



SECURITE SOCIALE ET LUTTE CONTRE LA PAUVRETE (II)

Des avancées et des lacunes

La sécurité sociale a connu des réformes positives en termes de prévention de la pauvreté. Après de nombreuses années de relative stagnation des revenus de remplacement hors indexation, les minima sociaux ont été revalorisés en plusieurs étapes, ce dont cette analyse tente de retracer les grandes lignes. En assurance maladie aussi des améliorations ont été entreprises en faveur de l'accès aux soins mais la couverture dépendance reste insuffisante. Enfin, la hausse du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale et la persistance de la pauvreté inclinent à s'interroger sur les dégâts et les manques des politiques liées ou non à la sécurité sociale, ainsi que sur l'action qui devrait être accentuée à l'encontre des phénomènes de reproduction de la pauvreté.

Dans un contexte de crise économique qui aura des répercussions pour plusieurs années sur les budgets et sur l'endettement publics, des améliorations significatives dans ce domaine comme dans d'autres nécessiteraient des politiques toujours plus efficaces et de rendre la fiscalité plus équitable et mieux perçue de façon à augmenter les recettes publiques.

La présente analyse présente à cette occasion une comparaison graphique de l'évolution des minima sociaux entre 2001 et 2009 en matière de sécurité sociale des salariés et d'aide sociale, pour les différentes catégories de bénéficiaires.



PRISE DE CONSCIENCE

Il faut bien admettre que, hormis une accessibilité remarquable des soins de santé, le tableau de la sécurité sociale n'est pas reluisant en ce qui concerne les revenus de remplacement. L'absence de liaison au bien-être pendant quelque 25 ans et certaines mesures pour réduire la croissance des

coûts sociaux (instauration du statut de cohabitant à partir de 1981 en assurance chômage puis en invalidité, réforme des pensions de 1996,...) ont entraîné une baisse du taux de remplacement moyen des pensions et des allocations par rapport au niveau des salaires. En particulier, le niveau auquel les plafonds ont stagné explique sans doute pour partie le développement des couvertures privées, auxquelles les personnes à bas revenus n'ont d'ailleurs pas accès pour la plupart. De surcroît, beaucoup trop de chômeurs, d'invalides et

de pensionnés doivent vivre avec un revenu qui ne permet pas une vie décente, malgré de récentes et sensibles revalorisations.

Grâce à la stratégie européenne en matière d'inclusion sociale et à la mise en place d'indicateurs sociaux dans le cadre de la méthode ouverte de coordination, la « popularisation » de l'indicateur dudit « taux de pauvreté » parmi les acteurs et dans les médias a eu le mérite d'attirer l'attention sur cette situation et en particulier sur le faible niveau des minima sociaux. Il faudrait toutefois évaluer si un revenu au seuil de risque de pauvreté de 878 euros par mois pour une personne seule¹, de 1317 euros pour un couple sans enfants, ou de 1844 euros pour un ménage de deux adultes et deux enfants de moins de 14 ans pour les revenus de 2006², permet une vie décente. Et si le mode de calcul du seuil ne doit pas être revu. Des études montrent par exemple que la poussée des prix de 2007 et 2008 a davantage touché les ménages à faible revenu étant donné la composition de leur consommation, à savoir que les aliments, l'énergie, et le loyer le cas échéant, qui ont connu une forte inflation, occupent une place importante. Le « seuil de pauvreté » de 2008 sera donc probablement sous-évalué par rapport à l'évolution du coût de la vie des personnes à bas revenu. On remarquera aussi, qu'en 2008 par exemple, on s'est référé à un « seuil de pauvreté » calculé sur les revenus de 2005, suivant la dernière enquête disponible. Il est sans doute sensiblement inférieur à celui qui sera calculé sur les revenus de 2008 dans l'enquête 2009, qui sera disponible ...en 2011.

La diffusion du « seuil de pauvreté » a ainsi eu pour conséquence positive d'inciter les gouvernements à relever certaines allocations afin qu'elles atteignent ou dépassent ce niveau et à focaliser leur attention sur les catégories sociales où le risque de pauvreté est le plus fréquent (les familles monoparentales, les personnes âgées, les personnes seules,...) et sur certaines observations (discriminations à l'égard des ressortissants de pays tiers, importance de l'accès au logement, augmentation de la proportion d'enfants dans une famille pauvre, etc.). En Belgique, la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA) et la pension minimale des

indépendants par exemple, ont fait l'objet de revalorisations dans cette optique. Certains minima de sécurité sociale ont dû être relevés pour maintenir un certain écart, comme par exemple entre la pension minimale des salariés et la GRAPA. Ce qui a également favorisé le relèvement du salaire minimum pour éviter une accentuation des « pièges à l'emploi ». Nous y revenons plus loin.

En matière de prestations sociales, ces dix dernières années ont été caractérisées par certaines réformes qui s'avèrent positives pour les personnes à faible revenu et par une stagnation suivie de revalorisations des minima sociaux. Il n'est évidemment pas possible d'en faire une évaluation complète dans le cadre de cette analyse synthétique mais bien de donner quelques exemples majeurs.



ASSURANCE SOINS DE SANTÉ

En assurance maladie, la réforme des conditions d'assurabilité et notamment l'instauration du droit annuel³ a protégé contre des ruptures temporaires de droits liées à des changements de situation socioprofessionnelle ou à des manquements administratifs par exemple. On peut également citer l'instauration du maximum à facturer⁴, qui a certainement permis de soulager le budget de bien des ménages⁵. Le maximum à facturer, qui varie pourtant suivant des tranches de revenu, est encore trop élevé pour les plus pauvres (le premier plafond de tickets modérateurs est de 450 euros ou 37,5 euros sur base mensuelle, soit tout de même 5,2% d'un revenu d'intégration sociale de 725,79 euros pour une personne isolée⁶). Par ailleurs, le fait de devoir avancer le montant des soins ambulatoires peut également poser un problème dès lors que la faculté de recourir au tiers-payant pour les personnes en difficulté financière est méconnue ou que le médecin y est réticent. La création de certains forfaits notamment en cas de maladies chroniques a permis de couvrir partiellement des frais de santé qui n'entraient pas dans le cadre de l'assurance

maladie. La généralisation de l'usage des génériques et la révision à la baisse du prix de nombre de spécialités ont aussi allégé la charge des tickets modérateurs pour les patients, ce qui fut logiquement d'autant plus ressenti par les personnes à faible revenu. Pour autant et de manière générale, le coût des soins à charge des patients a augmenté par rapport à l'évolution de leur revenu, simplement parce que les dépenses de santé croissent nettement plus rapidement que le revenu des ménages. La situation des personnes soignées en maison de repos et à domicile est de plus en plus préoccupante car les dépenses de santé et de « care » à charge des patients sont très fréquemment supérieures à leur pension et à leurs éventuels revenus patrimoniaux. Or, la probabilité de recourir à ce type de soins et de services augmente avec l'allongement de la durée de vie même si les situations de dépendance surviennent plus tard qu'auparavant. Une assurance dépendance au sein de la sécurité sociale, dès lors financée de manière solidaire, serait en mesure de répondre à ces besoins croissants qui accablent souvent bien des familles.



L'ÉROSION DES MINIMA

Les revenus de remplacement quant à eux, ont continué à s'éroder par rapport à l'évolution du salaire moyen, y compris les minima jusqu'il y a quelques années. L'analyse par l'Université d'Anvers de l'évolution des minima sociaux depuis les années 70 est fort instructive⁷. La dernière année d'observation date malheureusement de 2006. Depuis, d'autres revalorisations (au-delà de l'indexation) sont encore intervenues qui changent le bilan assez sensiblement et sur lesquelles nous reviendrons (voir le graphique) : nouveaux relèvements des minima de pension et de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), hausse des minima d'indemnité de chômage, d'invalidité, de maladies professionnelles, d'accident de travail, augmentations des indemnités notamment minimales des bénéficiaires qui le sont depuis

plusieurs années (augmentations justifiées par le fait que ces indemnités sont basées sur les salaires de l'époque), hausse du revenu d'intégration et des allocations versées aux personnes handicapées, etc.

De 1970 à 1985, la plupart des minima augmentent plus rapidement que la rémunération brute moyenne. Durant les années suivantes s'accumule un retard par rapport au « bien-être »⁸, qui en 1999 atteint 10 à 15% suivant les prestations ou la composition familiale. Une rupture de tendance est observée depuis 2000, surtout pour la GRAPA, mais les minima d'invalidité et de chômage ont continué à régresser par rapport à la moyenne des salaires bruts entre 2000 et 2006. Le décrochage par rapport au revenu national par habitant est un peu plus élevé que par rapport à la rémunération moyenne étant donné la baisse des salaires et la hausse des profits dans le produit intérieur brut.

Le décrochage est aussi observé en termes nets d'impôts. Pour la période 1992-2001, les prestations après impôts par rapport à la moyenne des rémunérations nettes d'impôt ont diminué : de 49% à 43% pour un chômeur chef de ménage sans enfants, de 56% à 48% pour un invalide chef de ménage sans enfant, de 59% à 54% pour une pension minimum de salarié. De 2001 à 2006, par contre, les minima pour salariés et les revenus d'assistance n'ont plus décroché de l'évolution de la rémunération moyenne nette, tandis que ceux des indépendants ont même augmenté davantage que le bien-être net d'impôt (le salaire net moyen).

En termes réels (hors évolution de l'indice des prix), les minima ont connu une stagnation, du milieu des années 90 jusqu'en 2000, alors que par exemple dans les années 70, les minima avaient généralement connu une hausse réelle d'environ 65%.

Le souci de plus en plus partagé par les acteurs de réduire les pièges à l'emploi, s'est traduit par une quasi absence de revalorisation hors indice-santé du minimum pour chef de ménage (3% entre janvier 2001 et juin 2009 comme le montre le graphique), tandis que des réductions de cotisations personnelles étaient accordées pour les bas

salaires. En 2006, l'allocation de chômage minimale d'un isolé se situait à 70% du salaire minimum, après impôts, tandis que le revenu d'intégration atteignait à peine 58%. Les prestations minimales ont moins augmenté que le salaire minimum entre 2001 et 2006 pour les couples sans enfants. Elles ont été davantage relevées pour les isolés et les ménages monoparentaux (le risque de pauvreté est relativement plus important au sein de ces deux catégories de la population). Une attention a aussi été portée aux familles avec enfants à bas revenus à travers le relèvement des allocations familiales majorées et des prestations familiales garanties (outre la hausse du crédit d'impôt pour enfant à charge).



REVALORISATIONS DES MINIMA SOCIAUX

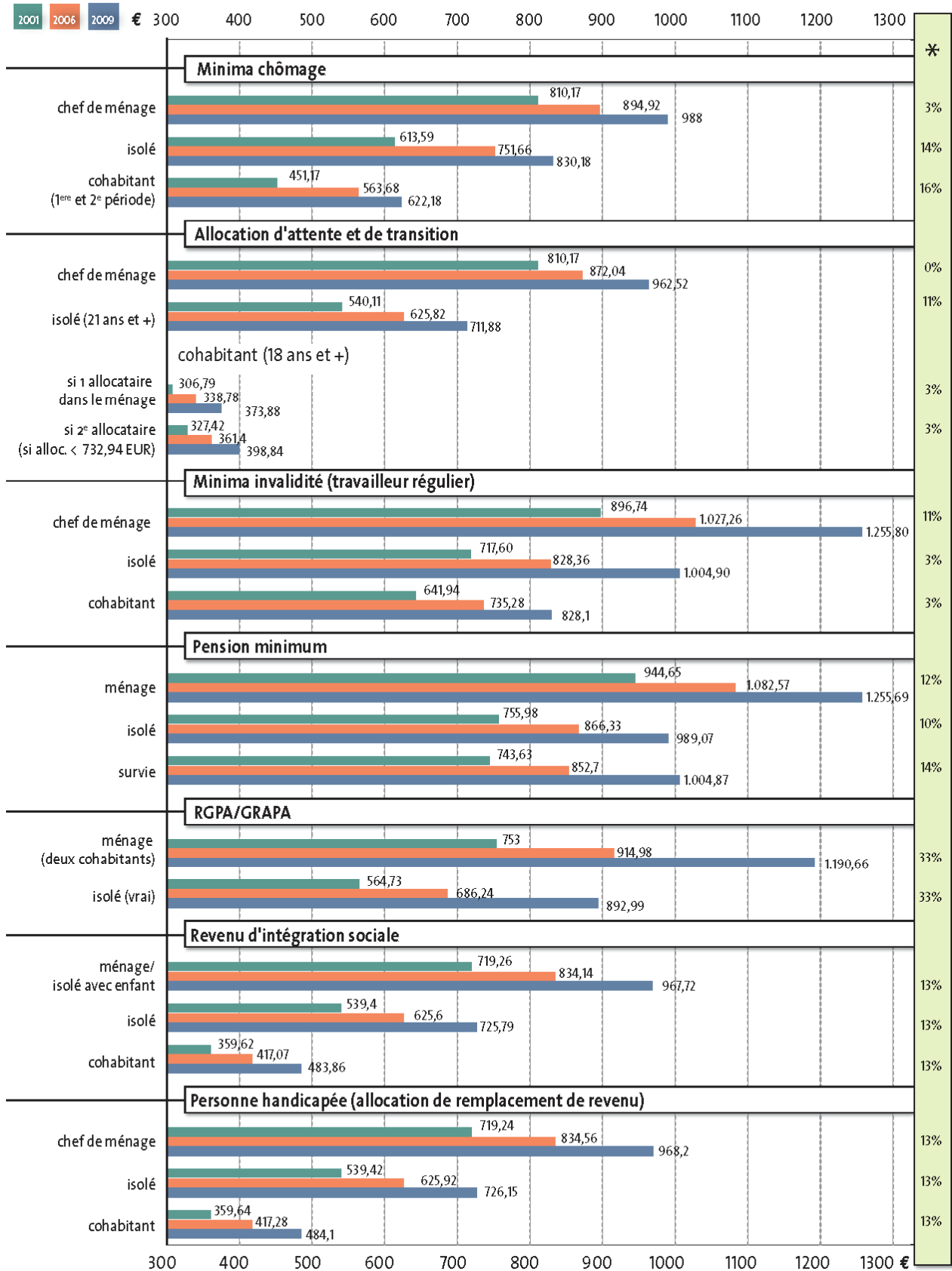
Enfin, et toujours suivant l'analyse de l'Université d'Anvers, si les minima de pension ont été relevés ces dernières années, surtout la pension minimale des indépendants et la GRAPA qui ont rejoint le seuil de risque de pauvreté, la Belgique par comparaison avec les pays voisins, se caractérise par un faible niveau des minima d'indemnité d'invalidité et de chômage, ainsi que du revenu d'intégration sociale⁹. Ce sont les allocations de chômage, même en première période, les allocations d'attente, et le revenu d'assistance, qui sont les plus éloignés du seuil de risque de pauvreté (du fait que celui-ci est calculé sur les revenus d'il y a trois ans, l'écart au seuil « actualisé » serait encore plus grand). A partir de 2006, l'allocation minimale de chômage des isolés a toutefois été relevée jusqu'à 830 euros en 2009, un niveau proche du seuil de 878 euros.

Des revalorisations des allocations des isolés et des cohabitants en chômage sont intervenues ces dernières années, ainsi qu'une hausse par étapes du minimex à partir de 2002, puis du revenu d'intégration qui l'a remplacé. Depuis 2006, c'est la GRAPA qui a connu la hausse la plus spectaculaire.

Ensuite viennent pour les salariés, les indemnités d'invalidité et la pension minimale. La comparaison 2001-2009 fait ajouter à cette seconde place les allocations de chômage des isolés et des cohabitants. L'augmentation est un peu moindre pour l'aide sociale et les allocations versées aux personnes handicapées. Ce sont les allocations d'attente des cohabitants et les allocations de chômage ou d'attente des chefs de ménage dont les minima ont le moins progressé. A propos du seuil de risque de pauvreté, il faut faire observer que celui-ci est plus élevé pour une famille que pour un isolé (+50% par personne de 14 ans et plus, +30% pour les moins de 14 ans), ce qui fait que l'allocation du chef de ménage est souvent fort inférieure à ce seuil.

Des revendications ont été portées au niveau parlementaire pour que le RIS atteigne le seuil de risque de pauvreté. Pour y arriver, il faudrait disposer des budgets pour relever les minima de sécurité sociale en parallèle, afin de maintenir un écart, ainsi que pour hausser le salaire minimum net, afin de ne pas accentuer les pièges financiers à l'emploi. Ces relèvements posent un autre problème : l'écart entre les allocations maximales et minimales se réduit, à moins d'augmenter les plafonds. La protection contre la chute de revenu en cas de chômage par exemple, est d'autant plus faible que le salaire est élevé au-delà du plafond salarial. Pour éviter une délégitimation de la sécurité sociale auprès des revenus moyens supérieurs, des budgets seront encore nécessaires pour relever davantage les plafonds. Par ailleurs, il est probable que la mise en cause de la faiblesse des allocations des cohabitants et des effets pervers de cette situation va s'accroître (contrôles dans la vie privée, domiciliations fictives, séparations,...). Mais vu la crise économique, les déficits publics des prochaines années ne permettront pas de modifier l'arbitrage entre assurance et solidarité¹⁰ en faveur de l'assurance en haussant les plafonds et les allocations des cohabitants (= plus d'assurance), tout en relevant les minima (= plus de solidarité). A moins de nouveaux accords politiques pour une fiscalité plus équitable et mieux perçue qui augmenterait les recettes publiques.

Évolution des minima sociaux entre 2001 et 2009



* Évolution de janvier 2001 à juin 2009 hors indice-santé.

Lecture du graphique

Le graphique montre l'évolution des minima entre 2001, 2006 et 2009. On lira par exemple que l'allocation minimale de chômage de chef de ménage se montait à 810,17 euros au 1^{er} janvier 2001, à 894,92 euros au 1^{er} mars 2006 et à 988,00 euros au 1^{er} juin 2009.

Le chiffre situé dans la colonne de droite renseigne que cette allocation minimale a été revalorisée de 3% entre le 1^{er} janvier 2001 et le 1^{er} juin 2009, au-delà de l'évolution de l'indice-santé durant cette période (hors index).

Le graphique compare également les montants des différents types de revenus de remplacement ainsi que selon la catégorie (composition du ménage). Pour la lisibilité du graphique, les barrettes horizontales sont tracées à partir de 300 euros. De ce fait, les différences entre les montants apparaissent quelque peu amplifiées par rapport à la réalité.

Les montants des minima peuvent être comparés aux exemples de seuils de risque de pauvreté suivant la composition du ménage figurant dans le tableau.

Seuil de risque de pauvreté sur la base des revenus de 2006 suivant la composition du ménage

(dernière enquête UE-SILC 2007)

personne seule	878,00 €
un adulte+un enfant (-de 14 ans)	1.141,40 €
un adulte+une pers. à charge (14 ans et +)	1.317,00 €
un adulte+deux pers. à charge (14 ans et +)	1.756,00 €



AGIR CONTRE LA REPRODUCTION DE LA PAUVRETÉ

Ces évolutions factuelles en sécurité sociale ne doivent pas faire oublier ce qui apparaîtra pourtant comme une évidence, à savoir que la prévention de la pauvreté concerne évidemment la sécurité sociale mais aussi les politiques qui lui sont liées comme les politiques de l'emploi au sens large et celles de la santé, ainsi que l'ensemble des politiques. Certaines de ces politiques viennent plus facilement à l'esprit

que d'autres comme celle du logement ou la politique de l'enseignement.

Notons tout d'abord qu'un paradoxe est actuellement observé : le filet de la sécurité sociale a été étendu et resserré mais le nombre de gens qui doivent recourir à l'aide sociale est en croissance.¹¹ Il y a sans doute à cela plusieurs explications¹². Notamment, une politique liée à la sécurité sociale comme l'activation accentuée pour l'instant ce phénomène.¹³ Cela conduit à s'interroger sur la manière d'appliquer l'accompagnement des chômeurs, notamment vis-à-vis des personnes qui n'ont pas encore acquis les moyens nécessaires pour contribuer à leur insertion. Egalement à s'interroger à propos de l'offre, des moyens et de

l'efficacité des services de l'emploi et de formation, ainsi qu'au sujet des contradictions en partie induites par certains compromis politiques, dont on peut penser que l'insuffisance de consensus se traduit sur le terrain par des résultats contre-productifs. De sérieuses évaluations des politiques devraient permettre de répondre à ces interrogations et de progresser.

Dans un autre domaine, l'assurance maladie ne pourrait beaucoup plus réduire les inégalités en matière de santé sans une politique de santé qui investisse davantage dans les réponses multidimensionnelles à la pauvreté et à l'exclusion sociale. Les soins et services sociaux de première ligne, et en particulier toutes les formes de prévention, représentent à cet égard un champ largement sous-investi. La prévention consiste aussi, à faire de la lutte contre la pauvreté une préoccupation transversale de quasi chacune des politiques, ce qui est une évidence probablement difficile à mettre en œuvre.

Par ailleurs, la sécurité sociale, aussi efficace soit-elle, ne saurait mettre un terme à la production et à la reproduction de la pauvreté qui résultent notamment des mécanismes inégalitaires. Le renforcement de ces dynamiques inégalitaires pourrait contribuer à accentuer les phénomènes de pauvreté. Par exemple, l'augmentation du taux de pauvreté des enfants (nombre d'enfants vivant dans une famille sous le seuil de risque de pauvreté), ne serait-elle pas en partie causée par les phénomènes de relégation et de discrimination dans l'enseignement et sur le marché du travail et notamment par le fait que ceux-ci affectent

davantage les personnes d'origine étrangère dont l'importance augmente dans la population ? Ces phénomènes ne sont-ils pas une production d'une société qui n'a pas assez d'aversion contre les inégalités, surtout comparée aux sociétés scandinaves, et pas seulement un manque de conscience des dynamiques inégalitaires ? Dès lors, la lutte contre la pauvreté ne doit-elle pas conduire à remettre à l'honneur la lutte contre toutes les inégalités, outre ce qu'on entend généralement par la lutte contre les discriminations ?

Enfin, les dynamiques inégalitaires et précarisantes constituent des phénomènes sociaux fortement générés par le système économique. La production de la pauvreté liée aux transformations de l'économie et des pratiques de ses acteurs nécessite d'autres réponses encore que l'adaptation de la protection sociale et des politiques sociales. Lutter contre la production de pauvreté, demanderait d'agir davantage par exemple contre les spéculations immobilières, contre l'exploitation des sans-papiers, contre le manque de régulation, de responsabilisation et d'amortisseurs dans la compétition internationale, contre la dépendance des entreprises par rapport aux placeurs institutionnels, etc. Autrement dit, plutôt que de chercher à mutualiser tous les risques, il s'agirait, soit de proscrire les comportements dommageables et de donner aux pouvoirs publics les moyens de davantage les circonscrire, soit d'exiger davantage de prévention et de réparations de la part de ceux qui provoquent de tels dégâts sociaux.¹⁴

Patrick FELTESSE

(Cette analyse, qui fait suite à celle parue sous le n° 2009-5, est une réécriture complétée et illustrée de la seconde partie d'une contribution à l'ouvrage publié à l'occasion des 10 ans de l'accord de coopération relatif à la continuité de la politique en matière de pauvreté :

Service de lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale (Centre pour l'égalité des chances et la lutte contre le racisme), « Pauvreté, dignité, droits de l'homme », décembre 2008, 207 p. (téléchargeable sur www.luttepauvrete.be/rapport10ansaccord.htm).

La présente analyse sera également publiée par la revue « Démocratie », dans le n° 14 du 15 juillet 2009 (www.revue-democratie.be).

Notes

- ¹ Ces 878 euros par mois basée sur les revenus de 2006 représentent 939 euros actuellement après adaptation à l'évolution de l'indice-santé entre juin 2006 et avril 2009.
- ² Suivant la dernière enquête UE-SILC 2007 dont l'analyse partielle des résultats a été communiquée en mars 2009.
- ³ Le droit annuel au bénéfice des prestations de l'assurance maladie est basé sur la situation et le paiement des cotisations de la seconde année précédente.
- ⁴ Plafond annuel des tickets modérateurs au delà duquel ceux-ci sont remboursés par la mutualité.
- ⁵ En 2006, 252 millions de prestations versées à environ 560.000 ménages (Dpt. R&D, Mutualités chrétiennes).
- ⁶ Revenu d'intégration sociale au 1^{er} juin 2009.
- ⁷ Van Mechelen, Natascha ; Bogaerts, Kristel ; Cantillon, Bea (2007). « L'évolution du bien-être de la protection minimale en Belgique et dans les pays voisins », *Working paper* n°5, SPF Sécurité sociale.
- ⁸ Par référence à la liaison des revenus de remplacement « au bien-être », soit une revalorisation annuelle et automatique à l'évolution du salaire brut moyen, qui fut appliquée telle quelle en matière de pensions durant certaines périodes des années 70 et 80, mais fut ensuite abandonnée pour des raisons budgétaires, et que revendiquent les organisations sociales depuis la fin des années 90.
- ⁹ En invalidité, les indemnités belges sont toutefois plus élevées qu'en France. En chômage, il convient de rappeler que la Belgique se distingue par un droit aux allocations sans limitation dans le temps, moyennant le respect des conditions d'assurance.
- ¹⁰ La sécurité sociale combine des caractères d'assurance et de solidarité. L'assurance pure supposerait des prestations proportionnelles aux salaires sans minima ni plafonds. Sans plafonds, les taux de remplacement des salaires inférieurs au plafond seraient plus bas ainsi que les minima, sauf à relever les recettes du système.
- ¹¹ Philippe DEFEYT, *Les bénéficiaire du Droit à l'intégration sociale en Wallonie et dans ses grandes villes*, septembre 2008.
- ¹² Précisons que le nombre moyen mensuel de bénéficiaires du revenu d'intégration sociale (RIS) en Belgique a augmenté régulièrement de 2001 à 2007, passant de 74 050 à 80 348 personnes, ce qui serait notamment lié au changement de législation en octobre 2002, une partie des étrangers qui percevaient une aide financière comme équivalent du RIS reçoivent actuellement un RIS. Le nombre de bénéficiaires a diminué sensiblement en 2008 mais pourrait augmenter à nouveau en 2009 en raison de la crise économique. (Statistiques en ligne du SPF-Intégration sociale).
- ¹³ Ricardo Cherenti, *Les exclusions ONEM. Implications pour les CPAS.*, Fédération des CPAS, février 2009.
- ¹⁴ Cette réflexion s'inspire en partie de Robert Castel (Castel, Robert (2003). *L'insécurité sociale*, p. 62).

