. Ils sont garantis comme des droits subjectifs faisant partie de la solidarité nationale et financés par les recettes publiques. Ils prennent l'individu et/ ou la famille comme unité de base et, pour leur activation, rajoutent à la couverture des besoins alimentaires des objectifs d'insertion sociale et professionnelle.

3. Définition de la population cible :

Le ciblage des bénéficiaires dans les systèmes comparés dépend de nombreux facteurs objectifs poursuivis, nature du dispositif, caractéristiques des catégories sociales (âge, sexe, vulnérabilité...) et capacités financières du pays...).

Exemple du TMC : En cas de ressources rares pour la lutte contre la pauvreté communautaire, le ciblage est effectué selon les différentes méthodologies suivantes:

- ① Le ciblage géographique identifie les zones qui doivent recevoir la garantie de façon prioritaire avec application de quota par village en cas de besoin (contrainte financière);
- ② Le ciblage communautaire de façon participative qui identifie les groupes de populations habituellement à l'intérieur des zones géographiques ciblées et, enfin, les ménages, considérés comme la plus petite unité sociale et économique ou la garantie servie est partagée entre ses membres;
- ③ Le ciblage selon la vulnérabilité alimentaire, social ou économique attribue à chaque ménage (personne ou famille) identifié un degré de vulnérabilité en fonction des critères établis.

Selon les objectifs poursuivis, la méthode de ciblage choisie, certains arbitrages s'imposent parfois entre les objectifs de redistribution, de développement du capital humain et de la cohésion familiale et sociale.



II. Etat des lieux

Le diagnostic de la situation actuelle montre qu'en 2016, 58,3% de l'ensemble de la population bénéficie de la couverture par la sécurité sociale. Le reste de la population estimé à 42% comprend deux catégories; La première se compose des bénéficiaires du PNAFN et la deuxième catégorie comprend les personnes non-bénéficiaires d'un revenu social relevant à plusieurs catégories sociales.

Tableau N°4 : Effectif, ménages et % de toutes les catégories de la population

	Population Tunisienne	Bénéficiaires de la sécurité sociale	Bénéficiaires du PNAFN	Non bénéficiaires de revenu social
Effectif	11 295 787	6 590 905*	788 894	3 915 988
	100%	58,3%	7,0%	34,7%

Source : CNRPS, CNSS, DGPS

Le Programme National d'Aides aux Familles nécessiteuses (PNAFN) a permis de couvrir près de 239 milles familles en 2016 soit 7,0% de la population tunisienne.

Le PNAFN est destiné aux familles en situation de pauvreté chronique ou de vulnérabilité.

L'admission dans le programme se fait selon un nombre de critères dont principalement le niveau de revenu des familles candidates au programme qui doit être inférieur au seuil de pauvreté bas estimé à 86 dinars par mois (1 032 dinars par an) en 2016.

Cependant, le ciblage pour l'admission au PNAFN demeure perfectible notamment à cause des erreurs d'identification résultant de l'imperfection de l'information. Le PNAFN offre des aides monétaires mensuelles égales à 180DT à chaque famille admise dans le programme en 2018.

Les dépenses publiques en matière d'aides financières aux familles nécessiteuses sont de l'ordre de 442 MD en 2016 (150 DTN à 239059 ménages), soit 0,5% du PIB. Sur le plan de la gestion, le PNAFN souffre de l'absence d'une autonomie administrative et financière.

1) La population dépourvue de revenu :

Sur l'ensemble de la population Tunisienne 34,7% ne bénéficie pas de couverture sociale (D'après le Tableau N°4, 58,3% sont couverts par la sécurité sociale et 7,0% sont bénéficiaires du PNAFN).

Cette population estimée à 3 915 988 personnes comprend, selon le critère de besoin aux ressources, deux catégories ;

La première comprend les personnes dépourvues de revenu et la deuxième se compose des personnes qui disposent des ressources mais échappent à la sécurité sociale et qui n'ont pas besoin de transferts monétaires publiques.

En adoptant *le critère de besoin aux ressources* pour déterminer les personnes dépourvues de revenu, on note qu'il y a deux catégories sociales qui sont dépourvues de revenu ; La population située au-dessous du seuil de pauvreté à l'exception de ceux qui bénéficient du PNAFN et les chômeurs.

2) La population située au-dessous du seuil de pauvreté :

La population située au-dessous du seuil de pauvreté est estimée à 15,2% de la population Tunisienne soit 1 716 960 personnes.

On déduit le nombre des personnes bénéficiaires du PNAFN, estimé à 788 894 personnes de la population pauvre et l'on recense plus que 928 066 personnes, soit 281 232 ménages (1 ménage = 3,3 personnes), situées en dessous du seuil de pauvreté qui sont dépourvues de revenu minimum.

3) Les chômeurs :

Les chômeurs comptent 632 500 personnes en 2016. Le nombre de chômeurs doit être ajusté pour l'étude de cette garantie.

En premier lieu, on doit soustraire le nombre de chômeurs pris en charge par des programmes actifs d'incitation à l'emploi estimés par l'Agence Nationale de l'Emploi à 25 milles personnes qui bénéficient d'une couverture sociale de santé et des allocations durant les périodes des programmes



allant de six mois à deux ans. On doit aussi déduire les chômeurs primo demandeurs d'emploi estimés à 100 milles personnes. Puisque le revenu minimum est octroyé par ménage, on doit tenir compte des ménages comprenant plus d'un chômeur. On appliquant un coefficient de 1,25 personnes par ménage le nombre est réduit de 632 500 à 403 807 ménages.

II. Propositions techniques et financières :

1) Population cible :

L'institution de la garantie d'un revenu minimum (RMG) en Tunisie doit toucher la population pauvre et les chômeurs âgés de moins 62 ans (plus de 62 ans relève de la 3ème garantie).

La population pauvre comprend les bénéficiaires du PNAFN de moins 62 ans estimés à 111 951 ménages et les pauvres Non-bénéficiaires du PNAFN de moins 62 ans estimés à 131 701 ménages.

Les chômeurs de moins 62 ans sont estimés à 403 807 ménages après avoir déduit les primo demandeurs d'emploi et les chômeurs pris en charge par des programmes actifs d'incitation à l'emploi estimés par l'Agence Nationale de l'Emploi à 25 milles personnes.

Il est à noter qu'il faudrait convertir cet effectif en ménages en appliquant un coefficient de 1,25 personnes comme étant égale à un ménage.

L'accessibilité au RMG est soumise à des conditions d'âge (moins de 62 ans), de ressource (le demandeur d'un RMG d'avoir épuisé toutes les autres sources de revenus possibles) et de recherche active d'emploi (les bénéficiaires d'un RMG sont supposés rechercher un travail).

Tableau N° 5 : Ménages cibles par catégorie de population (de moins 62 ans)

PNAFN	Dépourvus de revenu minimum	
	Pauvres non-inclus au PNAFN	Chômeurs
111 951	131 701	403 807

Source : calcul des auteurs

2) Conditions d'accessibilité :

L'accès au Revenu Minimum Garanti est limité à des tranches d'âges bien précises. La limite supérieure est partout égale ou très proche de l'âge légal de la retraite pour être en harmonie avec les dispositifs complémentaires de revenu minimum pour les personnes âgées ou des pensions minimales.

A/Conditions de ressources :

Il s'agit d'une des conditions fondamentales pour pouvoir accéder au RMG.

Le postulant doit être dépourvu de ressources ou avoir des ressources insuffisantes pour pouvoir mener une vie digne ou assurer les besoins fondamentaux.

L'examen des ressources disponibles d'un demandeur et de son ménage, repose généralement sur l'évaluation des revenus générés par diverses ressources : les biens immobiliers ; les biens mobiliers ; les revenus provenant du travail et/ou d'autres prestations sociales (famille, sécurité sociale). L'obligation pour le demandeur d'un Revenu Minimum Garanti d'avoir épuisé toutes les autres sources de revenus possibles, notamment en termes de prestations de la protection sociale est une pré- condition.

B/Recherche active d'emploi :

Les bénéficiaires d'un RMG sont supposés rechercher un travail. Cette obligation s'inscrit dans une logique de contrepartie à l'aide accordée et devrait permettre de délimiter la dépendance par rapport à l'assistance sociale.

3) Le montant de RMG :

Il peut être déterminé selon le montant de l'aide allouée au PNAFN ou au 2/3 du SMIG ou à un montant moyen entre les deux .

Aide allouée au PNAFN=180 DT

Moyenne aide PNAFN et 2/3 SMIG=209,050 DT

2/3 du SMIG=238,1DT

4) L'étude du coût financier :

L'étude du coût financier est établie selon trois hypothèses démographiques.

- Le premier scénario comprend les bénéficiaires du PNAFN moins de 62 ans.
- Le deuxième scénario regroupe les bénéficiaires du PNAFN et les pauvres non-bénéficiaires du PNAFN moins de 62 ans.
- Le troisième scénario regroupe les bénéficiaires du PNAFN, les pauvres non-bénéficiaires du PNAFN moins de 62 ans et les chômeurs moins de 62 ans.

Les projections montrent que le futur régime exige à partir de 2020 un financement de 0.23% du PIB pour le premier scénario/ premier choix et 1.82% du PIB pour le troisième scénario/ troisième choix.



Tableau N° 6 : Projection du coût du revenu minimum aux personnes dépourvues en % du PIB

Année	1 ^{er} Scénario			2 ^{ème} Scénario			3 ^{ème} Scénario		
	180 DT	209,050 DT	238,1 DT	180 DT	209,050 DT	238,1 DT	180 DT	209,050 DT	238,1 DT
2017	0,25%	0,30%	0,34%	0,54%	0,65%	0,75%	1,42%	1,71%	1,98%
2018	0,23%	0,29%	0,34%	0,50%	0,63%	0,73%	1,32%	1,65%	1,93%
2019	0,22%	0,28%	0,33%	0,47%	0,61%	0,72%	1,22%	1,59%	1,88%
2020	0,23%	0,27%	0,32%	0,51%	0,59%	0,70%	1,33%	1,54%	1,82%
2021	0,22%	0,26%	0,32%	0,48%	0,58%	0,69%	1,23%	1,48%	1,78%
2022	0,21%	0,26%	0,31%	0,45%	0,56%	0,67%	1,14%	1,43%	1,73%
2023	0,19%	0,25%	0,30%	0,42%	0,54%	0,66%	1,06%	1,38%	1,68%
2024	0,18%	0,24%	0,30%	0,39%	0,53%	0,65%	0,99%	1,33%	1,64%
2025	0,19%	0,24%	0,29%	0,42%	0,51%	0,63%	1,05%	1,29%	1,59%
2026	0,18%	0,23%	0,28%	0,39%	0,50%	0,62%	0,97%	1,24%	1,55%
2027	0,17%	0,22%	0,28%	0,36%	0,48%	0,61%	0,90%	1,20%	1,51%
2028	0,16%	0,22%	0,27%	0,34%	0,47%	0,59%	0,84%	1,16%	1,47%
2029	0,15%	0,21%	0,27%	0,32%	0,45%	0,58%	0,78%	1,12%	1,43%
2030	0,15%	0,20%	0,26%	0,33%	0,44%	0,57%	0,81%	1,08%	1,39%

Source : Calcul des auteurs

Le financement peut être assuré par les crédits budgétaires alloués actuellement au financement du PNAFN (estimés à 442 MD), ou 1 point de la Contribution Sociale de Solidarité.

Il est également possible de prévoir d'autres sources fiscales sous forme de Taxes sur certains produits.

Le revenu minimum pour les personnes âgées et les personnes handicapées



**Le revenu minimum
pour les personnes
âgées de 62 ans et
plus**



I. Aperçu des expériences comparées en matière de la garantie de revenu minimum :

Les expériences comparées (Bolivie, Thaïlande, France) nous enseignent que la réduction ou la suppression de la pauvreté chez les personnes âgées exige la mise en œuvre des régimes qui transfèrent des revenus aux personnes âgées dont les ressources ne sont pas suffisantes ;

1. Le besoin d'un revenu de base aux personnes âgées (redistributif) est reconnu suite à l'expérience des pays dont la réforme des systèmes des retraites a eu des effets sociaux négatifs (ex. Chili, Argentine).

Ce revenu garanti, à partir d'un certain âge, une pension minimale universelle ou sur critère de revenu et ce, quelle que soit la durée de cotisation.

C'est une mesure d'assistance, qui doit être financée par le budget de l'Etat ou des collectivités locales.

2. La garantie d'un revenu minimum aux personnes âgées est souvent inscrite dans un texte juridique consacrant une disposition constitutionnelle relative à la garantie du droit du citoyen à l'aide sociale et au secours public.

3. La garantie d'un revenu minimum aux personnes âgées devrait:

→ Être appréhendée dans la structure des régimes de retraite.

La structure des régimes de retraite comprend différents piliers en fonction du degré du développement du pays.

Le premier pilier (généralement des 4 piliers) est un régime gouvernemental qui fournit des prestations anti-pauvreté. Il constitue un filet de sécurité sociale et comprend des prestations versées sous conditions de ressources et sous conditions de revenus aux personnes âgées à faibles revenus.

Ce pilier est habituellement financé par les recettes fiscales générales de l'Etat.

→ Être appréhendée dans le contexte plus large des dépenses sociales. L'importance et les modalités de fonctionnement de cette garantie (éligibilité, montant de la pension minimale etc.) dépendent des ressources budgétaires disponibles et de l'importance relative du phénomène de pauvreté des personnes âgées.

→ Tenir compte des caractéristiques des personnes âgées qui mêlent par nature :

- ◆ Démographie, (l'accroissement de l'espérance de vie et les perspectives de vieillissement de la population).
- ◆ Modalités de prise en charge, prise en compte des modalités et conditions de prise en charge sociale de la personne âgée (vivant seule, en famille ou en centre spécialisé)
- ◆ Aptitudes et comportements sociaux qui rétroagissent sur le nombre des personnes à cibler et sur le volume et l'importance de la dépense. (prise en compte du degré d'autonomie de la personne âgée).

4. Exigence de conditions de ressources car la garantie de revenu minimum relève de l'assistance qui subordonne l'octroi de ses prestations à l'exercice d'un contrôle social.

II. Etat des lieux :

La Tunisie compte 1 201 326 personnes âgées en 2016. Elles représentent 10,6% de la population totale tunisienne dont 619 512 affiliées à la sécurité sociale, soit 51,6% de la population âgée et bénéficient en conséquence du droit à la retraite. 141 milles personnes âgées appartiennent aux

ménages bénéficiaires du Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses, soit 11,7% de la population tunisienne âgée de 62 ans et plus.

Le reste de la population âgée, estimé à 440 684 personnes soit 36,7%, ne bénéficie pas de revenu. Parmi cette population 329 773 personnes sont identifiées auprès des services sociaux comme bénéficiaires de l'accès aux soins seulement dans le cadre l'AMG2.

Tableau N°7: Présentation de la classe d'âge 62 ans et plus par catégorie de population

	Personnes âgées 62 ans et plus	%	% de la population tunisienne	Revenu ou / et soins
Couverts par la sécurité sociale	619 512	51,6%	5,5%	Retraite et soins
Bénéficiaires du PNAFN	141 130	11,7%	1,2%	Aide et soins
Bénéficiaires de l'AMG2	329 773	27,5%	2,9%	Soins
Autres	28 002	2,3%	0,2%	-
Total AMG2 et autres	357 775	29,8%	3,1%	-
Total	1 201 325	100,0%	10,6%	

Source : calcul des auteurs

III. Propositions techniques et financières :

1) Population Cible :

L'institution de la garantie du revenu minimum en Tunisie au profit des personnes âgées concerne une population estimée à 456 milles personnes, composée comme suit :

Tableau N°8 :

Population cible des personnes âgées de 62 ans et plus

	Population Tunisienne	Bénéficiaires PNAFN	Dépourvue de revenu	
			Bénéficiaires AMG2	Autres
62 ans et +	1 201 326	141 130	329 773	28 002
%	100%	11,7%	27,5%	2,3%

Source : calcul des auteurs

2) Conditions d'accessibilité :

L'exigence de conditions de ressources est indispensable car la garantie de revenu minimum relève de l'assistance qui subordonne l'octroi de cette prestation à l'exercice d'un contrôle social visant à vérifier l'état de pauvreté et de besoin du bénéficiaire.

↳ Condition d'âge :

La garantie du revenu minimum en Tunisie pour les personnes âgées couvre toutes les personnes âgées ayant 62 ans ou plus.

↳ Conditions de ressource :

Cette catégorie est octroyée à toute personne non couverte par la sécurité sociale et dépourvue d'un revenu permanent et des propriétés immobilières et agricoles assurant des revenus périodiques.



3) Montant du revenu minimum pour personnes âgées :

Ce montant peut être déterminé selon l'une des hypothèses suivantes:

Aide allouée au PNAFN=180 DT

Moyenne aide PNAFN et 2/3 SMIG=209,050 DT

2/3 du SMIG=238,1DT

4) Etude du coût financier :

L'étude du coût financier est faite selon trois scénarios:

- Le premier scénario concerne les bénéficiaires du PNAFN.
- Le deuxième scénario regroupe les bénéficiaires du PNAFN, et les bénéficiaires de l'AMG2.
- Le troisième scénario regroupe les bénéficiaires du PNAFN, les bénéficiaires de l'AMG2 et autres personnes âgées.

Les projections financières montrent que l'institution de la garantie de revenu minimum exige pour l'année 2020 un financement allant de 0.3% du PIB jusqu'à 1.8% du PIB, selon le scénario et le choix du montant de l'indemnité.

Tableaux N°9: Les projections financières du revenu aux personnes âgées de 62 ans et plus en pourcentage du PIB

Année	1 ^{er} Scénario			2 ^{ème} Scénario			3 ^{ème} Scénario		
	180DT	209,050DT	238,1DT	180DT	209,050DT	238,1DT	180DT	209,050DT	238,1DT
2017	0,3%	0,4%	0,4%	1,0%	1,2%	1,5%	1,2%	1,5%	1,8%
2018	0,3%	0,4%	0,4%	0,9%	1,2%	1,4%	1,2%	1,5%	1,8%
2019	0,3%	0,4%	0,4%	1,0%	1,2%	1,4%	1,3%	1,5%	1,8%
2020	0,3%	0,3%	0,4%	1,0%	1,2%	1,4%	1,2%	1,5%	1,8%
2021	0,3%	0,3%	0,4%	0,9%	1,2%	1,4%	1,2%	1,4%	1,7%
2022	0,3%	0,3%	0,4%	0,9%	1,1%	1,4%	1,1%	1,4%	1,7%
2023	0,2%	0,3%	0,4%	0,8%	1,1%	1,4%	1,0%	1,4%	1,7%
2024	0,2%	0,3%	0,4%	0,9%	1,1%	1,4%	1,1%	1,4%	1,7%
2025	0,2%	0,3%	0,4%	0,8%	1,1%	1,4%	1,1%	1,4%	1,7%
2026	0,2%	0,3%	0,4%	0,8%	1,1%	1,3%	1,0%	1,3%	1,7%
2027	0,2%	0,3%	0,4%	0,8%	1,0%	1,3%	0,9%	1,3%	1,7%
2028	0,2%	0,3%	0,3%	0,7%	1,0%	1,3%	0,9%	1,3%	1,6%
2029	0,2%	0,3%	0,3%	0,8%	1,0%	1,3%	1,0%	1,3%	1,6%
2030	0,2%	0,3%	0,3%	1,0%	1,2%	1,5%	1,2%	1,5%	1,8%

Source : calcul des auteurs

Le financement peut être assuré par diversses sources ;

- ▶ Les taxes sur certains produits (Ciment et bière),
- ▶ La TVA,
- ▶ La Contribution Sociale de Solidarité
- ▶ Fonds alloués à la Caisse Générale de Compensation.



Le revenu minimum pour les personnes handicapées



I. Aperçu des expériences comparées en matière de la garantie de revenu minimum :

Les prestations au titre de l'aide sociale devraient avoir pour objectif de faciliter et d'améliorer l'intégration dans la société des personnes handicapées, en développant leur autonomie personnelle et leur indépendance économique. Elles devraient avoir pour fonction essentielle de réduire les risques d'exclusion, de précarité et de discrimination.

La pauvreté et l'exclusion sociale se conjuguent souvent pour les personnes handicapées et se traduisent par la perte de l'autonomie économique et sociale. L'exclusion sociale peut donc être corrigée par une action collective et par des politiques publiques activant les mécanismes de la solidarité nationale (institution de l'aide sociale et son financement par la mobilisation des ressources fiscales).

Pour s'assurer de l'adéquation entre l'offre de la prestation et la nature des besoins à satisfaire, la garantie du revenu minimum devrait reposer sur une évaluation précise et multidisciplinaire des besoins, en ressources et en services, spécifiques de la personne handicapée.

La mesure du besoin c'est d'abord la mesure du besoin matériel commun pour tous les citoyens par rapport à un panier de consommation de bien et de services (nourriture, soins, transport...) correspondant à un niveau de vie de base.

La garantie d'un revenu minimum présente l'intérêt de couvrir les besoins essentiels et de constituer un mécanisme pour compenser les frais supplémentaires des personnes handicapées avec une modulation de la prestation en fonction de la gravité de l'incapacité de la personne.



II. Etat des lieux :

Le droit à un revenu minimum pour les personnes handicapées (RPH) n'est pas formellement reconnu en droit Tunisien de protection sociale. Le gouvernement tunisien n'a pas développé un système d'information et de statistiques national sur le handicap.

Le nombre des handicapés est estimé à 241 240 personnes (taux de prévalence du handicap de 2,2% de l'ensemble de la population en 2014).

108 618 sont titulaires d'une carte du handicapé soit 45%. Ben Arous a le taux le plus faible d'handicapés et le taux le plus fort possédant une carte d'handicap. Par contre, le kef et Tozeur ont un taux fort des handicapés avec un taux faible possédant une carte du handicap.

Pour définir la population dépourvue de revenu on peut procéder à l'application du taux de la couverture sociale réelle, égale à 58,3%, sur la population handicapée.

On estime que plus que 100 milles personnes handicapées n'ont pas de couverture sociale et qui sont, par conséquent, éligibles au Revenu pou les Personnes Handicapées.

Dépenses publiques relatives aux handicapés

Les personnes handicapées ne bénéficient pas d'un revenu minimum.

Cependant, l'Etat et les caisses de sécurité sociale affectent des aides annuelles de 125 dinars par bénéficiaire aux associations et centres des handicapés.

III. Propositions techniques et financières:

1) Population Cible :

Le nombre des handicapés est estimé à 241 240 personnes (taux de prévalence du handicap de 2,3% de l'ensemble de la population en 2014).

Par l'application du taux de la couverture sociale réelle, égale à 58,3%, sur la population handicapée on estime que près de 100 000 personnes handicapées n'ont pas de couverture sociale et qui sont éligibles au Revenu pou les Personnes Handicapées.

Le RPH doit être destiné à toute personne qui souffre d'un handicap et qui n'est pas couvert par la sécurité sociale.

Cette allocation doit être attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge (plus de 18 ans) et de ressources.

2) Conditions d'accessibilité :

Le RPH doit être destiné à toute personne qui souffre d'un handicap et qui n'est pas couverte par la sécurité sociale. Cette allocation doit être attribuée sous réserve de respecter des critères d'incapacité, d'âge (plus de 18 ans) et de ressources.

3) Le montant du revenu minimum pour les personnes handicapées :

Ce montant peut être déterminé comme suit:

Seuil de pauvreté Haut INS = 152,4 DT

Aide allouée au PNAFN = 180 DT

$\frac{2}{3}$ du SMIG = 238,1 DT

“ Dans les cas où la personne handicapée ouvre droits dans les autres garanties en sa qualité de chef de famille ou de personne âgée le montant de la RPH sera réduit à la moitié ”



4) Etude du coût financier :

Cette garantie adopte un scénario unique comprenant toute la population cible estimée à 100 milles personnes.



Tableau N°10: Les hypothèses de travail

Nombre de personnes cibles	Choix	Niveau de revenu	Montant par personne /mois en DT
100 480	1^{er} choix	Seuil de pauvreté Haut INS	152,4
	2^{ème} choix	Aide allouée au PNAFN	180,0
	3^{ème} choix	2/3 du SMIG	238,1

Les projections financières progressives montrent que l'institution de la garantie de revenu minimum pour les personnes handicapées exige pour l'année 2020 un financement allant de 0.22% du PIB

jusqu'à 0.31% du PIB selon le choix du montant du revenu.

Le financement peut être assuré par 1 point de la Contribution Sociale de Solidarité.

Tableau N°11: Les projections financières en pourcentage du PIB

	Tous les handicapés non couverts par la sécurité sociale		
	152,4DT	180DT	238,1DT
2017	%0,20	%0,23	%0,32
2018	%0,21	%0,21	%0,31
2019	%0,21	%0,20	%0,31
2020	%0,22	%0,23	%0,31
2021	%0,22	%0,21	%0,31
2022	%0,22	%0,20	%0,31
2023	%0,23	%0,19	%0,31
2024	%0,23	%0,18	%0,31
2025	%0,24	%0,20	%0,30
2026	%0,24	%0,19	%0,30
2027	%0,25	%0,18	%0,30
2028	%0,25	%0,17	%0,30
2029	%0,26	%0,16	%0,30
2030	%0,26	%0,17	%0,30

Source : calcul des auteurs



Le revenu minimum aux enfants





I. Aperçu des expériences comparées en matière de la garantie d'un revenu minimum pour les enfants :

L'expérience internationale montre que les conditions économiques et sociales dans lesquelles grandit l'enfant déterminent largement ses capacités à accumuler un capital humain et à développer des aptitudes cognitives.

Les épisodes de privations, même passagères, vécues au cours de l'enfance affectent négativement et de manière durable le développement physique et psychologique de l'enfant, menacent sa survie et influencent ses capacités de saisir les opportunités sociales et professionnelles, et son niveau de bien-être à l'âge adulte.

Ceci explique l'introduction explicite de la « sécurité élémentaire de revenu pour les enfants » comme une des quatre garanties essentielles du socle de protection sociale, défini par la recommandation 202 de l'OIT.

Cette recommandation stipule que l'allocation pour enfants devrait se situer « au moins à un niveau minimal défini à l'échelle nationale, assurant l'accès à l'alimentation, à l'éducation, aux soins et à tous autres biens et services nécessaires » (para 5(b)).

Les gouvernements s'intéressent à cet effet de plus en plus au renforcement de la protection sociale en faveur des enfants, en reconnaissance de leur plus grande vulnérabilité et des taux plus élevés de pauvreté infantile (par rapport à la pauvreté adulte).

Dans les pays en développement, les ressources allouées à la protection sociale des enfants ne sont pas suffisantes pour répondre adéquatement à leurs besoins élémentaires. Les allocations en faveur des enfants ont été limitées souvent aux allocations familiales du système contributif (l'assurance sociale), qui bénéficient généralement aux ayants-droits des employés du secteur formel, excluant ainsi les enfants des familles les plus vulnérables.

Plusieurs pays, principalement en Europe, fournissent actuellement des allocations non contributives et universelles pour enfants. Ce sont des programmes établis par la législation nationale et qui octroient des transferts réguliers à toutes les familles ayant des enfants.

En outre, certains pays ont établi des allocations pour enfants de nature « quasi universelle ». Il s'agit des pays ayant des allocations universelles pour des tranches d'âges spécifiques (Ukraine et Bélarus) ou des allocations qui excluent seulement les enfants des familles aisées (la Mongolie, par exemple).

D'autres pays en développement, notamment en Amérique Latine, ont atteint un niveau élevé de couverture ou sont en train d'étendre la couverture rapidement. Le système de protection sociale des enfants en Argentine couvre plus de 80% des enfants grâce à l'harmonisation des deux systèmes contributif et non contributif.

En Afrique du Sud, le « Child Support Grant » (Allocation d'appui à l'enfant), qui est conditionné par l'évaluation des ressources du ménage, bénéficie actuellement à environ 12 millions d'enfants (presque 75 % des enfants de moins de 18 ans) à un coût équivalent à 1,2 % du PIB.

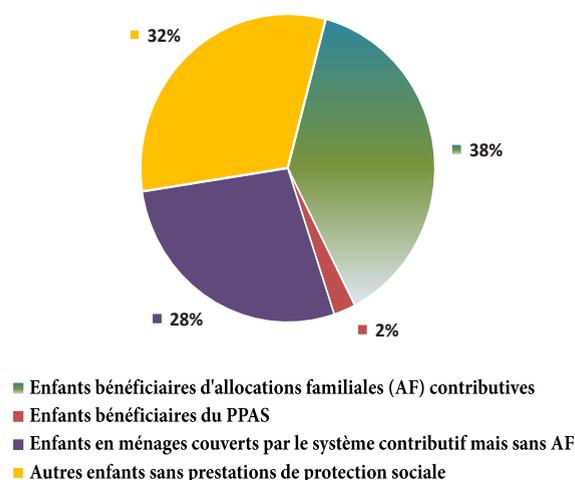
II. Etat des lieux :

Les enfants sont pris en compte par le système actuel de protection sociale à travers :

- Le Programme pour allocations scolaires (PPAS) octroyées aux enfants d'âge scolaire dans les ménages bénéficiaires du PNAFN : Ces allocations bénéficient cependant à une proportion très faible des enfants tunisiens (2 %), malgré le fait que le cinquième des enfants tunisiens vit dans la pauvreté (21,1 % en 2016 contre 12.8 % pour la population adulte).
- Les allocations familiales octroyées aux assurés sociaux dans le cadre du système contributif, qui bénéficient à environ 38% des enfants, essentiellement ceux dont les parents sont employés dans le secteur formel. Y sont éligibles les trois premiers enfants des employés adhérents à la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS) et trois des huit régimes de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).

En outre, la valeur des transferts monétaires servis actuellement est relativement faible, étant équivalente à 3% des dépenses moyennes par tête ou 0,5% du budget moyen d'une famille tunisienne. Environ 59% des enfants tunisiens ne bénéficient d'aucune prestation de protection sociale, étant exclus à la fois des allocations familiales du système contributif et des allocations scolaires dans le système non-contributif (figure1).

Figure N°1 : Enfants bénéficiaires et non bénéficiaires de prestations de protection sociale



La mise en place d'une allocation monétaire en faveur des enfants en Tunisie permettrait de combler les lacunes précitées.

Elle serait un instrument efficace de lutte contre la pauvreté, la vulnérabilité et les privations chez l'enfant, et un moyen de promotion du capital humain.

En effet, dans le contexte tunisien actuel, la mise en place d'une telle allocation serait un mécanisme efficace et relativement peu coûteux de compensation des effets néfastes (sur le pouvoir d'achat des ménages) des réformes économiques et sociales envisagées dont notamment la suppression progressive des subventions énergétiques, actuellement en cours.

En raison de la forte concentration d'enfants dans les premiers déciles de revenu, l'allocation pour enfants serait plus progressive et beaucoup plus efficace par rapport au coût des subventions des prix de l'énergie.

III. Propositions techniques et financières:

1) Population Cible :

L'allocation pour enfants serait introduite progressivement pour bénéficier éventuellement à tous les enfants tunisiens. Rappelons que, sur une population d'environ 3,2 millions enfants (de moins de 18 ans) en 2018, environ 59% ne bénéficient d'aucune prestation de protection sociale dont 32% sont issus de familles non couvertes par les régimes de la sécurité sociale (tableau 1).



Tableau N°1: Population cible d'enfants par tranches d'âges et statut par rapport au système de protection sociale, 2018

	0-5 ans	12-6 ans	13-17 ans	0-17 ans	%
Avec allocations familiales (AF) contributives	527 441	492 239	280 222	1 213 987	38
Bénéficiaires du PPAS	0	53 262	22 957	76 219	2
Sans prestations de protection sociale	637 416	674 272	566 791	1 878 479	59
En ménages dans système contributif sans AF	270 575	312 811	293 958	877 344	28
Autres enfants exclus	366 841	361 461	272 833	1 001 135	32
Total	1 078 943	1 219 773	869 969	3 168 684	100

Source : calculs des auteurs à partir de données démographiques et administratives

2) Conditions d'accessibilité :

Plusieurs scénarii pour la mise en place progressive d'une allocation monétaire aux enfants peuvent être envisagés.

Les scénarii supposent des critères d'éligibilité définis par :

Tranches d'âges : 0-5 ans, 6-12 ans et 13-17 ans

Statut des familles vis à vis du système contributif

La combinaison des deux scénarios : statut des familles vis à vis du système contributif et tranches d'âges

Par ailleurs, trois variantes pour le montant de l'allocation sont proposées, à savoir des montants suffisants pour augmenter la consommation moyenne dans le premier quintile (plus pauvre) de la population de 5 %, 10 % et 15 %, soient des montants annuels équivalents à 175 dinars, 350 dinars

et 525 dinars par enfant (correspondant à 15, 30 et 44 dinars par mois)

Les simulations ont montré qu'un transfert d'au moins 350 dinars par enfant et par an serait nécessaire pour avoir des effets significatifs sur la pauvreté et les privations.

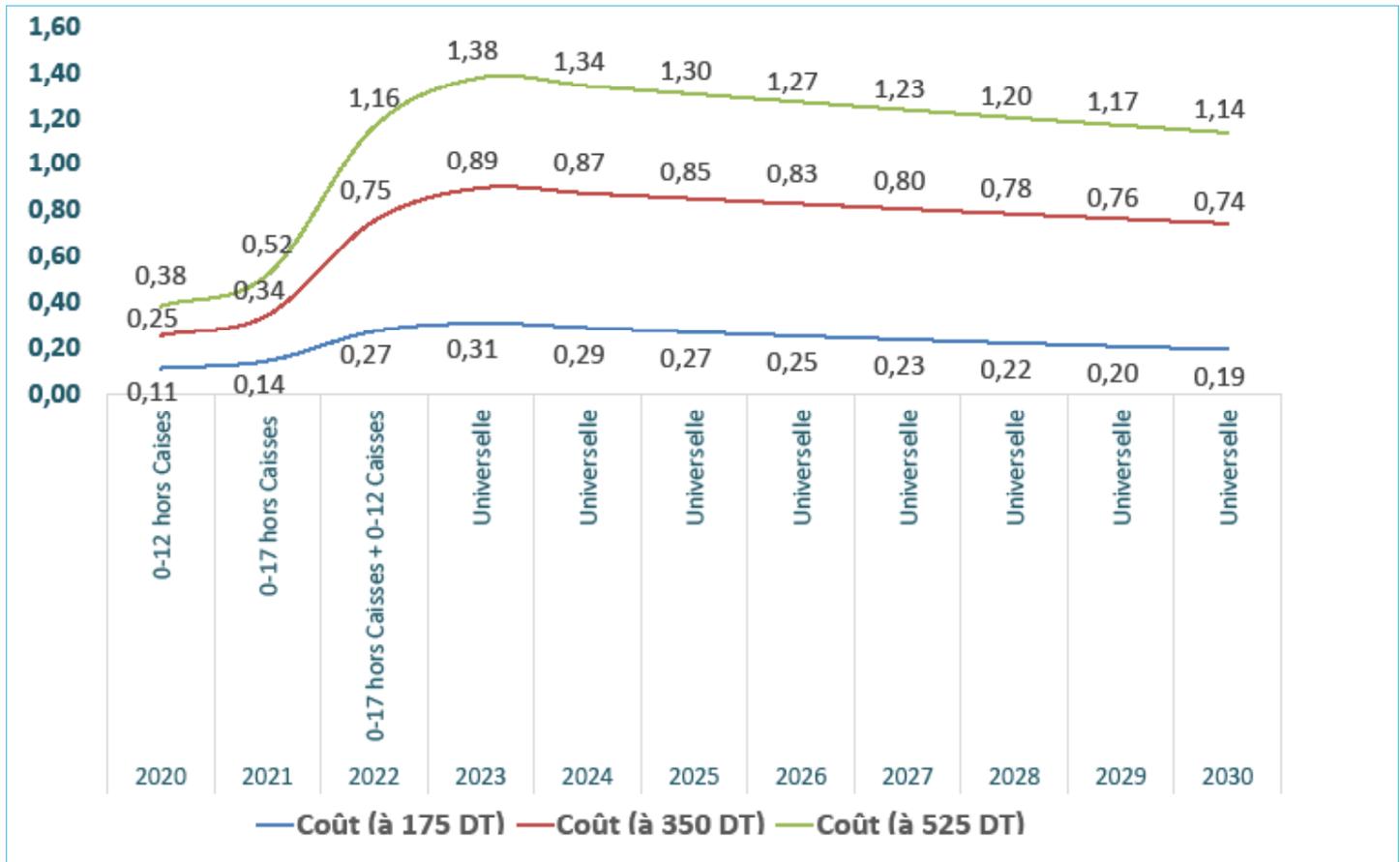
3) Etude du coût financier :

Une approche de mise à l'échelle progressive permet de réduire les coûts à un niveau assez faible au début de la période en attendant la consolidation des finances publiques.

La figure 2 montre un scénario de mise à l'échelle progressive aux trois montants simulés, qui commence par la couverture des enfants dont les parents sont hors du système contributif (0-12 ans en 2020 et 0-17 ans en 2021) et qui intègre progressivement les autres enfants en 2022-2023.

Au montant recommandé de 350 dinars par enfant par an, les coûts augmentent de 0,25 % du PIB en 2020 pour atteindre un pic de 0,89 % avec la couverture universelle en 2023 et diminuent progressivement par la suite (grâce à la croissance économique) à 0,74 % en 2030.

Figure N° 2 : Mise à l'échelle progressive de l'allocation pour enfants (coût en % du PIB)



Source : Calculs des auteurs

4) Coût-efficacité et incidence de bénéfices :

En analysant la distribution des bénéficiaires, à travers les déciles de la population, les allocations pour enfants sont fortement progressives, et elles sont nettement beaucoup plus pro-pauvres que les subventions énergétiques, en raison du fait qu'il y a une forte concentration des enfants dans les ménages plus pauvres.

La part des allocations pour enfants qui bénéficient au premier décile est estimée à 15 %, contre seulement 6 % pour le décile le plus riche.

Par contre, les subventions à l'énergie sont clairement régressives dans la mesure où le décile le plus pauvre reçoit 6,1 % de la totalité des subventions contre 16,4 % pour le décile le plus aisé. Les allocations pour enfants affichent un bon niveau de coût-efficacité, en termes de réduction de la pauvreté.

Le coût de réduction de l'écart de pauvreté infantile par un point de pourcentage se chiffre entre 617

et 712 millions de dinars selon le montant octroyé pour un programme universel d'allocations pour enfants, par rapport à 876 millions de dinars pour le PNAFN, ce qui reflète aussi le très faible niveau de couverture des enfants par ce dernier programme. Une allocation ciblant les enfants des ménages hors du système de sécurité sociale montre un meilleur niveau de coût-efficacité.

Le coût unitaire de réduction de l'écart de pauvreté infantile se situe entre 315 et 353 millions de dinars, soit un coût nettement inférieur que celui du PNAFN pour réduire la pauvreté globale.

5) Financement

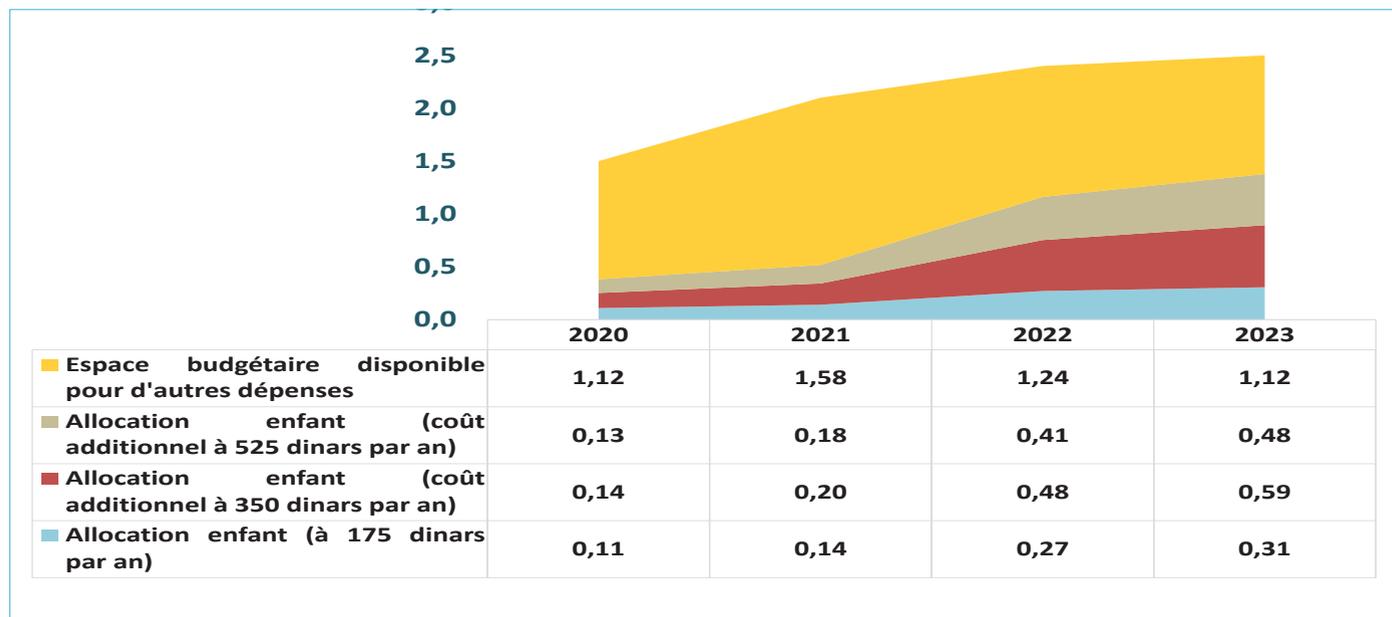
L'analyse de l'espace budgétaire montre que même dans un contexte de contraction des dépenses publiques (en pourcentage du PIB), qui est incontournable pour réduire le déficit budgétaire, il est possible de dégager un espace budgétaire qui serait supérieur aux besoins de financement de l'allocation pour enfants.



Cet espace budgétaire se créera progressivement, essentiellement par l'augmentation des recettes et la réduction de certaines dépenses (subventions énergétiques et masse salariale) en pourcentage du PIB¹.

Il est prévu que l'espace budgétaire additionnel (par rapport à 2018) augmente de 0,9 % du PIB en 2019, 1,5% en 2020 à 2,5 % en 2023, malgré la contraction globale des dépenses publiques (figure 3).

Figure N° 3 : Mise à l'échelle progressive de l'allocation pour enfants (coût en % du PIB)



Source : Calculs des auteurs

Cet espace budgétaire dégagé dépassera largement les besoins de financement de l'allocation pour enfants sous le scénario de mise à l'échelle progressive au montant de 350 dinars.

Les dépenses requises sous ce scénario requièrent 16-17 % de l'espace budgétaire disponible dans les deux premières années (2020-2021) et ensuite 31 % en 2022 et 37 % en 2023.

Tableau N°2 : Part de l'espace budgétaire (%) requise pour financer la mise à l'échelle progressive de l'allocation pour enfants atteignant l'universalité en 2023

	2020	2021	2022	2023
Allocation enfants à 175 dinars par an	7,33	6,75	11,31	12,29
Allocation enfants à 350 dinars par an	16,88	16,34	31,41	35,77
Allocation enfants à 525 dinars par an	25,50	24,68	48,39	55,11

Source : Calculs des auteurs

L'utilisation de cet espace budgétaire est en fin de compte une question de choix politiques.

Il est recommandé de consacrer une partie des ressources libérées à une allocation pour enfants qui serait plus efficace (par rapport aux coûts), plus équitable en termes de distribution et aiderait à renforcer la cohésion sociale, tout en promouvant le développement du capital humain.

1. La création de l'espace budgétaire ne compte pas sur une augmentation de l'aide (sous forme de dons) ni un recours à l'emprunt afin de garantir la pérennité du financement. Par ailleurs, le financement de l'allocation aux enfants par une hausse du taux d'imposition sur les hauts revenus s'avère être limité comme source de financement du programme.



**Dispositions et mesures
communes
de mise en place**



La mise en place du socle de protection sociale (SPS) est avant tout une question de choix politique et social, qui se manifeste dans une stratégie nationale de protection sociale inspirée d'une politique sociale cohérente, intégrante et active.

La mise en place du socle doit être fidèle aux principes posés par la recommandation (OIT) n° 202 de 2012, relative aux SPS. Une loi consacrant les principes et les caractéristiques fondamentales du futur régime paraît indispensable.

Outre les préalables, la mise en place du socle exige des mesures communes relatives au financement, à la gouvernance, à la progressivité de concrétisation et à la communication.

1. Les préalables de mise en place du SPS :

L'adoption d'une stratégie nationale de protection sociale en harmonie avec les politiques sociales et sanitaires, de l'éducation et de l'emploi. La fiabilité des systèmes d'informations relatives aux populations cibles (familles pauvres, chômeurs, travailleurs du secteur informel) et ses interactivités avec les systèmes d'informations de sécurité sociale. La mise à niveau de l'offre publique de soins pour garantir un accès universel aux soins effectif, accessible, égal et de qualité.

2. Aspects communs de financement du SPS

Le financement du SPS exige la création d'un espace fiscal comprenant divers impôts et taxes. Les sources fiscales du SPS doivent être complétées par d'autres sources non fiscales.

Les sources fiscales ne sont pas limitées à une ou deux options; au contraire, il en existe un large éventail :

- ◆ La contribution sociale de solidarité ;
- ◆ La TVA sociale ;
- ◆ Les taxes sur les produits de consommation comme le ciment et la bière ;
- ◆ Les taxes sur certaines transactions comme les transactions bancaires et les télécommunications.

Il existe plusieurs sources non fiscales pour le

financement du socle.

Certaines sont régulières et peuvent revêtir un caractère obligatoire comme les contributions des travailleurs du secteur informel, d'autres sont irrégulières comme :

- Les fonds provenant de la privatisation des entreprises publiques.
- La conversion des crédits étrangers pour le financement du SPS.
- Les dons des entreprises dans le cadre de la responsabilité sociale.

Le financement du SPS exige la réforme de la caisse de compensation vers le ciblage des populations nécessiteuses.

3. Gouvernance du SPS :

La bonne gouvernance du SPS exige l'organisation d'un système de pilotage, de gestion, de contrôle d'affiliation, de financement et le règlement des conflits qui peuvent surgir entre les différentes parties.

▶ Pilotage :

Le pilotage sera assuré par la création d'un organe doté de pouvoir décisionnel.

▶ Gestion :

Deux scénarii sont possibles, à chacun ses avantages et ses inconvénients : Le 1^{er} est la gestion par les Caisses de Sécurité Sociale et le 2^{ème} par la création d'un nouvel organisme pour la gestion du socle.

Les structures de l'économie solidaires et sociale, mutuelles, coopératives et associations peuvent jouer un rôle dans la gestion du socle.

▶ Contrôle, suivi et droit de recours :

La bonne gouvernance du socle de protection sociale exige l'instauration d'un système de contrôle de l'affiliation des bénéficiaires au SPS, le financement et la prestation de service, ainsi qu'un système de recours gracieux.

4. Plan d'action :

La mise en place du Socle National de Protection

Sociale peut être échelonnée sur plusieurs phases.

- ◆ La première phase consiste à l'adoption d'une stratégie nationale de protection sociale et d'une loi fondatrice du Socle National de Protection Sociale.
- ◆ Les autres phases s'étalent en fonction des capacités budgétaires de financement, sur plusieurs années.

5. Stratégie de communication :

Ce projet de mise en place des garanties du SPS devra être accompagné par une stratégie de communication étalée sur 5 ans à compter une année avant le lancement du projet sur le plan opérationnel c.-à-d. à partir de 2019 au cas où le lancement de la mise en place progressive est projeté pour 2020.

Cette stratégie de communication fera l'objet d'un plaidoyer auprès des différentes parties prenantes et ce par une démarche incitant à l'adhésion et l'implication citoyenne et institutionnelle.

Les activités de communication planifiées dans ce cadre seront effectuées en concomitance avec la mise en place du Socle de Protection Sociale.



CENTRE DE RECHERCHES ET D'ETUDES SOCIALES

5-7 Rue Khartoum, 1002, le Bélvédère .Tunis

www.cres.tn

<https://www.facebook.com/com.cres.tn>