

ABC sur la Protection Sociale et Études de cas

Unité d'Études et Planification
(SEIPH)

Port-au-Prince, Juin 2009

SOMMAIRE

1.- *Qu'est ce que la Protection Sociale ?*

2.- *Les risques couverts par la Protection Sociale*

3.- *Quid Sécurité Sociale*

4.- *Assurance_ Assistance : Protection Sociale*

5.- *La Protection Sociale et le Développement Durable*

6.- *Études de Cas*

- La Protection Sociale couvre t-elle tous les individus ?
- La Protection Sociale dépend-elle de l'État ?
- Protection Sociale : Financement
- Comment sont calculées les cotisations sociales en France ?
- Qu'est ce qu'une Loi de Financement de la Sécurité Sociale ?
- Sécurité Sociale en France
- Protection Sociale aux États-Unis d'Amérique
- Le Régime Canadien de Sécurité Sociale- 2009
- Haïti / Protection Sociale
- Convention # 102 concernant la norme minimum de la Sécurité Sociale (partie VI, IX)

QU'EST CE QUE LA PROTECTION SOCIALE ?

● **La protection sociale désigne tous les mécanismes de prévoyance collective, permettant aux individus de faire face aux conséquences financières des "risques sociaux".**

Il s'agit de situations susceptibles de compromettre la sécurité économique de l'individu ou de sa famille en provoquant une baisse de ses ressources ou une hausse de ses dépenses (vieillesse, maladie, invalidité, chômage, maternité, charges de famille, etc.).

● **Elle peut fonctionner selon trois logiques :**

– **Une logique d'assurance sociale**, dont l'objectif est de prémunir contre un risque de perte de revenu (chômage, maladie, vieillesse, accident du travail). Les prestations sociales sont financées par des cotisations sur les salaires (comme dans une assurance privée) et sont donc réservées à ceux qui cotisent ;

– **Une logique d'assistance**, qui a pour objectif d'instaurer une solidarité entre les individus pour lutter contre les formes de pauvreté. Elle consiste à assurer un revenu minimum, qui ne couvre pas forcément un risque spécifique. Il est versé sous condition de ressources, mais non de cotisations préalables (revenu minimum d'insertion, allocation adulte handicapé) ;

– **Une logique de protection universelle**, qui a pour but de couvrir certaines catégories de dépenses pour tous les individus. Les prestations sont donc accordées sans conditions de cotisations ni de ressources, mais sont les mêmes pour tous (prestations familiales).

● **Les systèmes les plus développés de protection sociale sont surtout le fait des pays européens.** Leurs ressources sont constituées principalement par les impôts et les cotisations sociales. En France, le système de protection sociale représente environ 500 milliards d'euros chaque année, soit plus de 30% du PIB.

LES RISQUES COUVERTS PAR LA PROTECTION SOCIALE

Les principaux **risques** de la protection sociale sont les suivants :

- la **santé**, qui comprend la maladie, l'invalidité, les accidents du travail et les maladies professionnelles,
- la **famille**, qui intègre les prestations familiales (allocations familiales, aides pour la garde d'enfants), les indemnités journalières et prestations liées à la maternité,

- la vieillesse et la survie, qui incluent principalement les pensions et les pensions de réversion,
- le logement, qui comprend essentiellement les allocations de logement,
- l'emploi, qui comprend divers dispositifs liés à l'insertion et à la réinsertion professionnelle ainsi que l'indemnisation du chômage,
- la pauvreté et l'exclusion sociale, qui regroupent des prestations diverses en faveur des personnes démunies.

QUID : SÉCURITÉ SOCIALE

Le terme **sécurité sociale**, sous-groupe de la **protection sociale** assurée par l'État-providence* (la protection sociale regroupe la sécurité sociale (système d'assurance), l'action sociale et l'aide sociale (système d'assistance), désigne le système d'indemnisation, par les administrations publiques, des citoyens victimes des aléas de la vie (comme le chômage, la maladie, les accidents, la vieillesse, le décès d'un parent pour un mineur, etc.). Il s'agit d'assurer un minimum de ressources ainsi que l'accès aux besoins essentiels (éducation, eau, nourriture, hygiène) à tous les citoyens hors catastrophe, guerre ou calamité (qui relèvent elles de la sécurité civile).

La sécurité sociale fait partie de la politique sociale, celle-ci étant intégrée dans la politique publique. Les formes les plus récentes de sécurité sociale se situent en Allemagne sous Bismarck et en France à la fin du XIX siècle, notamment dans le milieu des Mines. Pour des raisons de simplifications, 1945 peut être considérée comme une date clé, année à compter de laquelle a été instauré le monopole de la Sécurité Sociale dans presque toute l'Europe.

On oppose généralement le modèle bismarckien de l'assurance sociale (cogestion par les salariés et les employeurs, proportionnalité des prestations et des cotisations au salaire) au modèle beveridgien de protection sociale (gestion par l'État, financement par l'impôt, uniformité des prestations).

État-providence*

L'**État providence** désigne l'État dans ses attributions de protection sociale, par distinction avec l'État-gendarme, cantonné aux fonctions régaliennes (police, armée, justice)

On distingue classiquement deux grands modèles d'État-providence : l'État-providence bismarckien, fondé en Allemagne par les lois de 1880, et l'État-providence beveridgien, qui naît au Royaume-Uni après la Seconde Guerre mondiale.

Le premier est fondé sur le mécanisme des assurances sociales, dans lequel les prestations sont la contrepartie de cotisations (il y a prévention du risque maladie, vieillesse et accident du travail pour les actifs uniquement), tandis que le second,

financé par l'impôt, fournit des prestations uniformes à tous les membres de la société, les prestations ne fournissant en général que des minima assez bas¹. Le régime français de l'État-providence combine ces deux aspects. Outre l'objectif d'assurances contre les risques et aléas de la vie, l'État-providence poursuit souvent un objectif de justice sociale, via certains mécanismes complexes de redistribution des richesses.

L'histoire du rôle de l'État depuis la Révolution industrielle pourrait se résumer à un lent passage d'un statut d'État gendarme à celui d'État-providence, du moins jusqu'aux années 1970, date à laquelle la « main visible »² de l'État a commencé à être contestée par ce qu'on a pu appeler la Révolution conservatrice, en particulier sous les assauts du monétarisme et du néolibéralisme. Aujourd'hui, néanmoins, la question de l'État-Providence fait débat: si la crise de l'État-providence est réelle, du fait de mutations sociologiques, économiques et idéologiques importantes, l'impératif de protection sociale est à peu près unanimement défendue par les politiques³.

Seule sa mise en œuvre et son extension demeurent débattues, les débats tournant autour de discussions économiques sur l'intervention de l'État, sur l'instauration d'un revenu universel, sur le workfare (« État-providence actif ») ou encore sur la réforme des retraites.

Historique de la Sécurité Sociale

Les termes sont définis dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 : « Art. 22 — 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. » C'est donc un des rôles fondamentaux des états adhérents à la charte de l'Organisation des Nations unies.

Ce concept est apparu durant le siècle des Lumières et, notamment, dans la Déclaration des Droits de l'homme et du citoyen de 1789 :

- « Art 2 — Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, **la sûreté**, et la résistance à l'oppression. »
- et celle de 1793 :
- « Art 21 (des secours publics) — Les secours publics sont une dette sacrée. La société doit la subsistance aux citoyens malheureux, soit en leur procurant du travail, soit en assurant les moyens d'exister à ceux qui sont hors d'état de travailler. »

Alors que les progrès sociaux résultent en général d'un conflit entre les exécutants et les dirigeants, la première sécurité sociale fut la *soziale Sicherheit* (sécurité

sociale) mise en place en Allemagne par Bismarck au XIX^e siècle. Ce système, qui a inspiré tous les autres, se concevait alors plutôt comme l'équivalent humain de la maintenance préventive pour les machines. C'est une logique similaire qui a vu apparaître, au XIX^e siècle en France, le paternalisme économique, où des grandes entreprises (par exemple les aciéries Schneider au Creusot) prenaient en charge les soins et l'éducation des ouvriers et de leur famille, afin, entre autres, de s'assurer une paix sociale.

Dans les sociétés occidentales, la période des Trente Glorieuses a permis le développement des systèmes de protection sociale. Le vieillissement démographique et la crise économique ont ensuite entraîné un accroissement des dépenses et une diminution des recettes. Les systèmes de protection sociale ont alors essuyé des critiques de plus en plus vives, notamment de la part des économistes de l'école néoclassique. Selon eux, la protection sociale est une des causes de la crise car les cotisations sociales entraînent des surcoûts salariaux qui freinent l'embauche et incitent au travail au noir. De plus, ils affirment que la protection sociale désresponsabilise les individus et les incite à l'oisiveté. Selon l'approche Keynésienne au contraire, la protection sociale, outre son rôle de réduction des inégalités et de maintien de la cohésion sociale permet de soutenir la demande, considérée par cette théorie comme un moteur de la croissance.

Les critères minimums permettant de parler de sécurité sociale dans un pays sont définis par la convention 102 de la conférence internationale du travail (OIT).

Eric Bosserelle définit la **protection sociale**: "la protection sociale peut être comparée à une gigantesque pompe aspirante et refoulante, qui opère des prélèvements pour les redistribuer"

ASSISTANCE - ASSURANCE : PROTECTION SOCIALE

L'**assistance** et l'**assurance** sont considérées comme les **deux principales techniques de protection sociale**. Elles se distinguent essentiellement par les principes qui les fondent mais aussi par leurs implications en termes de droits, de devoirs et de conditions d'accès. Il est courant de les opposer dans le développement historique des systèmes de protection sociale, mais elles doivent également être analysées au regard d'une troisième notion : celle de solidarité.

L'assurance sociale

L'assurance sociale est traditionnellement présentée comme un système de protection sociale reposant sur des mécanismes de transfert du type contribution / rétribution. Les travailleurs versent une cotisation qui est fonction de leur revenu, et s'ouvrent ainsi un droit "objectif" sur la société. Ce droit consiste à percevoir une prestation dont le montant est en rapport avec leur revenu, en cas d'interruption ou de privation d'emploi.

La notion d'assurance s'est développée parallèlement à l'émergence du travail salarié : pour pallier les risques d'une perte de salaire consécutive à un accident, au chômage ou à la vieillesse, il est apparu nécessaire d'instaurer une protection permettant à chaque travailleur de se constituer un revenu de remplacement, sur la base de cotisations préalables. Initialement limitée à la protection individuelle, la logique d'assurance s'est ensuite progressivement appliquée à des systèmes collectifs d'assurance sociale (ex : en Allemagne sous le chancelier Bismarck).

Les assurances sociales s'inspirent des principes de l'assurance privée : elles fonctionnent sur la base de la mutualisation des risques (la probabilité de réalisation du risque dans l'ensemble de la communauté des assurés est très faible, ce qui permet de diviser le montant de l'indemnisation par le nombre de cotisants et de réduire ainsi le montant de la cotisation de chacun), sans toutefois se heurter aux mêmes limites que celles rencontrées par les assurances purement individuelles, à savoir :

- la couverture de certaines éventualités telles que le chômage ou les charges familiales ;
- la sélection et la tarification des assurés en fonction de risques spécifiques liés à leur âge et à leurs antécédents médicaux.

L'affiliation obligatoire à un régime de sécurité sociale financé par des impôts ou des cotisations (et non par des tarifs établis en fonction de la probabilité de réalisation des risques couverts) permet de couper court à ces difficultés. En supprimant la possibilité pour les personnes à faibles risques de s'assurer à des conditions plus avantageuses auprès de la compagnie de leur choix, et en opérant une redistribution entre les cotisants, la Sécurité sociale met en œuvre une solidarité universelle.

L'assistance sociale

L'assistance sociale procède d'une histoire et d'une logique différente.

Héritière de la charité chrétienne et de la Révolution française de 1789, à travers ses principes **d'égalité et de solidarité nationale**, elle se définit comme le devoir de la société de porter secours aux indigents, vieillards ou enfants abandonnés.

Elle passe par l'octroi d'une aide aux personnes dont les ressources sont insuffisantes, financée par les impôts et versée par les collectivités publiques sans contrepartie de cotisation.

Elle peut prendre la forme de prestations monétaires ou en nature. Ces prestations constituent pour la collectivité une obligation légale à l'égard des personnes en situation de besoin. Elles ne sont pas contributives : autrement dit, aucune contrepartie n'est exigée du bénéficiaire. En revanche, elles sont soumises à des conditions de ressource et de besoin qui justifient l'examen au cas par cas de la situation du demandeur : de ce fait, elles ne constituent qu'un droit "subjectif".

Assurance, assistance et solidarité

Les relations entre assistance et assurance sociales varient dans le temps et dans l'espace. En France, par exemple, ces deux techniques de protection sociale ont été traditionnellement opposées, parce qu'elles étaient porteuses de projets différents, mais elles sont aujourd'hui associées dans les différents régimes de sécurité sociale. Par ailleurs, une assimilation abusive entre assistance et solidarité s'est développée. Or, la solidarité n'est pas une technique de protection sociale, mais un principe que l'on peut retrouver aussi bien dans l'assistance que dans l'assurance sociale.

L'opposition entre assurance et solidarité est apparue en 1984 à l'occasion de la réforme de l'indemnisation du chômage. Celle-ci a réduit la solidarité à l'assistance en introduisant une distinction artificielle entre deux types de régime d'indemnisation :

- **un régime "d'assurance"**, financé par cotisations, au titre duquel des prestations de chômage sont versées aux salariés qui ont préalablement contribué au régime, pendant une durée limitée ;
- **un régime de "solidarité"**, financé par l'impôt, en vertu duquel des prestations de chômage sont versées aux chômeurs qui ont épuisé leur droit au régime de l'assurance chômage, ou aux chômeurs qui n'ont pas suffisamment cotisé pour s'ouvrir des droits.

La loi du 22 juillet 1993 relatives aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale, en organisant la séparation entre les prestations relevant de l'assurance vieillesse et celles relevant de la solidarité nationale (minimum vieillesse, prise en charge de cotisation par l'État), opère une réduction sémantique de même nature.

Ce glissement sémantique est assez révélateur d'une évolution dans la manière de percevoir la protection sociale. Il traduit une assimilation croissante de la solidarité aux seules logiques non-contributives, les systèmes assurantiels étant de plus en plus conçus comme des systèmes d'assurance privée qui alignent leurs niveaux de cotisation et de prestation sur le niveau des revenus et des risques de leurs bénéficiaires.

Une telle évolution, perceptible dans les débats sur la réforme des retraites, présente plusieurs risques.

Elle peut tout d'abord entraîner la disparition de l'objectif de solidarité dans les systèmes de protection sociale fondés sur l'assurance, en leur ôtant toute action de redistribution. Les systèmes de protection sociale seraient alors strictement divisés entre un régime de base, financé par l'impôt, et assurant de simples prestations minimales sous conditions de ressources- comparable à la conception traditionnelle de l'assistance-, et un second pilier, fonctionnant sur une logique strictement contributive, assimilable à un système d'assurances privées. Dans une telle

architecture, le second pilier perdrait ses caractéristiques de protection collective et pourrait donc être géré aussi bien par des opérateurs publics que privés.

Une telle évolution peut ensuite accentuer les inégalités existantes : les plus pauvres auraient droit à un niveau minimal de prestations, garanti par la solidarité nationale, et les autres s'assureraient eux-mêmes en fonction de leurs revenus et de leurs risques, pour le niveau de protection qu'ils choisiraient. Elle menace donc à terme l'objectif de cohésion sociale atteint par les systèmes de protection sociale actuels, qui mêlent, dans une même logique de solidarité, mécanismes d'assurance et d'assistance.

LA PROTECTION SOCIALE ET LE DÉVELOPPEMENT DURABLE

La protection sociale est un domaine qui est par nature en rapport avec le développement durable, puisqu'elle met en jeu la solidarité entre les êtres humains, et en particulier entre les générations. Toutefois, le pilier du développement durable le plus concerné dans la protection sociale est surtout le pilier social, étant donné que les activités de protection sociale génèrent relativement peu d'impacts environnementaux.

Comme pour d'autres secteurs d'activité, la protection sociale pose des questions de durabilité très difficiles à résoudre : pour la vieillesse par exemple, on se rend compte aujourd'hui, avec les évolutions démographiques actuelles, que le rapport de plus en plus élevé entre le nombre de retraités et le nombre d'actifs fait peser une charge de plus en plus grande aux actifs, de sorte que les cotisations ne parviennent plus à équilibrer les prestations dans les régimes de retraite par répartition. Ce phénomène impacte également la branche maladie de la sécurité sociale, puisque les plus grands consommateurs de soins médicaux sont les personnes âgées. Malgré ces impacts importants, le secteur de la protection sociale est resté longtemps à l'écart des démarches de développement durable.

La Protection Sociale couvre t-elle tous les individus ?

La protection sociale est progressivement devenue universelle en couvrant tous les individus.

A ses origines (fin du XIXe siècle), la protection sociale s'est construite sur une logique d'assurance sociale professionnelle. **Elle était liée à l'exercice d'une activité professionnelle** et compensait le risque de perte du revenu due à l'inactivité forcée (accident, maladie, chômage, vieillesse). Le droit aux prestations sociales dépendait du versement de cotisations sociales, proportionnelles aux salaires. Les non-salariés, ou les individus n'ayant pas cotisé au cours de leur activité professionnelle, n'avaient droit qu'à l'aide sociale, réservée aux cas de détresse extrême.

Dès sa création le 4 octobre 1945, la **Sécurité sociale** affiche l'objectif de **généraliser progressivement la protection sociale** à l'ensemble des résidents du territoire. Une logique de solidarité fait son apparition. Chaque membre de la collectivité nationale a droit à la garantie d'un minimum vital, indépendamment de l'exercice ou non d'une activité professionnelle, ou de sa capacité à s'ouvrir des droits aux prestations sociales en versant des cotisations.

Ainsi, **la loi du 22 août 1946** étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et devient universelle en 1978.

La couverture du risque vieillesse est quasi-universelle depuis la création du minimum vieillesse (1956) garantissant à chacun une retraite minimale. La couverture du risque maladie est devenue universelle par la mise en place de l'assurance personnelle en matière de maladie (1978) et surtout de la couverture maladie universelle (27 juillet 1999), permettant à chacun d'accéder à un minimum de soins.

Par ailleurs, les "**minima sociaux (Prestations sociales visant à garantir un revenu minimal à une personne en situation de précarité.**") comme le Revenu Minimum d'Insertion (**RMI**), offrent à chacun une garantie minimale de ressources, afin de lutter contre le risque d'exclusion de la société

La Protection Sociale dépend-elle de l'État ?

La protection sociale constitue un secteur encore largement dépendant de l'État. D'abord, **l'État est un acteur clé dans le domaine de la protection sociale**. Il produit des textes juridiques, exerce une tutelle sur les différents organismes de ce

domaine (ex : organismes de Sécurité sociale) et finance en partie la protection sociale par des impôts et taxes affectés ou des subventions budgétaires.

Il joue un rôle plus ou moins important au sein des différentes formes de protection sociale. Ainsi :

- les **régimes de Sécurité sociale**, créés par l'État en 1945, sont gérés par les partenaires sociaux (représentants des employeurs et des syndicats de salariés). Les ressources de la Sécurité sociale (cotisations sociales) et ses dépenses (prestations) sont déterminées depuis 1996 par les lois de financement de la sécurité sociale, votées chaque année par le Parlement (Parlement Organe collégial qui exerce le pouvoir législatif (adoption des lois et contrôle du pouvoir exécutif). En France, le Parlement est composé de deux chambres : l'Assemblée nationale et le Sénat., comme le budget de l'État ;
- pour les **régimes complémentaires**, les partenaires sociaux fixent seuls le montant des recettes et des dépenses. Il faut toutefois distinguer les régimes complémentaires rendus obligatoires par l'État (ex : assurance chômage ou retraites complémentaires des salariés), et ceux qui restent facultatifs (ex : mutuelles) ;
- l'**aide sociale** comprend des prestations définies par la loi, donc obligatoirement délivrées dès lors que les conditions sont remplies. Elles sont attribuées et financées principalement par les départements, mais aussi par l'État (ex : RMI ou Allocation aux adultes handicapés) ;
- l'**action sociale** regroupe les actions à caractère facultatif des institutions publiques ou des organismes de protection sociale, associations et fondations, destinés à aider toute personne en situation de précarité. Elle dépend de l'organisme qui la met en œuvre.

Protection Sociale : Financement

Quelles sont les différentes ressources de la protection sociale ?

Les ressources de la protection sociale sont en progression constante. Elles suivent la croissance des dépenses de protection sociale. Elles se répartissent en trois catégories : cotisations sociales, "impôts et taxes affectés" et contributions publiques de l'État.

Depuis quelques années, la part de ces différentes ressources dans le financement de la protection sociale évolue. En effet, on assiste à une diminution du poids des cotisations sociales, qui restent quand même la première source de financement, et à une augmentation de la part des ressources fiscales, liée notamment à la montée en puissance de la contribution sociale généralisée (CSG). Cette évolution répond à la nécessité de ne pas faire peser le financement

de la protection sociale sur les seuls revenus d'activité, et de distinguer le financement des prestations relevant de la solidarité nationale de celles relevant de l'assurance.

La France s'est ainsi rapprochée de **la structure moyenne de financement de la protection sociale des pays de l'Union européenne**, même si elle demeure parmi les pays mettant le plus à contribution les revenus du travail.

● Les **cotisations sociales** sont des versements obligatoires effectués par les non-salariés, les employeurs et leurs salariés pour acquérir des droits à des prestations sociales. Il existe cinq cotisations de Sécurité sociale qui correspondent aux différents risques couverts. Il s'agit des cotisations :

- d'assurance maladie-maternité-invalidité-décès ;
- d'assurance vieillesse ;
- d'assurance veuvage ;
- d'accidents du travail.

Enfin, depuis le 1er juillet 2004, la nouvelle contribution de solidarité pour l'autonomie (CSA) a été mise en œuvre. Elle est due par les employeurs privés et publics redevables de la cotisation patronale d'assurance maladie. Son taux est de 0,3 %. Les cotisations représentent une part prépondérante des ressources de la protection sociale (66,1 % en 2006). En effet, historiquement la protection sociale s'est construite, en France, sur une logique d'assurance sociale inspirée du système de Bismarck en Allemagne à la fin du XIXe siècle. Elle est caractérisée par le versement de cotisations. Cependant, leur poids tend à diminuer depuis 1990 au profit des ressources fiscales, mais aussi en raison des exonérations sur les cotisations employeurs.

● Le **financement fiscal par les "impôts et taxes affectés"** (ITAF) constitue une part croissante des ressources de la protection sociale (près de 21,2 % en 2006, hors transferts). Cette progression répond à la nécessité de ne pas faire peser le financement des prestations sociales uniquement sur les revenus du travail, et de distinguer le financement des prestations relevant de la solidarité nationale de celles de l'assurance.

Les "impôts et taxes affectés" sont des ressources fiscales affectées au financement des prestations sociales ou au financement des dépenses spécifiques de certains régimes d'assurances sociales. On distingue :

- les transferts de ressources fiscales versés de manière permanente au régime des exploitants agricoles ;

- les impôts sur les produits (droits de consommation sur les alcools et le tabac, taxes sur les assurances automobiles, taxe sur les activités polluantes...) ;
- les impôts sur les salaires et la main d'œuvre ;
- les impôts sur le revenu et le patrimoine. Ces derniers constituent la part la plus importante des "impôts et taxes affectés". La contribution sociale généralisée (CSG), créée en 1991, est la principale ressource de ce type (65 % des impôts et taxes affectés en 2006). S'y ajoutent le prélèvement de 2 % sur les revenus des capitaux et des valeurs mobilières, et d'autres contributions plus mineures.
- **Les contributions publiques de l'État** (9,9 % en 2006) financent des dépenses de solidarité (ex : RMI, Fonds de solidarité vieillesse), une partie des exonérations de cotisations employeurs pour les bas salaires, et subventionnent des régimes de façon permanente ou en cas de difficultés (ex : les régimes de retraite de certaines professions dans lesquelles le nombre d'actifs cotisants est inférieur au nombre de retraités).

Comment sont calculées les cotisations sociales en France ?

- **Les cotisations du régime général de Sécurité sociale sont calculées à partir de la rémunération des salariés.** Il s'agit de "toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail" (salaires, indemnités, primes, pourboires, avantages en argent et en nature, etc.). Certains éléments de rémunération (ex : frais professionnels) en sont déduits.

Ce calcul comporte toutefois :

- pour l'ensemble des cotisations : **un plancher** correspondant au SMIC ou au minimum conventionnel ;
- pour certaines cotisations : **un plafond** fixé par décret chaque année au 1er janvier.
- **Le taux des cotisations est fixé par décret**, puis appliqué soit à :
 - la partie de la rémunération inférieure au plafond de Sécurité sociale pour les cotisations vieillesse et les cotisations patronales au Fonds national d'allocations logement ;
 - l'ensemble de la rémunération pour les cotisations d'assurance maladie, maternité, invalidité, décès, veuvage et pour les cotisations d'allocations familiales et d'accidents du travail.
- **Une part de ces cotisations est à la charge des employeurs, et l'autre, à la charge des salariés.** Le salaire brut correspond au salaire total duquel sont

déduites les cotisations patronales ; le salaire net correspond au salaire brut diminué des cotisations salariales. L'employeur doit verser les deux parts de cotisations à l'Union de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF).

- Des exonérations de cotisations patronales ont été mises en place depuis les années 1990 pour réduire le coût du travail et favoriser l'emploi.

Qu'est ce qu'une loi de financement de la Sécurité sociale ?(France)

La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) est une **catégorie de loi créée par la révision de la Constitution du 22 février 1996**. Elle vise à maîtriser les dépenses sociales et de santé. Elle détermine les conditions nécessaires à l'équilibre financier de la Sécurité sociale et fixe les objectifs de dépenses en fonction des prévisions de recettes.

La LFSS est votée par le Parlement collégial qui exerce le pouvoir législatif (adoption des lois et contrôle du pouvoir exécutif). En France, le Parlement est composé de deux chambres : l'Assemblée nationale et le Sénat. tous les ans, à l'automne, en même temps que la loi de finances qui détermine, pour un exercice (une année civile), la nature, le montant et l'affectation des ressources et des charges de l'État, ainsi que l'équilibre budgétaire et financier qui en résulte. déterminant le budget de l'État (LF). Elle doit être déposée sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre et doit être adoptée dans les 50 jours. Elle peut aussi être modifiée en cours d'année par une LFSS rectificative.

La réforme constitutionnelle de 1996 a donné au Parlement un droit de regard sur l'équilibre financier de la Sécurité sociale. Il peut dorénavant se prononcer sur les grandes orientations des politiques de santé et de sécurité sociale, et sur leurs modes de financement. La croissance des dépenses sociales et la généralisation de la protection sociale à l'ensemble des résidents, et non plus limitée aux salariés, ont rendu cette réforme nécessaire. **Mais ce contrôle reste limité.** Le Parlement n'a pas le pouvoir de fixer lui même les recettes de la Sécurité sociale. La LFSS n'autorise pas la perception des recettes, elle ne fait que les prévoir. De même, les objectifs de dépenses, votés par le Parlement, évaluent les dépenses mais ne les limitent pas.

Elle en modifie la présentation en la rapprochant de celle des LF, élargit les pouvoirs du Parlement, notamment en élargissant le champ des LFSS, inscrit les prévisions dans un cadre pluriannuel et introduit une démarche « objectifs-résultats », sur le modèle des LF.

Sécurité sociale en France

La **Sécurité Sociale** est un ensemble d'institutions qui ont pour fonction de protéger les individus des conséquences de divers événements ou situations, généralement qualifiés de risques sociaux. La notion de sécurité sociale revêt donc deux aspects.

D'un point de vue fonctionnel, la sécurité sociale est destinée à assister financièrement ses bénéficiaires qui rencontrent différents événements coûteux de la vie. On en distingue particulièrement quatre types, qui forment les quatre branches de la sécurité sociale :

- l'assurance maladie (maternité, paternité, invalidité, décès, Accidents du travail et maladies professionnelles)
- les prestations familiales,
- l'assurance vieillesse, veuvage (retraites)
- les accidents du travail et les maladies professionnelles.

D'un point de vue institutionnel, la sécurité sociale est composée de divers organismes, souvent de droit privé, qui participent à la mise en œuvre de cette assistance financière. C'est ce que l'on appelle communément « la Sécu ».

Il existe d'autres institutions dans le système de protection sociale :

- les régimes* complémentaires obligatoires de retraite (AGIRC, ARRCO),
- le régime du chômage (Unedic et Assedic),
- les régimes complémentaires facultatifs d'assurance maladie (mutuelles et institutions de prévoyance).

Un *régime* est un ensemble de droits et obligations réciproques des employés (et leurs « ayant-droit », concrètement leur famille), des patrons, et d'une caisse de sécurité sociale.

La plupart des institutions de protection sociale sont des organismes à but non lucratif qui assurent une mission de service public sous le contrôle étroit de l'État, qui assure une fonction de tutelle. Elles s'inscrivent dans un système de solidarité et, de ce fait, sont exclues du champ de la libre concurrence.

Le financement est principalement assuré par des cotisations sociales :

- Assises sur le travail salarié, on distingue deux cotisations devant être versées par l'employeur aux URSSAF :
 - Une part salariale
 - Une part patronale
- Assises sur les revenus de toute nature :
 - La contribution sociale généralisée (CSG) ;

Les prélèvements des *administrations de sécurité sociale* ont connu depuis 1978 une forte croissance, passant de 16% du PIB en 1978 à plus de 22% en 2006¹⁹.

Les relations financières avec l'État sont complexes. L'État doit reverser à la sécurité sociale le produit de diverses taxes sur des produits affectant la santé (le tabac, l'alcool, etc.). Mais inversement il met à la charge de la "Sécu" des mesures qui sont censées en réduire les dépenses. En outre, l'État prend officiellement en charge certains effets démographiques qui déséquilibrent les caisses professionnelles (par définition, le système "par répartition" ne prévoit pas de réserves), mais en pratique il se débrouille pour se faire refinancer auprès des professionnels par de multiples techniques fiscales.

Il existe également des relations non moins complexes entre les différentes caisses, toujours pour équilibrer et tenir compte des changements de profession, de statut (cadre ou non), etc.

Outre les cotisations sociales, pour la branche maladie notamment, il existe des mesures de régulation des coûts visant les bénéficiaires de soins. Par exemple, via le ticket modérateur, ou encore les franchises médicales. Ces deux dispositifs, avec la contribution forfaitaire d'1 € sont des parts non remboursées par l'assurance maladie, et sont qualifiés de "restes à charge" (RAC).

NB.- La sécurité sociale française fait l'objet de quelques confusions généralement répandues, or contrairement à ce qui est cru :

- la sécurité sociale française n'est pas une Administration, mais une organisation de droit privé ayant une délégation de service public ;
- les employés de la sécurité sociale ne sont pas fonctionnaires (pour la très très grande majorité, voire la totalité), ils relèvent d'une convention collective nationale de branche. Leurs rémunérations sont d'ailleurs strictement assujetties aux mêmes cotisations et ils bénéficient du même niveau de protection sociale que tout autre salarié français.
- la sécurité sociale ne se résume pas à l'assurance maladie.
- le budget de la sécurité sociale n'est pas géré directement par l'État.
- les impôts directs (déclarations) ne financent pas la sécurité sociale.

Protection sociale aux États-Unis d'Amérique

La **Protection Sociale aux États-Unis**, qui englobe plusieurs programmes dont la sécurité sociale, couvre 90 % de la population américaine¹. Même si les droits sociaux ne sont pas inscrits dans la Constitution des États-Unis, le gouvernement de cette nation applique, depuis le New Deal et la création de l'État-providence (*Welfare State*) plusieurs programmes afin d'aider les personnes en difficulté. En 2000, 180 millions d'Américains² (pour une population totale d'environ 300 millions) bénéficiaient de la Sécurité sociale.

Le système de répartition des aides sociales est pluraliste et décentralisé : l'État fédéral donne une enveloppe fixe aux 50 États fédérés. La protection sociale dépend de la situation de l'individu : l'assurance maladie n'est pas obligatoire. Les programmes Medicare et Medicaid, créés par le président Lyndon Johnson dans le cadre de la « guerre contre la pauvreté », sont utilisés par les plus démunis, tandis que les actifs passent en général par des assurances privées (Managed Care Organizations). Toutefois, même pour les assurés, le coût des soins de santé demeure très élevé, et serait selon une étude récente l'une des causes les plus importantes de faillites personnelles.

L'organisation fédérale des États-Unis entraîne des inégalités géographiques quant aux dépenses et aux redistributions sociales. Le pays est aussi le seul de l'Organisation de coopération et de développements économiques (OCDE) à ne pas verser des allocations familiales. Enfin, selon l'idée libérale dominante, la meilleure assurance sociale reste le plein emploi : les divers gouvernements qui se succèdent cherchent avant tout à maintenir la croissance économique et à faire baisser le chômage.

Évolution de la protection sociale américaine, des origines à l'an 2000

Traditionnellement, l'aide aux pauvres était l'affaire de sociétés caritatives ou des collectivités locales. Les immigrants fraîchement débarqués faisaient appel à leurs compatriotes pour les aider à commencer une nouvelle vie. À la fin du XIXe siècle et au début du XXe siècle, plusieurs États européens instaurèrent des systèmes d'assistance publique, fondé sur un système d'assurances sociales obligatoires, et non de charité privée.

Mais le mouvement fut lent à s'installer aux États-Unis, car la rapidité de l'industrialisation et la grande disponibilité des terres arables semblaient confirmer la conviction que toute personne disposée à travailler pouvait trouver un emploi.

La Grande Dépression qui commença en 1929 fit voler cette conviction en éclats. Pour la première fois dans l'histoire, un nombre considérable d'Américains se trouvèrent au chômage à cause de la faillite généralisée des entreprises et des banques. La moitié des personnes âgées vit alors dans la misère⁵.

Le président Herbert Hoover était convaincu que, si le gouvernement n'intervenait pas, le monde des affaires serait capable de redresser l'économie (« La prospérité est au coin de la rue », affirmait-il). Pour porter secours aux nécessiteux, il fit confiance aux collectivités locales et aux gouvernements des États, mais ces derniers ne disposaient pas de fonds suffisants. Pour la plupart des Américains, Hoover n'avait pas su combattre la crise, aussi élirent-ils, en 1932, Franklin D. Roosevelt à la présidence.

Généralités

- Les conditions de travail sont réglementées par la loi fédérale FLSA (*Federal Labor Standards Act*) qui fixe notamment la durée du travail hebdomadaire maximale.
- Salaire minimum : En 2005, 18 États américains ont décidé d'augmenter leur salaire minimum pour faire face à la baisse du pouvoir d'achat des travailleurs les plus pauvres. Dans l'État de Washington, le salaire minimum se monte à 7,35 dollars³¹ de l'heure. Le nombre de personnes payées au salaire minimum (essentiellement des femmes employées) est en baisse : entre 1997 et 2004, il a chuté de 2,8 millions³² aux États-Unis pour ne représenter que 1,4% de la population salariée aujourd'hui.

Assurance chômage

- Elle est facultative.
- Certains chômeurs bénéficient de l'OASDHI (*Old-Age, Survivors, Disability and Health Insurance*).

Invalidité

- Elle donne lieu à 2/3 du salaire¹⁵.
- Invalides de guerre : depuis la Guerre de Sécession, le gouvernement fédéral octroie des pensions aux anciens combattants américains.

Retraites

En 2005, le système des retraites procurait plus de la moitié de leurs revenus aux deux tiers des retraités des États-Unis³³. Le système des retraites américain est complexe : il existe plusieurs régimes d'assurance :

- **Social security** : retraite fédérale instituée pendant le New Deal, calculée en fonction du nombre d'années travaillées, des cotisations versées et de l'inflation. À la fin des années 1990, le gouvernement fédéral dépensait 289 milliards de dollars pour le système des retraites obligatoires³⁴.
- **Pensions** : payées par les grandes entreprises et les administrations publiques : voir la loi ERISA (*Employee Retirement Income Security Act*)
- **Retraite par capitalisation** ou IRA (*Individual Retirement Account*) consiste en des plans d'épargne-retraite et des fonds de pension.

- Les retraités les plus pauvres reçoivent des aides fédérales complémentaires (l'OASDHI) et pour les soins (Medicare).

Aides aux handicapés et aux invalides

Le SSI (*Supplemental Security Income*) est attribué aux personnes âgées dans le besoin, aux aveugles et aux handicapés. Au total, cette aide financière touche 6,6 millions d'Américains

L'OASDHI (*Old-Age, Survivors, Disability and Health Insurance*) est perçue par les retraités, les chômeurs et les handicapés et les veuves.

A.- GENERALITES

Au Canada, en matière sociale, l'administration fédérale exerce une influence sur le plan législatif et financier et gère directement certains programmes. D'autres programmes sont assurés au niveau provincial ou municipal. La majorité de ces programmes sont appuyés financièrement par le gouvernement fédéral.

Répartition des principales responsabilités au Canada en matière de santé et de bien-être social.

	SANTÉ	BIEN-ETRE SOCIAL
FÉDÉRAL	<ul style="list-style-type: none">- contribution aux programmes provinciaux de santé- services de santé pour les autochtones- formulation de normes générales nationales- financement de la recherche- promotion et protection de la santé	<ul style="list-style-type: none">- grands programmes de soutien du revenu- partage des coûts des programmes provinciaux
PROVINCIAL	<ul style="list-style-type: none">- régime universel d'assurance-hospitalisation et d'assurance-soins médicaux- soins dentaires et médicaments	<ul style="list-style-type: none">- programmes d'assistance et des services sociaux- indemnisation accidentés du travail
MUNICIPAL	<ul style="list-style-type: none">- santé publique et hygiène- administration d'hôpitaux	<ul style="list-style-type: none">- certains programmes d'assistance sociale et certains services sociaux

B.- SOINS DE SANTE

Les soins de santé comprennent l'assurance hospitalisation et l'assurance soins médicaux. Les gouvernements de dix provinces et trois territoires sont responsables de l'exécution des programmes d'assurance maladie. Le gouvernement fédéral verse des subventions pour aider au financement de ces régimes. Les subventions sont versées lorsque la province respecte les obligations énumérées dans la loi canadienne sur la santé. Toute personne résidant de façon permanente au Canada peut prétendre à l'assurance hospitalisation et à l'assurance maladie.

Dans toutes les provinces, à l'exception du Québec et de la Colombie Britannique une personne est protégée à partir du jour où elle a obtenu la résidence permanente.

1) Financement

Le financement des soins de santé est assuré par le gouvernement fédéral sous forme de versement en espèces et de transfert de points d'impôts et par les provinces et les territoires. Ce financement peut se faire par le biais de primes, de taxes de ventes ou autres revenus provinciaux.

Une seule province, la Colombie Britannique, finance les soins de santé par des primes mensuelles :

54 \$ par mois pour une personne seule

96 \$ par mois pour un couple

108 \$ par mois pour une famille comprenant trois enfants et plus.

La prime d'assurance maladie a été abolie au 1er janvier 2009 en Alberta.

De nombreuses conventions collectives prévoient la participation des employeurs au titre des avantages sociaux accordés aux salariés, les employeurs font également appel aux assurances de groupes pour couvrir les soins médicaux non remboursés par la province.

2) Etendue de la protection

La protection s'étend aux soins médicaux nécessaires donnés dans un hôpital, à la chirurgie dentaire pratiquée dans un hôpital et aux honoraires des médecins. Selon la province ou le territoire, le régime peut également couvrir l'achat de médicaments, les soins dentaires et ceux donnés par un chiropraticien.

L'hospitalisation couvre les frais de séjour en salle commune, les repas, les soins donnés par les infirmières, les frais d'utilisation de salle d'opération, les médicaments, etc. La protection offerte pour les services donnés par un médecin comprend : les consultations à son cabinet, les consultations à l'hôpital, le diagnostic et les traitements. Les soins dentaires ne sont couverts que s'ils sont donnés dans un hôpital.

C.- ASSURANCE PENSION

1) Pension de vieillesse

Les prestations de vieillesse peuvent être servies dans le cadre du programme fédéral de la sécurité du revenu (sécurité de la vieillesse et allocation au conjoint) et au titre du régime de pension fédéral - Régime de pensions du Canada (R.P.C.).

a) Sécurité de la vieillesse

Pension de la Sécurité Vieillesse (S.V.)

Tout citoyen canadien ou résident autorisé, âgé de soixante-cinq ans et habitant au Canada peut avoir droit à la pension complète ou partielle de la sécurité de la vieillesse selon le nombre d'années de résidence au Canada passé l'âge de dix-huit ans. La pension commence normalement à être versée le mois suivant celui du soixante-cinquième anniversaire à condition d'en faire la demande. Si la demande est présentée avec retard, des paiements avec effet rétroactif de cinq ans maximum sont effectués.

Il existe deux façons de satisfaire aux conditions de résidence pour obtenir la pension complète :

Les personnes âgées de 25 ans ou plus au 1er juillet 1977 auront droit à la pension complète si elles ont résidé au Canada pendant les dix années précédant la demande ;

Les personnes qui ont résidé quarante ans au Canada après l'âge de dix-huit ans.

Les personnes qui n'ont pas droit à une pension complète peuvent recevoir une pension partielle à condition d'avoir résidé au Canada au moins dix années après l'âge de 18 ans.

Allocation au conjoint

Le conjoint d'un pensionné de la S.V. peut avoir droit à l'allocation au conjoint, s'il est âgé de soixante ans à soixante quatre ans et a vécu au Canada pendant au moins dix ans. L'allocation peut être totale ou partielle selon des conditions de résidence et de revenus. Cette prestation n'est servie que sous conditions de résidence au Canada.

b) Régime de pension du Canada (R.P.C.)

Le R.P.C., entré en vigueur en 1966 est un régime d'assurances sociales contributif et obligatoire qui vise à protéger les travailleurs et leurs familles contre la perte de revenus due à la retraite, à l'invalidité ou au décès.

Le R.P.C. est appliqué dans toutes les régions du Canada à l'exception du Québec où il existe un régime de pension provincial : le régime de rente du Québec (**R.R.Q.**), semblable au R.P.C. Il existe des règles de coordination entre les deux régimes. La pension totale est servie par le régime du lieu de résidence du requérant au moment de la demande.

Financement

Le R.P.C. est financé par des contributions des employeurs et des salariés et par l'intérêt sur le placement des fonds qui représentent l'excédent des contributions après paiement des prestations et des frais d'administration.

Au 1er janvier 2009, le taux de cotisation s'élève à 9,9 % (4,95 % à charge de l'employeur et 4,95 % à charge du salarié) du salaire brut supérieur à 3.500 \$ dans la limite de 46.300 \$.

Le travailleur indépendant paie quant à lui 9,9 % de ses revenus de travail dans la limite du plafond énoncé ci-dessus.

L'assujettissement au régime des pensions du Canada est obligatoire pour les personnes âgées entre dix-huit ans et soixante-cinq ans et exerçant une activité professionnelle.

Prestations

La pension de retraite peut être payable à une personne âgée de soixante à soixante-dix ans qui a cotisé au régime contributif pendant au moins un an.

Pour obtenir sa pension du R.P.C. à partir de soixante ans, le requérant doit avoir cessé toute activité ou s'il continue à exercer une activité réduite, ses gains doivent être inférieurs au maximum de la pension de retraite annuelle du R.P.C. payable à l'âge de soixante-cinq ans. Après soixante-cinq ans, les intéressés peuvent bénéficier de leur pension sans obligation de cessation de l'activité professionnelle.

Le montant de la pension de retraite est fonction de la période "cotisable" accomplie et de l'âge auquel la pension est liquidée. À soixante-cinq ans, la prestation mensuelle est égale à 25 % de la moyenne mensuelle des gains sur lesquels les cotisations ont été versées depuis l'âge de dix-huit ans ou le 1er janvier 1966. Le montant de la pension est réduit de 0,5 % pour chaque mois d'anticipation avant le soixante-cinquième anniversaire. Il est augmenté de 0,5 % par mois de report après soixante-cinq ans et jusqu'à l'âge de soixante-dix ans.

Pour avoir droit à la rente maximale, il faut avoir cotisé chaque année durant une période correspondant à 85 % de toutes les années cotisables. La période cotisable débute en 1966 ou à l'âge de dix-huit ans pour les personnes qui avaient moins de dix-huit ans en 1966, elle se termine au moment de la demande de la pension.

2) Pension d'invalidité

La pension d'invalidité peut être attribuée à une personne qui :

présente une incapacité physique ou mentale à la fois grave et prolongée, n'a pas atteint l'âge de soixante-cinq ans,

a cotisé au R.P.C. ou à la R.R.Q. durant au moins quatre des six dernières années précédant immédiatement l'invalidité.

Le montant de la pension est composé d'une somme au taux uniforme (424,40 \$) et d'un montant supplémentaire qui dépend du montant des cotisations qui ont été payées au R.P.C. pendant toutes les années où l'assuré a travaillé (en général 75 % d'une pension de retraite).

Si l'invalidé a un enfant à charge âgé de moins de dix-huit ans, ou entre dix-huit et vingt-cinq ans en cas de poursuite d'études, il pourra prétendre à une allocation forfaitaire supplémentaire 213,99 \$.

3) Pension de conjoint survivant

a) Conditions

L'assuré décédé doit avoir cotisé auprès d'un régime de pension du Canada pendant au minimum 1/3 de sa période d'activité ayant pu donner lieu à versement de cotisations.

Le conjoint survivant doit être âgé d'au moins quarante-cinq ans ou de moins de quarante-cinq ans s'il est invalide ou s'il a un enfant à charge.

b) Montant

Le montant de la pension du conjoint survivant est fonction de l'âge auquel cet avantage est demandé : à soixante-cinq ans le montant est égal à 60 % de la pension dont aurait pu bénéficier l'assuré décédé. Avant soixante-cinq ans, le montant est composé d'un montant fixe (165,60 \$) et 37,5 % des gains de cujus.

La pension de conjoint survivant n'est pas supprimée en cas de remariage. Toutefois, il ne peut y avoir cumul de deux ou plusieurs pensions de survivants. L'orphelin, âgé de moins de 18 ans ou de moins de 25 ans en cas de poursuite d'études peut prétendre à une allocation dont le montant fixe est fixé à 213,99 \$.

4) Prestations de décès

En vertu du R.P.C., une prestation de décès est payable aux ayants droit d'un individu qui a cotisé pendant une période minimale (de trois à dix ans) selon la période de cotisations.

Montant : la prestation représente une somme forfaitaire égale à six mois de pension de retraite dans la limite d'un plafond (montant maximum de la prestation pour 2009 : 2500 \$).

5) Répartition des crédits de pension

En cas de dissolution du mariage, les crédits de pension acquis durant la cohabitation sont automatiquement divisés en parts égales entre deux conjoints.

6) Allocation au survivant

L'allocation au survivant (servie par la Sécurité de la Vieillesse) assure un revenu additionnel aux personnes âgées (entre 60 et 64 ans) à faible

D- ASSURANCE ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

L'indemnisation des accidents du travail est effectuée dans le cadre de programmes provinciaux administrés par des commissions des accidents du travail. Ces programmes protègent les membres de la population active et leurs personnes à charge contre la perte de salaire due à des accidents du travail et les maladies professionnelles et leur fournissent une aide pour leurs dépenses médicales et autres frais.

Suivant les provinces, il existe ou il n'existe pas de délai de carence pour servir les prestations.

Financement

Le système est entièrement financé par les employeurs. Les contributions des industries sont déterminées d'après les risques possibles, le nombre d'employés et le salaire des travailleurs. Les commissions établissent les taux. Sept provinces ont mis sur pied un régime de fixation de taux particuliers qui prévoit des réductions ou des surtaxes en fonction des efforts consentis pour limiter des accidents du travail. Tous les employés à plein temps ou à temps partiel des industries assurées, ont droit à des indemnisations lorsqu'ils ont été blessés au travail ou ont été victimes d'une maladie professionnelle.

Soins médicaux

Pour tout accident reconnu comme accident du travail, et indépendamment de toute indemnité en espèces, des soins médicaux doivent être prévus.

Lorsqu'il est jugé approprié, les travailleurs souffrant d'une invalidité permanente totale peuvent recevoir des allocations de soins.

Les niveaux de cette prestation varient considérablement d'une province à l'autre.

Services de réadaptation

Ces services de réadaptation physique et professionnelle aux travailleurs blessés font partie intégrante du programme, car toutes les commissions mettent l'accent sur le besoin de renvoyer les travailleurs dans des emplois convenables.

Prestations en espèces

Les niveaux d'indemnisation sont fondés sur une proportion des gains assurables du travailleur avant l'accident et (ou) sur le degré et la durée d'indemnisation.

Les commissions prennent de plus en plus en considération la capacité de gain du travailleur après l'accident tout en fondant l'indemnisation sur l'invalidité.

a) Invalidité dite temporaire

Des examens médicaux et des tableaux de classification de l'invalidité déterminent si l'incapacité temporaire rend le travailleur particulièrement invalide.

L'invalidité temporaire partielle est indemnisée au moyen d'une proportion des gains fondée sur la perte de gains due à l'incapacité, sur le degré d'invalidité, ou sur une combinaison des deux.

L'indemnisation pour perte de salaire est payable pour la durée de la perte des gains ou de l'invalidité, sauf dans certaines provinces où les indemnités ne sont payables que jusqu'à soixante-cinq ans.

b) Invalidité permanente

Toutes les provinces fournissent une indemnisation pour perte de salaire aux travailleurs qui subissent une invalidité permanente totale.

Les indemnités peuvent être basées sur 75 % de la moyenne des gains bruts ou sur 90 % des gains nets ou de la perte de gains nette, selon la province.

Les provinces qui appliquent la suppression de la rente d'invalidité temporaire à soixante-cinq ans appliquent les mêmes dispositions pour les rentes permanentes.

c) Indemnités pour survivants

En cas de décès du travailleur à la suite d'une blessure ou d'une maladie liée au travail, les personnes à charge ont droit, dans toutes les provinces, à une indemnisation en espèces ainsi qu'à des paiements pour les frais d'enterrement et frais connexes.

L'indemnisation en espèces comprend un paiement forfaitaire ainsi que des indemnités continues dont le montant et la durée peuvent varier en fonction de l'âge et de l'aptitude au travail du conjoint survivant ainsi que du nombre d'enfants à charge.

Dans la plupart des provinces, selon l'âge et la situation du conjoint survivant, les indemnités continuent à être payées jusqu'à son décès ou remariage. En général, en cas de remariage une somme forfaitaire équivalente à l'allocation mensuelle pour un ou deux ans, ou à un autre montant spécifié est payée au conjoint du travailleur décédé.

En Alberta, en Ontario et au Yukon les pensions de veuves continuent à être payées après le remariage. Les montants des rentes varient suivant les provinces, en fonction

E.- ASSURANCE CHOMAGE

Le régime d'assurance chômage relève d'un programme fédéral et il assure une protection en cas de perte d'emploi pour cause de maladie, de grossesse, d'adoption ou de recherche d'emploi.

Sont assurés obligatoirement à l'assurance chômage, ceux qui occupent un emploi de plus de quinze heures par semaine.

Financement

Ce programme est financé par des cotisations de l'employeur et de l'employé et par des contributions du gouvernement fédéral.

Le maximum de la rémunération annuelle assurable a été fixé en 2009 à 42.300 \$.

Le taux de cotisation est fixé à 1,73 % pour le salarié et à 2,42 % pour l'employeur, dans la limite du salaire cotisable mentionné ci-dessus.

Prestations

Il existe **deux types de prestations d'assurance chômage** :

a.- Les prestations ordinaires

Ces prestations sont versées aux personnes :

qui sont en chômage parce qu'elles ne peuvent trouver du travail,

qui ont subi un arrêt de "rémunération", c'est-à-dire qui ont été sans travail et sans rémunération pendant au moins sept jours,

et qui ont occupé un emploi assurable pendant un certain nombre de semaines au cours de la période de référence qui correspond à la plus courte des deux périodes suivantes : cinquante-deux dernières semaines ou le nombre de semaines depuis le début de la dernière période de prestations.

Le nombre nécessaire de semaines d'emploi assurable dépend du taux de chômage dans la région où le requérant réside. Aussi, selon ce taux, le nombre de semaines d'emploi assurable variera de dix semaines à vingt semaines.

La durée de service des prestations dépend de la durée de travail antérieure et du taux de chômage dans la région où les prestations sont demandées (entre 19 et 50 semaines maximum).

Le montant des prestations de chômage représente 55 % de la rémunération hebdomadaire assurable des vingt-six dernières semaines (maximum de 447 \$ par semaine). Les 15 premiers jours de chômage ne sont pas indemnisés.

b.- Les prestations spéciales

Versées aux personnes qui ne peuvent travailler pour cause de maladie, de blessure, de mise en quarantaine, de grossesse ou d'adoption d'un enfant, elles sont de trois types :

1.- Prestations de maternité

Ces prestations ne sont versées qu'à la mère naturelle. Elles peuvent être servies pendant une période maximale de quinze semaines : huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et sept semaines après.

2.- Prestations parentales

Ces prestations peuvent être versées à la fois aux parents naturels et aux parents adoptifs lorsqu'ils prennent soin d'un nouveau-né ou d'un enfant adopté.

La période de prestations, d'une durée maximale de 35 semaines, peut être attribuée à l'un des parents ou répartie entre les deux si les deux parents sont admissibles.

3.- Prestations de maladie

Les prestations de maladie peuvent être servies pendant une période maximale de quinze semaines à la personne qui doit arrêter de travailler en raison d'une maladie, d'une blessure ou d'une mise en quarantaine.

Pour obtenir des prestations spéciales, il faut avoir occupé un emploi assurable pendant au moins 600 heures au cours des 52 semaines précédentes. Lorsque l'assuré peut recevoir plus d'un type de prestations sociales, la période maximale d'indemnisation est fixée à cinquante semaines.

Montant : Le montant des prestations spéciales s'élève à 55 % de la rémunération assurable hebdomadaire moyenne perçue au cours des vingt-six dernières semaines.

F.- LES PRESTATIONS FAMILIALES OU PRESTATIONS FISCALES POUR ENFANTS

Depuis le 1er janvier 1993, les prestations familiales consistent dans un paiement unique versé à la personne qui s'occupe des enfants.

Le montant de la prestation varie en fonction des revenus de la famille, du nombre des enfants à charge et de l'âge de ces derniers. Les prestations sont calculées directement par le gouvernement et ne sont pas imposables.

La prestation est composée d'un montant de base de 108,91 \$ par mois (*) augmenté de 7,58 \$ par mois pour chaque enfant à partir du troisième.

Ces prestations sont destinées à venir en aide aux familles les plus nécessiteuses. Ainsi la prestation sera réduite à partir d'un revenu annuel égal à 37.885 \$.

Les prestations familiales sont servies pour les enfants à charge âgés de moins de dix-huit ans.

La province d'Alberta a remplacé la prestation de base de 108,91 \$ maximum par mois par des montants maximum variant en fonction de l'âge de l'enfant :

- enfant de moins de 7 ans 99,66 \$ par mois
- enfant de 7 à 11 ans 106,41 \$ par mois
- enfant de 12 à 15 ans 119,08 \$ par mois
- enfant de 16 à 17 ans 126,16 \$ par mois

Le supplément de la prestation nationale pour enfants (SPNE)

Par ailleurs, un supplément de la prestation nationale pour enfants pourra être versé en fonction des gains, par mois et par enfant :

- | | |
|--|-----------|
| - pour le premier enfant | 168,75 \$ |
| - pour le deuxième enfant | 149,33 \$ |
| - pour le troisième enfant et les enfants suivants | 142,00 \$ |

Le seuil du revenu net familial à partir duquel le supplément de la prestation nationale pour enfants commence à diminuer est de 21.287 \$ annuel.

Prestation pour enfants handicapés (PEH)

La prestation pour enfants handicapés (ayant une déficience grave et prolongée) est un supplément non imposable de la PFCE et peut atteindre 199,58 \$ par mois et par enfant (selon le revenu familial net). Ainsi la prestation sera réduite à partir d'un revenu annuel égal à 37.885 \$.

G.- PRESTATIONS SERVIES SOUS CONDITIONS DE RESSOURCES

1) Personnes âgées

Programme fédéral

Dans le cadre du programme fédéral de soutien du revenu, un supplément de revenu garanti (S.R.G.) peut être attribué à des pensionnés de la sécurité de la vieillesse dont les revenus autres que la pension de la S.V. sont faibles ou nuls.

Ils peuvent sur demande annuelle recevoir le montant total ou partiel du S.R.G. Cette prestation n'est servie qu'aux personnes résidant au Canada.

Il existe deux taux de supplément de revenu. Le premier vise les personnes seules (veuves, divorcées, séparées ou célibataires) ainsi que les pensionnés mariés dont les conjoints ne sont admissibles ni à la sécurité de la vieillesse, ni à l'allocation au conjoint. L'autre taux s'applique aux couples mariés dont les deux conjoints sont pensionnés.

Programmes provinciaux de supplément du revenu

La Nouvelle Ecosse, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta, la Colombie britannique, le Yukon et les territoires du Nord-Ouest, offrent des prestations complémentaires aux prestations de S.V., du S.R.G. ou de l'A.C. aux personnes qui satisfont aux critères concernant le revenu. Le montant des prestations, les conditions de résidence, etc, varient selon les programmes.

Programmes provinciaux d'aide fiscale et d'aide au logement pour les personnes âgées

L'aide fiscale au niveau foncier ou scolaire peut prendre la forme de paiements directs en argent (subventions ou remboursements), de reports, de réductions ou de crédit d'impôts qui réduisent ou annulent le montant de l'impôt à payer. Des subventions mensuelles de logement peuvent être versées aux personnes qui peuvent prétendre à ces allocations.

2) Familles

L'aide à la famille peut relever du programme fédéral et de programmes provinciaux.

Aide fiscale ou aide au logement

Ces aides attribuées dans le cadre de programmes provinciaux, ont pour but d'aider les personnes ou familles à faibles revenus, à assumer le coût des impôts fonciers, taxes scolaires, du loyer et de la vie en général.

Cette aide peut être apportée soit sous forme de paiements directs (en cas de non-imposition) soit par des crédits d'impôts sur les sommes dues.

Assistance sociale

Enfin, il existe des programmes provinciaux et municipaux d'assistance sociale.

Ces programmes souvent appelés "filet de sécurité" du système de sécurité sociale canadien visent à assurer un revenu permettant à une personne seule ou à une famille d'assumer les coûts de ses besoins essentiels quand toutes les autres ressources financières ont été épuisées.

Chaque province est responsable de la conception de l'administration et de la mise en œuvre de son programme d'assistance sociale. Aux termes de la loi sur le régime d'assistance publique du Canada, le gouvernement fédéral partage.

Cadre de référence et état des lieux

Parmi les risques auxquels la population haïtienne est exposée, ceux qui demandent une attention immédiate sont : **(1)** les risques politiques et sécuritaires liés au manque de respect des droits fondamentaux et exacerbés par l'insécurité et l'impunité ; **(2)** les risques économiques liés à la précarité de l'emploi et donc à la difficulté de faire face aux dépenses essentielles ; **(3)** les risques sociaux liés à la santé, à la nutrition et à l'éducation ; et **(4)** les risques liés à l'exclusion sociale. Les groupes les plus vulnérables incluent : les enfants en situation de grande vulnérabilité (en domesticité, en conflit avec la loi, affectés par le SIDA, etc.), les ménages extrêmement pauvres dirigés par une femme, les vieillards démunis, les rapatriés et les personnes handicapées. Le grand défi pour Haïti est que dans la situation actuelle presque tout le monde pourrait être considéré « vulnérable ». L'objectif est d'étendre la protection sociale à ces individus et groupes vulnérables.

La couverture des interventions publiques et privées pour la gestion des risques est largement déficitaire. Le Ministère des Affaires Sociales et du Travail (MAST), avec de vastes responsabilités en matière de protection sociale, a mis en place un ensemble de structures dont les interventions d'assurance et d'assistance sociale demeurent très segmentées, éparpillées et sans impact significatif. Une partie de cette lacune a été remplie par le secteur non gouvernemental, qui à l'heure actuelle apporte la plupart des services de protection sociale. Toutefois ces acteurs (ONG et secteur privé) n'arrivent à couvrir qu'une partie infime des besoins et travaillent en dehors de la supervision du MAST, auquel ils ne font pas beaucoup de confiance. Faute d'encadrement et de coordination, leurs actions sont de qualité très variable. L'absence d'une stratégie pour le moyen et long terme ne fait qu'augmenter les difficultés dérivant de l'insuffisance des ressources humaines et financières. En fin des comptes, les gestionnaires actifs des risques sont les ménages haïtiens.

Capacités d'absorption et d'exécution

Le MAST est parmi les ministères les plus faibles, avec peu de techniciens qualifiés et encore moins de moyens logistiques et financiers. La mise en œuvre des interventions proposées devra donc s'appuyer sur la contribution de différents acteurs en fonction de leurs avantages comparatifs. La mission principale du MAST devrait être transformée de la prestation directe de services sociaux à la conception, planification, suivi et coordination de ces services, soutenus par un renforcement des capacités institutionnelles techniques et logistiques. Quant à la

prestation directe de services sociaux, l'expérience a démontré qu'il serait plus efficace de la laisser aux ONGs et au secteur privé.

Assurance Sociale. Comme suggéré par le tableau ci-dessous, le MAST demeure aujourd'hui très éloigné de son objectif d'extension de la protection sociale au plus grand nombre. Après quelque trente années d'interventions, les systèmes assuranciers en place n'ont toujours pas réussi à couvrir entièrement le segment de la population qui se trouvait originellement visé (les travailleurs du secteur formel privé) et n'ont pas non plus été en mesure de prendre de nouvelles initiatives contribuant à l'objectif d'extension de la protection au bénéfice de certaines catégories de travailleurs intervenant au sein de l'économie informelle.

Couverture globale actuelle des interventions du MAST

<i>Organismes</i>	<i>Programmes</i>	<i>Type</i>	<i>Prestations offertes</i>	<i>Nombre appuyés</i>
1. ONA	Pension	Assurance	Allocations	43.000*
2. OFATMA	Accidents travail	Assurance	Soins, allocations	20.378
	Maternité	Assurance	Soins, allocations	809
3. CAS	Vieillards -handicapés	Assistance	Allocations	18.000
	Œuvres sociales	Assistance	Allocations	1.200
	Restaurants communautaires	Assistance	Nourriture	700
	Service médico-social	Assistance	Soins de santé	1.500
4. IBERS	Protection des mineurs	Assistance	Services appui	150
	Service social pénitencier	Assistance	Soins de santé	20
	Œuvres sociales	Assistance	Services appui	58
	Contrôle prostitution	Assistance	Services appui	125
	Service d'adoption	Assistance	Services appui	593
	Service de certificat pré-nuptial	Assistance	Services appui	3.578
5. ONART		Assistance	Services appui	600
6. ONM		Assistance	Services appui	25.586
Total :				116.297
Dont : Assurés (56 %)				64.187
Assistés (44 %)				52.110

* En 2000. Source pour toutes les données: MAST.

Assistance sociale. Dans le domaine de l'assistance sociale, le MAST n'a pas non plus été en mesure d'accomplir toutes ses attributions, faute de ressources (humaines et financières) par rapport à l'accroissement démesuré des besoins. Une partie de cette lacune a été remplie par le secteur non gouvernemental, qui à l'heure actuelle apporte la plupart des services d'assistance sociale dans le pays. Il n'y a pas vraiment de documentation sur l'ensemble des expériences, ni sur la couverture réelle des groupes vulnérables et l'impact des interventions. Cependant, il est évident que ces organisations, qui sont diverses et inégalement

efficaces, (a) couvrent une infime partie des besoins pour des raisons liées aux limitations de leurs capacités financières et institutionnelles, et (b) travaillent en dehors de la supervision du MAST car elles lui font peu ou pas confiance. Bien qu'il n'y ait pas une structuration des ONG à niveaux national, plusieurs d'entre elles ont commencé à s'organiser en plateformes autour de problèmes ou groupes vulnérables spécifiques (p. ex. : le RANIPH rassemble 17 organisations spécialisées dans les activités pour les personnes handicapées, le GARR regroupe 11 organisations œuvrant pour la défense des droits des rapatriés) et l'UNICEF soutient activement les efforts d'échange et de collaboration.

ETAT DE LA PROTECTION SOCIALE (ASSURANCE POUR LA SANTE)

1. CADRE DE REFERENCE

- *Toute personne, quelle que soit le pays où il vit, doit pouvoir être protégé contre les différents risques et aléas de l'existence. C'est pour cette raison que la sécurité sociale a été reconnue comme un droit humain fondamental.*
- *La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme établie en 1948, stipulait ainsi dans son Article 22 « que tout membre d'une société dispose du droit à la sécurité sociale ».*
- *Cette Déclaration affirmait ainsi un principe de solidarité nationale à partir duquel chaque Etat se voyait reconnaître la responsabilité d'assurer à l'ensemble de ses citoyens les bénéfices d'une protection étendue aux différents risques sociaux.*

2. CONTEXTE LEGAL

- *La Constitution de la République d'Haïti adoptée en 1987 reconnaît dans son Article 22 le droit de tout citoyen à « un logement décent, à l'éducation, à l'alimentation et à la sécurité sociale »*
- *Dans son Article 23, la Constitution stipule que « l'Etat est astreint à l'obligation d'assurer à tous les citoyens, dans toutes les Collectivités Territoriales, les moyens appropriés pour garantir la protection, le maintien et le rétablissement de leur santé par la création d'hôpitaux, de centres de santé et de dispensaires ».*
- *Dans son Article 35, la Constitution stipule que « tout citoyen a pour obligation de se consacrer à un travail de son choix en vue de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille, et de coopérer avec l'Etat à l'établissement d'un système de sécurité sociale».*
- *Dans son Article 260, il est en outre précisé que « l'Etat doit une égale protection à toutes les familles qu'elles soient constituées ou non dans les liens du mariage. Il doit procurer aide et assistance à l'enfance et à la vieillesse ».*
- *Ces dispositions confirmaient un engagement pris antérieurement par l'Etat Haïtien, à travers la création en 1967 du Ministère des Affaires Sociales et Travail (MAST), qui se voyait conférer les principales attributions suivantes :*

- - D'assurer la protection du travailleur tant dans le secteur formel qu'informel et l'harmonie du travail et du capital ;
 - D'établir, sur la base d'une solidarité nationale, un régime approprié de sécurité sociale contre les risques physiologiques, économiques, sociaux et autres ;
 - De rechercher et de mettre en œuvre les moyens scientifiques et concrets en vue d'intensifier la lutte contre la faim, la malnutrition, le chômage, le paupérisme ;
 - De créer, autoriser, encourager et superviser les œuvres de prévoyance et d'assistance sociale tant publiques que privées ;
 - D'accorder une protection particulière à la famille, à la femme, à l'enfant, au vieillard et à l'infirme.
- Les responsabilités du MAST couvraient donc un très large champ, en portant sur l'ensemble de la population haïtienne opérant dans les secteurs formel (à l'exclusion des employés de l'Etat) et informel, y compris les groupes les plus vulnérables, en devant assurer à celle-ci l'ensemble des services contribuant à leur meilleure protection face aux divers aléas de l'existence.

3. APERCU DE L'ETAT ACTUEL DE COUVERTURE

- Le tableau suivant donne un premier aperçu des services de protection sociale accessibles aux différentes catégories de travailleurs haïtiens :

Etat actuel de couverture des différentes catégories de travailleurs

Type de risque	Fonction publique	Secteur formel	Secteur informel
1. Protection santé	OUI	-	-
2. Accidents de travail	OUI	OUI	-
3. Protection maternité	OUI	OUI	-
4. Assurance vie	OUI	-	-
5. Pension	OUI	OUI	-

4. PRESENTATION DES DIFFERENTS SYSTEMES DE COUVERTURE

4.1 Les agents de la Fonction Publique

- Jusqu'en 1999, les agents de la Fonction Publique ne bénéficiaient que d'une couverture pension à partir de la Caisse de Pension Civile, gérée par le Ministère des Finances.
- Dans le cadre de la réforme administrative entreprise en 1998, l'Etat Haïtien décidait d'accorder de nouveaux avantages sociaux à l'ensemble des fonctionnaires de l'Administration Publique en introduisant une nouvelle couverture santé (élargie aux accidents de travail et protection maternité) et vie.

- Le premier programme d'assurance mis en place faisait intervenir deux compagnies d'assurance privées lesquelles, à l'issue d'une procédure d'appel d'offres, se partageaient le contrat convenu avec l'Etat (Capital Life – 60 %, et INASSA – 40 %).
- Le programme reposait sur un système distinguant 4 tranches de revenus servant de base au calcul des primes à payer, qui bénéficiaient d'une subvention partielle assurée comme suit par l'Etat Haïtien :

Structure des cotisations s'appliquant aux agents de la Fonction Publique

#	Catégories	Tranches Sal.	Subv. Etat	Prime totale	Contr. Etat	Contr. Empl.
I	Personne seule	18.000 et +	70 %	447,90	313,5	134,4
	Avec famille			780,20	546,2	234,0
II	Personne seule	10.000 – 17.999	70 %	344,80	241,4	103,4
	Avec famille			672,00	470,4	201,6
III	Personne seule	5.000 – 9.999	70 %	250,00	175,0	75,0
	Avec famille			476,20	333,3	142,9
IV	Personne seule	Moins de 5.000	90 %	140,25	126,25	14,0
	Avec famille			314,75	283,3	31,45

- Après neuf mois de fonctionnement sur ce modèle, le gouvernement décidait de mettre fin aux contrats conclus avec les compagnies d'assurance, en confiant la gestion directe du programme d'assurance à un groupe privé de médecins et d'économistes de la santé, constitué en Société Anonyme sous l'appellation : Groupe Santé +.
- Dans le cadre d'un premier contrat couvrant trois années, le Groupe Santé +, se trouvait principalement chargé : i) d'améliorer les prestations offertes dans le cadre du nouveau programme d'auto-assurance, et ii) de préparer et d'assurer la transition du programme vers la constitution d'une Mutuelle Nationale de Santé.
- En 2003, le contrat conclu avec le Groupe Santé +, se trouvait prolongé sur deux nouvelles années, ses interventions s'inscrivant dans le modèle organisationnel suivant :
- Le programme d'auto-assurance de la Fonction Publique couvre actuellement 50.606 agents, qui se répartissent comme suit (à partir des listes (inchangées) établies en 1998 par le Ministère de l'Economie et des Finances) :

Répartition des assurés de la Fonction Publique

Catégories	Empl.seul	%	Avec famille	%	Total	%
Plan I	182	0,96	872	2,75	1.054	2,08
Plan II	1.239	6,54	2.554	8,07	3.793	7,50
Plan III	3.903	20,60	10.180	32,15	14.083	27,83
Plan IV	13.619	71,90	18.057	57,03	31.676	62,59
Totaux:	18.943	100,00	31.663	100,00	50.606	100,00

- *La population totale couverte peut ainsi être estimée de l'ordre de : 200.000 personnes en prenant en compte les autres membres de chaque famille (pas de limitation s'appliquant au nombre de dépendants, et couverture des concubins admise).*

4.2 Les travailleurs du secteur formel privé

- *Les travailleurs du secteur formel privé sont en principe couverts par les régimes d'assurance obligatoires offerts par les deux structures autonomes placées sous la supervision du Ministère des Affaires Sociales : L'Office National d'Assurance Vieillesse (ONA), pour les pensions et l'Office d'Assurances Accidents du Travail, Maladies et Maternité (OFATMA), pour les accidents du travail et la protection maternité.*
- *La couverture assurée par l'ONA présente les principales caractéristiques suivantes :*
 - *Elle appelle une double contribution de l'employeur et de l'employé de 6 % sur le salaire brut (total de 12 %) ;*
 - *Elle requiert des contributions étalées sur 20 ans (ou 240 cotisations mensuelles) ;*
 - *Elle n'autorise le reversement des cotisations en cas d'interruption de travail, qu'après 10 ans de contributions effectives ;*
 - *Elle verse aux pensionnaires des prestations (calculées sur la moyenne des cotisations versées au cours des dix dernières années) sans recourir à un système d'indexation en rapport avec l'évolution du coût de la vie (70 % des pensions actuellement servies n'atteignent que 500 Gourdes/mois).*
- *Ces caractéristiques ont entraîné un important phénomène d'évasion, de nombreux employeurs et employés refusant l'immatriculation et le paiement des cotisations attendues.*
- *Le nombre total de cotisants réguliers n'a pas pu être obtenu à l'occasion des récents contacts pris avec cette Institution. En 2000, l'ONA déclarait avoir quelque 45.000 cotisants réguliers.*
- *Ce chiffre mérite cependant d'être rapproché du chiffre total de bénéficiaires de prestations, obtenu auprès de l'ONA, qui se trouve limité actuellement à 1.643 pensionnaires.*
- *La couverture accidents de travail assurée par l'OFATMA présente les principales caractéristiques suivantes :*
 - *Elle appelle du seul employeur une contribution représentant entre 2 et 4 % du salaire brut de l'employé, selon le type de risque associé à l'activité de l'entreprise (2 % pour les entreprises commerciales, 4 % pour les industries présentant des risques élevés, telles que les industries d'extraction) ;*
 - *Les prestations de soins ne sont assurées qu'à travers une structure unique d'offre de soins appartenant à l'OFATMA, établie à Port-au-Prince (et, en province, à travers des accords de collaboration conclus avec certaines structures publiques du MSPP).*
- *Ces caractéristiques ont entraîné un important phénomène d'évasion, de nombreux employeurs refusant l'immatriculation et le paiement des cotisations attendues.*

- Le nombre total de cotisants réguliers déclaré par l'OFATMA à l'occasion des récents contacts pris avec cette Institution était de 20.378 personnes. En 2000, l'OFATMA déclarait avoir 43.000 cotisants réguliers (normalement payées en Octobre au début de l'exercice budgétaire, les cotisations ont pu être affectées par les derniers événements. Elles accusent actuellement cependant un retard supérieur à 6 mois).
- Ce chiffre mérite cependant d'être rapproché du chiffre total de bénéficiaires de prestations obtenu auprès de l'OFATMA, qui se trouve actuellement limité à 2.774 personnes.
- La couverture protection maternité assurée par l'OFATMA présente les principales caractéristiques suivantes :
 - Elle appelle une double contribution de l'employeur et de l'employé de 3 % sur le salaire brut (total de 6 %) ;
 - Les prestations de soins ne sont assurées qu'à travers une structure unique d'offre de soins appartenant à l'OFATMA, établie à Port-au-Prince.
 - Les prestations sont également liées à un système de co-paiements se situant à des niveaux élevés.
- Ces caractéristiques ont entraîné un important phénomène d'évasion, de nombreux employeurs et employés refusant l'immatriculation et le paiement des cotisations attendues.
- Le nombre total de cotisants réguliers déclaré par l'OFATMA à l'occasion des récents contacts pris avec cette Institution était seulement de 809 personnes.
- Le chiffre total de bénéficiaires de prestations obtenu auprès de l'OFATMA, se trouve actuellement limité à 58 femmes.

Etat de couverture des travailleurs du secteur formel privé à travers les structures du MAST

Institution	Régime	Prestations	Nbre assurés	Nbre bénéficiaires
ONA	Pensions	Allocations	45.000	45.000
OFATMA	Accidents travail	Soins, allocations	20.378	20.368
	Protect. Maternité	Soins, allocations	809	809
Totaux :			66.187	66.187

- A ces services de protection procurés par les Institutions publiques, il convient encore d'ajouter les couvertures procurées par les compagnies d'assurance privées et par le système de micro assurance santé DASH – PROCARE.
- Il était estimé en 2000, que l'ensemble des compagnies d'assurance privée couvraient, pour les risques santé et/ou vie, quelque 35.000 personnes (ce chiffre se superpose en partie au nombre de personnes assurées par l'OFATMA, de nombreuses personnes choisissant de prendre une assurance complémentaire de type privé).

- De son côté, le système de micro-assurance santé mis en place depuis 1985 par un regroupement de professionnels de la santé (DASH – PROCARE), assure actuellement une couverture santé à quelque 70.000 bénéficiaires (voir encadré).

4.3 Les travailleurs opérant dans l'économie informelle

- Les travailleurs de l'économie informelle demeurent actuellement exclus de tout système de protection sociale.
- Ainsi exposées aux différents risques qui peuvent les affecter à tout moment, ils sont tenus de s'organiser pour prendre de nouvelles initiatives leur permettant de disposer de certains services de protection répondant à leurs besoins.

5. APPRECIATION DE L'AMPLEUR DU PHENOMENE D'EXCLUSION

Sur la base de ce qui précède, on peut apprécier comme suit l'ampleur de l'exclusion affectant la majorité de la population haïtienne :

Estimation de l'exclusion en matière de protection sociale

Institution	Régime	Prestations	Nbre assurés	Nbre bénéficiaires
1. Population totale				8.100.000
2. Population couverte dans le secteur public :				
Caisse Pension Civ.	Pension	Allocations	50.606	50.606
Groupe Santé +	Santé	Soins	50.606	200.000
3. Population couverte dans le secteur formel privé :				
ONA	Pensions	Allocations	45.000	45.000
OFATMA	Accidents travail	Soins, allocations	20.378	20.368
	Protect. Maternité	Soins, allocations	809	809
Assurances privées	Santé	Soins	ND	35.000
Micro.assur. Dash	Santé	Soins de santé	60.000	60.000
Micro.assur. Procure	Santé	Soins de santé	3.000	10.000
4. Total population couverte :				371.177
5. Pourcentage population exclue :				95,4 %

6. ANALYSE DE LA SITUATION DE LA PROTECTION SOCIALE

- *Les promesses contenues dans la Constitution ainsi que dans la loi organique du Ministère des Affaires Sociales n'ont pas pu être remplies, seule une fraction très réduite de la population haïtienne bénéficie aujourd'hui de certains services limités de protection sociale.*
- *Les systèmes mis en place visaient prioritairement les travailleurs du secteur formel public et privé en ne couvrant toujours au demeurant qu'une partie de leurs besoins.*
- *Plus de 95 % de la population intervenant principalement dans l'économie informelle demeure quant à elle, exclue de tout service de protection.*
- *Cette population qui regroupe principalement les travailleurs engagés dans des activités agricoles, des petits métiers et des micro-entreprises, ou des activités commerciales de faible envergure, se reconnaît cependant comme celle la plus exposée aux risques divers.*
- *Ces multiples agents économiques disposant généralement de très faibles revenus sont contraints de faire face aux dépenses importantes liées le plus souvent à des cas de maladie, d'accident, ou du décès d'un proche.*
- *Ces dépenses, toujours imprévues, se produisent toujours alors que les rentrées d'argent, réduites, irrégulières et précaires, parviennent à peine à couvrir les besoins essentiels des familles.*
- *Cet état de vulnérabilité extrême peut inhiber les efforts visant à améliorer leurs conditions de travail et de vie, et est susceptible de compromettre les initiatives de développement déjà prises.*
- *Lorsqu'ils se matérialisent, ces différents risques peuvent avoir des conséquences très graves en les mettant dans l'incapacité d'honorer des engagements professionnels ou de respecter l'échéancier de remboursement convenu sur un prêt obtenu.*
- *Dans certains cas, ils peuvent entraîner l'obligation de vendre les outils de production, la perte de l'éligibilité à des crédits nécessaires, la décapitalisation de la petite entreprise ou même sa disparition, faisant basculer la famille dans un état prolongé de pauvreté accrue.*
- *Cette très large exclusion est particulièrement ressentie dans le domaine de la protection en santé, ou les phénomènes iniquité et d'injustice sociale trouvent toute leur acuité pour l'ensemble de la population concernée.*
- *Les groupes de population les plus pauvres sont en effet ceux qui par leur condition même, ont un recours plus fréquent à des services de santé qui sont généralement trouvés souvent trop rares, inadaptés, ou de qualité insatisfaisante.*
- *Avec le constant renchérissement des coûts observés dans le domaine de la santé, l'absence de tout système de protection rend ce recours encore plus difficile et aléatoire.*

7. ANALYSE DES CAUSES DE L'EXCLUSION

- *L'important déficit en matière de protection sociale affectant aujourd'hui la majorité de la population haïtienne peut trouver son explication au niveau de différents phénomènes :*
 - *Les systèmes contributifs d'assurance ont été conçus pour s'adresser aux seuls travailleurs de l'économie formelle. Ils se révèlent inadaptés pour les cas les plus fréquents ou les travailleurs de l'économie informelle opèrent seuls, sans employeur reconnu susceptible d'y apporter sa contribution.*
 - *Les services offerts par les systèmes assuranciers publics ne répondent pas aux besoins prioritaires des travailleurs de l'économie informelle, qui portent essentiellement sur l'accès aux services de santé, et la couverture du risque décès.*
 - *Les conditions et mécanismes opératoires (contribution annuelle unique, exigences en matière d'immatriculation, polarisation urbaine et points de services limités, lourdeur des opérations de validation des dossiers de remboursement, délais de paiement des prestations) appliqués par ces systèmes, ne satisfont pas non plus les attentes de ces travailleurs.*
 - *L'érosion graduelle et constante du bassin de sociétariat opérant dans l'économie formelle (aujourd'hui réduite à quelque 110.000 emplois « stables »), combinée à un taux élevé d'évasion occasionné par l'insuffisance des procédures de contrôle et d'assujettissement, a fortement affecté les ressources générées par les systèmes formels en rendant ainsi impossibles de nouvelles initiatives d'extension.*
 - *Les budgets alloués au fonctionnement de ces systèmes, excessivement concentrés sur la couverture des salaires, ont encore aggravé cet effet d'appauvrissement en contribuant à l'opposé au progressif rétrécissement de leurs interventions.*
 - *Sur une période de plus de trente années, ces systèmes n'ont pas pu évoluer sur le plan organisationnel et leurs performances actuelles demeurent très insatisfaisantes.*
 - *Enfin, on ne peut omettre dans l'analyse la persistance grandissante de la méfiance manifestée par les segments exclus et défavorisés de la population à l'égard de systèmes gérés exclusivement par l'Etat, qui s'est encore intensifiée à la suite des derniers bouleversements politiques.*

CCI HAITI : Cadre de Coopération Intérimaire HAITI
Rapport du Sous-groupe Thématique: Protection Sociale (9 juillet 04)

Convention n° 102 concernant la norme minimum de la Sécurité Sociale (partie VI, IX)

Adoptée le 28 juin 1952

Partie VI. — Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

52-06-28 Convention OIT 102, 1952, Norme minimum de la sécurité sociale

2

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.

Art. 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.

Art. 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 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 résidents ;
- c) soit tous les résidents 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.