

République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université A.MIRA-BEJAIA



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Faculté des Sciences Economiques, Commerciales et des Sciences de Gestion
Département des Sciences Economiques

THÈSE

Présentée par

MOURI Mohand Ouali

Pour l'obtention du grade de

DOCTEUR EN SCIENCES

Filière : Sciences Economiques

Option : Economie de la Santé et Développement Durable

Thème

Etude des aspects de couverture sociale des systèmes de protection sociale dans les pays du Maghreb : Cas de l'Algérie, la Tunisie et le Maroc.

Soutenue le : 12/07/2022

Devant le Jury composé de :

Nom et Prénom

Grade

Mme. MENDIL Djamila	MCA	Univ. de Béjaïa	Présidente
Mr. MOUFFOK Nacer-Eddine	MCA	Univ. de Béjaïa	Rapporteur
Mme. ZIANI Lila	MCA	Univ. de Béjaïa	Examinatrice
Mr. ZEHNATI Ahcène	Dir. de recherche	CREAD-Alger	Examinateur
Mme. BOUYOUCEF-BARR Djamila	Pr	EHEC Alger (Ex. INC)	Examinatrice
Mme. LAOUDJ Ouardia	Pr	EHEC Alger (Ex. INC)	Examinatrice

Année Universitaire : 2021-2022

DEDICACES

A mes parents qui m'ont toujours encouragé dans mes études,

A ma femme pour son soutien et sa patience,

A mes deux enfants Oussama et Younes,

A toute ma famille.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont aidé de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail.

Mes remerciements s'adressent en particulier à mon promoteur Dr. MOUFFOK Nacer-Eddine, pour ses conseils et orientations qui m'ont guidé dans ma recherche, pour sa disponibilité et sa patience ; sans oublier mon ancien directeur de thèse Pr. BRAHAMIA Brahim pour ses efforts et son encouragement tout au long des premières années de mon encadrement.

Je tiens également à remercier les membres du jury : Dr. MENDIL Djamila, Dr. ZIANI Lila, Dr. ZEHNATI Ahcène, Pr. BOUYOUCHEF-BARR Djamila et le Professeur LAOUDJ Ouardia, qui ont répondu favorablement pour examiner et évaluer ma thèse de doctorat.

Je voudrais adresser des remerciements à mes collègues et amis, notamment Dr. CHALANE Smail, qui m'a fourni une documentation intéressante qui m'a permis d'avancer dans la réalisation de mon travail de recherche.

Je tiens enfin, à exprimer ma gratitude à l'égard de mes parents et de ma femme pour leurs constants encouragements.

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACAPS : Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale.

ADS : Agence de Développement Social.

AFS : Allocation Forfaitaire de Solidarité

AISS : Association Internationale de la Sécurité Sociale.

AMG II : Assistance Médicale Gratuite type II tarif réduit.

AMO : Assurance Maladie Obligatoire.

ANEM : Agence Nationale de l'Emploi.

APCI : Affections Prises en Charge Intégralement.

AT : Accidents du Travail.

BIT : Bureau International du Travail.

CACOBATH : Caisse Nationale des Congés Payés et du Chômage-Intempéries des secteurs du Bâtiment, des Travaux Publics et de l'Hydraulique.

CASNOS : Caisse Nationale de Sécurité Sociales des Travailleurs Non Salariés.

CIMR : Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite.

CMAM : Caisse Marocaine de l'Assurance Maladie.

CMB : Couverture Médicale de Base.

CMR : Caisse Marocaine des Retraites.

CMU : Couverture Médicale Universelle.

CNAC : Caisse Nationale d'Assurance Chômage.

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

CNAS : Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés.

CNOPS : Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale.

CNR : Caisse Nationale des Retraites.

CNRPS : Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale.

CNRSS : Caisse Nationale de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale.

CNSS : Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

CPS : Cellules de Proximité de Solidarité.

CRES : Centre de Recherches et d'Etudes Sociales

DAIS : Dispositif d'Activité et d'Insertion Sociale.

IAIG : Indemnité pour Activité d'Intérêt Général.

INDH : Initiative Nationale pour le Développement Humain.

IPE : Indemnité pour Perte d'Emploi.

IPP : Incapacité Physique Permanente.

LF : Loi de Finance.

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels.

ODD : Objectifs de Développement Durable.

OIT : Organisation Internationale du Travail.

OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ONS : Office National des Statistiques.

ONU : Organisation des Nations Unies.

PAS : Programme d'Ajustement Structurel.

PLF : Projet de Loi de Finances.

PNAFN : Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses.

RAMED : Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis.

RCAR : Régime Collectif d'Allocation de Retraite.

SMAG : Salaire Minimum Agricole Garanti.

SMIG : Salaire Minimum Interprofessionnel Garanti.

SNMG : Salaire National Minimum Garanti.

Sommaire

Introduction générale.....	1
Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel de la protection sociale.....	13
Introduction.....	14
Section 1 : Notion de risque et techniques de protection.....	15
Section 2 : Les trois répertoires de la protection sociale.....	21
Section 3 : Protection sociale et théorie économique.....	27
Section 4 : Les politiques sociales et leurs indicateurs de mesure.....	34
Conclusion	44
Chapitre 2 : Emergence et évolution de la protection sociale.....	45
Introduction.....	46
Section 1 : Historique et naissance de la protection sociale.....	46
Section 2 : Développement et extension de la protection sociale dans le monde.....	52
Section 3 : Remise en cause de la protection sociale.....	64
Conclusion.....	70
Chapitre 3 : La couverture sociale en Algérie.....	72
Introduction.....	73
Section 1 : Présentation du système de protection sociale algérien.....	74
Section 2 : La couverture des risques par les assurances sociales.....	87
Section 3 : La couverture des risques par les autres types d'assurances.....	94
Conclusion.....	102
Chapitre 4 : La couverture sociale en Tunisie.....	104
Introduction.....	105
Section 1 : Présentation du système tunisien de protection sociale.....	106

Section 2 : Les assurances sociales et les prestations familiales.....	124
Section 3 : La couverture des risques par les autres types d'assurance.....	131
Section 4 : L'efficacité des programmes de protection sociale.....	137
Conclusion	139
Chapitre 5 : La couverture sociale au Maroc.....	141
Introduction.....	142
Section 1 : Présentation du système de protection sociale marocain.....	142
Section 2 : La couverture des risques : maladie, maternité et accidents du travail.....	159
Section 3 : La couverture des risques : invalidité, vieillesse et survivants.....	166
Conclusion.....	173
Chapitre 6 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays.....	175
Introduction.....	176
Section 1 : La couverture des risques santé et maternité.....	177
Section 2 : La couverture des risques invalidité, décès et vieillesse.....	184
Section 3 : Les prestations familiales, assurance chômage et les accidents du travail et maladies professionnelles.....	190
Conclusion.....	199
Conclusion générale.....	202
Bibliographie.....	209
Annexes.....	219

INTRODUCTION GENERALE

Introduction générale

1. Etat providence et protection sociale : historique et fondements théoriques

Dans la vie quotidienne, l'individu est exposé à divers risques tels que ; la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage...etc. « *Un risque est un événement futur, certain (le vieillissement, la mort ou la procréation aujourd'hui) ou incertain, qui lorsqu'il survient engendre un préjudice. Ce préjudice peut être malheureux (accident, maladie, chômage) ou heureux (la naissance d'un enfant, vivre longtemps).* »¹.

Dans les sociétés traditionnelles, les risques professionnels sont essentiellement agricoles, avec la révolution industrielle et le développement des machines et des techniques de production ; le milieu professionnel est devenu plus dangereux (accident de travail). L'évolution des moyens de transport, à savoir le transport aérien (avion), terrestre (train, voiture, tramway, le métro...etc.) engendre des risques d'accident de la circulation et des situations dramatiques en termes de morts, blessés et handicapés, avec une prise en charge onéreuse pour la société.

Pour faire face à cette situation (réparation des préjudices et prévention), il existe plusieurs politiques de protection sociale qui nous permettent de se protéger et de réparer les préjudices en cas où le risque est survenu en assurant les ressources nécessaires pour toute la population, notamment les plus marginalisés. Plusieurs organismes interviennent pour prendre en charge les divers risques, à savoir la famille, la religion, et l'Etat. Ce dernier joue un rôle majeur et son rôle ne cesse d'élargir, dans la société moderne, pour inclure de nouveaux risques.

« ...l'Etat providence recouvre ainsi l'ensemble des dispositifs et d'institutions qui protègent les citoyens contre les risques de l'existence et qui vise à répondre à leurs besoins dans le cadre de mécanismes de solidarité, ce qui devrait par exemple inclure la législation protectrice des travailleurs, l'éducation, la fiscalité, le logement ou la fourniture des services sociaux. Il se caractérise par des articulations différentes dans chaque pays entre la structure familiale, le marché (notamment le marché du travail), et les dispositifs de solidarité mis en

¹ CAIRE Gilles. (2002), *Economie de la protection sociale*, Bréal, Rome, p 9.

œuvre sous l'égide ou l'impulsion des pouvoirs publics»². Nous pouvons présenter deux Typologies de l'Etat-providence :

Une première distinction classique inspirée d'idéologies différentes, « ...émergent aujourd'hui trois systèmes de santé fondés sur une philosophie toute différente : en Europe, les systèmes professionnels dits « de Bismarck » et les systèmes universels dits « de Beveridge », du nom de leurs inspireurs, et le système libéral américain. Aucun système ne se trouve à l'état pur, mais des variantes existent dans toutes les zones du monde. »³. Dans l'option bismarckienne, la protection maladie est liée au travail et financée par des cotisations. Dans l'option développée par Lord Beveridge dès 1942, l'accès aux soins est universel et les services sont financés par l'impôt⁴.

Une deuxième distinction est celle d'Esping-Andersen, publiée dans un ouvrage en 1990, à partir de deux critères, le degré de « démarchandisation » et le système de stratification sociale. Ainsi, selon le rôle de l'Etat, le marché et la famille, il identifie trois régimes d'Etat-providence : le régime « *libéral* » où la place est laissée aux mécanismes de marché. Le régime « *conservateur-corporatiste* » ou « continental », où l'Etat intervient pour réguler le marché et garantir les droits des travailleurs. L'accès aux droits est avant tout lié aux statuts professionnels et sociaux sur la base d'une logique d'inspiration Bismarckienne, où la redistribution est de nature horizontale. Le régime « *social-démocrate* » qui assure, par l'entremise de l'Etat, un haut niveau de protection sociale, une redistribution verticale de grande ampleur par le biais de prélèvements fortement progressifs, et un accès universel et individualisé à des prestations élevées destinées à l'ensemble de la population.

La couverture sociale de la population est nécessaire pas seulement pour se protéger contre les différents risques de la vie quotidienne (la maladie, les accidents de travail...etc.), mais aussi pour réduire les inégalités et maintenir une certaine cohésion sociale.

Depuis l'antiquité, des formes de solidarité existent, telles celles qui sont basées sur la religion. Le développement de protection sociale est initié en Allemagne par Bismarck au 19^{ème} siècle. Il a créé l'assurance maladie étatisée en 1883, suivie par le rapport du britannique

² ELBAUM, Mireille. (2008), *Economie politique de la protection sociale*, PUF, Paris, p 51.

³ MAJNONI D'INTIGNANO, Béatrice. (2001), *Economie de la santé*, PUF, Paris, p 79.

⁴ DURIEZ, Marc., et LEQET-SLAMA, Diane. (1998), *Les systèmes de santé en Europe*, PUF, coll. « Que sais-je ? », Paris, p 3.

Lord Beveridge en 1942. Depuis, le système de sécurité sociale a connu une large diffusion dans le monde.

Le système de protection sociale existe pour répondre à des besoins individuels, mais aussi et surtout car il est indispensable au fonctionnement du système capitaliste, à sa survie ; en termes de soutien de la demande pour les keynésiens et en termes d'aide à la reproduction du mode de production capitaliste pour les marxistes. L'école de la régulation a donné une explication « mixte » de la protection sociale en tant qu'élément du fordisme, et débouche sur une interprétation économique globale de l'Etat providence.

Ainsi, la protection sociale représente un système de prise en charge par la collectivité des conséquences économiques d'un certain nombre de situations (souvent qualifiées de risques) pénalisantes pour les individus : maladie, maternité, vieillesse, chômage, invalidité, etc. La protection sociale est un système de redistribution qui permet de réduire les inégalités dans la société. Cela nous conduit à nous interroger sur la nature des inégalités que la société cherche à réduire par la protection sociale ?

D'un point de vue théorique, l'économie du bien-être, notamment les théories post-welfaristes de la justice sociale, tentent d'apporter des réponses à cette question. Ces théories prennent position sur ce qui importe d'égaliser, pour ensuite concevoir des politiques de redistribution. Nous citons les théories de J. Rawls., R. Dworkin et A. Sen :

- Pour J. Rawls. (1971), la priorité à l'égalisation des ressources dans le domaine des « biens sociaux premiers », avec l'acceptation des inégalités de revenu et de richesse dans la mesure où elles améliorent la situation des membres les plus désavantagés de la société ;
- Pour R. Dworkin (1981), une égalisation des ressources qui tienne compte des talents et des handicaps dont les individus ne sont pas responsables, mais pas des conséquences de leurs préférences et aspirations ;
- Pour A. Sen. (1992), l'égalisation « des capacités de base », c'est-à-dire des capacités qu'ont effectivement les individus à choisir leur projet de vie compte tenu de leurs caractéristiques et de leur environnement.

2. Le contexte mondial et maghrébin de la protection sociale

Au niveau mondial, et avec les efforts des organisations internationales (notamment l'ONU (Organisation des Nations Unies), l'OIT (Organisation Internationale du Travail), la Banque Mondiale et l'AISS (Association Internationale de la Sécurité Sociale)), la protection sociale a connu un intérêt majeur partout dans le monde.

Les Nations Unies affirment dans la déclaration universelle des droits de l'homme en 1948 dans l'article n°22 que : « *Toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays* ».

L'OIT a adopté en 1952 la convention n°102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), entrée en vigueur le 27 avril 1955. Dans cette convention, neuf branches (ou risques) sont définis. En 2011, le BIT (Bureau International du Travail) a publié un rapport intitulé « *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive* ». Et lors de la 101ème conférence internationale du travail en 2012, les représentants tripartites des États membres adoptèrent une recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale.

Dans le dernier rapport sur la protection sociale⁵ 2020-2022, l'OIT cherche à vulgariser et développer une protection sociale universelle pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD). Nous citons l'objectif n° 1 : « éliminer la pauvreté sous toutes ses formes partout dans le monde », et la cible n°1.3 : « mettre en place des systèmes de mesures de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des vulnérables en bénéficient ».

Le même rapport de l'OIT précise que malgré les avancées réalisées, Seuls 46.9 % de la population mondiale sont effectivement couvertes par au moins une prestation de protection sociale, laissant 53.1 %, soit 4,1 milliards d'êtres humains, sans protection. Avec des

⁵Organisation Internationale du Travail (2021), « Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022 : La protection sociale à la croisée des chemins : bâtir un avenir meilleur » ; (Résumé analytique).

inégalités très importantes entre les régions, le taux de couverture est de 83.9% pour la région de l'Europe et de l'Asie centrale, contre seulement 17.4 % pour l'Afrique.

Concernant les pays du Maghreb, ils sont dotés de systèmes de protection sociale d'une inspiration bismarckienne. Leurs origines remontent à l'époque coloniale. Depuis l'indépendance, ils ont connu plusieurs évolutions qui ont abouti à la forme actuelle de la protection sociale.

La genèse des systèmes légaux de protection sociale fut donc sensiblement semblable dans ces trois pays du Maghreb. Les politiques sociales ont néanmoins connu des trajectoires très différentes en Tunisie, en Algérie et au Maroc, quand bien même elles convergent finalement aujourd'hui vers des « questions » relativement similaires : l'érosion des protections et la vulnérabilité des statuts comme pendant la libéralisation économique.⁶

Les difficultés économiques que connaît les pays en question ; le chômage, l'ampleur du secteur informel, la diminution des recettes, ainsi que les évolutions démographiques constituent des défis majeurs que les décideurs doivent tenir compte pour adapter les politiques sociales. Cette situation influence négativement l'équilibre financier des régimes de la protection sociale, notamment celui de la retraite.

Cependant, le système de protection sociale a été introduit en Algérie suite à la décision n°49/045 du 11 avril 1949, rendue exécutoire par l'arrêté du 10 juin 1949. Après l'unification des régimes en 1983, une nouvelle architecture du système de sécurité sociale se met en place. Ainsi, la protection sociale comportera deux politiques : la politique de sécurité sociale (système contributif et assurantiel) et la politique d'assistance sociale (système non contributif et assistanciel).

Cette sécurité sociale est organisée autour de cinq caisses, sous la tutelle du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale : la CNAS (Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs Salariés), la CNR (Caisse Nationale des Retraites), la CASNOS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale des travailleurs Non Salariés), la CNAC (Caisse

⁶CATUSSE, M., et DESTREMAU, B. (2009), « L'Etat social à l'épreuve de ses trajectoires au Maghreb », dans : CATUSSE, M., DESTREMAU, B., et VERDIER, E. (dir.), *L'Etat face aux débordements du social au Maghreb. Formation, travail et protection sociale*, IREMAM-KARTHALA, Paris, chap. 1, p 15.

Nationale d'Assurance Chômage) et la CACOBATH (Caisse Nationale des Congés Payés et du Chômage-Intempéries des secteurs du Bâtiment, des Travaux Publics et de l'Hydraulique).

Quant aux programmes non contributifs, qui visent à réduire la pauvreté et assurer un minimum de ressources pour les personnes marginalisées, il s'agit de dispositifs gérés par l'ADS (Agence de Développement Social), ainsi que les transferts sociaux.

S'agissant de la Tunisie, la sécurité sociale se déploie aujourd'hui sous forme de régimes assurantiels gérés par trois caisses : la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS) pour le secteur public et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour le secteur privé, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en charge des prestations d'assurance maladie, maternité et des accidents de travail. Le système d'assistance sociale, non contributif, vise la réduction de la pauvreté et l'atténuation des inégalités économiques à travers les deux fameux programmes, PNAFN ; Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses et AMG II ; Assistance Médicale Gratuite type II tarif réduit.

Au Maroc, le système de protection sociale se compose d'un système de sécurité sociale qui est contributif (CMR, RCAR, CNSS, CNOPS...), d'un système de protection sociale partiellement contributif (RAMED : Régime d'assistance médicale) et d'un système de protection sociale non-contributif (Tayssir, Kafala, INDH, établissements de protection sociale pour les personnes en difficulté...).

3. Choix du sujet et revue de littérature

Le choix de ce sujet se justifie par les multiples intérêts qu'il suscite pour l'Afrique et les pays du Maghreb, que ce soit pour l'Etat, la population (salariés, personnes âgées...) ou les organismes de sécurité sociale.

Ce qui nous a motivé de s'intéresser à la protection sociale, c'est d'abord la mise à plat de cette organisation et notre curiosité de découvrir les rouages de ce système et ses enjeux économiques et sociaux. Il s'agit notamment de montrer le rôle de la protection sociale dans la couverture des risques sociaux que l'être humain est exposé quotidiennement, des risques tels que ; la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage...etc.

Le thème de protection sociale est peu exploré dans les pays du Maghreb et ce malgré son importance. Quelques contributions portent sur l'une des composantes de la protection sociale. J.M, Depuis., L, El Moudden., et Petron, A. (2009 ; 2011) ont abordé le système de retraite, L, Ziani. (2018) a étudié le rôle de l'assurance maladie dans le système de financement de la santé, IPIMED (2012) a analysé les systèmes de santé dans les trois pays en question.

En Algérie, quelques rares contributions qui abordent cette question de protection sociale, nous citons : W, Merouani., N.E, Hammouda., et C, EL Mouden⁷, qui ont essayé de caractériser le système de protection sociale algérien entre bismarckien et/ou beveridgien. C, Perret., et B, Paraque. (2010, 2012) s'intéressent à la solidarité intergénérationnelle. D'autres travaux portent sur la sécurité sociale ou la retraite ; L, Lamri. (2004)⁸, a fait une description détaillée du système de sécurité sociale algérien. M.F, Grangaud. (1984) a analysé le contenu du système de sécurité sociale dans la période post indépendance. M, Kaddar a analysé l'équilibre du système de sécurité sociale dans la période de 1980-1990. F.Z, Oufriha. (1990) a abordé la question du système de sécurité sociale en relation avec sa participation au financement du système de santé. S, Ouzzir. (2006)⁹ a traité la question de la sécurité sociale en relation avec le marché du travail. D, Mendil. (2016) a étudié les aspects redistributifs du système de retraite algérien.

En Tunisie, A, Guelmani. (1996) a effectué un riche travail historique sur la politique sociale en Tunisie depuis 1881. Certaines contributions ont présenté l'expérience tunisienne en termes d'universalisation de la sécurité sociale (M, Chaabane. (2003)), et d'extension de la protection sociale (B, Destremau. (2009)). D'autres études ont analysé le système de retraite tunisien (M, Ben Braham. (2007, 2009)). Signalons aussi que le CRES a publié plusieurs rapports sur la protection sociale et l'économie informelle en 2016, le Socle National de Protection Sociale en 2019, la performance des programmes d'assistance sociale en Tunisie (2015, 2017).

⁷ MEROUANI, W., HAMMOUDA, N.E., et EL MOUDDEN, C. (2014), « Le système algérien de protection sociale : entre Bismarckien et Beveridgien », *Les cahiers du cread*, n°107-108, p. 109-147.

⁸ LAMRI, L. (2004), *Le système de sécurité sociale en Algérie : Une approche économique*, OPU, Alger.

⁹ OUZZIR, S. (2006), «La protection sociale face aux défis de la flexibilité et de la précarité de l'emploi», *Les cahiers du cread*, n°78, p. 45-69.

Quant au Maroc, D, Guerraoui a réalisé en 2006 une synthèse sur les cinquante ans de politiques sociales au Maroc. M, Catusse. (2009) a abordé l'Etat social (du Maroc) dans la réforme néo-libérale. D'autres auteurs s'intéressent au système de retraite (J, Dupuis. (2008), M, Cherkaoui. (2009)). Des rapports sont publiés sur cette question par le gouvernement (2018) « *Mapping de la protection sociale au Maroc* », le CNES. (2018) « La protection sociale au Maroc ».

La mise en place de socles de protection sociale est une priorité urgente en Afrique, un moyen efficace pour lutter contre la pauvreté (OIT, 2001) et atteindre les Objectifs du Développement Durable. La protection sociale est vue non pas comme un coût ou une dépense, mais comme un investissement social (G, Esping-Andersen., et B, Palier. (2008)), et comme un élément clé de politique de développement (Merrien, 2013).

La question de la protection sociale, qui finance et couvre une partie importante de divers risques, mérite une analyse approfondie afin de montrer ses atouts et ses limites de couverture, pour ensuite proposer des recommandations adéquates en tenant compte des exigences socio-économiques.

Plusieurs changements sont apparus ces dernières décennies dans les pays du Maghreb et qui peuvent impacter l'apparition des risques sociaux, ainsi que l'équilibre financier des différents organismes de la protection sociale.

Les changements concernent la transition démographique et épidémiologique, l'allongement de l'espérance de vie, l'apparition des maladies chroniques dont elles nécessitent des traitements onéreux. La persistance de certains phénomènes, comme celui des accidents de la circulation (morts, blessés et handicapés), nécessitent aussi une prise en charge coûteuse. D'autres éléments, tel le changement de mode de vie de la population dans les pays du Maghreb et leurs habitudes de consommation (sédentarité, consommation du tabac, alcool...etc.), ainsi que la prépondérance du **travail informel** dans l'économie nationale qui présente une importante source de cotisation pour la sécurité sociale.

4. Problématique et hypothèses de travail

L'objectif de ce travail de recherche est de traiter la couverture sociale par les systèmes de protection sociale dans les trois pays du Maghreb à savoir, l'Algérie, la Tunisie et le Maroc. Ainsi, nous posons notre problématique principale, comme suit :

Dans quelle(s) mesure(s) les systèmes de protection sociale, dans les pays du Maghreb, pourraient-ils assurer une couverture des risques sociaux pour leur population ?

Afin de mieux cerner tous les éléments de réponse, d'autres interrogations subsidiaires s'imposent :

- Quelles sont les politiques de protection sociale adoptées par les trois pays? Il s'agit de présenter l'architecture de la politique d'assurance sociale avec les différents régimes compris, ainsi que la politique d'assistance sociale qui englobe les programmes non contributifs.
- Quels sont les risques qui sont couverts par ces politiques de protection sociale ? On se référant à la convention n°102 adoptée en 1952 par l'OIT, concernant la sécurité sociale (norme minimum) qui définit neuf branches (ou risques), nous cherchons à appréhender le niveau de couverture de chaque risque.
- Quelles sont les catégories de la population qui bénéficient de cette couverture ? il s'agit de distinguer parmi l'ensemble de la population (personnes âgées, enfants, salariés, femmes enceintes...etc.) celles qui sont couvertes par le système de protection sociale.
- Quels éléments pouvons-nous retenir d'une comparaison entre les trois pays en termes (de niveau) de couverture de risque pour les diverses catégories de la population ? Quel est le pays qui est arrivé à assurer un niveau élevé de couverture pour une large catégorie de la population ?

Pour résumer, notre travail consiste à faire un état des lieux sur la situation de la couverture sociale dans les trois pays, identifier les risques non couverts (ou couverts partiellement) pour une certaine catégorie de la population. Notre objectif est de savoir si la

protection sociale dans les trois pays joue correctement son rôle de couverture sociale. Donc, au cours de ce travail, et pour les trois pays, nous formulons certaines hypothèses que nous tenterons de vérifier (infirmer ou confirmer) :

- **Le système de protection sociale dans les trois pays assure une couverture partielle des neuf risques répertoriés par la convention n° 102 de l'OIT.**
- **Le système de protection sociale ne couvre pas toutes les catégories de la population.**
- **Le niveau de couverture des risques en Tunisie est plus élevé que celui de l'Algérie et du Maroc.**

A travers ces hypothèses, nous essaierons de vérifier l'adéquation entre les risques sociaux, les politiques de protection sociales et la couverture de la population. La nature du système bismarckien adopté et l'informatisation de l'économie dans les trois pays excluent une partie non négligeable de la population de la couverture sociale.

5. Méthodologie et plan de la thèse

Dans ce travail et afin de vérifier les hypothèses formulées, nous utiliserons plusieurs approches ; une approche historique est nécessaire pour comprendre la construction des Etats sociaux. On ne peut saisir le cadre actuel de la protection sociale, à l'échelle mondiale et dans les pays du Maghreb, sans évoquer les mesures qui ont donné lieu à son émergence et suivre la trajectoire de leur évolution. L'approche descriptive consiste à présenter l'architecture actuelle de la protection sociale composée de régimes contributifs (sécurité sociale) et non contributifs.

Nous avons utilisé une approche analytique et comparative pour examiner et analyser le niveau de couverture des risques en se référant à la convention n° 102 de 1952 de l'OIT, ainsi que les catégories de la population qui bénéficie, ou non, d'une protection sociale. Cela nous permet ensuite d'effectuer une analyse comparative entre les trois pays en question.

Notre travail est subdivisé en six chapitres. Les deux premiers chapitres sont d'ordre théorique; où le premier est consacré aux fondements théoriques des politiques de protection sociale, dans lequel nous présentons la notion de risque, les techniques de protection, les

répertoires et manières de penser et de concevoir la protection sociale. Nous rappelons le point de vue des différentes théories économiques, à savoir l'analyse keynésienne, marxiste, libérale et l'école de la contingence. Comme nous évoquons enfin les politiques sociales menées par les divers acteurs qui interviennent dans ce domaine, ainsi que leurs indicateurs de mesure.

Le second chapitre traite l'émergence de la protection sociale. Nous rappelons d'abord les formes de protection existantes dans les sociétés dites anciennes ou traditionnelles, avant de présenter la naissance des deux systèmes Bismarckien et Beveridgien au cours du 19^{ème} et du 20^{ème} siècle, respectivement. Ensuite, nous suivons son extension et développement dans le monde, notamment en Europe, dans les trente glorieuses, ainsi que la remise en cause et la crise de l'Etat providence et de la protection sociale dans les années 1970.

Les quatre autres chapitres de ce travail sont réservés aux pays du Maghreb, trois chapitres seront consacrés aux systèmes de protection sociale dans les trois pays du Maghreb (l'Algérie, la Tunisie et le Maroc). Pour chaque pays, nous effectuons un survol historique en suivant l'évolution du système de protection sociale, depuis l'indépendance jusqu'à aujourd'hui. Ensuite, et dans une autre section, nous détaillons l'organisation de la protection sociale, à travers ses deux composantes, la sécurité sociale contenant, selon chaque pays, plusieurs caisses et régimes et l'assistance sociale qui comporte les transferts sociaux et les autres mesures destinées à lutter contre la pauvreté et l'exclusion. Dans une dernière section, nous tentons d'analyser la couverture des risques sociaux pour les différentes catégories de la population. Quant au sixième chapitre, il fera l'objet d'une analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb. Ses Trois sections analyseront, respectivement, la couverture des risques invalidité, décès et vieillesse ; la couverture des risques santé et maternité ; et les prestations familiales, assurance chômage et les accidents du travail et maladies professionnelles.

Après avoir présenté et analysé le système de protection sociale de chaque pays du Maghreb ainsi que leur couverture de la population, nous allons effectuer une analyse comparative de la couverture de chaque risque tel qu'il est défini par la convention n°102 concernant la sécurité sociale (norme minimum) de 1952 de l'OIT.

CHAPITRE 1

CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL DE LA PROTECTION SOCIALE

Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel de la protection sociale.

Introduction

Dans la vie quotidienne, l'individu est exposé à divers risques tels que ; la maladie, l'invalidité, la vieillesse, le chômage...etc. Et pour faire face à cette situation (réparation des préjudices et prévention), il existe plusieurs politiques de protection sociale qui nous permettent de se protéger et de réparer les préjudices en cas où le risque est survenu en assurant les ressources nécessaires pour toute la population, notamment les plus marginalisés.

L'objet de ce premier chapitre est de présenter quelques notions de base liées la protection sociale ainsi que son fondement théorique. Il regroupe un ensemble d'éléments qui nous semble primordial de les clarifier tout au début de ce travail ; notion de risque et techniques de protection et différentes politiques sociales. Comme nous rappelons l'aspect théorique de la protection sociale ainsi que les différentes visions des théories économiques. Nous ferons appel à tous ces éléments dans les chapitres suivants et dans le reste du travail, ils nous aideront à comprendre les systèmes de protection sociale.

Nous abordons ce chapitre de la manière suivante : une première section qui définit les notions de risque et de protection sociale et récapitule les différentes techniques de protection, ainsi que le lien entre la protection sociale et les inégalités. Les trois répertoires de la protection sociale sont résumés dans une seconde section, ils sont construits à partir de différentes façons de faire la protection sociale basées sur quatre variables et les trois manières de penser et de concevoir la protection sociale.

Ensuite et dans une troisième section, nous évoquons le point de vue des différentes théories économiques, à savoir l'analyse keynésienne, marxiste, libérale et l'école de la contingence pour comprendre leurs visions sur la protection sociale. Enfin, nous terminons ce chapitre avec la présentation des politiques sociales menées par les divers acteurs qui interviennent dans ce domaine ainsi que leurs indicateurs de mesure.

Section 1 : Notions de base et techniques de protection.

Nous allons présenter dans cette section certaines notions de base liées à la protection sociale et aux techniques utilisées pour se protéger contre les risques, ensuite nous évoquerons la relation entre la protection sociale et les inégalités.

1. Quelques définitions de base

Aborder le thème de la protection sociale nécessite des définitions préalables de certaines notions telles que le risque, l'Etat-providence, protection sociale, que nous utiliserons fréquemment dans la suite de cette thèse.

Il existe plusieurs définitions du risque, mais on peut retenir la définition suivante : « Un risque est un événement futur, certain (le vieillissement, la mort ou la procréation aujourd'hui) ou incertain, qui lorsqu'il survient engendre un préjudice. Ce préjudice peut être malheureux (accident, maladie, chômage) ou heureux (la naissance d'un enfant, vivre longtemps). »¹⁰.

Globalement, et pour faire face aux risques, l'Etat-providence protège les individus vis-à-vis des risques de l'existence. Par contre, la protection sociale se limite seulement aux risques sociaux. Donc, le premier englobe un ensemble de droits et de protections qui se veut plus large que la seule protection sociale, et qui concerne les différents aspects du bien-être social des citoyens (Elbaum M. 2008).

« L'Etat providence recouvre ainsi l'ensemble des dispositifs et d'institutions qui protègent les citoyens contre les risques de l'existence et qui vise à répondre à leurs besoins dans le cadre de mécanismes de solidarité, ce qui devrait par exemple inclure la législation protectrice des travailleurs, l'éducation, la fiscalité, le logement ou la fourniture des services sociaux. Il se caractérise par des articulations différentes dans chaque pays entre la structure familiale, le marché (notamment le marché du travail), et les dispositifs de solidarité mis en œuvre sous l'égide ou l'impulsion des pouvoirs publics »¹¹.

¹⁰ CAIRE, G., op.cit., p 9.

¹¹ ELBAUM, M., op.cit., p 51.

Plusieurs définitions peuvent être données à la protection sociale, selon le rôle et les objectifs poursuivis par cette dernière. D'abord, comme un ensemble de mesures de couverture de risques. Puis, comme un système de redistribution et de réduction des inégalités. Enfin, comme divers dispositifs qui permettent de réduire la pauvreté et de maintenir la cohésion sociale.

Egalement, la protection sociale peut se présenter comme étant un système de prise en charge par la collectivité des conséquences économiques d'un certain nombre de situations (souvent qualifiées de risque) pénalisantes pour les individus : maladie, maternité, vieillesse, chômage, invalidité, etc.

Une autre définition de la protection sociale serait de la considérer comme un système de redistribution de la richesse, c'est-à-dire une répartition secondaire qui englobe l'ensemble des prélèvements (impôts et cotisations sociales) et des réaffectations de ressources (prestations sociales) opérés par les administrations publiques, affectant les revenus des ménages. L'objectif de la répartition secondaire est de corriger la répartition primaire effectuée par les mécanismes du marché afin de réduire les inégalités.

Nous distinguons deux types de redistribution : la redistribution verticale qui s'effectue des moyens et hauts revenus vers les personnes à bas revenus, et la distribution horizontale qui s'effectue des biens portants vers les malades, des actifs vers les retraités, des familles sans enfants vers des familles avec enfants...etc.

Nous avons signalé précédemment que la protection sociale se limite seulement aux risques sociaux. On qualifie un risque donné de risque social¹² :

- s'il est de la compétence d'une institution sociale ;
- s'il porte atteinte à un droit social ;
- s'il n'est pas attribuable à un responsable identifié ;
- s'il touche principalement à une catégorie plus vulnérable ;

¹² CAIRE, G., op. cit., p 19.

- s'il constitue un danger ou une menace pour la vie sociale de l'individu ;
- s'il justifie une prise en charge par la collectivité.

2. Techniques de protection et caractère obligatoire de la protection sociale

Les individus peuvent être protégés de quatre façons complémentaires face aux conséquences financières des risques de l'existence : par leur propre épargne de précaution, par leur famille, par des mécanismes collectifs privés (assurances, mutuelles) ou par des mécanismes collectifs publics obligatoires. Si les trois premiers modes de couverture se trouvent pris en défaut, la collectivité devra payer pour les personnes concernées, et cela sans pouvoir récupérer sa mise.¹³

- a) ***L'épargne individuelle de précaution*** : constitue une forme de protection que les individus adoptent pour pallier la baisse de ressources que peuvent engendrer certaines situations comme la maladie, le chômage et la vieillesse. Donc, c'est une pratique de redistribution du revenu sur le cycle de vie, du présent vers l'avenir.

Cette forme de protection est limitée par le fait que la constitution de cette épargne nécessite des revenus suffisants que la personne doit accumuler avant que les risques surviennent. Et surtout que les individus n'apprécient pas correctement les risques qui pèsent sur eux à cause d'une information partielle que disposent ces derniers.

Enfin, même si les individus prévoient correctement les risques qui les concernent, il est bien possible que leur préférence pour la consommation actuelle les désinvite à sacrifier suffisamment en faveur de l'épargne dont ils auront besoin dans un lointain futur. Si ce comportement est répondeu (en 1984, D. Kessler et A. Masson estimaient que les personnes myopes représentent environ un quart du corps social), les charges risquent d'être lourdes demain et après-demain pour les fourmis qui auront à payer pour les cigales. (Ray J-C., DUPUIS J-M., Gazier B. 1988).

- b) ***La solidarité familiale*** : permet de protéger les membres vis-à-vis de certaines situations, comme prendre en charge, à domicile, d'un membre de leur famille malade

¹³ RAY, J.C., DUPUIS, J.M., et GAZIER, B. (1988), *Analyse économique des politiques sociales*, PUF, Paris, p 25.

ou âgé. La famille se trouve dans certains cas incapable de faire face à des risques qui touchent collectivement la famille tels l'accident de voiture, l'incendie et arrêt d'activité de l'entreprise familiale.

- c) ***Les mécanismes collectifs privés*** : c'est la protection apportée par les sociétés d'assurance privées qui offrent une couverture plus large que l'épargne individuelle ou la solidarité familiale. Malgré cela, ces mécanismes privés ne peuvent entièrement substituer aux formules publiques obligatoires pour plusieurs raisons ; l'existence des externalités, le risque de sélection adverse et le risque moral.

La première raison est liée à l'existence d'**externalités** ; dans le cas d'une maladie contagieuse ou transmissible, l'intervention de l'Etat est nécessaire pour vacciner toute la population afin de préserver la santé publique. Le risque de **sélection adverse** ; comme l'explique D. Kessler (1986), si la liberté est laissée aux individus de s'assurer, se tourneront vers l'assurance ceux qui sont à la fois les plus exposés au risques et qui ont une forte aversion pour le risque ; quant aux autres, ils auront tendance à se détourner de l'assurance. Si les calculs conduisant à la détermination du montant des primes n'excluent pas les individus qui présentent peu de risques (qui, le sachant, ne s'assureront pas), les compagnies d'assurance seront vite en déficit ; soit elles relèveront globalement leurs tarifs, ce qui ne favorisera pas l'adhésion des individus à petits risques ; soit elles sélectionneront les risques, en refusant de couvrir certains individus (les mauvais risques), ou en pratiquant des tarifs discriminatoires, au coût prohibitif, pour les gros risques. Donc, la solution passe par l'obligation d'affiliation par les pouvoirs publics.

Une autre raison, est **le risque moral**, c'est-à-dire, le fait d'être assuré peut pousser certains individus à accroître la probabilité de survenance des risques. Par exemple, une assurance tous risques pour l'automobile peut conduire à moins de précaution dans la conduite, un remboursement total des médicaments (à 100%) conduit à une surconsommation des médicaments, un chômeur bien indemnisé par une assurance chômage le conduit à rester plus longtemps à la recherche d'un emploi. Certaines mesures deviennent nécessaires afin de limiter ces comportements ; le ticket modérateur, les délais de carence, des indemnités dégressives...etc.

d) *Les mécanismes publics obligatoires*, consistent à concevoir et mettre en place un système de protection sociale obligatoire sous la tutelle de l'Etat, qui va résorber les limites des trois formes de protection citées ci-dessus et qui couvrira la population (notamment les plus marginalisés) des risques sociaux.

Les quatre formules que nous avons envisagées ici sont plus complémentaires que substituables ; mais se pose la question de savoir si le développement de formules obligatoires ne freine pas celui des autres modes de protection, avec ce que cela implique comme coûts supplémentaires pour palier ces défaillances.¹⁴

3. La protection sociale et les inégalités

La protection sociale est un important dispositif de redistribution de la richesse, qui nous permet d'assurer une couverture à une large partie de la population et de réduire les inégalités dans la société. Plusieurs indicateurs sont utilisés pour mesurer les inégalités, à savoir : le rapport inter-déciles qui mesure l'écart de revenu entre la limite inférieure du revenu des 10 % des ménages (ou des individus) les plus riches et la limite supérieure du revenu des 10 % les plus pauvres, la courbe de Lorenz¹⁵ et le coefficient de Gini.

Mais, la question légitime à poser reste la suivante : quels types d'inégalités la société s'engage à réduire ? Les théories post-welfaristes de la justice sociale prennent au contraire position sur ce qu'il importe d'égaliser, et donc sur les objectifs et règles de redistribution qui doivent guider les politiques sociales. Ces théories assignent toutefois à ces politiques des objectifs relativement différents¹⁶.

La protection sociale est un important dispositif de redistribution de la richesse, qui nous permet d'assurer une couverture à une large partie de la population et de réduire les inégalités.

¹⁴ Ibid, p 29.

¹⁵ La courbe de Lorenz est la représentation graphique de la part de patrimoine détenue par les ménages lorsqu'on les classe par ordre de patrimoine croissant. Cette courbe projette en abscisses la part cumulée de la population et en ordonnées la part cumulée des revenus. La bissectrice représente une égalité parfaite, où les 10% de la population détiennent 10% du revenu, les 20%, 20, etc. C'est la **ligne d'égalité parfaite**. Plus la courbe des déciles d'un pays s'éloigne de cette bissectrice, plus la société décrite est inégalitaire.

¹⁶ Nous reprenons ici partiellement le résumé des théories de la justice sociale réalisé par Mirelle Elbaum dans son ouvrage « Economie politique de protection sociale, op. cit., pp 308-309.

- Selon J. Rawls, qui a formulé ces propositions en 1971 dans sa *Théorie de la justice*, la priorité devrait être donnée à l'égalisation des ressources dans le domaine des « biens sociaux premiers » : droit et liberté de base, liberté de choix d'une occupation, pouvoir et prérogatives liés à certains emplois ou positions de responsabilité, revenus et richesses, bases sociales du respect de soi. S'attachent à ces biens des principes différenciés de justice distributive : priorité aux libertés de bas, principe de juste égalité des chances pour l'accès à des fonctions et des positions ouvertes à tous, principe de différence pour les inégalités de revenu et de richesses. Celui-ci consiste à accepter les inégalités dans la mesure où elles améliorent la situation des membres les plus désavantagés de la société, et donc en tenant compte d'un principe « d'efficacité économique » (Rawls, 1987).
- Selon R. Dworkin (1981), l'égalisation des ressources devrait tenir compte des talents et des handicaps dont disposent les individus tout en mettant à part leurs préférences ou aspirations, qui relèvent selon lui de la responsabilité individuelle : l'objectif des politiques publiques devrait donc être de compenser les inégalités dont les individus ne sont pas « responsables » (Dworkin, 1981). Une objection tient cependant à la difficulté à distinguer entre talents et préférences, qui sont généralement liés, et au fait que les préférences et les choix individuels sont pour une large part liés au milieu social d'origine.
- Afin de tenir compte des obstacles que rencontrent les individus dans leur environnement social, A. Sen propose de considérer plutôt que leurs ressources de départ, les moyens dont ils disposent pour exercer effectivement leur liberté de choix. Les possibilités qui leur sont offertes peuvent en effet être très différentes, à niveau de ressources données, en cas de mauvais état de santé, de déficit d'éducation ou l'impossibilité de faire garder ses enfants, et tous n'ont donc pas la même capacité à faire usage des ressources qui leur sont consenties. A. Sen donne donc objectif aux politiques publiques d'égaliser « les capacités de base », c'est-à-dire les capacités réelles qu'ont les personnes de choisir leur projet de vie, en tenant compte de leurs caractéristiques individuelles (Sen, 2000). L'idée est de leur garantir un accès égal à des ensembles de « fonctionnement », c'est-à-dire à la vie économique et sociale (en d'autres termes, de « modes de vie »), tout en leur laissant la liberté effective de

choisir celui qu'ils adopteront. La conception de Sen met ainsi l'accès sur la multi dimensionnalité du bien-être, sur la liberté réelle d'accomplissement des individus, et sur la nécessité de compenser pour cela les difficultés ou inégalités auxquelles ils sont concrètement confrontés dans les différentes dimensions de leur vie.

Ces théories assignent donc aux politiques sociales l'objectif d'égaliser les ressources ou les opportunités dont bénéficient les individus, en leur laissant ensuite exercer leur liberté de choix et leur responsabilité individuelle. Elles offrent un guide intéressant à l'action publique, mais butent sur la difficulté à distinguer entre responsabilités sociales et individuelles (déterminisme *versus* libre arbitre), et ne peuvent éviter que, comme le souligne M. Fleubaey, les politiques sociales qui s'intéressent aussi aux inégalités effectives de situation, dans des domaines comme les niveaux de vie, la santé et l'éducation¹⁷.

Section 2 : Les trois répertoires de la protection sociale

Pour comprendre les contours de la protection sociale, Palier Bruno présente dans son ouvrage, « gouverner la protection sociale » de 2002, les trois répertoires de la protection sociale (voir le tableau n°1) qui sont construits à partir des différentes manières de faire la protection sociale, basées sur quatre variables, et les trois manières de penser et de concevoir la protection sociale.

1) Les différentes manières de faire la protection sociale

Quel que soit le dispositif de protection sociale que l'on considère, d'un secteur à l'autre ou d'un pays à l'autre, quatre questions fondamentales se posent toujours : Qui reçoit la prestation ? Quel type de prestation ? Qui finance le dispositif ? Qui le gère ? Ainsi, tout dispositif de protection sociale peut être caractérisé à partir de quatre dimensions : le critère d'accès à la prestation, la nature et le niveau de cette prestation, son mode de financement et les structures de décision, d'organisation et de gestion de l'organisme qui sert cette prestation. Ces différentes dimensions, combinées, définissent autant de manières de faire de la protection sociale, qui varient selon les programmes et selon les systèmes de protection

¹⁷ ELBAUM, M., op.cit., p 310.

sociale ; elles permettent de saisir de façon exhaustive les structures institutionnelles élémentaires de tout programme de protection sociale.¹⁸

- Les critères d'accès aux prestations : qui a le droit à une prestation sociale ? Il s'agit de spécifier les bénéficiaires des prestations sociales. Les droits à prestations peuvent être acquis grâce au versement de cotisations sociales, soit liés à la résidence ou bien liés à l'insuffisance de ressources. Les prestations peuvent être universelles, donc délivrées à tous, comme elles peuvent être contributives et concernent ceux qui ont contribué (elles sont donc liées au marché du travail), ou encore des prestations sous condition de ressources réservées aux personnes dont les revenus sont inférieurs à certain seuil.
- La nature et le niveau des prestations : de quoi bénéficie-t-on ? Il peut s'agir des prestations en nature ou en espèces. Les prestations en nature concernent par exemple : les soins de santé, la prise en charge des enfants, des personnes âgées ou handicapées. Les prestations en espèces peuvent être forfaitaires si le montant des prestations est le même pour tous les bénéficiaires, proportionnelles si le montant des prestations est variable selon la durée ou le montant de cotisations versées, ou bien le niveau du revenu à remplacer, et enfin les prestations en espèces peuvent être différentielles dans le cas où le montant des prestations vient compléter les revenus d'une personne à concurrence d'un plafond.
- Les modes de financement : qui paie, et comment ? Les ressources d'un dispositif de protection sociale proviennent essentiellement de deux sources : l'impôt et les cotisations sociales payées par les employeurs et les employés.
- Les structures de décision, d'organisation et de gestion : qui décide, qui gère ? La gestion des dispositifs de la protection sociale peut relever directement de l'Etat central ou être confiée aux collectivités locales, ou bien laissée aux représentants des employeurs et employés (gestion paritaire). Les opérateurs privés, à but lucratif ou non, peuvent intervenir dans la gestion de ces dispositifs de protection sociale sous le contrôle des autorités publiques.

¹⁸ PALIER, B. (2002), *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, PUF, collection « Le Lien Social », Paris, p 19.

Dans la mesure où tout dispositif ou programme de protection sociale représente une configuration particulière de ces quatre variables institutionnelles, celles-ci constituent des catégories d'analyse transversales, qui permettent de comparer les programmes de protection sociale entre eux. Grâce à ces catégories, on peut saisir les points de différences et de similitudes entre les programmes sociaux français, mais aussi étrangers (Palier B. 2002).

2) Les trois manières de penser la protection sociale

La manière de penser la protection sociale consiste à comprendre les logiques propres et les conceptions des systèmes de protection sociale, cela nous facilite les comparaisons internationales. Plusieurs classifications des systèmes de protection sociale existent aujourd'hui ; une première distinction classique, un système bismarckien professionnel et un système beveridgien universel. D'autres classifications ont suivi, la plus connue et celle d'Esping-Andersen, il identifie trois conceptions ; libérale, sociale-démocrate et conservatrice-corporatrice.

a) Le système bismarckien/beveridgien

Le système bismarckien de la protection sociale est initié en Allemagne à la fin du XIX^e siècle, les premières lois promulguées sont : la loi du 15 juin 1883 sur l'assurance maladie, la loi du 6 juillet 1884 sur l'assurance accident de travail et la loi du 22 juin 1889 sur l'assurance vieillesse et invalidité. Le modèle bismarckien de la protection sociale est fondé sur le travail et financé par les cotisations sociales, c'est-à-dire de nature contributive, son objectif est de protéger la population occupée et leurs ayants droit lorsqu'un risque social survient en leur proposant un revenu de remplacement. Il est caractérisé par son obligation d'affiliation pour les personnes exerçant une activité professionnelle qu'ils soient salariés ou employeurs. Ces derniers assurent une gestion paritaire de ce système. L'Etat (et d'autres acteurs) prend en charge certaines mesures d'assistance sociale à destination des personnes exclues des avantages des assurances sociales.

Le système beveridgien de la protection sociale est né en Grande Bretagne par Lord Beveridge dès 1942, ce dernier voit que l'objectif de l'Etat doit être « le bonheur social », ce qui implique la mise en place d'une sécurité sociale pour tous, gratuité des soins, politique

d'urbanisme et de logement sociaux, politique macroéconomique de plein-emploi...etc. pour Beveridge, la protection sociale s'intègre donc au sein d'un vaste programme sociétal d'Etat providence. Ce modèle de protection sociale est dit « universel » dans la mesure où la protection sociale doit couvrir toute la population, le seul critère est celui de la résidence sur territoire national. Il est caractérisé par l'uniformité des prestations versées qui sont identiques pour tous, ainsi qu'une unité de l'organisation, c'est-à-dire une centralisation de la gestion de ces différents régimes par les pouvoirs publics. Le financement des diverses prestations sociales est basé sur l'impôt.

b) La classification d'Esping-Andersen

Cette classification est publiée par l'auteur en 1990, à partir de deux critères, le degré de « démarchandisation », qui vise à réduire la dépendance des individus vis-à-vis du marché, et la volonté, ou non, de transformer les stratifications sociales, G. Esping-Andersen identifie, selon le rôle de l'Etat, du marché et de la famille, trois conceptions de la protection sociale :

La conception *libérale*, où la place est laissée aux mécanismes de marché, elle repose sur la responsabilité individuelle, donc les citoyens sont attachés au marché pour assurer leurs revenus et leurs protections. L'Etat doit être résiduel, il intervient en dernier ressort pour assurer un simple filet de sécurité pour les personnes les plus pauvres.

La conception *conservatrice-corporatiste* ou « continentale » : elle se base sur une logique d'inspiration bismarckienne où la redistribution est de nature horizontale. Cette conception est organisée à partir d'une vision catégorielle de la société, l'objectif de la protection sociale est de conserver les statuts professionnels grâce aux mécanismes de maintien du revenu garanti par les assurances sociales. La famille garde un rôle important, puisqu'elle est sollicitée pour fournir gratuitement des services au sein de la sphère domestique. L'Etat intervient pour réguler le marché et garantir les droits des travailleurs. L'universalité de la couverture sociale est alors fonction de la capacité de la société d'assurer ou non le plein emploi (Palier B. 2002).

La conception *sociale-démocrate* : La protection sociale a pour objectif d'assurer l'égalité et la cohésion de la société. L'Etat assure par son intervention, un haut niveau de protection sociale, une redistribution verticale de grande ampleur par le biais de prélèvements fortement progressifs. Dans cette approche, la protection est liée à la citoyenneté, l'accès est universel

Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel de la protection sociale

et individualisé à des prestations élevées destinées à l'ensemble de la population. Selon Esping-Andersen, seule la conception sociale-démocrate est véritablement universelle, elle garantit aux mieux les droits sociaux des citoyens et leur indépendance par rapport au marché.

A partir des arrangements des quatre variables institutionnelles (les manières de faire) combinées avec les diverses conceptions présentées (les façons de penser), P. Bruno distingue trois répertoires de la protection sociale résumés dans le tableau n°1.

Un répertoire de la protection sociale, selon le même auteur P. Bruno, est un corps de principes, de valeurs et d'objectifs politiques, économiques et sociaux associés à une configuration institutionnelle organisant les droits, les prestations, le financement et la gestion de la protection sociale des individus. L'ensemble définit les critères d'accès aux droits sociaux et la nature des prestations sociales.

Tableau n°1 : Les trois répertoires de protection sociale

<i>3 façons de penser la protection sociale</i>			
Selon Titmuss	Résiduel	Institutionnel-redistributif	Industriel-méritocratique
Selon Esping-Andersen	Libéral	Social-démocrate	Conservateur-corporatiste
Selon Scharpf	Libéral	Social-démocrate	Chrétien-démocrate
Situation géographique	Anglo-saxon	Scandinave	Continental
Référence historique	Beveridge	Beveridge	Bismarck
Objectifs	Lutter contre la pauvreté et le chômage	Assurer un revenu à tous, redistribution égalitaire	Maintenir le revenu des travailleurs
Principe de fonctionnement	Sélectivité	Universalité	Contributivité
<i>3 façons de faire la protection sociale</i>			
Technique	Ciblage	Redistribution	Assurance sociale
Critères d'accès aux prestations	Le besoin, la pauvreté	La citoyenneté, la résidence	Le statut, l'emploi
Nature de la prestation	Sous condition de de ressource, différentielle	Forfaitaire, services sociaux	Contributive, proportionnelle
Mode de financement	Impôts	Impôts	Cotisations sociales
Structure de décision et de gestion	Etat central	Etat décentralisé	« par les intéressés » partenaires sociaux

Source : PALIER Bruno, Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945, PUF, collection « Le Lien Social », Paris, 2002. p 27.

Le répertoire libéral de protection sociale accorde une place primordiale au marché où les assurances privées dominent, le rôle de l'Etat est résiduel. L'objectif de ce répertoire libéral est de lutter contre la pauvreté, l'accès à la protection sociale est lié au besoin. Les prestations sont servies sous conditions de ressources, financées par l'impôt et géré par l'Etat central.

Le répertoire social-démocrate de protection sociale cherche l'objectif de l'égalité des citoyens et l'universalité de sa couverture. Le rôle de l'Etat est central, à l'aide d'une

redistribution verticale, il distribue des prestations forfaitaires et des services sociaux gratuits à l'ensemble de la population sur la base du seul critère de résidence. La protection sociale est gérée par l'Etat et financée par l'impôt. Quant au répertoire conservateur-corporatiste, son objectif est de maintenir le revenu des travailleurs à l'aide des assurances sociales. Ces dernières sont gérées par des représentants d'employeurs et employés (gestion paritaire). Les droits sociaux sont basés sur le statut professionnel. Les prestations sociales sont contributives et elles sont financées par les cotisations sociales.

Les trois répertoires présentés ci-dessus représentent des « idéaux types » à partir duquel nous pouvons classer les systèmes de protection sociale des différents pays, et donc mener des comparaisons internationales. La réalité est souvent plus complexe car certains pays, comme la France qui adopte aujourd'hui un système hybride, inspiré des deux modèles, bismarckien pour les assurances sociales et beveridgien pour la politique familiale.

Section 3 : Protection sociale et théorie économique.

Le système de protection sociale existe pour répondre à des besoins individuels, mais aussi et surtout car il est indispensable au fonctionnement du système capitaliste, à sa survie ; en termes de soutien de la demande pour les keynésiens et en termes d'aide à la reproduction du mode de production capitaliste pour les marxistes. L'école de la régulation a donné une explication « mixte » de la protection sociale en tant qu'élément du fordisme, et débouche sur une interprétation économique globale de l'Etat providence.

1. L'approche Keynésienne

Keynes écrit dans son ouvrage *la théorie générale* (dernier chapitre intitulé : notes sur la philosophie sociale à laquelle la théorie générale peut conduire) : « les deux vices marquants du monde économique où nous vivons sont le premier que le plein-emploi n'y pas assuré, le second que la répartition de la fortune et du revenu y est arbitraire et manque d'équité...les contrôles centraux nécessaires à assurer le plein-emploi impliquent une large extension des fonctions traditionnelles de l'Etat...cet élargissement nous apparaît comme le seul moyen d'éviter une complète destruction des institutions économiques actuelles et comme la condition d'un heureux exercice de l'initiative individuelle ».

Ce programme de réforme sociale du capitalisme qu'esquise Keynes constitue la base théorique de la construction de l'Etat providence : la taxation des revenus et des successions, le développement des dépenses publiques et la redistribution massive qu'implique la protection sociale sont mises en place non pas tellement dans un but de justice sociale, mais dans **un but de sauvetage économique du capitalisme** nécessaire à sa survie sociale et politique.¹⁹

Donc, la protection sociale représente un vaste système de redistribution qui s'insère au sein du circuit macroéconomique en tant que source de prélèvement sur le revenu national. Elle a un effet contra cyclique automatique sur l'activité et donc également sur l'emploi : en période de récession, elle atténue la violence de la crise et en expansion, elle modère le taux de croissance et atténue les pressions inflationnistes.

➤ **Le paradoxe de la pauvreté dans l'abondance**

Keynes explique qu'au fur et à mesure que la société s'enrichit avec le développement, l'écart entre le revenu national et la consommation de la population s'accroît « mécaniquement » en montant absolu, puisque la propension à consommer est inférieure à 1. Ce problème de l'écart déflationniste et son corollaire la montée du chômage vont devenir majeurs et débouchent sur une situation paradoxale que Keynes qualifie de **pauvreté dans l'abondance** : « plus la marge tend à s'élargir entre sa production potentielle et sa production réelle ; et plus par conséquent les défauts du système économique sont apparents et choquants. Car une communauté pauvre a tendance à consommer la part de beaucoup la plus importante de sa production et un très faible montant d'investissement suffit à y assurer le plein-emploi. Une communauté riche, au contraire, est obligée de découvrir des occasions beaucoup plus nombreuses, pour pouvoir concilier la propension à épargner de ses membres les plus riches avec l'emploi de ses membres les plus pauvres » (*Théorie générale* p.57).

La sécurité sociale va permettre de soutenir la croissance qui brut sur une insuffisance permanente de la demande, en agissant à la hausse sur la propension nationale moyenne à consommer, à travers en premier lieu la diminution de l'épargne de précaution avec l'instauration de systèmes publics d'assurance maladie, chômage, vieillesse et d'aide sociale.

¹⁹ CAIRE, G., op.cit., p 100.

En second lieu *la redistribution verticale* du revenu qui, selon Keynes, n'est pas une question morale de justice sociale, mais constitue surtout un enjeu en termes de salubrité économique. Autrement dit, on « taxe les riches » non pas parce qu'ils sont riches mais surtout parce qu'ils ne consomment proportionnellement pas assez (proportion marginale à consommer faible). Conjointement, on redistribue aux pauvres, non seulement pour lutter contre la pauvreté (dans l'abondance), mais parce que leur propension marginale à consommer est proche ou égale à 1.

Ce flux de redistribution de ressources monétaires contribue ainsi à augmenter la propension à consommer de la société et donc à pallier l'insuffisance de la demande effective. Les transferts doivent être organisés de façon à ce que les prélèvements affectent des individus à propension à consommer faible et les prestations bénéficient à des individus à propension forte (Caire G. (2002)).

2. L'approche Marxiste

Selon X. Greffé (*La politique sociale*, PUF, 1975, p.233) : « L'approche matérialiste lève la présomption de bienfaisance officiellement attachée aux politiques sociales pour montrer que l'amélioration économique de la situation d'une classe peut être simultanément récupérée du point de vue social ». Autrement dit, la protection sociale, et plus largement, l'Etat providence sont certes bénéfiques aux salariés en termes de progrès social mais sont aussi une providence pour les capitalistes ! C'est le second aspect de la dialectique de la protection sociale que les marxistes s'attachent à expliciter, à savoir comment la protection sociale permet de surmonter certaines contradictions du mode de production capitaliste.²⁰

En absence d'un système de protection sociale, Caire Gille précise que cela va déboucher sur une crise de reproduction du mode de production capitaliste à quatre facettes²¹ :

- L'exploitation du prolétaire qui n'a que sa force de travail pour vivre se fait sans cesse plus sévère en termes de hausse des cadences et de pression à la baisse sur le salaire, source d'une crise de reproduction (entretien et développement) de la force de travail.
- La paupérisation de la classe ouvrière, c'est-à-dire, la détérioration des niveaux de vie vers le niveau de subsistance engendre une sous-consommation ouvrière

²⁰ CAIRE, G., op. cit, p 111.

²¹ Ibid, p 113.

chronique alors que le volume de production est sans cesse croissant, cette contradiction, selon Marx, entre le moment de production et le moment de consommation, provoque de multiples et récurrentes crises de surproduction.

- L'absolue répétition et la décomposition extrême des tâches dans la grande industrie, doublées de règlements de travail draconiens et quasi militaires, ôtent à l'ouvrier toute maîtrise de ses actions et de ses gestes, le transforme en simple appendice de sa machine. Il en résulte une baisse de l'estime de soi, cette aliénation des travailleurs provoque une crise morale se traduisant par des comportements agressifs.
- La disparition progressive des classes précapitalistes (paysans et des artisans indépendants) et la diminution du nombre de capitaliste du fait de la concentration des entreprises, provoquent une prolétarianisation de la société. Les salariés deviennent peu à peu majoritaires, engendrant l'apparition d'une « conscience de classe », qui se traduit par les luttes sociales de plus en plus dures. Cette crise sociale à terme devrait déboucher sur une révolution prolétarienne et un changement de mode de production.

L'introduction d'une protection sociale permet de modifier les conditions de reproduction du mode de production capitaliste par une action sur la force de travail et les rapports sociaux : La branche maladie de la protection sociale permet de prendre en charge les problèmes de santé de la main-d'œuvre, cela contribue à améliorer leur santé et à hausser leur productivité. La branche famille (avec ses mesures qui protègent les enfants et les femmes enceintes) et le système public d'éducation assurent le bon renouvellement des générations des travailleurs.

« La politique sociale cherche à assurer la reproduction des rapports sociaux, c'est-à-dire à contrôler et à diversifier la production des valeurs d'usages de telle sorte que les appartenances de classes soient bien reproduites (...). La politique sociale capitaliste ne peut, dans cette problématique, qu'agir dans le sens des intérêts privés qui possèdent les moyens de production et décident de la répartition du produit. »²².

²² GREFFFE, X. (1975), *La politique sociale. Etude critique*, PUF, coll. « Sup », p 26 et 28. In : RAY, J.C., DUPUIS, J.M., et GAZIER, B. (1988), *Analyse économique des politiques sociales*, PUF, Paris, p 20.

Pour les marxistes, le capitalisme est donc destiné à s'effondrer de lui-même sous le poids de ses propres contradictions, au bénéfice des prolétaires. Mais, avec l'introduction d'une protection sociale, qui prend en charge le problème d'entretien et de développement de la force de travail et stimule les débouchés des entreprises. Elle permet de surseoir à la double crise de reproduction de la force de travail et de surproduction du mode de production capitaliste.

3. L'approche Régulationniste

La théorie de la régulation (M. Aglietta, R. Boyer, J. Mistral), issue du courant marxiste, analyse dans une perspective historique les interactions entre systèmes économiques et sociaux. Ces auteurs reprennent à leur compte les fonctions remplies par les politiques sociales : reproduction des rapports sociaux, solvabilisation de la demande, gestion des conflits. Mais, ils montrent que leur contenu et leur importance relative sont le fruit de « compromis institutionnalisés » (cf. R. Delorme, C. André, *L'Etat et l'économie*, Seuil, 1983). En d'autres termes, ces théoriciens nous invitent, pour comprendre les politiques sociales actuelles, à faire l'histoire de leur élaboration : elles se sont construites non pas simplement en fonction des nécessités du système mais aussi des rapports de force entre classes et groupes sociaux.²³

Dans *la théorie de la régulation : une analyse critique* (1986), Robert Boyer définit la régulation comme étant « la conjonction de mécanismes concourants à la reproduction d'ensemble compte tenu des structures économiques et des formes sociales en vigueur ». Pour formaliser et conceptualiser les mécanismes de régulation, cinq institutions sont retenues : le rapport salarial, la nature de l'Etat, les formes de concurrence, la monnaie et le mode d'insertion dans l'économie mondiale... Elles sont variables dans le temps et l'espace et permettent de définir trois régimes historiques du capitalisme (déclinés ensuite nationalement), séparés par des crises majeures : le régime concurrentiel (1830-1929), le régime fordiste (1945-1973) et ensuite le régime postfordiste.²⁴

La protection sociale et l'Etat providence ont connu un large développement depuis la seconde guerre mondiale, la logique fordiste est en pleine extension. Mais, à partir des années 1970 intervient la crise du régime fordiste et une remise en cause de la protection sociale qui doit faire face à des difficultés multiples.

²³ RAY, J.C., DUPUIS, J.M., et GAZIER, B., Op. cit., p 21.

²⁴ CAIRE, G., Op. cit., p 123.

Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel de la protection sociale

L'application des idées d'Henry Ford (travail à la chaîne, standardisation des pièces, production de masse, augmentation des salaires *five dollars day*) engendre de forts gains de productivité. Ces derniers (5% par an en moyenne sur 1945-1973 en France) font l'objet d'un compromis de partage tripartite entre **profit, salaire et sécurité sociale**. Cette dernière socialise une partie du revenu salarial sous forme d'un transfert obligatoire de ressources dans le temps (assurance maladie, chômage, vieillesse...etc.).

L'approche régulationniste repose sur une analyse keynésienne et marxiste de la protection sociale : au niveau microéconomique, la protection sociale est une réponse au besoin de sécurité du salarié ; au plan macroéconomique, elle contribue selon une logique keynésienne à régulariser la demande et à accroître la propension moyenne à consommer dans le cadre d'un système de redistribution, et selon une logique marxiste elle facilite la reproduction de la force de travail et assure le renouvellement des générations de travailleurs (différentes branches de la sécurité sociale).

Au cours de cette période des trente glorieuses, l'intervention de l'Etat se base notamment sur une politique budgétaire qui consiste à financer des programmes de construction de logements sociaux, écoles, hôpitaux, routes...etc. (politique keynésienne).

Nous pouvons retenir que le conflit entre salariés et détenteurs du capital est transformé en **compromis institutionnalisé** de répartition des gains de productivité.

La crise du régime fordiste intervient à partir de 1973 dans les pays industrialisés. Elle résulte de plusieurs facteurs tels que l'internationalisation des économies, le changement de mode de consommation, conduisant les taux de croissance des PIB par tête à la baisse.

La protection sociale est soumise à plusieurs types de **tensions portant tout à la fois sur ses fondements, son efficacité et sa légitimité**. Tout d'abord, le ralentissement des gains de productivité réduit la quantité de « grain à moudre ». Quand les pays européens obtenaient des gains de productivité de 4 à 5% par an, il était facile de financer une amélioration du niveau de prestations sans pour autant renoncer à une progression des salaires directs et des profits. Quand la croissance par tête n'est plus que 1 à 2 % par an et que le nombre de personnes prises en charge (chômeurs, retraités) augmente de 3 à 4% par an, il devient nécessaire de faire des choix. (Caire G., op. cit., p 129).

4. L'analyse libérale

La protection sociale est un vaste système de redistribution horizontal et vertical. Pour les libéraux le respect des libertés individuelles et le recours aux mécanismes du marché sont les principes de base. Certains auteurs libéraux pensent que les assurances privées doivent jouer leur rôle et l'Etat ne doit intervenir dans la redistribution. D'autres acceptent une intervention limitée de l'Etat dans le processus de redistribution avec des mesures à destination de la population démunie.

La position de F. A. Hayek, est que l'aide des personnes pauvres est un devoir moral pour chaque individu, alors l'Etat ne doit pas intervenir, d'autant que son intervention peut aboutir à ce que les personnes riches se sentent exonérées de tout devoir vis-à-vis des pauvres. Donc, pour cet auteur, seule la redistribution privée est justifiée.

Des auteurs comme J. M. Buchanan (prix Nobel d'économie, 1986) et G. Tullock, théoriciens de l'école américaine du Public Choice, ont justifié une certaine dose de redistribution par la crainte que les personnes actuellement les mieux placées peuvent avoir d'un retournement de situation qui les obligerait à recourir au système mis en place en faveur des plus défavorisés. Par conséquent, si l'Etat intervient par la redistribution, il ne bride pas les libertés individuelles, mais il opère ce que souhaitent les individus, dans une perspective d'*égoïste prudence*²⁵.

H. M. Hochman et J. R. Rodgers suppose que si les individus sont au moins un peu altruistes, et si on admet que l'action contre la misère nécessite des moyens minimaux, alors l'intervention de l'Etat se trouve justifiée : chacun accepte d'être contraint à payer pour atteindre le *seuil d'efficacité*, c'est-à-dire modifier la répartition primaire et réduire la pauvreté jusqu'à un certain point qui est souhaitable pour tous.

Enfin, pour John Rawls, dans sa conception de la justice sociale, la priorité devrait être donnée à l'égalisation des ressources dans le domaine des « biens sociaux premiers », donc une intervention limitée de l'Etat est nécessaire pour réaliser cet objectif, ainsi que ce philosophe accepte certaines inégalités dans la mesure où elles améliorent la situation des membres les plus désavantagés de la société.

Nous résumons, dans le tableau n° 2, le système capitaliste avec les trois premières approches déjà détaillées pour voir les différentes menaces du capitalisme sur le plan

²⁵ RAY, J.C., DUPUIS, J.M., et GAZIER, B, op. cit., p 23.

économique, social et politique, ainsi que le rôle de la protection sociale et son insertion dans les autres politiques publiques.

Tableau n °2 : Holisme et protection sociale.

	Approche keynésienne	Approche marxiste	Approche de la régulation
Risque systémique du capitalisme	Insuffisance de la demande globale (plus risque de guerre et de socialisme).	Baisse tendancielle du taux de profit débouchant sur une révolution sociale.	Absence d'auto équilibre qui nécessite la médiation d'institutions.
Rôle de la protection sociale	-Stabilisateurs automatique; -Instrument de relance conjoncturelle ; - Soutien de la propension à consommer.	-Reproduction de la force de travail ; -Reproduction des rapports sociaux ; - Reproduction des rapports de production.	Triple compromis institutionnalisé sur : -l'organisation du travail ; - le partage des revenus ; - les interventions sociales de l'Etat.
Interaction avec les autres politiques publiques	- Politiques budgétaire et monétaire de plein-emploi.	-Autres instruments idéologiques (école, mass médias...) ; -Autres béquilles du capital (CME).	- Historiquement et nationalement situées ; -Réglementation du travail, politique de l'emploi et politique industrielle.

Source : CAIRE, G. (2002), *Economie de la protection sociale*, Bréal, Rome, p 131.

Section 4 : Les politiques sociales et leurs indicateurs de mesure

On traitera dans cette section, les différents types de politiques sociales ainsi que les différents indicateurs de mesure.

1. Les différents types de politiques sociales

Il existe plusieurs politiques sociales, telles : la politique familiale, la politique de la santé et la politique de l'emploi qui sont menées par certains acteurs tels que l'Etat, les organismes

de sécurité sociale, les collectivités locales et les associations afin d'offrir diverses prestations pour couvrir les individus contre les divers risques.

a) La politique familiale

La politique familiale occupe une place particulière au sein de la protection sociale car le « risque » à couvrir, la famille, est d'une nature différente des autres risques sociaux. Il s'agit d'un risque à la fois volontaire et mal circonscrit, ce qui rend la politique familiale doublement problématique, dans sa légitimité et sa délimitation, et par voie de conséquence dans la définition de ses objectifs ainsi que dans la compréhension de ses effets directs.²⁶

Cette politique recouvre l'ensemble des mesures et des interventions publiques à destination de la famille. Cela permet d'aider le couple à constituer une famille et d'assurer un environnement favorable à élever leurs enfants.

L'objectif de la politique familiale est de redistribuer les revenus selon le nombre des enfants à la charge par famille, il s'agit d'une redistribution horizontale qui vise à réduire les inégalités des niveaux de vie entre les familles ayant un même revenu primaire et un nombre d'enfants différents. Par contre, la redistribution verticale s'effectue des hauts revenus vers les personnes à bas revenus.

Il existe plusieurs allocations, selon le système de protection sociale de chaque pays, qui ciblent une catégorie de la population (l'enfant, les parents). Nous pouvons citer par exemple : les allocations familiales, allocation prénatale et postnatale, allocation du salaire unique, allocation de soutien familial, allocation pour mineurs ou adultes Handicapés, allocation de logement social. Avec le temps, de nouvelles prestations sont créées comme : l'allocation de la rentrée scolaire, allocation personnalisée au logement, allocation parentale de l'éducation...etc.

Les différentes allocations engendrent des effets positifs qui consistent à accroître les revenus de certaines familles leur permettant de faire face aux dépenses liées à la présence des enfants.

b) Politique de la santé

« La politique de santé apparaît dès lors comme *une politique de lutte contre la mort* et les moyens à mettre en œuvre pour réduire la mortalité peuvent être précisés en classant les décès

²⁶ CAIRE, G., op. cit., p 159.

par maladie, et remontant dans la mesure du possible aux causes elles-mêmes : hygiène, alimentation, condition du travail, facteurs héréditaires... »²⁷. Elle est conçue en fonction de différents stades d'appréhension des problèmes de santé, à savoir sur les facteurs de risques, sur l'état de santé lui-même et enfin sur les conséquences de la détérioration de l'état de santé. Elle se décompose en :

- Une politique de prévention qui porte sur les facteurs de risque et les dépistages de manière à empêcher le déclenchement de la maladie ou de l'accident ;
- Une politique de soins, lorsque l'état de santé est détérioré ;
- Une politique de réparation des conséquences, comme les politiques en faveur des handicapés.

Les techniques de régulation constituent la boîte à outils des politiques de santé. On distingue des politiques de régulation qui visent l'offre, la demande ou le financement des soins de santé. Cependant, conscients de la nécessité d'agir simultanément sur plusieurs branches du secteur de santé afin d'obtenir des résultats, les pouvoirs publics utilisent de plus en plus des techniques de régulation qui portent sur les différentes composantes que sont l'offre, la demande et le financement²⁸

Les pouvoirs publics utilisent plusieurs instruments pour mener à bien une politique de santé, à savoir la régulation de l'offre et la demande de soins.

➤ **La régulation de la demande de soins :** pour limiter la croissance jugée excessive des dépenses de santé, la régulation de la demande peut être réalisée en augmentant le ticket modérateur et en améliorant, par la prévention, la santé des individus. La politique de prévention agit sur les facteurs qui conduisent les personnes à recourir aux soins. On peut citer plusieurs facteurs qui influencent la demande de santé, comme: le revenu (R), la sécurité sociale (SS), le prix des soins (P), l'offre de soins (O), les progrès de la science médicale, la démographie et les variables culturelles. Donc, la demande de santé (D) est une fonction qui dépend de plusieurs variables, on écrit alors ; $D = f(P, Y, SS, O, \dots)$. Ainsi, une politique de prévention et de sensibilisation sur certaines habitudes et comportement (alcool, tabac, sédentarité, stress) contribue sans doute à réduire la mortalité – morbidité et améliore l'état de santé de la population.

²⁷ RAY, J.C., DUPUIS, J.M., et GAZIER, B., op. cit., p 140.

²⁸ MAJNONI D'INTIGNANO, B. (2001), *Economie de la santé*, PUF, Paris, p 363

➤ **La régulation de l'offre de soins** : les principaux producteurs de soins dans le système de santé sont en nombre de trois: les différents établissements de santé, les professionnels de la santé et l'industrie pharmaceutique. Les pouvoirs publics contrôlent l'offre de soins à l'aide de plusieurs outils, entre autres on cite; la planification, la répartition de l'enveloppe par spécialité médicale et la maîtrise médicale.

*La planification constitue «la main visible» de l'Etat là où «la main invisible » du marché ne fonctionne pas*²⁹. Elle consiste à prévoir et contrôler l'évolution des hôpitaux et leurs nombres de lits ainsi que certains équipements lourds comme les scanners. Prévoir et contrôler l'évolution du personnel de santé, notamment les médecins généralistes et spécialistes. Concernant la répartition de l'enveloppe par spécialité médicale, cela conduit les pouvoirs publics à attribuer plus de moyens aux régions où l'offre en nombre de médecins et d'hôpitaux est plus dense. Il est donc par nature inégalitaire car les régions les plus riches recevraient une dotation de santé par habitant plus forte que les régions les plus pauvres. Une autre limite vient du fait que cette forme de répartition s'établit souvent sur la base de l'activité de l'année précédente et non en fonction des besoins et des priorités de santé publique.

La maîtrise médicalisée consiste en une technique d'optimisation micro-économique. Elle admet l'imposition des résultats de l'évaluation scientifique et économique (comme l'analyse coût-efficacité, coût-utilité et coût-bénéfice) dans la pratique médicale courante, en choisissant alors les soins et les programmes les plus efficaces et les moins coûteux.

c) Politiques de l'emploi

Il s'agit de *politiques publiques spécifiques de l'emploi : ensemble d'interventions publiques portant directement sur le marché du travail (conçu au sens le plus large) ou sur les comportements d'emplois non salariés*. Sont inclus ici des pratiques et des dispositifs très divers : indemnisation du chômage, action de formation publique, réglementation des emplois précaires, aide aux chômeurs créateurs d'entreprise, etc³⁰. Pour atteindre leurs objectifs de création de postes de travail et de lutter contre le chômage, les politiques d'emplois combinent plusieurs instruments actifs et passifs ;

²⁹ Ibid., p 368.

³⁰ RAY, J.C., DUPUIS, J.M., et GAZIER, B., op. cit., p 195.

Les *instruments actifs* sont ceux qui portent sur la lutte contre le rationnement des emplois et cherchent à accroître le niveau de l'emploi dans l'économie. Comme exemples de ces instruments, on peut citer :

- les créations directes d'emplois publics ;
- l'ensemble des incitations à l'activité, à l'embauche, au maintien d'emploi ;
- des dispositifs de formation des chômeurs et des travailleurs menacés de chômage (formation professionnelle, stages, recyclage) ;
- les dispositions visant à permettre l'aménagement du temps de travail (travail à temps partiel).

Les *instruments passifs* sont ceux qui permettent de réduire et de neutraliser les effets du rationnement du travail, c'est-à-dire l'objectif est de rendre le chômage supportable (traitement social du chômage). Ils incluent les mesures suivantes :

- les dispositifs d'assurance chômage et indemnisation des chômeurs ;
- l'ensemble des incitations conduisant au retrait du marché du travail comme la préretraite pour les travailleurs âgés, et les dispositions diverses décourageant le travail féminin, notamment celui des femmes mariés ;
- les actions de « partage du travail » par la réduction du temps de travail lorsqu'elles visent à répartir sur davantage de personnes la pénurie du travail.

Enfin, et pour savoir l'efficacité des instruments ci-dessus, il est nécessaire d'évaluer en permanence les coûts et les effets de ces différentes mesures et instruments, au niveau microéconomique et macroéconomique.

d) Politique concernant les retraités

L'objectif de la politique de retraite est de garantir les ressources suffisantes pour assurer le bien être des personnes âgées, c'est-à-dire assurer un revenu de remplacement du salaire suite à la cessation de l'activité professionnelle, ainsi qu'un revenu minimum pour les personnes âgées sans ressources. Les conditions d'octroi d'une retraite, l'âge de départ à la retraite et l'existence ou non d'un minimum vieillesse diffèrent d'un pays à l'autre selon le système de retraite appliqué (retenu).

Les systèmes de retraite dans le monde reposent sur deux grands types de modes de financement : la capitalisation et la répartition. La retraite par capitalisation consiste à épargner individuellement pour préparer sa retraite. Autrement dit, les actifs d'aujourd'hui

épargnent, dans un cadre individuel ou collectif, en vue de leur propre retraite. La retraite par répartition repose sur la solidarité intergénérationnelle, les cotisations des actifs actuels servent immédiatement à financer les pensions des retraités actuels.

Cette politique de retraite est structurée autour de deux logiques ; assurance et assistance. Dans la logique de l'assurance, le financement des retraites contributives est assuré par des cotisations versées par les individus eux-mêmes et les retraites sont attribuées aux personnes qui ont cotisé à cette fin. Par contre, dans la logique de l'assistance, c'est l'impôt qui finance les retraites non contributives et les retraites sont attribuées sous conditions de ressources. Cette logique d'assistance s'impose pour assurer un minimum de ressources pour tous, plus spécialement les catégories qui, pour différentes raisons, n'ont pas eu d'activité marchande ou ont travaillé relativement peu longtemps (les handicapés, mères de famille restées au foyer, chômeurs de longue durée, etc.), elle inclut même les retraites contributives de faible montant.

Les auteurs, RAY Jean-Claude, DUPUIS Jean-Marc et GAZIER Bernard, expliquent qu'il est important que les ressources assurées aux retraités respectent simultanément trois principes en partie antinomiques³¹ :

✓ **L'efficacité économique** : en évitant un déséquilibre durable entre les recettes et dépenses du système de retraite, de ne pas altérer les mécanismes d'incitations jouant sur les comportements futurs d'activité et d'épargne : dans cette perspective il ne faudrait être :

- ni trop généreux avec les retraités *actuels* (parce que le poids des prélèvements qui en résulterait découragerait les actifs d'aujourd'hui).
- ni trop généreux avec les *futurs* retraités, peu incités à travailler davantage si le minimum qui leur est promis pour vieillesse est substantiel quels que soient leurs efforts de travail aujourd'hui.

✓ **L'équité** (synonyme ici de justice) : invite à ne pas traiter de façon trop différente telle branche, telle zone géographique ou les diverses générations. On ne peut donc pas verser aux retraités d'aujourd'hui un revenu au minimum important sans au moins promettre des faveurs analogues aux futurs retraités.

✓ **La solidarité** : elle est attachée à la notion de droit de chaque citoyen à des moyens minimaux d'existence, tend à relever le niveau des ressources garanties sans aucune contrepartie en termes de travail.

³¹ Ibid, p 266.

Enfin, comme le soulignent D. Kessler et D. Stauss-Kahn (1982), aucune méthode de financement de la retraite ne peut à long terme échapper à d'importants déséquilibres démographiques (rapport inactifs/actifs) et/ou économique (ralentissement de la croissance de la valeur ajoutée).

e) Politique de lutte contre la pauvreté

La pauvreté est un phénomène complexe, multidimensionnel, en lien avec la richesse disponible. Le PNUD (Programme des Nations Unies pour le Développement) distingue trois (03) types de pauvreté :

- **la pauvreté extrême**, définie comme la situation d'une personne qui ne dispose pas des revenus nécessaires pour satisfaire ses besoins alimentaires essentiels déterminés sur la base de besoins caloriques minimaux (1800 calories par jour et par personne).
- **La pauvreté générale**, représente la situation d'une personne qui ne dispose pas des revenus suffisants pour satisfaire ses besoins essentiels non alimentaires (tels l'habitation, l'énergie et le logement) et alimentaire.
- **La pauvreté humaine** est considérée, quant à elle, comme l'absence des capacités humaines de base : analphabétisme, malnutrition, longévité réduite, mauvaise santé maternelle, maladie pouvant être évitée.

Pour les comparaisons mondiales, la Banque Mondiale a fixé le seuil international de pauvreté depuis 2015 à 1.9 dollar par jour et par personne.

Les différentes politiques sociales détaillées ci-dessus contribuent à réduire l'ampleur de la pauvreté, par exemple la politique de l'emploi, avec ses instruments actifs –création de postes de travail- ou passifs –assurance chômage-, qui contribue à améliorer le niveau de vie des individus, pour les éloigner de la pauvreté.

Pour faire face à la pauvreté, les actions de plusieurs acteurs se combinent pour combattre ce fléau. En premier lieu, le rôle des pouvoirs publics, les associations, ainsi que les efforts considérables des organisations internationales comme l'ONU et la Banque Mondiale.

Les efforts de l'Etat sont orientés dans l'assistance sociale qui comprend les mesures telles que : le soutien aux produits alimentaires, la gratuité des études primaires, diverses aides en matière de logement, les différentes prestations en nature ou en espèces à destination des catégories marginalisées, etc.

2. Les indicateurs de mesure

Apprécier l'étendue de la protection sociale et son évolution au cours du temps appelle, comme l'a souligné le Bureau International du Travail, plusieurs types d'indicateurs ; allant de la part de la population protégée à la gamme des risques couverts et au niveau des prestations, et peut impliquer des indicateurs différents selon qu'il s'agisse de transferts de revenu ou de prestations de soins et de services (Van Ginneken, 2007)³². Plusieurs types d'indicateurs peuvent être mobilisés pour tenter d'apprécier l'impact des politiques sociales.³³

- *Les indicateurs de résultats finaux* : ils mesurent l'évolution des variables sur lesquelles les politiques publiques se donnent pour objectif final d'agir, par exemple la pauvreté, l'état de santé, le niveau d'éducation, l'accès au logement, etc.

- *Les indicateurs de résultats intermédiaires* : ils permettent de suivre l'avancement d'objectifs considérés comme plus directement maîtrisables : le choix d'un médecin traitant ou la prescription de génériques sont par exemple retenus comme indicateurs de rationalisation des parcours de soins ou d'amélioration des pratiques de prescription.

- *Les indicateurs de mise en œuvre des politiques publiques* : ils sont indispensables à la compréhension et le suivi de ces politiques. Il s'agit d'une part d'indicateurs de moyens (crédits, personnels affectés), et d'autre part d'indicateurs d'activités, qui retracent le développement des interventions publiques services (nombre d'actions ou de projets, capacités d'accueil ou d'offre de services, nombre de bénéficiaires des différentes prestations).

- *Les indicateurs de contexte* : sont enfin dans la plupart du temps indispensables pour interpréter les résultats obtenus. La plupart des indicateurs sociaux dépendent en effet de facteurs économiques et démographiques, pour cela leur prise en considération est donc nécessaire.

³² ELBAUM, M., op. cit., p 11.

³³ Ibid, p 418.

Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel de la protection sociale

On remarque qu'il existe une multitude d'indicateurs qui nous permettent de mesurer et d'évaluer les politiques publiques, en général, et la protection sociale, en particulier. La question qu'on se pose ; quel est le bon indicateur ?

Les qualités que devrait posséder un « bon indicateur » dans le champ social ont été énumérées, par Anthony Atkinson et ses coauteurs, dans les deux rapports qu'ils ont rédigés pour les présidences belge et luxembourgeoise de l'Union Européenne en 2005 et 2007, et reprises dans les réflexions du Comité de la protection sociale. Ces indicateurs devraient ainsi :³⁴

- être cibles de façon à saisir le « cœur du problème » ;
- donner lieu à une interprétation aisée et acceptée sans réserve ;
- être statistiquement robustes et fiables ;
- s'adapter aux interventions politiques sans être manipulables ;
- être mesurables de façon suffisamment comparable d'un pays à l'autre, et dans la mesure du possible au regard des standards appliqués au niveau international ;
- pouvoir être actualisés en temps adéquat et se prêter à révision ;
- ne pas constituer un fardeau trop lourd en termes de production ;
- s'intégrer dans un « portefeuille » équilibré entre différentes dimensions ;
- être cohérents entre eux, avec un poids proportionné au sein de ce portefeuille ;
- être le plus transparents et accessibles possible aux citoyens.

Le développement récent des indicateurs fait toutefois référence à un concept de « performance » inspiré des théories du management et de la « nouvelle gestion » (Elbaum M. (2008)). Le BIT recommande que « *Chaque pays doit fixer ses propres objectifs, stratégies et*

³⁴ ELBAUM, M. (2009), « Les indicateurs de performance en matière de politiques sociales. Quel sens pour l'action publique ? », *Revue de l'OFCE*, n° 111, p 41.

Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel de la protection sociale

calendriers en matière d'extension de la couverture sociale, et adopter des mécanismes de contrôle pour évaluer et mesurer les progrès à l'aide d'indicateurs appropriés. »³⁵.

³⁵ Bureau international du Travail (2011), *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive*, Rapport du Groupe consultatif sur le socle de protection sociale, Genève, p 104.

Conclusion

Le but de ce chapitre est de présenter certaines notions élémentaires et les approches théoriques de la protection sociale. Pour cela, nous avons mis l'accent sur le risque et les formules utilisées pour se protéger ; par épargne de précaution, par la famille, par les mécanismes collectifs privés. Si les trois modes de couverture se trouvent en défaut, il y a nécessité de recourir aux mécanismes collectifs publics obligatoires, c'est-à-dire un système public de protection sociale.

Un système de protection sociale se diffère par sa manière de faire la protection sociale (les quatre dimensions analysées ci-dessus), mais aussi par sa façon de penser la protection sociale, c'est-à-dire les conceptions et les logiques propres à ce système. Comprendre ces logiques nous facilite les comparaisons internationales.

Ensuite, nous avons montré la divergence des approches économiques sur la protection sociale : en termes de soutien de la demande pour les keynésiens et en termes d'aide à la reproduction du mode de production capitaliste pour les marxistes. L'école de la régulation a donné une explication « mixte » de la protection sociale en tant qu'élément du fordisme, et débouche sur une interprétation économique globale de l'Etat providence.

Enfin, nous avons détaillé plusieurs politiques sociales et leurs indicateurs de mesure : politique familiale, politique de la santé, politique de l'emploi, politique concernant les retraités, ainsi que les politiques de lutte contre la pauvreté, qui sont menées par certains acteurs tels que l'Etat, les organismes de sécurité sociale, les collectivités locales et les associations, afin d'offrir diverses prestations pour couvrir les individus contre les divers risques. La cohérence et la complémentarité est nécessaire entre les acteurs et les politiques sociales.

CHAPITRE 2

EMERGENCE ET ÉVOLUTION DE LA PROTECTION SOCIALE

Chapitre 2 : Emergence et évolution de la protection sociale.

Introduction

Après avoir donné les éléments conceptuels et théoriques dans le chapitre précédant, l'objectif de ce chapitre est d'expliquer l'émergence et l'évolution de la protection sociale dans le temps et dans l'espace. Depuis l'antiquité, des formes de solidarité existent, comme celles qui sont basées sur la religion. Le développement de protection sociale est initié en Allemagne par Bismarck au 19^{ème} siècle. Il a créé l'assurance maladie étatisée en 1883, suivie par le rapport du britannique Lord Beveridge en 1942. Ensuite, le système de sécurité sociale a connu une large diffusion dans le monde en intégrant plus de risques et plus de catégories de personnes.

Avant de présenter, dans les chapitres suivants, les systèmes de protection sociale dans plusieurs pays, nous avons jugé utile de faire ce travail historique sur l'émergence et l'extension de la protection sociale dans ce chapitre, afin de comprendre le contexte de naissance et de développement de cette dernière.

Pour cela, nous suivons l'ordre chronologique ; nous rappelons d'abord les formes de protection existantes dans les sociétés dites anciennes ou traditionnelles. Nous focalisons notre présentation ensuite sur la naissance des deux systèmes Bismarckien et Beveridgien au cours du 19^{ème} et du 20^{ème} siècle, respectivement.

Dans une seconde section, nous suivons l'évolution de la protection sociale dans le monde, ainsi que les facteurs qui facilitent son développement. Enfin, nous consacrons la dernière section aux difficultés rencontrées, voire la remise en cause ou la « crise » de la protection sociale et de l'Etat providence à partir des années 70 et 80.

Section 1 : Historique et naissance de la protection sociale.

Une fois évoquée les formes de solidarité ancienne, nous rappelons dans cette section les trois modèles bismarckien, beveridgien et libéral, en évoquant l'émergence de ces modèles, ainsi que leurs caractéristiques et limites.

1. Aperçu historique

Depuis l'antiquité, des formes de solidarité existent, comme celles qui sont basées sur la religion. Le développement de protection sociale est initié en Allemagne par Bismarck au 19^{ème} siècle, il a créé l'assurance maladie étatisée en 1883, suivie par le rapport du britannique Lord Beveridge en 1942.

A l'époque de la civilisation romaine, il existait une forme **d'assistance publique** qui consistait à fournir du blé ou d'argent par l'Etat à destination des personnes pauvres. Les esclaves ne sont pas concernés par cette assistance, dans la mesure où leurs maîtres étaient censés subvenir à leurs besoins (les prendre en charge).

a) Le moyen âge

L'assistance publique est aussi basée sur la religion à cette époque ; une forme de solidarité qui permet de maintenir une certaine cohésion dans la société.

Avec l'avènement de l'Islam vers de VII ème siècle, le prophète Mohamed (Bénédictio et Salut sur lui) exigera la « *zakat* » ou l'aumône légale, troisième pilier de l'Islam. Une forme d'impôt payé par les riches et distribué pour les pauvres. D'autres types de la « *zakat* » sont obligatoires aussi pour les agriculteurs, éleveurs, commerçants, etc. Des aides sont distribuées pour les nécessiteux par « *Bayt elmal* ». Vers 820, le calife Al-Ma'mūn met également en place des maisons de santé (*dar al-chifa*) au sein desquels les soins sont gratuits et prélevés sur le trésor public.

En occident, la charité publique est essentiellement du ressort de l'église ; nous citons par exemple la création des Hospices de Baune en 1443 par le chancelier de la Bourgogne Nicolas Rolin, ainsi que la création de multiples associations charitables qui sont placées sous la tutelle de l'église. A la fin du moyen âge, les institutions citées ci-dessus entrent en crise et l'administration royale intervient ; les parlements assurent la tutelle administrative des hôpitaux en leurs procurant des ressources (comme, le parlement de Paris qui a affecté le produit de certaines amendes à l'Hôtel-Dieu).

b) Les temps modernes (1492-1789)

Vers le XVII^{ème} siècle, soit au début des temps modernes, des lois commencent à voir le jour dans certains pays comme l'Angleterre (loi de 1601) et la France.

Dès 1601, avec « les lois sur les pauvres » *poor laws*, l'Angleterre a mis en place une législation attribuant aux pauvres une certaine protection. La loi de 1601 confère un droit à l'assistance à tous les membres d'une paroisse. La paroisse a l'obligation d'assister en argent lorsqu'il s'agit d'un enfant ou un invalide, et en travail lorsqu'il s'agit d'un indigent valide. Cela conduit au développement de *workhouse*, ateliers où les pauvres sont employés et hébergés.

En 1656, sous le règne de Louis XIV, l'Hôpital général de Paris est créé dans l'objectif de lutter contre la mendicité et le vagabondage. Le pouvoir royal voulut régler ce problème en menant une politique d'enfermement systématique dans les établissements dépendant de l'Hôpital général.

c) La révolution française

Pendant la révolution française, la loi de chapelier en 1791 interdisait la formation de tout groupement professionnel, de toute corporation afin de protéger la liberté d'entreprendre. Elle interdisait le fait de pouvoir créer un syndicat et le droit de grève, ne reconnaissait pas les sociétés de secours mutuels, considérant que c'est aux pouvoirs publics de gérer ces risques sociaux en les qualifiant de « dettes sacrées » par la constitution de 1793. Le décret du 19 mars 1793 affirmait le droit au travail, et le droit à l'assistance pour tout homme hors d'état de travailler.

2. Système Bismarckien

a) Naissance de la sécurité sociale en Allemagne

Les motivations qui sont à l'origine du système bismarckien sont éminemment politiques et résident dans le souci de juguler les mouvements syndicaux et socialistes en améliorant les conditions de vie du prolétariat ouvrier.

Le système allemand est le plus ancien système de prestations sociales organisé par l'Etat. Il est aujourd'hui marqué par les lois de 1883, 1884 et 1889 annoncées dans le discours programme prononcé par Bismarck au Reichstag le 17 novembre 1881, dont une phrase résume parfaitement la stratégie : « *Messieurs les démocrates joueront vainement de la flûte lorsque le peuple percevra que les princes se préoccupent de son bien-être* ». ³⁶

- *Loi du 15 juin 1883 sur l'assurance maladie* : L'affiliation est obligatoire pour les ouvriers de l'industrie gagnant moins de 2500 marks par an. L'ouvrier bénéficie de la gratuité des soins et de l'hôpital. Tout assuré peut consulter librement les médecins généralistes et spécialistes de son choix. Il n'a aucune avance de frais à effectuer (principe du tiers payant), les médecins sont conventionnés avec les caisses étant rémunérés directement à l'acte. En cas d'arrêt de travail, l'assuré reçoit des indemnités journalières (50% du salaire antérieur pendant 26 semaines).
- *Loi du 6 juillet 1884 sur l'assurance accident de travail* : elle est financée par des cotisations des seuls employeurs organisés en caisses mutuelles. Les versements aux victimes peuvent aller jusqu'au 2/3 du salaire antérieur.
- *Loi du 22 juin 1889 sur l'assurance vieillesse et invalidité* : Elle est obligatoire pour les salaires inférieurs à 2000 marks et fonctionne selon le principe de la capitalisation (qui ne sera abandonné pour la répartition qu'en 1957). L'âge légal pour la retraite est fixé à 70 ans après 30 ans de cotisations, et le montant de la pension est proportionnel au revenu d'activité.

Ces trois régimes de base seront ensuite étendus et complétés ; par l'intégration des ayants droit dans l'assurance maladie en 1890 ; par l'extension de l'assurance maladie aux domestiques et ouvriers agricoles en 1892 et aux employés en 1911 ; par la création d'une assurance chômage en 1927. Parallèlement, les syndicats vont développer une protection complémentaire (chômage, maladie, décès).

b) Les principes fondamentaux du système bismarckien

- Un système contributif fondé sur le travail ;
- Un système obligatoire catégoriel ;

³⁶ CAIRE, G., op.cit., p 203.

- Une gestion professionnelle paritaire.

Le système de protection sociale, basé essentiellement sur l'assurance sociale, peut donc renforcer les inégalités lorsque le marché du travail se dégrade en cas de rétrécissement de la base cotisante.

3. Système Beveridgien

a) Le rapport de Beveridge 1942

En novembre 1942, faisant suite aux travaux d'une commission interministérielle qu'il présidait depuis 1941 à la demande du gouvernement, William Henri Beveridge (1879-1963) publie un rapport intitulé « *social insurance and Allied services* ». Beveridge pose la question en ces termes : « *ce que nous faisons pour la guerre, pourquoi ne pas le faire pour le bien-être ? (If for warfare, why not for welfare)* ».

Il affirme dans son rapport que l'objectif de l'Etat doit être « le bonheur social », en « abolissant après la guerre les cinq grands maux du capitalisme : la misère, la maladie, l'ignorance, la sordidité, l'oisiveté et la déchéance », ce qui implique la mise en place d'une sécurité sociale pour tous, gratuité des soins, politique d'urbanisme et de logement sociaux, politique macroéconomique de plein-emploi, etc. Pour Beveridge, la protection sociale s'intègre donc au sein d'un vaste programme sociétal d'Etat providence, programme qui fut assez fidèlement respecté par le gouvernement travailliste élu en juillet 1945.

b) Les caractéristiques du système beveridgien

- *L'universalité* : la sécurité (protection) sociale doit couvrir toute la population ;
- *L'uniformité* : les prestations versées sont identiques pour tous ;
- *L'unité de l'organisation* : la centralisation des fonds et de l'organisation de la sécurité sociale.

4. Le modèle Libéral

Ce modèle est influencé par la doctrine libérale, son objectif est de lutter contre la pauvreté et d'assurer un filet social minimal, avec un mode de financement basé sur l'impôt.

a) Les logiques de ce modèle

- *La logique d'assurance sociale* : assurance chômage créée par la loi de 1935, l'assurance vieillesse, décès et veuvage pour les salariés est mise en place en 1939, puis étendue en 1953 à l'invalidité, et enfin en 1966 à la santé pour les assurés âgés avec le Medicare.
- *La logique d'assistance sociale* : prestations monétaires ou en nature, toutes sous condition de ressources et catégorielle.

b) La prépondérance du système libéral de santé

- *Medicare* : créée en 1965, est un système assurantiel obligatoire pour tous les salariés. Ce système comprend deux composantes : l'assurance hospitalière, qui prend en charge les coûts d'hospitalisation (sauf longs séjours), les soins à domicile et les centres de santé. L'assurance médicale complémentaire, elle est facultative et couvre les consultations hospitalières externes et les consultations de médecine. Son financement repose sur une subvention du gouvernement fédéral et sur les cotisations volontaires des affiliés.
- *Medicaid* : créée en 1967, est un système assistanciel intégré à la sécurité sociale essentiellement à destination des enfants. Il prend également en charge les soins de long séjour et les dépenses ambulatoires des plus de 65 ans et des handicapés qui ne peuvent en assurer le financement. L'admission s'effectue en fonction de l'insuffisance de revenu et de la présence d'enfants. Medicaid propose la gratuité des soins (mais pas d'indemnités journalières), sans cotisation préalable, à la charge du gouvernement fédéral et des Etats.

Nous avons présenté ci-dessus des « idéaux types » des régimes d'Etat providence. La réalité est souvent plus complexe car certains pays, comme la France, adoptent aujourd'hui un système hybride, inspiré des deux modèles Bismarckien (logique assurantielle, telle que la retraite) et Beveridgien (logique assistancielle, nombreuses prestations telles que RMI, minimum vieillesse, CMU sont versées uniquement aux plus défavorisés).

Section 2 : Développement et extension de la protection sociale dans le monde.

Dans cette section, nous allons suivre l'évolution de la protection sociale dans le monde au cours du 20^{ème} siècle, entre les deux guerres, après la publication du rapport de Beveridge en 1942, et plus précisément son extension au cours des trente glorieuses. Nous allons également présenter les efforts des organisations internationales (notamment l'OIT) qui ont contribué à vulgariser la protection sociale partout dans le monde.

1. L'Etat-providence entre les deux guerres

L'histoire moderne de la sécurité sociale est inséparable ici du renforcement du lien civique provoqué par les deux grandes guerres du siècle (Rosanvalon 1995). Les deux guerres mondiales ont contribué à l'édification de l'Etat-providence avec une intervention massive de l'Etat.

a) La première guerre mondiale et la crise de 1929

Plusieurs pays ont mis en place des mesures de protection sociale, après la première guerre mondiale, dans l'objectif de lutter contre les conséquences sociales de la guerre, telles que les pensions versées aux anciens combattants, entretien des orphelins et les mutilés de guerre ou la reconstruction des régions dévastées par le conflit.

Après la crise de 1929, la théorie classique est remise en cause, Keynes considère que l'Etat doit intervenir en cas de crise pour rééquilibrer le marché. S'inspirant des idées de Keynes, le président des Etats-Unis Franklin D. Roosevelt met en place le « New Deal » dès 1933 pour faire face aux conséquences de la crise de 1929.

b) Le Rapport de Beveridge et les trente glorieuses

Aux lendemains de la seconde guerre mondiale, la réflexion sur la protection sociale a été très profondément marquée par les écrits de William H. Beveridge. Ce dernier remet au Parlement en 1942 un rapport qui porte son nom. Dans ce rapport, l'auteur fonde les obligations d'un Etat vis-à-vis de la société afin de lutter contre les fléaux sociaux. Il propose

de redéfinir le rôle de l'Etat d'après guerre dans l'objectif de protéger la société des différents risques. Beveridge s'inspire de l'analyse keynésienne qui soutient l'intervention de l'Etat.

La protection sociale et l'Etat providence ont connu un large développement depuis la seconde guerre mondiale, la logique fordiste est en pleine extension. L'application des idées d'Henry Ford (travail à la chaîne, standardisation des pièces, production de masse, augmentation des salaires *five dollars day*) engendre de forts gains de productivité, ces gains de productivité (5% par an en moyenne sur 1945-1973 en France) font l'objet d'un compromis de partage tripartite entre profit, salaire et sécurité sociale. Cette dernière socialise une partie du revenu salarial sous forme d'un transfert obligatoire de ressources dans le temps (assurance maladie, chômage, vieillesse...etc.).

Au cours de cette période de trente glorieuses, l'intervention de l'Etat s'insère dans le cadre de la logique fordiste qui renforce le progrès social et la croissance économique. L'Etat finance des programmes de construction de logements sociaux, écoles, hôpitaux, routes...etc. (politique keynésienne). Le développement du système éducatif et de la formation professionnelle contribue à l'amélioration des gains de productivité. L'Etat aussi incite à la consommation de masse en facilitant l'accès aux crédits et en encourageant le développement du travail féminin.

2. Les efforts des organisations internationales

Au niveau mondial, et avec la contribution des organisations internationales (notamment l'ONU, l'OIT, la Banque Mondiale et l'AISS), la protection sociale a connu un intérêt majeur partout dans le monde.

Les Nations Unies affirment dans la déclaration universelle des droits de l'homme en 1948 dans l'article n°22 que : « *toute personne, en tant que membre de la société, a droit à la sécurité sociale ; elle est fondée à obtenir la satisfaction des droits économiques, sociaux et culturels indispensables à sa dignité et au libre développement de sa personnalité, grâce à l'effort national et à la coopération internationale, compte tenu de l'organisation et des ressources de chaque pays* ».

Chapitre 2 : Emergence et évolution de la protection sociale

Les articles 23, 24, 25 et 26 de la même déclaration universelle des droits de l'homme précisent les droits des personnes au travail, au repos, à l'éducation ainsi que leur droit à une certaine couverture et sécurité, en cas par exemple, de maladie, de chômage et de vieillesse.

L'article 23 affirme : « 1. *Toute personne a droit au travail, au libre choix de son travail, à des conditions équitables et satisfaisantes de travail et à la protection contre le chômage.....* 3. *Quiconque travaille a droit à une rémunération équitable et satisfaisante lui assurant ainsi qu'à sa famille une existence conforme à la dignité humaine et complétée, s'il y a lieu, par tout autre moyen de protection sociale.* ». L'article 25 précise que : « 1. *Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté.* 2. *La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale.* ».

a) La convention n°102 de 1952 de l'OIT

L'OIT a adopté en 1952 la convention n°102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), entrée en vigueur le 27 avril 1955. Dans cette convention neuf (09) branches (ou risques) sont présentés : retraites ; invalidité ; survie ; accidents du travail/maladies professionnelles ; soins médicaux ; indemnités de maladie ; maternité ; famille/enfants ; chômage.

Le risque santé est détaillé dans la convention dans la partie II sur les soins médicaux et la partie III sur les indemnités de maladies. Pour les soins médicaux, les articles 7 et 8 annoncent que « *Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir l'attribution de prestations aux personnes protégées lorsque leur état nécessite des soins médicaux de caractère préventif ou curatif, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.* ». « *L'éventualité couverte doit comprendre tout état morbide quelle qu'en soit la cause, la grossesse, l'accouchement et leurs suites.* ».

Chapitre 2 : Emergence et évolution de la protection sociale

Le droit aux indemnités de maladies est indiqué dans l'article 13 «*Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution d'indemnités de maladie, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.* », l'article 14 précise que « *L'éventualité couverte doit comprendre l'incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain telle qu'elle est définie par la législation nationale.* ».

La partie VI présente le droit à des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. « *Les éventualités couvertes doivent comprendre les suivantes lorsqu'elles sont dues à des accidents du travail ou à des maladies professionnelles prescrites: (a) état morbide ; (b) incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain...(c) perte totale de la capacité de gain ou perte partielle de la capacité de gain au-dessus d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette perte totale ou partielle sera permanente, ou diminution correspondante de l'intégrité physique ; (d) perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille...* »³⁷.

Pour les risques chômage et vieillesse, les articles 19 et 25 garantissent des prestations de chômage ainsi que l'attribution de prestations de vieillesse pour les personnes âgées.

Pour le risque famille/enfant et afin de faire face à la charge des enfants, la convention garantie des prestations aux familles qui doivent comprendre la fourniture aux enfants de nourriture, de vêtements, de logement, de séjour de vacances ou d'assistance ménagère, telle qu'elle est présentée par l'article 42.

Concernant les femmes enceintes, la convention en question prévoit des prestations de maternité, selon l'article 47 : « *L'éventualité couverte sera la grossesse, l'accouchement et leurs suites, et la suspension du gain qui en résulte, telle qu'elle est définie par la législation nationale.* ». Comme elle prévoit aussi des prestations d'invalidité, « *L'éventualité couverte sera l'inaptitude à exercer une activité professionnelle, d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette inaptitude sera permanente ou lorsqu'elle subsiste après la cessation de l'indemnité de maladie.* » (Article 54).

³⁷ Article 32 de la convention n°102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), OIT, 1952.

Enfin, et dans le cas du décès du soutien de famille, la convention garantie garantit aux personnes protégées l'attribution de prestations de survivants. « 1. *L'éventualité couverte doit comprendre la perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille; dans le cas de la veuve, le droit à la prestation peut être subordonné à la présomption, conformément à la législation nationale, qu'elle est incapable de subvenir à ses propres besoins...* » (Article 60).

b) Le socle de protection sociale et recommandation n°202

Pour compléter les normes existantes en matière de sécurité sociale³⁸ (protection sociale), en particulier la convention n° 102 de l'OIT de 1952, le BIT a publié en 2011 un rapport intitulé « *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive* »³⁹. Et lors de la 101ème conférence internationale du travail en 2012, les représentants tripartites des États membres adopteront une recommandation (n° 202) sur les socles de protection sociale.

Ce socle de protection sociale conçu par l'OIT et adopté par le Conseil des chefs de secrétariat des Nations Unies et par les chefs d'Etat et de gouvernement, lors du Sommet sur les objectifs du Millénaire pour le développement en septembre 2010, s'inscrit dans le sens des efforts internationaux pour assurer une certaine protection pour la population, notamment les plus vulnérables.

Le socle de protection sociale peut constituer à cet égard un outil efficace pour atteindre plus rapidement les OMD et contribuer à tracer un chemin de développement plus durable. Plus important encore, elle doit favoriser le développement d'un chemin de progrès plus large et promet à se poursuivre au-delà de 2015⁴⁰. Nous citons notamment l'objectif n°1 (Réduire l'extrême pauvreté et la faim), l'objectif n° 4 (réduire la mortalité infantile) et l'objectif n° 5 (améliorer la santé maternelle)⁴¹.

On ne saurait sous-estimer les défis sociaux auxquels doit faire face la planète. En 2010, le PIB mondial était, en termes réels, dix fois plus importants qu'en 1950 (OCDE, 2003), soit

³⁸L'OIT utilise le vocable de « sécurité sociale » pour dire « protection sociale », il y a une certaine permutation entre les deux notions.

³⁹ Rapport du groupe consultatif présidé par Michelle Bachelet, mis en place par le BIT avec la collaboration de l'OMS.

⁴⁰ Bureau International du Travail (2011), *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive*, Rapport du Groupe consultatif sur le socle de protection sociale, Genève, p 44.

⁴¹ Pour les liens explicites et accélération des OMD via la protection sociale (Voir le socle en page 45)

une augmentation de 260 pour cent par tête. Et cependant, malgré les soixante années de forte croissance économique qui ont suivi l'adoption, en 1948, de la Déclaration universelle des droits de l'homme, l'accès aux avantages et aux services d'une protection sociale adaptée reste le privilège d'un petit nombre⁴².

Dans ce rapport⁴³, il présente un ensemble de statistiques recueillies par différents organismes internationaux qui montrent l'ampleur et la gravité de la situation de la couverture sociale dans le monde.

- 1,4 milliard de personnes vivent encore avec moins de 1,25 dollar E.-U par jour (Banque mondiale, 2010a).
- 1,75 milliard connaissent une pauvreté multidimensionnelle, notamment en matière de santé, d'opportunités économiques, d'éducation et de standard de vie (PNUD, 2010a).
- 796 millions d'adultes sont analphabètes (UNESCO, 2011).
- 8,8 millions d'enfants de moins de 5 ans meurent chaque année de problèmes de santé largement évitables (OMS, 2010a; UNICEF, 2010a).
- Environ 75% de la population mondiale n'est pas couverte par une sécurité sociale adaptée (BIT, 2010c).

Il est important que les pays mettent en place des socles de la protection sociale, il représente un investissement dans le capital humain, comme il permet de réduire sans doute les effets négatifs des situations difficiles, telles que le chômage ou la crise économique, sur la population.

La crise économique et financière de ces dernières années a souligné le rôle de la protection sociale, et en particulier des interventions relevant du socle de protection sociale. Pendant la crise, ces mesures ont prouvé leur efficacité à la fois en atténuant l'impact de la crise sur les individus et en agissant comme des stabilisateurs contra-cycliques. Elles ont permis de diminuer l'impact négatif sur les marchés du travail, contribué à préserver la cohésion sociale et stimuler la demande, accélérant ainsi les chances de reprise.⁴⁴

Il n'est pas sans intérêt de considérer la protection sociale comme un investissement productif, à la fois du point de vue de l'individu qui peut se constituer un capital humain et de

⁴² Bureau International du Travail (2011), op.cit., p 21.

⁴³ Bureau International du Travail (2011), op.cit., p 22.

⁴⁴ Ibid. p 57.

celui de sa famille, et du point de vue des chefs d'entreprises, qui bénéficient de la bonne santé et de l'assiduité d'une force de travail mieux protégée⁴⁵.

c) Le Rapport de l'OIT sur la protection sociale dans le monde 2017-2019

Dans son rapport sur la protection sociale⁴⁶ 2017-2019, l'OIT cherche à vulgariser et développer une protection sociale universelle pour atteindre les Objectifs de Développement Durable (ODD)⁴⁷. Nous citons l'objectif n° 1 : « éliminer la pauvreté sous toutes ses formes par partout dans le monde », la cible n°1.3 : « mettre en place des systèmes de mesure de protection sociale pour tous, adaptés au contexte national, y compris des socles de protection sociale, et faire en sorte que, d'ici à 2030, une part importante des pauvres et des vulnérables en bénéficient », mesurée par l'indicateur 1.3.1 : « proportion de la population bénéficiant de socles ou système de protection sociale, par sexe et par groupe de population (enfants, chômeurs, personnes âgées, personnes handicapées, pauvres et personnes vulnérables) ».

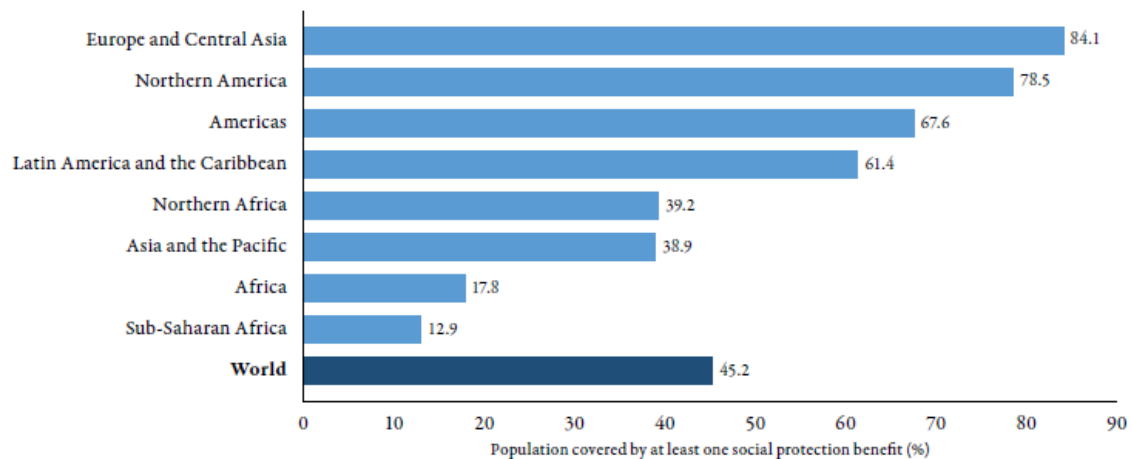
Malgré les avancées réalisées en termes d'extension de la protection sociale depuis le début du 20^{ème} siècle jusqu'aujourd'hui (voir les figures n°2 et n°3), il reste beaucoup de travail à accomplir pour atteindre cette couverture universelle, notamment dans certaines régions comme l'Afrique. La figure n°1 nous donne une idée générale sur la couverture globale de la population dans les différentes régions du monde :

⁴⁵ Ibid, p 53.

⁴⁶ *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals* International Labour Office – Geneva: ILO, 2017.

⁴⁷ Pour le lien entre protection sociale et ODD voir : *World Social Protection Report 2017–19, Op., cit., p2.*

Figure n°1 : Indicateur 1.3.1 des ODD : Pourcentage de la population totale couverte par au moins une prestation de protection (couverture effective), 2015



Source : International Labour Organization (2017), « *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals* », International Labour Office – Geneva: ILO, p 9.

Seulement 45 % de la population mondiale est effectivement couverte par au moins une prestation de protection sociale, laissant 55 %, soit 4 milliards d’êtres humains, sans protection. Avec des inégalités très importantes entre les régions, 84.1% pour la région de l’Europe et de l’Asie centrale, contre seulement 12.9% pour Afrique subsaharienne.

Selon le même rapport, seulement 29 % de la population mondiale est couverte par des systèmes complets de sécurité sociale comprenant une gamme complète de prestations, allant des allocations familiales aux pensions de vieillesse, tandis qu’une grande majorité – 71 %, soit 5,2 milliards de personnes – n’est que partiellement, voire pas du tout, protégé.

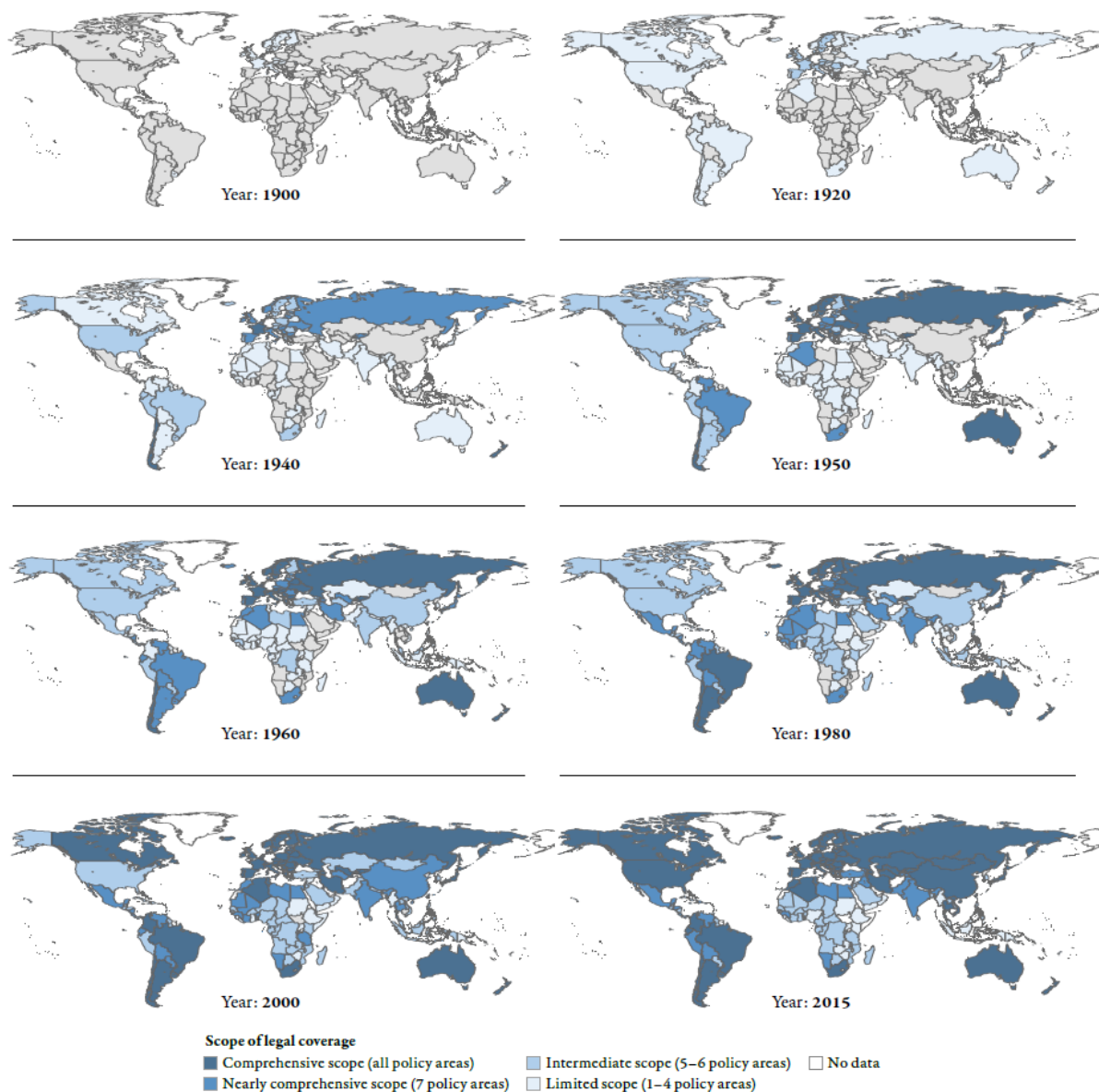
3. Extension de la couverture des risques au niveau mondial

La protection sociale a connu une extension remarquable en termes de risques couverts, pour montrer cela, les deux figures suivantes présente l’extension de la couverture des huit (08) risques telle que présentée par la convention n°102 de 1952 de l’OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum) présentée précédemment depuis 1900 jusqu’à aujourd’hui.

a) Extension de la protection sociale sur un siècle

La figure n°2 nous résume l’extension de la protection sociale sur un siècle :

Figure n°2 : Vers des systèmes de sécurité sociale complets: Nombre de domaines politiques couverts par la protection sociale, programmes ancrés dans la législation nationale, 1900–2015



Note: The following areas are taken into consideration: sickness benefits, unemployment benefits, old-age benefits, employment injury benefits, family/child benefits, maternity benefits, invalidity/disability benefits and survivors' benefits. Date of adoption of first law taken as a basis for the construction of the maps.

Sources: ILO, World Social Protection Database; ISSA/SSA, Social Security Programs Throughout the World. See also Annex IV, table B.2.

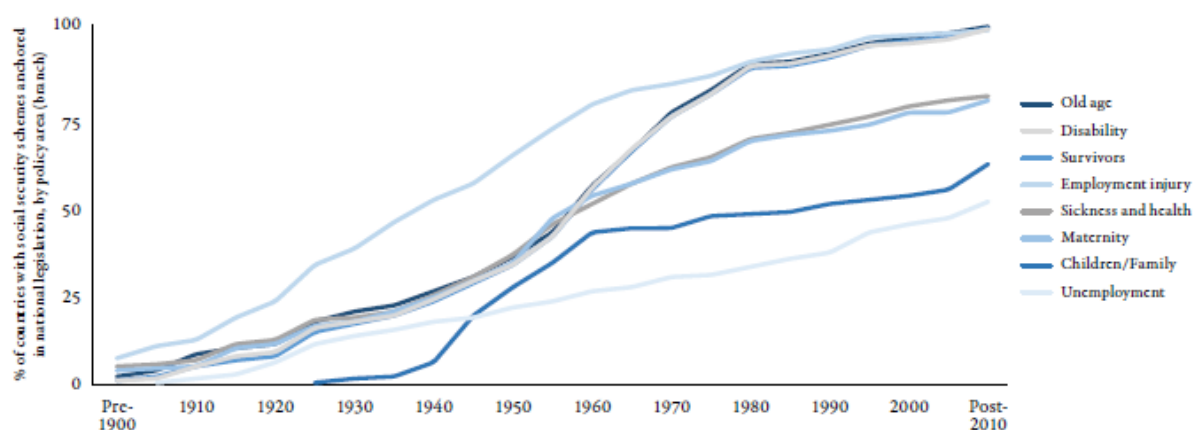
Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54616>

Source : International Labour Organization (2017), « *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals* », International Labour Office – Geneva: ILO, p 5.

Depuis le début du 20^e siècle, des progrès très significatifs ont été réalisés en ce qui concerne l'extension de la protection sociale. Partie du cœur de l'Europe à la fin du 19^e siècle, la protection sociale s'est étendue progressivement à tous les continents. Aujourd'hui, la plupart des pays ont mis en œuvre des programmes légaux de couverture de certains risques, voire de l'ensemble des risques. Reste que si ces systèmes sont en place, ils peuvent ne couvrir qu'une petite fraction de la population. Il y a extension de la protection sociale, mais pas forcément généralisation ni universalisation⁴⁸.

b) Extension de la couverture des risques

Figure 3 : Développement de programmes de protection sociale ancrés dans la législation nationale par domaine politique, avant 1900 à après 2010 (% de pays)



Note: The following areas are taken into consideration: health care, sickness benefits, unemployment benefits, old-age benefits, employment injury benefits, family/child benefits, maternity benefits, disability/invalidity benefits and survivors' benefits, as defined in the Social Security (Minimum Standards) Convention, 1952 (No. 102).

Sources: ILO, World Social Protection Database; ISSA/SSA, Social Security Programs Throughout the World. Link: <http://www.social-protection.org/gimi/gess/RessourceDownload.action?ressource.ressourceId=54617>

Source : International Labour Organization (2017), « *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals* », International Labour Office – Geneva: ILO, p 6.

La figure n°3, montre bien l'extension de la couverture des différents risques dans l'ensemble des pays étudiés ; avant 1900 moins de 10% des pays disposent des mesures de

⁴⁸ JULIEN, D. (2014), « La progression de la protection sociale dans le monde : synthèse des informations collectées par l'OIT », *Regards*, n° 46, p 215.

protection sociale des huit risques. En 2010, l'évolution est considérable, puisque la totalité des pays disposent de mesures de couverture pour les quatre risques ; « accidents du travail/maladies professionnelles », « invalidité », « survie » et « retraite ».

Pour les deux risques « santé » et « maternité », environ 80% des pays disposent de mesures de couverture. Le risque famille/enfants est couvert dans plus de la moitié des pays. Enfin, le risque chômage est le moins couvert, puisque moins de la moitié des pays disposent de mesures de couverture pour ce risque.

Donc, au cours d'un peu plus d'un siècle, l'extension de la protection sociale est remarquable. *Mais, cette pénétration, répétons-le, ne veut pas dire que les populations concernées soient forcément bien couvertes (Julien Damon 2014).*

c) Les dépenses de la protection sociale

Le tableau n°3 récapitule les dépenses de protection sociale rapportées au PIB, dans les différentes régions du monde.

Tableau n°3 : Les dépenses de protection sociale rapportées au PIB (en %)

	1990	1995	2000	2005	2010
Afrique	2,7	2,8	3,7	4,3	5,1
... Afrique du Nord	4,2	4,3	5,9	6,4	9,0
... Afrique subsaharienne	2,4	2,5	3,2	3,8	4,2
Asie	3,4	2,8	3,5	3,0	5,3
Moyen Orient	4,9	5,2	6,6	7,6	8,7
Europe de l'Ouest	20,9	23,6	23,3	24,8	26,7
Europe centrale et de l'est	12,8	15,5	14,6	16,6	17,6
Amérique latine et Caraïbes	8,0	9,6	10,2	11,4	13,2
Amérique du Nord	14,0	15,8	14,7	16,1	19,4
Monde	5,8	6,0	6,5	6,7	8,6

Source : JULIEN, D. (2014), « La progression de la protection sociale dans le monde : synthèse des informations collectées par l'OIT », *Regards*, n° 46, p 213.

Les dépenses de protection sociale mondiale représentaient 5.8% du PIB mondial en 1990, contre 8.6% en 2010, soit une augmentation de 3 points en espace de 20 ans. En examinant les statistiques des dépenses sociales en 2010, entre une région et une autre, nous constatons une grande différence. En Afrique subsaharienne, ces dépenses représentent seulement 4.2% du PIB, en Amérique du Nord elles sont estimées à 19.4% et en Europe de l'Ouest elles représentent 26.7%.

Section 3 : Remise en cause de la protection sociale.

A la fin des trente glorieuses, le modèle keynésien est contesté, l'Etat-providence est remis en cause. Ce dernier est devenu la cible de plusieurs critiques à savoir, les libéraux qui soutiennent un Etat-gendarme qui n'assure que des fonctions régaliennes. Pierre Rosanvallon explique dans son ouvrage (*La crise de l'État-providence 1981*), que l'Etat providence connaît depuis les années 1970 une triple crise : une crise financière, une crise d'efficacité et une crise de légitimité.

1. Critiques de l'Etat-providence et de la protection sociale.

Joseph Schumpeter craint dans un rôle renforcé de l'Etat une dépendance du peuple envers l'Etat, ce qui selon lui impact négativement la démocratie. Dans son ouvrage *Capitalisme, Socialisme et Démocratie (1942)*, Joseph Aloïs Schumpeter explique que : « Une classe dont les intérêts sont le mieux servis par une politique de non-intervention met plus facilement en pratique la discrétion démocratique que ne sauraient le faire des classes qui tendent à vivre au crochet de l'État. ».

La pensée libérale voit dans l'intervention de l'Etat une perturbation de la régulation de la main invisible, donc des mécanismes naturels du marché, cela est à l'encontre de l'allocation optimale des ressources.

Le libre jeu du marché, entre l'offre et la demande, permet de dégager un prix qui oriente, selon les libéraux, les capitaux et les travailleurs vers les décisions les plus rentables. Avec l'intervention de l'Etat, à travers les subventions par exemple, il modifie la pertinence des prix, cela ne permet pas une allocation optimale des ressources. Les libéraux pensent que l'intervention de l'Etat ne peut que nuire au bon fonctionnement du marché. Ils considèrent que les facteurs de productions (capital et travail) sont rémunérés à leur juste valeur lorsque celle-ci résulte du libre fonctionnement du marché. Les cotisations sociales ou salaire minimum perturbent encore le marché du travail.

a) La critique monétariste

L'analyse monétariste s'est développée à la fin des années 1960 par Milton Friedman, l'un des chefs de file de l'école de Chicago. Elle est en opposition au keynésianisme. Milton

Friedman admet que le fonctionnement des marchés libres n'est pas parfait, mais il considère que les défaillances de l'État sont la plupart du temps supérieures à celles des marchés, raison pour laquelle son périmètre d'intervention doit être précisément circonscrit à quelques activités.

Dans un contexte de mondialisation, le modèle keynésien est remis en cause et l'effet multiplicateur des dépenses publiques est réduit. Les cotisations sociales, notamment les cotisations patronales, sont considérées par les libéraux comme une charge qui pénalise la compétitivité des entreprises à l'international.

b) Les critiques de la redistribution

La protection sociale est un vaste système de redistribution. Les libéraux pensent que la redistribution encourage les individus à ne pas travailler vu qu'ils reçoivent une aide sociale ce qui va multiplier le nombre d'assistés, c'est la trappe à l'inactivité.

Robert Nozick, voit que la redistribution effectuée par l'État profite davantage aux classes moyennes qu'aux classes défavorisées. En effet, les premières connaissent davantage la législation que les secondes et sont donc plus à même de réclamer leur dû. Il suffit de prendre l'exemple de la gratuité de l'enseignement supérieur pour comprendre le phénomène. Le jeune qui renonce à faire de longues études commence à travailler plus tôt et paye des impôts. Celui qui poursuit sa formation reçoit un enseignement gratuit financé par la fiscalité. La redistribution se fait à l'envers puisque les enfants des classes moyennes vont davantage à l'université que ceux issus des classes défavorisées.

c) Les critiques de l'assistanat

L'assistance publique est aussi l'objet de critiques. Thomas Malthus qui, dans son *Essai sur le principe de population* (1798), fustige les aides apportées aux pauvres : « Secourir les pauvres, c'est multiplier la pauvreté et encourager l'immoralité ». Malthus préconise, outre la restriction volontaire des naissances, la modification de la « Loi des Pauvres »⁴⁹.

⁴⁹ « Les lois sur les pauvres » *poor laws*, une législation mise en place en l'Angleterre dès 1601 attribuant aux pauvres une certaine protection.

d) Les critiques marxistes

Pour les marxistes, l'État-providence est une « béquille du capital ». Cela permet de maintenir artificiellement le régime économique capitaliste, en protégeant les profits du capital et en masquant ses effets sociaux les plus brutaux.

Comme ont l'a expliqué dans le premier chapitre, les marxistes pensent que le capitalisme est destiné à s'effondrer de lui-même sous le poids de ses propres contradictions, au bénéfice des prolétaires. Mais, avec l'introduction d'une protection sociale, qui prend en charge le problème d'entretien et de développement de la force de travail et stimule les débouchés des entreprises. Elle permet de surseoir à la double crise de reproduction de la force de travail et de surproduction du mode de production capitaliste.

2. Une triple crise de l'Etat providence.

a) Une crise financière

A partir des années 70, Pierre Rosenvallon constate un écart croissant entre les recettes et les dépenses sociales, ce qui conduit au déficit du budget public.

Suite à la récession économique après les trente glorieuses (1945-1973), l'Etat a engagé des dépenses importantes dans l'espoir d'endiguer la croissance du chômage. L'Etat providence trouve des difficultés pour financer les dépenses sociales qui consistent à prendre en charge les personnes qui sont victimes de cette récession, plus précisément les individus ayant perdu leur poste de travail. La protection sociale doit supporter des dépenses de santé importantes à cause de l'allongement de l'espérance de vie, ainsi que des dépenses de retraite croissantes liées au vieillissement de la population.

Cette situation d'affaiblissement de la croissance économique conduit au ralentissement de la croissance des revenus des agents économiques et donc des ressources de l'État prélevées sur ces revenus. Quant à la protection sociale, la montée du chômage réduit le nombre de cotisants qui alimentent cet organisme. Par conséquent une baisse de ses recettes.

Au cours des années 1970 et 1980, plutôt que de chercher à diminuer les dépenses sociales et affronter l'opposition de la population, les gouvernements préfèrent laisser les dépenses sociales augmenter et financer celles-ci par une augmentation des cotisations sociales. Lorsqu'il n'est plus possible de continuer sur cette voie, au début des années 1990 (du fait de

l'ampleur des déficits publics et des engagements européens), les mesures qui visent à limiter l'augmentation des dépenses sociales se multiplient.⁵⁰

b) Une crise d'efficacité

Parmi les objectifs sociaux de l'Etat-providence est la lutte contre la pauvreté. Cette dernière n'a pas disparu même durant les trente glorieuses, alors que des ressources financières le permettaient. Depuis la crise, de nouvelles formes de pauvreté sont apparues et que l'Etat-providence se révèle incapable de faire disparaître. Donc, l'efficacité de l'Etat providence est contestée. Selon Pierre Rosanvallon, beaucoup de moyens financiers et humains étaient mobilisés pour des résultats médiocres : les inégalités de revenus se sont accentuées depuis la crise et les individus de la classe moyenne profitent davantage des équipements mis à la disposition de la collectivité (éducation, santé...) que ceux de la classe populaire.

c) Une crise de légitimité

Une opacité des dépenses publiques susciterait des questions quant à l'utilisation de la solidarité nationale (Rosanvallon 1981). L'Etat est contesté dans sa capacité à gérer les problèmes sociaux. Les thèses libérales sont relues pour dénoncer l'intervention sociale (et économique) de l'Etat. Elles voient dans la redistribution une dissuasion au travail et pensent que l'alourdissement des charges sociales pénalise la compétitivité des entreprises. Donc, les actions sociales des pouvoirs publics sont vues moins comme des avantages que comme un frein à la croissance économique.

3. Re-légitimation de l'Etat providence

Malgré les critiques adressées à l'Etat providence, son rôle reste toujours essentiel dans le renforcement de la cohésion sociale et dans la résistance aux chocs conjoncturels, voire aux crises économiques. Plusieurs auteurs ont proposé des conceptions qui modifient la

⁵⁰ PALIER, B. (2002), *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, PUF, collection « Le Lien Social », Paris, p 8.

configuration de l'Etat providence. Anthony Giddens et Esping-Andersen le présente comme un investissement social.

a) La conception d'Anthony Giddens

L'idée de « troisième voie », proposée par Anthony Giddens⁵¹, entendait dépasser le modèle de la sociale-démocratie mis en place après la seconde guerre mondiale – keynésianisme, économie mixte, domination de l'État sur la société civile, État-providence traditionnel, égalitarisme (...) – et celui du néolibéralisme des années 1980 – État minimal, économie de marché sans contraintes, assistance sociale réduite, politique de classe dans la redistribution des revenus⁵².

Giddens, propose de réorganiser les investissements de l'État. Des dépenses accrues dans le domaine de l'éducation et de santé, en particulier pour la formation permanente et la requalification ; la multiplication des partenariats avec les associations et les mutuelles. L'objectif est de permettre à tous les membres de la société un accès à des « biens stratégiques » fondamentaux, tels que l'éducation, la santé, le travail, etc. Donc, Giddens prône la « redistribution des possibilités », par opposition à la redistribution des richesses. C'est l'égalité d'accès et non de résultat qui est valorisée. Les autres formes d'égalitarisme sont condamnées par cette « troisième voie ».

b) La conception d'Esping-Andersen

La conception qu'Esping-Andersen propose pour accompagner le passage d'une économie essentiellement industrielle vers une économie de service consiste à substituer à une conception traditionnelle et statique des politiques sociales, visant à réparer les situations les plus difficiles ou bien de remplacer des revenus perdus, une perspective nouvelle attentive aux trajectoires de vie, et une stratégie préventive fondée sur une logique d'investissement social : promouvoir les investissements nécessaires aujourd'hui pour éviter d'avoir à indemniser demain.

⁵¹ GIDDENS, A. (1994), *Beyond left and right. The Future of Radical Politics*, Cambridge, Polity Press, p13.

⁵² LAURENT, O. (2014/2), « Construction, déconstruction et réinvention de l'État providence », *Civitas Europa*, n°33, pp. 11-32.

Cette approche montre que les politiques sociales ne peuvent plus se contenter d'être des dispositifs d'indemnisations, mais qu'elles doivent porter une stratégie collective d'investissement social. Bref, il s'agit de passer d'un Etat-providence essentiellement « infirmier », à un Etat-providence « investisseur »⁵³. Les dépenses sociales sont alors considérées comme un investissement dans le capital humain et non pas comme un coût qui entravait la croissance économique.

Il s'agit en somme de *préparer* plutôt que de *réparer*, de prévenir, de soutenir, d'armer les individus et non pas de laisser fonctionner le marché, puis d'indemniser les perdants.⁵⁴

L'auteur préconise un investissement public dans les politiques sociales à destination des enfants, les femmes et les personnes âgées. Garantir véritablement l'égalité des chances des enfants, lutter contre la pauvreté des enfants et leur assurer les meilleures conditions de garde et d'éveil pour prévenir l'exclusion sociale et préparer une main-d'œuvre qualifiée et mobile.

Esping-Andersen, recommande de favoriser l'emploi des femmes et l'égalité entre les sexes par le développement des services sociaux, de prise en charge des enfants (notamment les crèches) et d'autres personnes dépendantes. Cela pour rendre compatible vie familiale et vie professionnelle.

Enfin, l'auteur insiste sur l'égalité dans le domaine des retraites, l'équité entre générations mais aussi l'équité à l'intérieur des générations. Pour maintenir l'équité intergénérationnelle, les politiques de retraite peuvent appliquer le « principe de Musgrave », qui préconise de maintenir constant le *ratio*, par tête, entre salaire net des actifs et revenu net des retraités. Les dispositifs publics doivent tenir compte des disparités de revenus à venir entre les retraités qui furent des actifs qui n'ont pas eu le même accès à l'économie des connaissances.

⁵³ESPING-ANDERSEN, G., et PALIER B. (2008), *Trois leçon sur l'Etat-providence*, Seuil-République des Idées, p 6.

⁵⁴ Ibid, p 13.

Conclusion

Nous avons rappelé, dans ce chapitre, les phases que la protection sociale a suivies pour arriver à sa forme connue actuellement à l'époque contemporaine. De l'assistance publique, basée sur la religion dans l'antiquité et au moyen âge, à des systèmes plus au moins complets de couverture de risques aujourd'hui.

La naissance d'un système moderne de la protection sociale est initiée en Allemagne par Bismarck au 19^{ème} siècle. Il a créé l'assurance maladie étatisée en 1883, suivie par le rapport du britannique Lord Beveridge en 1942, avant de connaître une large diffusion dans le monde. Bien que les deux modèles soient considérés comme des « idéaux types » des régimes d'Etat providence, certains pays, comme la France, adoptent un système hybride, inspiré des deux modèles bismarckien (logique assurantielle, telle que la retraite) et beveridgien (logique assistantielle, nombreuses prestations telle que RMI).

La protection sociale a connu une extension considérable au cours du 20^{ème} siècle, notamment au cours des trente glorieuses. Au cours de cette période, l'intervention de l'Etat s'insérait dans le cadre de la logique fordiste et de la politique keynésienne qui renforcent le progrès social et la croissance économique.

Actuellement, la majorité des pays disposent de modalités de prise en charge des risques, telle que présentée par la convention n°102 de 1952 de l'OIT. Mais, cela ne veut pas dire que la couverture de la population pour ces risques est élevée. Il reste encore beaucoup de travail à faire pour atteindre une couverture universelle puisque les statistiques de l'OIT, pour 2020, montrent que les disparités sont énormes entre les régions : 84.1% pour la région de l'Europe et de l'Asie centrale, contre seulement 17.4% pour l'Afrique.

A la fin des trente glorieuses, le modèle keynésien est contesté et l'Etat-providence est remis en cause. La protection sociale est la cible de plusieurs critiques, notamment des libéraux qui refusent toute forme d'intervention de l'Etat dans la vie économique et sociale. Selon Pierre Rosanvallon, l'Etat providence connaît depuis les années 1970 une triple crise : une crise financière, une crise d'efficacité et une crise de légitimité.

Malgré toutes ces critiques, le rôle de la protection sociale reste toujours essentiel dans le renforcement de la cohésion sociale et dans la résistance aux chocs conjoncturels, voire aux crises économiques. Plusieurs conceptions nouvelles ont été proposées, telle celle d'Esping

Chapitre 2 : Émergence et évolution de la protection sociale

Andersen qui considère la protection comme un investissement social dans le capital humain et non pas comme un coût qui entrave la croissance économique.

CHAPITRE 3

LA COUVERTURE SOCIALE EN ALGERIE

Chapitre 03 : La couverture sociale en Algérie

Introduction

Le système de protection sociale algérien, hérité de l'époque coloniale et inspiré du modèle Bismarckien, est l'aboutissement des diverses évolutions depuis l'indépendance à ce jour. Des ressources considérables sont affectées annuellement à la protection sociale afin d'assurer la couverture des risques sociaux pour les différentes catégories de la population.

Au niveau mondial, l'Organisation Internationale du Travail (l'OIT) a adopté en 1952 la convention n°102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), entrée en vigueur le 27 avril 1955⁵⁵. Dans cette convention huit (08) branches (ou risques) sont présentés : retraites ; invalidité ; survie ; accidents du travail/maladies professionnelles ; santé ; maternité ; famille/enfants et chômage.

L'objectif de ce chapitre est d'étudier les aspects de couverture sociale du système de protection sociale algérien. Notre travail consiste alors à présenter et analyser, à l'aide de la classification établie par la convention n°102 de l'OIT, les mesures destinées à assurer la couverture des risques sociaux par le système de sécurité sociale ainsi que les dispositifs d'assistance mis en place par l'Etat pour combler le déficit de couverture.

De ce fait, notre problématique principale s'articule autour des interrogations suivantes : Quelle est la situation de couverture des risques sociaux en Algérie ? Quel est le niveau de couverture des différentes catégories de la population ? Et quelles sont les mesures et dispositifs proposés par la protection sociale afin d'assurer la couverture sociale ?

Pour répondre à toutes ces questions, nous avons utilisé les données de l'ONS et des différents Ministères, ainsi que les textes juridiques qui régissent l'attribution des prestations sociales, notamment les lois : n°83-11, n°83-12 et n°83-13 du 02 juillet 1983 relatives successivement : aux assurances sociales, à la retraite, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

⁵⁵ Nous rappelons que l'Algérie n'a pas encore ratifié cette convention de l'OIT.

Ainsi, ce chapitre est structuré de la façon suivante : en premier lieu, nous ferons un état des lieux du système de protection sociale algérien, à travers ses deux dimensions assurantielle et assistancielle. Ensuite, nous passerons en revue la couverture des risques, des assurances sociales, puis les autres types d'assurances : vieillesse, les accidents du travail et les maladies professionnelles, assurance chômage et les prestations familiales.

Section 1 : Présentation du système de protection sociale algérien.

L'objectif de cette section est de décrire l'architecture du système de protection sociale algérien à travers ses deux dimensions : la sécurité sociale qui gère plusieurs caisses (CNAS, CASNOC, CNR,...etc.), ainsi que l'assistance sociale qui englobe essentiellement des programmes non contributifs.

1. Historique et évolution du système de la sécurité sociale

Le système de protection sociale algérien, de nature bismarckienne, est l'aboutissement des diverses évolutions enregistrées depuis l'indépendance jusqu'à ce jour. En effet, avant l'indépendance, la protection sociale est caractérisée par les inégalités et les iniquités envers la population. Les faits marquants pour cette période sont la loi de sécurité sociale, votée en France en 1945 et son application en Algérie en 1949, application pour les assurances sociales en 1950, des allocations familiales en 1956 et l'instauration de l'allocation vieillesse en 1957.

Après l'indépendance, la situation financière des organismes de sécurité sociale est précaire, surtout si on rajoute à cela, la fuite d'une partie de leurs fonctionnaires. Ainsi, la sécurité sociale est marquée, à cette époque, par une multiplicité de régimes (11 régimes de sécurité sociale) et caisses (29 caisses de régime agricole et 13 caisses de secours minier). En 1963, il y a eu le regroupement des anciennes caisses du régime général et leur fusion en trois (03) grandes caisses régionales : la CASOREC, la CASORAN et la CASORAL. En 1964, on assista à la création de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), qui succédera à la caisse de coordination par la suite.

L'année 1974, fut l'année de la promulgation d'une ordonnance qui instituait l'unicité de la tutelle du ministère chargé du travail et des affaires sociales sur l'ensemble des régimes de la sécurité sociale. Une année plus tard, soit en 1975, le gouvernement met sur pied la commission nationale de la refonte de la sécurité sociale.

L'année 1983, fut une étape cruciale de la politique de sécurité sociale, avec la promulgation de plusieurs lois : Loi n°83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales, loi n°83-12 du 02 juillet 1983 relative à la retraite, loi n°83-13 du 02 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles, loi n°83-14 du 02 juillet 1983 relative aux obligations des assujettis en matière de sécurité sociale, et enfin la loi n°83-15 du 02 juillet 1983 relative au contentieux en matière de sécurité sociale.

Après l'unification des régimes en 1983, une nouvelle architecture du système de sécurité sociale se met en place. Ainsi, la protection sociale comportera deux politiques : la politique de sécurité sociale (système contributif et assurantiel) et la politique d'assistance sociale (système non contributif et assistanciel).

2. La politique de sécurité sociale

Dans ce point, nous allons présenter brièvement l'ensemble des caisses qui forment le système de sécurité sociale algérien, ainsi que l'évolution des assurés sociaux affiliés à ce système, pour ensuite aborder les équilibres financiers de la CNAS, la CASNOS, et la CNR.

a) Les caisses de sécurité sociale

La sécurité sociale est organisée autour de cinq caisses, sous la tutelle du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale : la CNAS (Caisse Nationale des Assurances Sociales des travailleurs Salariés), la CNR (Caisse Nationale des Retraites), la CASNOS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale des travailleurs Non Salariés), la CNAC (Caisse Nationale d'Assurance Chômage) et la CACOBATH (Caisse Nationale des Congés Payés et du Chômage-Intempéries des secteurs du Bâtiment, des Travaux Publics et de l'Hydraulique).

- ✓ La CNAS, créée par le décret n° 92-07 du 04 janvier 1992, couvre pour ses assurés et leur ayant droits, les risques tels : la maladie, la maternité, invalidité, décès, accidents de travail et maladies professionnelles.

Les bénéficiaires des prestations de la CNAS, c'est-à-dire la population couverte, sont : les travailleurs salariés, quel que soit le secteur d'activité, les apprentis, les bénéficiaires des emplois d'attente, les étudiants, les stagiaires de la formation professionnelle, les handicapés, les moudjahiddines (anciens combattants), les titulaires d'avantages de sécurité sociale

(pensionnés et rentiers) et les bénéficiaires de l'allocation forfaitaire de solidarité (personnes malades ou âgées et inactives). Il faut ajouter à tout cela, les ayants droit tels : le conjoint, les enfants mineurs, les filles inactives non mariées, ainsi que les ascendants à charge.

- ✓ La CASNOS, créée par décret exécutif 92/07 du 04 Janvier 1992, est chargée de la protection sociale des catégories professionnelles non-salariées dont font partie, entre autres, les commerçants, artisans, industriels, agriculteurs, et les membres des professions libérales. La mission de la CASNOS consiste à gérer les prestations en nature et en espèces des assurances sociales des non salariés et leur ayant droits pour les risques : maladie, maternité, invalidité et décès, et de gérer les pensions et allocations de retraite.
- ✓ La CNAC, créée par le décret exécutif n°94-188 du 6 Juillet 1994, en tant qu'institution publique de sécurité sociale ayant reçu pour vocation d'atténuer ou « amortir » les effets sociaux consécutifs aux licenciements massifs de travailleurs salariés du secteur économique décidés en application du plan d'ajustement structurel (PAS). La CNAC gère les prestations de l'assurance chômage et le dispositif de création de micro-entreprises pour les personnes âgées de 30 à 50 ans.
- ✓ La CACOBATPH a été créée par le décret n° 97-45 du 26 ramadhan 1417 correspondant au 04 février 1997, pour répondre aux nécessités d'organiser une gestion spécifique des congés payés et des indemnités de chômage-intempéries des secteurs du BTPH.
- ✓ La CNR (Caisse Nationale des retraites) : Créée par décret n°85-223 du 20 août 1985 abrogé et remplacé par le décret n° 92-07 du 04 janvier 1992, portant le statut juridique des Caisses de Sécurité Sociale et organisation administrative et financière de la Sécurité Sociale. Elle est le résultat de la fusion de sept (7) caisses (la CAVNOS devenue CASNOS pour les travailleurs non salariés) en place en 1985 et, chargée de la gestion des différents régimes de retraite existants avant l'institution en 1983, d'un régime national unique de retraite, offrant les mêmes avantages à tous les travailleurs quel que soit leur secteur d'activité. La mission de cette caisse consiste à gérer les pensions et allocations de retraite, ainsi que les pensions et allocations des ayants-droits.

- ✓ La Caisse Nationale de Recouvrement des Cotisations de Sécurité Sociale (CNRSS) : créée en 2006 par le décret exécutif n° 06-370 du 26 Ramadhan 1427 correspondant au 19 octobre 2006, elle gère le recouvrement de toutes les cotisations de sécurité sociale et assure cette fonction pour le compte de la CNAS, de la CNR et de la CNAC. Elle assure la gestion des prestations en nature et en espèces des assurances sociales, des accidents du travail, des maladies professionnelles et des prestations familiales pour le compte de l'Etat.

L'affiliation de tous les travailleurs au système de sécurité sociale est obligatoire, cela permet aux personnes affiliées et leurs ayants droit de bénéficier des avantages d'une couverture sociale.

b) Evolution des assurés sociaux et le taux de cotisation sociale

Les deux tableaux n°4 et n°5 nous présentent l'évolution des assurés sociaux par caisse, ainsi que le taux de cotisations sociales pour la population salariée affiliée à la CNAS et la population non salariée affiliée à la CASNOS.

Tableau n°4 : Evolution du nombre d'assurés sociaux par caisse

Année	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CNAS							
Assurés sociaux	9 288 143	9 917 243	10 626 369	11 342 779	11 957 202	12 316 693	12 050 005
Dont : salariés	5 332 787	5 673 522	5 938 431	6 126 302	6 140 078	5 874 042	6 347 433
: en %	57.41	57.21	55.88	54.01	51.35	47.69	52,68
CNR							
Nre de retraités*	2 319 531	2 482 454	2 623 547 ¹	2 773 615 ¹	2 978 557 ¹	3 166 903 ¹	3 216 648
CASNOS							
Affiliés actifs**	1 250 075	1 287 463	1 381 026 ¹	1 493 626	1 721 756	1 806 124	1 697 463
Cotisans à jour	472 787	533 679	582 223	643 997	893 935 ¹	842 483 ¹	827 960
Retraités***	223 121	231 466	239 403	243 241	258 559 ¹	266 338 ¹	277 222
CACOBATH							
Emp. Affiliés ^a	61 830	62 984	62 983	64 112	64 505	59 322	58 641
Trav. Déclarés ^b	1 012 788	1 005 076	998 999	1 102 401	1 162 144	1 063 957	1 025 716
Pres. Fournies ^c	1 037 274	971 324	1 102 040	1 256 930	1 247 994	1 153 508	1 155 766

a Employeurs affiliés. b Travailleurs déclarés. c Prestations fournies. ¹chiffre révisé par rapport aux éditions précédentes.

* CNR: Tous avantages de retraite confondus.

CASNOS : - Les affiliés **en position d'exercice effectif de l'activité.

- Le dénombrement des actifs est en cours d'ajustement sur la base des dates de déclaration de **début d'exercice et de cessation d'activité.**

***CASNOS : Titulaires de pensions et allocations directes de réversion (ayants droit).

Source : Tableau réalisé par nos soins, à partir des données de l'Office National des Statistiques, « *l'Algérie en quelques chiffres* », édition 2017, p 23 (pour les deux années 2012 et 2013) ; édition 2018, p 19 (pour l'année 2014) ; édition 2021, p 20 (pour les années de 2015 à 2018).

Les sources de financement du système de sécurité sociale sont donc essentiellement des cotisations à la charge des employeurs et des travailleurs.

Tableau n°5 : Taux de cotisations sociales pour les travailleurs salariés

Branches	Employeurs	Travailleurs	Quote-part œuvres Sociales	Total
Assurances Sociales	12,50%	1,50%		14%
Accidents du Travail et Maladies Professionnelles	1,25%	-		1,25%
Retraite	10%	6,75%	0,50%	17,25%
Retraite Anticipée	0,25%	0,25%		0,50%
Assurance Chômage	1%	0,50%		1,50%
Total	25 %	9%	0,50%	34,50%

Source : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale. **In :** <http://www.mtess.gov.dz/> (consulté le 07/05/2021)

Selon le tableau n°5 et au titre des travailleurs salariés, le taux de cotisation unique est de **34,5 %** du salaire soumis à cotisation tel que définit par la loi. Ce taux est réparti comme suit : 25 % à la charge de l'employeur, 9 % à la charge du travailleur et 0.5% à la charge des œuvres sociales. Le taux global de cotisation de 34.5 % est ventilé entre la CNAS 15.25% (14% pour les assurances sociales et 1.25% pour les accidents de travail et maladies professionnelles), la CNR 17.75% et la CNAC 1.5%.

Pour les non-salariés, le taux de cotisation globale, à la charge de l'assujetti, est de 15% calculé sur la base du revenu annuel imposable ou à défaut du chiffre d'affaires, ou dans certains cas sur la base du SNMG annuel. Ce taux est réparti à parts égales (7,5%) entre les branches assurances sociales et la retraite. Pour les catégories particulières inactives, le taux de cotisation à la charge du budget de l'Etat, varie entre 0,5 % et 7% du SNMG.

c) L'équilibre financier des caisses de sécurité sociale

Pour avoir une idée globale sur la situation financière de la sécurité sociale, nous présentons dans le tableau n°6 l'équilibre financier de la CNAS, la CASNOS et la CNR considérées, comme les principales caisses de la sécurité sociale :

Tableau n°6 : Equilibre financier de la CNAS, la CASNOS et la CNR (en Million de DA)

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CNAS	Recettes	477 285	429 838 ¹	459 757	474 944	482 065	492 340	489 094
	Dépenses	280 753	322 523	374 060	395 395	400 553	435 227	467 988
	Solde	+196 532	+107 315 ¹	+85 696	+79 549	+ 81 512	+57 113	+21 106
CASNOS	Recettes	30 789	35 448	38 572	43 762 ¹	72 290 ¹	67 339 ¹	69 830
	Dépenses	26 609	33 010	38 196	42 803 ¹	50 346 ¹	55 111 ¹	59 463
	Solde	+4 180	+2 438	+376	+960	+21 944 ¹	+12 228	+10 367
CNR	Recettes	683 060	599 899	648 000 ¹	644 000 ¹	724 300 ¹	699 100 ¹	714 800
	Dépenses	572 520	685 661	803 100 ¹	909 500 ¹	1 036 900 ¹	1 185 400 ¹	1 270 300
	Solde	+110 540	-85 762	-155 100 ¹	-265 500 ¹	-312 600 ¹	-486 300 ¹	-555 400

¹ Chiffres révisés par rapport aux éditions précédentes.

Source : Tableau réalisé par nos soins, à partir des données de l'Office National des Statistiques, édition 2017, p 21 ; édition 2018, p 19 ; édition 2021, p 20.

D'après les données du tableau n°6, la situation financière de la CNAS et la CASNOS est favorable. Les deux caisses assurent la couverture pour leurs affiliés et dégagent un solde positif. Nous remarquons que ce solde positif de la CNAS, ne cesse de diminuer, cela est dû à l'augmentation rapide de ses dépenses.

La situation financière de la CNR est précaire, au cours de la période étudiée, ses dépenses augmentent plus vite que ses recettes. Les recettes de la CNR sont passées de 683 milliards de dinars en 2012 à seulement 714,8 milliards de dinars en 2018, alors que les dépenses ont plus que doublé passant de 575,5 milliards de dinars à 1 270 milliards de dinars sur la même période. Ce décalage a conduit à un solde négatif de 85.76 milliard de DA à partir de 2013, et ne cesse de s'aggraver pour atteindre 555,4 milliard de DA en 2018, soit une augmentation de ce déficit de 547 % en seulement 5 ans. Le déséquilibre de la caisse est imputé à plusieurs facteurs, tels que les évolutions démographiques, le chômage, le travail informel et la non déclaration des travailleurs.

Chapitre 03 : La couverture sociale en Algérie

Comme mentionné supra, le taux de cotisation à la sécurité sociale des salariés se situe à 34, 5%. Mais, le gap de couverture des travailleurs sur le marché du travail (travail informel), fait qu'une bonne partie de la masse salariale échappe aux prélèvements sociaux⁵⁶.

Pour calculer la valeur de la masse salariale qui échappe aux cotisations sociales, nous allons comparer, dans le tableau n°7, les recettes réelles de la CNAS avec ses recettes potentielles. Théoriquement, les recettes potentielles de la CNAS représentent 15,25 % de la masse salariale (15,25 % représente le taux de cotisations sociales affecté à la CNAS).

Tableau n°7 : Le manque à gagner de la CNAS (en Milliards de DA)

Années	Recettes de la CNAS (1)	Masse salariale (2)	Recettes potentielles (3) = (2)*15,25%	Manque à gagner (4) = (3)-(1)	Masse salariale qui échappe aux cotisations sociales (5)=(4)/15,25%
2012	477,29	4 291,4 ¹	654,44	177,15	1 161,64
2013	429,84 ¹	4 390,8 ¹	669,59	239,75	1 572,13
2014	459,75	4 656,9 ¹	710,18	250,43	1 642,16
2015	474,94	4 977,8 ¹	759,11	284,17	1 863,41
2016	482,06	5 308,2 ¹	809,50	327,44	2 147,15
2017	492,34	5 439,3 ¹	829,50	337,16	2 210,88
2018	489,10	5 517,6	841,43	352,33	2 310,36

¹ Chiffres révisés par rapport aux éditions précédentes.

Source : Tableau réalisé par nos soins, à partir des données de l'Office National des Statistiques, édition 2017, p 21 et p 24 ; édition 2018, p 19 et p 20 ; édition 2021, p 20 et p 21.

⁵⁶ MEROUANI, W., HAMMOUDA, N.E., et EL MOUDDEN, C. (2014), « Le système algérien de protection sociale : entre Bismarckien et Beveridgien », *Les cahiers du cread*, n°107-108, p. 126 et 127.

Au cours de la période étudiée, les recettes potentielles de la CNAS ne coïncident pas forcément avec ses recettes réelles, ce qui laisse un manque à gagner important à cette caisse estimé à 352,33 milliards de dinars en 2018. Cela montre qu'une bonne partie de la masse salariale échappe aux cotisations sociales. En 2018, le montant de cette masse salariale qui échappe aux cotisations sociales est évalué à 2 310,36 milliards de dinars, soit 41,87 % de la masse salariale totale.

Cela veut dire, également, qu'une bonne partie des salariés ne sont pas affiliés à la sécurité sociale. Ces derniers se retrouvent exclus du système de sécurité sociale à cause de l'individualisme de leurs employeurs, ou bien à cause de leur imprévoyance dans la mesure où ils préféreraient un salaire élevé à une affiliation à la sécurité sociale (Merouani, Hammouda, et El Moudden, 2014, p 128).

3. La politique d'assistance sociale

Il s'agit des programmes non contributifs qui visent à réduire la pauvreté et assurer un minimum de ressources pour les personnes marginalisées. Nous exposons dans ce sens les actions mises en œuvre par le Ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, notamment les dispositifs gérés par l'Agence de Développement Social (ADS), et nous analyserons les transferts sociaux de l'Etat pour comprendre cette politique d'assistance.

a) Agence de Développement Social (ADS)

Créée en 1996 par décret exécutif n° 96 /232 du 29 juin 1996, l'Agence de Développement Social « ADS » est venue renforcer le dispositif institutionnel mis en place par l'Etat en matière d'intervention sociale, afin d'atténuer les retombées économiques et sociales engendrées par la mise en œuvre du plan d'ajustement structurel durant la décennie 1990. L'ADS contribue à promouvoir et à financer des actions et interventions en faveur des populations démunies, il s'agit de⁵⁷ :

- **L'indemnité pour activité d'intérêt général (IAIG)** : Destinée aux membres de famille sans revenu et aux personnes vivant seules sans revenu, l'accès à cette indemnité est par

⁵⁷ L'ensemble de dispositifs sont tirés du site de l'ADS <http://www.ads.dz/> consulté le 20/03/2021.

ailleurs « limité à un seul membre de la famille, sur demande du postulant (auto-ciblage) ». Le montant de l'IAIG est de 3000 DA/mois. En 2011, elle devient le **Dispositif d'Activité et d'Insertion Sociale (DAIS)**, et consiste à insérer des chômeurs, sans qualification, pour une durée de deux années renouvelables deux fois ; l'indemnité est de 6000 DA /mois.

- **Dispositif d'Allocation Forfaitaire de Solidarité (AFS)** : Mis en place à partir d'octobre 1994, en faveur des catégories sociales défavorisées, d'une valeur de 3000 DA/mois pour les personnes âgées démunies et sans revenus, la femme chef de famille et sans revenu, ainsi qu'aux familles à faibles ressources ayant à la charge une ou plusieurs personnes handicapées de moins de 18 ans. Depuis sa création, elle n'est pas revalorisée, et elle représente aujourd'hui près de 15 % du SNMG ; elle est dérisoire et ne peut régler le problème de pauvreté.
- **Dispositif Blanche Algérie (BA)** : permet la création de très petites entreprises pour l'entretien et l'amélioration du cadre de vie de la population. Aussi, il permet l'insertion des chômeurs, notamment les exclus du système scolaire. La durée du contrat est de trois mois renouvelables trois fois avec un salaire égal au salaire national minimum garanti.
- **Le dispositif des Travaux d'Utilité Publique à Haute Intensité de Main-d'œuvre (TUP-HIMO)** : il a pour but la création massive de l'emploi temporaire, et consiste à entretenir et réhabiliter les infrastructures publiques par l'exécution de travaux à utilité économique et impact social et à promouvoir le tâcheronnat local.
- **Développement Communautaire (DEV-COM)** : destiné à lutter contre la pauvreté, l'exclusion et la marginalisation sociale. Ce dispositif vise l'amélioration des conditions de vie des communautés démunies, avec leur participation à la réalisation de projets socio-économiques, répondant à leurs besoins prioritaires. Ces projets sont identifiés par les **Cellules de Proximité de Solidarité (CPS)** avec le concours des populations. Les CPS sont composées d'équipes pluridisciplinaires comportant (médecins, sociologues, psychologues...) qui identifient les poches de pauvreté, les besoins et établissent et mettent en œuvre les plans d'actions.

Notons aussi certaines opérations ponctuelles de solidarité : opération ramadhan, trousseaux scolaires, transport scolaire et séjours solidaires au profit des personnes âgées démunies ou d'enfants vivants dans des familles démunies et dans des zones éparses ou enclavées, (financées sur le Fonds de Solidarité Nationale)⁵⁸. D'autres mesures sont destinées à la protection et l'insertion des personnes handicapées, ils bénéficient d'une allocation mensuelle⁵⁹ et d'une couverture sociale.

Pour la prise en charge de certaines catégories, un ensemble d'établissements spécialisés sous tutelle du Ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, à savoir : Etablissements pour Enfants Assistés, Etablissements Spécialisés pour la Protection de l'Enfance et de l'Adolescence, Centres Nationaux d'Accueil pour jeunes filles et femmes victimes de violences et en situation de détresse et foyers pour personnes âgées. Pareillement, écoles et centres pour enfants handicapés : Ecole pour Enfants Handicapés Auditifs /Visuels (E.E.H.A)/(E.E.H.V), Centres psycho-pédagogiques pour enfants handicapés mentaux/moteurs et Centres pour Insuffisants Respiratoires.

Dans l'objectif d'atténuer les effets du PAS, lutter contre le chômage et faciliter la sortie du marché de travail, le volet assistance sociale a été renforcé en introduisant les mesures suivantes : l'assurance chômage, la retraite anticipée, la retraite proportionnelle et la retraite sans conditions d'âge.

Grace aux divers dispositifs de l'Agence de Développement Social (Malgré le montant faible de certains dispositifs, tels le DAIS et l'AFS), le taux de pauvreté a diminué entre 1994 et 1999 malgré la hausse du taux de chômage durant cette même période. Entre 1995 et 2000, le taux de chômage est passé de 26.9 à 28.9 %. Par contre, le taux de pauvreté est passé de 14.1 % à 12.1 % selon les statistiques de l'ONS « ...alors ce ne fut pas le cas durant la période d'après le PAS 1995-2000, où l'on a observé une réduction de la pauvreté malgré une aggravation du chômage. Cela signifie en d'autres termes que le dispositif du « filet

⁵⁸ Ministère de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme (2015), Politique gouvernementale dans le domaine de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme, Aout 2015, p 5.

⁵⁹ Le gouvernement a décidé de valoriser l'allocation mensuelle accordée aux personnes handicapées, en l'augmentant de 4 000 à 10 000 DA à partir du 1er octobre 2019 et de rehausser également le taux minimal prévu pour leur recrutement de 1 à 3 %.

social » a eu un effet réel sur la réduction de la pauvreté, dans une conjoncture marquée par une augmentation rapide du taux de chômage durant cette première phase »⁶⁰.

b) Transferts sociaux de l'Etat.

Pour avoir une idée sur l'intervention sociale de l'Etat, nous allons présenter et analyser les transferts sociaux de l'Etat. Ces derniers renforcent le rôle de l'Etat providence dans un esprit de justice sociale.

A travers les transferts sociaux, l'Etat prend en charge le soutien à l'habitat et à la santé, le soutien aux familles qui comprend : les subventions aux prix des produits de base (lait, céréales, huile et sucre), les allocations familiales, le soutien à l'éducation et l'Accès à l'électricité, au gaz et à l'eau.

Les transferts sociaux incluent le soutien aux moudjahidine, aux démunis, aux handicapés et aux titulaires de faibles revenus. Ils incluent également le soutien aux retraités à travers l'octroi d'un complément différentiel pour les retraités dont le montant de la pension issu des droits contributifs n'atteint pas le montant minimum légal, soit 75% du SNMG et 2,5 fois le SNMG pour les moudjahidines, des indemnités complémentaires prévues pour les petites pensions de retraite et d'invalidité et pour les allocations de retraite, ainsi que des revalorisations exceptionnelles.

⁶⁰SAFAR ZITOUN, M. (2009), « La protection sociale en Algérie : évolution, fonctionnement et tendances actuelles » In : CATUSSE, M., DESTREMAU, B., et VERDIER, E., (dir.), *L'Etat face aux débordements du social au Maghreb. Formation, travail et protection sociale*, IREMAM-KARTALA, Paris, p 84.

Tableau n°8. Evolution des transferts sociaux (en Millions DA)

Rubriques	2015	2016 LF ¹	2017 CR ²	2018 CR	2019 CR	2020	2021	2022 PLF ³
Transferts Sociaux	1 830,31	1 841,57	1 624,92	1 763,81	1 820,76	1 797,57	1 927,49	1942
T.S. en % du BGE	20,9 %	23,1 %	23,6 %	20,4 %	21,3 %	23 %	23,7 %	19,7%
T.S. en % du PIB	11,0 %	9,8 %	8,7 %	8,7 %	8,8 %	8,4 %	9,4 %	8,4%

¹ Loi de finances ² Crédits révisés ³ Projet de loi de finances.

Source : Tableau réalisé par nos soins, à partir des données du Ministère des Finances.

Au cours de la période étudiée, nous constatons une fluctuation des transferts sociaux qui ont connu une augmentation pour les premières années allant jusqu'à 1 841,5 milliards de dinars en 2016, pour ensuite descendre à 1 624,9 milliards de dinars en 2017, soit une contraction importante de 216 milliards de dinars (une diminution de 11,6 %). Les transferts sociaux affichent une tendance à la hausse pour les années suivantes, à l'exception d'une légère diminution en 2020 (1 797,5 milliards de dinars).

Les fluctuations des transferts sociaux sont expliquées par les difficultés financières que notre pays a connues à partir de 2015, suite à la baisse du prix des hydrocarbures. En effet, le prix du pétrole a chuté à 49.49 dollars en 2015, et à 40.68 dollars en 2016⁶¹, sachant que les recettes de l'Etat sont liées fortement à la fiscalité pétrolière.

Les transferts sociaux budgétisés s'élèveraient à 1942 milliards de dinars en 2022, représentant 19,7 % du budget global de l'Etat et 8,4% du PIB. Le soutien accordé aux familles, à l'habitat et à la santé représente environ 62 % de l'ensemble des transferts sociaux.

Plus de 597,7 milliards de dinars destinés au soutien aux **familles** qui couvriront : le soutien au prix du lait, céréales, huile et sucre qui est estimé à 315,5 milliards de dinars ; le

⁶¹ <https://fr.statista.com/statistiques/564926/prix-annuel-du-petrole-de-l-opep-1960/>, consulté le 14/11/2019.

soutien à l'éducation qui est évalué à 131,6 milliards de dinars ; le reste est affecté aux allocations familiales ainsi que l'accès à l'électricité, au gaz et à l'eau. Près de 247 milliards de dinars destinés au soutien à l'**habitat**, 361,1 milliards de dinars pour **la santé**. Le reste des transferts sociaux sont destinés aux retraités, aux moudjahidines et aux démunis, aux handicapés et aux titulaires de faibles revenus.

La généralisation de certaines subventions pour toute la population, notamment le soutien aux prix des produits de base (lait, céréales, huile et sucre), soulève le problème d'utilisation efficace des ressources. Une politique de ciblage est nécessaire afin de rationaliser les ressources affectées aux transferts sociaux, notamment dans le contexte actuel caractérisé par la diminution des recettes liées à la réduction des prix des hydrocarbures.

En suivant la classification des risques telles que présentée par la convention n°102 de 1952 de l'OIT, notre travail, dans les deux sections suivantes, consiste à présenter et analyser, pour le cas de l'Algérie, la situation de la couverture sociale par le système de protection sociale. Pour cela, nous allons aborder les mesures destinées à assurer la couverture des risques sociaux par le système de sécurité sociale ainsi que les dispositifs d'assistance mis en place par l'Etat pour combler le déficit de couverture.

Section 2 : La couverture des risques par les assurances sociales

La prise en charge des assurances sociales est régie par la loi n°83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales. Les risques couverts sont : la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès. La population couverte par ce type d'assurance est indiquée par les articles n°3, n°4 et n°5 de la même loi citée ci-dessus. Nous donnons plus de détails sur les quatre types d'assurance.

1. L'assurance maladie

Les prestations de l'assurance-maladie comportent des prestations en nature ainsi que des prestations en espèces. Les conditions d'ouverture de droit, en général, sont particulièrement simples et favorisent l'accès aux multiples prestations⁶² ; pour les non salariés, la condition est l'affiliation à la CASNOS d'une durée minimale de quinze (15) jours et être à jour du

⁶² LAMRI, L. (2004), *Le système de sécurité sociale en Algérie : Une approche économique*, OPU, Alger, p 79.

paiement des cotisations. Quant aux salariés, pour ouvrir droit à ce type de prestations pendant les six (6) premiers mois, l'assuré doit avoir travaillé :

- soit, au moins, pendant neuf (9) jours ou soixante (60) heures au cours des trois (3) mois précédant la date des soins dont le remboursement est demandé;
- soit, au moins, pendant trente six (36) jours ou deux cent quarante (240) heures au cours des douze (12) mois précédant la date des soins dont le remboursement est demandé.

Pour avoir droit aux indemnités journalières de l'assurance-maladie au-delà du sixième mois, l'assuré doit avoir travaillé :

- soit, au moins, pendant trente six (36) jours ou deux cent quarante (240) heures au cours des douze (12) mois précédant l'interruption de travail ;
- soit, au moins, pendant cent huit (108) jours ou sept cent vingt (720) heures au cours des trois (3) années qui ont précédé l'interruption de travail.

a) **Les prestations en nature**

Elles concernent la prise en charge des frais de soins de santé, à titre préventif et curatif, en faveur de l'assuré et de ses ayants-droit. Les prestations en nature de l'assurance-maladie comportent la couverture des frais : médicaux, chirurgicaux, des produits pharmaceutiques, d'hospitalisation, d'explorations biologiques, électro-radiographiques, endoscopiques et isotopiques, de soins et de prothèses dentaires, d'optique médicale, de cures thermales et spécialisées, d'appareillage et de prothèse, d'orthopédie maxillo-faciale, de rééducation fonctionnelle, de réadaptation professionnelle, de transport par ambulance ou tout autre moyen lorsque ce mode de transport est nécessité par l'état du malade.

Les remboursements des actes professionnels et des médicaments s'effectuent sur la base de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) de 1987 et des prix des médicaments. Le taux de remboursement est de 80% des tarifs fixés par voie réglementaire et sans limitation de durée, sauf pour les cures thermales qui sont limitées à 21 jours. Ce taux est porté à 100%, notamment en cas de maladie de longue durée ou chronique, pour des actes importants ou en raison de la situation sociale de l'assuré. Un ticket modérateur de 20% est à la charge des assurés sociaux.

Les prestations ne peuvent être accordées que si les soins ont été prescrits par un médecin ou par toute personne habilitée, à cet effet, par la réglementation.

Système de tiers payant permet de faire éviter à l'assuré social l'avance des frais grâce aux différentes conventions réalisées entre les caisses de sécurité sociale avec des pharmaciens, médecins, cliniques privées, centre d'hémodialyse, entreprise de transport sanitaire, établissement de cures thermales...etc. Ce nouveau système allège en partie la trop forte pression sur les centres payeurs de la CNAS et évite les lourdeurs bureaucratiques des remboursements⁶³.

Les bénéficiaires des prestations en nature sont : les affiliés à la CNAS, à la CASNOS et leurs ayants droit. Ils bénéficient aussi de ces prestations en nature les catégories indiquées par l'article n°5 de la loi n°83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales. Il s'agit :

- Des moudjahidine ainsi que les titulaires de pensions au titre de la législation des moudjahidines et des victimes de la guerre de libération nationale, lorsqu'ils n'exercent aucune activité professionnelle ;
- Des personnes handicapées, physiques ou mentales, qui n'exercent aucune activité professionnelle ;
- Des étudiants.

L'ensemble de la population peut accéder aux soins dispensés par les structures publiques de santé caractérisées par la gratuité des soins. Ces structures sont financées par l'Etat et un forfait annuel que verse la sécurité sociale appelé « forfait hôpitaux ».

Bien que nous constatons une large couverture de la population pour les soins de santé, nous signalons certaines insuffisances. Concernant les remboursements, la non actualisation de la NGAP qui date de 1987 (les valeurs monétaires des lettres clés sont largement dépassées aujourd'hui) et le non remboursement de certains médicaments où leur liste ne cesse de s'étaler, la surcharge des hôpitaux publics, tout cela implique une participation financière accrue des ménages dans les dépenses de santé.

⁶³Ibid, p 85.

b) Les prestations en espèces

C'est l'attribution d'une indemnité journalière au travailleur salarié contraint, pour cause de maladie, d'interrompre momentanément son travail. Les conditions d'ouverture de droit est que l'assuré doit être en activité au moment de l'avènement de la maladie et avoir effectivement travaillé : soit au moins neuf (09) jours ou soixante (60) heures au cours du premier trimestre précédent la maladie, soit au moins trente six (36) jours ou deux cent quarante (240) heures au cours de l'année précédant la maladie.

La durée et le montant de cette indemnité sont fixés par l'article 14 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, comme suit :

- Du 1er au 15ème jour suivant l'arrêt du travail, 50% du salaire de poste journalier net ;
- A partir du 16ème jour suivant l'arrêt du travail, 100% du salaire visé ci-dessus ;
- En cas de maladie de longue durée ou d'hospitalisation, le taux de 100% est applicable à compter du premier jour d'arrêt du travail.

Le salaire de référence ne peut être inférieur au montant du Salaire National Minimum Garanti (SNMG). En cas d'affections de longue durée, l'indemnité journalière peut être servie pendant une période de trois (3) ans. Et en cas d'affections autres que les affections de longue durée, l'indemnité journalière est servie de telle sorte que, pour une période quelconque de deux (2) années consécutives, le travailleur perçoit, au maximum, au titre d'une ou plusieurs affections, trois cents (300) indemnités journalières.

Les bénéficiaires des prestations en espèces de l'assurance maladie sont seulement les travailleurs salariés affiliés à la CNAS ; les travailleurs non salariés affiliés à la CASNOS ne bénéficient pas de versement d'indemnités journalières au titre de l'assurance maladie. Donc, nous constatons une couverture moyenne concernant ce type de prestations.

2. L'assurance maternité

Cette assurance comporte aussi des prestations en nature et des prestations en espèces. Les conditions d'ouverture des droits de l'assurance maternité sont les mêmes que celles de l'assurance maladie, certaines conditions particulières sont exigées : la grossesse doit être

déclarée à CNAS au moins six (06) mois avant la date présumée de l'accouchement, l'obligation de se soumettre à un suivi médicalisé de la grossesse prénatal et post-natal (protection de la mère et de l'enfant).

a) Les prestations en nature

Ces prestations portent sur les frais médicaux et pharmaceutiques qui sont remboursés sur la base de 100% des tarifs fixés par voie réglementaire. Les frais d'hospitalisation de la mère et de l'enfant sont remboursés sur la même base pendant une durée maximale de huit (8) jours.

Concernant les accouchements, une convention a été conclue en 2020 entre les caisses de sécurité sociale (CNAS et CASNOS) et certains Etablissements Hospitaliers Privés (EHP) pour la prise en charge de l'accouchement des femmes affiliées à la sécurité sociale et les ayants droit.⁶⁴ Cette décision est motivée par la volonté de réduire la charge sur les structures publiques de santé, qui sont souvent dépassées par le nombre élevé de naissance.⁶⁵ L'opération se fait via "le système du tiers payant".

Les bénéficiaires des prestations en nature de l'assurance maternité sont les mêmes que les bénéficiaires des prestations en nature de l'assurance maladie. Il s'agit des femmes assurées sociales ou les conjointes d'assurés sociaux. L'insuffisance de la législation algérienne laisse poser le problème de prise en charge des cas des femmes célibataires enceintes salariées ou non salariées⁶⁶. Donc, une couverture existe pour ce type de risques et elle touche une partie large de la population.

b) Des prestations en espèces

Si la parturiente est une travailleuse salariée, contrainte d'interrompre son travail pour cause de maternité, elle a le droit à une indemnité journalière dont le montant est égal à 100% du salaire de poste journalier perçu. Cette indemnité journalière est due pour la période pendant laquelle la femme travailleuse a effectivement cessé son travail et ce, pour une période de quatorze (14) semaines consécutives pris six (06) semaines au plus tôt et une

⁶⁴ Décret exécutif n° 20-60 du 14 mars 2020.

⁶⁵ Selon l'ONS, l'Algérie enregistre depuis 2014 plus de 1 millions de naissances par an, la majorité dans les structures publique de santé.

⁶⁶ LAMRI, L., Op.cit., p 94.

semaine au plus tard avant la date prévue d'accouchement. Ces prestations de l'assurance-maternité ne peuvent être accordées que si l'accouchement a été pratiqué par un médecin ou des auxiliaires médicaux habilités, sauf cas de force majeure.

Nous constatons que les prestations en espèces sont attribuées seulement pour les travailleuses salariées. Les femmes exerçant une profession non salariée ne bénéficient pas de versement d'indemnités journalières au titre de l'assurance maternité. Donc, nous pouvons conclure que la couverture est moyenne pour les indemnités journalières de maternité.

3. L'assurance invalidité

Elle a pour but l'attribution d'une pension à l'assuré âgé de moins de 60 ans contraint d'interrompre son travail pour cause d'invalidité qui réduit, au moins de moitié, sa capacité de travail ou de gain. Pour avoir droit à la pension d'invalidité, selon l'article 56 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales, le salarié doit avoir travaillé :

- soit, au moins, pendant trente six (36) jours ou deux cent quarante (240) heures au cours des douze (12) mois précédant la constatation de l'invalidité ;
- soit, au moins, pendant cent huit (108) jours ou sept cent vingt (720) heures au cours des trois (3) années qui ont précédé la constatation de l'invalidité.

Pour pouvoir bénéficier d'une pension d'invalidité, le travailleur non salarié doit être immatriculé auprès de la CASNOS au moins douze (12) mois avant la date de la constatation de l'invalidité.

En vue de déterminer le montant de la pension, les invalides sont classés en trois catégories :

- **1ère catégorie** : invalides encore capables d'exercer une activité salariée. Le taux de la pension est de 60% du salaire de poste ;
- **2ème catégorie** : invalides absolument incapables d'exercer une activité salariée. Le taux de la pension est de 80% ;
- **3ème catégorie** : invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une activité salariée, sont en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce

personne. Le taux de la pension est de 80%. Ce taux est majoré de 40% (majoration pour tierce personne).

La pension d'invalidité ne peut en aucun cas être inférieure à 75% du SNMG.

Quant aux non-salariés, ils n'ouvrent pas le droit à la pension de la 1^{ère} catégorie, ils bénéficient d'une pension en cas d'invalidité totale et définitive dont le taux est de 80% du revenu de référence.

Donc, nous pouvons conclure que lorsque l'invalidité est totale, l'assurance invalidité couvre une large partie de la population (salariée et non salariée). Et lorsque l'invalidité est partielle, seulement les travailleurs salariés bénéficient d'une pension d'invalidité, les travailleurs non salariés ne sont pas couverts par ce type d'assurance.

4. L'assurance décès

Elle a pour objet de faire bénéficier d'une allocation-décès (capital décès) aux ayants droit de l'assuré social décédé. Le droit à cette allocation décès commence à courir à partir du premier jour de travail. Le capital décès est versé une seule fois aux ayants droit, tel que prévu par la réglementation.

Le montant de l'allocation-décès s'élève à douze (12) fois le montant du salaire de poste mensuel le plus favorable perçu durant l'année précédant le décès du salarié. En aucun cas, ce montant ne peut être inférieur à douze (12) fois le montant mensuel du salaire national minimum garanti.

En cas de décès d'un titulaire d'une pension d'invalidité, de retraite ou de rente d'accident de travail, les ayants droit bénéficient, selon la réglementation en vigueur, d'une allocation-décès dont le montant est égal au montant annuel de la pension d'invalidité, de retraite ou de rente d'accident du travail, sans que ce montant puisse être inférieur au minimum prévu à l'article 41 de la présente loi 83-11.

S'il s'agit d'un travailleur non salarié, le montant du capital décès est égal au revenu annuel soumis à cotisation. Le capital décès est partagé entre les ayants droit à parts égales.

La couverture pour le risque décès est essentiellement le « capital décès », dans le cas de décès de l'assuré en activité, et qui n'ouvrait pas le droit à une pension d'invalidité, de vieillesse ou d'accident du travail au moment de son décès, ses ayants droit ne bénéficient pas d'une pension de survivants. Donc, la couverture pour ce risque est moyenne.

Notons aussi l'existence de certaines prestations complémentaires. La législation a prévu :⁶⁷

1. l'institution d'un fonds d'aide et de secours chargé d'accorder des prestations dans certaines situations exceptionnelles au bénéfice notamment des assurés sociaux à faibles revenus,
2. Des actions collectives sous forme de réalisations à caractères sanitaires et sociales au profit des assurés sociaux et de leurs ayants-droit et ce, dans des domaines précis (centres de diagnostic et de soins, centres d'imagerie médicale, cliniques spécialisées dans certains domaines d'activités, crèches, jardins d'enfants, etc.).

Les assurances sociales assurent la couverture des risques suivant : la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès. La population couverte varie d'un risque à l'autre ; une large couverture pour les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité (le remboursement des soins de santé), de la deuxième et troisième catégorie de l'assurance invalidité. Une couverture moyenne pour les prestations en espèce de l'assurance maladie et maternité (les indemnités journalières), pour la première catégorie de l'assurance invalidité et enfin pour l'assurance décès.

Section 3 : La couverture des risques par les autres types d'assurances

Nous avons regroupé dans cette section les quatre autres types d'assurances sociales non cités dans la section précédente, il s'agit de l'assurance vieillesse, les prestations familiales, l'assurance chômage et les assurances en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Nous essayons d'étudier la couverture de chaque type d'assurance citée pour la population concernée.

⁶⁷ Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (2010), « *Présentation du système de sécurité algérien* », p 12.

1. L'assurance vieillesse

Le système de retraite offre les prestations suivantes pour la population âgée ; **une pension de retraite** est accordée pour les travailleurs salariés de 60 ans et plus (55 ans pour les femmes), les non salariés bénéficient de cette pension à partir de 65 ans (60 ans pour les femmes), à condition de justifier d'une durée minimale de quinze (15) années de travail et de versement de cotisations. La femme travailleuse a droit à une réduction d'un an de l'âge légal de la retraite par enfant élevé, dans la limite de 3 enfants.

L'Etat a décidé en 2017 de supprimer tous les dispositifs de préretraite qui sont créés dans le contexte du plan d'ajustement structurel pour faire face aux soldes négatifs affichés par la CNR depuis 2013. Il s'agit de la retraite anticipée⁶⁸, retraite proportionnelle⁶⁹ et retraite sans condition d'âge⁷⁰. Ces dispositifs de préretraite représentent une sortie précoce du marché du travail, ce qui influence inévitablement l'équilibre financier de la caisse de retraite.

Chaque année de travail est validée au taux de 2,5% au titre de la retraite (3,5% pour les années de participation à la guerre de libération nationale). Le taux plein de la pension de retraite est de 80% du salaire (100% pour le moudjahid de la guerre de libération nationale). Le montant brut maximum de la pension ne peut dépasser 15 fois le SNMG. Pour le montant minimum, il est égal à 75% du SNMG (2,5 fois le SNMG pour le moudjahid de la guerre de libération nationale) quel que soit le montant de la pension issu des droits contributifs.

Dans le cas où le travailleur ne réunit pas 15 ans d'activité, mais justifie au moins 5 ans ou 20 trimestres de travail, il peut bénéficier d'une **allocation de retraite** à partir de 60 ans pour les salariés et 65 ans pour les non salariés, calculée dans les mêmes conditions que la pension de retraite. La règle d'alignement sur le minimum prévu en matière de retraite normale (75% du SNMG) n'est pas applicable aux allocations de retraite.

En cas de décès du pensionné, ses ayants droit bénéficient d'une **pension de réversion**. Le montant de chaque pension d'ayant droit est fixé par l'article 34 de la loi n°83-12 du 02 juillet 1983 relative à la retraite ;

⁶⁸ Fixée par le décret 94-10 du 26 mai 1994.

⁶⁹ Il faut être âgé d'au moins de 50 ans pour les hommes et 45 ans pour les femmes et avoir cotisé pendant vingt (20) ans.

⁷⁰ Permet au salarié ayant travaillé pendant 32 ans de bénéficier d'une retraite avec un taux plein (80 %) quelque soit son âge.

- Lorsqu'il n'existe ni enfant, ni ascendant, le montant de la pension de réversion du conjoint survivant est fixé à 75% du montant de la pension du *de cujus* ;
- Lorsqu'en plus du conjoint, il existe un autre ayant droit (enfant ou ascendant), le montant de la pension du conjoint est fixé à 50% du montant de la pension directe, celui de l'autre ayant droit à 30% ;
- Lorsqu'en plus de conjoint, il existe deux ou plusieurs autres ayants droit (enfants ou ascendants ou les deux à la fois), le montant la pension du conjoint est fixé à 50% du montant la pension directe ; les autres ayants droit se partagent, à parts égales, 40% du montant de cette pension directe ;
- Lorsqu'il n'existe pas de conjoint, les autres ayants droit se partagent une pension égale à 90% du montant de la pension du *de cujus* et ce, dans la limite d'un maximum fixé, pour chaque ayant droit, à : 45% de la pension quand l'ayant droit est un enfant et 30% de la pension quand l'ayant droit est un ascendant.

Le montant total des pensions d'ayants droit ne peut être supérieur à 90% du montant de la pension du *de cujus*. Lorsque le total des pensions dépasse ce pourcentage, il est procédé à une réduction proportionnelle de chacune des pensions.

Les ayants droit d'un titulaire d'une allocation de retraite décédé, peuvent prétendre au bénéfice d'une **allocation de retraite de réversion**.

L'Etat prend en charge les dépenses dites de solidarité nationale à travers l'octroi d'un complément différentiel pour les retraités dont le montant de la pension issu des droits contributifs n'atteint pas le montant minimum légal, soit 75% du SNMG et 2,5 fois le SNMG pour les moudjahidines. L'Etat prend en charge aussi les indemnités complémentaires prévues pour les petites pensions de retraite et d'invalidité et pour les allocations de retraite, ainsi que les revalorisations exceptionnelles.

Nous constatons que les personnes ayant exercé un travail, dans les conditions citées ci-dessus, bénéficient d'une pension ou d'allocation de retraite et en cas de décès, les ayants droit perçoivent une pension (allocation) de réversion, bien que le montant de l'allocation de retraite ou de réversion soit faible. Les personnes qui ne justifient pas d'un minimum de 5 ans

de travail et de cotisation, ne bénéficient pas des avantages du système de retraite. Quelques mesures à leurs faveurs telles que l'AFS (Allocation Forfaitaire de Solidarité), qui est de faible montant (3000 DA par mois), et certains rares foyers pour personnes âgées. Donc, en absence d'un minimum vieillesse, ce type de population est presque sans aucune couverture.

L'Organisation Internationale du Travail estime, pour le cas de l'Algérie, que 63,6 % de personnes ayant atteint l'âge de la retraite reçoivent une pension de vieillesse en 2017. Ce taux est inférieur à la moyenne mondiale qui se situe à 67,9%⁷¹. En 2020, La même organisation donne un chiffre de 77,5%⁷² pour la couverture des personnes âgées dans le monde, soit une augmentation de 10 points en espace de 3 ans.

2. Les prestations familiales

Elles représentent un revenu de complément pouvant aider les travailleurs salariés chargés de familles à assurer la satisfaction des besoins propres à l'enfant. Les prestations familiales sont financées sur le budget de l'Etat. La dernière revalorisation est précisée par le décret exécutif n°96-298 du 08 septembre 1996 portant revalorisation du montant des allocations familiales. Ces dernières sont servies au titre de chaque enfant jusqu'à l'âge de 17 ans, avec possibilité de prolongation jusqu'à 21 ans en cas de poursuite d'études, de formation ou de maladie de l'enfant concerné. Le montant de l'allocation familiale dépendant des ressources de l'allocataire et le rang de l'enfant dans la fratrie :

- Les allocataires dont le revenu mensuel est inférieur ou égal à 15 000 DA : le montant des allocations familiales est de 600 DA par mois et par enfant du premier au cinquième enfant ; 300 DA par enfant et par mois à compter du sixième enfant ;
- Les allocataires dont le revenu mensuel est supérieur à 15 000 DA, le montant des allocations familiales est de 300 DA par mois et par enfant ;

La prime de scolarité est due aux enfants âgés de plus de 6 ans et de moins de 17 ans ou de 21 ans (enfants poursuivant leurs études) au 1er septembre de l'année en cours.

⁷¹ International Labour Organization (2017), « *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals* », International Labour Office – Geneva: ILO.

⁷² Organisation Internationale du Travail (2021), « *Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022 : La protection sociale à la croisée des chemins : bâtir un avenir meilleur* ». (Résumé analytique).

- Les allocataires dont le revenu mensuel est inférieur ou égal à 15 000 DA : le montant de la prime de scolarité est de 800 DA par enfant et par an du premier au cinquième enfant ; 400 DA par enfant et par an à compter du sixième enfant ;
- Les allocataires dont le revenu mensuel est supérieur à 15 000 DA, le montant de la prime de scolarité est de 400 DA par enfant une fois par an.

Les bénéficiaires des prestations familiales sont seulement les travailleurs salariés. Les personnes affiliées à la CASNOS ne bénéficient pas de ce type de prestations. Nous remarquons aussi que le montant des prestations familiales est faible, il date de 1996, et leur revalorisation est nécessaire.

Dans le cadre de la solidarité nationale, les familles d'élèves nécessiteux bénéficient d'une prime de scolarité de 3 000 DA au titre soit de l'orphelinat, de victime de la tragédie nationale, de chômeurs sans revenus, de titulaires de revenus au dessous du seuil des 18 000 DA.

3. Assurance chômage

La Caisse Nationale d'Assurance Chômage (CNAC) est créée par le décret exécutif n°94-188 du 6 Juillet 1994, en tant qu'institution publique de sécurité sociale ayant reçu pour vocation d'atténuer ou « d'amortir » les effets sociaux consécutifs aux licenciements massifs de travailleurs salariés du secteur économique décidés en application du plan d'ajustement structurel (PAS). A partir de 1994, la CNAC met en application le régime juridique d'indemnisation du chômage au profit des travailleurs salariés ayant perdu **involontairement leur emploi** pour des motifs économiques.

L'indemnité d'assurance chômage se calcule comme suit : la moitié de la somme du salaire mensuel moyen des 12 derniers mois et du SNMG. La durée de l'indemnisation est estimée à 2 mois par année d'ancienneté avec un minimum de 12 mois et un maximum de 36 mois. Le montant maximum de l'indemnité chômage ne peut dépasser 3 fois le SNMG, et le montant minimum ne pouvant être inférieur à 75 % du SNMG. Selon M. Benabderrahmane, depuis sa création, 190.805 travailleurs licenciés ont bénéficié de l'indemnité chômage, soit

une moyenne de 7.380 bénéficiaires par an⁷³. Ces données montrent que le nombre de chômeurs qui ont bénéficié de cette indemnité est faible.

En plus des prestations de l'assurance chômage, la CNAC gère le dispositif de création de micro-entreprises pour les personnes en chômage âgées de 30 à 50 ans.

Cependant, l'assurance chômage en Algérie, si elle a le mérite d'exister, reste une forme sociale restrictive car limitant son bénéfice aux seuls travailleurs liés aux entreprises par un contrat à durée indéterminée (objectif de dépermanisation) et exclusion d'un grand nombre de travailleurs à durée déterminée, à domicile, travailleurs vacataires, travailleurs saisonniers, travailleurs temporaires, travailleurs pour leur propre compte et travailleurs en chômage technique⁷⁴.

Dans le cadre de la politique d'assistance sociale et pour lutter contre le chômage, l'Etat a créé plusieurs dispositifs, que nous avons évoqué précédemment : Dispositif d'Activité et d'Insertion Sociale (DAIS), Dispositif Blanche Algérie (BA) et dispositif des Travaux d'Utilité Publique à Haute Intensité de Main-d'Œuvre (TUP-HIMO). D'autres agences sont créées, telles que l'ANSEJ et l'ANGEM dans le cadre de la politique d'emploi.

Le gouvernement a décidé, dans le cadre du projet de la loi de finance 2022, de mettre en place une allocation chômage au profit des primo-demandeurs d'emploi âgés entre 19 - 40 ans. Selon l'article n° 189 du projet de la loi de finance 2022 : « *Il est institué une allocation chômage au profit des chômeurs demandeurs d'emploi inscrits auprès des services de l'Agence Nationale de l'Emploi.* ». Cette allocation chômage sera versée mensuellement pendant 6 mois renouvelables une fois seulement. Le montant de l'allocation est de 13 000 DA, elle sera servie à partir du mois de mars 2022.

Cette décision est venue pour couvrir une partie des chômeurs, c'est les chômeurs demandeurs d'emploi pour la première fois inscrits auprès des services de l'Agence Nationale de l'Emploi (ANEM). Les autres catégories de chômeurs restent toujours sans couverture. Ainsi, nous pouvons conclure que la couverture du risque chômage est partielle.

⁷³ <https://www.aps.dz/societe/130549-assurance-chomage-pres-de-7-500-beneficiaires-annuellement>, (consulté le 18/12/2021).

⁷⁴ LAMRI, L, Op.cit., p 129.

4. Les accidents de travail et maladies professionnelles

La prise en charge des accidents de travail et des maladies professionnelles est organisée par la loi n°83-13 du 02 juillet 1983. Les bénéficiaires de ce type d'assurance sont les travailleurs salariés affiliés à la CNAS, ainsi que les catégories particulières indiquées par l'article n°4 de la même loi (étudiants, stagiaires...etc.). Les risques couverts sont les accidents de travail, les accidents de trajet et les maladies professionnelles telles que définies par la loi ci-dessus.

L'accident de travail est défini comme suit : « *Est considéré comme accident du travail, tout accident ayant entraîné une lésion corporelle, imputable à une cause soudaine, extérieure, et survenu dans le cadre de la relation de travail.* » (Article n°6). « *Est assimilé à un accident du travail, l'accident survenu pendant le trajet effectué par l'assuré pour se rendre à son travail ou en revenir, quelque soit le mode de transport utilisée...Le parcours ainsi garanti est compris entre, d'une part, le lieu du travail et, d'autre part, le lieu de résidence ou un lieu assimilé, tel que celui où le travailleur se rend habituellement, soit pour prendre ses repas, soit pour des motifs d'ordre familial* » (Article n°12).

Pour les maladies professionnelles, une liste est déterminée par voie réglementaire. Il existe 85 tableaux de maladies professionnelles qui sont classés en trois groupes selon le type de risque professionnel : groupe 1 : Intoxication ; groupe 2 : Agents microbiens ; et groupe 3 : Ambiance ou attitudes particulières.

Les prestations accordées dans ce cadre sont de deux types : les prestations d'incapacité temporaire et les prestations d'incapacité permanente.

Les prestations d'incapacité temporaire consiste au remboursement des soins à 100 % à des tarifs réglementaires prévus en matière d'assurance maladie. Selon les articles n° 29, 30 et 31, les prestations relatives aux soins nécessités par le traitement de la victime sont dues, qu'il y ait ou non interruption de travail et sans limitation de durée. La victime a droit à la fourniture, à la réparation et au renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires en raison de son infirmité. La victime a droit au bénéfice d'un traitement spécial en vue de sa rééducation fonctionnelle; le traitement peut comporter l'admission dans un établissement public ou dans un établissement privé agréé.

Une indemnité journalière est payée à la victime, à partir du premier jour qui suit l'arrêt du travail consécutif à l'accident, pendant toute la période d'incapacité temporaire. Elle est égale au salaire de poste journalier perçu, sans pouvoir être supérieure au 30ème (1/30) du salaire de poste mensuel perçu, ni inférieur au à huit (8) fois le montant net du taux horaire du salaire national minimum garanti.

Dans le cas où la victime est atteinte d'une incapacité permanente de travail, une rente mensuelle est versée lorsque le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 10 %. Le montant de la rente est calculé en multipliant le salaire de poste moyen perçu par la victime au cours des 12 mois qui ont précédé l'arrêt de travail par le taux d'incapacité qui est déterminé par le médecin-conseil de l'organisme de sécurité sociale.

Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à recourir à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré à 40%. Toutefois, si le taux de l'incapacité permanente est inférieur à 10%, il est attribué à un capital unique.

En cas de décès consécutif à un accident de travail, une allocation-décès est servie aux ayants droit dans les conditions prévues aux articles 48, 49 et 50 de la loi n° 83-11 du 2 juillet 1983 relative aux assurances sociales. Elle n'est pas cumulable avec l'allocation-décès servie au titre des assurances sociales. Le montant de cette allocation-décès est égal au montant annuel de la rente d'accident de travail, sans que ce montant puisse être inférieur au minimum prévu à l'article 41 de la présente loi 83-11.

En cas d'accident suivi de mort, il est servi à partir de la date du décès, une rente à chacun des ayants droit de la victime, tels que définis à l'article 34 de la loi n° 83-12 du 2 juillet 1983 relative à la retraite.

Le montant cumulé des pensions d'ayants droit s'élève au maximum à 90 % de la pension directe et ne peut être inférieur à 75 % du SNMG.

Ainsi, nous constatons que les assurances des accidents de travail et des maladies professionnelles ne concernent que les travailleurs salariés affiliés à la CNAS. Les travailleurs non salariés affiliés à la CASNOS sont exclus de ce type d'assurance, ils bénéficient seulement des remboursements des soins.

Conclusion

L'objectif de ce chapitre est d'étudier les aspects de couverture sociale du système de protection sociale en Algérie. Nous avons abordé la situation de couverture des risques selon les branches spécifiées par la convention n°102 de 1952 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum). Pour déterminer le niveau de couverture sociale, nous avons présenté les mesures proposées par le système de sécurité sociale ainsi que les dispositifs d'assistance mis en place par l'Etat pour combler le déficit de couverture.

Le système de sécurité sociale algérien comprend l'ensemble des branches (ou risques) prévues par la convention n°102 de l'OIT, soit sept (07) branches sur huit : assurance maladie, assurance maternité, assurance invalidité, assurance décès, assurance en cas d'accidents de travail et de maladies professionnelles, assurance chômage et l'assurance vieillesse. Pour le reste, il s'agit des prestations familiales qui sont prises en charge par le budget de l'Etat. Bien que des mesures de couverture des risques cités ci-dessus existent, la couverture de la population varie d'un risque à l'autre comme suit :

Les assurances sociales assurent la couverture des risques suivants : la maladie, la maternité, l'invalidité et le décès. La population couverte varie d'un risque à l'autre ; une large couverture pour les prestations en nature de l'assurance maladie et maternité (le remboursement des soins de santé), de la deuxième et troisième catégorie de l'assurance invalidité. Une couverture moyenne pour les prestations en espèces de l'assurance maladie et maternité (les indemnités journalières), pour la première catégorie de l'assurance invalidité et enfin pour l'assurance décès.

Pour l'assurance vieillesse, nous constatons que les personnes ayant exercé au moins 5 ans de travail bénéficient d'une pension ou d'allocation de retraite. En cas de décès les ayants droit perçoivent une pension (allocation) de réversion, bien que le montant de l'allocation de retraite ou de réversion soit faible. Les personnes qui ne justifient pas d'un minimum de 5 ans de travail et de cotisations ne bénéficient pas d'avantages du système de retraite. Quelques mesures à leurs faveurs telle que l'AFS (allocation Forfaitaire de Solidarité), mais elle est de faible montant (3000 DA par mois). Donc, en l'absence d'un minimum vieillesse, ce type de population reste presque sans aucune couverture.

Les bénéficiaires des prestations familiales sont seulement les travailleurs salariés, les familles d'élèves nécessiteux bénéficient d'une prime de scolarité de 3 000 DA. Ainsi, nous pouvons dire que la couverture de la population est moyenne, bien que le montant des prestations familiales reste faible.

Concernant la couverture chômage, elle est faible et une large partie de la population en chômage reste sans aucune couverture. Enfin, pour la couverture des accidents de travail et des maladies professionnelles, elle ne concerne que les travailleurs salariés affiliés à la CNAS. Les travailleurs non salariés affiliés à la CASNOS sont exclus de ce type d'assurance, ils bénéficient seulement des remboursements des soins de santé.

Nous pouvons conclure que la couverture sociale des personnes non affiliées au système de sécurité sociale est faible, et lorsque des mesures d'assistance sociale existent, elles sont de faible montant. Pour des personnes affiliées au système de sécurité sociale, les personnes affiliées à la CNAS sont mieux couvertes que celles qui sont affiliées à la CASNOS.

En somme, puisque le système de protection sociale algérien est de nature bismarckien, la création des poste de travail et la lutte contre l'informel constitue un défi qui permet d'adhérer le maximum d'individus au système de sécurité sociale. Aussi, il y a nécessité de relever le montant des mesures d'assistance sociale (AFS, allocations familiales...etc.) et créer d'autres (minimum vieillesse, allocation de chômage) pour combler le déficit de couverture. De cette manière, le système de protection sociale algérien va assurer une très large couverture sociale.

CHAPITRE 4

LA COUVERTURE SOCIALE EN TUNISIE

Chapitre 04 : La couverture sociale en Tunisie

Introduction

Le système de protection sociale tunisien est l'aboutissement de l'évolution de l'héritage colonial et le résultat des diverses réformes, la question sociale représente une priorité pour les gouvernements successifs.

La sécurité sociale en Tunisie se déploie aujourd'hui sous forme de régimes assurantiels gérés par trois caisses : la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS) pour le secteur public et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour le secteur privé, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en charge des prestations d'assurance maladie, maternité et des accidents de travail. L'assistance sociale est un régime non contributif qui vise la réduction de la pauvreté et l'atténuation des inégalités économiques à travers les deux fameux programmes ; PNAFN (Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses) et AMG II (Assistance Médicale Gratuite type II tarif réduit).

Donc la couverture sociale des risques est assurée par les caisses de sécurité sociale citées ci-dessus. Les programmes d'assistance sociale contribuent à réduire la pauvreté et les inégalités sociales, cela permet aussi de compléter la couverture sociale, notamment la population exclue des avantages de la sécurité sociale.

Dans ce chapitre, nous suivons d'abord l'évolution historique de la protection sociale, depuis l'indépendance jusqu'aujourd'hui. Ensuite, nous décrivons les deux composantes de la protection sociale à savoir, la sécurité sociale et la l'assistance sociale. Dans les deux sections suivantes, nous passons en revue la couverture des risques, tels qu'ils sont répertoriés par la convention de n °102 de l'OIT, par les différents régimes de sécurité sociale et les programmes d'assistance sociale tunisien.

Section 1 : Présentation du système tunisien de protection sociale

Dans cette section, nous allons évoquer brièvement l'émergence et l'extension de la sécurité sociale en Tunisie, pendant la période coloniale et après l'indépendance, pour ensuite présenter l'architecture actuelle du système de protection sociale, composé des trois caisses de sécurité sociale (CNRPS, CNSS et CNAM) et un ensemble de programmes d'assistance sociale.

1) Approche historique

a) La période coloniale (1881 – 1956)

La sécurité sociale tunisienne est née en 1898 lors de la création d'une caisse de pensions pour les fonctionnaires, qui a été étendue après 1951, à tous les employés du secteur public lors de la création de la CNRPS.

Nous assistons à la promulgation d'une législation orientée essentiellement vers le secteur privé : en 1921, une extension de la législation française relative aux accidents du travail pour le secteur privé. En 1944, institution d'un régime d'allocations familiales pour le secteur structuré.

b) Progression de la protection sociale après l'indépendance.

Après l'indépendance, le gouvernement a promulgué en 1957 une loi relative aux régimes de réparation des accidents de travail et des maladies professionnelles, une autre loi en 1959 relative au régime des pensions civiles et militaires de retraite, qui réorganise le régime hérité de l'époque du protectorat (loi n°59-18 du 5 février 1959).

En 1960 : trois lois sont promulguées :

- Loi n° 60-30 relative à l'organisation des régimes de sécurité sociale dans le secteur privé (assurances sociales et prestations familiales).
- Loi n° 60-33 instituant un régime de pensions d'invalidité, de vieillesse et de survie dans le secteur privé agricole.
- Loi n° 60-32 relative au comité d'entreprise.

1965 : la couverture de la sécurité sociale est étendue aux étudiants.

Mais, selon A. Guelmani, on assista à un tournant libéral dès le début des années 1970, avec **le passage du traitement social de l'économique au traitement économique du social**. La politique sociale est destinée à corriger les inégalités en aval du marché, pour produire cette « société médiane » devant engendrer de la cohésion sociale et une sorte de communauté d'intérêts, une unanimité prônée par les discours officiels. Par la réactivation des dépenses de compensation, des prestations sociales de la sécurité sociale et de l'assistance aux ménages, et par la mise en œuvre du programme de développement rural en 1975, le poids des transferts directs dans les dépenses sociales s'accroît jusqu'à atteindre près de la moitié du total (A. Guelmani 1996).

En 1974, il y a eu l'instauration d'un revenu de substitution pour incapacité et d'un minimum vieillesse (assistance). Les années quatre-vingt sont marquées par l'extension du système de sécurité sociale ; en 1981 l'extension de la couverture assurantielle aux travailleurs agricoles salariés employés au moins 45 jours par trimestre, et en 1982 l'extension aux indépendants agricoles et non agricoles. L'année 1989 est caractérisée par l'augmentation du taux des allocations familiales et de l'offre de logements sociaux (assistance), ainsi que l'extension de la majoration pour salaire unique.

Une nouvelle ère économique commence en 1983, avec l'instauration d'un programme de stabilisation, suivi d'un **programme d'ajustement structurel** en 1986 ; une nouvelle ère de la politique sociale, qu'A. Guelmani qualifie de « modèle d'optimisation et de rationalisation de la distribution ».

C'est une période de libéralisation des prix, de ciblage des transferts sociaux et de lutte contre la pauvreté, d'organisation et de dynamisation de la solidarité nationale en faveur des plus vulnérables. La création d'emplois devient une priorité de la politique sociale alors que l'austérité budgétaire contraint les dépenses sociales, l'Etat redynamise le système de sécurité sociale pour compenser les effets négatifs de son désengagement : les transferts horizontaux des prestations sociales tendent à se substituer aux transferts verticaux, et la sécurité sociale se voit assigner une fonction d'amortisseur du retrait étatique en matière de redistribution sociale.

Extension de la couverture sociale en faveur des travailleurs émigrés non couverts (affiliation facultative) et des travailleurs de l'agriculture (organisée sous forme d'entreprise employant de la main-d'œuvre permanente) auxquels un régime amélioré est proposé, par deux lois 1989 ; 1995.

Le système de sécurité sociale tunisien continu son extension pour couvrir d'autres catégories de la population. La loi n°2002-32 du 12 mars 2002 assujettit les employés de maison attachés aux travaux domestiques, quel que soit le nombre de leurs employeurs ; les employés contractuels de l'Etat (occasionnels et temporaires, y compris les travailleurs des chantiers nationaux) qui ne sont pas couverts ; les petits pêcheurs, paysans et éleveurs, petits exploitants agricoles (y compris journaliers et métayers) et artisans (y compris à la pièce).

Grace à la loi n°2002-104 du 30 décembre 2002, la couverture est étendue aux artistes, créateurs et les intellectuels. Selon les décrets n°2004-3018 du 19 novembre 2004 et n°2004-167 du 20 janvier 2004, il y a une extension de la couverture à toute personne exerçant une activité indépendante et non indépendante ; à l'élargissement de l'assiette des cotisations et l'augmentation des taux de contribution ; à la facilitation du paiement des cotisations surtout pour les diplômés ; et à la création d'une catégorie de pension minimale.

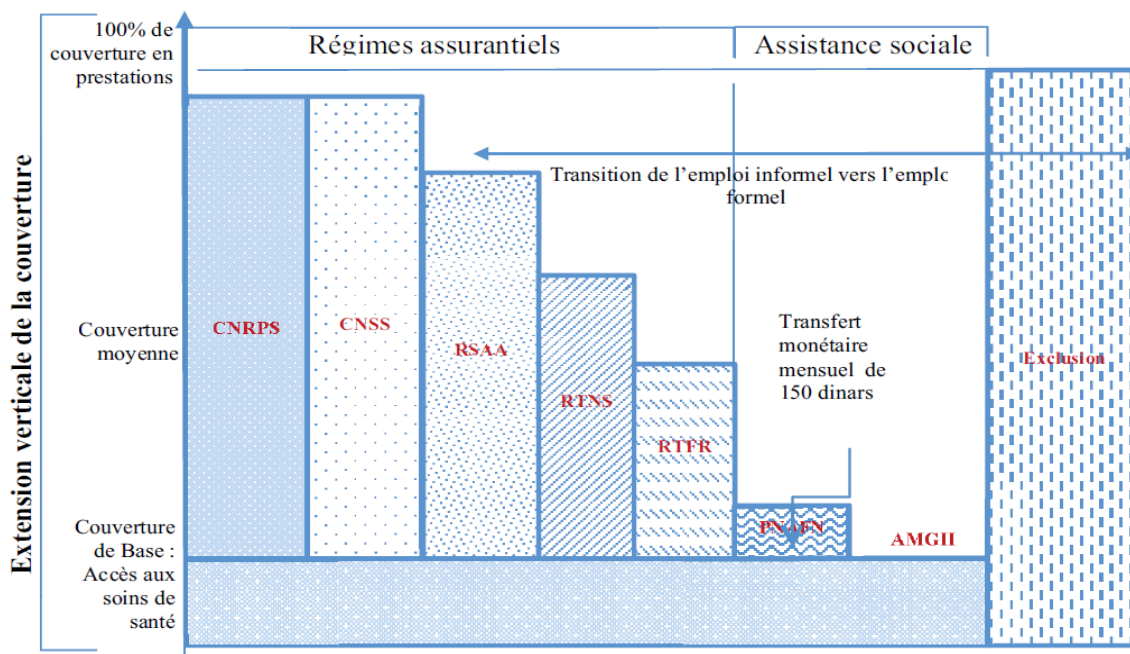
Ces nouvelles étapes vers l'universalisation doivent permettre à la sécurité sociale de jouer un rôle renforcé de régulation et de stabilisation des équilibres sociaux (emploi, démographie, revenu, exclusion). La loi de 2004 portant sur l'unification des caisses et des prestations d'assurances maladie s'inscrit dans ce mouvement.

Toutes ces lois ont permis une extension de la couverture sociale des différentes catégories de la population. Il y a eu, dès 1960, l'adoption de la loi n°60-30 du 14 décembre 1960 relative à la sécurité sociale du secteur privé qui contenait des mesures de sanctions, pénales et civiles, dissuasives pour ceux qui méconnaissent la loi. Des mesures ont été prises pour lutter contre la sous déclaration des employeurs, création d'un corps d'inspecteurs du travail et de contrôleurs de sécurité sociale.

La protection sociale en Tunisie, dans sa définition large, s'est déployée sous forme de régimes assurantiels contributifs gérés par les caisses de sécurité sociale (CNRPS, CNSS et CNAM) et des programmes non contributifs assistanciers visant la réduction de la pauvreté et

l'atténuation des inégalités économiques (PNAFN : Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses et AMG II : Assistance Médicale Gratuite type II tarif réduit).

Figure n°4 : Organisation de la protection sociale en Tunisie.



Extension horizontale de la couverture sociale selon différentes catégories socio-professionnelles

	CNRPS	RSNA* - CNSS	RSAA*	RTNS*	RTFR*	PNAFN*	Cartes de soins à tarifs réduits	Populations totalement exclues
Soins de Santé	*	*	*	*	*	*	*	Non
Maternité, maladie et décès	*	*	*	*	Non	Non	Non	Non
Capital décès	*	*	Non	*	Non	Non	Non	Non
Retraite	*	*	*	*	*	Non	Non	Non
Prestations familiales	*	*	*	Non	Non	Non	Non	Non
ATMP*	*	*	*	Non	*	Non	Non	Non

*RSNA : Régime des salariés non agricoles ; RSAA : Régime des salariés agricoles amélioré ; RTNS : Régime des travailleurs non-salariés ; RTFR : Régime des travailleurs à faibles revenus ; PNAFN : Programme National d'Aide aux familles nécessiteuses ; ATMP : Accidents du travail et maladies professionnelles

Source : BEN CHEIKH, N., 2014, Document interne CRES. In : CRES- BAD (2016), Protection sociale et économie informelle en Tunisie. Défi de la transition vers l'économie formelle, Tunis, p 25.

2) La sécurité sociale

La sécurité sociale en Tunisie se déploie aujourd'hui sous forme de régimes assurantiels gérés par trois caisses sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales : la Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS) pour le secteur public, la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) pour le secteur privé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) en charge des prestations d'assurance maladie, maternité et des accidents de travail.

Le système de sécurité sociale tunisien est basé sur trois principes :

- L'extension de la couverture sociale ;
- L'amélioration continue des prestations sociales ;
- La préservation des équilibres financiers des régimes.

a) La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS)

Elle a été instituée en vertu de la loi n°60-30 du 14 décembre 1960. Elle gère la sécurité sociale, pour le secteur privé, au profit des salariés agricoles et non agricoles, des indépendants agricoles et non agricoles, des travailleurs tunisiens à l'étranger et des étudiants.

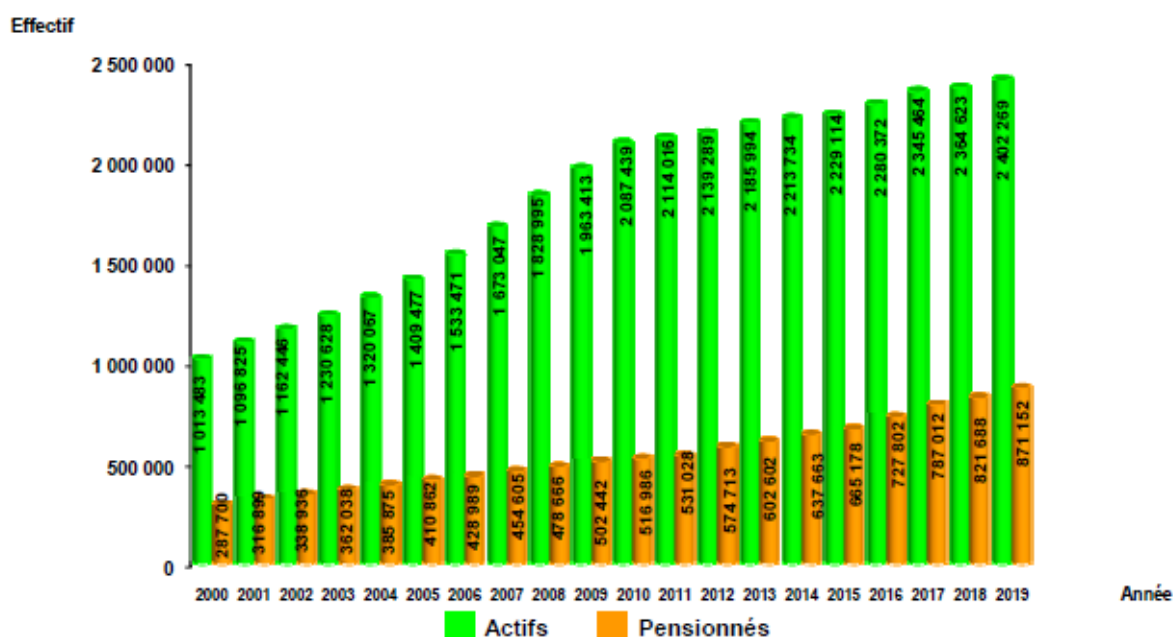
Cette caisse est chargée de la gestion :

- Du régime des prestations familiales, (les allocations familiales et la majoration pour salaire unique, les allocations pour congé de naissance, les allocations pour congé de jeunes travailleurs).
- Du régime des assurances sociales, (indemnité de décès, capital - décès).
- Des régimes de pensions de vieillesse, d'invalidité et de survivants pour les salariés et les non-salariés, ainsi que du régime de retraite complémentaire pour les salariés du secteur non agricole dont la rémunération dépasse six fois le salaire minimum interprofessionnel garanti (Smig).

a.1. Evolution du nombre d'assuré sociaux

Les deux figures n°5 et n°6, nous présentent successivement l'évolution de l'effectif des assurés sociaux et leurs répartitions par l'ensemble des régimes :

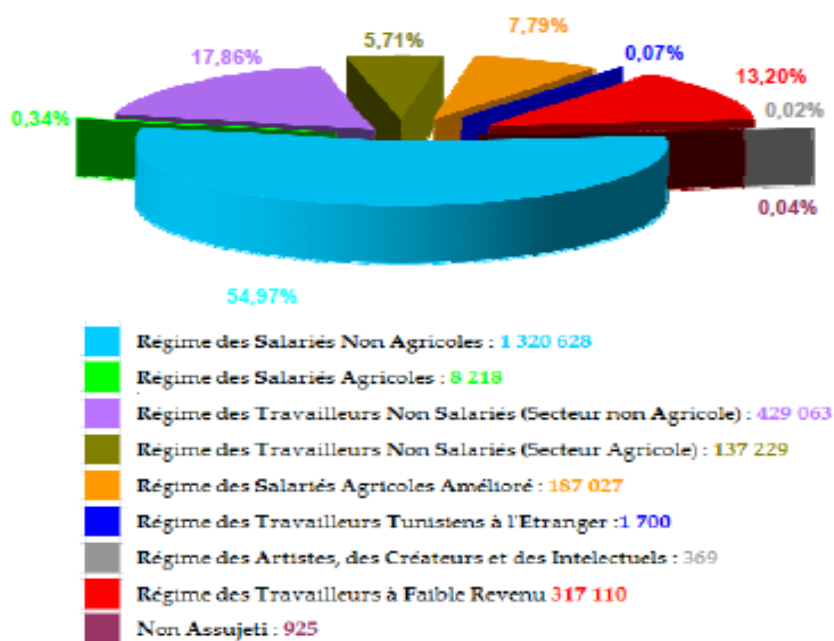
Figure n°5 : Evolution de l'effectif des assurés sociaux pour l'ensemble des régimes



Source : CNSS, Evolution des assurés sociaux (ensemble de régimes), In : http://www.cnss.tn/fr/c/document_library/get_file?uuid=71131dab-9819-42b7-aed0-c9829b5caded&groupId=10156, consulté le 22/05/2021.

La figure n° 5 nous montre une évolution croissante de l'effectif des assurés sociaux que compte la CNSS, l'effectif des pensionnés augmente plus vite que l'effectif des actifs. En l'espace de 19 ans, les actifs sont passés de 1 013 483 à 2 402 269 personnes, soit une augmentation de 137 %. Par contre, les pensionnés sont passés de 287 700 à 871 152 personnes au cours de la même période, soit une augmentation de 203 %. Cette évolution donne un ratio de 3,5 actifs par pensionné en 2000 contre 2,75 actifs par pensionné en 2019, ce qui peut influencer l'équilibre financier de cette caisse.

Figure n°6 : Répartition des assurés sociaux par régime (Année 2019)



Source : Répartition des assurés sociaux par régime, In : http://www.cnss.tn/fr/c/document_library/get_file?uuid=9260435b-bfba-4e5e-94bc-7e93a675fcc2&groupId=10156, consulté le 22/05/2021.

Nous constatons une multiplication des régimes de la CNSS. En 2019, la caisse comptait neuf régimes. Les trois régimes, Régime des Salariés Non Agricoles, Régime des Travailleurs Non Salariés (Secteur non Agricole) et Régime des Travailleurs à Faible Revenu, représentent plus de 80 % des assurés sociaux de la CNSS.

Cette diversité de régimes que contient cette seule caisse montre la complexité du système de sécurité sociale tunisien et pose le problème de l'équité et de solidarité entre les assurés sociaux appartenant aux différents régimes.

a.2. Recettes et dépenses de la CNSS

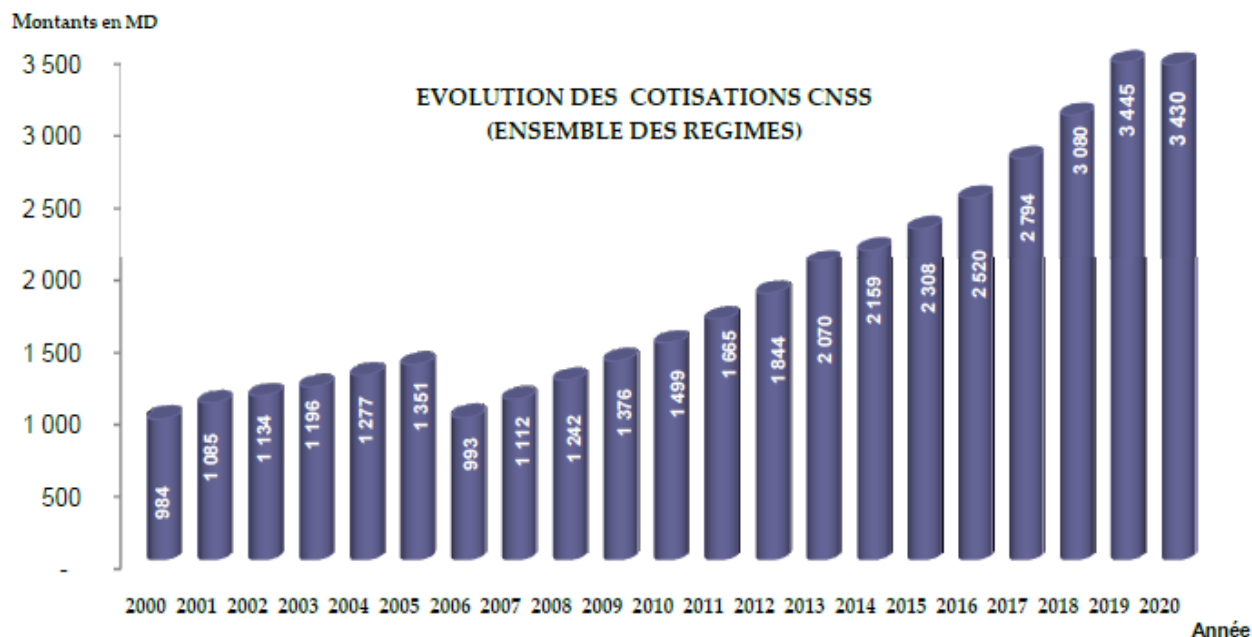
Afin de savoir la situation de l'équilibre financier de la CNSS, nous précisons d'abord les taux de cotisation dans le secteur privé, pour ensuite aborder les recettes et dépenses de cette caisse ;

Tableau n°9 : Taux de cotisation dans le secteur privé (Année 2014)

Le contenu	L'employeur	Salarié	Total (%)
1- Régime des Salariés Non Agricoles (Régime Général)			
-Les prestations familiales	2,2111	0,8889	3,1000
-Les assurances sociales	5,0839	3,1661	8,2500
• Indemnités de maladie et de maternité	0,6139	0,2361	0,8500
• Indemnité de décès et capital - décès	0,4694	0,1806	0,6500
• Assurance maladie	4,0006	2,7494	6,7500
-Les pensions	7,7639	4,7361	12,5000
-Accidents de travail et maladies professionnelles	0,7222	0,2778	1,0000
-Protection sociale des travailleurs	0,2889	0,1111	0,4000
-Caisse spécial de l'Etat (1)	0,5000	-	0,5000
Total	16,57	9,18	25,75
2- Régime des Salariés Agricoles			
-Les assurances sociales	4,22	2,82	7,04
• Indemnités de maladie et de maternité	0,1800	0,0600	0,2400
• Indemnité de décès	0,0375	0,0125	0,0500
• Assurance maladie	4,0025	2,7475	6,75
-Les pensions	3,500	1,7500	5,2500
Total	7,72	4,57	12,29
3- Régime des Salariés Agricoles Amélioré			
-Les allocations familiales	3,0000	1,5000	4,5000
-Les assurances sociales	4,4800	2,9900	7,4700
• Indemnités de maladie et de maternité	0,4000	0,2000	0,6000
• Indemnité de décès	0,0800	0,0400	0,1200
• Assurance maladie	4,0000	2,7500	6,7500
-Les pensions	5,0000	2,5000	7,5000
Total	12,48	6,99	19,47
4- Régime des travailleurs non Salariés dans les secteurs Agricole et non Agricole			
-Les assurances sociales	7,7100	-	7,7100
• Indemnités de maladie et de maternité	0,5100	-	0,5100
• Indemnité de décès et capital - décès	0,4500	-	0,4500
• Assurance maladie	6,7500	-	6,7500
-Les pensions	7,0000	-	7,0000
Total	14,71	-	14,71
5- Régime des Travailleurs Tunisiens à l'Etranger			
-Les assurances sociales	8,0500	-	8,0500
• Indemnités de maladie et de maternité	0,7400	-	0,7400
• Indemnité de décès et capital - décès	0,5600	-	0,5600
• Assurance maladie	6,7500	-	6,7500
-Les pensions	5,2500	-	5,2500
Total	13,3	-	13,3
6- Régime de certaines catégories travailleurs dans les secteurs Agricole et non Agricole			
-Traitement	1,6667	0,8333	2,5000
-Les pensions	3,3333	1,6667	5,0000
Total	5	2,5	7,5
7- Régime des Artistes, des Créateurs et des Intellectuels			
-Les assurances sociales	7,7100	-	7,7100
• Indemnités de maladie et de maternité	0,5500	-	0,5500
• Indemnité de décès et capital - décès	0,4100	-	0,4100
• Assurance maladie	6,7500	-	6,7500
-Les pensions	7,0000	-	7,0000
Total	14,71	-	14,71
7- Régime complémentaire de retraite	6	3	9
8- Régime des étudiants	5 dinars		

Source : Ministère des affaires sociales, Bureau des études de planification et de programmation, Guide des statistiques sociales 2014, Novembre 2014, p 24. (Traduit de l'arabe par nos soins).

Figure n°7 : Evolution des cotisations de la CNSS (ensemble des régimes)



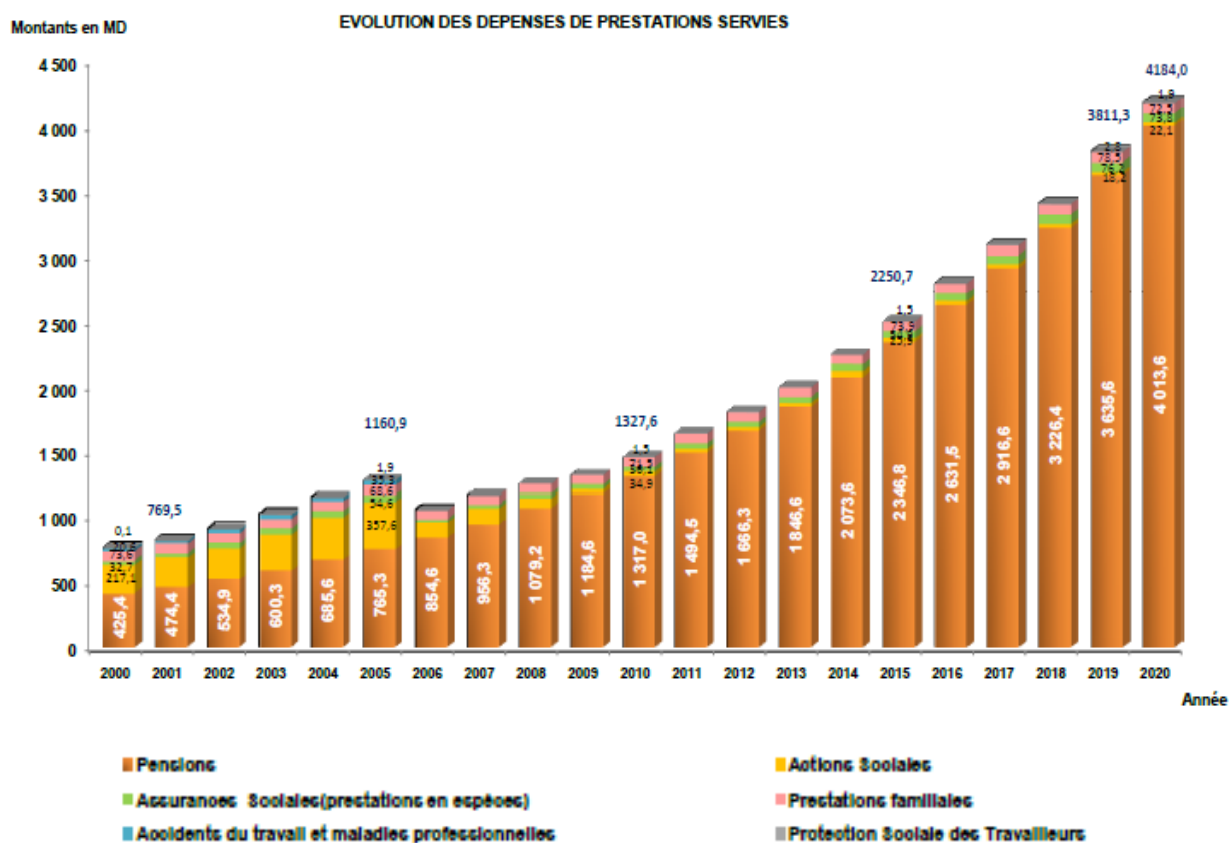
Source : CNSS, Evolution des dépenses de la sécurité sociale, In :

https://www.cnss.tn/fr/c/document_library/get_file?uuid=9d938c6b-42b9-400f-a29b-77ee650da69d&groupId=10156, consulté le 25/02/2022.

D'après les données des figure n°7 et n°8, nous constatons que les recettes (cotisations) et les dépenses de la CNSS enregistrent une hausse soutenue durant la période étudiée, sauf pour l'année 2006, où on enregistre une diminution significative des recettes et des dépenses. Cela revient au fait qu'à partir de 2006, la gestion de certains types d'assurance (assurance maladie, accidents du travail et maladies professionnelles) est unifiée et affectée à une nouvelle caisse la CNAM.

Pour les deux dernières années 2019 et 2020, les dépenses dépassent les cotisations, donc le solde de la CNSS est négatif et l'équilibre financier est fragile. Cela est dû essentiellement à l'augmentation des pensions de retraite. Ces dernières représentent la plus grande partie des dépenses de la CNSS, en 2020, elles sont estimées à environ 95% du total des dépenses de cette caisse.

Figure n°8 : Evolution des dépenses de prestations servies par la CNSS



Source : CNSS, Evolution des dépenses de la sécurité sociale, In :

https://www.cnss.tn/fr/c/document_library/get_file?uuid=06bdd6d0-dcdf-47b9-8873-3fdaf06f40a6&groupId=10156, consulté le 25/02/2022.

b) La Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS)

Instituée par la loi du 30 décembre 1975 de la fusion de la Caisse Nationale de Retraite et de la Caisse de Prévoyance Sociale, la CNRPS gère les régimes des pensions retraites et le régime du capital décès pour les affiliés du secteur public au profit des agents de l'Etat, des établissements publics et des collectivités publiques locales, des militaires, des membres du gouvernement, des gouverneurs, des députés et des travailleurs détachés dans le cadre de la coopération technique. Depuis 1998, la CNRPS gère également les régimes des agents de service public, de l'électricité et du gaz, et du transport public.

Au même temps, la CNRPS gère un ensemble de prestations complémentaires : elle accorde au profit de ses affiliés des crédits sociaux, crédits personnels, crédits logements, etc. La CNRPS fournit, dans le cadre de l'action sociale, des prestations et des subventions aux familles nécessiteuses par le biais du Ministère des affaires sociales, associations travaillant dans le cadre de la promotion des personnes de 3ème âge, handicapés, etc. Par ailleurs, la CNRPS assure la gestion de certains régimes particuliers subventionnés par l'État (sans cotisations) institués en faveur des militaires réformés pour incapacité physique imputable au service et leurs ayants-droit, des Résistants et leurs ayants-droit, etc.⁷⁵

b.1. Taux de cotisation

Tableau n°10 : Taux de cotisation dans le secteur public (année 2014)

Le contenu	L'employeur (%)	L'agent (%)	Total (%)
Régime de retraites			
Régime général	12,50 %	8,20 %	20,70 %
Membres de gouvernement, députés et walis	20,50 %	13,20 %	33,70 %
Régime d'assurance maladie			
Les actifs	4,00 %	2,75 %	6,75 %
Les retraités	----	4,00 %	4,00 %
Régime du capital décès			
Les actifs	----	1 %	1 %
Les retraités	----	0,5 %	0,5 %
Total (Régime général)	16,50 %	11,95 %	28,45 %

Source : Ministère des affaires sociales, Bureau des études de planification et de programmation, Guide des statistiques sociales 2014, Novembre 2014, p 23. (Traduit de l'arabe par nos soins).

⁷⁵ <http://www.cnrps.nat.tn/fr/caisse-et-prestations/la-cnrps/attributions>, consulter le 28/05/2021.

b.2. Equilibre financier de la CNRPS

Le tableau n°11, présente la situation financière des deux régimes gérés par la CNRPS, à savoir : les régimes des pensions retraites et le régime du capital décès.

Tableau n°11 : Situation financière des deux régimes de la CNRPS (en Millions de dinars)

		2016	2017	2018	2019	2020
Régimes des retraites	Recettes	3 383,492	3 481,79	3 788,51	4 598,186	5 321,581
	Charges	3 655,413	4 275,01	4 757,54	5 613,863	5 925,424
	Ecart	-271,921	-793,224	-969,023	-1015,677	- 603,843
	Taux de couv.	92,6%	81,4%	79,6%	81,9%	89,81%
Régime du capital décès	Recettes	138,036	147,280	155,756	183,318	197,175
	Charges	226,88	105,448	99,022	102,114	158,298
	Ecart	49,810	41,832	56,734	69,216	38,877
	Taux de couv.	156,5 %	139 %	157,3 %	160,7 %	124,56 %
Total	Recettes	3 521,529	3 629,068	3 944,269	4 781,504	5 518,756
	Charges	3 743,639	4 380,459	4 856,558	5 727,965	6 083,723
	Ecart	-222,110	-751,391	-912,289	- 946,462	- 564,967
	Taux de couv.	94,1 %	82,8 %	81,2 %	83,5 %	90,71 %

Source : CNRPS, Rapport d'activité 2020, p 26, In : https://www.cnrps.nat.tn/upload/acces_docs/Rapports/ra_2020.pdf , consulté le 25/02/2022.

Nous constatons que l'équilibre financier du régime du capital décès est favorable, puisque ses recettes couvrent ses dépenses et dégagent un solde positif. Par contre, la situation financière des régimes des retraites est précaire. Durant toute la période étudiée, le régime est déficitaire, et ce déficit est estimé à 271 millions de dinars tunisien en 2016, passant à plus d'un milliard de dinars en 2019, cela revient à plusieurs facteurs tels que : l'augmentation du nombre de retraités, de 232 966 retraités en 2016 à 269 566 en 2019 ; la diminution du ratio de dépendance démographique, passant de 2,4 affiliés actifs pour chaque bénéficiaire d'une retraite en 2016 à 2,14 en 2019 ; l'amélioration de l'espérance de vie à la naissance qui a atteint 75.4 ans en 2019 (selon l'Institut National de la Statistique), ce qui permet de

bénéficier d'une pension plus longtemps qu'avant. En 2019 la durée moyenne d'une pension est estimée à 10 ans pour les retraités et 13 ans pour les veuves.⁷⁶

En 2020, le déficit est estimé à 603,8 millions de dinars, soit une réduction de 40,5 % par rapport à l'année précédente. Cette baisse du déficit budgétaire est le résultat des mesures prises depuis 2019, dont notamment : l'augmentation de l'âge de départ à la retraite de deux ans selon la loi n° 2019-37 du 30 avril 2019, modifiant et complétant la loi n°85-12 du 5 mars 1985, relative au régime des pensions civiles et militaires de retraite et des survivants dans le secteur public. Egalement suite à la majoration des taux de contributions au titre de la retraite de 1 % pour les agents à partir du mois de janvier 2020 et de 2 % pour les employeurs à partir de juin 2019.

c) La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

La CNAM est créée en vertu de la loi 2004-71 du 2 août 2004. C'est une nouvelle institution introduite par la réforme d'assurance-maladie, qui a notamment pour objectif d'unifier les régimes d'assurance maladie et des prestations sanitaires dans le pays. En effet, c'est pour la première fois que la gestion du risque maladie, auparavant effectuée par la CNSS et la CNRPS, est unifiée en une seule caisse. Elle a pour missions :

- La gestion du régime d'assurance maladie ;
- La gestion des régimes légaux de réparation des dommages résultants des accidents du travail et des maladies professionnelles dans les secteurs public et privé ;
- La gestion des autres régimes légaux d'assurance maladie prévus par la législation en vigueur ;
- L'octroi d'indemnités de maladie et de couche, prévues par les régimes de sécurité sociale.

⁷⁶CNRPS, Rapport d'activité 2020, p 29. In : https://www.cnrps.nat.tn/upload/acces_docs/Rapports/ra_2020.pdf, consulté le 22/01/2022.

c.1.Les assurés sociaux

Tableau n°12 : Evolution du nombre d'assurés sociaux* par filière de soin 2008 - 2018

Filière de soins	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Filière Publique	2 037 506	2 060 998	2 014 052	1 980 129	1 906 784	1 826 160	1 754 764	1 738 403	1 785 451	1 779 270	1 818 443
Filière Privée	273 770	280 807	330 345	373 579	419 211	498 513	579 572	598 426	608 463	617 075	629 250
Système de Remboursement	365 076	394 700	463 953	521 224	570 728	615 347	646 722	683 683	717 162	742 689	794 064
Sous-total (1)	2 676 352	2 736 505	2 808 350	2 874 932	2 896 723	2 940 020	2 981 058	3 020 512	3 111 076	3 139 034	3 241 757
Régime des salariés à Faibles Revenus	159 321	181 925	181 299	172 392	159 603	170 198	143 821	149 269	150 038	152 080	163 715
Etudiants**	10 689	30 620	351 280	361 930	357 392	337 393	331 802	322 625	294 486	285 787	275 322
Sous-total (2)	170 010	212 545	532 579	534 322	516 995	507 591	475 623	471 894	444 524	437 867	439 037
Total General	2 846 362	2 949 050	3 340 929	3 409 254	3 413 718	3 447 611	3 456 681	3 492 406	3 555 600	3 576 901	3 680 794

*Il s'agit d'affiliés ouvrant droits aux soins durant l'année en cours selon la législation en vigueur.

** 2008 et 2009: Etudiants porteurs de cartes de soins valides et à partir de 2010: Etudiants inscrits auprès des institutions d'enseignement supérieur.

Source : CNAM, Données relatives à l'activité de la CNAM. In :

<https://www.cnam.nat.tn/doc/upload/indicateursglobaux2018.pdf>, consulté le 20/02/2022.

Le nombre d'assurés sociaux affiliés à la CNAM a connu une évolution significative au cours de la période étudiée. Il est passé de 2,8 millions de personnes en 2008 à 3,6 millions de personnes en 2018, soit une augmentation de 28% en espace de 10 ans.

En 2008, les assurés sociaux affiliés à « *la filière publique* » représentent environ 70% de l'ensemble des assurés, ils ont connu une diminution pour représenter seulement la moitié (50%) en 2018. Par contre, nous remarquons l'évolution importante des assurés affiliés à « *la filière privée* » et au « *système de remboursement* », qui ont doublé au cours de la même période étudiée.

c.2.Les dépenses de la CNAM

La CNAM contient trois régimes : Assurance maladie, Assurance sociale et Accidents du travail et maladies professionnelles.

Figure n°9 : Evolution des dépenses techniques de la caisse par régime : 2007 - 2018

Unité : million de dinar



Source : CNAM, Données relatives à l'activité de la CNAM. In :

<https://www.cnam.nat.tn/doc/upload/indicateursglobaux2018.pdf>, consulté le 20/02/2022.

D'après les données de la figure n°9, nous remarquons que les dépenses de la CNAM, pour l'ensemble des régimes, ont connu une augmentation très significative, passant de 747 millions de dinars en 2007 à 2243,5 millions de dinars en 2018, soit une augmentation de 200% en espace de 11 ans. Cela revient à l'évolution du nombre d'effectifs pris en charge par cette caisse (2.8 millions en 2008 à 3.68 millions en 2018), ainsi que l'augmentation des dépenses d'assurance maladies qui représentent environ 90% de l'ensemble des dépenses de la CNAM.

Au cours de la même période, les dépenses d'assurance maladie ont connu une évolution rapide, passant de 634,6 à 2022,475 millions de dinars. Cette évolution revient, entre autres, à l'accroissement du nombre de (prises en charge) bénéficiaires d'APCI (Affections Prises en Charge Intégralement), il s'agit des maladies lourdes ou chroniques, passant de 89 801 personnes en 2007 à 1 067 402 personnes en 2018.⁷⁷

c.3.La couverture sociale

Le tableau n°13, nous présente les différentes évolutions du taux de couverture dans les deux secteurs privé et public.

⁷⁷ CNAM, Données relatives à l'activité de la CNAM. In :

<https://www.cnam.nat.tn/doc/upload/indicateursglobaux2018.pdf>, consulté le 20/02/2022.

Tableau n °13 : Evolution du taux de couverture dans les deux secteurs privé et public.

Année	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Secteur privé	65.08	68.58	61.97	73.67	81.20	79.53	79.58	79.69
Secteur public	100	100	100	100	100	100	100	100
Taux de couverture	72.05	74.75	77.51	78.86	85.25	84.06	84.20	84.30

Source : Ministère des affaires sociales, Bureau des études de planification et de programmation, Guide des statistiques sociales 2014, Novembre 2014, p 25. (Document en arabe).

En s'appuyant sur les données du tableau n°13, on constate que la couverture de la population, d'une façon générale, ne cesse d'augmenter, passant de 72.05% en 2007 à 84.30% en 2014, ce qui démontre les efforts de l'Etat afin d'assurer une couverture large de la population. Dans le secteur public, la couverture est totale, soit un taux de 100%, alors que dans le secteur privé, on constate une augmentation significative de la couverture, elle est estimée à 65% en 2007 pour arriver à presque 80% en 2014.

3) La politique d'assistance

En dépit de l'extension continue de la couverture assurantielle de la sécurité sociale, une partie non négligeable de la population demeure hors de sa protection. Formellement, le système de sécurité sociale se heurte au problème de l'intégration des catégories non couvertes légalement. C'est notamment le cas des non actifs et des ménages dont la capacité contributive est insuffisante pour s'acquitter de leurs cotisations. C'est *a fortiori* le cas lorsqu'il s'agit de travailleurs indépendants ou très irréguliers, dont aucun employeur n'est susceptible de prendre en charge une partie de la cotisation. Les dispositifs d'assistance ont donc une double mission : extension de la couverture sociale aux non-contributeurs, et lutte active contre la pauvreté.⁷⁸

⁷⁸ CATUSSE, Myriam., DESTREMAU, Blandine., et VERDIER, Eric (dir.). (2009), *L'Etat face aux débordements du social au Maghreb. Formation, travail et protection sociale*, IREMAM-KARTALA, Paris, p 144.

L'assistance sociale couvre plusieurs domaines, tels que la formation, l'alphabétisation, la santé, le chômage, le logement et la lutte contre la pauvreté et l'exclusion. Quatre programmes sociaux contenant une multitude de dispositifs et de mécanismes d'intervention : des programmes d'assistance directe, des programmes de développement régional, des programmes d'aide au logement, et des programmes de soutien à l'emploi.

Nous détaillons dans ce point, l'assistance directe. Les deux programmes les plus structurés de l'assistance directe en Tunisie sont : le Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses (PNAFN) et l'Assistance Médicale Gratuite (AMG II) type II tarif réduit sous la tutelle du Ministère des Affaires Sociales.

a) Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses (PNAFN)

Il a été lancé en 1986 par le Ministère des Affaires Sociales et l'Union tunisienne de solidarité sociale pour accompagner le programme d'ajustement structurel. Selon A. Guelmani (1996), ce programme est une forme d'instauration d'un revenu compensatoire au désengagement de l'Etat de la compensation des prix sous forme d'un quasi droit à un revenu minimum, accompagné de mesures de promotion sociale et de l'emploi, visant à sortir de l'assistance les familles aptes à travailler.

Les familles qui remplissent les critères d'éligibilité au PNAFN bénéficient d'une aide monétaire mensuelle fixée en février 2015 à 150 dinars (équivalant à 60 euros) en plus d'un accès gratuit aux soins dans les structures hospitalières de la santé publique. Le nombre de familles bénéficiaires a grimpé rapidement de 73.500 en 1987 lors du lancement du programme à 118.300 avant la révolution du 17 décembre 2010, et à plus de 240.000 en 2015.⁷⁹ Le PNAFN offre des aides monétaires mensuelles égales à 180DT à chaque famille admise dans le programme en 2018⁸⁰.

Dans un rapport récent publié en 2017, intitulé « *Evaluation de la performance des programmes d'assistance sociale en Tunisie. Pour optimiser le ciblage des pauvres et freiner l'avancer de l'informalité* », le Centre de Recherche et d'Etude Sociale (CRES) et la Banque

⁷⁹ BAD. (2016), *Protection sociale et économie informelle en Tunisie. Défi de la transition vers l'économie formelle*, CRES, Tunis, p 32.

⁸⁰ BAD. (2019), *Etude de Faisabilité des garanties du Socle National de Protection Sociale. Résumé exécutif*, CRES, Tunis, p 13.

Africaine de Développement (BAD) ont effectué une évaluation des deux programmes d'assistance sociale, pour le PNAFN « ...avec uniquement le tiers du budget des subventions alimentaires, le PNAFN réduit la sévérité de la pauvreté de 1.85 points alors que les subventions alimentaires la réduisent de 1.5 points seulement. Ces résultats suggèrent que les niveaux actuels du déficit et de la sévérité de pauvreté peuvent être atteints en déployant moins de ressources budgétaires »⁸¹.

Dans le même rapport, les auteurs ont analysé l'évolution rapide du montant du transfert monétaire du PNAFN. Au démarrage du programme en 1986, il a été de 7.7 DT par mois, puis porté à 15 DT en 1990, 36.3 DT en 2000, 56.7 DT en 2010, 115 DT en 2014 et enfin 150 DT en février 2015. C'est ainsi que le transfert monétaire du PNAFN, rapporté au SMIG, a rapidement augmenté de 7 % en 1987, à 22 % en 2010, avant d'atteindre les 45 % en 2015.

Ces trajectoires dissemblables d'évolution du transfert monétaire PNAFN et du SMIG appellent dorénavant à porter une attention particulière à cet écart qui peut être déterminant en matière **d'incitation à l'emploi** et aux processus de formalisation de l'emploi. Il est en effet reconnu que le ciblage des populations pauvres et l'incitation à l'emploi constituent deux objectifs contradictoires.

b) Assistance Médicale Gratuite (AMG II) type II tarif réduit

Le deuxième programme phare d'assistance sociale porte uniquement sur un accès aux soins à tarifs réduits au sein des structures publiques de santé. Il est instauré depuis les années soixante (60) et géré, depuis 1998, par le Ministère des affaires sociales. Les catégories ciblées par ce programme sont les personnes nécessiteuses inscrites à l'aide permanente dans le cadre du PNAFN et des programmes d'aide aux personnes âgées et handicapées nécessiteuses et les enfants sans soutien familial.

L'éligibilité au programme d'aide médicale à tarifs réduits (AMG II) repose sur le niveau de ressources de la famille, qui est vérifiée par une enquête individuelle instruite par les travailleurs sociaux. Si l'on s'en tient aux critères d'éligibilité du programme, les candidats dont les ressources financières leur permettent d'être assujettis à un régime assurantiel de

⁸¹ BAD. (2017), *Evaluation de la performance des programmes d'assistance sociale en Tunisie. Pour optimiser le ciblage des pauvres et freiner l'avancer de l'informalité*, CRES, Tunis, p 247.

sécurité sociale, devraient en être automatiquement exclus. Ce carnet de soins (AMG II) ouvre l'accès à des tarifs réduits dans les structures de santé publique moyennant une cotisation annuelle fixe (timbre) de 10 DT. Le revenu annuel de la famille doit être inférieur à 1 SMIG ou SMAG pour une famille de 2 personnes, à 1,5 SMIG pour une famille de 3 à 5 personnes ou à 2 SMIG pour une famille de plus de 5 personnes. En 2015, le nombre de bénéficiaires de carnets de soin à tarifs réduits s'est établi aux alentours de 610.000.⁸²

Le processus de ciblage des admissibles au PNAFN et à l'AMGII présente plusieurs mérites⁸³ :

- Il assure une couverture quasi-universelle des 10 % les plus pauvres de la population, soit à travers le PNAFN, soit à travers l'AMGII ;
- Il réussit à concentrer environ 73 % de ces ressources aux 30 % de la population la plus démunie, soit la population visée par ces deux programmes.

Malgré les réalisations citées ci-dessus, les deux programmes sont l'objet de certaines critiques, « ... *A titre d'exemple, un peu plus que la moitié des 8,3 % des ménages les plus pauvres en Tunisie ne sont pas couverts par le PNAFN. En même temps, à peine un ménage pnafiste sur deux mérite vraiment d'être couvert par le PNAFN. Une bonne partie de la deuxième moitié devrait idéalement rejoindre l'AMGII tant que les ressources disponibles du PNAFN ne permettent pas de couvrir plus de 8,3 % des ménages tunisiens.* »⁸⁴.

Section 2 : L'assurance maladie-maternité et les prestations familiales

L'assurance maladie-maternité est constituée des soins de santé, d'assurances sociales qui regroupent les indemnités en espèces en cas de maladie, maternité ou décès. Ouvrent droit aux prestations en nature, l'assuré : travailleur salarié, travailleur non salarié, pensionné, bénéficiaire de l'aide sociale et l'ayant droit.

⁸² BAD. (2016)., Op.cit., p 32.

⁸³ BAD. (2017)., Op.cit., p 250.

⁸⁴ Idem.

1. L'assurance maladie

Depuis 2014, la gestion du régime d'assurance maladie est unifiée en une seule caisse, la CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) qui a pour mission de gérer le risque maladie. Elle prend en charge les soins de santé et octroi des indemnités de maladie selon la législation en vigueur. L'assurance maladie comporte :

a) Les prestations en nature

Le régime de base géré par la CNAM qui garantit la prise en charge des frais de soins prodigués dans les secteurs public et privé, nécessaires à la santé des assurés sociaux et de leurs ayants droit... Le régime de base prend en charge, sur la base des tarifs forfaitaires de référence et sans plafonnement :⁸⁵ les soins ambulatoires, les actes médicaux et paramédicaux, les médicaments, les hospitalisations, les appareillages et prothèses orthopédiques, les frais de transport sanitaire nécessités par l'état de santé de l'assuré, les soins relatifs à la chirurgie cardiovasculaire, l'hémodialyse, les scanners, les IRM, les soins thermaux, la rééducation fonctionnelle, les prestations nécessitant un accord préalable. Les frais de soins dispensés au titre d'une affection lourde ou chronique (APCI) inscrite sur une liste, sont pris en charge intégralement par la caisse.

La CNAM délivre à tout bénéficiaire du régime d'assurance maladie une carte et un carnet de soins qu'il doit présenter aux prestataires de santé. Les prestations de soins sont prises en charge selon trois couvertures :

- **La filière publique de soins (carte bleue) :** elle permet à l'assuré et à ses ayants droit de bénéficier de tous les soins (ambulatoires et hospitalisations) auprès de toutes structures sanitaires publiques, conventionnées avec la CNAM ou polycliniques de la CNSS moyennant le paiement d'un ticket modérateur plafonné sur un an à « un salaire et demi » pour le salarié ou « une pension et demie » pour le pensionné.
- **La filière privée de soins (carte jaune) :** L'assuré s'engage à consulter préalablement le médecin de famille auprès duquel il est inscrit, sauf pour certaines spécialités (la gynécologie, l'obstétrique, l'ophtalmologie, etc.). Les prestataires de soins dans le cadre de cette filière sont payés directement par la caisse et l'assuré social procède au

⁸⁵ CLEISS, Le régime tunisien de sécurité sociale, In : https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_tunisie_salaries.html#assurancessociales, consulté le 12/06/2021.

paiement seul du ticket modérateur, sauf en ce qui concerne les soins dentaires où l'assuré paie la totalité des frais et se fait rembourser par la caisse dans la limite des taux prévus.

- **Le système de remboursement des frais (carte verte).**

Les trois types de couverture se différencient par modalités de remboursement et la valeur du ticket modérateur que doit s'acquitter les assurés sociaux.

Tout assuré est dans l'obligation, dans un délai qui n'excède pas les 30 jours qui suivent la première affiliation, de choisir l'une de ces trois filières. L'inscription à une filière est valable 1 an et reconduite tacitement d'une année à l'autre. L'assuré a la possibilité de changer de modalité de prise en charge à l'expiration d'une année.

Ouvrent droit aux prestations en nature, les travailleurs salariés, les travailleurs non salariés, les pensionnés, les bénéficiaires de l'aide sociale et leurs ayant droit (le conjoint, l'enfant jusqu'à l'âge de 25 ans en cas de poursuite d'études universitaires et l'ascendant à charge qui ne bénéficie d'aucune couverture en matière de soins de santé).

Les familles nécessiteuses dont leurs ressources ne dépassant pas un seuil donné bénéficient du programme d'aide médicale à tarifs réduits (AMG II). Ce programme ouvre l'accès à des tarifs réduits dans les structures de santé publique moyennant une cotisation annuelle fixe (timbre) de 10 DT⁸⁶.

Nous remarquons donc que pour les prestations en nature, la CNAM et l'Assistance Médicale Gratuite (AMG II) type II tarif réduit, permettent une prise en charge des soins de santé au profit d'une large partie de la population, y compris les soins lourds et coûteux, tels que l'hémodialyse, les opérations de chirurgie cardiovasculaire ou les greffes d'organes.

b) Les prestations en espèces

En cas de maladie qui donne lieu à un arrêt de travail, l'assuré reçoit des indemnités journalières à partir du 6^{ème} jour de l'arrêt maladie et dans la limite de 180 jours. Dans le cas

⁸⁶ Pour plus de détail, voir le point sur « Assistance Médicale Gratuite (AMG II) type II tarif réduit », présenté plus haut.

de longue maladie ou d'hospitalisation, et après accord de la commission médicale de la CNAM, l'indemnité peut être versée au delà des 180 jours.

Les indemnités journalières sont égales aux 2/3 du salaire journalier moyen plafonné à deux fois le SMIG pendant 180 jours par an ou au cours des trois premières années, puis réduites à 50 % au delà de 180 jours et pour les périodes ultérieures. Le salaire journalier moyen est calculé sur le trimestre le plus élevé au cours des quatre trimestres précédant l'arrêt de travail.

Nous constatons que tous les régimes de sécurité sociale offrent pour leurs affiliés un revenu de remplacement dans le cas d'un arrêt de travail à cause d'une maladie, donc nous pouvons dire que la couverture est large pour ce type de risque.

2. L'assurance maternité

Elle comporte :

a) Des prestations en nature

Pour la prise en charge de la grossesse, le taux varie entre : 70 % pour une consultation médicale, 80 % pour les actes médicaux, 85 % pour l'achat de médicaments essentiels et 100 % pour les médicaments vitaux.

La femme enceinte (assurée ou conjointe d'un assuré) bénéficie, dans le cadre de la filière privée de soins (carte jaune) ou du système de remboursement (carte verte), de la prise en charge des frais de soins ambulatoires relatifs au suivi de la grossesse, dans la limite d'un plafond de 100 TND durant la période de grossesse.

Pour l'accouchement d'une assurée ou d'un ayant droit dans une clinique privée conventionnée, le montant du remboursement des frais médicaux et de clinique s'effectue à hauteur de 350 TND (700 TND pour une césarienne).

Ainsi, nous remarquons que l'assurance maternité prend en charge la grossesse et l'accouchement en termes de prestations en nature et cela pour les femmes enceintes (assurées ou conjointes d'un assuré). Donc, la prise en charge existe et touche une large partie de la population concernée.

b) Des prestations en espèces

Les indemnités journalières sont égales aux 2/3 du salaire journalier moyen plafonné à deux fois le SMIG pendant la période légale du congé de maternité, soit 30 jours à compter de la date d'accouchement. Le salaire journalier moyen est calculé sur le trimestre le plus élevé au cours des quatre trimestres précédant le congé de maternité.

Une prolongation de 15 jours est possible en cas de maladie consécutive à la grossesse ou à l'accouchement.

Les indemnités journalières dans le cas d'un accouchement existent et touchent les femmes travailleuses assurées (quelles soient salariées ou indépendantes), mais la durée du congé maternité est seulement de 30 jours. L'OIT, dans la convention n° 183 sur la protection de la maternité de 2000, prévoit un congé de maternité d'une durée de 14 semaines au moins. Donc, la couverture est large pour une durée limitée par rapport à la norme mondiale.

3. L'assurance décès

En cas de décès de l'assuré social, les deux caisses CNRPS et la CNSS offrent des indemnités de décès (capital décès et pensions) pour les cas survivants : lorsque l'assuré décédé est affilié à la CNSS, une indemnité dite "capital décès" est servie à son conjoint et à ses enfants mineurs à charge ou à défaut de conjoint et d'enfants pouvant prétendre au capital décès au père et à la mère de l'assuré social s'ils sont à sa charge, sous les conditions suivantes :

- L'assuré doit avoir des salaires déclarés au titre de 50 jours de travail au moins pendant les deux trimestres civils, ou de 80 jours de travail au moins pendant les quatre trimestres civils précédant celui au cours duquel est survenu le décès (cette condition n'est pas exigée si le décès est dû à un accident) ;
- ou être titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité.

Lorsque l'assuré est en activité, le montant du capital décès est égal à une annuité de salaire. Il est calculé sur la base de la moyenne annuelle des salaires soumis à cotisation, que l'assuré a perçu au cours des trois ou cinq dernières années précédant le décès (le salaire

moyen le plus avantageux sera retenu), dans la limite de six fois le SMIG pour une année déterminée.

Cette annuité de salaire est majorée d'un mois de salaire pour chaque année de cotisations, sans que cette majoration ne dépasse 18 mois de salaires. Le montant ainsi obtenu est majoré de 10 % par enfant à charge. En aucun cas, le montant du capital décès ne peut être inférieur au SMIG, rapporté à une durée d'occupation annuelle de 2.400 heures par an.

Lorsque l'assuré décédé était bénéficiaire d'une pension de retraite ou d'invalidité, le montant du capital décès est déterminé en fonction de l'âge du défunt (retraité ou invalide) : 50 % de la pension annuelle, si l'assuré est invalide ou retraité âgé de moins de 70 ans, 40 % si l'assuré est décédé après l'âge de 70 ans, 30 % lorsque le décès survient après l'âge de 75 ans, et enfin 20 % lorsque le décès survient après l'âge de 80 ans.

Le capital décès est versé, à raison de 1/3 au conjoint et des 2/3 aux enfants. Dans certaines conditions, le capital est attribué à parts égales au père et à la mère du défunt.

En cas de décès d'un assuré qui était titulaire d'une pension d'invalidité, ou d'une pension de vieillesse, ou en activité et ouvrait droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse au moment de son décès, les survivants de ce décès bénéficient des prestations dans certaines conditions.

L'assuré salarié décédé doit avoir réalisé au moins 60 mois de cotisations effectives correspondant à des salaires mensuels égaux ou supérieurs aux 2/3 du SMIG mensuel en vigueur (cette condition n'est pas exigée pour tout assuré à la CNSS, en cas de décès avant l'âge de 60 ans, suite à un accident non professionnel, sous réserve d'une antériorité d'immatriculation). L'assuré indépendant décédé doit avoir réalisé au moins 20 trimestres de cotisations validées ou 40 trimestres si le décès survient après l'âge de 65 ans. En cas de décès dû à un accident non professionnel avant l'âge de 65 ans, cette condition n'est pas exigée.

Le conjoint survivant doit être marié avec l'assuré décédé au moment du décès, comme il ne peut pas se remarier avant l'âge de 55 ans pour continuer à percevoir la pension. Les enfants de l'assuré décédé ouvrent droit à la pension d'orphelin jusqu'à l'âge de 16 ans sans conditions, 21 ans en cas de poursuite d'études dans l'enseignement secondaire ou supérieur,

25 ans pour l'étudiant non boursier, et sans limite d'âge pour l'enfant atteint d'une invalidité permanente.

Le montant de cette pension dépend du nombre de survivants :

- un conjoint sans enfant bénéficie d'une pension égale à 75 % de celle dont bénéficiait, ou aurait pu bénéficier l'assuré décédé ;
- un conjoint survivant avec un enfant : 70 % + 30 % pour l'orphelin ;
- un conjoint avec 2 enfants ou plus : 50 % + 50 % pour les 2 orphelins.

Dans le cas où il n'y a que des orphelins, chaque orphelin bénéficie de 30 % du montant de la pension dont bénéficiait, ou aurait dû bénéficier le défunt au moment de son décès sans dépasser 100 % du montant de la pension.

Nous pouvons dire que dans le cas de décès de l'assuré, l'assurance sociale offre un capital décès et une pension pour ses ayants droit. Mais, lorsque l'assuré décédé est en activité et qui n'ouvrirait pas le droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse au moment de son décès, ses ayants droit ne bénéficient pas d'une pension de survivants. Donc, la couverture pour ce risque est moyenne.

4. Les prestations familiales

Elles sont accordées aux travailleurs salariés. Il s'agit des allocations familiales, de majoration pour salaire unique, de congé de naissance et une contribution aux frais de crèche.

Les allocations familiales sont accordées à tout salarié cotisant à la CNSS, au titre de ses trois premiers enfants âgés de : moins de 16 ans, moins de 18 ans s'ils sont en apprentissage et perçoivent une rémunération inférieure à 75 % du SMIG, moins de 21 ans s'ils poursuivent des études, et sans limite d'âge en cas d'invalidité ou de handicap.

Le montant des allocations familiales est déterminé comme suit : 18 % d'un salaire plafonné à 122 TND par trimestre, soit 7,320 TND par mois pour le premier enfant ; 16 % du même salaire plafonné, soit 6,506 TND par mois pour le deuxième enfant ; 14 % du même salaire plafonné, soit 5,693 TND par mois pour le troisième enfant.

Une majoration mensuelle pour salaire unique est accordée pour l'assuré ouvrant droit aux allocations familiales pour ses enfants à charge et dont le conjoint ne travaille pas. Leur

montant est de 3,125 TND pour un enfant à charge, 6,250 TND pour deux enfants à charge et 7,825 TND pour trois enfants ou plus à charge.

Pour toute naissance d'un de ses enfants, le travailleur salarié bénéficie d'un jour de congé au cours des sept (7) jours suivants. Enfin, une contribution aux frais de crèche de 15 TND par enfant et par mois pendant onze (11) mois est accordée aux parents d'enfants âgés de 2 à 36 mois, sous conditions que la mère doit exercer une activité salariée et ouvrir droit aux prestations familiales, elle doit avoir un salaire qui ne dépasse pas 2 fois et demi le SMIG pour 48 heures de travail par semaine.

Nous remarquons que la couverture des prestations familiales existe et concerne seulement les travailleurs salariés, les travailleurs indépendants ne bénéficient pas de ce type de prestations.

Section 3 : La couverture des risques par les autres types d'assurance

Dans cette section, nous allons invoquer brièvement les points suivants : l'assurance vieillesse, l'assurance invalidité, les accidents de travail et maladies professionnelles, ainsi que l'assurance chômage.

1. L'assurance vieillesse

La pension de vieillesse de base en Tunisie est accordée pour l'assuré social dans les conditions suivantes :

Il existe plusieurs régimes de retraite en Tunisie selon le secteur d'appartenance et la nature d'activité attachés à l'une des CNRPS pour le secteur public, ou la CNSS pour le secteur privé. La pension de vieillesse est accordée pour l'assuré social sous les conditions suivantes :

- Cesser toute activité professionnelle assujettie aux régimes de sécurité sociale.
- Pour les affiliés à la CNRPS : être âgé d'au moins 62 ans pour toutes les catégories d'agents civils (57 ans pour les ouvriers qui accomplissent des tâches pénibles et insalubres)⁸⁷ pour « les pensions civiles », avec une ancienneté minimale de 10

⁸⁷ L'âge de départ à la retraite est passé de 60 à 62 ans selon la loi n° 2019-37 du 30 avril 2019, modifiant et complétant la loi n°85-12 du 5 mars 1985, relative au régime des pensions civiles et militaires de retraite et des survivants dans le secteur public.

années pour les ouvriers occasionnels et 15 années pour les autres catégories d'agents. Etre âgé entre 52 ans à 62 ans (selon le grade du militaire) pour « les pensions militaires », et après avoir accompli au moins 15 ans de services civils et militaires effectifs.

- Pour les affiliés à la CNSS : être âgé d'au moins 60 ans pour les travailleurs salariés (55 ans pour les mineurs ou en cas de travaux pénibles ou insalubres), 65 ans pour les travailleurs indépendants (ou 60 ans avec une réduction de 0,5 % pour chaque trimestre séparant l'âge de l'assuré à la date du dépôt de la demande de l'âge légal de mise à la retraite). Justifier d'au moins 120 mois de cotisations.

Dans le cas où un agent, affilié au régime « pensions civiles » (CNRPS), a cessé de travailler sans avoir pu obtenir une pension de retraite, tout en ayant réuni une ancienneté de cinq ans au moins, il peut opter soit pour le remboursement de leurs contributions au titre de la retraite soit pour le bénéfice d'une allocation de vieillesse à l'âge légal de mise à la retraite équivalent à 50 % du SMIG rapporté au régime de 2400 heures par an.

Quant aux affiliés à la CNSS et dans le cas où la période de cotisation est au-dessous de 120 mois, une **pension proportionnelle** est accordée à l'assuré salarié qui justifie 60 mois de cotisations au minimum. Si la période de cotisations est inférieure à 60 mois, l'assuré bénéficie d'un **versement unique**.

En outre, une **pension anticipée** peut être attribuée soit à partir de 55 ans pour convenance personnelle, avec 120 mois de cotisations, soit à partir de 50 ans dans les cas suivants : en cas de licenciement économique avec au minimum 60 mois de cotisations, en cas d'usure prématurée de l'organisme médicalement constaté avec au minimum 60 mois de cotisations, et pour toute femme salariée, mère de trois enfants en vie, justifiant d'au moins 180 mois de cotisations.

Pour les salariés, la pension de vieillesse pour 120 mois de cotisations, est de 40 % du salaire mensuel moyen des 10 dernières années, actualisée et plafonnée à 6 fois le SMIG. Au-delà de 120 mois, la pension est majorée de 0,5 % par période de trois mois de cotisations supplémentaires, sans pouvoir dépasser 80 % du salaire, après 30 ans de travail. Le montant

maximum de la pension de vieillesse ne peut excéder 80 % du salaire moyen mensuel de l'assuré plafonné à 6 fois le SMIG.

Les salariés d'une entreprise adhérente au régime complémentaire qui perçoivent un salaire supérieur à 6 fois le SMIG, bénéficient d'un versement de pension de retraite complémentaire ex Cavis.

Pour les indépendants, la pension de vieillesse pour 40 trimestres de cotisations, est de 30 % du revenu de référence. Le revenu annuel moyen de référence est égal à la moyenne pondérée des coefficients multiplicateurs correspondant aux classes auxquelles l'assuré a adhéré, rapporté au SMIG en vigueur au moment de l'ouverture du droit à la pension.

Le montant de la pension est majoré de 0,5 % pour toute période de trois mois de cotisations supplémentaires, sans pouvoir dépasser 80 % du revenu. Comme il est réduit de 0,5 % pour chaque trimestre manquant entre l'âge de 60 ans et 65 ans. La pension minimum de vieillesse est égale aux 2/3 du SMIG.

De cette brève présentation, nous constatons que les personnes ayant cotisé pendant plus de 15 ans (10 ans pour certaines catégories) bénéficient d'une pension de vieillesse, donc leurs couverture est large. Par contre, les salariés du secteur privé et les affiliés du régime « pensions civiles » qui justifient de 60 mois de cotisations au minimum, bénéficient d'une pension proportionnelle ou allocation de vieillesse, qui ne peut être inférieure à la moitié du SMIG. Donc, la couverture existe mais elle est de faible montant pour la population citée. Les autres catégories des personnes âgées (qui n'ont pas exercé un travail déclaré, ou leur durée de cotisation est inférieure à 60 mois pour les salariés ou 40 trimestres pour les indépendants) peuvent alors prétendre bénéficier du PNAFN, s'ils satisfont les conditions d'accès à ce programme.

2. L'assurance invalidité

Pour bénéficier d'une pension d'invalidité, l'assuré doit être atteint d'une réduction de 2/3 de sa capacité de travail ou de gain (invalidité non professionnelle), il ne doit pas avoir atteint l'âge requis pour prétendre à une pension de vieillesse (60 ans pour le salarié et 65 ans l'indépendant), et enfin l'assuré doit justifier d'une période préalable de 60 mois de

cotisations (pas de conditions en cas d'accident non professionnel si l'assuré justifie son immatriculation).

Le montant de la pension d'invalidité pour le salarié est égal à 50 % du salaire mensuel moyen de référence au titre d'une période allant de 60 à 180 mois. Le salaire mensuel moyen de référence est égal à la moyenne des salaires des 10 dernières années actualisé et plafonné à 6 SMIG. Au-delà de 180 mois de cotisations, la pension d'invalidité est majorée de 0,5 % par période de trois mois, sans que le total de la pension puisse excéder 80 % dudit salaire.

Pour les indépendants, la pension d'invalidité est égale à 30 % du revenu mensuel moyen de référence au titre des 20 premiers trimestres majorés de 0,5 % pour chaque trimestre supplémentaire, sans dépasser 80 % du même revenu. Le revenu mensuel moyen de référence est égal à la moyenne pondérée des coefficients multiplicateurs correspondant aux classes auxquelles l'assuré a adhéré, rapporté au SMIG en vigueur au moment de l'ouverture de droit à la pension d'invalidité.

En cas d'assistance d'une tierce personne, la pension est majorée de 20 %. Cette pension d'invalidité est transformée en pension de vieillesse lorsque l'intéressé atteint l'âge requis (60 ans ou 55 ans pour le salarié et 65 ans pour l'indépendant). La pension minimum d'invalidité est égale aux 2/3 du SMIG.

Ainsi, nous constatons que la pension d'invalidité concerne seulement les assurés qui sont atteints d'une réduction de 2/3 de leur capacité de travail ou de gain (invalidité non professionnelle), leur couverture est large pour ce type de risque. Les assurés dont la réduction est inférieure à ce taux ne bénéficient pas d'une pension d'invalidité, donc ils sont sans couverture.

3. Les accidents de travail et maladies professionnelles

Les employeurs sont tenus de s'affilier auprès de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) et supportent l'intégralité des cotisations. Sont couverts également les stagiaires apprentis et élèves des établissements techniques ou professionnels. Les travailleurs indépendants peuvent adhérer volontairement à l'assurance accidents du travail auprès de la CNAM.

L'assurance accidents du travail-maladies professionnelles couvre l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail (quelle qu'en soit la cause ou le lieu de survenance, de tout travailleur quand il est au service d'un ou de plusieurs employeurs), l'accident de trajet et toute maladie présumée avec une origine professionnelle inscrite dans une liste fixée par arrêté conjoint des Ministres de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Les prestations en nature (soins) sont servies dans le cadre de l'assurance maladie. Elles sont dispensées gratuitement dans les formations sanitaires publiques ou privées agréées par la CNAM, ou avancées par la victime et remboursées par la CNAM dans la limite du tarif officiel en vigueur.

La victime a droit à la prise en charge : des frais d'hospitalisation, des soins et des produits pharmaceutiques, des frais de transport nécessaire pour recevoir les soins requis ou prescrits, des frais requis en cas d'assistance d'une tierce personne, de la fourniture, de la réparation et du renouvellement des appareils de prothèse ou d'orthopédie, nécessité par son état de santé. Ces appareils sont fournis par le biais d'organismes spécialisés agréés par le Ministère des Affaires Sociales.

En cas d'incapacité temporaire, les indemnités journalières représentent les 2/3 du salaire journalier, quelle que soit la durée de l'incapacité. Le jour de l'accident est indemnisé par l'employeur. Les indemnités journalières sont versées par la CNAM après un délai de carence de trois jours hormis le cas d'une hospitalisation.

En cas d'incapacité permanente de travail, une commission médicale va déterminer le taux d'incapacité permanente en prenant en compte la nature et de la gravité de l'atteinte, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que ses aptitudes et ses qualifications professionnelles, le barème indicatif établi par arrêté conjoint des Ministres de la Santé Publique et des Affaires Sociales.

Si l'incapacité permanente est inférieure ou égale à 5 %, aucune indemnité n'est due. Si l'incapacité est supérieure à 5 %, mais inférieure à 15 %, la victime perçoit uniquement un capital égal à trois fois le montant de la rente. Lorsque l'incapacité permanente est supérieure à 15 %, la victime a droit à une rente égale au salaire moyen multiplié par le taux d'incapacité

(réduit de moitié pour la partie du taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie du taux excédant 50 %).

Le salaire pris comme base de calcul de l'indemnité ne doit en aucun cas être inférieur au SMIG, ni supérieur à 6 fois le SMIG. Dans le cas d'une incapacité permanente totale (100 %) qui oblige la victime à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie, le montant de la rente est majoré de 25 %.

Dans le cas de décès de la victime, une rente est attribuée aux survivants, dont le montant varie entre 50% du salaire pour un seul survivant (conjoint ou enfant) et 80% dudit salaire pour quatre survivants ou plus. Une indemnité funéraire est servie aux ayants droit, elle est égale à un mois de salaire. Le salaire pris comme base de calcul pour la rente et l'indemnité ne doit en aucun cas être inférieur au SMIG, ni supérieur à 6 fois le SMIG.

Ainsi, nous constatons une large couverture pour le risque accidents du travail et maladies professionnelles, notamment pour les salariés. En cas de décès de la victime, une rente est attribuée aux ayants droit. Les travailleurs indépendants peuvent adhérer volontairement à l'assurance accident du travail, cela peut réduire le taux de couverture de cette population.

4. Assurance chômage

La protection contre le chômage a été introduite en faveur des seuls travailleurs salariés immatriculés à la CNSS. Pour pouvoir en bénéficier, il faut :

- être privé involontairement de son emploi à contrat à durée indéterminée, suite à une cessation d'activité de l'entreprise pour des raisons économiques ou technologiques ou en cas de fermeture inopinée, sans respect des procédures prévues au Code du travail ;
- avoir cotisé au moins trois années successives auprès de la dernière entreprise ;
- être inscrit à l'Agence Nationale pour l'Emploi et le Travailleur Indépendant (ANETI) depuis plus d'un mois, sans y avoir reçu d'offre d'emploi.

L'aide accordée représente le montant du dernier salaire perçu dans la limite du SMIG, et est versée pendant 12 mois maximum.

Certaines mesures sont adoptées par le gouvernement tunisien, pour le financement et le soutien à la création des micro-entreprises et des activités indépendantes à travers le micro-crédit. En 1997, fut créée la Banque Tunisienne de solidarité (BTS), présentée comme la banque des pauvres, qui accorde des micro-crédits aux jeunes chômeurs qualifiés et aux habitants des zones pauvres.

Ainsi, nous constatons que la couverture chômage est partielle, car avec les conditions citées ci-dessus une grande partie de la population en chômage ne bénéficient pas de cette aide qui est limitée dans le temps.

Section 4 : L'efficacité des programmes de protection sociale

Dans une étude⁸⁸, M. Mehdi BEN BRAHAM a annoncé un certain nombre d'acquis, notamment la couverture par le système de sécurité sociale de huit risques sociaux parmi les neuf risques répertoriés par l'OIT. L'étude a dégagé aussi certaines faiblesses :

- Absence de couverture de certains risques (chômage, congé prénatal) ;
- Insuffisances liées aux questions de: l'accessibilité au système de santé, l'admissibilité aux conditions d'octroi de prestations (risque vieillesse, PNAFN et sa politique de quota), l'adéquation entre le coût réel du système de santé et les prestations octroyées, la couverture sociale et sanitaire du secteur informel.

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. Le problème **de ciblage** de la population pauvre, par exemple, pour les filets sociaux, 40% seulement des prestations reviennent à 20% les plus pauvres.

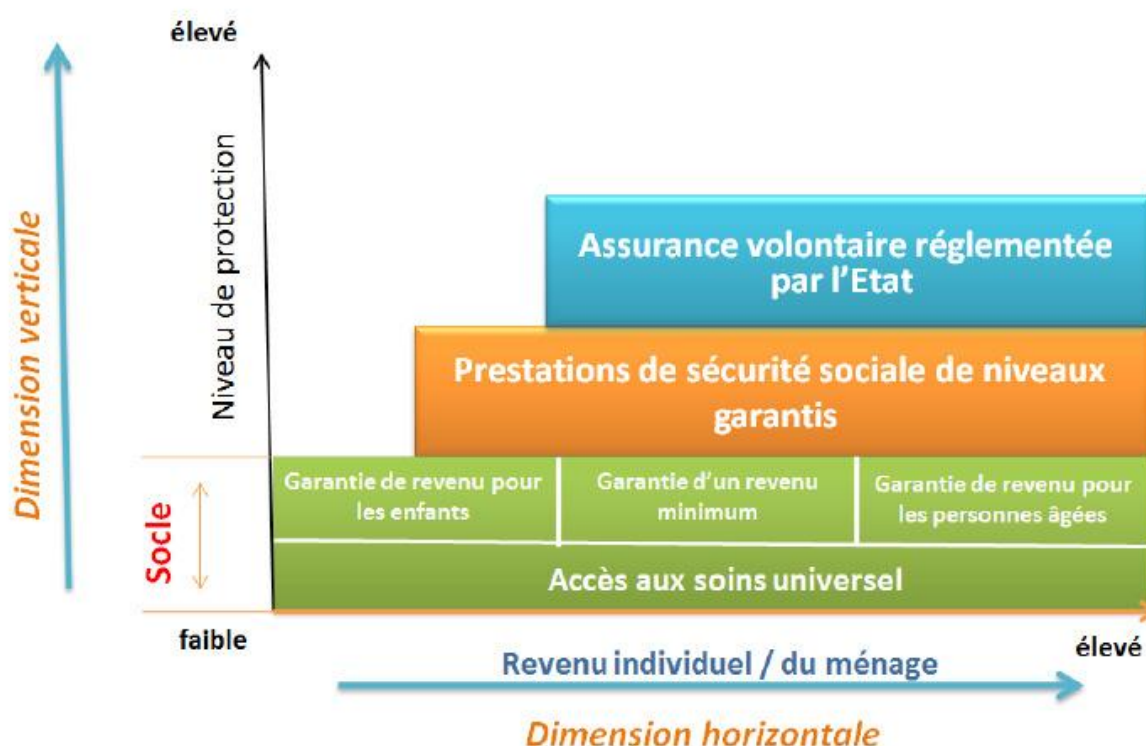
La Tunisie a l'ambition pour le montage institutionnel d'un Socle de Protection Sociale (SPS) afin d'améliorer le niveau de la protection sociale pour le plus grand nombre de

⁸⁸ BEN BRAHAM, M. (2014), « Approche droit de l'Homme de la protection sociale », *rapport du Haut-commissariat des droits de l'Homme*, Bureau Tunisie.

personnes, conformément à la convention 102 de 1952 (norme minimum du BIT). 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.

Figure n°8 : L'escalier de la sécurité sociale



Source : CRES, La lettre du CRES, Décembre 2015.

Conclusion

Dans ce chapitre, nous avons passé en revue la couverture des risques en Tunisie, tels qu'ils sont répertoriés par la convention de n °102 de l'OIT, par les différents régimes de sécurité sociale et les programmes d'assistance sociale tunisien. Cette couverture est variable d'un risque à l'autre.

Pour l'assurance maladie, et précisément les prestations en nature, la CNAM et l'Assistance Médicale Gratuite (AMG II) type II tarif réduit, permettent une prise en charge des soins de santé au profit d'une large partie de la population, y compris les soins lourds et coûteux, tels que l'hémodialyse, les opérations de chirurgie cardiovasculaire ou les greffes d'organes. Concernant les prestations en espèces, nous constatons que tous les régimes de sécurité sociale offrent pour leurs affiliés un revenu de remplacement dans le cas d'un arrêt de travail à cause d'une maladie. Donc, nous pouvons conclure que la couverture est large pour ce type de risque.

L'assurance maternité prend en charge la grossesse et l'accouchement en termes de prestations en nature et cela pour les femmes enceintes (assurée ou conjointe d'un assuré). Les indemnités journalières dans le cas d'un accouchement existent et touchent les femmes travailleuses assurées (qu'elles soient salariées ou indépendantes), mais la durée du congé maternité est seulement de 30 jours. L'OIT dans la convention n° 183 sur la protection de la maternité de 2000, prévoit un congé de maternité d'une durée de 14 semaines au moins. Ainsi, la couverture est large pour une durée limitée par rapport à la norme mondiale.

Dans le cas de décès de l'assuré social, l'assurance sociale offre un capital décès et une pension pour ses ayants droit, mais lorsque l'assuré décédé est en activité et qui n'ouvrirait pas le droit à une pension d'invalidité ou de vieillesse au moment de son décès, ses ayants droit ne bénéficient pas d'une pension de survivants. Donc, la couverture pour ce risque est moyenne.

Les prestations familiales concernent seulement les travailleurs salariés, donc leur couverture est large ; les travailleurs indépendants ne bénéficient pas de ce type de prestations.

Pour l'assurance vieillesse, les personnes ayant cotisé pendant plus de 15 ans (10 ans pour certaines catégories) bénéficient d'une pension de vieillesse, donc leur couverture est large.

Par contre, les salariés du secteur privé et les affiliés du régime « pensions civiles », qui justifient de 60 mois de cotisations au minimum, bénéficient d'une pension proportionnelle ou allocation de vieillesse, qui ne peut être inférieure à la moitié du SMIG. Donc, la couverture existe mais elle est de faible montant pour la population citée. Les autres catégories de personnes âgées peuvent alors prétendre bénéficier du PNAFN s'ils satisfont les conditions d'accès à ce programme.

Concernant l'assurance invalidité, la pension d'invalidité concerne seulement les assurés qui sont atteints d'une réduction des 2/3 de leur capacité de travail ou de gain (invalidité non professionnelle), leur couverture est large. Les assurés dont la réduction est inférieure à ce taux ne bénéficient pas d'une pension d'invalidité, donc ils sont sans couverture.

La couverture est large pour le risque accidents du travail et maladies professionnelles, notamment pour les salariés. En cas de décès de la victime, une rente est attribuée aux ayants droit. Les travailleurs indépendants peuvent adhérer volontairement à l'assurance accident du travail, cela peut réduire le taux de couverture de cette population.

Enfin, nous constatons que la couverture chômage est partielle, car avec les conditions citées ci-dessus, une grande partie de la population en chômage ne bénéficie pas de cette aide qui est limitée dans le temps.

Bien que le système de protection sociale tunisien a connu des avancés non négligeables en termes d'extension à certains risques et ne cesse de s'étendre à couvrir de nouvelles catégories de population initialement marginalisées, quelques limites méritent d'être signalées : déséquilibre des caisses de sécurité sociale lié aux limites du système bismarckien, réduction de la croissance économique, augmentation du chômage, travail informel et manque de ciblage.

Promouvoir l'emploi demeure la solution radicale au déséquilibre financier, c'est-à-dire, augmenter les affiliés et les recettes des caisses de la protection sociale.

CHAPITRE 5

LA COUVERTURE SOCIALE AU MAROC

Chapitre 5 : La couverture sociale au du Maroc.

Introduction

Dans les deux chapitres précédents de cette partie, nous avons détaillé la couverture sociale de l'Algérie et de la Tunisie selon les risques répertoriés par la convention n° 102 de 1952 de l'OIT, concernant la sécurité sociale (norme minimum). Ce chapitre abordera le cas du Maroc qui a ratifié la convention de l'OIT citée ci-dessus le 14 juin 2019, où il a accepté les Parties II, III, V, VI, VII, VIII, IX et X, contrairement aux deux autres pays du Maghreb qui n'ont pas encore ratifié la convention.

L'objet de ce chapitre est alors, d'étudier la situation de couverture des risques sociaux par le système de protection sociale du Maroc pour les différentes catégories de la population. Les différentes mesures d'assurance et d'assistance de chaque risque seront abordées pour savoir l'état de couverture sociale. Pour ce faire, nous partageons ce chapitre en trois sections. Dans une première section, nous allons donner un aperçu historique sur le système de protection sociale, la naissance des premières mesures de protection sociale remonte aux années vingt, pour ensuite suivre leur évolution au cours de la période de protectorat et post protectorat. Cette évolution a donné la forme actuelle du système de protection sociale qui se compose d'un système de sécurité sociale qui est contributif (CMR, RCAR, CNSS, CNOPS, ...), d'un système de protection sociale partiellement contributif (RAMED), et d'un système de protection sociale non-contributif.

Les deux autres sections seront dédiées à la couverture des risques par le système de protection sociale. Dans la deuxième section, nous aborderons l'assurance maladie et maternité, les allocations familiales, l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles et l'assurance décès. La dernière section sera consacrée à l'assurance invalidité, assurance vieillesse, les prestations des survivants et l'Indemnité pour Perte d'Emploi.

Section 1 : Présentation du système de protection sociale marocain.

On abordera, dans cette section, l'historique et l'évolution du système de protection sociale, le système de sécurité sociale, le régime d'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED), ainsi que les programmes d'assistance sociale

1. Historique et évolution du système de la protection sociale

a) Avant l'indépendance

Le système marocain de protection sociale a moins d'un siècle. Il a vu le jour à partir d'organismes mutualistes à la fin des années 20 du siècle précédent et s'est structuré autour de régimes d'assurances sociales au bénéfice, principalement, des fonctionnaires et des agents des entreprises de l'Etat sous le protectorat, avant l'institution, au lendemain de l'indépendance, d'un régime de sécurité sociale pour les salariés du secteur privé. La couverture sociale des travailleurs indépendants et des professions libérales, et les étudiants sont en cours de mise en place.⁸⁹

Le protectorat a introduit, en 1942, les prestations familiales en instituant une caisse de compensation pour le paiement du sursalaire familial, financée par des cotisations patronales. Il a créé, en 1949, la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR), qui gère un régime facultatif en faveur des travailleurs du secteur privé, et en 1950, la Caisse Nationale des Organismes de prévoyance Sociale (CNOPS), destinée à protéger les fonctionnaires. Cette caisse regroupe huit sociétés mutuelles.

b) Après l'indépendance

Après l'indépendance du Maroc en 1956, une première conférence nationale sur la santé est tenue en 1959, présidée par le roi Mohamed V, où certaines mesures sont prises telles que la nationalisation de l'offre de soins, avec la création des facultés de médecine, des écoles de formations professionnelles et le développement d'institutions de couvertures sanitaires. Cette période est caractérisée par l'accès faible aux services de santé, ce qui conduit les autorités à renforcer, dans les années 1980, les structures sanitaires de base.

En 1959, un régime de sécurité sociale des salariés de l'industrie, du commerce et des professions libérales est mis en place pour entrer en vigueur avec l'institutionnalisation de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) en 1961, créée sur le modèle de la caisse française. En 1981, le régime est étendu aux employeurs et travailleurs des exploitations

⁸⁹ Conseil Economique, Social et Environnemental, la protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales, n° 34, 2018, p 36.

agricoles et forestières et de leurs dépendances et en 1994 aux employeurs et travailleurs de l'artisanat.⁹⁰ En 1972, une refonte des textes régissant la CNSS confirme le caractère obligatoire du régime et améliore les prestations servies.

Jusqu'à la fin des années 1990, les principales politiques d'assistance publique ou de solidarité sont embryonnaire. Elles résident essentiellement dans les programmes de subventions à la consommation alimentaire..., le programme de chantier de travaux publics (appelé « Promotion nationale »), et un programme du ministère de l'emploi, de la formation professionnelle, du développement sociale et de la solidarité : « l'Entraide nationale ».⁹¹

La « Promotion nationale » est un programme mis en place sous la tutelle du ministère de l'intérieur en 1961. Il fait appel à l'armée pour gérer, sous forme de régie, des travaux d'utilité publique en milieu rural en y associant des travailleurs en sous emploi ou sans emploi. Il est considéré comme une source importante d'emploi temporaire. « L'Entraide nationale » est un programme créé en 1957 comme établissement privé à caractère social, il devient un établissement public en 1972, sa mission consiste à l'aide et l'assistance sous toutes ses formes aux populations démunies.

Au cours des années 2000, plusieurs lois sont adoptées : une nouvelle loi sur les accidents du travail, loi n°18-01 adoptée en 2001 et révisée en 2003. Un nouveau code du travail est adopté en 2003 (loi n°65-99). Ces deux lois ne cherchent pas à étendre la couverture à d'autres catégories de la population, elles visent à renforcer la protection de ceux qui bénéficient déjà ou qui devraient l'être s'ils étaient déclarés.

Une évolution remarquable dans la couverture médicale avec, l'adoption en 2002 de la loi cadre sur la couverture médicale, la création de l'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) en 2005 et le vote de la loi n °65-00 sur l'assurance maladie obligatoire, entrée en vigueur en 2006. Cela conduit à s'étendre et élargir la couverture de la population.

Ce nouveau dispositif s'articule alors autour de deux composantes : le régime de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et le Régime de l'Assistance Médicale aux

⁹⁰ CATUSSE, M. (2009), « Maroc : un fragile Etat social dans la réforme néo-libérale », dans : CATUSSE, M., DESTREMAU B., et VERDIER E., (dir.), *L'Etat face aux débordements du social au Maghreb. Formation, travail et protection sociale*, IREMAM-KARTALA, Paris, chap. 6, p 199.

⁹¹ Ibid, pp, 206-207.

Economiquement Démunis (RAMED). L'AMO est financée par des cotisations salariales et destinée aux salariés et aux retraités de la fonction publique et ceux du secteur privé dans une première étape, avant de s'étendre progressivement à toutes les catégories sociales (professions libérales, agriculteurs, artisans...).

Le régime « RAMED » est destiné aux personnes qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire et ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses de soins de base. Ces personnes bénéficient, dans les hôpitaux publics, de la prise en charge totale ou partielle des frais inhérents à certaines prestations médicales.

Dans le cadre de l'assistance sociale et de lutte contre la pauvreté, deux institutions phares sont créées, à savoir la Fondation Mohamed V en 1999 et le Fonds Hassan II pour le développement économique et social en 2000. En mai 2005, le roi Mohamed VI annonce une Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH)⁹², avec la contribution d'un tissu associatif, l'objectif de cette initiative est la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

Notons enfin que le Maroc a ratifié la convention n° 102 de 1952 de l'OIT le 14 juin 2019⁹³. Il a accepté les Parties II, III, V, VI, VII, VIII, IX et X. Cela montre la volonté du royaume d'adapter son système de protection sociale selon les exigences de cette convention pour assurer un minimum de couverture des risques pour sa population.

De cette présentation sur la naissance et l'évolution de la protection sociale au Maroc, nous constatons que les mesures de la protection sociale ont été introduites au fur et à mesure en réponse à des problèmes et questions spécifiques.

Comme dans la plupart des pays du monde, les composantes du système de protection sociale au Maroc ont été développées de manière fragmentée sur une période très longue. Aujourd'hui, le système au Maroc se compose d'un système de sécurité sociale qui est contributif (CMR, RCAR, CNSS, CNOPS, ...), d'un système de protection sociale partiellement contributif (RAMED), et d'un système de protection sociale non-contributif

⁹² Dès septembre 2005, la Banque Mondiale offrait une assistance technique et financière à l'INDH.

⁹³ Bien que l'approbation a pourtant été publiée au Bulletin Officiel (n°6140 du 23 Joumada I 1434, 04 avril 2013).

(Tayssir, Kafala, IINDH, établissements de protection sociale pour les personnes en difficulté...)⁹⁴

2. Le système de sécurité sociale

Le système de sécurité sociale marocain est un système contributif, composé d'une multitude de caisses qui gèrent un ensemble de risques pour les différents régimes : la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), qui gère l'ensemble des risques du régime privé pour les travailleurs salariés et non salariés, la Caisse Marocaine de l'Assurance Maladie (CMAM), qui remplace la Caisse Nationale des Organismes de prévoyance Sociale (CNOPS) dans ses missions d'Assurance Maladie Obligatoire pour le régime public.

Pour la couverture retraite, nous citons la Caisse Marocaine des Retraites (CMR) pour le secteur public et parapublic et le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR) pour les salariés du secteur semi-public, ainsi que trois régimes de retraite complémentaire et facultative.

a) Les cotisations sociales au Maroc

Le financement du système de sécurité sociale marocain est basé sur les contributions patronales et salariales assises sur les salaires. Ci après, les tableaux n°14 et n°15 récapitulent les différents taux de cotisations sociales pour le régime des travailleurs salariés et le régime des travailleurs non-salariés.

⁹⁴ Nations Unies, Maroc (2018), Mapping de la protection sociale au Maroc, p 8.

Tableau n°14 : Taux de cotisations des travailleurs salariés au 1^{er} janvier 2020.

Risques	Part patronale	Part salariale	Plafond	Total
Maladie-maternité (prestations en espèces), décès	0,67 %	0,33 %	6 000 MAD ¹	1 %
Pension	7,93 %	3,96 %	6 000 MAD	11,89 %
Prestations familiales	6,40 %	-	pas de plafond	6,40 %
AMO de base ²	1,85 %	-	pas de plafond	1,85 %
AMO obligatoire - Solidarité	2,26 %	2,26	pas de plafond	4,52 %
Indemnité pour perte d'emploi	0,38 %	0,19 %	6 000 MAD	0,57 %
Taxe de formation professionnelle	1,6 %	-	pas de plafond	1,6 %
Total	21,09 %	6,74 %		27,83 %

¹ Au 16 avril 2020, 1 dirham marocain (MAD) vaut 0,0901 euro

² Les entreprises qui disposent d'une couverture médicale groupe avant le démarrage de l'Assurance Maladie Obligatoire - AMO (1^{er} mars 2006), sont exonérées partiellement du paiement de la cotisation. Elles ne paient que le taux correspondant à la solidarité. Pour pouvoir bénéficier de cette exonération, les entreprises doivent retourner tous les ans à la CNSS, un Formulaire Réf.325-1-03 «**Attestation de bénéfice d'une couverture médicale**» qui doit, au préalable, être dûment remplie et cachetée par l'organisme assureur.

Source : CLEISS, Les cotisations au Maroc, Travailleurs salariés. In : <https://www.cleiss.fr/docs/cotisations/maroc.html>, consulté le 11/08/21.

Ce régime des travailleurs salariés couvre les salariés et apprentis de l'industrie, du commerce, de l'artisanat, des professions libérales, des coopératives agricoles, de la sylviculture, les personnes employées par les propriétaires d'immeubles et les marins pêcheurs.

Tableau n°15 : Taux de cotisations des travailleurs non-salariés au 1^{er} janvier 2020.

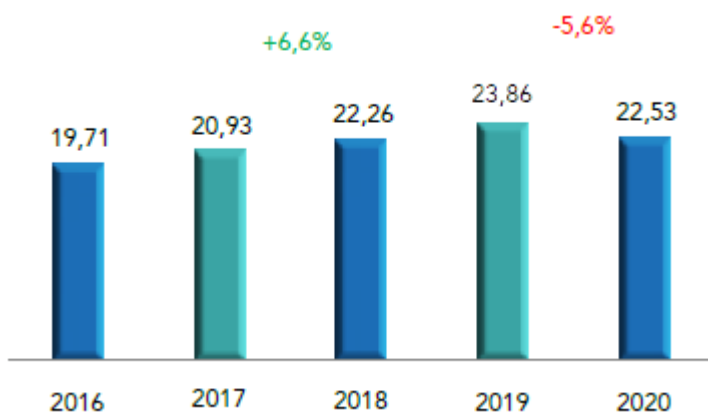
Risques	Taux
Pension de retraite	10 %
Couverture maladie (AMO base + obligatoire)	6,37 %

Source : CLEISS, Les cotisations au Maroc, Travailleurs non-salariés. In : <https://www.cleiss.fr/docs/cotisations/maroc.html>, consulté le 11/08/21.

b) La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) : Cotisations et prestations

La Caisse Nationale de Sécurité sociale (CNSS) gère l'ensemble des risques du régime privé pour les travailleurs salariés et non salariés. L'effectif des salariés déclarés à cette caisse est évalué à 3,30 millions de salariés déclarés en 2020, alors qu'il était de 3,28 millions en 2019, soit une augmentation modeste de 0.6 %.⁹⁵

Figure n°11 : Evolution du montant des cotisations sociales de la CNSS (MMDH)



Source : CNSS, Rapport annuel 2020, p 40. In :

<https://www.cnss.ma/sites/default/files/files/22-00552->

[Rapport%20annuel%20CNSS\(DIGITAL\)VF%20\(1\)\(2\).pdf](https://www.cnss.ma/sites/default/files/files/22-00552-Rapport%20annuel%20CNSS(DIGITAL)VF%20(1)(2).pdf), consulté le 28/02/2022.

Nous constatons que le montant des cotisations sociales a enregistré une augmentation soutenue entre 2016 et 2019, pour connaître ensuite une baisse de 5,6 % entre 2019 et 2020. Cette réduction est expliquée par la baisse de la masse salariale globale déclarée à la CNSS de 4,3% entre 2019 et 2020, passant de 157 à 150 milliards de dirhams, et aussi la baisse du salaire mensuel moyen déclaré à la CNSS, il s'élève en 2020 à 5 152 dirhams contre 5 255 dirhams en 2019. (CNSS 2020).

⁹⁵ CNSS, Rapport annuel 2020, p 36. In : [https://www.cnss.ma/sites/default/files/files/22-00552-Rapport%20annuel%20CNSS\(DIGITAL\)VF%20\(1\)\(2\).pdf](https://www.cnss.ma/sites/default/files/files/22-00552-Rapport%20annuel%20CNSS(DIGITAL)VF%20(1)(2).pdf), consulté le 28/02/2022.

Tableau n°16 : Montants des prestations servies par la CNSS

Prestations	2019	2020	Variation
Prestations à long terme	11,7 MMDHS	12,6 MMDHS	+ 7,7 %
Prestations familiales	7,3 MMDHS	8,2 MMDHS	+ 12,3 %
Prestations à court terme	1,05 MMDHS	1,2 MMDHS	+ 14,3 %
Total	20,05 MMDHS	21,9 MMDHS	+ 9,23 %

Source : CNSS, Rapport annuel 2020, p 40. In :

<https://www.cnss.ma/sites/default/files/files/22-00552->

Rapport%20annuel%20CNSS(DIGITAL)VF%20(1)(2).pdf, consulté le 28/02/2022.

La CNSS a servi un montant de 21,9 milliards de DHS en 2020 comme prestations. Ces dernières sont constituées essentiellement des prestations à long terme (12,6 MMDHS) et des prestations familiales (8,2 MMDHS), qui représentent environ 95 % de l'ensemble des dépenses de la CNSS.

Les prestations de la CNSS ont connu une augmentation de 9,23 % par rapport à 2019, du fait de l'augmentation des bénéficiaires des prestations à long terme, qui passe de 600 000 à 642 000 entre 2019 et 2020, et les bénéficiaires des prestations familiales qui enregistrent une hausse de 1,4 million à 1,74 million de bénéficiaires entre 2019 et 2020. (Données de la CNSS 2020).

c) La Caisse Marocaine de l'Assurance Maladie (CMAM)

La Caisse Marocaine de l'Assurance Maladie (CMAM) est un établissement public marocain créé le 18 octobre 2018, suite aux : décret-loi n° 2-18-781 du 10 octobre 2018 et décret n° 2-19-328 du 29 août 2019, pour remplacer la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) dans ses missions d'Assurance Maladie Obligatoire pour le régime public. Il s'agit des fonctionnaires et agents des administrations de l'Etat, des collectivités territoriales, des personnels des établissements publics et de toute autre personne morale de droit public, ainsi que des titulaires des pensions du secteur public et des personnes qui bénéficient des pensions des régimes particuliers de prévoyance sociale et de leurs ayants droit.

La Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS) est une union de sociétés mutualistes du secteur public du Maroc. La première mutuelle créée est celle de Police qui date de 1919. Depuis la rentrée scolaire 2015, elle est en charge des dossiers médicaux des étudiants.

L'Agence Nationale de l'Assurance Maladie (ANAM) est un établissement public doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Créée en 2005, elle a pour missions principales l'encadrement et la régulation du régime de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), ainsi que la gestion des ressources du Régime d'Assistance Médicale (RAMED). Comme elle veille au respect des dispositions de la loi régissant la couverture médicale de base.

d) Les caisses de retraites

Pour la couverture retraite des différents régimes de base, elle est assurée par plusieurs caisses : la CNSS pour les travailleurs salariés et non salariés du secteur privé, la Caisse Marocaine des Retraites (CMR) pour le secteur public et parapublic (régime des pensions civiles et pensions militaires), le Régime Collectif d'Allocation de Retraite (RCAR) pour les salariés du secteur semi-public (personnel non titulaire de l'Etat et des collectivités locales, personnel contractuel), et l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (ACARS) pour les salariés de la Bank Al Maghrib et de l'Office National d'Electricité et de l'Eau potable (ONEP).

Selon le rapport annuel de la CNSS de l'année 2020, le nombre de bénéficiaires des prestations à long terme, pour l'année 2020, est estimé à 624 413 ; les retraités représentent 69% de cet effectif, suivis des pensionnés de réversion qui représentent 30%, et enfin les pensionnés d'invalidité avec 1% de l'effectif.

La CNSS a versé en 2020 un montant de 12,6 milliards de dirhams de prestations au profit des pensionnés. La part de la pension de retraite s'élève à 83%, celle de la pension de réversion à 16%, et enfin celle de la pension d'invalidité à 1%.⁹⁶

⁹⁶ CNSS, Rapport annuel 2020, p 47. In : [https://www.cnss.ma/sites/default/files/files/22-00552-Rapport%20annuel%20CNSS\(DIGITAL\)VF%20\(1\)\(2\).pdf](https://www.cnss.ma/sites/default/files/files/22-00552-Rapport%20annuel%20CNSS(DIGITAL)VF%20(1)(2).pdf), consulté le 28/02/2022.

Pour la même année 2020, le nombre de bénéficiaires des prestations de la CMR a atteint 903 666, alors qu'il était de 871 350 en 2019, soit une hausse de 3,71 %.⁹⁷

Tableau n°17 : Evolution des cotisations et prestations de la CMR (en MMDH)

	2017	2018	2019	2020
Cotisations	26,11	27,85	31,85	35,18
Prestations	33,69	36,25	39,68	44,02
Ecart	-7,58	-8,4	-7,83	-8,84

Source : CMR, Rapport d'activité 2020, p 29. In :

https://www.cmr.gov.ma/wps/wcm/connect/1621bdb4-8af9-4b20-a792-0a68be9a0987/rapport+d%27activit%C3%A9+CMR_FR+_compressed.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=1621bdb4-8af9-4b20-a792-0a68be9a0987, consulté le 28/02/2022.

Les données du tableau n°17 nous indique que les cotisations et les prestations sont en augmentation continue depuis 2017 jusqu'au 2020. Il s'avère que les cotisations de la CMR ne couvrent pas les prestations de cette caisse durant toute la période étudiée, cela conduit à un écart négatif. Donc, nous pouvons conclure que l'équilibre financier de la CMR est fragile, ce qui nécessite des mesures dans l'immédiat pour assurer un équilibre financier de la CMR.

Il existe encore trois régimes de retraite complémentaire et facultative : la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR) pour les travailleurs salariés du secteur privé, le Régime Complémentaire du RCAR (RCAR-RC) pour les salariés du secteur semi-public et le régime Attakmili géré par la CMR pour le secteur public et parapublic.

3. Le Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED)

Le régime « RAMED » est destiné aux personnes qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire et ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses de soins de base. Ces personnes éligibles bénéficient, dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat, de la prise en charge totale ou partielle des frais inhérents aux prestations médicales relatives à l'hospitalisation, aux interventions chirurgicales et à l'accouchement.

⁹⁷ CMR, Rapport d'activité 2020, p 29. In : https://www.cmr.gov.ma/wps/wcm/connect/1621bdb4-8af9-4b20-a7920a68be9a0987/rapport+d%27activit%C3%A9+CMR_FR+_compressed.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=1621bdb4-8af9-4b20-a792-0a68be9a0987, consulté le 28/02/2022

Il est financé principalement par l'Etat et les collectivités locales, ainsi que par la contribution partielle annuelle des bénéficiaires visée à l'article 120 de la loi 65-00, les produits financiers, les dons et legs et toutes autres ressources affectées à ce régime en vertu de législations et réglementations particulières. La participation financière des collectivités locales est fixée à 40 MAD par an et par bénéficiaire en situation de pauvreté.

Les personnes en situation de vulnérabilité, qui ont un revenu annuel inférieur ou égal à 5 650 MAD par personne, composant le ménage, payent une contribution partielle annuelle de 120 DH par personne et par an dans la limite d'un plafond de 600 DH par ménage quel que soit l'effectif des personnes le composant. Les personnes en situation d'extrême pauvreté, dont le revenu annuel est inférieur ou égal à 3 767 MAD, bénéficient gratuitement du RAMED.

Ce régime a été lancé officiellement par M. Le Premier Ministre en novembre 2008, dans le cadre d'une expérience pilote dans l'ex- région Tadla-Azilal qui couvrait trois provinces : Béni Méral, Azilal et Fquih Bensalah. Cette expérience pilote a ciblé une population éligible estimée à 420.000 personnes dans une zone géographique d'une population de 1,5 millions de personnes.⁹⁸

A l'issue de cette phase expérimentale qui a été évaluée en 2010 et après ajustement et préparation des dispositions réglementaires nécessaires, le roi Mohammed VI a annoncé la généralisation du régime RAMED à l'ensemble des régions du Royaume le 13 mars 2012. Trois ans après sa généralisation, les avancées sont considérables, c'est ce que montre le bilan réalisé au mois de décembre 2014.

En ce qui concerne le nombre des bénéficiaires du système d'assistance médicale, il s'élève à 8.152.168 personnes, soit une augmentation de 32% par rapport à la deuxième année du lancement du processus d'intégration, et dont la couverture a atteint 96% de l'ensemble du groupe cible, qui est estimé à 8,5 millions de bénéficiaires potentiels. Le nombre de demandes déposées auprès des autorités locales s'élève à 3.283.313 demandes, dont 3.220.444 ont été

⁹⁸ ANAM, Présentation (RAMED). In : <http://www.anam.ma/lagence/presentation/la-couverture-medicale-de-base/ramed/presentation/>, consulté le 11/08/2021.

traitées par la voie informatique, et qui dépasse 98%, dont 3.004.622 demandes ont été approuvées, l'équivalent de 8.152.168 bénéficiaires.⁹⁹

Depuis l'intégration du système d'assistance médicale, 500 milles bénéficiaires ont été pris en charge dans les hôpitaux publics, plus de 3,8 millions des diagnostiques externes, et plus d'un million de consultations médicales spécialisées, ainsi qu'une offre de 880 milles services, concernant la prise en charge des maladies chroniques et coûteuses.¹⁰⁰

Pour atteindre la Couverture Médicale Universelle (CMU) au Maroc, le régime RAMED joue un rôle non négligeable puisque qu'il permet à la population pauvre et vulnérable d'accéder à une couverture médicale de base (CMB). Mais, avec l'augmentation du nombre de bénéficiaires, le défi est de garantir des ressources pérennes pour ce régime et d'assurer un accès aux prestations de soins de qualité.

4. Les programmes d'assistance sociale

Une multitude de programmes non-contributifs d'assistance sociale existe aujourd'hui au Maroc, dont l'objectif est de lutter contre la pauvreté et la précarité. Les institutions en charge de ces programmes sont les suivantes : Le Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille (MSDSEF), l'Entraide Nationale (EN), l'Agence du Développement Social (ADS), le Ministère de la Santé (MS), le Ministère de l'Education Nationale, l'INDH et les associations responsables de la gestion des centres et établissements d'action sociale.

a) Le Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille

Il pilote un ensemble de programmes sociaux, tout en ciblant les catégories de la société souffrant de la précarité, de la pauvreté et de l'exclusion, à savoir : les femmes en situation de difficulté et en situation de vulnérabilité, les personnes ayant un handicap, les enfants (victimes de violence et d'exploitation, en situation de rue ou enfant négligé, etc.) et les personnes âgées dans le besoin. On trouve, en plus, des programmes destinés à la promotion des droits catégoriels.

⁹⁹ Ministère de la santé (2015), *Symposium international sur « la couverture sanitaire des populations en précarité » RAMED. Rapport général*, 13 et 14 mars 2015, p 162.

¹⁰⁰ Ibid, p 163.

Parmi ces programmes, nous citons le programme national de qualification des établissements de protection sociale pour la période 2017-2021, L'objectif de ce programme est d'offrir un logement adéquat aux personnes âgées en situation difficile, des structures d'accueil de qualité, et d'améliorer et standardiser les services fournis au bénéfice des personnes âgées se trouvant dans les centres de protection sociale dédiés à cette tranche d'âge.

Le nombre d'établissements de protection sociale des personnes âgées pour l'année 2021 est de 70 établissements, dont 59 établissements déclarés répartis dans tout le Royaume. Le nombre total de bénéficiaires des services de ces établissements est environ 5 794 personnes âgées, dont 2 610 femmes, selon le diagnostic fait par le Ministère en 2019.¹⁰¹

Le Ministère de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement Social, aux côtés de l'Entraide Nationale et l'Agence de Développement Social, forment le « pôle social ». La stratégie de ce pôle social «4+4», couvre les différentes dimensions du développement humain et se décline en quatre axes stratégiques et quatre mesures de soutien. Les axes sont : Accompagnement institutionnel et renforcement du pôle social, encadrement, accompagnement et structuration de l'action sociale, promotion de l'action solidaire et d'entraide et enfin œuvrer pour l'équité, l'égalité et la justice sociale. Pour les mesures de soutien, il s'agit de : production législative et réglementaire, communication et sensibilisation, suivi et audit, et enfin partenariat institutionnel et coopération internationale.

b) L'Entraide nationale (EN)

« **L'Entraide nationale** » est créée en 1957 par le Dahir n°1.57.099 du 26 ramadan 1376, correspondant au 27 avril 1957 comme établissement privé à caractère social. En 1972, il est transformé en établissement public jouissant de la personnalité civile et de l'indépendance financière par décret n°2.71.625 du 12 Muharram 1392, correspondant au 28 février 1972. Actuellement, il est placé sous la tutelle administrative du Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille, sa mission est d'apporter toute forme d'aide et d'assistance aux populations et de concourir à la promotion familiale et sociale.

¹⁰¹ Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille, Bilan des réalisations du Ministère de la Solidarité, du Développement social, de l'Égalité et de la Famille 2017 – 2021, p 110 (document en arabe).

Les ressources de l'Entraide Nationale sont constituées essentiellement des : subventions annuelles de l'Etat, taxes parafiscales instituées à son profit, dons et legs, etc. Dans le cadre de son développement, l'Entraide Nationale a repositionné son intervention autour de trois principales fonctions sociales :¹⁰²

- **L'écoute, l'orientation, l'accompagnement** des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale à travers : l'accueil, l'écoute et l'orientation, l'évaluation individuelle de leur situation, l'information, le conseil et l'orientation, l'accompagnement individualisé et la médiation sociale (essentiellement familiale).
- **Les prestations sociales** à travers la prise en charge des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale : les femmes en situation de difficulté, les enfants en situation de difficulté et les personnes âgées sans ressources, ainsi que les personnes en situation de handicap.
- **La veille sociale** à travers : la collecte de données sur la situation des personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale, la construction et diffusion des bases de données relatives aux populations cibles, le suivi des personnes en situation de précarité et d'exclusion, en vue de mettre les mesures proactives pour une bonne gestion et amélioration de leurs situations.

En 2018, quelques 580 219 personnes ont bénéficié des services offerts par 4 196 centres d'Entraide Nationale : 102 957 personnes dans les centres d'assistance sociale (accueil, écoute, l'orientation et accompagnement des personnes en situation de précarité), 37 575 personnes dans les établissements de protection pour enfants en situation difficile, pour femmes en situation difficile, pour personnes en situation de handicap, pour personnes âgées et pour personnes en situation difficile, ainsi que 400 940 personnes dans les centres d'assistance à l'inclusion et à l'insertion sociale et 38 747 personnes ont reçu les aides d'urgence et actions humanitaires.¹⁰³

¹⁰² Royaume du Maroc, Service des Indicateurs et des Statistiques, Bilan de l'Entraide Nationale en chiffres, Annuaire Statistique, 2018, p 9.

¹⁰³ Ibid, p 13.

c) L'Agence de Développement Social

Elle a été créée en vertu des dispositions de la loi n° 12-99 du 25 août 1999, afin de contribuer au développement et à la diversification des services sociaux en adoptant une politique de qualification, de formation et de financement de projets générateurs de revenus au profit de groupes qui souffrent de vulnérabilité et d'exclusion sociale, soit directement, soit à travers les coopératives et les associations de la société civile.¹⁰⁴ L'ADS est placée sous la tutelle du Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille.

Le Fonds d'appui à la protection sociale et à la cohésion sociale (Anciennement Fonds d'appui à la cohésion sociale) offre certains services aux veuves en position de vulnérabilité, aux bénéficiaires de RAMED, aux personnes en situation de handicap, ainsi que des mesures pour lutter contre la déperdition scolaire.

Entre 2015 et 2020, le budget alloué au Fonds d'appui à la protection sociale et à la cohésion sociale pour couvrir les services dirigés aux personnes en situation de handicap a atteint environ 920,31 Millions de dirhams, répartis comme suit :¹⁰⁵

L'amélioration des conditions de scolarisation des enfants en situation de handicap: le nombre d'enfants ayant bénéficié de ces services a atteint 61 147, avec un budget de 679,12 Millions de Dh. La promotion de l'intégration professionnelle et des activités génératrices de revenu (AGR) : le fonds a appuyé entre 2015 et 2020 plus de 1 809 AGR, avec un budget de 74.9 Millions de Dh. L'acquisition d'aides techniques et d'appareillage avec un montant de 60.40 Millions de Dh. Contribution à la création et gestion des centres d'accueil avec un budget de 106.25 Millions de Dh.

¹⁰⁴Ministère de la Solidarité, du Développement social, de l'Égalité et de la Famille, Institutions sous tutelle, In : <https://social.gov.ma/institutions-sous-tutelle/>, consulté le 19/08/2021.

¹⁰⁵ Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille, Bilan des réalisations du Ministère de la Solidarité, du Développement social, de l'Égalité et de la Famille 2017 – 2021, p 74 (document en arabe).

d) L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH)

L'INDH est lancée en mai 2005 par le Roi Mohammed VI. L'INDH est un chantier de Règne destiné à réduire les grands déficits socio-économiques, favoriser l'intégration économique des plus démunis et préserver ainsi leur dignité.

La phase I de cette initiative, qui s'étale entre 2005-2010, contient quatre (04) programmes d'une valeur de 10 Milliards de dirhams, il s'agit de : la lutte contre la pauvreté en milieu rural (403 communes), la lutte contre l'exclusion au milieu urbain (264 quartiers), la lutte contre la précarité (8 catégories prioritaires) et un programme transversal (communes non ciblées selon les critères retenus pour les autres programmes).

La phase II (2011-2018) est composée de cinq (05) programmes avec un budget de 18 Milliards de dirhams : la lutte contre la pauvreté en milieu rural (702 communes), la lutte contre l'exclusion au milieu urbain (532 quartiers), la lutte contre la précarité (10 catégories prioritaires), programme transversal (communes non ciblées selon les critères retenus pour les autres programmes) ? et enfin le 5^{ème} programme sur la mise à niveau territoriale (3300 douars et 22 provinces).

Les deux phases I et II ont permis la réalisation de plus de 43 000 projets de développement humain, à savoir : l'accès aux services de base (8 200 km de pistes et de routes, 230 000 ménages desservis en eau potable, 60 000 foyers accordés en électricité), accès aux soins (519 centres de santé, 240 Dar el Oumouma, 1 150 ambulances, 560 caravanes médicales et compagnes de santé), appui à la scolarisation (1 400 Dar Talib (a), 1260 bus scolaires), soutien des personnes en situation précaire (1 134 centre pour femme en situation difficile, 630 centres pour personnes à besoins spécifiques, 140 centres pour personnes âgées), insertion sociale des jeunes (2 200 espaces sportifs, 512 maisons de jeunes, 350 centres culturels et bibliothèques), et enfin l'inclusion économique (9 400 activités génératrices de revenus dont 64 % au milieu rural, 50 % des bénéficiaires sont des femmes).¹⁰⁶

¹⁰⁶ Royaume du Maroc, Initiative Nationale pour le Développement Humain : Présentation de la phase III 2019 – 2023, pp. 16-17.

La Phase III (2019 – 2023) s’articule autour de quatre programmes : rattrapage des déficits en infrastructures et services sociaux de base, accompagnement de personnes en situation de précarité, amélioration du revenu et inclusion économique des jeunes, et enfin impulsion du capital humain des générations montantes. Cette phase se fixe un double objectif : consolider les acquis des phases I et II avec le 1^{er} et 2^{ème} programmes et bâtir l’avenir en s’attaquant aux freins du développement humain avec le 3^{ème} et 4^{ème} programme. Le financement de cette phase est estimé à 18 Milliards de dirhams, répartis comme suit ; 60 % budget général de l’Etat, 30 % budget des collectivités locales et 10 % coopérations internationales.

L’INDH a été classée, par la Banque Mondiale en 2015, troisième meilleur programme et initiative d’action d’intérêt général dans le monde.

Toujours dans le cadre de l’assistance sociale et de lutte contre la pauvreté, deux institutions phares sont créées, à savoir la Fondation Mohamed V en 1999 et le Fond Hassan II pour le développement économique et social en 2000.

Enfin, nous citons les programmes de subventions à la consommation alimentaire. Les produits subventionnés sont : le gaz butane, le sucre et un contingent de farine de blé tendre. Pour l’année 2019, la subvention du gaz butane et du sucre est estimé à 15,4 Milliards de dirhams, ce montant se décompose comme suit : subvention gaz butane : 12,4 Milliards de dirhams ; subvention sucre : 3,4 Milliards de dirhams.¹⁰⁷

De cette présentation, nous remarquons que de grands progrès sont réalisés dans la lutte contre la pauvreté et la précarité. Mais, vu la diversité des programmes d’assistance sociale et le nombre élevé d’intervenants, sans réel coordination, ni une vision d’ensemble claire, la gestion de ces dispositifs non contributifs devient complexe, ce qui pourra impacter négativement l’utilisation efficace des ressources allouées à l’assistance sociale.

¹⁰⁷ Ministère de l’Economie, des Finances et de la Réforme de l’Administration, Caisse de Compensation (2020), Bulletin d’information du mois de janvier 2020, Activité relative à l’année 2019, p 4.

Section 2 : La couverture des risques : maladie, maternité et accidents du travail

Dans cette deuxième section, nous étudierons la couverture de certains risques par le système de protection sociale, nous aborderons l'assurance maladie et maternité, les allocations familiales, l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles et l'assurance décès.

1. Assurance maladie

a) Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Les travailleurs salariés et non salariés du secteur privé sont soumis obligatoirement à l'assurance maladie obligatoire, sauf les salariés dont les employeurs assuraient, au moment de l'instauration de l'AMO, une couverture médicale facultative par le biais d'une compagnie d'assurance, d'une mutuelle ou d'une caisse interne.

Le panier de soins du secteur privé bénéficie à tous les assurés de l'AMO et permet : le suivi de la maternité et les actes médicaux et chirurgicaux en découlant, le suivi des enfants de moins de 12 ans, les prestations médicales requises et le suivi des affections longues et coûteuses (ALC) ainsi que des affections de longue durée (ALD), l'ensemble des soins et prestations dans le cadre d'une hospitalisation, les soins ambulatoires pour l'ensemble des bénéficiaires.¹⁰⁸

Les soins ambulatoires comprennent : les soins préventifs et curatifs liés au programme prioritaire de l'Etat, les soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, les soins liés à l'hospitalisation, les actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales, les analyses de biologie médicale, la radiologie et l'imagerie médicale, les explorations fonctionnelles, les médicaments admis au remboursement, les actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie, les actes paramédicaux, les dispositifs médicaux et implants nécessaires aux actes médicaux et chirurgicaux admis au remboursement, les appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement, les

¹⁰⁸ CLEISS, Le régime marocain de sécurité sociale, In : https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html#maladie-maternite, consulté le 21/08/2021.

soins bucco-dentaires, prothèses dentaires, l'orthodontie pour les enfants de moins de 16 ans sur accord préalable de la CNSS, ainsi que la lunetterie médicale.¹⁰⁹

Les consultations médicales délivrées par des généralistes (tarif national de référence : 150 MAD), ou des spécialistes (250 MAD), ainsi que les médicaments admis au remboursement, sont couverts à 70 % de la tarification nationale de référence (les médicaments génériques sont remboursés à 90%). Les dispositifs médicaux sont remboursés à 100%. Le remboursement des prothèses dentaires est effectué dans la limite d'un plafond fixé à 3 000 MAD par an.

L'hospitalisation et les soins ambulatoires liés à cette hospitalisation sont couverts à hauteur de 70 à 90 % du tarif national de référence (850 MAD par jour), selon qu'ils sont prodigués par le secteur privé ou par les hôpitaux publics.

Les salariés de la fonction publique sont aussi concernés par l'AMO : soins médicaux, actes chirurgicaux, analyses médicales, radiologie, soins dentaires, rééducation, services para médicaux, lunettes de vue. La prise en charge s'élève à 80 % du tarif national de référence. Les hospitalisations sont couvertes à 100 % en hôpitaux publics et à 90 % dans les cliniques privées. Les médicaments sont remboursés à hauteur de 70 % du tarif national de référence.

« L'AMO étudiante » est mise en place à la rentrée universitaire 2015, les étudiants bénéficient du même panier de soins que les salariés de la fonction publique.

Les personnes qui ne sont assujetties à aucun régime d'assurance maladie obligatoire, et qui ne disposent pas de ressources suffisantes pour faire face aux dépenses de soins de base, bénéficient des soins de santé relevant du RAMED, qui sont identiques au panier de soins de l'AMO, mais ne peuvent être dispensés que dans les hôpitaux publics, établissements publics de santé et services sanitaires relevant de l'Etat. (Voir le 3^{ème} point de la 1^{ère} section).

Les assurés sociaux cités ci-dessus bénéficient de l'assurance maladie obligatoire, il s'agit : des salariés et non salariés du secteur privé, des salariés de la fonction publique, des pensionnés, leur ayant droit (conjoint et enfants) et les étudiants. Les personnes en situation de pauvreté extrême et de vulnérabilité bénéficient du régime RAMED. Donc, nous constatons que la couverture des soins de santé touche une large partie de la population.

¹⁰⁹ Idem.

Notons aussi que le reste à la charge des ménages est élevé. En 2018, la part des ménages dans le financement de la santé est estimée à 59,7 %.¹¹⁰

b) Les prestations en espèces

Les travailleurs salariés bénéficient, dans le cas d'un arrêt de travail, des indemnités journalières dans les conditions suivantes : pour le premier arrêt de travail, l'assuré salarié doit justifier de 54 jours de cotisations au cours des six mois civils précédant l'incapacité de travail. Cette condition n'est pas nécessaire en cas d'accident non professionnel. En cas de maladie ou d'accident, les prestations sont servies à partir du 4^{ème} jour d'arrêt de travail pendant une période de 52 semaines maximum au cours des 24 mois consécutifs qui suivent le début de l'incapacité.

Les indemnités journalières sont égales à 2/3 du salaire journalier moyen sur lequel les cotisations ont été versées durant les six mois qui précèdent le début de l'incapacité de travail. Elles ne peuvent être inférieures au salaire minimum légal.

Nous pouvons dire que dans le cas d'un arrêt de travail, un revenu de remplacement existe pour les salariés, contrairement aux travailleurs non salariés qui ne cotisent pas pour ce risque et donc ils ne reçoivent pas d'indemnités journalières correspondantes.

2. Assurance maternité et congé de naissance

a) Assurance maternité

Dans le cadre de l'AMO (ou RAMED), la femme enceinte ouvre droit pendant toute sa grossesse à l'ensemble des prestations en nature requises par son état (visites médicales, radio, analyses, ...etc.), avant et après l'accouchement.

La femme assurée qui cesse toute activité salariale à l'occasion de l'accouchement, et qui justifie d'au moins 54 jours de cotisations pendant les 10 derniers mois d'immatriculation précédant la date de l'arrêt de travail pour congé prénatal, bénéficie d'indemnités journalières pendant 14 semaines (98 jours), dont 7 semaines minimum après la date de l'accouchement.

¹¹⁰Ministère de la santé, Comptes nationaux de la santé-2018, p 48.

Le montant des indemnités journalières égale à 100 % du salaire journalier moyen soumis à cotisation (plafonné à 6 000 MAD par mois) et perçu pendant les six derniers mois précédant l'arrêt du travail rendu nécessaire par la proximité de l'accouchement. Ces indemnités ne peuvent, en aucun cas, être inférieures au SMIG.

b) Le congé de naissance

Lorsqu'une naissance survient dans un foyer, le père a droit à un congé de naissance de trois jours, remboursé (692,30 MAD maximum) directement par la CNSS à l'employeur.

Nous pouvons déduire que la prise en charge existe pour ce risque et touche une large partie de la population concernée, puisque l'assurance maternité offre des prestations en nature avant et après l'accouchement et des indemnités journalières sont versées pendant 14 semaines en cas d'un arrêt de travail pour congé prénatal.

3. Les allocations familiales

Les bénéficiaires des allocations familiales sont les travailleurs salariés et les titulaires de pensions (vieillesse et d'invalidité) ayant des enfants nés au plus tard le 300^{ème} jour après la date de prise d'effet de la pension. L'âge des enfants ne doit pas dépasser 12 ans pour l'enfant à charge résidant au Maroc, 18 ans pour l'enfant qui est placé en apprentissage, 21 ans pour l'enfant qui a eu son baccalauréat et qui poursuit ses études au Maroc ou à l'étranger, et sans limite d'âge pour l'enfant handicapé ne disposant pas de revenu stable.

Le montant mensuel des allocations familiales est uniforme. Il est le même pour tout salarié, quel que soit son revenu. Il est égal, pour chaque enfant à charge et dans la limite de 6 maximum, à :

- 300 MAD du 1^{er} au 3^{ème} enfant ;
- 36 MAD du 4^{ème} au 6^{ème} enfant.

La couverture des allocations familiales est large pour les salariés ; les travailleurs non salariés ne cotisent pas et ne bénéficient pas de ces allocations.

4. Accidents du travail et maladies professionnelles

Ce régime est régi par les dispositions du dahir n° 1.60.223 du 6 février 1963, portant modification en la forme du dahir du 25 juin 1927 et la loi n° 18-12 du 29 décembre 2014 relative à la réparation des accidents du travail (AT). La gestion de l'assurance AT est assurée par :¹¹¹

- Les entreprises d'assurance et de réassurance régies par les dispositions du code des assurances, en ce qui concerne le régime de réparation des AT des salariés du secteur privé, des agents temporaires, occasionnels et journaliers des collectivités territoriales et des employeurs des établissements publics.
- Le Ministère du Travail et de l'Insertion Professionnelle (Direction de la Protection Sociale des Travailleurs), en ce qui concerne le régime de réparation des AT des agents temporaires, occasionnels et journaliers de l'Etat.
- La Caisse Nationale de Retraite et d'Assurance pour le paiement des majorations des rentes servies aux victimes du secteur privé, des agents temporaires, occasionnels et journaliers des collectivités territoriales et des employeurs des établissements publics.

La souscription à une assurance accident du travail - maladies professionnelles est obligatoire. Les entreprises doivent souscrire une police d'assurances pour le compte de leurs employés auprès d'une Société d'Assurance et de Réassurance.

L'assurance couvre les accidents de travail, les accidents survenus pendant les trajets et les maladies professionnelles provoquées par les conditions de travail et contractées à l'occasion du travail (Elles font l'objet d'une liste fixée et mise à jour par arrêté ministériel).

Les prestations garanties sont : les prestations en nature (frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation), les frais de transport, les frais funéraires en cas de décès, les frais d'appareillages et de prothèses, l'assistance d'une tierce personne pour les besoins de la vie courante et les prestations en espèces qui comportent : les indemnités journalières pour

¹¹¹ Ministère du Travail et de l'Insertion Professionnelle, Accidents de travail. In : <https://www.travail.gov.ma/mtip-espace-protection-sociale/couverture-sociale-des-travailleurs-publique-et-prive/accidents-de-travail/?lang=fr>, consulté le 27/08/2021.

incapacité temporaire de travail, la rente ou capital alloué à la victime en cas d'incapacité physique permanente et la rente versée aux ayants-droit de la victime.

a) Incapacité Temporaire de Travail (ITT)

Dans le cas d'une Incapacité Temporaire de Travail (ITT), des indemnités journalières sont versées à la victime à partir du jour qui suit l'accident du travail (le jour de l'accident étant à la charge de l'employeur), ou le jour de la consultation médicale jusqu'à la veille de la date de reprise du travail, le décès de la victime ou la date de constatation de l'incapacité permanente. Les indemnités journalières sont calculées comme suit :

$$[\text{Nombre de jours (ouvrables et non ouvrables)} \times \text{salaire journalier}] \times 2/3.$$

b) Incapacité Physique Permanente (IPP)

Dans le cas d'une Incapacité Physique Permanente, un taux d'Incapacité Physique Permanente (IPP) est déterminé lors d'une expertise médicale amiable ou judiciaire, en fonction du taux de réduction de la capacité de travail selon un barème officiel avec un maximum de 100 %.

Selon les articles 82 et 83 de la loi n° 18-12 du 29 décembre 2014 ? relative à la réparation des accidents du travail, le montant de la rente d'IPP est fonction du taux d'incapacité de travail, soit :

- Pour une IPP < à 10 %, l'indemnité donne lieu au paiement d'un capital de rachat ;
- Pour une IPP < à 30 %, l'indemnité est de la moitié du taux d'IPP ;
- Pour une IPP se situant entre 30 et 50 %, l'indemnité est de 15 % + la partie qui excède 30 % augmentée de moitié ;
- Pour une IPP > à 50 %, l'indemnité est de 45 % + la partie qui excède 50 %.

Lorsque l'état de l'assuré requiert l'assistance d'une tierce personne, l'indemnité est majorée d'une somme égale à 10 % de la rente.

L'assurance accident du travail et maladies professionnelles offre une couverture large pour la population concernée, puisque cette assurance garantit pour la victime des prestations en nature nécessaire à la réparation de l'accident, des indemnités journalières dans cas d'une

incapacité temporaire de travail et d'une rente viagère en cas d'incapacité physique permanente.

5. Assurance décès

a) Pension de survivant

Suite au décès d'un assuré après un accident de travail ou une maladie professionnelle, une pension de survivant est attribuée aux enfants de l'assuré décédé âgés de moins de 16 ans ou 26 ans, s'ils sont scolarisés, ou sans limite d'âge, s'ils sont atteints d'un handicap physique ou mental, au conjoint et aux ascendants qui au moment du décès étaient à la charge de la victime. Cette pension est calculée en pourcentage du salaire moyen du défunt qui varie selon le statut du survivant :

- 30 % au conjoint de moins de 60 ans, 50 % au conjoint de 60 ans ou plus ;
- 15 % pour chacun des orphelins ;
- 10 % pour chaque ascendant à charge.

Toutes les prestations de survivants confondues ne doivent pas dépasser 85 % du salaire moyen du défunt.

b) Allocation au décès

Cette allocation garantit aux proches de l'assuré décédé un capital destiné à leur permettre de faire face aux premières dépenses à la suite de la disparition de ce dernier.

L'allocation au décès est servie aux membres de la famille d'un assuré décédé qui étaient à sa charge au moment du décès, par ordre de priorité : le conjoint, les enfants, les ascendants, les frères et sœurs, à défaut, la personne qui a supporté les frais funéraires.

L'assuré décédé devait satisfaire à une des conditions suivantes : avoir cotisé durant 54 jours au cours des 6 mois précédant le décès, ou bénéficiaire au moment du décès, d'indemnités journalières de maladie ou d'accident, ou bien être titulaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité.

L'allocation au décès est versée en une seule fois et son montant varie de 10 000 à 12 000 MAD, en général. Ce montant est de 9.250 MAD si le décès est survenu suite à un accident de travail. Si le bénéficiaire n'est pas un membre de la famille, le montant varie de 5000 à 6000 MAD.

Nous constatons qu'en cas de décès du salarié, un capital décès est versé à ses membres de famille, et lorsque le décès est dû à un accident de travail, ses ayants droit bénéficient d'une pension de survivant. Donc, la couverture existe pour ce risque.

Section 3 : La couverture des risques : invalidité, vieillesse et survivants.

Cette dernière section sera également consacrée à la couverture de certains risques non développés dans la section précédente, nous étudierons l'assurance invalidité, l'assurance vieillesse, les prestations de survivant et l'Indemnité pour Perte d'Emploi.

1. Assurance invalidité

La pension d'invalidité est attribuée à l'assuré salarié qui n'a pas atteint l'âge d'admissibilité à la pension de vieillesse, et qui présente une invalidité présumée permanente le rendant incapable d'exercer une activité lucrative quelconque, et qui justifie des conditions de stage, à savoir : 1 080 jours de cotisations, dont 108 pendant les 12 mois civils qui précèdent le début de l'incapacité de travail suivie d'invalidité.

Si l'invalidité est due à un accident non professionnel, le droit à pension est reconnu sans condition de stage, pourvu que la victime ait été assurée à la date de l'accident.

Le montant de la pension correspond à 50% du salaire mensuel moyen soumis à cotisation pour l'assuré qui compte de 1080 à 3240 jours d'assurance. Ce taux est majoré de 1% pour chaque période de 216 jours de cotisation accomplie en plus des 3240 jours, sans toutefois, dépasser 70%. Si l'état de l'invalidité nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, le montant de la pension est majoré de 10% du salaire moyen ayant servi au calcul de ladite pension.¹¹²

Le salaire mensuel moyen qui est pris comme référence pour le calcul de la pension est défini comme la douzième ou la soixantième partie du total des salaires soumis à cotisation et perçus pendant les douze ou les soixante mois déclarés qui précèdent le dernier mois civil d'assurance avant le début de l'incapacité de travail.

¹¹² Ministère du Travail et de l'Insertion Professionnelle, Pension d'invalidité. In : <https://www.cnss.ma/fr/content/pension-d%E2%80%99invalidit%C3%A9>, consulté le 28/08/2021.

La pension d'invalidité ne peut dépasser 70 % du salaire de référence plafonné, soit 4 200 MAD et ne peut être inférieure à 1 000 MAD par mois. Cette pension d'invalidité est remplacée par une pension de vieillesse de même montant lorsque le bénéficiaire atteint l'âge ouvrant droit à ladite pension.

La couverture du risque invalidité est partielle. Cela revient au fait que, seulement les salariés sont couverts par l'assurance invalidité, les non salariés ne sont pas concernés par cette assurance. Et même les assurés salariés, ils bénéficient de la pension d'invalidité ; seulement les salariés qui sont atteints d'une réduction totale de leur capacité de travail, une réduction partielle n'est pas prise en considération.

2. Assurance vieillesse

Le système de retraite au Maroc se compose principalement de trois régimes publics obligatoires (CMR, CNSS et RCAR) et un régime facultatif (CIMR) géré par le secteur privé.

Le régime des pensions civiles et militaires, géré par la Caisse Marocaine des Retraites (CMR), un établissement public jouissant de l'autonomie administrative et financière, il s'adresse aux militaires et aux fonctionnaires titulaires de l'Etat et des collectivités locales.

Le régime de sécurité sociale : régime général, géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), établissement public placé sous la tutelle du ministère chargé de l'emploi et des affaires sociales, couvre les salariés du secteur privé.

Le Régime Collectif des Allocations de Retraite (RCAR), institution dotée de la personnalité morale et de l'autonomie financière, gère les pensions destinées aux fonctionnaires non titulaires de l'Etat et des collectivités locales, ainsi qu'aux employés des établissements publics.

Enfin, un régime de retraite complémentaire, qui n'a pas de caractère obligatoire, géré par la Caisse Interprofessionnelle Marocaine de Retraite (CIMR) qui a le statut de société mutuelle de retraite. L'adhésion à ce régime facultatif est ouverte à tout employeur ayant décidé d'en faire bénéficier son personnel, et à toute personne physique souhaitant y adhérer à titre individuel, qu'il s'agisse de travailleurs indépendants, de salariés du secteur privé ou public (dans ce cas, la cotisation est supportée en totalité par le salarié), ou encore de personnes exerçant une profession libérale.

Les régimes de retraite et leurs organismes de gestion sont placés sous le contrôle de la surveillance de l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (ACAPS). Cette autorité a pour mission de veiller notamment à la protection des assurés, affiliés et bénéficiaires de droits à travers le contrôle de la solvabilité des entreprises d'Assurances et de Réassurance et de la pérennité financière des régimes de prévoyance sociale.¹¹³

Tableau n°18: Evolution des bénéficiaires des régimes de base durant la période

2015-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
CNSS	492 411	513 487	543 375	568 296	595 354
CMR (RPC +RPM)	546 416	590 569	678 334	711 900	746 987
RCAR-RG	116 228	122 009	125 782	129 563	134 139
Régimes internes	9 001	9 434	9 892	10 540	10 962
TOTAL	1 164 056	1 235 499	1 357 383	1 420 299	1 487 442

RPC : Régime des pensions civiles. RPM : Régime des pensions militaires.

Source : Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (2019), Rapport d'activité 2019, p 27.

Le nombre de bénéficiaires de ces régimes s'est élevé au titre de 2019 à 1,5 million d'individus, dont 73,0% de retraités et 27,0% de bénéficiaires de pensions de réversion (conjoints et orphelins)¹¹⁴. Durant la période étudiée 2015-2019, le nombre de bénéficiaires des régimes de base a connu une augmentation de 27,77 %. Environ 90 % des ces bénéficiaires sont affiliés aux deux caisses la CMR (avec ses deux régimes RPC et RPM) et la CNSS.

¹¹³ Ministère Délégué auprès du Chef du Gouvernement chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance (2018), Mapping de la protection sociale au Maroc, p 72.

¹¹⁴ Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (2019), Rapport d'activité 2019, p 27.

Le système de retraite au Maroc se caractérise par sa fragmentation avec plusieurs régimes s'adressant à différentes catégories de travailleurs et avec différentes modalités en matière de financement, de calcul des prestations et de conditions d'octroi.¹¹⁵

a) Le régime de pension de vieillesse des travailleurs salariés

La CNSS gère le régime de base vieillesse pour les travailleurs salariés du secteur privé. Pour bénéficier d'une pension de retraite, l'assuré doit : cesser toute activité salariée, être âgé d'au moins 60 ans (ou de 55 ans pour les travailleurs des mines qui justifient avoir travaillé au fonds pendant cinq années au moins) et justifier d'au moins 3 240 jours d'assurance.

Le montant de la pension correspond à 50% du salaire mensuel moyen soumis à cotisation pour 3 240 jours de cotisations. Ce montant est augmenté de 1% pour chaque période d'assurance de 216 jours accomplie en plus des 3240 jours, sans toutefois, dépasser 70%. Le montant mensuel minimum de la pension de vieillesse est fixé à 1 000 dirhams.

Le salaire mensuel moyen qui est pris comme référence pour le calcul de la pension est défini comme la 96^e partie du total des salaires soumis à cotisation et perçus par l'assuré pendant les 96 mois déclarés qui précèdent le dernier mois civil d'assurance avant l'âge d'admission à pension.

A partir de 55 ans et jusqu'à 59 ans, l'assuré a la possibilité de demander une retraite anticipée moyennant le versement d'une prime par l'employeur à la CNSS. Le montant de cette prime varie en fonction de l'âge de l'assuré. Pour en bénéficier, il faut : l'accord de l'employeur, justifier d'au moins 3 240 jours de cotisations et avoir cotisé 54 jours de façon continue ou discontinue pendant les six mois précédant la demande.¹¹⁶

L'assuré qui a atteint l'âge de la retraite et qui a cessé toute activité rémunérée, mais qu'il n'a pas cumulé 3 240 jours de cotisations et il n'ouvre pas de droits à pension de vieillesse ou d'invalidité, peut bénéficier du remboursement des cotisations salariales de la branche pensions de vieillesse. Le montant de cette prestation est égal à la somme des cotisations

¹¹⁵ Ministère Délégué auprès du Chef du Gouvernement chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance (2018), Mapping de la protection sociale au Maroc, p 14.

¹¹⁶ CLEISS, Le régime marocain de sécurité sociale, In : https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html#vieillesse, consulté le 29/08/2021.

salariales actualisées, dues au titre de la branche pension de vieillesse. Peuvent également bénéficier de cette prestation les ayants droit de l'assuré décédé se trouvant dans la même situation.

Les conditions d'ouverture des droits à la retraite et le mode de calcul des pensions sont différentes dans les deux autres caisses CMR et RCAR, nous citons quelques points de différence : le taux de cotisation est de 11,89% pour la CNSS, 13% pour la CMR et 18% dans le RCAR. Le montant mensuel minimum de la pension de vieillesse est fixé à 1 000 dirhams dans la CNSS et 1 500 DHS dans la CMR et RCAR, le montant maximum est estimé à 70% du salaire moyen dans la CNSS, 100% du salaire moyen dans la CMR et 90% dans le RCAR.

b) Le régime de pension de vieillesse des travailleurs non salariés

Nous signalons que pour l'assurance vieillesse des catégories des non salariés, un cadre juridique est apparu en 2017 suite à la promulgation de la loi n° 99-15 (publiée le 21/21/2017 dans le bulletin officiel) instituant un régime de pension, géré par la CNSS, pour les catégories des professionnels, des travailleurs indépendants et des personnes non salariées exerçant une activité libérale. Un décret d'application de cette loi cité ci-dessus est publié le 21 janvier 2019.

L'âge légal de départ en retraite est de 65 ans avec possibilité d'avancer le départ à la retraite à partir de 60 ans, ou le proroger jusqu'à 75 ans. Le montant de la pension est égal au montant correspondant à la multiplication du nombre de points acquis par la valeur de service du point à la date de liquidation. Ce régime offre la possibilité de rachat des points pour permettre à la première génération de bénéficier d'une retraite ou pour augmenter le niveau de la retraite pour les autres catégories.

Selon l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (ACAPS), en 2019 : le taux de couverture retraite s'est établi à 42,5% de la population active occupée¹¹⁷, le taux de couverture retraite de la population âgée de 60 ans et plus est estimé à 25,1 %¹¹⁸. Et en absence de programme de pension sociale non-contributive dans le Royaume, nous pouvons

¹¹⁷ Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (2019), Rapport d'activité 2019, p 26.

¹¹⁸ Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (2019), Rapport annuel : Secteur de la prévoyance sociale, p 31.

dire que la couverture vieillesse pour les personnes âgées est partielle puisqu'elle touche seulement une partie des personnes de 60 ans et plus.

L'assistance sociale, notamment l'Entraide Nationale, offre des prestations sociales à travers la prise en charge des personnes âgées sans ressources dans des établissements de protection sociale dédiés à cette tranche d'âge.

3. Les prestations de survivant

La pension de survivant est une prestation accordée aux ayants droit (le conjoint et les enfants à charge) de l'assuré salariés qui, au moment de son décès bénéficiait d'une pension de vieillesse ou d'invalidité ou remplissait les conditions requises pour en bénéficier ou justifiait d'au moins 3 240 jours de cotisation à la date du décès. Si le décès d'un assuré assujetti est survenu suite à un accident imputable à un tiers, les ayants droit ont droit à une pension de survivant, sans conditions.

Le montant versé pour chaque ayant droit est un pourcentage de la pension due à l'assuré décédé : 50 % pour le conjoint, 25 % à l'orphelin de père ou de mère et 50 % à l'orphelin de père et de mère. Le montant total de pension du survivant ne peut être supérieur au montant total de la pension d'invalidité ou de vieillesse à laquelle le titulaire avait droit ou à laquelle l'assuré aurait pu prétendre à la date de son décès.

Dans le cas de décès d'un assuré ou d'un titulaire d'une pension de vieillesse du régime des travailleurs non salariés, une pension de survivant est octroyée à ses ayants droit : il s'agit du conjoint marié ou ayant eu un enfant dans les 300 jours qui précèdent la date du décès de l'assuré et les enfants à charge ouvrant droit aux allocations familiales.

Le montant de la pension de survivant est égale, pour le conjoint ou les orphelins, à 50 % du montant de la pension de vieillesse à laquelle le titulaire de pension avait droit ou aurait pu prétendre à la date de son décès. La pension allouée aux enfants survivants est répartie définitivement au moment de la liquidation par parts égales entre les orphelins.¹¹⁹

Nous pouvons conclure que dans le cas de décès de l'assuré titulaire d'une pension de vieillesse, les différents régimes de l'assurance vieillesse offrent une pension de survivants

¹¹⁹ CLEISS, Le régime marocain de sécurité sociale, In : https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_maroc.html, consulté le 09/09/2021.

pour les ayants droit de l'assuré décédé. Donc, la couverture existe pour ce risque et touche une large partie de la population concernée.

4. Indemnité pour Perte d'Emploi

La CNSS alloue aux salariés qui ont perdu leur emploi un minimum de revenu appelé Indemnité pour Perte d'Emploi (IPE). Cette indemnité est servie au salarié du secteur privé qui perd de manière involontaire son emploi, et qui est en recherche active d'un nouvel emploi. Elle constitue un revenu de remplacement, et ce pendant une période pouvant aller jusqu'à six mois. Pour bénéficier de l'IPE, le salarié doit avoir cumulé 780 jours de cotisations salariales pendant les 36 derniers mois précédant la date de perte d'emploi dont 260 jours durant les 12 mois précédant la perte d'emploi.

Le montant mensuel de l'indemnité est égal à 70% du salaire de référence (salaire mensuel moyen déclaré des 36 derniers mois), sans excéder le montant du salaire minimum légal. La période indemnisée est assimilée à une période d'assurance ouvrant droit à l'assurance maladie, aux allocations familiales et est prise en compte pour la détermination des droits à la retraite.

Avec, depuis sa mise en place en 2015, près de 28 206 personnes indemnisées, soit une moyenne de moins de 9 400 par an, et une prestation plafonnée à 70% du salaire minimum...Rapporté à la population au chômage, estimée en moyenne à 10% de la population active, l'effectif des bénéficiaires de l'IPE est inférieur à 1%.¹²⁰. En l'absence d'une assurance chômage, nous pouvons dire que la couverture du risque chômage est très partielle.

¹²⁰ Conseil Economique, Social et Environnemental (2018), la protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales, n° 34, 2018, p 64.

Conclusion

L'objectif visé par ce chapitre, est de présenter l'étude de la couverture des risques par le système de protection sociale dans le royaume du Maroc. Nous pouvons récapituler l'état de la couverture des risques étudiés dans ce chapitre, comme suivant :

- L'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) couvre une large partie de la population assurée, il s'agit : des salariés et non salariés du secteur privé, des salariés de la fonction publique, des pensionnés, leur ayants droit (conjoint et enfants) et les étudiants. Les personnes en situation de pauvreté extrême et de vulnérabilité bénéficient du régime RAMED. Donc, nous constatons que la couverture des soins de santé touche une large partie de la population, mais le reste à la charge des ménages est élevé. En 2018, la part des ménages dans le financement de la santé est estimée à 59,7 % (comptes nationaux de la santé).

- Dans le cas d'un arrêt de travail, un revenu de remplacement existe pour les salariés, contrairement aux travailleurs non salariés qui ne cotisent pas pour ce risque et donc ils ne reçoivent pas d'indemnités journalières correspondantes.

- L'assurance maternité offre des prestations en nature avant et après l'accouchement et verse des indemnités journalières pendant 14 semaines, en cas d'un arrêt de travail pour congé prénatal. Nous pouvons déduire que la prise en charge existe pour ce risque et touche une large partie de la population concernée. La couverture des allocations familiales est partielle, puisqu'elle concerne seulement les salariés, les travailleurs non salariés ne cotisent pas et ne bénéficient pas de ces allocations.

- L'assurance accident du travail et maladies professionnelles offre une couverture large pour la population concernée, puisque cette assurance garantit pour la victime des prestations en nature nécessaires à la réparation de l'accident, des indemnités journalières dans le cas d'une incapacité temporaire de travail et d'une rente viagère en cas d'incapacité physique permanente.

- Pour l'assurance décès et en cas de décès du salarié, un capital décès est versé à ses membres de famille, et lorsque le décès est dû à un accident de travail, ces ayants droit bénéficient d'une pension de survivant. Donc, la couverture existe pour ce risque.

- La couverture du risque invalidité est partielle, cela revient au fait que, seulement les salariés sont couverts par l'assurance invalidité, les non salariés ne sont pas concernés par cette assurance. Et même les assurés salariés, ils bénéficient de la pension d'invalidité seulement les salariés qui sont atteints d'une réduction totale de leur capacité de travail, une réduction partielle n'est pas prise en considération.

- Concernant l'assurance vieillesse, selon l'Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (ACAPS), en 2019 : le taux de couverture retraite s'est établi à 42,5% de la population active occupée, le taux de couverture retraite de la population âgée de 60 ans et plus est estimé à 25,1 %. Et en absence de programme de pension sociale non-contributive dans le Royaume, nous pouvons dire que la couverture vieillesse pour les personnes âgées est partielle, puisqu'elle touche seulement une partie des personnes de 60 ans et plus.

- Dans le cas de décès de l'assuré titulaire d'une pension de vieillesse, les différents régimes de l'assurance vieillesse offrent une pension de survivant pour les ayant droits de l'assuré décédé.

- L'assurance chômage n'existe pas au Maroc, seulement une Indemnité pour Perte d'Emploi (IPE) est servie aux salariés du secteur privé qui perdent de manière involontaire leur emploi, et ce pendant une période qui ne peut dépasser six mois. Donc, nous pouvons dire que la couverture du risque chômage est très partielle.

CHAPITRE 6

ANALYSE COMPARATIVE DE LA COUVERTURE DES RISQUES DANS LES TROIS PAYS DU MAGHREB

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb.

Introduction

Après avoir détaillé, dans les chapitres précédents, la couverture des risques sociaux en Algérie, en Tunisie et au Maroc, et cela en se basant sur la convention n°102 de 1952 de l'OIT concernant la sécurité sociale (norme minimum), l'objectif de ce chapitre est de faire une analyse comparative entre les trois pays du Maghreb. Ainsi, nous présentons d'abord les recommandations de la convention concernant les personnes à protéger ainsi que les différentes prestations, ensuite la situation de la couverture réelle des risques dans les pays du Maghreb, pour savoir enfin la conformité de cette couverture dans ces pays par rapport aux exigences de la convention.

Le risque santé est détaillé, dans la convention, dans la partie II sur les soins médicaux et la partie III sur les indemnités de maladies. Concernant les femmes enceintes, la convention en question prévoit des prestations de maternité dans la partie VIII. Comme elle prévoit aussi des prestations d'invalidité dans la partie IX. Dans le cas de décès du soutien de famille, la convention garantit aux personnes protégées l'attribution de prestations de survivant indiquées dans la partie X.

Pour le risque vieillesse, la partie V garantit des prestations de vieillesse pour les personnes âgées. Les parties VII et IV de la convention, sont consacrées successivement aux prestations familiales et aux prestations de chômage. Enfin, et conformément aux différents articles de la partie VI, elle assure aux personnes protégées une couverture en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Nous passons en revue alors la couverture de chaque risque évoqué ci-dessus en Algérie, en Tunisie et au Maroc. Cela nous permet de savoir le degré du respect des différentes recommandations de la convention, détecter les défauts de couverture dans les pays cités et de savoir, également, le pays qui couvre mieux que les autres sa population contre les divers risques.

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

En résumé, ce chapitre est composé de trois sections qui effectuent une comparaison des risques sociaux dans les pays du Maghreb. Dans la première section, nous allons détailler la couverture des risques santé et maternité, dans une seconde section, nous allons aborder la couverture des risques, invalidité, décès et vieillesse. La dernière section, quant à elle, étudiera les prestations familiales, le risque chômage, et la couverture en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

Section 1 : La couverture des risques santé et maternité

Dans cette première section, nous allons détailler la couverture des risques santé et maternité. L'**assurance maladie** couvre le risque santé et comporte des prestations en nature (soins médicaux) et des prestations en espèces (les indemnités de maladie). Quant à l'assurance maternité, elle comporte des prestations de maternité et des indemnités journalières.

1. Assurance maladie

a) Les soins médicaux

Le risque santé est détaillé dans la convention, dans la partie II, sur les soins médicaux et la partie III sur les indemnités de maladie. Pour les soins médicaux, les articles 7 et 8 annoncent que « *Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir l'attribution de prestations aux personnes protégées lorsque leur état nécessite des soins médicaux de caractère préventif ou curatif, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.* ». « *L'éventualité couverte doit comprendre tout état morbide quelle qu'en soit la cause, la grossesse, l'accouchement et leurs suites.* ».

➤ Les personnes protégées

Dans la deuxième partie sur les soins médicaux de la convention n°102 de l'OIT, la population à protéger est indiquée par l'article n°9 : « *Les personnes protégées doivent comprendre :*

(a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés, ainsi que les épouses et les enfants des salariés de ces catégories;

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

(b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidants, ainsi que les épouses et les enfants des membres de ces catégories;

(c) soit des catégories prescrites de résidants, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des résidants;

(d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins, ainsi que les épouses et les enfants des salariés de ces catégories.... ».

Nous allons essayer de vérifier la première proposition. C'est-à-dire, la catégorie des salariés où les données sont plus au moins disponibles dans les trois pays.

Pour le cas de l'Algérie, les salariés et leurs ayants droit (enfants et conjoint) sont affiliés à la CNAS et bénéficient de la couverture des soins médicaux, donc il dépasse les 50% recommandés par la convention (en théorie, il est de 100%). En Tunisie, la population des salariés et leurs ayants droit (le conjoint et les enfants) est concernée par la couverture de ce risque. Quant au cas du Maroc, les travailleurs salariés du secteur privé et les salariés de la fonction publique sont soumis obligatoirement à l'assurance maladie obligatoire.

Les trois pays assurent la couverture des soins médicaux pour leur population salariée, ainsi que leurs ayants droit (le conjoint et les enfants), donc ils satisfont l'exigence en termes de la population couverte, puisque qu'ils dépassent le taux de couverture de 50% (recommandé par la convention) de la population salariée.

➤ Les prestations

Concernant les prestations, l'article n°10 précise que ; « 1. *Les prestations doivent comprendre au moins:*

(a) en cas d'état morbide:

(i) les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile;

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

(ii) les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées et les soins de spécialistes qui peuvent être donnés hors des hôpitaux;

(iii) la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels sur ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien qualifié;

(iv) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire; ».

Concernant l'assurance maladies, et comme nous l'avons détaillé précédemment dans les derniers chapitres, les trois pays proposent des prestations en nature de soins médicaux, selon le système de santé de chaque pays. Ces prestations qui sont offertes par le secteur public, et/ou privé, se différencient par les modalités de prise en charge de soins, de remboursement des médicaments et la valeur du ticket modérateur que doit s'acquitter les assurés sociaux et le reste de la population.

Le même article n°10 rajoute que : « ...2. *Le bénéficiaire ou son soutien de famille peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide; les règles relatives à cette participation doivent être établies de telle sorte qu'elles n'entraînent pas une charge trop lourde.* ». Cette convention n'a pas précisé le montant que doit prendre en charge le ménage. Si nous référons à l'OMS, les charges de santé qui sont supportées par les ménages ne doivent pas dépasser 10% des dépenses totales de santé. Il ressort de l'analyse réalisée que la participation financière des ménages pour leur santé est élevée au Maroc et en Algérie.

b) Les indemnités journalières

Le droit aux indemnités de maladies est indiqué dans l'article 13 «*Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution d'indemnités de maladie, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.* », l'article 14 précise que « *L'éventualité couverte doit comprendre l'incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain telle qu'elle est définie par la législation nationale.* ».

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

Tableau n°19 : La comparaison entre les trois pays des indemnités journalières

	Convention n°102 de l'OIT	Algérie	Tunisie	Maroc
Salariés protégés (%)	50% au moins	100%	100%	100%
Durée maximum de la prestation	26 semaines	3 ans	180 jours (ou plus dans certains cas)	52 semaines
Montant (% du salaire)	45 %	50% du 1 ^{er} au 15 ^{ème} jour et 100% à partir du 16 ^{ème} jour.	2/3 du salaire pendant 180 jours et 50% ultérieurement	2/3 du salaire

Source : Réalisé par nos soins.

Les trois pays offrent des indemnités journalières en cas d'un arrêt de travail pour cause de maladie, avec quelques différences dans les modalités d'attribution.

La convention n°102, dans l'article n°15, précise que « *Les personnes protégées doivent comprendre : (a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés ;.....* ». Cela se vérifie pour les trois pays puisque tous les salariés déclarés (en théorie) sont protégés contre ce risque, soit un taux de couverture de 100%.

Selon l'article n° 18 : « ...*la durée de la prestation puisse être limitée à 26 semaines par cas de maladie, avec la possibilité de ne pas servir la prestation pour les trois premiers jours de suspension du gain.* ». L'Algérie offre cette prestation pour une durée maximum de 3 ans, le Maroc pour 52 semaines et enfin la Tunisie pour 180 jours (environ 26 semaines), avec une possibilité de prolonger la durée au delà des 180 jours¹²¹. Donc, les trois pays respectent la durée de la prestation exigée par la convention.

Pour le **montant des indemnités journalières**, l'article 16 précise que « *Lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66...* ». Dans la partie XI, sur le calcul des paiements périodiques, l'article 65, 66

¹²¹ Dans le cas de longue maladie ou d'hospitalisation, et après accord de la commission médicale de la CNAM.

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

et l'annexe de cette partie recommandent que le montant de la prestation, pour le bénéficiaire-type¹²², soit au moins égal à 45% par rapport au total du gain antérieur du bénéficiaire.

Ce taux est largement dépassé par les trois pays. L'Algérie verse un revenu de remplacement égal à 50% du 1^{er} au 15^{ème} jour, et un revenu de 100% à partir du 16^{ème} jour. La Tunisie verse des indemnités journalières estimées à 2/3 du salaire antérieur pendant 180 jours, puis réduit à 50% au delà. Quant au Maroc, ces indemnités sont égales à 2/3 du salaire antérieur.

Nous remarquons que dans le cas d'une maladie qui donne lieu à un arrêt de travail, les prestations existent dans les trois pays, elles respect les normes (conditions) annoncées par la convention n°102 de l'OIT, avec une meilleure prise en charge de ce risque en Algérie, ensuite au Maroc et enfin en Tunisie.

2. Assurance maternité

La partie VIII de la convention aborde les prestations de maternité, « *L'éventualité couverte sera la grossesse, l'accouchement et leurs suites, et la suspension du gain qui en résulte, telle qu'elle est définie par la législation nationale.* »¹²³.

a) Les prestations de maternité

Concernant les prestations médicales de maternité, l'article n°49 précise que : «2. *Les soins médicaux doivent comprendre au moins:*

(a) les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals, donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée;

(b) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.... ».

Les trois pays offrent des prestations médicales de maternité telle quelles sont évoquées dans les chapitres précédents (soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et l'hospitalisation). Les modalités de prise en charge de la grossesse, de remboursement des

¹²² Il s'agit d'un homme ayant une épouse et deux enfants.

¹²³ Article n° 47 de la convention n°102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), OIT, 1952.

médicaments et la participation financière des patientes varient d'un pays à l'autre selon la législation en vigueur.

➤ **Les personnes protégées**

L'article n°48 de la convention en question précise la population concernée : « *Les personnes protégées doivent comprendre:*

(a) soit toutes les femmes appartenant à des catégories prescrites de salariés, ces catégories formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés et, en ce qui concerne les prestations médicales en cas de maternité, également les épouses des hommes appartenant à ces mêmes catégories;... ».

Les trois pays satisfont cette condition, puisque la couverture des prestations médicales de maternité touche toutes les catégories de femmes salariées, ainsi que les épouses des travailleurs salariés.

Pour la couverture globale des femmes, elle est large dans les trois pays, avec une couverture élevée en Tunisie et au Maroc, et moyenne en Algérie.

b) Les indemnités journalières

En ce qui concerne la suspension du gain résultant de la grossesse, de l'accouchement et de leur suite, toutes les femmes salariées bénéficient des indemnités journalières comme le montre le tableau n°20 :

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

Tableau n°20 : La comparaison entre les trois pays des indemnités journalières de maternité

	Convention n°102 de l'OIT	Algérie	Tunisie	Maroc
Salariées protégées (%)	100 % au moins	100%	100%	100%
Durée de la prestation	12 semaines	14 semaines	30 jours	14 semaines
Montant (% du salaire)	45 %	100 %	2/3 du salaire	100 %

Source : Réalisé par nos soins.

Concernant la durée du congé de maternité, et selon l'article n° 52, « ...*les paiements périodiques peuvent être limités à douze semaines...* ». L'Algérie et le Maroc versent ces indemnités journalières pendant 14 semaines, et seulement 30 jours pour la Tunisie. Pour cette dernière, cette durée est inférieure à 12 semaines exigées par la convention n°102 de l'OIT.

Pour le **montant des indemnités journalières**, la convention recommande que le montant de la prestation soit au moins égal à 45%¹²⁴ par rapport au total du gain antérieur de la femme salariée. Les trois pays dépassent ce taux, puisque l'Algérie et le Maroc offrent des indemnités égales à 100 % du gain antérieur, contre 2/3 de ce gain en Tunisie.

Nous remarquons que dans le cas d'une maternité qui donne lieu à un arrêt de travail, les prestations existent dans les trois pays, elles respect les exigences annoncées par la convention n°102 de l'OIT, sauf la condition de durée des indemnités journalières dans le cas de la Tunisie qui est au-dessous de la norme exigée.

¹²⁴ Voir l'annexe de la partie XI (sur le calcul des paiements périodique) de la convention n°102 de l'OIT.

Section 2 : La couverture des risques invalidité, décès et vieillesse

Nous allons aborder dans cette deuxième section, la comparaison des prestations qui sont destinées à la couverture de trois risques : le risque invalidité en cas de réduction de la capacité du travail, le risque décès lors du décès du soutien de famille, et enfin le risque vieillesse pour les personnes âgées.

1. Assurance invalidité

Dans le cas où l'assuré est atteint d'une réduction totale ou partielle de sa capacité de travail, la convention n° 102 prévoit des prestations d'invalidité : « *L'éventualité couverte sera l'inaptitude à exercer une activité professionnelle, d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette inaptitude sera permanente ou lorsqu'elle subsiste après la cessation de l'indemnité de maladie.* » (Article n° 54).

Tableau n°21 : La comparaison entre les trois pays des prestations d'invalidité

	Convention n°102 de l'OIT	Algérie	Tunisie	Maroc
Salariés protégés (%)	50 % au moins	100%	100%	100%
Réduction de la capacité de travail	Pas de précision	50 %	2/3	100 %
Montant de la prestation (% du salaire)	50 %	60 % à 80 %	50 % à 80 %	50 % à 70 %
Majoration en cas d'assistance d'une tierce personne	Pas de précision	40 %	20 %	10 %

Source : Réalisé par nos soins.

➤ Population concernée

La population à protéger pour ce risque est indiquée par l'article n°55 : « *Les personnes protégées doivent comprendre:*

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

(a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés; ... ».

Les trois pays disposent d'une législation qui permet de couvrir le risque invalidité pour l'ensemble des salariés qui n'ont pas atteint l'âge d'admissibilité à la pension de vieillesse. Donc, ils sont conformes à la norme citée ci-dessus en termes de salariés protégés.

➤ **Le taux d'incapacité**

La convention ne précise pas le taux de réduction de la capacité de travail à partir duquel le salarié bénéficie d'une pension d'invalidité. L'Algérie attribue cette pension d'invalidité pour le salarié qui est contraint d'interrompre son travail pour cause d'invalidité qui réduit, au moins de moitié (50%), sa capacité de travail ou de gain. Ce taux est de 2/3 en Tunisie. Par contre, le Maroc exige que l'invalidité présumée soit permanente et rend le salarié incapable d'exercer une activité lucrative quelconque (donc une réduction de 100%).

➤ **Le montant de la prestation d'invalidité**

Pour la prestation d'invalidité, l'article n° 56 annonce que « *La prestation sera un paiement périodique calculé comme suit:*

(a) conformément aux dispositions, soit de l'article 65, soit de l'article 66, lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active; ... ».

La convention recommande que le **montant de la prestation d'invalidité**, pour le bénéficiaire-type¹²⁵, soit au moins égal à 40 %¹²⁶ par rapport au total du gain antérieur du bénéficiaire. Les trois pays satisfont cette condition, puisqu'ils proposent une pension d'invalidité qui varie entre 50 et 80 % du gain antérieur. Si l'état de l'invalidé nécessite l'assistance permanente d'une tierce personne, le montant de la pension est majoré de 40% en Algérie, 20% en Tunisie et seulement 10% au Maroc.

¹²⁵ Il s'agit d'un homme ayant une épouse et deux enfants.

¹²⁶ Voir l'annexe de la partie XI (sur le calcul des paiements périodique) de la convention n°102 de l'OIT.

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

Nous constatons que les trois pays offrent des prestations (la pension) d'invalidité pour l'ensemble des salariés qui n'ont pas atteint l'âge d'admissibilité à la pension de vieillesse, et cela en respectant les normes recommandées par la convention n°102 de l'OIT. Ils proposent même une majoration de la pension d'invalidité dans le cas où il y a nécessité d'assistance d'une tierce personne. La prise en charge de ce risque pour les salariés est meilleure en Algérie, ensuite la Tunisie et enfin le Maroc.

2. Assurance décès

Dans le cas du décès du soutien de famille, la convention garantit aux personnes protégées, l'attribution de prestations de survivant : « 1. *L'éventualité couverte doit comprendre la perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille; dans le cas de la veuve, le droit à la prestation peut être subordonné à la présomption, conformément à la législation nationale, qu'elle est incapable de subvenir à ses propres besoins...* ».¹²⁷

➤ Population protégée

Les individus qui doivent être protégés de ce risque sont mentionnés par l'article n° 61 : « *Les personnes protégées doivent comprendre:*

(a) soit les épouses et les enfants de soutien de famille appartenant à des catégories prescrites de salariés, ces catégories formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;... ».

Dans les trois pays, les ayants droit du salarié décédé (le conjoint et les enfants) bénéficient, dans certaines conditions, de la couverture de ce risque. Ils satisfont alors cette condition de personnes protégées.

¹²⁷ Article n°60 de la convention n°102 concernant la sécurité sociale (norme minimum), OIT, 1952.

➤ Le montant de la prestation

Les articles n°62 et n°65, précisent que la prestation de décès sera un paiement périodique, et son montant, pour le bénéficiaire-type¹²⁸, soit au moins égal à 40 %¹²⁹ par rapport au total du gain antérieur du défunt.

Les ayants droit d'un assuré décédé, remplissant les conditions de durée de travail, bénéficient d'une allocation-décès (capital décès). Cette allocation-décès est versée en une seule fois et son montant s'élève à douze (12) fois le montant du salaire de poste mensuel le plus favorable perçu durant l'année précédant le décès du salarié en Algérie, il varie de 12-18 mois de revenus en Tunisie, et de 10 000 à 12 000 MAD, en général, au Maroc.

Dans le cas de décès d'un titulaire d'une pension d'invalidité, de retraite ou de rente d'accident de travail, les ayants droit bénéficient d'une pension de survivant dont le montant varie selon la réglementation en vigueur dans les trois pays.

La couverture pour le risque décès, pour les trois pays, se compose essentiellement du « capital décès » et d'une pension de survivant. Cette dernière est servie dans le cas de décès du salarié titulaire d'une pension d'invalidité, de retraite ou de rente d'accident de travail. Dans le cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit ne bénéficient pas de cette pension de survivant. Donc, la couverture du risque décès est moyenne dans les pays du Maghreb.

3. Assurance vieillesse

Pour le risque vieillesse, la partie V de la convention garantit des prestations de vieillesse pour les personnes âgées, conformément aux articles n° 25 et 26 : *«Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur, doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de vieillesse, conformément aux articles ci-après de ladite Partie »*, «1. L'éventualité couverte sera la survivance au-delà d'un âge prescrit. 2. L'âge prescrit ne devra pas dépasser soixante-cinq ans. Toutefois, un âge supérieur pourra

¹²⁸ Veuve ayant deux enfants.

¹²⁹ Voir l'annexe de la partie XI (sur le calcul des paiements périodiques) de la convention n°102 de l'OIT.

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

être fixé par les autorités compétentes, eu égard à la capacité de travail des personnes âgées dans le pays dont il s'agit... ».

Les trois pays offrent des prestations de vieillesse et respectent la condition de l'âge ; l'âge de départ à la retraite est de 60 ans pour les travailleurs salariés, la Tunisie et le Maroc offrent même une réduction de 5 ans pour certains métiers pénibles. Pour les non salariés, l'âge de départ à la retraite est de 65 ans dans les trois pays, avec une possibilité de demander cette retraite à partir de 60 ans dans certaines conditions dans la Tunisie et le Maroc.

L'Algérie réduit l'âge de départ à la retraite de 5 ans pour les femmes travailleuses, 55 ans pour les salariées et 60 ans pour les non salariées. Cette catégorie bénéficie encore d'une réduction d'un an de l'âge légal de la retraite par enfant élevé, dans la limite de trois (03).

Une **pension anticipée** peut être attribuée, dans certaines conditions, à partir de 50 ans en Tunisie et 55 ans au Maroc (l'Algérie a éliminé toute forme de départ avant 60 ans depuis 2017).

Tableau n°22 : La comparaison entre les trois pays des prestations de vieillesse pour les salariés

	Convention n°102 de l'OIT	Algérie	Tunisie	Maroc
Salariés protégés (%)	50 % au moins	100%	100%	100%
L'âge de départ à la retraite	65 ans	60 ans	60 ans	60 ans
Montant de la prestation (% du salaire)	40 %	37,5 % à 80 %	40 % à 80 %	50 % à 70 %
Durée minimale	15 ans	15 ans	120 mois	2 340 jours
Retraite anticipée	Pas de précisions	Pas disponible	A partir de 50 ans	A partir de 55 ans

Source : Réalisé par nos soins.

➤ Les personnes protégées

L'article n°27 de la convention précise les catégories de la population à protéger : « *Les personnes protégées doivent comprendre: (a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés; ...* ». Tous les salariés sont couverts à condition de satisfaire certaines conditions, il s'agit de justifier d'une durée minimale exigée de travail et de cotisation. Cette durée est de 15 ans en Algérie, 120 mois de cotisations en Tunisie et 3 240 jours d'assurance au Maroc.

➤ Les prestations et le montant

La forme de la prestation, pour des catégories de salariés, est précisée par l'article n°28 : « *La prestation sera un paiement périodique calculé comme suit : (a) conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66, lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active; ...* ».

Le montant de la prestation de vieillesse, en référence à la Partie XI sur le calcul des paiements périodiques, devra être tel que, pour le bénéficiaire-type¹³⁰ visé au tableau annexé à cette Partie, qu'il soit au moins égal à **40%** par rapport au total du gain antérieur du bénéficiaire.

Pour avoir bénéficié de cette prestation, un nombre d'années de travail et de cotisations est exigé, l'article n° 29 précise cette durée : « *1. La prestation mentionnée à l'article 28 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins : (a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage qui peut consister soit en 30 années de cotisations ou d'emploi, soit en 20 années de résidence; ...* ».

Les trois pays étudiés satisfont les conditions de durée et le montant de la prestation de vieillesse cités ci-dessus ; le montant de la prestation de vieillesse peut atteindre jusqu'à 80% du gain antérieur du bénéficiaire pour une durée de cotisations de 32 ans en Algérie et 30 ans

¹³⁰ Homme ayant une épouse d'âge à pension.

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

en Tunisie Au Maroc, le montant maximum varie d'une caisse à l'autre. Pour la CMR, il est estimé à 100% du salaire moyen après 40 ans de cotisations.

« ... 2. Lorsque l'attribution de la prestation mentionnée au paragraphe 1 est subordonnée à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation ou d'emploi, une prestation réduite doit être garantie au moins :
(a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage de 15 années de cotisation ou d'emploi; ... » (Article n°29).

Pour cette prestation réduite, le salarié doit justifier d'une durée minimale de 15 ans en Algérie pour bénéficier d'une pension de retraite à 37,5 % du gain antérieur. La Tunisie exige 120 mois de cotisations pour une pension à 40 %, alors que le Maroc exige 3 240 jours d'assurance pour bénéficier d'une prestation de vieillesse à 50 %.

Pour les travailleurs salariés qui ne satisfont pas les exigences des durées minimales du travail, citées ci-dessus, ils ouvrent droit à une allocation de retraite en Algérie à condition de justifier au moins 5 ans ou 20 trimestres de travail. En Tunisie, une pension proportionnelle est accordée à l'assuré salarié qui justifie de 60 mois de cotisations au minimum. Au Maroc, le salarié du secteur privé qui n'a pas cumulé 3 240 jours de cotisations peut bénéficier du remboursement des cotisations salariales de la branche vieillesse.

Section 3 : Les prestations familiales, assurance chômage et les accidents du travail et maladies professionnelles

Dans cette dernière section, nous effectuons une comparaison entre les différentes prestations attribuées aux familles, les mesures prises dans le cadre de l'assurance chômage, ainsi que les prestations fournies dans le cas d'accidents de travail et maladies professionnelles.

1. Les prestations familiales

Les articles n°39 et 40, précisent le doit aux prestations familiales : « *Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations aux familles, conformément aux articles ci-après de*

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

ladite Partie. », « L'éventualité couverte sera la charge d'enfants selon ce qui sera prescrit. ». Cette couverture d'enfants est garantie dans tous les pays du Maghreb, avec certaines différences dans les conditions et le montant des prestations familiales.

➤ Population protégée

La population à protéger est indiquée par l'article n°41 : « Les personnes protégées doivent comprendre :
(a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés ;
(b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents; ».

Pour la 1^{ère} condition, il s'agit des catégories de salariés. La couverture est large pour cette catégorie dans les pays du Maghreb. Tous les salariés ayant des enfants à la charge dans les trois pays étudiés bénéficient de prestations familiales.

➤ Les prestations

Concernant la nature ou la forme des prestations familiales, l'article n° 42 précise : « Les prestations doivent comprendre:
(a) soit un paiement périodique attribué à toute personne protégée ayant accompli le stage prescrit;
(b) soit la fourniture aux enfants, ou pour les enfants, de nourriture, de vêtements, de logement, de séjour de vacances ou d'assistance ménagère;
(c) soit une combinaison des prestations visées sous a) et b). ». Les trois pays du Maghreb offrent des prestations familiales sous forme de paiement périodique (mensuel) conformément à la première proposition de l'article n° 42.

➤ Le montant

Le montant des prestations familiales est indiqué par l'article n° 44 : « La valeur totale des prestations attribuées conformément à l'article 42 aux personnes protégées devra être telle qu'elle représente :

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

(a) soit 3 pour cent du salaire d'un manœuvre ordinaire adulte masculin déterminé conformément aux règles posées à l'article 66, multiplié par le nombre total des enfants de toutes les personnes protégées;... ».

Le montant des prestations familiales varie d'un pays à l'autre. En Algérie, les allocations familiales sont égales à 300 DA ou 600 DA, selon le salaire de l'allocataire et le rang de l'enfant dans la fratrie. Si nous supposons que le salaire d'un manœuvre est celui du SNMG 20 000 DA, 3% de ce salaire représente 600 DA. Donc, lorsque les allocations familiales sont égales à 300 DA, ce montant est inférieur aux exigences de la convention. A partir de 6 ans, une prime de scolarité est versée annuellement ; elle est de faible montant (400 DA – 800 DA).

En Tunisie, le montant des allocations familiales varie de 14% à 18% par trimestre et par enfant. Une majoration mensuelle pour salaire unique de 3,125 TND pour un enfant à charge, 6,250 TND pour deux enfants à charge et 7,825 TND. Rajoutant à cela, une contribution aux frais de crèche de 15 TND par enfant et par mois pendant 11 mois, qui est accordée aux parents d'enfants âgés de 2 à 36 mois. Donc, le total de ces prestations familiales dépasse les 3% recommandé par la convention.

Concernant le Maroc, le montant mensuel des allocations familiales est uniforme. Il est le même pour tout salarié, quel que soit son revenu. Il est égal, pour chaque enfant à charge et dans la limite de 6 maximum, à : 300 MAD du 1^{er} au 3^e enfant, 36 MAD du 4^e au 6^e enfant. Le SMIG mensuel Brut est de 2.828,71 Dirhams, 3% représente environ 85 dirhams. Donc, les prestations familiales versées au 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} enfants, sont nettement inférieures à 3% exigé par l'article n°44.

Nous pouvons résumer que concernant les prestations familiales, la Tunisie respecte les recommandations de la convention en termes de la population couverte et le montant de la prestation. L'Algérie et le Maroc présentent certaines insuffisances pour se conformer au montant des prestations familiales recommandé par la convention n°102.

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

2. Assurance chômage

La partie IV de la convention est consacrée aux prestations de chômage. Elle précise les modalités de couverture de ce risque : « *Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de chômage, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.* » (Article n°19), « *L'éventualité couverte doit comprendre la suspension du gain -- telle qu'elle est définie par la législation nationale -- due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable dans le cas d'une personne protégée qui est capable de travailler et disponible pour le travail.* » (Article n°20).

Pour les trois pays, et comme nous avons évoqué dans les chapitres consacrés aux pays concernés, le risque chômage est partiellement couvert dans les pays du Maghreb.

Tableau n°23 : La comparaison entre les trois pays des prestations de chômage (salariés)

	Convention n°102 de l'OIT	Algérie	Tunisie	Maroc
Salariés protégés	50 % au moins	Salariés d'entreprises publiques	Salariés affiliés à la CNSS	Salariés affiliés à la CNSS
Montant de la prestation (% du salaire)	45 %	13 000 DA 75%– 3 fois SNMG	100% du dernier salaire	70% du dernier salaire
Durée minimale	13 semaines / 12 mois	12 – 36 mois	12 mois	6 mois

Source : Réalisé par nos soins.

➤ Les personnes protégées

La convention précise la population à couvrir dans l'article n° 21 : « *Les personnes protégées doivent comprendre:*

(a) *soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;*

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

(b) soit tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67;

(c) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins. ».

Si nous testons la couverture des salariés, la convention exige une couverture de 50% pour cette catégorie. En Algérie, la population couverte concerne seulement les salariés ayant perdu involontairement leur emploi pour des motifs économiques, ainsi que les primo demandeurs d'emploi âgés de 19 à 40 ans.

En Tunisie, la protection contre le chômage a été introduite en faveur des seuls travailleurs salariés immatriculés à la CNSS, en respectant certaines conditions pour pouvoir en bénéficier. Au Maroc, une Indemnité pour Perte d'Emploi est allouée par la CNSS au salarié du secteur privé qui perd de manière involontaire son emploi, et qui est en recherche active d'un nouvel emploi.

Nous constatons que la Tunisie et le Maroc offrent une allocation de chômage, mais uniquement pour les salariés des entreprises privés. L'Algérie compte à elle octroie cette allocation notamment pour les primo demandeurs d'emploi.

➤ **Les prestations et le montant**

La forme de la prestation, pour des catégories de salariés, est précisée par l'article n°22 ; « 1. Lorsque sont protégées des catégories de salariés, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66... ».

Le montant de la prestation de chômage, en référence à la Partie XI sur le calcul des paiements périodiques, devra être tel que, pour le bénéficiaire-type¹³¹ visé au tableau annexé à cette Partie, qu'il soit au moins égal à **45%** par rapport au total du gain antérieur du bénéficiaire.

¹³¹ Homme ayant une épouse et deux enfants.

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

Les personnes qui bénéficient de la prestation de chômage dans les trois pays, reçoivent un montant supérieur au taux indiqué ci-dessus (45%). L'aide accordée représente le montant du dernier salaire perçu dans la limite du SMIG en Tunisie. Au Maroc, le montant mensuel de l'indemnité est égal à 70% du salaire de référence sans excéder le montant du salaire minimum légal. Pour l'Algérie, ce montant est de 13 000 DA, pour l'indemnité de chômage gérée par la CNAC, elle varie entre 75% et 3 fois de SNMG.

Pour la durée de la prestation de chômage, selon l'article n°24 : « 1. La prestation mentionnée à l'article 22 doit être accordée pendant toute la durée de l'éventualité, avec cette exception que la durée de la prestation peut être limitée: (a) lorsque sont protégées des catégories de salariés, à 13 semaines au cours d'une période de 12 mois;... ». Cette prestation est versée pendant une durée maximum de 12 mois en Tunisie et de 6 mois au Maroc. Concernant l'Algérie, la durée de l'indemnisation gérée par la CNAC est estimée à 2 mois par année d'ancienneté, avec un minimum de 12 mois et un maximum de 36 mois. Pour la nouvelle allocation de chômage, elle sera versée pour une durée maximum de 12 mois.

Nous constatons que les conditions exigées dans les trois pays pour bénéficier des prestations de chômage laissent une grande partie de cette catégorie sans aucune couverture de ce risque.

3. Les accidents du travail et maladies professionnelles

La partie VI de la convention assure aux personnes protégées une couverture en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, l'article n°32 précise : « Les éventualités couvertes doivent comprendre les suivantes lorsqu'elles sont dues à des accidents du travail ou à des maladies professionnelles prescrites:

- a) état morbide;
- (b) incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain telle qu'elle est définie par la législation nationale;
- (c) perte totale de la capacité de gain ou perte partielle de la capacité de gain au-dessus d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette perte totale ou partielle sera permanente, ou diminution correspondante de l'intégrité physique;

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

(d) *perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille; dans le cas de la veuve, le droit à la prestation peut être subordonné à la présomption, conformément à la législation nationale, qu'elle est incapable de subvenir à ses propres besoins.* ».

Les trois pays disposent d'un cadre législatif qui permet d'assurer une couverture des victimes en cas d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Cette prise en charge comporte des prestations en nature, des indemnités journalières et des rentes dans le cas où la victime est atteinte d'une incapacité permanente de travail.

Tableau n°24 : La comparaison entre les trois pays des prestations d'accidents du travail et des maladies professionnelles

	Convention n°102 de l'OIT	Algérie	Tunisie	Maroc
Salariés protégés (%)	50 % au moins	100%	100%	100%
Indemnités journalières	50 % au moins	100 %	2/3	2/3
Montant de la rente (cas d'incapacité totale)	50 % au moins	100%	100 %	95 %
Majoration en cas d'assistance d'une tierce personne	Pas de précision	40 %	25 %	10 %
Rente pour les survivants (veuve ayant 2 enfants)	40% au moins	90%	70%	60% - 80%

Source : Réalisé par nos soins.

➤ Population protégée

La population à couvrir est indiquée par l'article n° 33 de la convention : « *Les personnes protégées doivent comprendre :*
(a) *soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés et, pour les prestations auxquelles ouvre droit le décès du soutien de famille, également les épouses et les enfants des salariés de ces catégories; ...* ».

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

Les trois pays satisfont cette condition, puisque tous les salariés de ces pays ouvrent droit aux prestations en cas d'un accident du travail et de maladie professionnelle (Nous signalons que les travailleurs non salariés en Algérie ne bénéficient pas de couverture pour ce risque). Au Maroc, les travailleurs indépendants peuvent adhérer volontairement à l'assurance accidents du travail auprès de la CNAM.).

➤ Les prestations et le montant

Concernant la forme de la prestation, l'article n°36 indique que : « 1. En ce qui concerne l'incapacité de travail, ou la perte totale de capacité de gain lorsqu'il est probable que cette perte sera permanente, ou la diminution correspondante de l'intégrité physique, ou le décès du soutien de famille, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66... ».

Le montant des prestations « incapacité de travail » et « invalidité », en référence à la Partie XI sur le calcul des paiements périodiques, devra être tel que, pour le bénéficiaire-type¹³² visé au tableau annexé à cette Partie, qu'il soit pour chaque prestation au moins égal à **50%** par rapport au total du gain antérieur du bénéficiaire.

Dans le cas d'une **incapacité temporaire de travail**, des indemnités journalières sont versées à la victime, à partir du jour qui suit l'accident du travail. Elles sont égales au salaire de poste journalier perçu en Algérie, et 2/3 du salaire journalier en Tunisie et au Maroc. Donc, pour cette prestation d'incapacité de travail, les trois pays respectent le montant exigé par la convention qui est de 50% au mois du gain antérieur du bénéficiaire.

Dans le cas d'une **incapacité permanente totale de travail**, c'est-à-dire le taux de l'incapacité est de 100%, la victime reçoit une rente égale à 100% du salaire moyen de poste en Algérie et en Tunisie, et 95% de ce salaire au Maroc. La convention exige que le montant de cette prestation soit au moins égal à **50%** par rapport au total du gain antérieur du bénéficiaire. Donc, les pays étudiés satisfont largement cette condition. Si cette incapacité permanente totale oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à recourir à

¹³² Homme ayant une épouse et deux enfants.

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré de 40% en Algérie, 25% en Tunisie et 10% au Maroc.

Dans le cas d'une incapacité permanente partielle, l'article n°36 rajoute : « ... 2. *En cas de perte partielle de la capacité de gain lorsqu'il est probable que cette perte sera permanente, ou en cas d'une diminution correspondante de l'intégrité physique, la prestation, quand elle est due, sera un paiement périodique fixé à une proportion convenable de celle qui est prévue en cas de perte totale de la capacité de gain ou d'une diminution correspondante de l'intégrité physique...* ». Lorsque le taux d'incapacité est inférieur à 100%, une rente dont le montant dépend, dans des trois pays, du taux d'incapacité permanente et du salaire de la victime, est servie.

Nous signalons que lorsque le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10% en Algérie et au Maroc, entre 5% et 15% en Tunisie, la victime perçoit uniquement un capital unique. Concernant ce point, l'article n°36 précise que : « ... 3. *Les paiements périodiques pourront être convertis en un capital versé en une seule fois: (a) soit lorsque le degré d'incapacité est minime; (b) soit lorsque la garantie d'un emploi judicieux sera fournie aux autorités compétentes.* ».

La convention recommande dans le cas de décès du soutien de famille, suite à un accident du travail, que le montant de **la prestation pour les survivants**, pour le bénéficiaire-type¹³³, devra être au moins égal à 40% par rapport au total du gain antérieur du défunt. L'Algérie octroie une rente pour les survivants (veuve ayant deux enfants) égale à 90% du salaire du défunt, cette rente est de 70% en Tunisie et entre 60% - 80% au Maroc.

Notons aussi que dans le cas de décès de la victime, une **allocation-décès** est servie aux ayants droit, elle est égale au montant annuel de la rente d'accident du travail en Algérie. Au Maroc, le montant de cette allocation est de 9.250 MAD.

Donc, nous constatons que les trois pays assurent une large couverture pour le risque « accident du travail et de maladies professionnelles », et cela pour la catégorie des salariés. Ils proposent des prestations d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente ou de rente pour les survivants, qui sont conformes aux recommandations de la convention n° 102 de l'OIT.

¹³³ Veuve ayant deux enfants.

Conclusion

L'objet de ce chapitre est de faire une analyse comparative entre les trois pays sur la couverture des risques, et cela en se basant sur la catégorie de la population salariée, ainsi que les prestations prescrites que nous avons tenté de les comparer aux normes décrites par les différents articles de la convention n°102 de l'OIT.

Pour le risque santé, les trois pays assurent la couverture des soins médicaux pour leur population salariée, ainsi que leurs ayants droit (le conjoint et les enfants). Donc, ils satisfont l'exigence en termes de la population couverte, puisque qu'ils dépassent le taux de couverture de 50% (recommandé par la convention) de la population salariée.

Concernant l'assurance maladie, les trois pays proposent des prestations en nature de soins médicaux, selon le système de santé de chaque pays. Ces prestations, qui sont offertes par le secteur public et/ou privé, se différencient par les modalités de prise en charge de soins, de remboursement des médicaments et la valeur du ticket modérateur que doit s'acquitter les assurés sociaux.

Dans le cas d'une maladie qui donne lieu à un arrêt de travail, les prestations (indemnités journalières) existent dans les trois pays. Elles respectent les normes (conditions) annoncées par la convention n°102 de l'OIT, avec une meilleure prise en charge de ce risque en Algérie, ensuite au Maroc et enfin en Tunisie.

Les trois pays offrent des prestations médicales de maternité, soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et l'hospitalisation. Les modalités de prise en charge de la grossesse, de remboursement des médicaments et la participation financière des patientes varient d'un pays à l'autre selon la législation en vigueur. La couverture des prestations médicales de maternité touche toutes les catégories de femmes salariées, ainsi que les épouses des travailleurs salariés.

Dans le cas d'une maternité qui donne lieu à un arrêt de travail, des indemnités existent dans les trois pays. Elles respect les exigences annoncées par la convention n°102 de l'OIT, sauf la condition de durée des indemnités journalières dans le cas de la Tunisie qui est au-dessous de la norme exigée.

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

Lorsque l'assuré est atteint d'une réduction totale ou partielle de sa capacité de travail, les pays du Maghreb prévoient des prestations d'invalidité pour l'ensemble des salariés qui n'ont pas atteint l'âge d'admissibilité à la pension de vieillesse, et cela en respectant les normes recommandées par la convention n°102 de l'OIT. Ils proposent même une majoration de la pension d'invalidité dans le cas où il y a nécessité d'assistance d'une tierce personne. La prise en charge de ce risque pour les salariés est meilleure en Algérie, puis en Tunisie et enfin au Maroc.

La couverture pour le risque décès dans les trois pays se compose essentiellement du « capital décès » et d'une pension de survivants. Cette dernière est servie dans le cas de décès du salarié titulaire d'une pension d'invalidité, de retraite ou de rente d'accident de travail. Dans le cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit ne bénéficient pas de cette pension de survivant. Donc, la couverture du risque décès est moyenne dans les pays du Maghreb.

Pour le risque vieillesse, tous les salariés sont couverts à condition de satisfaire certaines conditions, il s'agit de justifier d'une durée minimale exigée de travail et de cotisations ; cette durée est de 15 ans en Algérie, 120 mois de cotisations en Tunisie et 3 240 jours d'assurance au Maroc. Les pays cités offrent des prestations de vieillesse et respectent la condition de l'âge de départ à la retraite qui est de 60 ans pour les travailleurs salariés, avec même une réduction de 5 ans pour certains métiers pénibles.

Le montant de la prestation de vieillesse peut atteindre jusqu'à 80% du gain antérieur du bénéficiaire pour une durée de cotisations de 32 ans en Algérie et 30 ans en Tunisie. Au Maroc, le montant maximum varie d'une caisse à l'autre, pour la CMR il est estimé à 100% du salaire moyen après 40 ans de cotisations. Pour les travailleurs salariés qui ne satisfont pas les exigences des durées minimales du travail citées ci-dessus, ils ouvrent droit, dans certaines conditions, à une allocation de retraite en Algérie, une pension proportionnelle en Tunisie et un remboursement des cotisations salariales de la branche vieillesse du secteur privé au Maroc.

Concernant les prestations familiales, la Tunisie respecte les recommandations de la convention en termes de la population couverte et le montant de la prestation. L'Algérie et le

Chapitre 06 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays du Maghreb

Maroc présentent certaines insuffisances pour se conformer au montant des prestations familiales recommandées par la convention n°102 de l'OIT.

Le risque chômage est partiellement couvert dans les pays du Maghreb, les conditions exigées dans les trois pays pour bénéficier des prestations de chômage laissent une grande partie de cette catégorie sans aucune couverture de ce risque. La Tunisie et le Maroc offrent une allocation de chômage mais uniquement pour les salariés des entreprises privés. L'Algérie, quant à elle, octroie cette allocation notamment pour les primo demandeurs d'emploi.

Enfin et pour le risque « accident de travail et de maladies professionnelles », les trois pays assurent une large couverture pour la catégorie des salariés. Ils proposent des prestations d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente ou de rente pour les survivants qui sont conformes aux recommandations de la convention n°102 de l'OIT.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale

Ce travail a pour objectif d'appréhender la couverture des risques sociaux par les systèmes de protection sociale dans les trois pays du Maghreb : l'Algérie, la Tunisie et le Maroc. Cela, en se référant à la convention n°102, adoptée en 1952 par l'OIT, concernant la sécurité sociale (norme minimum) qui définit 9 branches (ou risques).

La protection sociale est un système de prise en charge par la collectivité des conséquences économiques d'un certain nombre de situations (souvent qualifiées de risque) pénalisantes pour les individus : maladie, maternité, vieillesse, chômage, invalidité, etc. Un risque social est un événement aléatoire qui affecte les individus en suscitant une diminution de leurs revenus ou en accroissant leurs dépenses (Kessler 2000). Donc, la protection sociale protège les individus vis-à-vis des risques sociaux.

Ainsi, tout dispositif de protection sociale peut être caractérisé à partir de quatre dimensions : le critère d'accès à la prestation, la nature et le niveau de cette prestation, son mode de financement et les structures de décision, d'organisation et de gestion de l'organisme qui sert cette prestation.

Plusieurs classifications des systèmes de protection sociale existent aujourd'hui ; une première distinction classique, un système bismarckien professionnel et un système beveridgien universel. D'autres classifications ont suivi, la plus connue et celle d'Esping-Andersen, où il identifie trois conceptions : libérale, sociale-démocrate et conservatrice-corporatrice.

La protection sociale a suivi plusieurs phases pour arriver à sa forme connue actuellement à l'époque contemporaine. De l'assistance publique, basée sur la religion dans l'antiquité et au moyen âge, à des systèmes plus au moins complets de couverture de risques aujourd'hui. La naissance d'un système moderne de la protection sociale est initiée en Allemagne par Bismarck au 19^{ème} siècle. Il a créé l'assurance maladie étatisée en 1883, suivie par le rapport du britannique Lord Beveridge en 1942, avant de connaître une large diffusion dans le monde.

Les pays du Maghreb, comme tout autre pays du monde, disposent de systèmes de protection sociale qui leurs permettent d'assurer une couverture de leur population contre les

risques sociaux. Les prestations proposées et le degré de couverture des différents risques varient d'un pays à l'autre.

À l'issue de ce travail et en se basant sur la classification des risques selon la convention n° 102 de 1952 de l'OIT, nous pouvons récapituler les résultats, comme suit :

- Pour le risque santé, les trois pays assurent une large couverture des soins médicaux pour leurs populations, notamment les assurés sociaux et leurs ayants droit (le conjoint et les enfants), donc ils satisfont l'exigence en termes de la population couverte, puisque qu'ils dépassent le taux de couverture de 50% (recommandé par la convention) de la population salariée et leurs ayants droit.
- Concernant l'assurance maladie, les trois pays proposent des prestations en nature de soins médicaux, selon le système de santé de chaque pays. Ces prestations qui sont offertes par le secteur public et/ou privé se différencient par les modalités de prise en charge de soins, de remboursement des médicaments et la valeur du ticket modérateur que doit s'acquitter les assurés sociaux.
- Dans le cas d'une maladie qui donne lieu à un arrêt de travail, les prestations (indemnités journalières) existent dans les trois pays pour leurs populations salariées, elles respectent les normes (conditions) annoncées par la convention n°102 de l'OIT. La catégorie des non salariés est concernée par la couverture de ce risque en Tunisie. Par contre en Algérie et au Maroc, les travailleurs non salariés ne bénéficient pas de versement d'indemnités journalières au titre de l'assurance maladie. Donc, la prise en charge de ce risque est meilleure en Tunisie, ensuite viennent l'Algérie et le Maroc.
- Les trois pays offrent des prestations médicales de maternité pour les femmes enceintes. Les modalités de prise en charge de la grossesse, de remboursement des médicaments et la participation financière des patientes varient d'un pays à l'autre selon la législation en vigueur. La couverture des prestations médicales de maternité touche toutes les catégories de femmes assurées, ainsi que les épouses des travailleurs assurés.
- Dans le cas d'une maternité qui donne lieu à un arrêt de travail, des indemnités existent dans les trois pays pour les femmes salariées, elles respectent les exigences annoncées par la convention n°102 de l'OIT, sauf la condition de durée des indemnités journalières dans le cas de la Tunisie qui est au-dessous de la norme exigée. La

catégorie des non salariés est concernée par la couverture de ce risque au Maroc et en Tunisie. Par contre, en Algérie, les travailleurs non salariés affiliés à la CASNOS ne bénéficient pas de versement d'indemnités journalières au titre de l'assurance maternité. Donc, la prise en charge de ce risque est meilleure au Maroc, ensuite en Tunisie, et enfin en Algérie.

- Les pays du Maghreb prévoient des prestations d'invalidité pour l'ensemble des salariés qui n'ont pas atteint l'âge d'admissibilité à la pension de vieillesse, et cela en respectant les normes recommandées par la convention n°102 de l'OIT. Ils proposent même une majoration de la pension d'invalidité dans le cas où il y a nécessité d'assistance d'une tierce personne.

Malgré cela, nous signalons des insuffisances de couverture de ce risque. En Algérie, les travailleurs non salariés n'ont pas droit à la pension de la 1^{ère} catégorie, c'est-à-dire en cas d'invalidité qui réduit au moins de moitié leur capacité de travail ou de gain, mais qui sont encore capables d'exercer une activité. En Tunisie, les assurés dont la réduction est inférieure à 2/3 de leur capacité de travail ou de gain ne bénéficient pas d'une pension d'invalidité.

Quant au Maroc, la couverture globale de ce risque est partielle, puisque seulement les salariés qui sont atteints d'une réduction totale de leur capacité de travail sont couverts par l'assurance invalidité ; les salariés qui sont atteints d'une réduction partielle de leur capacité de travail et les non salariés ne sont pas concernés par cette assurance. Donc, la couverture globale de ce risque est large en Algérie et en Tunisie, alors qu'elle est partielle au Maroc.

- La couverture pour le risque décès dans les trois pays se compose essentiellement du « capital décès » et d'une pension de survivant. Cette dernière est servie dans le cas de décès du salarié titulaire d'une pension d'invalidité, de retraite ou de rente d'accident de travail. Dans le cas de décès d'un salarié en activité, ses ayants droit ne bénéficient pas de cette pension de survivant. Donc, la couverture du risque décès est moyenne dans les pays du Maghreb.
- Pour le risque vieillesse, tous les salariés sont couverts à condition de satisfaire certaine durée minimale exigée de travail et de cotisations. Cette durée est de 15 ans en Algérie, 120 mois de cotisations en Tunisie et 3 240 jours d'assurance au Maroc.

Les pays cités offrent des prestations de vieillesse et respectent la condition de l'âge de départ à la retraite, et cela telles que précisées par la convention n°102 de l'OIT.

- Pour les travailleurs non salariés, ils bénéficient des prestations de retraite à partir de 65 ans dans les mêmes conditions que les salariés en Algérie. En Tunisie, les indépendants qui justifient d'au moins 120 mois de cotisations ouvrent droit à une pension de retraite à partir de 60 ans. Quant au Maroc, les travailleurs indépendants ont la possibilité d'avancer leur départ à la retraite à 60 ans.

Pour les travailleurs qui ne satisfont pas les exigences des durées minimales du travail citées ci-dessus, ils ouvrent droit, dans certaines conditions, à une allocation de retraite en Algérie, une pension proportionnelle en Tunisie et un remboursement des cotisations salariales de la branche vieillesse du secteur privé au Maroc. Nous signalons l'absence de programme de pension sociale non-contributive dans les pays du Maghreb, ce qui laisse une partie des personnes de 60 ans et plus sans aucune couverture à l'exception de quelques mesures d'assistance sociale.

- Concernant les prestations familiales, la Tunisie respecte les recommandations de la convention en termes de la population couverte et le montant de la prestation. L'Algérie et le Maroc présentent certaines insuffisances pour se conformer au montant des prestations familiales recommandées par la convention n°102 de l'OIT.
- Le risque chômage est partiellement couvert dans les pays du Maghreb. Les conditions exigées dans les trois pays, pour bénéficier des prestations de chômage, laissent une grande partie de cette catégorie sans aucune couverture de ce risque. La Tunisie et le Maroc offrent une allocation de chômage mais uniquement pour les salariés des entreprises privées. L'Algérie, quant à elle, octroie cette allocation notamment pour les primo demandeurs d'emploi.
- Enfin et pour le risque « accident du travail et de maladies professionnelles », les trois pays assurent une large couverture pour la catégorie des salariés. Ils proposent des prestations d'incapacité temporaire, d'incapacité permanente ou de rente pour les survivants qui sont conformes aux recommandations de la convention n° 102 de l'OIT.

Nous signalons que les travailleurs non salariés en Algérie ne bénéficient pas de couverture pour ce risque. Par contre, en Tunisie, les travailleurs indépendants peuvent adhérer volontairement à l'assurance accidents du travail auprès de la CNAM.). Cela réduira le taux de couverture de la population dans les deux pays cités.

Nous pouvons conclure que, globalement, la convention n°102 de 1952 de l'OIT sur la sécurité sociale est respectée par les pays du Maghreb pour la population salariée, à l'exception de quelques risques qui présentent des insuffisances de couverture, tels que le risque chômage pour les trois pays, les indemnités de maternité en Tunisie, ainsi que les prestations familiales en Algérie et au Maroc. Donc, ce défaut de couverture pour les risques cités précédemment nous conduit à confirmer notre première hypothèse qui stipule que « la protection sociale assure une couverture partielle des risques répertoriés par la convention n°102 de l'OIT ».

Nous signalons que la population non salariée est moins couverte que la population salariée dans les trois pays étudiés, notamment en matière d'indemnités de maternité en Algérie, du risque invalidité au Maroc et des accidents du travail et des maladies professionnelles en Algérie. Les pouvoirs publics devraient fournir plus d'efforts pour assurer une couverture de cette catégorie de la population. Donc, nous pouvons confirmer notre deuxième hypothèse qui annonce que « le système de protection sociale ne couvre pas toutes les catégories de la population ». Selon notre analyse, la couverture n'est pas toujours meilleure en Tunisie par rapport à l'Algérie et au Maroc, ce qui nous pousse à infirmer la dernière hypothèse.

La présente thèse comporte certaines limites. La première réside dans le fait d'embarrasser un champ très large de protection sociale, pour trois pays, ne nous permet pas d'y aller dans les détails et d'approfondir l'analyse de la couverture de chaque risque. Donc, avec ce travail, nous pouvons avoir seulement une vision globale de la couverture sociale (un état des lieux général).

La seconde limite est liée au manque de données chiffrées sur la protection sociale, notamment les comptes de protection sociale et les comptes nationaux de santé pour certains pays. Cela nous a conduit à estimer approximativement la couverture des risques en utilisant

des qualificatifs tels que : une couverture large, moyenne, ou partielle, sans toutefois donner des taux exacts de couverture en pourcentage.

Pour améliorer la couverture des risques sociaux, dans les pays du Maghreb, nous pouvons formuler certaines recommandations :

- Lutter contre l'informel, tout en essayant d'intégrer cette partie importante de la population dans le système formel pour bénéficier des avantages du système de sécurité sociale.
- Renforcer les mesures d'assistance sociale pour combler, en partie, les défauts de couverture de la sécurité sociale. Nous citons, entre autres, des actions à destination des personnes âgées, telle que l'instauration d'un minimum vieillesse, vu les taux de couverture modestes des personnes âgées dans les pays du Maghreb.
- Veiller aux équilibres financiers des différentes caisses de sécurité sociale, notamment les caisses de retraite qui accusent des déficits qui ne cessent de s'aggraver, ce qui nécessite de prendre des mesures dans l'immédiat, tels : le prolongement de l'âge de départ à la retraite, la recherche de nouvelles ressources pour alimenter ces caisses,...etc.
- Encourager la croissance économique et la création de postes de travail pour réduire le chômage et assurer le plein emploi.

Afin d'aborder en détail et d'approfondir l'analyse de la couverture sociale, il serait intéressant d'effectuer des études qui traitent chaque risque (santé, vieillesse, chômage,...etc.) pour avoir une vision précise de la situation de couverture de ces risques.

D'autres orientations mériteraient d'être explorées lors de recherches ultérieures. Il s'agit d'étudier l'équilibre financier de la protection sociale, notamment celui de la retraite, de s'intéresser à l'efficacité des systèmes de protection sociale, ainsi qu'aux conditions de soutenabilité et de durabilité de ces systèmes dans les pays du Maghreb. Le but étant de concevoir des systèmes de protection sociale qui assurent une large couverture des risques, tout en respectant les équilibres financiers des ces caisses, et cela pour les générations présentes et futures.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Ouvrages :

- BEAUD, M. (2010), *L'art de la thèse, Comment préparer et rédiger une thèse de doctorat, de magister ou un mémoire de fin d'étude*, Casbah-Edition, Alger, 172 p.
- CAIRE, G. (2002), *Economie de la protection sociale*, Bréal, Rome.
- CATUSSE, M., DESTREMAU, B., et VERDIER, E., (dir.), (2009), *L'Etat face aux débordements du social au Maghreb. Formation, travail et protection sociale*, IREMAM-KARTALA, Paris.
- ELBAUM, M. (2008), *Economie politique de la protection sociale*, PUF, Paris.
- ESPING-ANDERSEN, G., et PALIER, B. (2008), *Trois leçon sur l'Etat-providence*. Traduit par Marianne Groulez, Seuil-République des Idées.
- FOURNIER, J., QUESTIAUX, N., et DELARUE, J.M., *Traité du social : situations, luttes, politiques, institutions*, Daloz, 1093 p.
- LAMRI, L. (2004), *Le système de sécurité sociale en Algérie : Une approche économique*, OPU, Alger.
- MAJNONI D'INTIGNANO B. (2001), *Economie de la santé*, PUF, Paris.
- PALIER, B. (2002), *Gouverner la sécurité sociale. Les réformes du système français de protection sociale depuis 1945*, PUF, collection « Le Lien Social », Paris.
- PAUGAM, S. (dir.), (2007), *Repenser la solidarité. L'apport des sciences sociales*, Paris, PUF, 2007.
- QUIVY, R., CAMPENHOUDT, L.V. (2011), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris, 262 p.
- RAWLS, J. (2003), *La justice comme équité, une reformulation de la théorie de la justice*, La Découverte, Paris, 287 p.
- RAY, J.C., DUPUIS, J.M., e Gazier B. (1988), *Analyse économique des politiques sociales*, PUF, Paris, 478 p.
- RAYNIER, M.H. (2005), *Protection sociale*, Dunod, 2^{ème} édition, Paris, 155 p.
- TAHTAN, M. (dir.), (2017), « *Estimer et évaluer les coûts de la protection sociale dans les différentes institutions de la protection sociale et les mécanismes d'utilisation efficace de ses ressources en Algérie* », CREAD. (Document en langue arabe).

Articles :

- DEPUIS, J.M., EL MOUDDEN, C., et PETRON, A. (2009), « *Régimes de retraite, inégalité de revenu et redistribution au Maghreb* », Région et Développement n° 30, pp 177-194.
- DEPUIS, J.M., EL MOUDDEN, C., PETRON A., HAMMOUDA, N.E., BEN BRAHAM, M., et DKHISSI I. (2011), « *L'impact des systèmes de retraite sur le niveau de vie des personnes âgées au Maghreb* », Économie et Statistique n° 441-442, pp 205-224.
- ELBAUM, M. (2009), « *Les indicateurs de performance en matière de politiques sociales. Quel sens pour l'action publique ?* », Revue de l'OFCE, n° 111, pp 39-80.
- GRAIET, H., et JILANI, F. (2017), « *Le système de retraite tunisien : Problématique de financement et Propositions de réformes* », 5ème Conférence Internationale en Economie-Gestion & Commerce International (EGCI-2017), *Revue Internationale des Affaires et des Stratégies Economique-IJBES*, Vol.6, pp.248-262.
- JULIEN, D. (2014), « *La progression de la protection sociale dans le monde : synthèse des informations collectées par l'OIT* », Regards, n° 46, p. 209-219.
- LAURENT, O. (2014/2), « *Construction, déconstruction et réinvention de l'État providence* », Civitas Europa, n°33, p. 11-32.
- MENDIL, D. (2014), « *L'efficacité et l'étendue du système de protection sociale algérien en matière de retraite* », Revue française des affaires sociales, n° 3, pp 66-83.
- MEROUANI, W., HAMMOUDA, N.E., et EL MOUDDEN, C. (2014), « *Le système algérien de protection sociale : entre Bismarckien et Beveridgien* », Les cahiers du cread, n°107-108, pp. 109-147.
- MOURI, M.O., MOUFFOK, N.E. (2021), « *Aspects de couverture sociale du système de protection sociale algérien* », Revue d'excellence pour la recherche en économie et en gestion, Vol 05, N°: 01 (2021), pp.443-461.
- OUZZIR, S. (2006), « *La protection sociale face aux défis de la flexibilité et de la précarité de l'emploi* », Les cahiers du cread, n°78, pp. 45-69.

- PERRET, C. (2012), « *Les évolutions du système de protection sociale en Algérie* », Notes de Recherches, n°12-01, IREGE, Université de Savoie. In : HAL <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00995378> Submitted on 23 May 2014
- PERRET, C., et PARANQUE, B. (2010), « *Les nouvelles dynamiques de la solidarité intergénérationnelle et de la protection contre les risques de la vie en Algérie* », Les cahiers du CREAD n°92, pp 87-118.

Thèses :

- DIALLO, M.A. (2014), *La protection sociale au Sénégal : l'exemple des ouvriers du bâtiment à Dakar*, Thèse de Doctorat en Sociologie, Université de Bretagne occidentale - Brest.
- MENDIL, D. (2016), *Etude des aspects redistributifs du système de retraite algérien*, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université de Béjaia.
- ZIANI, L. (2018), *Etude du rôle d'assurance maladie sociale dans le système de financement de la santé. Cas des pays du Maghreb : Algérie, Tunisie et Maroc*, Thèse de Doctorat en Sciences Economiques, Université de Béjaia.

Rapports :

- Banque Mondiale (2015), « *Consolidation de la Politique de Protection Sociale et d'Emploi en Tunisie : Renforcer les Systèmes, Connecter à l'Emploi* », Département du Maghreb, Région de Moyen Orient et l'Afrique du Nord.
- BEN BRAHAM, M. (2014), « *Approche droit de l'Homme de la protection sociale* » rapport du Haut-commissariat des droits de l'Homme, Bureau Tunisie
- Bureau international du Travail (2011), *Socle de protection sociale pour une mondialisation juste et inclusive*, Rapport du Groupe consultatif sur le socle de protection sociale, Genève.
- Centre de Recherche et des Etudes Sociales CRES (2019), « *Etude de Faisabilité des garanties du Socle National de Protection Sociale. Résumé exécutif* ».

- CHAABANE, M. (2003), *Vers l'universalisation de la sécurité sociale: l'expérience de la Tunisie. Document no 4*, Genève, Bureau international du Travail.
- Conseil Economique, Social et Environnemental (2018), *la protection sociale au Maroc : Revue, bilan et renforcement des systèmes de sécurité et d'assistance sociales, n° 34, 2018*.
- Conseil National Economique et Social (2016), « *Rapport National sur le Développement Humain 2013 – 2015, Quelle place pour les jeunes dans la perspective du développement humain durable en Algérie ?* ».
- CRES- BAD. (2016), « *Protection sociale et économie informelle en Tunisie. Défi de la transition vers l'économie formelle* », Tunis.
- CRES- BAD. (2017), « *Evaluation de la performance des programmes d'assistance sociale en Tunisie. Pour optimiser le ciblage des pauvres et freiner l'avancer de l'informalité* », Tunis, p.334.
- CRES–BAD. (2015), « *Enquête d'évaluation de la performance des programmes d'assistance sociale en Tunisie, Pour optimiser le ciblage des pauvres et freiner l'avancée de l'informalité. Rapport préliminaire d'évaluation* », Tunis, 114 p.
- Gouvernement algérien (2010), « *ALGERIE : 2^{ème} Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement* ».
- Institut de Prospective Economique du Monde Méditerranéen IPEMED (2012), « *Les systèmes de santé en Algérie, Maroc et Tunisie. Défis nationaux et enjeux partagés* », les notes IPEMED études et analyses, n°13.
- Institut National de la Statistique (2016), « *Tunisie en chiffres/ Statistique Tunisie* », Tunis.
- Institut National de la Statistique (2021), « *Tunisie en chiffres/Statistique Tunisie* », Tunis.
- International Labour Organization (2017), « *World Social Protection Report 2017–19: Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals* », International Labour Office – Geneva: ILO.

- Ministère Délégué auprès du Chef du Gouvernement chargé des Affaires Générales et de la Gouvernance (2018), *Mapping de la protection sociale au Maroc*.
- Ministère des affaires sociales, *Conférence nationale sur le système de la protection sociale « Pour la mise en place d'un Socle de Protection sociale en Tunisie »*, Hôtel le Palace, Tunisie, 11-12 septembre 2014.
- Ministère des affaires sociales (2014), *Conférence nationale sur le système de la protection sociale « pour la mise en place d'un Socle de Protection sociale en Tunisie »*.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Sécurité Sociale (2010), « *Présentation du système de sécurité algérien* », 20 p.
- Office National des Statistiques (décembre 2019) « *Activité, emploi et chômage en mai 2019* », n° 879.
- Office National des Statistiques (2014) « *l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2011 – 2013* », n° 44, Alger.
- Office National des Statistiques (2017) « *l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2014 – 2016* », n° 47, Alger.
- Office National des Statistiques (2018) « *l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2015 – 2018* », n° 48, Alger.
- Office National des Statistiques (2021) « *l'Algérie en quelques chiffres, résultats 2016 – 2018* », n° 49, Alger.
- OIT (1952), *Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum)*, 28 juin 1952.
- ONU (1948), *Déclaration universelle des droits de l'homme*.
- Organisation Internationale du Travail (2021), « *Rapport mondial sur la protection sociale 2020-2022 : La protection sociale à la croisée des chemins : bâtir un avenir meilleur* » (Résumé analytique).

- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Solidarité Nationale, de la Famille et de la Condition de la Femme (2015), « *Politique gouvernementale dans le domaine de la solidarité nationale, de la famille et de la condition de la femme* », Aout 2015.
- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère des Finances (2020), Direction générale du budget, « *Budget citoyen pour 2021, Guide du citoyen pour comprendre le projet de loi de finances pour 2021* », 21p.
- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère des Finances (2018), « *Rapport de présentation du projet de la loi de finances pour 2019* », 36 p.
- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère des Finances (2019), « *Rapport de présentation du projet de la loi de finances pour 2020 et prévisions 2021 – 2022* », 34 p.
- République Tunisienne, Ministère de la santé (2016), « *Quels chemins pour une couverture sanitaire universelle ?* ».
- République Tunisienne, Ministère de la santé (2016), Direction des études et de la planification, sous direction des statistiques, « *Carte sanitaire 2015* ».
- République Tunisienne, Ministère des affaires sociales, Bureau des études de planification et de programmation (2014), « *Guide des statistiques sociales 2014* », 67 p. (Document en langue arabe).
- Royaume du Maroc, Autorité de Contrôle des Assurances et de la Prévoyance Sociale (2019), *Rapport d'activité 2019*.
- Royaume du Maroc, CNSS, Direction des Études, de Communication et de Développement (2020), *Rapport statistique et démographique 2019*.
- Royaume du Maroc, *Initiative Nationale pour le Développement Humain : Présentation de la phase III 2019 – 2023*.
- Royaume du Maroc, Ministère de l'Economie, des Finances et de la Réforme de l'Administration, Caisse de Compensation (2020), *Bulletin d'information du mois de janvier 2020, Activité relative à l'année 2019*.
- Royaume du Maroc, Ministère de la santé, *Comptes nationaux de la santé-2018*.

- Royaume du Maroc, Ministère de la santé (2015), *Symposium international sur « la couverture sanitaire des populations en précarité » RAMED. Rapport général*, 13 et 14 mars 2015.
- Royaume du Maroc, Ministère de la santé (2016), « *Santé en chiffre 2015* ».
- Royaume du Maroc, Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille, *Bilan des réalisations du Ministère de la Solidarité, du Développement social, de l'Égalité et de la Famille 2017 – 2021*. (document en arabe).
- Royaume du Maroc, Service des Indicateurs et des Statistiques, *Bilan de l'Entraide Nationale en chiffres, Annuaire Statistique, 2018*.

Textes législatifs :

➤ Algérie

- Décret exécutif n° 20-60 du 19 Rajab 1441 correspondant au 14 mars 2020 fixant la convention-type conclue entre les organismes de sécurité sociale et les établissements hospitaliers privés pour la prise en charge de l'accouchement.
- Décret exécutif n°96-298 du 08 septembre 1996 portant revalorisation du montant des allocations familiales.
- Décret législative n° 94-10 du 15 Dhou El Hidja 1414 correspondant au 26 mai 1994 instituant la retraite anticipée.
- Loi n°83-11 du 02 juillet 1983 relative aux assurances sociales.
- Loi n°83-12 du 02 juillet 1983 relative à la retraite.
- Loi n°83-13 du 02 juillet 1983 relative aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

➤ Tunisie

- Loi n° 2019-37 du 30 avril 2019, modifiant et complétant la loi n°85-12 du 5 mars 1985, relative au régime des pensions civiles et militaires de retraite et des survivants dans le secteur public.

➤ **Maroc**

- Loi n° 18-12 du 29 décembre 2014 relative à la réparation des accidents du travail.

Sites internet

- <http://mfdgb.gov.dz/>
- <http://www.ads.dz/>
- <http://www.anam.ma/>
- <http://www.cnss.tn/>
- <http://www.cres.tn>
- <http://www.mtess.gov.dz/>
- <http://www.ons.dz/>
- <http://www.sante.gov.ma/>
- <http://www.santetunisie.rns.tn/fr/>
- <http://www.social.tn>
- <https://casnos.com.dz/>
- <https://cnas.dz/fr>
- <https://dz.cnr.dz/fr/accueil/>
- [https://fr.statista.com/statistiques/564926/prix-annuel-du-petrole-de-l-opec-1960/ --](https://fr.statista.com/statistiques/564926/prix-annuel-du-petrole-de-l-opec-1960/)
- <https://social.gov.ma/>
- <https://www.cleiss.fr/>
- <https://www.cmr.gov.ma>
- <https://www.cnam.nat.tn/>

- https://www.cnrps.nat.tn/upload/acces_docs/Rapports/ra_2020.pdf , consulté le 25/02/2022.
- <https://www.cnss.ma/>
- <https://www.ilo.org/>
- <https://www.mf.gov.dz/>
- <https://www.msncf.gov.dz/>
- <https://www.travail.gov.ma/>

ANNEXES

C102 - Convention (n° 102) concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952

*Convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale (Entrée en vigueur: 27 avr. 1955)
Adoption: Genève, 35ème session CIT (28 juin 1952) - Statut: Instrument à jour (Conventions Techniques). La convention peut être dénoncée : 27 avr. 2025 - 27 avr. 2026*

Préambule

La Conférence générale de l'Organisation internationale du Travail,

Convoquée à Genève par le Conseil d'administration du Bureau international du Travail, et s'y étant réunie le 4 juin 1952, en sa trente-cinquième session,

Après avoir décidé d'adopter diverses propositions relatives à la norme minimum de la sécurité sociale, question qui est comprise dans le cinquième point à l'ordre du jour de la session,

Après avoir décidé que ces propositions prendraient la forme d'une convention internationale, adopte, ce vingt-huitième jour de juin mil neuf cent cinquante-deux, la convention ci-après, qui sera dénommée Convention concernant la sécurité sociale (norme minimum), 1952:

PARTIE I. DISPOSITIONS GÉNÉRALES**Article 1**

1. Aux fins de la présente convention:

- (a) le terme *prescrit* signifie déterminé par ou en vertu de la législation nationale;
- (b) le terme *résidence* désigne la résidence habituelle sur le territoire du Membre, et le terme *résidant* désigne une personne qui réside habituellement sur le territoire du Membre;
- (c) le terme *épouse* désigne une épouse qui est à la charge de son mari;
- (d) le terme *veuve* désigne une femme qui était à la charge de son époux au moment du décès de celui-ci;
- (e) le terme *enfant* désigne un enfant au-dessous de l'âge auquel la scolarité obligatoire prend fin ou un enfant de moins de 15 ans, selon ce qui sera prescrit;
- (f) le terme *stage* désigne soit une période de cotisation, soit une période d'emploi, soit une période de résidence, soit une combinaison quelconque de ces périodes, selon ce qui sera prescrit.

2. Aux fins des articles 10, 34 et 49, le terme *prestations* s'entend soit de soins fournis directement, soit de prestations indirectes consistant en un remboursement des frais supportés par l'intéressé.

Article 2

Tout Membre pour lequel la présente convention est en vigueur devra:

- (a) appliquer:
 - (i) la Partie I;
 - (ii) trois au moins des Parties II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX et X, comprenant l'une au moins des Parties IV, V, VI, IX et X;
 - (iii) les dispositions correspondantes des Parties XI, XII et XIII;
 - (iv) la Partie XIV;

(b) spécifier dans sa ratification quelles sont celles des Parties II à X pour lesquelles il accepte les obligations découlant de la convention.

Article 3

1. Un Membre dont l'économie et les ressources médicales n'ont pas atteint un développement suffisant peut, si l'autorité compétente le désire et aussi longtemps qu'elle le juge nécessaire, se réserver le bénéfice, par une déclaration annexée à sa ratification, des dérogations temporaires figurant dans les articles suivants: 9 d); 12 (2); 15 d); 18 (2); 21 c); 27 d); 33 b); 34 (3); 41 d); 48 c); 55 d) et 61 d).

2. Tout Membre qui a fait une déclaration conformément au paragraphe 1 du présent article doit, dans le rapport annuel sur l'application de la présente convention qu'il est tenu de présenter en vertu de l'article 22 de la Constitution de l'Organisation internationale du Travail, faire connaître à propos de chacune des dérogations dont il s'est réservé le bénéfice:

(a) soit que les raisons qu'il a eues pour ce faire existent toujours;

(b) soit qu'il renonce à partir d'une date déterminée à se prévaloir de la dérogation en question.

Article 4

1. Tout Membre qui a ratifié la présente convention peut, par la suite, notifier au Directeur général du Bureau international du Travail qu'il accepte les obligations découlant de la convention en ce qui concerne l'une des Parties II à X qui n'ont pas déjà été spécifiées dans sa ratification, ou plusieurs d'entre elles.

2. Les engagements prévus au paragraphe 1 du présent article seront réputés partie intégrante de la ratification et porteront des effets identiques dès la date de leur notification.

Article 5

Lorsqu'en vue de l'application de l'une quelconque des Parties II à X de la présente convention visées par sa ratification, un Membre est tenu de protéger des catégories prescrites de personnes formant au total au moins un pourcentage déterminé des salariés ou résidants, ce Membre doit s'assurer, avant de s'engager à appliquer ladite Partie, que le pourcentage en question est atteint.

Article 6

En vue d'appliquer les Parties II, III, IV, V, VIII (en ce qui concerne les soins médicaux), IX ou X de la présente convention, un Membre peut prendre en compte la protection résultant d'assurances qui, en vertu de la législation nationale, ne sont pas obligatoires pour les personnes protégées, lorsque ces assurances:

(a) sont contrôlées par les autorités publiques ou administrées en commun, conformément à des normes prescrites, par les employeurs et les travailleurs;

(b) couvrent une partie substantielle des personnes dont le gain ne dépasse pas celui de l'ouvrier masculin qualifié;

(c) satisfont, conjointement avec les autres formes de protection, s'il y a lieu, aux dispositions de la convention qui leur sont relatives.

PARTIE II. SOINS MÉDICAUX

Article 7

Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir l'attribution de prestations aux personnes protégées lorsque leur état nécessite des soins médicaux de caractère préventif ou curatif, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.

Article 8

L'éventualité couverte doit comprendre tout état morbide quelle qu'en soit la cause, la grossesse, l'accouchement et leurs suites.

Article 9

Les personnes protégées doivent comprendre:

- (a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés, ainsi que les épouses et les enfants des salariés de ces catégories;
- (b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidants, ainsi que les épouses et les enfants des membres de ces catégories;
- (c) soit des catégories prescrites de résidants, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des résidants;
- (d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins, ainsi que les épouses et les enfants des salariés de ces catégories.

Article 10

1. Les prestations doivent comprendre au moins:

(a) en cas d'état morbide:

- (i) les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile;
- (ii) les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées et les soins de spécialistes qui peuvent être donnés hors des hôpitaux;
- (iii) la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels sur ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien qualifié;
- (iv) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire;

(b) en cas de grossesse, d'accouchement et de leurs suites:

- (i) les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals, donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée;
- (ii) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

2. Le bénéficiaire ou son soutien de famille peut être tenu de participer aux frais des soins médicaux reçus en cas d'état morbide; les règles relatives à cette participation doivent être établies de telle sorte qu'elles n'entraînent pas une charge trop lourde.

3. Les prestations fournies conformément au présent article doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels.

4. Les départements gouvernementaux ou institutions attribuant les prestations doivent encourager les personnes protégées, par tous les moyens qui peuvent être considérés comme appropriés, à recourir aux services généraux de santé mis à leur disposition par les autorités publiques ou par d'autres organismes reconnus par les autorités publiques.

Article 11

Les prestations mentionnées à l'article 10 doivent, dans l'éventualité couverte, être garanties au moins aux personnes protégées qui ont accompli ou dont le soutien de famille a accompli un stage pouvant être considéré comme nécessaire pour éviter les abus.

Article 12

1. Les prestations mentionnées à l'article 10 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité couverte, avec cette exception qu'en cas d'état morbide, la durée des prestations peut être limitée à 26 semaines par cas; toutefois les prestations médicales ne peuvent être suspendues aussi longtemps qu'une indemnité de maladie est payée et des dispositions doivent être prises pour élever la limite susmentionnée lorsqu'il s'agit de maladies prévues par la législation nationale pour lesquelles il est reconnu que des soins prolongés sont nécessaires.

2. Lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, la durée des prestations peut être limitée à 13 semaines par cas.

PARTIE III. INDEMNITÉS DE MALADIE

Article 13

Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution d'indemnités de maladie, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.

Article 14

L'éventualité couverte doit comprendre l'incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain telle qu'elle est définie par la législation nationale.

Article 15

Les personnes protégées doivent comprendre:

- (a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;
- (b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidants;
- (c) soit tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67;
- (d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins.

Article 16

1. Lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66.

2. Lorsque sont protégés tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions de l'article 67.

Article 17

La prestation mentionnée à l'article 16 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins aux personnes protégées qui ont accompli un stage pouvant être considéré comme nécessaire pour éviter les abus.

Article 18

1. La prestation mentionnée à l'article 16 doit être accordée pendant toute la durée de l'éventualité, sous réserve que la durée de la prestation puisse être limitée à 26 semaines par cas de maladie, avec la possibilité de ne pas servir la prestation pour les trois premiers jours de suspension du gain.

2. Lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, la durée de la prestation peut être limitée:

(a) soit à une période telle que le nombre total de jours pour lesquels l'indemnité de maladie est accordée au cours d'une année ne soit pas inférieur à dix fois le nombre moyen des personnes protégées pendant la même année;

(b) soit à 13 semaines par cas de maladie, avec la possibilité de ne pas servir la prestation pour les trois premiers jours de suspension du gain.

PARTIE IV. PRESTATIONS DE CHÔMAGE

Article 19

Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de chômage, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.

Article 20

L'éventualité couverte doit comprendre la suspension du gain -- telle qu'elle est définie par la législation nationale -- due à l'impossibilité d'obtenir un emploi convenable dans le cas d'une personne protégée qui est capable de travailler et disponible pour le travail.

Article 21

Les personnes protégées doivent comprendre:

(a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;

(b) soit tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67;

(c) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins.

Article 22

1. Lorsque sont protégées des catégories de salariés, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66.

2. Lorsque sont protégés tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions de l'article 67.

Article 23

La prestation mentionnée à l'article 22 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins aux personnes protégées qui ont accompli un stage pouvant être considéré comme nécessaire pour éviter les abus.

Article 24

1. La prestation mentionnée à l'article 22 doit être accordée pendant toute la durée de l'éventualité, avec cette exception que la durée de la prestation peut être limitée:

(a) lorsque sont protégées des catégories de salariés, à 13 semaines au cours d'une période de 12 mois;

(b) lorsque sont protégés tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites, à 26 semaines au cours d'une période de 12 mois.

2. Au cas où la durée de la prestation serait échelonnée, en vertu de la législation nationale, selon la durée de la cotisation ou selon les prestations antérieurement reçues au cours d'une période prescrite, les dispositions de l'alinéa a) du paragraphe 1 seront réputées satisfaites si la durée moyenne de la prestation comporte au moins 13 semaines au cours d'une période de 12 mois.

3. La prestation peut ne pas être versée pendant un délai de carence fixé aux sept premiers jours dans chaque cas de suspension du gain, en comptant les jours de chômage avant et après un emploi temporaire n'excédant pas une durée prescrite comme faisant partie du même cas de suspension du gain.

4. Lorsqu'il s'agit de travailleurs saisonniers, la durée de la prestation et le délai de carence peuvent être adaptés aux conditions d'emploi.

PARTIE V. PRESTATIONS DE VIEILLESSE

Article 25

Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de vieillesse, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.

Article 26

1. L'éventualité couverte sera la survivance au-delà d'un âge prescrit.

2. L'âge prescrit ne devra pas dépasser soixante-cinq ans. Toutefois, un âge supérieur pourra être fixé par les autorités compétentes, eu égard à la capacité de travail des personnes âgées dans le pays dont il s'agit.

3. La législation nationale pourra suspendre les prestations si la personne qui y aurait eu droit exerce certaines activités rémunérées prescrites, ou pourra réduire les prestations contributives lorsque le gain du bénéficiaire excède un montant prescrit, et les prestations non contributives lorsque le gain du bénéficiaire, ou ses autres ressources, ou les deux ensemble, excèdent un montant prescrit.

Article 27

Les personnes protégées doivent comprendre:

(a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;

(b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidants;

(c) soit tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67;

(d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins.

Article 28

La prestation sera un paiement périodique calculé comme suit:

(a) conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66, lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active;

(b) conformément aux dispositions de l'article 67, lorsque sont protégés tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites.

Article 29

1. La prestation mentionnée à l'article 28 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins:

(a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage qui peut consister soit en 30 années de cotisation ou d'emploi, soit en 20 années de résidence;

(b) lorsqu'en principe toutes les personnes actives sont protégées, à une personne protégée qui a accompli un stage prescrit de cotisation et au nom de laquelle ont été versées, au cours de la période active de sa vie, des cotisations dont le nombre moyen annuel atteint un chiffre prescrit.

2. Lorsque l'attribution de la prestation mentionnée au paragraphe 1 est subordonnée à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation ou d'emploi, une prestation réduite doit être garantie au moins:

(a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage de 15 années de cotisation ou d'emploi;

(b) lorsqu'en principe toutes les personnes actives sont protégées, à une personne protégée qui a accompli un stage prescrit de cotisation et au nom de laquelle a été versée, au cours de la période active de sa vie, la moitié du nombre moyen annuel de cotisations prescrit auquel se réfère l'alinéa b) du paragraphe 1 du présent article.

3. Les dispositions du paragraphe 1 du présent article seront considérées comme satisfaites lorsqu'une prestation calculée conformément à la Partie XI, mais selon un pourcentage inférieur de 10 unités à celui qui est indiqué dans le tableau annexé à ladite Partie pour le bénéficiaire-type, est au moins garantie à toute personne protégée qui a accompli, selon des règles prescrites, soit 10 années de cotisation ou d'emploi, soit 5 années de résidence.

4. Une réduction proportionnelle du pourcentage indiqué dans le tableau annexé à la Partie XI peut être opérée lorsque le stage pour la prestation qui correspond au pourcentage réduit est supérieur à 10 ans de cotisation ou d'emploi, mais inférieur à 30 ans de cotisation ou d'emploi. Lorsque ledit stage est supérieur à 15 ans, une prestation réduite sera attribuée conformément au paragraphe 2 du présent article.

5. Lorsque l'attribution de la prestation mentionnée aux paragraphes 1, 3 ou 4 du présent article est subordonnée à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation ou d'emploi, une prestation réduite doit être garantie, dans les conditions prescrites, à une personnes protégée qui, du seul fait de l'âge avancé qu'elle avait atteint lorsque les dispositions permettant d'appliquer la présente Partie de la convention ont été mises en vigueur, n'a pu remplir les conditions prescrites conformément au

paragraphe 2 du présent article, à moins qu'une prestation conforme aux dispositions des paragraphes 1, 3 ou 4 du présent article ne soit attribuée à une telle personne à un âge plus élevé que l'âge normal.

Article 30

Les prestations mentionnées aux articles 28 et 29 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

PARTIE VI. PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE MALADIES PROFESSIONNELLES

Article 31

Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.

Article 32

Les éventualités couvertes doivent comprendre les suivantes lorsqu'elles sont dues à des accidents du travail ou à des maladies professionnelles prescrites: a) état morbide;

(b) incapacité de travail résultant d'un état morbide et entraînant la suspension du gain telle qu'elle est définie par la législation nationale;

(c) perte totale de la capacité de gain ou perte partielle de la capacité de gain au-dessus d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette perte totale ou partielle sera permanente, ou diminution correspondante de l'intégrité physique;

(d) perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille; dans le cas de la veuve, le droit à la prestation peut être subordonné à la présomption, conformément à la législation nationale, qu'elle est incapable de subvenir à ses propres besoins.

Article 33

Les personnes protégées doivent comprendre:

(a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés et, pour les prestations auxquelles ouvre droit le décès du soutien de famille, également les épouses et les enfants des salariés de ces catégories;

(b) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans les entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins et, pour les prestations auxquelles ouvre droit le décès du soutien de famille, également les épouses et les enfants des salariés de ces catégories.

Article 34

1. En ce qui concerne un état morbide, les prestations doivent comprendre les soins médicaux mentionnés aux paragraphes 2 et 3 du présent article.

2. Les soins médicaux doivent comprendre:

(a) les soins de praticiens de médecine générale et de spécialistes à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées, y compris les visites à domicile;

(b) les soins dentaires;

(c) les soins d'infirmières, soit à domicile, soit dans un hôpital ou dans une autre institution médicale;

(d) l'entretien dans un hôpital, une maison de convalescence, un sanatorium ou une autre institution médicale;

(e) les fournitures dentaires, pharmaceutiques et autres fournitures médicales ou chirurgicales, y compris les appareils de prothèse et leur entretien, ainsi que les lunettes;

(f) les soins fournis par un membre d'une autre profession légalement reconnue comme connexe à la profession médicale, sous la surveillance d'un médecin ou d'un dentiste.

3. Lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, les soins médicaux doivent comprendre au moins:

(a) les soins de praticiens de médecine générale, y compris les visites à domicile;

(b) les soins de spécialistes donnés dans des hôpitaux à des personnes hospitalisées ou non hospitalisées, et les soins de spécialistes qui peuvent être donnés hors des hôpitaux;

(c) la fourniture des produits pharmaceutiques essentiels, sur ordonnance d'un médecin ou d'un autre praticien qualifié;

(d) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

4. Les soins médicaux fournis conformément aux paragraphes précédents doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la personne protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels.

Article 35

1. Les départements gouvernementaux ou institutions chargés de l'administration des soins médicaux doivent coopérer, lorsqu'il est opportun, avec les services généraux de rééducation professionnelle, en vue de réadapter à un travail approprié les personnes de capacité diminuée.

2. La législation nationale peut autoriser lesdits départements ou institutions à prendre des mesures en vue de la rééducation professionnelle des personnes de capacité diminuée.

Article 36

1. En ce qui concerne l'incapacité de travail, ou la perte totale de capacité de gain lorsqu'il est probable que cette perte sera permanente, ou la diminution correspondante de l'intégrité physique, ou le décès du soutien de famille, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66.

2. En cas de perte partielle de la capacité de gain lorsqu'il est probable que cette perte sera permanente, ou en cas d'une diminution correspondante de l'intégrité physique, la prestation, quand elle est due, sera un paiement périodique fixé à une proportion convenable de celle qui est prévue en cas de perte totale de la capacité de gain ou d'une diminution correspondante de l'intégrité physique.

3. Les paiements périodiques pourront être convertis en un capital versé en une seule fois:

(a) soit lorsque le degré d'incapacité est minime;

(b) soit lorsque la garantie d'un emploi judicieux sera fournie aux autorités compétentes.

Article 37

Les prestations mentionnées aux articles 34 et 36 doivent, dans l'éventualité couverte, être garanties au moins aux personnes protégées qui étaient employées comme salariés sur le territoire du Membre au

moment de l'accident ou au moment auquel la maladie a été contractée et, s'il s'agit de paiements périodiques résultant du décès du soutien de famille, à la veuve et aux enfants de celui-ci.

Article 38

Les prestations mentionnées aux articles 34 et 36 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité; toutefois, en ce qui concerne l'incapacité de travail, la prestation pourra ne pas être servie pour les trois premiers jours dans chaque cas de suspension du gain.

PARTIE VII. PRESTATIONS AUX FAMILLES

Article 39

Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations aux familles, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.

Article 40

L'éventualité couverte sera la charge d'enfants selon ce qui sera prescrit.

Article 41

Les personnes protégées doivent comprendre:

- (a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;
- (b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidants;
- (c) soit tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites;
- (d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins.

Article 42

Les prestations doivent comprendre:

- (a) soit un paiement périodique attribué à toute personne protégée ayant accompli le stage prescrit;
- (b) soit la fourniture aux enfants, ou pour les enfants, de nourriture, de vêtements, de logement, de séjour de vacances ou d'assistance ménagère;
- (c) soit une combinaison des prestations visées sous a) et b).

Article 43

Les prestations mentionnées à l'article 42 doivent être garanties au moins à une personne protégée ayant accompli au cours d'une période prescrite un stage qui peut consister soit en trois mois de cotisation ou d'emploi, soit en une année de résidence selon ce qui sera prescrit.

Article 44

La valeur totale des prestations attribuées conformément à l'article 42 aux personnes protégées devra être telle qu'elle représente:

(a) soit 3 pour cent du salaire d'un manoeuvre ordinaire adulte masculin déterminé conformément aux règles posées à l'article 66, multiplié par le nombre total des enfants de toutes les personnes protégées;

(b) soit 1,5 pour cent du salaire susdit multiplié par le nombre total des enfants de tous les résidents.

Article 45

Lorsque les prestations consistent en un paiement périodique, elles doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

PARTIE VIII. PRESTATIONS DE MATERNITÉ

Article 46

Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de maternité, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.

Article 47

L'éventualité couverte sera la grossesse, l'accouchement et leurs suites, et la suspension du gain qui en résulte, telle qu'elle est définie par la législation nationale.

Article 48

Les personnes protégées doivent comprendre:

(a) soit toutes les femmes appartenant à des catégories prescrites de salariés, ces catégories formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés et, en ce qui concerne les prestations médicales en cas de maternité, également les épouses des hommes appartenant à ces mêmes catégories;

(b) soit toutes les femmes appartenant à des catégories prescrites de la population active, ces catégories formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidents et, en ce qui concerne les prestations médicales en cas de maternité, également les épouses des hommes appartenant à ces mêmes catégories;

(c) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, toutes les femmes appartenant à des catégories prescrites de salariés, ces catégories formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins, et, en ce qui concerne les prestations médicales en cas de maternité, également les épouses des hommes appartenant à ces mêmes catégories.

Article 49

1. En ce qui concerne la grossesse, l'accouchement et leurs suites, les prestations médicales de maternité doivent comprendre les soins médicaux mentionnés aux paragraphes 2 et 3 du présent article.

2. Les soins médicaux doivent comprendre au moins:

(a) les soins prénatals, les soins pendant l'accouchement et les soins postnatals, donnés soit par un médecin, soit par une sage-femme diplômée;

(b) l'hospitalisation lorsqu'elle est nécessaire.

3. Les soins médicaux mentionnés au paragraphe 2 du présent article doivent tendre à préserver, à rétablir ou à améliorer la santé de la femme protégée, ainsi que son aptitude à travailler et à faire face à ses besoins personnels.

4. Les départements gouvernementaux ou institutions attribuant les prestations médicales en cas de maternité doivent encourager les femmes protégées, par tous les moyens qui peuvent être considérés comme appropriés, à recourir aux services généraux de santé mis à leur disposition par les autorités publiques ou par d'autres organismes reconnus par les autorités publiques.

Article 50

En ce qui concerne la suspension du gain résultant de la grossesse, de l'accouchement et de leurs suites, la prestation sera un paiement périodique calculé conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66. Le montant du paiement périodique peut varier au cours de l'éventualité, à condition que le montant moyen soit conforme aux dispositions susdites.

Article 51

Les prestations mentionnées aux articles 49 et 50 doivent, dans l'éventualité couverte, être garanties au moins à une femme appartenant aux catégories protégées qui a accompli un stage pouvant être considéré comme nécessaire pour éviter les abus; les prestations mentionnées à l'article 49 doivent également être garanties aux épouses des hommes des catégories protégées, lorsque ceux-ci ont accompli le stage prévu.

Article 52

Les prestations mentionnées aux articles 49 et 50 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité couverte; toutefois, les paiements périodiques peuvent être limités à douze semaines, à moins qu'une période plus longue d'abstention du travail ne soit imposée ou autorisée par la législation nationale, auquel cas les paiements ne pourront pas être limités à une période de moindre durée.

PARTIE IX. PRESTATIONS D'INVALIDITÉ

Article 53

Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations d'invalidité, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.

Article 54

L'éventualité couverte sera l'inaptitude à exercer une activité professionnelle, d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette inaptitude sera permanente ou lorsqu'elle subsiste après la cessation de l'indemnité de maladie.

Article 55

Les personnes protégées doivent comprendre:

- (a) soit des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;
- (b) soit des catégories prescrites de la population active, formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidants;
- (c) soit tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67;

(d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, des catégories prescrites de salariés, formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins.

Article 56

La prestation sera un paiement périodique calculé comme suit:

(a) conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66, lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active;

(b) conformément aux dispositions de l'article 67, lorsque sont protégés tous les résidents dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites.

Article 57

1. La prestation mentionnée à l'article 56 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins:

(a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage qui peut consister soit en 15 années de cotisation ou d'emploi, soit en 10 années de résidence;

(b) lorsqu'en principe toutes les personnes actives sont protégées, à une personne protégée qui a accompli un stage de trois années de cotisation et au nom de laquelle ont été versées, au cours de la période active de sa vie, des cotisations dont le nombre moyen annuel atteint un chiffre prescrit.

2. Lorsque l'attribution de la prestation mentionnée au paragraphe 1 est subordonnée à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation ou d'emploi, une prestation réduite doit être garantie au moins:

(a) à une personne protégée ayant accompli, avant l'éventualité, selon des règles prescrites, un stage de 5 années de cotisation ou d'emploi;

(b) lorsqu'en principe toutes les personnes actives sont protégées, à une personne protégée qui a accompli un stage de trois années de cotisation et au nom de laquelle a été versée, au cours de la période active de sa vie, la moitié du nombre moyen annuel de cotisations prescrit auquel se réfère l'alinéa b) du paragraphe 1 du présent article.

3. Les dispositions du paragraphe 1 du présent article seront considérées comme satisfaites lorsqu'une prestation calculée conformément à la Partie XI, mais selon un pourcentage inférieur de 10 unités à celui qui est indiqué dans le tableau annexé à cette Partie pour le bénéficiaire-type, est au moins garantie à toute personne protégée qui a accompli, selon des règles prescrites, 5 années de cotisation, d'emploi ou de résidence.

4. Une réduction proportionnelle du pourcentage indiqué dans le tableau annexé à la Partie XI peut être opérée lorsque le stage pour la prestation qui correspond au pourcentage réduit est supérieur à 5 ans de cotisation ou d'emploi, mais inférieur à 15 ans de cotisation ou d'emploi. Une prestation réduite sera attribuée conformément au paragraphe 2 du présent article.

Article 58

Les prestations mentionnées aux articles 56 et 57 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité ou jusqu'à leur remplacement par une prestation de vieillesse.

PARTIE X. PRESTATIONS DE SURVIVANTS

Article 59

Tout Membre pour lequel la présente Partie de la convention est en vigueur doit garantir aux personnes protégées l'attribution de prestations de survivants, conformément aux articles ci-après de ladite Partie.

Article 60

1. L'éventualité couverte doit comprendre la perte de moyens d'existence subie par la veuve ou les enfants du fait du décès du soutien de famille; dans le cas de la veuve, le droit à la prestation peut être subordonné à la présomption, conformément à la législation nationale, qu'elle est incapable de subvenir à ses propres besoins.

2. La législation nationale pourra suspendre la prestation si la personne qui y aurait eu droit exerce certaines activités rémunérées prescrites, ou pourra réduire les prestations contributives lorsque le gain du bénéficiaire excède un montant prescrit, et les prestations non contributives lorsque le gain du bénéficiaire, ou ses autres ressources, ou les deux ensemble, excèdent un montant prescrit.

Article 61

Les personnes protégées doivent comprendre:

(a) soit les épouses et les enfants de soutiens de famille appartenant à des catégories prescrites de salariés, ces catégories formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés;

(b) soit les épouses et les enfants de soutiens de famille appartenant à des catégories prescrites de la population active, ces catégories formant au total 20 pour cent au moins de l'ensemble des résidants;

(c) soit, lorsqu'ils ont la qualité de résidant, toutes les veuves et tous les enfants qui ont perdu leur soutien de famille et dont les ressources pendant l'éventualité couverte n'excèdent pas des limites prescrites conformément aux dispositions de l'article 67;

(d) soit, lorsqu'une déclaration a été faite en application de l'article 3, les épouses et les enfants de soutiens de famille appartenant à des catégories prescrites de salariés formant au total 50 pour cent au moins de l'ensemble des salariés travaillant dans des entreprises industrielles qui emploient 20 personnes au moins.

Article 62

La prestation sera un paiement périodique calculé comme suit:

(a) conformément aux dispositions soit de l'article 65, soit de l'article 66, lorsque sont protégées des catégories de salariés ou des catégories de la population active;

(b) conformément aux dispositions de l'article 67, lorsque sont protégés tous les résidants dont les ressources pendant l'éventualité n'excèdent pas des limites prescrites.

Article 63

1. La prestation mentionnée à l'article 62 doit, dans l'éventualité couverte, être garantie au moins:

(a) à une personne protégée dont le soutien de famille a accompli, selon des règles prescrites, un stage qui peut consister soit en 15 années de cotisation ou d'emploi, soit en 10 années de résidence;

(b) lorsqu'en principe les femmes et les enfants de toutes les personnes actives sont protégés, à une personne protégée dont le soutien de famille a accompli un stage de trois années de cotisation, à la condition qu'aient été versées, au nom de ce soutien de famille, au cours de la période active de sa vie, des cotisations dont le nombre moyen annuel atteint un chiffre prescrit.

2. Lorsque l'attribution de la prestation mentionnée au paragraphe 1 est subordonnée à l'accomplissement d'une période minimum de cotisation ou d'emploi, une prestation réduite doit être garantie au moins:

- (a) à une personne protégée dont le soutien de famille a accompli, selon des règles prescrites, un stage de 5 années de cotisation ou d'emploi;
- (b) lorsqu'en principe les femmes et les enfants de toutes les personnes actives sont protégés, à une personne protégée dont le soutien de famille a accompli un stage de trois années de cotisation, à la condition qu'ait été versée, au nom de ce soutien de famille, au cours de la période active de sa vie, la moitié du nombre moyen annuel de cotisations prescrit auquel se réfère l'alinéa b) du paragraphe 1 du présent article.

3. Les dispositions du paragraphe 1 du présent article seront considérées comme satisfaites lorsqu'une prestation calculée conformément à la Partie XI, mais selon un pourcentage inférieur de 10 unités à celui qui est indiqué dans le tableau annexé à cette Partie pour le bénéficiaire-type, est au moins garantie à toute personne protégée dont le soutien de famille a accompli, selon des règles prescrites, 5 années de cotisation, d'emploi ou de résidence.

4. Une réduction proportionnelle du pourcentage indiqué dans le tableau annexé à la Partie XI peut être opérée lorsque le stage pour la prestation qui correspond au pourcentage réduit est supérieur à 5 ans de cotisation ou d'emploi, mais inférieur à 15 ans de cotisation ou d'emploi. Une prestation réduite sera attribuée conformément au paragraphe 2 du présent article.

5. Pour qu'une veuve sans enfant présumée incapable de subvenir à ses propres besoins, ait droit à une prestation de survivant, une durée minimum du mariage peut être prescrite.

Article 64

Les prestations mentionnées aux articles 62 et 63 doivent être accordées pendant toute la durée de l'éventualité.

PARTIE XI. CALCUL DES PAIEMENTS PÉRIODIQUES

Article 65

1. Pour tout paiement périodique auquel le présent article s'applique, le montant de la prestation, majoré du montant des allocations familiales servies pendant l'éventualité, devra être tel que, pour le bénéficiaire-type visé au tableau annexé à la présente Partie, il soit au moins égal, pour l'éventualité en question, au pourcentage indiqué dans ce tableau par rapport au total du gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille, et du montant des allocations familiales servies à une personne protégée ayant les mêmes charges de famille que le bénéficiaire-type.

2. Le gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille sera calculé conformément à des règles prescrites et, lorsque les personnes protégées ou leurs soutiens de famille sont répartis en classes suivant leurs gains, le gain antérieur pourra être calculé d'après les gains de base des classes auxquelles ils ont appartenu.

3. Un maximum pourra être prescrit pour le montant de la prestation ou pour le gain qui est pris en compte dans le calcul de la prestation, sous réserve que ce maximum soit fixé de telle sorte que les dispositions du paragraphe 1 du présent article soient remplies lorsque le gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille est inférieur ou égal au salaire d'un ouvrier masculin qualifié.

4. Le gain antérieur du bénéficiaire ou de son soutien de famille, le salaire de l'ouvrier masculin qualifié, la prestation et les allocations familiales seront calculés sur les mêmes temps de base.

5. Pour les autres bénéficiaires, la prestation sera fixée de telle sorte qu'elle soit dans une relation raisonnable avec celle du bénéficiaire-type.

6. Pour l'application du présent article un ouvrier masculin qualifié sera:

- (a) soit un ajusteur ou un tourneur dans l'industrie mécanique autre que l'industrie des machines électriques;
- (b) soit un ouvrier qualifié type défini conformément aux dispositions du paragraphe suivant;
- (c) soit une personne dont le gain est égal ou supérieur aux gains de 75 pour cent de toutes les personnes protégées, ces gains étant déterminés sur une base annuelle ou sur la base d'une période plus courte, selon ce qui sera prescrit;
- (d) soit une personne dont le gain est égal à 125 pour cent du gain moyen de toutes les personnes protégées.

7. L'ouvrier qualifié type pour l'application de l'alinéa b) du paragraphe précédent sera choisi dans la classe occupant le plus grand nombre de personnes du sexe masculin protégées pour l'éventualité considérée, ou de soutiens de famille de personnes protégées, dans la branche qui occupe elle-même le plus grand nombre de ces personnes protégées ou de ces soutiens de famille; à cet effet, on utilisera la classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique, adoptée par le Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies à sa septième session, le 27 août 1948, et qui est reproduite en annexe à la présente convention, compte tenu de toute modification qui pourrait lui être apportée.

8. Lorsque les prestations varient d'une région à une autre, un ouvrier masculin qualifié pourra être choisi dans chacune des régions, conformément aux dispositions des paragraphes 6 et 7 du présent article.

9. Le salaire de l'ouvrier masculin qualifié sera déterminé sur la base du salaire pour un nombre normal d'heures de travail fixé soit par des conventions collectives, soit, le cas échéant, par la législation nationale ou en vertu de celle-ci, soit par la coutume, y compris les allocations de vie chère s'il en est; lorsque les salaires ainsi déterminés diffèrent d'une région à l'autre et que le paragraphe 8 du présent article n'est pas appliqué, on prendra le salaire médian.

10. Les montants des paiements périodiques en cours attribués pour la vieillesse, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (à l'exception de ceux qui couvrent l'incapacité de travail), pour l'invalidité et pour le décès du soutien de famille seront révisés à la suite de variations sensibles du niveau général des gains qui résultent de variations sensibles du coût de la vie.

Article 66

1. Pour tout paiement périodique auquel le présent article s'applique, le montant de la prestation, majoré du montant des allocations familiales servies pendant l'éventualité, devra être tel que, pour le bénéficiaire-type visé au tableau annexé à la présente Partie, il soit au moins égal, pour l'éventualité en question, au pourcentage indiqué dans ce tableau par rapport au total du salaire du manoeuvre ordinaire adulte masculin, et du montant des allocations familiales servies à une personne protégée ayant les mêmes charges de famille que le bénéficiaire-type.

2. Le salaire du manoeuvre ordinaire adulte masculin, la prestation et les allocations familiales seront calculés sur les mêmes temps de base.

3. Pour les autres bénéficiaires, la prestation sera fixée de telle sorte qu'elle soit dans une relation raisonnable avec celle du bénéficiaire-type.

4. Pour l'application du présent article, le manoeuvre ordinaire masculin sera:

- (a) soit un manoeuvre-type dans l'industrie mécanique autre que l'industrie des machines électriques;

(b) soit un manœuvre-type défini conformément aux dispositions du paragraphe suivant.

5. Le manœuvre-type pour l'application de l'alinéa b) du paragraphe précédent sera choisi dans la classe occupant le plus grand nombre de personnes du sexe masculin protégées pour l'éventualité considérée, ou de soutiens de famille de personnes protégées, dans la branche qui occupe elle-même le plus grand nombre de ces personnes protégées ou de ces soutiens de famille; à cet effet, on utilisera la classification internationale type, par industrie, de toutes les branches d'activité économique, adoptée par le Conseil économique et social de l'Organisation des Nations Unies à sa septième session, le 27 août 1948, et qui est reproduite en annexe à la présente convention, compte tenu de toute modification qui pourrait lui être apportée.

6. Lorsque les prestations varient d'une région à une autre, un manœuvre ordinaire adulte masculin pourra être choisi dans chacune des régions, conformément aux dispositions des paragraphes 4 et 5 du présent article.

7. Le salaire du manœuvre ordinaire adulte masculin sera déterminé sur la base du salaire pour un nombre normal d'heures de travail fixé soit par des conventions collectives, soit, le cas échéant, par la législation nationale ou en vertu de celle-ci, soit par la coutume, y compris les allocations de vie chère s'il en est; lorsque les salaires ainsi déterminés diffèrent d'une région à l'autre et que le paragraphe 6 du présent article n'est pas appliqué, on prendra le salaire médian.

8. Les montants des paiements périodiques en cours attribués pour la vieillesse, pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (à l'exception de ceux qui couvrent l'incapacité de travail), pour l'invalidité et pour le décès du soutien de famille seront révisés à la suite de variations sensibles du niveau général des gains qui résultent de variations sensibles du coût de la vie.

Article 67

Pour tout paiement périodique auquel le présent article s'applique:

(a) le montant de la prestation doit être fixé selon un barème prescrit, ou selon un barème arrêté par les autorités publiques compétentes conformément à des règles prescrites;

(b) le montant de la prestation ne peut être réduit que dans la mesure où les autres ressources de la famille du bénéficiaire dépassent des montants substantiels prescrits ou arrêtés par les autorités publiques compétentes conformément à des règles prescrites;

(c) le total de la prestation et des autres ressources, après déduction des montants substantiels visés à l'alinéa b) ci-dessus, doit être suffisant pour assurer à la famille du bénéficiaire des conditions de vie saines et convenables et ne doit pas être inférieur au montant de la prestation calculée conformément aux dispositions de l'article 66;

(d) les dispositions de l'alinéa c) seront considérées comme satisfaites si le montant total des prestations payées en vertu de la Partie en question dépasse d'au moins 30 pour cent le montant total des prestations que l'on obtiendrait en appliquant les dispositions de l'article 66 et les dispositions de:

- (i) l'alinéa b) de l'article 15 pour la Partie III;
 - (ii) l'alinéa b) de l'article 27 pour la Partie V;
 - (iii) l'alinéa b) de l'article 55 pour la Partie IX;
 - (iv) l'alinéa b) de l'article 61 pour la Partie X.
-

TABLEAU (ANNEXE A LA PARTIE XI) PAIEMENTS PERIODIQUES AUX BENEFICIAIRES-TYPES

Partie	Eventualité	Bénéficiaire-type	Pourcentage
III	Maladie	Homme ayant une épouse et 2 enfants	45
IV	Chômage	Homme ayant une épouse et 2 enfants	45
V	Vieillesse	Homme ayant une épouse d'âge à pension	40
VI	Accidents du travail et maladies professionnelles:		
	Incapacité de travail	Homme ayant une épouse et 2 enfants	50
	Invalidité	Homme ayant une épouse et 2 enfants	50
	Survivants	Veuve ayant deux enfants	40
VIII	Maternité	Femme	45
IX	Invalidité	Homme ayant une épouse et deux enfants	40
X	Survivants	Veuve ayant 2 enfants	40

PARTIE XII. EGALITÉ DE TRAITEMENT DES RÉSIDENTS NON NATIONAUX

Article 68

1. Les résidants qui ne sont pas des nationaux doivent avoir les mêmes droits que les résidants qui sont des nationaux. Toutefois, en ce qui concerne les prestations ou les fractions de prestations financées exclusivement ou d'une façon prépondérante par les fonds publics, et en ce qui concerne les régimes transitoires, des dispositions particulières à l'égard des non-nationaux et à l'égard des nationaux nés hors du territoire du Membre peuvent être prescrites.

2. Dans les systèmes de sécurité sociale contributive dont la protection s'applique aux salariés, les personnes protégées qui sont des nationaux d'un autre Membre qui a accepté les obligations découlant de la Partie correspondante de la convention doivent avoir, à l'égard de ladite Partie, les mêmes droits que les nationaux du Membre intéressé. Toutefois, l'application du présent paragraphe peut être subordonnée à l'existence d'un accord bilatéral ou multilatéral prévoyant une réciprocité.

PARTIE XIII. DISPOSITIONS COMMUNES

Article 69

Une prestation à laquelle une personne protégée aurait eu droit en application de l'une quelconque des Parties II à X de la présente convention, peut être suspendue, dans une mesure qui peut être prescrite:

- (a) aussi longtemps que l'intéressé ne se trouve pas sur le territoire du Membre;
- (b) aussi longtemps que l'intéressé est entretenu sur des fonds publics ou aux frais d'une institution ou d'un service de sécurité sociale; toutefois, si la prestation dépasse le coût de cet entretien, la différence doit être attribuée aux personnes qui sont à la charge du bénéficiaire;
- (c) aussi longtemps que l'intéressé reçoit en espèces une autre prestation de sécurité sociale à l'exception d'une prestation familiale, et pendant toute période durant laquelle il est indemnisé pour la même éventualité par une tierce partie, sous réserve que la partie de la prestation qui est suspendue ne dépasse pas l'autre prestation ou l'indemnité provenant d'une tierce partie;
- (d) lorsque l'intéressé a essayé frauduleusement d'obtenir une prestation;
- (e) lorsque l'éventualité a été provoquée par un crime ou un délit commis par l'intéressé;
- (f) lorsque l'éventualité a été provoquée par une faute intentionnelle de l'intéressé;
- (g) dans les cas appropriés, lorsque l'intéressé néglige d'utiliser les services médicaux ou les services de réadaptation qui sont à sa disposition ou n'observe pas les règles prescrites pour la vérification de l'existence de l'éventualité ou pour la conduite des bénéficiaires de prestations;
- (h) en ce qui concerne la prestation de chômage, lorsque l'intéressé néglige d'utiliser les services de placement à sa disposition;
- (i) en ce qui concerne la prestation de chômage, lorsque l'intéressé a perdu son emploi en raison directe d'un arrêt du travail dû à un conflit professionnel, ou qu'il a quitté volontairement son emploi sans motifs légitimes;
- (j) en ce qui concerne la prestation de survivants, aussi longtemps que la veuve vit en concubinage.

Article 70

1. Tout requérant doit avoir le droit de former appel en cas de refus de la prestation ou de contestation sur sa qualité ou sa quantité.

2. Lorsque dans l'application de la présente convention, l'administration des soins médicaux est confiée à un département gouvernemental responsable devant un parlement, le droit d'appel prévu au paragraphe 1 du présent article peut être remplacé par le droit de faire examiner par l'autorité compétente toute réclamation visant le refus des soins médicaux ou la qualité des soins médicaux reçus.

3. Lorsque les requêtes sont portées devant des tribunaux spécialement établis pour traiter les questions de sécurité sociale et au sein desquels les personnes protégées sont représentées, le droit d'appel peut n'être pas accordé.

Article 71

1. Le coût des prestations attribuées en application de la présente convention et les frais d'administration de ces prestations doivent être financés collectivement par voie de cotisations ou d'impôts, ou par les deux voies conjointement, selon des modalités qui évitent que les personnes de faibles ressources n'aient à supporter une trop lourde charge et qui tiennent compte de la situation économique du Membre et de celle des catégories de personnes protégées.

2. Le total des cotisations d'assurance à la charge des salariés protégés ne doit pas dépasser 50 pour cent du total des ressources affectées à la protection des salariés, de leurs épouses et enfants. Pour déterminer si cette condition est remplie, toutes les prestations accordées par le Membre en application de la convention pourront être considérées dans leur ensemble, à l'exception des prestations aux familles et à l'exception des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, si ces dernières relèvent d'une branche spéciale.

3. Le Membre doit assumer une responsabilité générale en ce qui concerne le service des prestations attribuées en application de la présente convention et prendre toutes les mesures nécessaires en vue d'atteindre ce but; il doit, s'il y a lieu, s'assurer que les études et calculs actuariels nécessaires concernant l'équilibre financier sont établis périodiquement et en tout cas préalablement à toute modification des prestations, du taux des cotisations d'assurance ou des impôts affectés à la couverture des éventualités en question.

Article 72

1. Lorsque l'administration n'est pas assurée par une institution réglementée par les autorités publiques ou par un département gouvernemental responsable devant un parlement, des représentants des personnes protégées doivent participer à l'administration ou y être associés avec pouvoir consultatif dans des conditions prescrites; la législation nationale peut aussi prévoir la participation de représentants des employeurs et des autorités publiques.

2. Le Membre doit assumer une responsabilité générale pour la bonne administration des institutions et services qui concourent à l'application de la présente convention.

PARTIE XIV. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 73

La présente convention ne s'appliquera pas:

(a) aux éventualités survenues avant l'entrée en vigueur de la Partie correspondante de la convention pour le Membre intéressé;

(b) aux prestations attribuées pour des éventualités survenues après l'entrée en vigueur de la Partie correspondante de la convention pour le Membre intéressé, dans la mesure où les droits à ces prestations proviennent de périodes antérieures à la date de ladite entrée en vigueur.

Article 74

La présente convention ne doit pas être considérée comme portant révision de l'une quelconque des conventions existantes.

Article 75

Lorsqu'il en sera ainsi disposé dans une convention adoptée ultérieurement par la Conférence et portant sur une ou plusieurs matières traitées par la présente convention, les dispositions de la présente convention qui seront spécifiées dans la convention nouvelle cesseront de s'appliquer à tout Membre ayant ratifié celle-ci, dès la date de son entrée en vigueur pour le Membre intéressé.

Article 76

1. Tout Membre qui ratifie la présente convention s'engage à fournir dans le rapport annuel qu'il doit présenter sur l'application de la convention, conformément à l'article 22 de la Constitution de l'Organisation internationale du Travail:

- (a) des renseignements complets sur la législation donnant effet aux dispositions de la convention;
- (b) les preuves qu'il a satisfait aux exigences statistiques formulées par:
 - (i) les articles 9 a), b), c) ou d); 15 a), b) ou d); 21 a) ou c); 27 a), b) ou d); 33 a) ou b); 41 a), b) ou d); 48 a), b) ou c); 55 a), b) ou d); 61 a), b) ou d) quant au nombre des personnes protégées;
 - (ii) les articles 44, 65, 66 ou 67 quant aux montants des prestations;
 - (iii) l'alinéa a) du paragraphe 2 de l'article 18 quant à la durée des indemnités de maladie;
 - (iv) le paragraphe 2 de l'article 24 quant à la durée des prestations de chômage;
 - (v) le paragraphe 2 de l'article 71 quant à la proportion des ressources qui proviennent des cotisations d'assurance des salariés protégés;

ces preuves devront être fournies en se conformant autant que possible, quant à leur présentation, aux suggestions faites par le Conseil d'administration du Bureau international du Travail en vue d'une plus grande uniformité à cet égard.

2. Tout Membre qui ratifie la présente convention adressera au Directeur général du Bureau international du Travail, à des intervalles appropriés, selon ce que décidera le Conseil d'administration, des rapports sur l'état de sa législation et de sa pratique concernant les dispositions de chacune des Parties II à X de la convention qui n'ont pas déjà été spécifiées dans la ratification du Membre dont il s'agit ou dans une notification ultérieure faite en application de l'article 4.

Article 77

1. La présente convention ne s'applique ni aux marins ni aux marins pêcheurs; des dispositions pour la protection des marins et des marins pêcheurs ont été adoptées par la Conférence internationale du Travail dans la convention sur la sécurité sociale des gens de mer, 1946, et dans la convention sur les pensions des gens de mer, 1946.

2. Un Membre peut exclure les marins et les marins pêcheurs du nombre, soit des salariés, soit des personnes de la population active, soit des résidents, pris en compte pour le calcul du pourcentage des salariés ou des résidents qui sont protégés en application de l'une quelconque des Parties II à X couvertes par la ratification.

PARTIE XV. DISPOSITIONS FINALES

Article 78

Les ratifications formelles de la présente convention seront communiquées au Directeur général du Bureau international du Travail et par lui enregistrées.

Article 79

1. La présente convention ne liera que les Membres de l'Organisation internationale du Travail dont la ratification aura été enregistrée par le Directeur général.

2. Elle entrera en vigueur douze mois après que les ratifications de deux Membres auront été enregistrées par le Directeur général.

3. Par la suite, cette convention entrera en vigueur pour chaque Membre douze mois après la date où sa ratification aura été enregistrée.

Article 80

1. Les déclarations qui seront communiquées au Directeur général du Bureau international du Travail, conformément au paragraphe 2 de l'article 35 de la Constitution de l'Organisation internationale du Travail, devront faire connaître:

(a) les territoires pour lesquels le Membre intéressé s'engage à ce que les dispositions de la convention ou de certaines de ses Parties soient appliquées sans modification;

(b) les territoires pour lesquels il s'engage à ce que les dispositions de la convention ou de certaines de ses Parties soient appliquées avec des modifications, et en quoi consistent lesdites modifications;

(c) les territoires auxquels la convention est inapplicable et, dans ces cas, les raisons pour lesquelles elle est inapplicable;

(d) les territoires pour lesquels il réserve sa décision en attendant un examen plus approfondi de la situation à l'égard desdits territoires.

2. Les engagements mentionnés aux alinéas a) et b) du premier paragraphe du présent article réputés parties intégrantes de la ratification et porteront des effets identiques.

3. Tout Membre pourra renoncer, par une nouvelle déclaration, à tout ou partie des réserves contenues dans sa déclaration antérieure en vertu des alinéas b), c) et d) du premier paragraphe du présent article.

4. Tout Membre pourra, pendant les périodes au cours desquelles la présente convention peut être dénoncée conformément aux dispositions de l'article 82, communiquer au Directeur général une nouvelle déclaration modifiant à tout autre égard les termes de toute déclaration antérieure et faisant connaître la situation dans des territoires déterminés.

Article 81

1. Les déclarations communiquées au Directeur général du Bureau international du travail conformément aux paragraphes 4 et 5 de l'article 35 de la Constitution de l'Organisation internationale du Travail doivent indiquer si les dispositions de la convention ou des Parties auxquelles elles se réfèrent seront appliquées dans le territoire avec ou sans modifications; lorsque la déclaration indique que les dispositions de la convention ou de certaines Parties s'appliquent sous réserve de modifications, elle doit spécifier en quoi consistent lesdites modifications.

2. Le Membre ou les Membres ou l'autorité internationale intéressés pourront renoncer entièrement ou partiellement, par une déclaration ultérieure, au droit d'invoquer une modification indiquée dans une déclaration antérieure.

3. Le Membre ou les Membres ou l'autorité internationale intéressés pourront, pendant les périodes au cours desquelles la convention peut être dénoncée conformément aux dispositions de l'article 82, communiquer au Directeur général une nouvelle déclaration modifiant à tout autre égard les termes d'une déclaration antérieure en faisant connaître la situation en ce qui concerne l'application de cette convention.

Article 82

1. Tout Membre ayant ratifié la présente convention peut, à l'expiration d'une période de dix années après la date de la mise en vigueur initiale de la convention, dénoncer la convention, ou l'une de ses Parties II à X, ou plusieurs d'entre elles, par un acte communiqué au Directeur général du Bureau international du Travail et par lui enregistré. La dénonciation ne prendra effet qu'une année après avoir été enregistrée.

2. Tout Membre ayant ratifié la présente convention qui, dans le délai d'une année après l'expiration de la période de dix années mentionnée au paragraphe précédent, ne fera pas usage de la faculté de dénonciation prévue par le présent article sera lié pour une nouvelle période de dix années et, par la suite, pourra dénoncer la convention ou l'une de ses Parties II à X, ou plusieurs d'entre elles, à l'expiration de chaque période de dix années dans les conditions prévues au présent article.

Article 83

1. Le Directeur général du Bureau international du Travail notifiera à tous les Membres de l'Organisation internationale du Travail l'enregistrement de toutes les ratifications, déclarations et dénonciations qui lui seront communiquées par les Membres de l'Organisation.

2. En notifiant aux Membres de l'Organisation l'enregistrement de la deuxième ratification qui lui aura été communiquée, le Directeur général appellera l'attention des Membres de l'Organisation sur la date à laquelle la présente convention entrera en vigueur.

Article 84

Le Directeur général du Bureau international du Travail communiquera au Secrétaire général des Nations Unies, aux fins d'enregistrement, conformément à l'article 102 de la Charte des Nations Unies, des renseignements complets au sujet de toutes ratifications, de toutes déclarations et de tous actes de dénonciation qu'il aura enregistrés conformément aux articles précédents.

Article 85

Chaque fois qu'il le jugera nécessaire, le Conseil d'administration du Bureau international du Travail présentera à la Conférence générale un rapport sur l'application de la présente convention et examinera s'il y a lieu d'inscrire à l'ordre du jour de la Conférence la question de sa révision totale ou partielle.

Article 86

1. Au cas où la Conférence adopterait une nouvelle convention portant révision totale ou partielle de la présente convention, et à moins que la nouvelle convention ne dispose autrement:

(a) la ratification par un Membre de la nouvelle convention portant révision entraînerait de plein droit, nonobstant l'article 82 ci-dessus, dénonciation immédiate de la présente convention, sous réserve que la nouvelle convention portant révision soit entrée en vigueur;

(b) à partir de la date de l'entrée en vigueur de la nouvelle convention portant révision, la présente convention cesserait d'être ouverte à la ratification des Membres.

2. La présente convention demeurerait en tout cas en vigueur dans sa forme et teneur pour les Membres qui l'auraient ratifiée et qui ne ratifieraient pas la convention portant révision.

Article 87

Les versions française et anglaise du texte de la présente convention font également foi.

LISTE DES TABLEAUX

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Les trois répertoires de protection sociale.....	26
Tableau n°2 : Holisme et protection sociale.....	34
Tableau n°3 : Les dépenses de protection sociale rapportées au PIB (en %).....	63
Tableau n°4 : Evolution du nombre d'assurés sociaux par caisse.....	78
Tableau n°5 : Taux de cotisations sociales pour les travailleurs salariés.....	79
Tableau n°6 : Equilibre financier de la CNAS, la CASNOS et la CNR.....	90
Tableau n°7 : Le manque à gagner de la CNAS.....	81
Tableau n°8 : Evolution des transferts sociaux	86
Tableau n°9 : Taux de cotisation dans le secteur privé.....	113
Tableau n°10 : Taux de cotisation dans le secteur public (Année 2014).....	116
Tableau n°11 : Situation financière des deux régimes de la CNRPS.....	117
Tableau n°12 : Evolution du nombre d'assurés sociaux par filière de soin 2008 – 2018.....	119
Tableau n°13 : Evolution du taux de couverture dans les deux secteurs privé et public.....	121
Tableau n°14 : Taux de cotisations des travailleurs salariés au 1 ^{er} janvier 2020.....	147
Tableau n°15 : Taux de cotisations des travailleurs non-salariés au 1 ^{er} janvier 2020.....	147
Tableau n°16 : Montants des prestations servies par la CNSS.....	149
Tableau n°17 : Evolution des cotisations et prestations de la CMR.....	151
Tableau n°18: Evolution des bénéficiaires des régimes de base durant la période 2015-2019.....	168
Tableau n°19 : La comparaison entre les trois pays des indemnités journalières.....	180
Tableau n°20 : La comparaison entre les trois pays des indemnités journalières de maternité.....	183
Tableau n°21 : La comparaison entre les trois pays des prestations d'invalidité.....	184
Tableau n°22 : La comparaison entre les trois pays des prestations de vieillesse pour les salariés.....	188
Tableau n°23 : La comparaison entre les trois pays des prestations de chômage (salariés)...	193
Tableau n°24 : La comparaison entre les trois pays des prestations d'accidents de travail et de maladies professionnelles.....	196

LISTE DES FIGURES

Liste des figures :

Figure n°1 : Indicateur 1.3.1 des ODD : Pourcentage de la population totale couverte par au moins une prestation de protection (couverture effective), 2015.....59

Figure n°2 : Vers des systèmes de sécurité sociale complets: Nombre de domaines politiques couverts par la protection sociale programmes ancrés dans la législation nationale, 1900–2015.....60

Figure 3 : Développement de programmes de protection sociale ancrés dans la législation nationale par domaine politique, avant 1900 à après 2010 (% de pays).....61

Figure n°4 : Organisation de la protection sociale en Tunisie.....109

Figure n°5 : Evolution de l’effectif des assurés sociaux pour l’ensemble des régimes.....111

Figure n°6 : Répartition des assurés sociaux par régime (année 2019).....112

Figure n°7 : Evolution des cotisations de la CNSS (ensemble des régimes).....114

Figure n°8 : Evolution des dépenses de prestations servies par la CNSS.....115

Figure n°9 : Evolution des dépenses techniques de la caisse par régime : 2007 – 2018.....120

Figure n°10 : L’escalier de la sécurité sociale.....138

Figure n°11 : Evolution du montant des cotisations sociales de la CNSS148

TABLE DES MATIERES

Table des matières

Dédicaces

Remerciements

Liste des abréviations

Sommaire

Introduction générale.....1

Chapitre 1 : Cadre théorique et conceptuel de la protection sociale.....13

Introduction.....14

Section 1 : Notion de risque et techniques de protection.....15

1. Quelques définitions de base.....15

2. Techniques de protection et caractère obligatoire de la protection sociale.....17

 a) L'épargne individuelle de précaution.....17

 b) La solidarité familiale.....17

 c) Les mécanismes collectifs privés.....18

 d) Les mécanismes publics obligatoires.....19

3. La protection sociale et les inégalités.....19

Section 2 : Les trois répertoires de la protection sociale.....21

1. Les trois façons de faire la protection sociale.....21

2. Les manières de penser la protection sociale.....23

 a) Le système bismarckien/beveridgien.....23

 b) La classification d'Esping-Andersen.....24

Section 3 : Protection sociale et théorie économique.....27

1. L'approche keynésienne.....27

2. L'approche marxiste.....29

3. L'approche régulationniste.....31

4. L'analyse libérale33

Section 4 : Les politiques sociales et leurs indicateurs de mesure.....34

1. Les différents types de politiques sociales.....34

 a) La politique familiale.....35

b) Politique de la santé.....	35
c) Politiques de l'emploi.....	37
d) Politique concernant les retraités.....	38
e) Politique de lutte contre la pauvreté.....	40
2. Les indicateurs de mesures.....	41
Conclusion	44
Chapitre 2 : Emergence et évolution de la protection sociale.....	45
Introduction.....	46
Section 1 : Historique et naissance de la protection sociale.....	46
1. Aperçu historique.....	47
a) Le moyen âge.....	47
b) Les temps modernes (1492-1789).....	48
c) La révolution française.....	48
2. Système Bismarckien.....	48
a) Naissance de la sécurité sociale en Allemagne.....	48
b) Les principes fondamentaux du système bismarckien.....	49
3. Système Beveridgien.....	50
a) Le rapport de Beveridge 1942.....	50
b) Les caractéristiques du système beveridgien.....	50
4. Le modèle libéral.....	50
a) Les logiques de ce modèle.....	51
b) La prépondérance du système libéral de santé.....	51
Section 2 : Développement et extension de la protection sociale dans le monde.....	52
1. L'Etat-providence entre les deux guerres	52
a) La 1ere guerre mondiale et la crise de 1929.	52
b) Le Rapport de Beveridge et les trente glorieuses.....	52
2. Les efforts des organisations internationales.....	53

a) La convention n°102 de 1952 de l'OIT.....	54
b) Le socle de protection sociale et recommandation n°202.....	56
c) Le Rapport de l'OIT sur la protection sociale dans le monde 2017-2019.....	58
3. Extension de la couverture des risques au niveau mondial.....	59
a) Extension de la protection sociale sur un siècle.....	59
b) Extension de la couverture des risques.....	61
c) Les dépenses de protection sociale.....	62
Section 3 : Remise en cause de la protection sociale.....	64
1. Critiques de l'Etat-providence et de la protection sociale.....	64
a) La critique monétariste.....	64
b) Les critiques de la redistribution.....	65
c) Les critiques de l'assistanat.....	65
d) Les critiques marxistes.....	66
2. Une triple crise de l'Etat providence.....	66
a) Une crise financière.....	66
b) Une crise d'efficacité.....	67
c) Une crise de légitimité.....	67
3. Re-légitimation de l'Etat providence.....	67
c) La conception d'Anthony Giddens.....	68
d) La conception d'Esping-Andersen.....	68
Conclusion.....	70
Chapitre 3 : La couverture sociale en Algérie.....	72
Introduction.....	73
Section 1 : Présentation du système de protection sociale algérien.....	74
1. Historique et évolution du système de sécurité sociale.....	74
2. La politique de sécurité sociale.....	75
a) Les caisses de sécurité sociale.....	75
b) Evolution des assurés sociaux et le taux de cotisation sociale.....	77

c) L'équilibre financier des caisses de sécurité sociale.....	79
3. La politique d'assistance sociale.....	82
a) Agence de Développement Social (ADS).....	82
b) Transferts sociaux de l'Etat.....	85
Section 2 : La couverture des risques par les assurances sociales.....	87
1. L'assurance maladie.....	87
a) Les prestations en nature.....	88
b) Les prestations en espèces.....	90
2. L'assurance maternité.....	90
a) Les prestations en nature.....	91
b) Les prestations en espèces.....	91
3. L'assurance invalidité.....	92
4. L'assurance décès.....	93
Section 3 : La couverture des risques par les autres types d'assurances.....	94
1. L'assurance vieillesse.....	95
2. Les prestations familiales.....	97
3. Assurance chômage.....	98
4. Les accidents de travail et maladies professionnelles.....	100
Conclusion.....	102
Chapitre 4 : La couverture sociale en Tunisie.....	104
Introduction.....	105
Section 1 : Présentation du système tunisien de protection sociale.....	106
1. Approche historique.....	106
a) La période coloniale (1981 – 1956).....	106
b) Progression de la protection sociale après l'indépendance.....	106
2. La sécurité sociale.....	110
a) Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS).....	110
a.1. Evolution du nombre d'assuré sociaux.....	110

a.2. Recettes et dépenses de la CNSS.....	112
b) Caisse Nationale de Retraite et de Prévoyance Sociale (CNRPS).....	115
b.1. Taux de cotisation.....	116
b.2. Equilibre financier de la CNRPS.....	117
c) Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM).....	118
c.1. Les assurés sociaux.....	119
c.2. Les dépenses de la CNAM.....	119
c.3. La couverture sociale.....	120
3. La politique d'assistance.....	121
a) Programme National d'Aide aux Familles Nécessiteuses (PNAFN).....	122
b) Assistance Médicale Gratuite (AMG II) type II tarif réduit.....	123
Section 2 : Les assurances sociales et les prestations familiales.....	124
1. L'assurance maladie.....	125
a) Les prestations en nature.....	125
b) Les prestations en espèces.....	126
2. L'assurance maternité.....	127
a) Des prestations en nature.....	127
b) Des prestations en espèces.....	128
3. L'assurance décès.....	128
4. Les prestations familiales.....	130
Section 3 : La couverture des risques par les autres types d'assurance.....	131
1. L'assurance vieillesse.....	131
2. L'assurance invalidité.....	133
3. Les accidents de travail et maladies professionnelles.....	134
4. Assurance chômage.....	136
Section 4 : L'efficacité des programmes de protection sociale.....	137
Conclusion	139
Chapitre 5 : La couverture sociale au Maroc.....	141
Introduction.....	142

Section 1 : Présentation du système de protection sociale marocain.....	142
1. Historique et évolution du système de la protection sociale.....	143
a) Avant l'indépendance.....	143
b) Après l'indépendance	143
2. Le système de sécurité sociale.....	146
a) Les cotisations sociales au Maroc.....	146
b) La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) : Cotisations et prestations.....	148
c) La Caisse Marocaine de l'Assurance Maladie (CMAM).....	149
d) Les caisses de retraites.....	150
3. Le régime de l'assistance médicale aux économiquement démunis (RAMED).....	151
4. Les programmes d'assistance sociale.....	153
a) Le Ministère de la Solidarité, du Développement Social, de l'Égalité et de la Famille	153
b) L'Entraide nationale (EN)	154
c) L'Agence de Développement Social.....	156
d) L'Initiative Nationale pour le Développement Humain (INDH).....	157
Section 2 : La couverture des risques : maladie, maternité et accidents du travail.....	159
1. Assurance maladie.....	159
a) Assurance Maladie Obligatoire (AMO)	159
b) Les prestations en espèces.....	161
2. Assurance maternité et congé de naissance.....	161
a) Assurance maternité	161
b) congé de naissance	162
3. Les allocations familiales.....	162
4. Accidents du travail et maladies professionnelles.....	163
a) Incapacité Temporaire de Travail (ITT)	164
b) Incapacité Physique Permanente (IPP)	164
5. Assurance décès.....	165
a) Pension de survivant.....	165
b) Allocation au décès.....	165
Section 3 : La couverture des risques : invalidité, vieillesse et survivants.....	166

1. Assurance invalidité.....	166
2. Assurance vieillesse.....	167
a) Le régime de pension de vieillesse des travailleurs salariés.....	169
b) Le régime de pension de vieillesse des travailleurs non salariés	170
3. Les prestations de survivant.....	171
4. Indemnité pour Perte d'Emploi.....	172
Conclusion.....	173
Chapitre 6 : Analyse comparative de la couverture des risques dans les trois pays.....	175
Introduction.....	176
Section 1 : La couverture des risques santé et maternité.....	177
1. Assurance maladie.....	177
a) Les soins médicaux	177
b) Les indemnités journalières	179
2. Assurance maternité.....	181
a) Les prestations de maternité.....	181
b) Les indemnités journalières.....	182
Section 2 : La couverture des risques invalidité, décès et vieillesse.....	184
1. L'assurance invalidité.....	184
2. L'assurance décès.....	186
3. L'assurance vieillesse.....	187
Section 3 : Les prestations familiales, assurance chômage et les accidents du travail et maladies professionnelles.....	190
1. Les prestations familiales.....	190
2. Assurance chômage.....	193
3. Les accidents du travail et maladies professionnelles.....	195
Conclusion.....	199
Conclusion générale.....	202
Bibliographie.....	209

Annexes.....	219
Liste des tableaux.....	243
Liste des figures.....	245
Table des matières.....	247
Résumé	

Résumé

Les pays du Maghreb, comme tout autre pays du monde, disposent de systèmes de protection sociale qui leur permettent d'assurer une couverture de leur population contre les risques sociaux.

Ce travail a pour objectif d'appréhender la couverture des risques sociaux par les systèmes de protection sociale dans les trois pays du Maghreb à savoir, l'Algérie, la Tunisie et le Maroc. Cela en se référant à la convention n°102 adoptée en 1952 par l'OIT, concernant la sécurité sociale (norme minimum) qui définit huit risques : maladie, maternité, décès, vieillesse, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, famille et chômage.

Les résultats montrent que, globalement, la convention n°102 est respectée par les pays du Maghreb pour la population salariée, à l'exception de quelques insuffisances de couverture : pour le risque chômage dans les trois pays, les indemnités de maternité en Tunisie, ainsi que les prestations familiales en Algérie et au Maroc. Nous signalons aussi que la population non salariée est moins couverte que la population salariée dans les trois pays étudiés, notamment en matière d'indemnités de maternité en Algérie, du risque invalidité au Maroc et des accidents du travail et des maladies professionnelles en Algérie.

Mots clés : Assistance, convention n°102 (OIT), Maghreb, Protection sociale, risque, sécurité sociale.

Abstract

The Maghreb countries, like any other country in the world, have social protection systems that allow them to ensure coverage of their population against social risks.

This work aims to understand the coverage of social risks by social protection systems in the three Maghreb countries, namely; Algeria, Tunisia and Morocco. This by referring to Convention n° 102 adopted in 1952 by the ILO concerning social security (minimum standard) which defines 8 risks: sickness, maternity, death, old age, invalidity, accidents at work and occupational diseases, family and unemployment.

The results show that, globally, convention n°102 is respected by the Maghreb countries for the salaried population, except for some coverage shortfalls: for unemployment risk in the three countries, maternity benefits in Tunisia, as well as family benefits in Algeria and Morocco. We also point out that the non-salaried population is less covered than the salaried population in the three countries studied, particularly in terms of maternity benefits in Algeria, disability risk in Morocco and accidents at work and occupational diseases in Algeria.

Keywords: Assistance, convention n°102 (ILO), Maghreb, Social protection, risk, social security.

الملخص:

البلدان المغاربية، مثل أي بلد آخر في العالم، لديها أنظمة حماية اجتماعية تسمح لها بضمان تغطية سكانها ضد المخاطر الاجتماعية. يهدف هذا العمل إلى فهم تغطية المخاطر الاجتماعية من خلال أنظمة الحماية الاجتماعية في بلدان المغرب العربي الثلاثة، وهي: الجزائر، تونس والمغرب. هذا بالإشارة إلى الاتفاقية رقم 102 التي اعتمدها منظمة العمل الدولية في عام 1952 بشأن الضمان الاجتماعي (المعيار الأدنى) والتي تحدد 8 مخاطر: المرض، الأمومة، الوفاة، الشيخوخة، العجز، حوادث العمل والأمراض المهنية، الأسرة والبطالة. لقد توصلنا إلى نتائج مفادها أن الاتفاقية رقم 102 تحترم بشكل عام من قبل دول المغرب العربي بالنسبة للعمال الأجراء، باستثناء بعض أوجه القصور في التغطية؛ لمخاطر البطالة في البلدان الثلاثة، وإعانات الأمومة في تونس، وكذلك المنح-العائلية في الجزائر والمغرب. تشير أيضًا إلى أن العمال غير الأجراء هم أقل تغطية من العمال الأجراء في البلدان الثلاثة التي شملتها الدراسة، خاصة فيما يتعلق بمزايا الأمومة في الجزائر، وخطر الإعاقة في المغرب وحوادث العمل والأمراض المهنية في الجزائر.

الكلمات الدالة: المساعدة، الاتفاقية رقم 102 (منظمة العمل الدولية)، المغرب العربي، الحماية الاجتماعية، الخطر، الضمان الاجتماعي.