

Les socles nationaux de protection sociale : émergence du concept, meilleures pratiques internationales et pertinence pour la Tunisie

Introduction

En Tunisie, le système de protection sociale fait aujourd'hui l'objet d'une grande réflexion afin de le réformer et en redéployer les moyens et les dispositifs actuellement en place.

L'état des lieux¹, dressé depuis la révolution de 2011, a mis à jour un certain nombre de lacunes quant à l'efficacité du système de protection sociale en vigueur, dans ses composantes contributive et non contributive, pour protéger les populations les plus vulnérables, combattre l'extrême pauvreté, faire reculer l'économie informelle, assurer la pérennité du financement des caisses de sécurité sociale et proposer un système garantissant l'équité.

Le contrat social signé entre les partenaires sociaux et le gouvernement tunisien le 14 janvier 2013 a balisé cette volonté qui a été relayée par la nouvelle constitution de 2014.

En effet, les principes de justice sociale (art 12), le droit à la santé (art 38) le droit à l'éducation (art 39), le droit au travail (art 40), les droits des enfants, des femmes et des personnes handicapées (art 46,47 et 48) sont désormais constitutionnalisés.

L'instauration d'un socle national de protection sociale s'impose ainsi au gouvernement tunisien comme la solution idoine pour désamorcer et dépasser la crise sociale latente et une opportunité pour asseoir les préalables d'une relance économique et une croissance équitable.

Dans ce cadre, cette lettre présente la genèse du concept de socles nationaux de protection sociale, son contenu et quelques expériences internationales abouties dont certaines données sont comparées au processus naissant en Tunisie.

I- Le Socle de Protection Sociale : un nouveau référentiel des politiques sociales dans le monde

1. Le Socle de Protection Sociale: Historique et genèse d'un nouveau paradigme

Ce concept trouve son origine, d'une part, dans la consécration de la sécurité sociale en tant que droit humain (Déclaration Universelle des Droits de l'Homme, art 22 et 25), et dans la reconnaissance internationale du rôle contracyclique des dépenses de la sécurité sociale notamment lors des phases de récession économique.

D'autre part, le rapport de l'OIT (2002) intitulé « Les origines politiques des crises économiques et de la pauvreté », relatif à l'évaluation des politiques d'ajustement structurel dans le monde, constitue réellement le point de départ de l'idée d'instaurer un socle socio-économique pour pallier notamment les effets pervers de la mondialisation et ses répercussions négatives.

Suite à la crise financière et économique internationale de 2008, le Conseil des Chefs de Secrétariat des Organismes des Nations Unies pour la Coordination et les chefs d'Etat et de gouvernement ont adopté en 2009 l'initiative mondiale du socle de protection sociale prévoyant la mise en place d'un socle de protection sociale à l'échelle nationale.

2. Définition du Socle de Protection Sociale

Le Socle de Protection Sociale (SPS) a été proposé, initialement, par l'Organisation Internationale du Travail (OIT), comme un ensemble de politiques sociales globales et cohérentes conçues en faveur de l'ensemble de la population, et particulièrement, les plus vulnérables :

- Une sécurité du revenu assurée par les transferts sociaux en nature ou en espèce en faveur des pauvres et vulnérables pour assurer une sécurité de revenu minimum et les rendre autonomes tout au long de la vie ;
- Un accès aux services essentiels tel que l'eau, l'assainissement, la santé et l'éducation...

La Conférence générale de l'Organisation Internationale du Travail (Genève, juin 2012) a permis d'affiner davantage la définition du socle de protection sociale en considérant qu'il s'agit d'un ensemble de garanties élémentaires de sécurité sociale définies au niveau national visant « à assurer au minimum à toute personne dans le besoin, tout au long de la vie, l'accès à des soins de santé essentiels et une sécurité élémentaire de revenu qui, ensemble, garantissent un accès effectif aux biens et services définis comme nécessaires à l'échelle nationale ».

1-Rapport du BIT : Tunisie un nouveau contrat social pour une croissance juste et équitable
Rapport de la mission d'évaluation du Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme en Tunisie

3. La nécessité d'un Socle de Protection Sociale

La nécessité de combattre la pauvreté, l'insécurité, l'inégalité et de maintenir la paix sociale exige de chaque Etat d'œuvrer à apporter des garanties minimales de protection à sa population. Investir dans un socle de protection sociale, équivaut à un investissement dans la justice sociale, la réalisation des droits humains et le développement économique équitable.

En effet, réduire les inégalités, promouvoir l'inclusion sociale et la dignité, faciliter l'accès à la santé et à l'éducation, sont des aspects qui relèvent des droits de l'homme et permettent de lutter efficacement contre la pauvreté et de briser sa transmission intergénérationnelle en renforçant l'autonomie et les moyens de subsistance de ces populations.

En s'engageant dans la mise en place d'un socle de protection sociale, un pays peut libérer son potentiel économique et productif et favoriser la croissance de la productivité et l'employabilité de sa population.

Le socle de protection sociale peut jouer également le rôle de stabilisateur automatique lors des crises économiques en contribuant à assurer une demande intérieure minimale permettant d'atténuer l'impact des récessions, renforcer la résilience des familles et favoriser une reprise plus rapide.

Ainsi, le socle de protection sociale doit être appréhendé comme un investissement et non comme un coût subi par les pouvoirs publics.

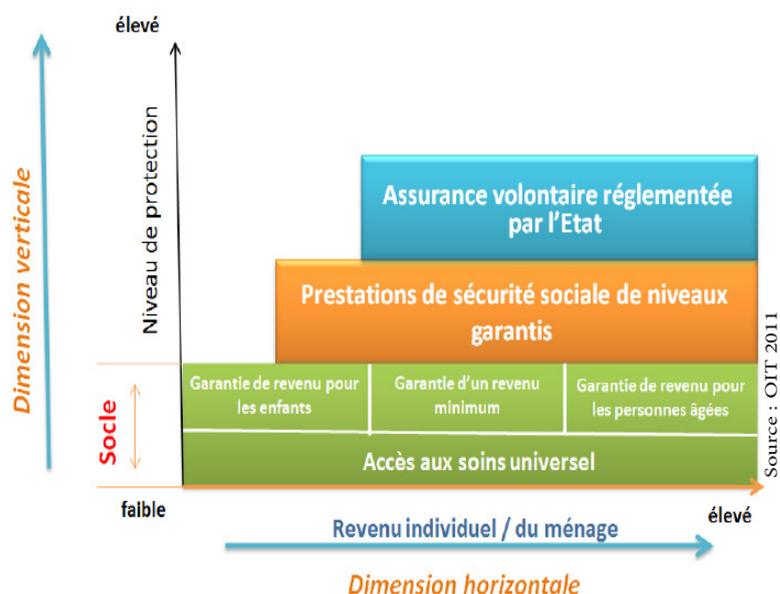
4. Les stratégies d'extension de la sécurité sociale

L'approche du socle de protection sociale selon l'OIT est bidimensionnelle (figure 1). Elle comprend l'extension de certaines garanties (dimension horizontale) telle que la sécurité de revenus et l'accès aux soins de santé à l'ensemble de la population même à un niveau de base modeste (recommandation n°202 du BIT).

Ainsi, elle peut être définie comme l'ensemble minimum de transferts, de droits et d'éligibilité qui donnent accès aux soins de santé essentiels et assurent un revenu suffisant à tous les citoyens. Par ailleurs, la dimension verticale cherche à fournir des niveaux plus élevés de sécurité de revenu et l'accès à des soins de santé de qualité qui protègent le niveau de vie notamment des catégories sociales même lorsqu'elles sont confrontées à des risques graves tels que le chômage, la maladie, la perte de soutien familial et la vieillesse.

Cette dimension vise à améliorer le niveau de la protection sociale pour le plus grand nombre de personnes conformément à la convention 102 de 1952 (norme minimum du BIT).

Figure 1 : L'escalier de la sécurité sociale



Cette stratégie bidimensionnelle comporte un escalier à trois paliers :

▲ **Le premier palier** : vise à assurer un revenu minimum à toutes les catégories sociales et une couverture sanitaire minimale qui va être financée par la collectivité et non plus via la cotisation.

▲ **Le deuxième palier** est celui des contributions sociales des assurés sociaux du secteur public et du secteur privé qui cotisent aux régimes gérés par les caisses de sécurité sociale.

▲ **Le troisième palier** est complémentaire; il est ouvert à ceux qui veulent garantir l'intégralité de leurs salaires et bénéficier de toutes les prestations sociales par la souscription d'une assurance complémentaire et volontaire réglementée par l'Etat.

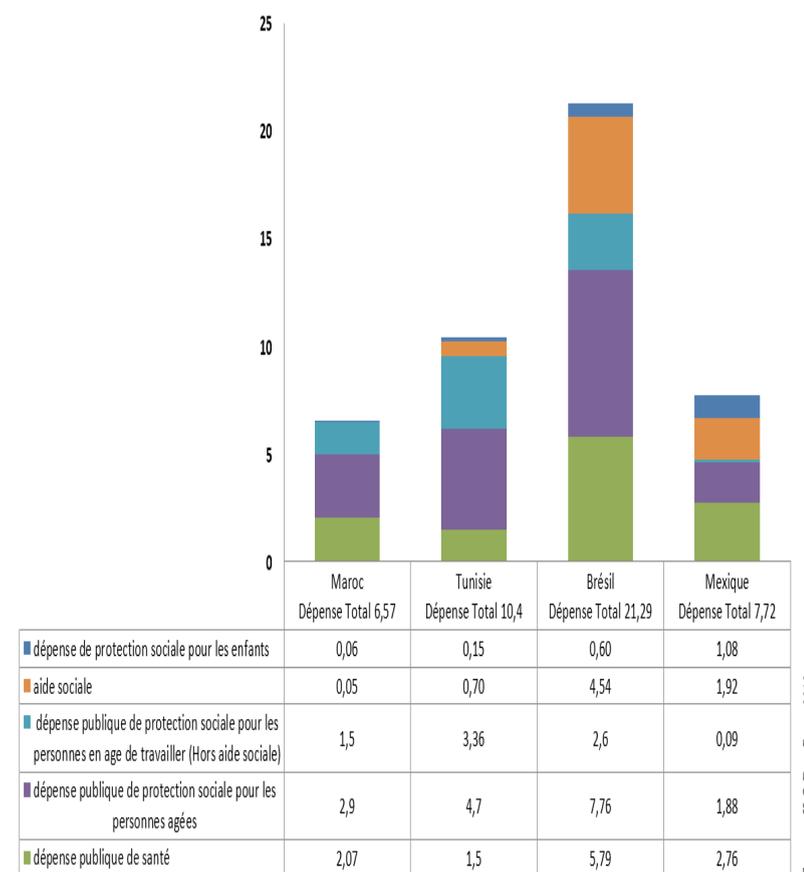
II- Les meilleures pratiques internationales dans l'élaboration des Socles de Protection Sociale

Les pays d'Amérique latine ont mis en place des socles de protection sociale faisant écho aux revendications sociales pour plus d'égalité, de justice et d'équité, qui prennent en compte les droits de l'Homme et qui insistent sur le développement humain (principalement au niveau de l'éducation, de la santé et des revenus).

Certains de ces pays tels que le Brésil et le Mexique ont élaboré des systèmes innovants qui ont permis une extension horizontale de la sécurité sociale couvrant la majorité de leurs populations avec des garanties variées.

Nous présentons dans ce qui suit quelques données relatives à ces deux pays qui servent de référence en Amérique Latine tout en intégrant les données sur le Maroc, pays souvent comparé à la Tunisie.

Graphique n°1 : Dépenses publiques de protection sociale en % du PIB en 2011



L'évolution des dépenses publiques de protection sociale dans ces pays traduit leurs engagements confirmés dans cet investissement social.

En 2011, les dépenses du Brésil ont atteint 21.29% du PIB dont 7.76% consacrées aux personnes âgées.

Le Mexique, a réussi à mettre en place un socle de protection sociale quasi complet et cela malgré un niveau de dépenses publiques de protection sociale de 7.7% du PIB (voir Graphique n°1).

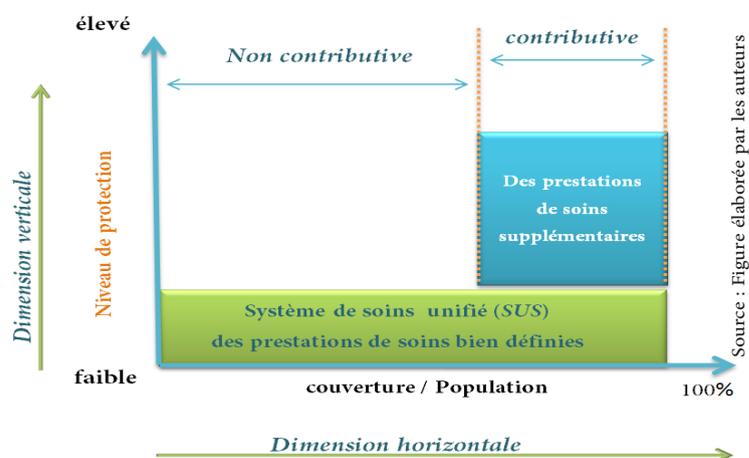
En Tunisie, les dépenses publiques de protection sociale pour les personnes en âge de travailler (âgées de 15 à 65 ans) sont de l'ordre de 3.36% du PIB, soit deux fois plus que le Maroc, ce qui atteste d'un effort financier relativement important en Tunisie pour cette catégorie de la population.

Les dépenses engagées de protection sociale pour les enfants ne représentent cependant que 0.15% du PIB en Tunisie, soit 4 fois moins que le Brésil et 7 fois moins que le Mexique (respectivement 0.6% et 1.08% du PIB) et 3 fois plus que le Maroc (0.06% du PIB).

1. Structure de la couverture de santé

En matière de santé, le système unifié de santé brésilien (SUS) est universel (il couvre potentiellement 100%² de la population contributive et non contributive) : il la prend en charge de manière uniforme par des prestations de soins bien définies (figure 2). En 2011 ces dépenses ont représenté 5.79% du PIB.

Figure 2 : Système de couverture santé brésilien (secteur public)

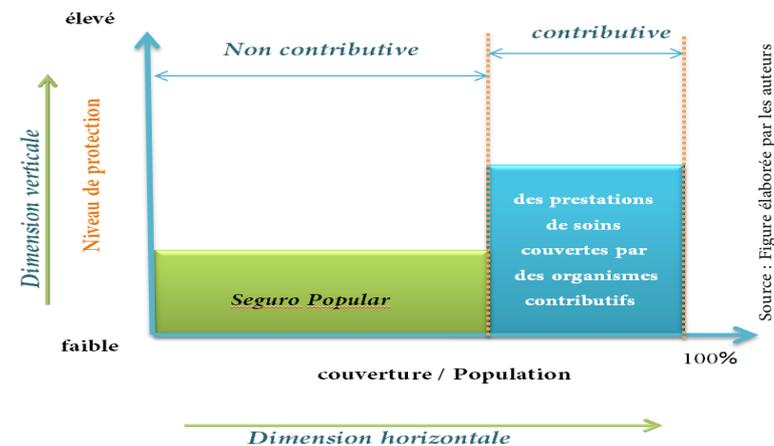


L'approche du Mexique est différente, même si, l'objectif recherché est également d'assurer la couverture des personnes défavorisées.

Comme le montre la figure 3, le programme Seguro Popular est ouvert seulement aux personnes non couvertes par la sécurité sociale contributive ou par une assurance privée.

En 2012, le nombre de bénéficiaires de ce programme s'élevait à 52.7 millions de personnes.

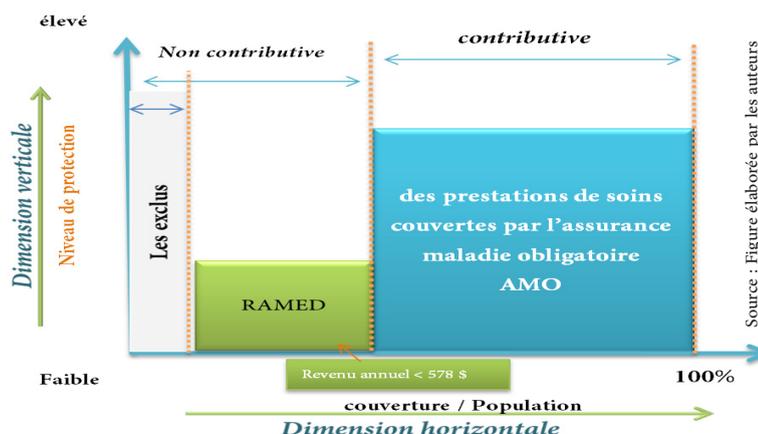
Figure 3 : Système de couverture santé mexicain (secteur public)



Pour le système de couverture santé marocain, le régime gratuit d'assistance médicale aux personnes économiquement démunies «RAMED» ne couvre que la population bénéficiaire de l'assistance sociale publique non assujettie à aucun régime d'assurance maladie obligatoire du régime contributif; leur revenu annuel doit être inférieur à 578 \$ (figure4).

En 2013, ce régime a couvert 74.6%³ de la population cible soit 6 millions de bénéficiaires.

Figure 4 : Système de couverture santé marocain (secteur public)



Concernant le système de couverture santé tunisien, il n'a pas encore réussi le défi de l'universalité (figure 5).

La couverture des deux programmes d'assistance sociale (AMGI⁴ et AMGII⁵) est estimée respectivement à 7.3% et 23.7% de la population⁶ et les 64% restants sont couverts par la sécurité sociale d'où un taux de couverture global de 94%. Quant aux dépenses publiques de santé engagées en 2013, elles ne représentaient que 4.4%⁷ du PIB.

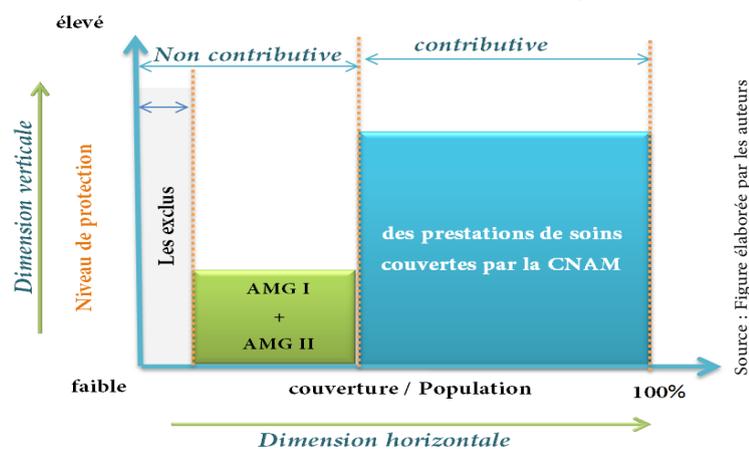
Ce système souffre aussi d'un problème d'adéquation économique, où les dépenses de santé sont considérées comme une source d'appauvrissement de la population (37.5% du financement du système de santé est supporté directement par les ménages en 2013).

Le problème est aussi un problème d'accessibilité physique liée à la mauvaise répartition géographique des unités sanitaires et des médecins spécialistes qui sont beaucoup plus nombreux dans le milieu urbain et manquent drastiquement en milieu rural.

Parallèlement, la qualité des soins est moindre en milieu rural obligeant les patients à se déplacer vers les grandes villes pour bénéficier de services de soin de meilleure qualité engendrant des coûts monétaires et non monétaires conséquents, d'où une accessibilité économique de plus en plus difficile.

Ces questions d'adéquation, d'accessibilité et de qualité constituent en partie les critères de l'approche d'analyse basée sur les droits de l'Homme en matière de protection sociale⁸.

Figure 5 : Système de couverture santé tunisien (secteur public)



2-Coordination institutionnelle et socles de protection sociale, Document ESS n°40, BIT 2014

3-Rapport global annuel 2013 et plan d'action 2014-2016 relatif au régime d'assistance médicale, Agence Nationale de l'Assurance Maladie du Maroc.

4-AMGI : Assistance Médicale Gratuite type1 ce qui donne le droit aux familles nécessiteuses à des cartes de soins gratuites.

5-AMGII : Assistance Médicale Gratuite type2 ce qui donne le droit aux familles à revenu faible à des cartes de soins à tarif réduit.

6-Enquête d'Evaluation des programmes d'assistance sociale, rapport préliminaire CRES 2015

7-Quels chemins vers la couverture sanitaire universelle ?, Ministère de la Santé 2014

8-Ben Brahim M. (2014), « Approche droit de l'Homme de la protection sociale » rapport du Haut-commissariat des droits de l'Homme, Bureau Tunisien.

2. Les programmes des transferts monétaires

Les transferts monétaires constituent un mécanisme de redistribution et de garantie de revenu essentiellement pour les familles pauvres.

Tableau n°1 : Les principaux programmes des transferts sociaux

| Pays | Programme | Couverture | Coût total | Montant de l'allocation |
|---------|--|--|--------------------------|--|
| Tunisie | Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses (PNAFN) | - 7,3% de la population - 3,5% des enfants de 5 à 19ans | 0,47% du PIB | 75\$/famille + 6.22\$/enfant et par mois à la limite de 3 enfants par ménage |
| Brésil | Bolsa Familia | 26% de la population | 0,5% du PIB | 31.8\$ famille+ allocation de 11 à 18 \$/enfant et par mois à la limite de 5 enfants par ménage |
| | Beneficio de Prestação Continuada (BPC) | 2% de la population | 0,7% du PIB | saire minimum |
| Mexique | Oportunidades / progressa | 24,6% de la population | 0,51% du PIB | allocation par enfant de 13 à 74 \$ par ménage chaque 2 mois |
| Maroc | Tayssir | ciblage géographique (434 communes) 812 milles enfants | 79,5 millions de dollars | Allocation de 6 à 10 \$/enfant selon le niveau d'étude pendant 10 mois à la limite de 3 enfants par ménage |

Le Brésil et le Mexique ont été parmi les premiers pays à développer des dispositifs de transfert monétaire conditionnel comme moyen pour combattre la pauvreté et développer le potentiel humain.

Le programme «**Bolsa Família**» constitue l'un des programmes les plus connus à l'échelle internationale, il conditionne le transfert par une fréquentation scolaire obligatoire, un suivi périodique de l'assiduité des élèves, ainsi que des visites médicales régulières pour les enfants et les femmes enceintes. En 2014, ce programme couvrait 14.1 millions de familles⁹ soit 29% de la population et ses prestations s'élevaient à 0.5% du PIB.

En plus de Bolsa Família, il existe au Brésil une prestation d'assistance monétaire «**Benefício de Prestação Continuada**» (BPC) pour les personnes âgées de plus de 65 ans ayant un revenu inférieur au quart du salaire minimum et pour les personnes handicapées. Le coût de ces transferts est de 0.7% du PIB et couvrait environ 4 millions de personnes en 2014¹⁰.

Au Mexique, et sous la stratégie «**Vivir Mejor**» (vivre mieux), le dispositif de transfert monétaire conditionné, nommé «**Oportunidades**», vise à inciter les familles à s'investir le plus longtemps possible dans la scolarisation de leurs enfants.

En 2008, ce programme a été renforcé par une nouvelle composante dans le but d'apporter une aide financière aux personnes âgées de 70 ans et plus. Il couvre 24.6% de la population et génère un coût de 0.51% du PIB (2012). Cette aide a été étendue depuis 2013 aux personnes âgées de 65 ans et plus. A partir de septembre 2014, oportunidades s'est transformé en «**Prospera**» (Programme d'Inclusion Sociale), il renforce la mise en œuvre effective des droits sociaux afin de contribuer à briser le cycle intergénérationnel de la pauvreté. Ce programme couvre 23.2 millions de personnes et présente un coût de 0.42% du PIB¹¹.

De son côté le programme de transfert monétaire marocain «**Tayssir**» a été mis en œuvre en deux phases et ne couvre qu'une faible partie de la population.

9-<http://www.mds.gov.br>

10-<http://www12.senado.gov.br/publicacoes/estudos-legislativos/tipos-de-estudos/boletins-legislativos/bol16>

11-Diagnóstico de PROSPERA Programa de Inclusión Social/ SEDESOL JUILLET 2015

12-Cette population est composée des personnes dont le revenu est inférieur au seuil de la pauvreté, des handicapés et des invalides

13-L'intensité de la pauvreté est définie comme l'écart entre le revenu moyen des pauvres et le seuil de pauvreté

14-La protection sociale en Amérique latine, Catherine Collombet, N°2013-03 juillet, Commissariat général à la stratégie et à la prospective

15-Enquête d'Evaluation des programmes d'assistance sociale, rapport préliminaire. CRES 2015

La première phase a couvert la période (2008-2010) et a concerné un échantillon d'écoles primaires rurales de 274 écoles mères et satellites), ces écoles sont réparties sur 132 communes dans cinq régions.

Ce programme a touché 300.000 élèves inscrits au primaire issus de 160.000 ménages. Dans la deuxième phase, 434 communes ont été ciblées et 812.000 élèves ont bénéficié de ce programme soit 494.000 ménages avec un budget de 79.5 millions de dollars. En Tunisie le Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses, «**PNAFN**», couvre 7.3% de la population totale (4.38% des personnes âgées et 2.92% en âge d'activité¹²). L'allocation octroyée représente 45% du SMIG en 2015.

A cette allocation s'ajoute un montant de 10 dinars par mois et par enfant en âge de scolarité (dans la limite de trois enfants). En 2014, 85 mille enfants ont bénéficié de cette allocation représentant 3.5% des enfants tunisiens. Malgré l'importance de ce programme et le large effort public qui lui est dédié, il continue d'accuser un déficit essentiellement en matière de ciblage. Les résultats de «l'enquête d'évaluation de la performance des programmes d'assistance sociale en Tunisie» (PNAFN et AMGII) réalisée par le Centre de Recherches et d'Etudes Sociales (CRES) en 2015 ont montré que les erreurs de ciblage, notamment les erreurs d'inclusion, au niveau des deux programmes PNAFN et AMGII sont relativement importants.

Conclusion

Les pays d'Amérique latine ont été les pionniers dans la mise en place d'un SPS avec des dispositifs plus ou moins ciblés, qui jouent un rôle important dans la réduction de la pauvreté et des inégalités. En matière de pauvreté, la Bolsa Familia au Brésil a engendré une réduction de l'intensité de la pauvreté¹³ de 10% et l'Oportunidades au Mexique de 19%¹⁴. Les budgets alloués à ces programmes sont assez modestes et ont un coût assez réduit au niveau du PIB mais l'impact réel sur l'extrême pauvreté est important.

En Tunisie, malgré l'existence de programmes d'assistance sociale depuis l'année 1986, une partie de la population concernée ne bénéficie pas encore d'une couverture sanitaire adéquate et complète. L'impact du programme sur la réduction de la pauvreté est minime (2.4%¹⁵). Ceci exigerait notamment d'améliorer aussi bien le ciblage que la gouvernance des programmes. La mise en place d'un socle national de protection sociale pourrait constituer une solution durable appropriée aux insuffisances du système d'assistance sociale, et ce à côté d'autres bénéfices tels que la couverture sanitaire universelle, le logement décent et la garantie de revenu pour les enfants, les personnes âgées et les personnes à besoins spécifiques. Une refonte globale de ce système est nécessaire en vue de respecter les droits économiques et sociaux. Cette refonte doit s'intégrer dans une logique de complémentarité, de coordination et d'harmonisation des différents mécanismes existants et s'accompagner de politiques de redistribution des richesses plus justes et équitables afin de s'inscrire dans un modèle de développement inclusif.

Bibliographie

- Ben Brahim M. (2014), « Approche droit de l'Homme de la protection sociale » rapport du Haut-commissariat des droits de l'Homme, Bureau Tunisie
- Coordination institutionnelle et socles de protection sociale, Document ESS n° 40 BIT 2014
- Enquête d'Evaluation des programmes d'assistance sociale, rapport préliminaire CRES 2015
- La protection sociale en Amérique latine, Catherine Collombet, N°2013-03 juillet, Commissariat général à la stratégie et à la prospective
- Quels chemins vers la couverture sanitaire universelle ?, Ministère de la Santé. 2014
- Rapport de la mission d'évaluation du Haut-Commissariat des Nations Unies aux Droits de l'Homme en Tunisie, 2011
- Rapport sur la protection sociale dans le monde 2014/15 : Vers la reprise économique, le développement inclusif et la justice sociale, BIT 2014
- Socle de protection sociale : pour une mondialisation juste et inclusive, Rapport du groupe consultatif mis en place par le BIT avec la collaboration de l'OMS, OIT 2011
- Tunisie un nouveau contrat social pour une croissance juste et équitable, BIT (Institut International d'Etudes Sociales) 2011