

**MISSOC**  
**Systeme d'information mutuelle sur la protection sociale**

**Introductions transversales  
aux tableaux MISSOC**

**Secrétariat MISSOC**  
**mars 2014**

## **Introduction transversale au financement (Tableau I)**

Les versements de sécurité sociale et les services de soins de santé représentent à eux deux la plus grosse partie des dépenses des gouvernements dans tous les pays MISSOC. Le coût de ces systèmes est représenté par la valeur directe des prestations et services qui sont fournis d'une part et le coût engendré par leur gestion et leur distribution d'autre part. Ce coût global variera en fonction de la demande et du nombre de bénéficiaires, tout à tour influencés par la démographie et le climat économique actuel ; par la complexité des prestations et services disponibles (plus ils sont complexes, plus ils sont chers) et par le nombre de fonctionnaires employés pour gérer le système. Depuis plus d'un siècle, les gouvernements ont dû trouver des moyens pour réunir des fonds pour financer la protection sociale et ceux-ci sont composés de versements contributifs des employés et des employeurs (sécurité sociale), de la taxation générale (sur les revenus, les dépenses ou les avoirs) et des mesures exceptionnelles y compris, par exemple, des versements forcés, particulièrement dans le domaine des pensions alimentaires.

Peu importe les dispositions financières en place dans un pays, elles doivent être solides et durables, suffisantes pour couvrir les versements, proportionnelles à la capacité des différents groupes à contribuer ou payer tout en étant sensibles à des préoccupations plus vastes concernant la justice sociale et l'équité.

Un point de départ commun consiste à faire la différence entre les prestations universelles, non-contributives générales ou spécifiques, qui sont accessibles à tous les ressortissants qui satisfont à des critères d'éligibilité appropriés (tels qu'avoir des enfants à charge et/ou être sujets à des conditions de ressources/actifs) d'une part et l'accès à des prestations basées sur l'emploi d'autre part. Les premières (qui incluent par exemple les prestations familiales et les prestations de garantie de ressources minimum) sont généralement financées sur base des revenus issus de l'imposition générale et les dernières (par exemple les prestations de maladie en espèces et les allocations de chômage) à partir des cotisations versées par les employeurs et les employés, augmentées par les recettes de l'Etat et les abattements fiscaux.

Les prestations basées sur l'assurance sont financées sur base des cotisations versées aussi bien par l'employé que l'employeur, certaines peuvent être 'forfaitaires' mais d'autres peuvent être 'liées au salaire' et dès lors, être calculées comme étant un

pourcentage des revenus, généralement dans des limites inférieures et supérieures. D'un point de vue administratif, les employeurs qui versent l'argent à un fond central d'assurance si le régime est obligatoire ou à un fonds privé si le régime est professionnel, font ces déductions et cotisations. Les régimes basés sur l'assurance confèrent des droits à des cotisants/bénéficiaires individuels, aident à maintenir un marché du travail stable et traitent de manière égale les risques sociaux qu'ils soient bons ou mauvais.

Ces dispositions constituent des régimes 'par répartition' en ce sens où ils doivent satisfaire les droits de précédents cotisants tout en fournissant des ressources pour de futures demandes. Les fonds doivent pouvoir répondre à des urgences inattendues et être suffisamment résistants pour satisfaire des demandes prévues. Maintenir un équilibre judicieux, basé sur des principes fiduciaires, entre le besoin de protéger les actifs financiers accumulés tout en générant des revenus issus des investissements tout en permettant un degré approprié de liquidité a toujours été difficile et l'est devenu davantage ces dernières années suite à un vieillissement démographique et une instabilité financière au niveau de la monnaie et des marchés d'investissement. Par conséquent, de nombreux régimes professionnels et privés ont été forcés d'augmenter les taux de cotisation, d'allonger les périodes de cotisation, de limiter ou réduire les droits ou d'interdire l'accès du régime à de nouveaux membres. Les régimes légaux ont vu augmenter les subsides du gouvernement afin de satisfaire le manque de revenus.

Les prestations basées sur l'aide sociale sont généralement financées par les revenus de l'Etat grâce à l'imposition générale. Dans certains pays, où les autorités sous-nationales sont responsables des programmes d'aide sociale, les revenus pourraient également être une responsabilité régionale ou locale.

Des versements directs, réalisés par des personnes cotisant par ailleurs, sont parfois requis, comme par exemple lorsqu'on se rend chez le médecin ou le dentiste ou lorsqu'on obtient une prescription pour des médicaments. Dans de telles circonstances, la personne cotise de manière directe pour le service fourni mais ne couvre pas l'entièreté du coût.

## **Introduction transversale aux soins de santé (Tableau II)**

Le droit d'accès aux soins de santé pour la promotion du bien-être démontre l'existence d'une société humaine. Les avancées en matière de médecine (du diagnostic et de la santé publique améliorée aux nouveaux médicaments) et de procédures chirurgicales ont contribué à des améliorations significatives en matière de morbidité et d'espérance de vie ; cependant le coût des soins de santé continue à augmenter de la même manière. Les soins de santé sont aussi étroitement liés à une série de risques et de prestations de sécurité sociale associées y compris les prestations de maladie, les prestations en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle et les prestations de maternité. De plus, il est bien connu que les indicateurs d'un mauvais état de santé sont étroitement liés à l'espérance de vie, à la situation socio-économique, à la pauvreté et aux chances de vie.

La relation entre soins de santé et gouvernement est plus problématique que la relation entre sécurité sociale et Etat. Bien que les soins de santé soient une responsabilité clé de tous les gouvernements, ceux-ci s'impliquent à des degrés divers dans leur planification, leur financement, leur gestion, leur distribution et leur assurance qualité. Il existe toute une gamme de dispositions, certains pays ont des systèmes de soins de santé qui 'appartiennent' à l'Etat et où les professionnels de la santé sont rémunérés par la sécurité sociale tandis que dans d'autres pays, ce sont le secteur privé et/ou à but non lucratif qui ont un rôle dominant dans la fourniture de soins de santé, souvent dans le cadre d'accords avec la sécurité sociale.

Dans certains pays, on fait la différence entre sécurité sociale et soins de santé, mais au niveau européen, le terme 'protection sociale' est un terme qui recouvre les deux secteurs.

Les principes de base qui étayent le financement et la fourniture des soins de santé varient entre les pays. Dans certains pays, un service de santé universel (national) peut être accessible à tous les habitants et sera financé par l'imposition générale. Dans d'autres pays, cependant, les soins de santé sont étroitement liés au parcours en matière d'assurance sociale de la personne, l'accès et les droits étant définis conformément aux règles et réglementations. Dans ces pays, le champ d'application personnel du régime a généralement été élargi pour couvrir la majeure partie de la population. Lorsque des personnes (ou les personnes qui sont à leur charge) n'ont pas

réussi à établir ou ont épuisé leur droit à l'assurance sociale, elles devront se procurer des soins de santé via le marché privé ou compter sur les soins médicaux basés sur l'assistance. Dans de tels cas, il y a un risque de variation dans la gamme et la qualité du service accessible entraînant des résultats inégaux en matière de santé. Dans d'autres pays, où l'accès aux soins de santé est basé sur la résidence ou la citoyenneté plutôt que sur l'assurance ou la capacité à payer, le système peut être universel mais les inégalités ne seront jamais entièrement supprimées. Peu importe, dans de telles circonstances, les gouvernements sont davantage capables de définir les priorités en matière de soins de santé et d'orienter l'attribution des ressources – bien qu'ils devront toujours composer avec les représentants d'intérêts puissants tels que les professions médicales et pharmaceutiques.

Les systèmes de soins de santé peuvent également être divisés en systèmes de prestations en nature et systèmes de remboursement. Selon les premiers, qui comprennent les services de santé nationaux, les soins médicaux sont généralement fournis gratuitement par les prestataires détenus, rémunérés ou conventionnés par la sécurité sociale - qui les paie aussi directement. Les systèmes de remboursement confèrent aux assurés le droit de se faire rembourser les frais médicaux qu'ils ont payés eux-mêmes. Pour les frais importants (par ex. ceux d'hospitalisation), ce principe de remboursement est souvent abandonné au profit d'un système de tiers payant.

Dans les deux systèmes, le patient peut avoir à supporter une partie du coût médical lui-même. Cette participation du patient peut prendre différentes formes (par ex. la quote-part, la franchise, etc.) et de nombreux régimes prévoient des réductions ou des exemptions pour des groupes plus faibles de la population.

Le secteur des soins de santé est loin d'être homogène; en effet, il y a d'importantes différences cliniques et professionnelles entre les 'soins de santé primaires' généralement dispensés par les médecins généralistes (et le personnel qui les aident y compris les infirmières sociales, les infirmières visiteuses) d'une part et les soins 'secondaires' ou 'aigus' dispensés par du personnel spécialisé dans la plupart des cas dans les hôpitaux. Un troisième 'domaine' qui prend de plus en plus d'importance est celui de la 'santé publique' qui met l'accent sur la prévention plutôt que sur le traitement via des services qui abordent les risques liés au tabac, à l'alcool et à la

## Introductions transversales aux tableaux MISSOC

toxicomanie tout en faisant la promotion de la santé en matière de sexualité, des bénéfices liés à l'exercice physique et à une alimentation saine.

Ces dernières années, on a pu assister à la mise en place de mesures stratégiques visant à prendre du recul par rapport à la gestion de la maladie pour se rapprocher de la prévention et du bien-être, via des services coûteux dispensés dans des environnements pointus ainsi que via une aide rentable dispensée par les travailleurs sociaux itinérants (souvent des infirmières et des thérapeutes plutôt que des médecins) qui peuvent aider les gens chez eux ou à proximité de chez eux. On met l'accent sur un diagnostic global et des trajets de soins intégrés aboutissant à un 'ensemble de soins' défini et proposé aux patients de façon agréable, près de leur domicile et répondant à leurs besoins.

Les soins de santé comprennent également la fourniture de soins dentaires, celle de produits pharmaceutiques (qui sont gratuits pour certains groupes de la population dans certains pays et disponibles moyennant paiement dans d'autres) ainsi que la fourniture de prothèses, de lunettes et d'appareils auditifs.

### **Introduction transversale à la maladie - prestations en espèces (Tableau III)**

Une prestation basée sur l'assurance, des versements en cas de maladie sont effectués lorsqu'un salarié est incapable de travailler en raison de son état de santé. La perte (ou diminution) de revenus peut être indemnisée entièrement, mais c'est généralement de manière partielle, par la prestation. L'éligibilité est établie en se référant à un historique au niveau de l'assurance et le droit est validé lors d'un examen médical qui confirmera l'état du demandeur. Dans certains cas, et pour une durée limitée, une autocertification est admissible. Dans certains cas, il y a un 'délai de carence' et un versement ne sera effectué qu'après plusieurs jours d'incapacité de travail – cela réduit les frais administratifs et on peut envisager que le travailleur n'engendrera qu'un faible coût s'il ne travaille pas pendant une période limitée. On suppose que l'incapacité à travailler en raison de l'état de santé sera temporaire et qu'on peut s'attendre à ce que la personne recommence à travailler. Si l'état de santé s'avère se prolonger dans la durée, et qu'un retour au travail n'est pas probable, le demandeur sera généralement transféré vers une prestation d'invalidité ou d'incapacité permanente (voir Tableau V).

C'est une prestation de sécurité sociale qui accorde généralement un rôle clé à l'employeur qui pourrait être responsable d'un versement direct au salarié, généralement par voie de maintien du salaire. Encore une fois, cela réduit les frais administratifs globaux du système de sécurité sociale et transfère la responsabilité et les coûts directement à l'employeur.

Il se peut qu'il y ait des dérogations par rapport à l'assurance obligatoire, par exemple si les revenus se situent en dessous d'un montant défini ou en cas d'activité salariée mineure. Dans un nombre limité de pays, il existe un plafond d'affiliation, ce qui a pour effet d'exclure de l'assurance obligatoire les personnes dont le revenu dépasse un certain maximum.

Il est habituel qu'il y ait une période minimale d'assurance ou d'emploi, qui durera parfois jusqu'à plusieurs années, avant qu'il y ait droit aux prestations de maladie en espèces.

## Introductions transversales aux tableaux MISSOC

Le montant de la prestation varie d'un pays à l'autre ; dans certains pays, il s'agit d'un montant forfaitaire et dans d'autres, il est lié aux revenus. Il peut également y avoir des différences en matière de prise en compte en fonction de la durée du paiement, du type de maladie ou de la circonstance selon laquelle le bénéficiaire est hospitalisé ou pas. Il pourrait également y avoir des suppléments pour les membres de leur famille à charge.



## **Introduction transversale à la maternité/paternité (Tableau IV)**

L'aide financière accordée aux mères qui travaillent ne date pas d'hier et ses origines remontent immédiatement après la fin de la première guerre mondiale lorsqu'il était nécessaire d'encourager les femmes à accéder au marché du travail et de leur fournir une aide afin qu'elles s'y maintiennent. D'une part, il y avait l'émergence des allocations familiales (Tableau IX) et d'autre part, la fourniture de prestations de maternité.

Parmi les dispositions relativement communes, la mère devait ne pas travailler pendant au moins 3 mois qui débutaient six semaines avant la date présumée de l'accouchement et elle avait le droit de retourner travailler et était autorisée à allaiter son enfant.

Ces 50 dernières années, le panier de prestations a été étendu à divers degrés dans divers pays pour permettre à la mère de prendre un congé de maternité payé allant jusqu'à un an et, dans de nombreux pays, pour que la prestation soit accessible au père de l'enfant. Certains pays autorisent les prestations de maternité en cas de fausse couche ou d'enfant mort-né et il se peut que les mères qui ont un enfant handicapé se voient octroyer une aide particulière.

Les conditions d'octroi sont variées et on peut faire la différence entre les prestations en nature (dans la plupart des cas, des soins de santé liés à la grossesse et à l'accouchement), les prestations en espèces (prestations de maternité, de paternité et d'adoption) et la protection de l'emploi (départ avec droit au réengagement – hors du champ d'application de MISSOC). Dans certains cas, le droit est établi simplement sur base de la résidence (le plus souvent pour les soins de santé) mais dans d'autres cas, il peut s'avérer nécessaire d'avoir été préalablement assuré pour une période spécifique définie. Dans certains pays, les employeurs sont responsables en premier lieu du versement d'une prestation liée aux revenus pendant la période du congé. Celles qui ne satisfont pas aux critères d'octroi d'une prestation basée sur l'assurance peuvent recevoir une allocation sociale de maternité.

Ces dernières années, il y a eu un engagement vis-à-vis d'une flexibilité et d'une sensibilité accrue. Les pères peuvent à présent demander (ou partager) le congé

## Introductions transversales aux tableaux MISSOC

parental (ceci est couvert au Tableau IX) ; et des prestations peuvent être versées en cas d'adoption d'un enfant.

## **Introduction transversale à l'invalidité (Tableau V)**

Les prestations d'invalidité sont là pour soutenir ceux qui sont dans l'incapacité de mener à bien une activité rémunérée en raison d'une maladie de longue durée ou d'un handicap. Dans de nombreux pays, les prestations d'invalidité ont été étroitement alignées sur la pension de retraite. Cependant, la croissance du nombre de bénéficiaires de la prestation d'invalidité dans de nombreux pays a été liée autant à la nécessité d'éloigner les demandeurs des prestations de chômage qu'à celle de les aligner à la pension de retraite.

La définition d'invalidité ou incapacité a longtemps été contestée et, en pratique, la situation d'un demandeur individuel peut être sujette à un examen médical et un bilan. Une approche conventionnelle fait la différence entre:

- Invalidité physique suite à une perte partielle ou totale soit d'une partie de son corps ou incapacité mentale indépendamment de son emploi ou des implications économiques ;
- Invalidité professionnelle causée par une incapacité à continuer à travailler dans le cadre d'une profession en particulier suite à une maladie ;
- Invalidité générale due à une incapacité à obtenir, garantir et conserver un emploi sur le marché du travail même si l'emploi occasionnait un changement de travail ou une perte de statut professionnel.

Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont abordés dans le Tableau VIII.

Il est également nécessaire de classer les prestations d'incapacité en prestations issues d'un droit basé sur l'assurance et en prestations non-contributives spécifiques, financées à partir d'une imposition globale. Un élément clé pour fixer le droit à une prestation d'invalidité est la nécessité d'un examen médical, nécessaire pour déterminer le niveau d'incapacité de travail. La perception continue d'une prestation dépend généralement d'une révision de la situation médicale.

## Introductions transversales aux tableaux MISSOC

La valeur des prestations perçues variera également, faisant parfois la différence entre les taux à long terme (qui peuvent être plus élevés) et les taux à court terme avec des suppléments pour refléter l'éligibilité des personnes à charge.

En plus des prestations en espèces, il peut exister un droit d'accès à des prestations en nature (soins de santé préventifs, réadaptation et thérapies médicales), y compris la formation professionnelle. Il peut également y avoir la législation qui fait qu'il est illégal de se montrer discriminatoire envers des personnes handicapées en matière de recrutement, formation ou autres modalités et conditions d'emploi.

## Introduction transversale à la vieillesse (Tableau VI)

L'aide financière apportée aux personnes âgées est sans conteste le plus détaillé, complexe et coûteux des programmes dans le secteur de la protection sociale. L'impératif du vieillissement démographique, associé à une diminution importante du taux de natalité ainsi qu'aux taux d'emploi insuffisants qui augmentent ainsi ce que l'on appelle le taux de dépendance, a mis une pression considérable sur le financement et la viabilité des pensions. Aucun autre secteur de la protection sociale n'a été autant sujet à des révisions et des tentatives de réforme et de restructuration.

Les pensions de vieillesse apportent essentiellement une aide financière à ceux qui quittent le marché du travail en raison de leur âge. L'âge légal de la retraite varie en fonction des pays de l'Union européenne, étant globalement compris entre 60 et 67 ans. Une minorité de pays MISSOC prévoit un âge de la retraite moins élevé pour les femmes que pour les hommes, bien que la plupart de ces pays soit en train d'égaliser (ou au moins de rapprocher) l'âge de la retraite pour les hommes et les femmes. Plusieurs pays MISSOC ont adopté une augmentation générale de l'âge de la retraite, généralement avec des longues périodes de transition. Cela devrait être considéré comme faisant partie d'une série de mesures de réforme des retraites qui ont été mises en œuvre ou sont en voie de l'être dans de nombreux pays MISSOC et qui visent à relever l'âge effectif ou légal de la retraite, en promouvant l'allongement de la vie active et en limitant la possibilité d'accéder à une retraite anticipée.

Alors que les objectifs visant à garantir l'adéquation et la viabilité financière des pensions sont communs à tous les systèmes de pension de vieillesse, la fourniture des revenus durant la retraite est très diversifiée parmi les pays MISSOC. Laissant de côté les régimes catégoriels de revenu minimum basés sur l'aide sociale (qui sont couverts dans le tableau XI), les divers aspects des différentes classifications des systèmes de pension sont représentés dans les pays MISSOC, notamment en ce qui concerne le système de financement (par répartition ou par capitalisation), la façon dont les systèmes de pensions sont établis (par la loi, les conventions collectives ou les contrats individuels) et la manière de s'y affilier (obligatoire ou volontaire) ainsi que le type de prestations qu'ils fournissent (à prestations définies ou à cotisations définies). Cependant, en règle générale, le tableau MISSOC VI couvre seulement ce que, selon une autre classification de pensions, serait appelé sous le nom des pensions de "premier pilier", à savoir les **régimes de retraite légaux et obligatoires**, à

## Introductions transversales aux tableaux MISSOC

l'exclusion des régimes professionnels de retraite (appartenant traditionnellement au “deuxième pilier”) et des régimes individuels (appartenant respectivement au “troisième pilier”).

Les régimes de retraite des pays MISSOC sont généralement organisés par le biais des régimes légaux fonctionnant par répartition, selon laquelle les cotisations de la population active paient les pensions de la population actuellement inactive. Ces régimes sont généralement financés par des cotisations de sécurité sociale et fournissent des prestations liées aux revenus, bien que dans certains pays les systèmes soient financés par l'impôt et / ou qu'ils octroient des prestations de retraite forfaitaires.

Dans plusieurs pays MISSOC, ces régimes par répartition sont complétés par des systèmes de retraite par capitalisation, où les cotisations pour chaque personne assurée sont versées sur un compte personnel utilisé pour financer la retraite de cette personne lorsqu'elle cessera de travailler. Plusieurs pays MISSOC, essentiellement ceux de l'Europe centrale et orientale ont mis en place au cours des dernières décennies des régimes de retraite par capitalisation obligatoires fonctionnant à côté de leurs systèmes de retraite par répartition. Dans la mesure où ces régimes, qui sont parfois aussi appelés comme étant de “deuxième pilier” ou encore de “premier pilier bis”, sont légaux et obligatoires, ils sont décrits dans le tableau MISSOC VI.

## **Introduction transversale aux survivants (Tableau VII)**

Le plus traumatisant de tous les risques est le décès du pourvoyeur de revenu. Pour le partenaire survivant et les personnes qui sont à sa charge, la perte soudaine des revenus peut s'avérer catastrophique alors que l'on tente de couvrir les frais immédiats des funérailles tout en essayant de couvrir les dépenses ménagères quotidiennes telles que le loyer, le chauffage et la nourriture. Une prestation de survivant revêt dès lors une importance considérable et peut être définie comme étant une prestation qui est versée par un régime/fonds de retraite au bénéficiaire désigné d'un employé (généralement le conjoint ou le partenaire) lors du décès de cet employé.

Les prestations en matière de pension de survivant varient fortement d'un pays à l'autre et dépendent souvent du système de travail. Dans les pays où le nombre de femmes présentes sur le marché du travail équivaut plus ou moins à celui des hommes, la pension de survivant a principalement pour cible les personnes à charge/enfants et les prestations ne sont généralement plus versées lorsque l'enfant à charge devient adulte. Les pensions de survivant pour les adultes sont généralement octroyées sous forme de pensions de veuf/veuve et sont versées à vie à moins que le bénéficiaire ne se remarie. Bien que généralement la pension de survivant équivaille à une partie de ce que la pension de retraite de la personne décédée aurait été, des versements forfaitaires sont également possibles.

Les conjoints et les enfants (parfois les parents) des demandeurs, et aussi les précédents époux qui peuvent avoir droit à une pension alimentaire, sont considérés comme des 'survivants'. Si une pension de survivant est versée dans le cadre d'un régime légal d'assurance, les parents, beaux-parents et parents d'accueil peuvent également avoir un droit légitime s'ils étaient entretenus par le demandeur. Il se peut qu'un veuf puisse revendiquer des droits similaires à ceux d'une veuve s'il était à charge de son épouse.

Les prestations de survivant peuvent être placées dans l'une ou l'autre de deux catégories : Une prestation de survivant de préretraite est versée au bénéficiaire désigné d'un employé si celui-ci décède avant d'avoir pris sa retraite. Une prestation de survivant de post-retraite est versée à un bénéficiaire désigné lors du décès de l'employé après sa retraite. Dans la plupart des cas, l'employé doit faire une

déclaration spécifique pour pouvoir constituer ces prestations de survivants et doit s'assurer qu'il y a un bénéficiaire nommé.

La pension de veuf/veuve est généralement liée aux revenus mais dans certains pays, elle est aussi soumise à des conditions de ressources et/ou limitée dans le temps. La couverture ou la protection des veufs/veuves diffèrent fortement d'un pays à l'autre. Par exemple, certains pays ne versent la prestation que si le mariage a existé pendant un certain temps ; d'autres pays versent l'indemnité à tout veuf/veuve qui est handicapé ou à tout veuf/veuve de tout âge pendant une courte durée ou indéfiniment. Il est normalement mis fin aux prestations de veufs/veuves lors d'un remariage. La plupart des pays n'accordent qu'un droit à une prestation temporaire pour des veufs/veuves relativement jeunes, étant donné qu'on s'attend à ce que ces personnes travaillent après une période transitoire.

De plus, il faut faire la différence entre des prestations de survivants contributives et non-contributives. Alors que les prestations contributives se basent sur des droits dérivés, les prestations non-contributives sont des pensions de base accessibles à tout résident veuf plus âgé ou aux personnes qui se situent en dessous d'un certain niveau de revenus. Dans certains pays, les prestations de survivants sont versées si le conjoint décédé a versé des cotisations au régime de pension. Dans les systèmes liés aux cotisations avec des prestations forfaitaires, l'époux survivant a généralement droit à une prestation comparable au montant de la pension de base de l'assuré.

Le système non-contributif se présente généralement sous la forme d'un système financé par les impôts qui offre une couverture universelle. Dans de nombreux pays, les conjoints qui n'ont pas cotisé ou perçu de revenus, ont droit à des pensions de base ou ciblées qui sont généralement basées sur des exigences en matière de résidence. Dans les pays où de telles dispositions n'existent pas, les survivants ont droit à des prestations générales d'aide sociale.

Dans de nombreux pays, la prestation de survivant peut être issue soit du régime de pension légal ou de l'assurance accident légale. La pension de survivant est versée dans le cadre de l'assurance accident si la mort du demandeur est le résultat d'un accident sur le lieu de travail ou d'une maladie professionnelle.



## **Introduction transversale aux accidents du travail et maladies professionnelles (Tableau VIII)**

L'intervention de la sécurité sociale en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle ne date pas d'hier. Cela est dû en partie au fait que le développement des économies industrielles a engendré des environnements professionnels peu sûrs, la nécessité de manipuler des machines dangereuses et l'exposition régulière des travailleurs à des minéraux et des produits chimiques dangereux. Les accidents, et même les décès, au travail (ou sur le trajet du travail) étaient relativement habituels mais il arrivait souvent que le travailleur soit non seulement vulnérable aux accidents mais aussi qu'il ne puisse demander réparation qu'à son employeur. Dans ces circonstances, il arrivait fréquemment que les travailleurs n'obtiennent aucune compensation et n'ait pas d'autre alternative, s'ils se retrouvaient incapables de travailler, que d'avoir recours à la Loi sur l'assistance aux nécessiteux ou à la charité privée.

Le principe qui en est ressorti est un principe qui tient compte de l'impact réel de l'accident et qui ne cherche pas à découvrir si la faute incombe à l'employé, à l'employeur ou même à un tiers. La priorité absolue est de fournir une aide financière au travailleur accidenté et aux personnes à sa charge. La responsabilité de fournir une compensation revenait à l'employeur conformément à la loi.

Tous les pays n'ont pas mis en place des systèmes distincts pour couvrir le risque d'accidents du travail et maladies professionnelles. Souvent, ce risque sera pris en charge par d'autres systèmes connexes. En effet, une particularité de la branche d'accidents du travail et maladies professionnelles, consiste dans le fait qu'elle a des liens vers plusieurs autres risques de sécurité sociale, c'est-à-dire les soins de santé (tableau II), les prestations de maladie en espèces (tableau III), l'invalidité (tableau V) et les survivants (tableau VII). En règle générale, lorsque des dispositions particulières existent pour le risque d'accidents du travail et maladies professionnelles, celles-ci sont plus favorables par rapport à celles régissant la compensation en cas de blessures non professionnelles (par exemple des conditions moins strictes, des montants de prestations plus élevés, etc.).

L'étendue et les niveaux de compensation varient en fonction des pays mais il est d'usage qu'une structure de prestation entièrement développée ait cinq niveaux:

## Introductions transversales aux tableaux MISSOC

1. Traitement médical et hospitalier. Au cas où le traitement médical n'est pas accessible gratuitement via un régime de soins de santé national/universel, il y aura généralement un tarif prescrit et plafonné;
2. Incapacité temporaire. Pendant une période d'incapacité, les revenus sont maintenus conformément à une proportion prescrite des précédents salaires ;
3. Incapacité totale permanente. Cela pourrait aboutir à une pension ou une somme forfaitaire calculée sur la base des revenus précédents et pourrait augmenter encore si des soins continus sont nécessaires ;
4. Incapacité partielle permanente. Il s'agit généralement d'une part au pro rata de la pension ou du forfait pour incapacité totale déterminée en fonction d'un horaire prescrit et fixe lié à l'importance de la blessure ;
5. Cas mortels. Une pension ou une somme forfaitaire calculée sur la base des revenus précédents, fonctionnant avec des limites minimum et maximum.

Lorsqu'il y a un désaccord au sujet de l'étendue ou des conséquences de l'accident, ou un conflit concernant l'importance du versement, des mécanismes existent généralement pour résoudre le conflit par voie d'arbitrage.

La plupart des pays ne couvrent pas seulement les accidents survenus au travail ou pendant le travail, mais aussi les accidents survenus sur le trajet entre le domicile du travailleur et son lieu de travail.

La plupart des pays ont une liste déterminée de maladies professionnelles et cela peut rendre la demande de compensation plus facile que si celle-ci n'avait pas existé. Dans les pays ayant un système "mixte", les maladies qui ne sont pas sur la liste officielle peuvent néanmoins donner droit à une indemnisation si la victime peut prouver la nature professionnelle de la maladie.

De nombreux régimes d'accident du travail comprennent ou sont liés à des programmes de réadaptation. En plus de fournir des prothèses ou autres appareils orthopédiques, ils peuvent fournir des consultations et/ou une formation professionnelle.

## **Introduction transversale aux prestations familiales (Tableau IX)**

Il se peut que l'idée d'une unité familiale soit une structure commune dans tous les pays mais son caractère empirique est varié et contesté. Ces dernières années, la forme et la composition des familles ont évolué suite à l'évolution du rôle de la femme, aux fluctuations du taux de naissance et à la prolongation de l'espérance de vie. Les prestations de sécurité sociale visant à satisfaire les besoins des familles (et des membres individuels de la famille en particulier) ne datent pas d'hier et ont souvent incarné des politiques et des priorités reflétant le caractère et les politiques nationales. De plus, les familles ont été témoins de la façon dont les politiques sociales se sont développées et ont été adaptées pour refléter les perceptions changeantes des besoins, la nécessité de redistribution des revenus au sein des familles et entre les familles en tenant compte des changements en matière de genre et de responsabilité de prise en charge des enfants. Les politiques familiales ou l'aide de l'Etat aux familles font dès lors souvent l'objet d'une fusion de politiques, de réglementations et de lois plutôt que d'initiatives individuelles visant les familles. Le système de soutien familial est un outil politique important qui peut accroître les opportunités pour les familles et les enfants ainsi qu'améliorer leur qualité de vie. Une série d'objectifs motivent la proposition d'aide aux familles et peut inclure le pronatalisme (c'est-à-dire les incitations à avoir des enfants) via des politiques et des dispositions qui permettent aussi bien aux hommes qu'aux femmes de reprendre le travail ou pour permettre et encourager les parents à prendre des congés pour prendre soin de leurs enfants en bas âge. À une époque où le chômage est bien présent et où les prestations de chômage sont inadaptées, un paysage démographique changeant (avec davantage de cohabitation, y compris des couples non mariés et davantage de familles monoparentales), les politiques d'aide aux familles peuvent (au mieux) soulager effectivement la situation économique de ceux qui courent le plus de risque ainsi qu'offrir de meilleures opportunités de vie aux gens.

On peut distinguer quatre catégories principales ou options politiques par rapport à l'aide accordée par les Etats aux familles avec de jeunes enfants :

- les subsides directs et indirects fournis aux parents tels que les allocations familiales, les allocations de garde d'enfants, les bons, les indemnités fiscales et les déductions;

## Introductions transversales aux tableaux MISSOC

- l'offre de garde d'enfants et de services d'éducation via les institutions publiques (telles que les garderies publiques, les crèches, les établissements préscolaires et les écoles maternelles) ;
- les politiques de congé parental, telles que le congé de maternité, de paternité, le congé parental et le congé d'éducation ;
- les subsides directs et indirects dans certains cas particuliers tels que les personnes au chômage, les retraités, les orphelins.

Le soutien aux familles peut se présenter sous forme d'un paiement direct en espèces, comme par exemple une allocation. Cette prestation est généralement accordée aux familles ayant des enfants jusqu'à un certain âge et sous certaines conditions de résidence de l'enfant et/ou certaines conditions supplémentaires comme l'alliance parentale, l'adoption ou la garde officieuse. Le concept de cette allocation est basé sur le raisonnement suivant: éduquer des enfants représente une charge financière supplémentaire pour le ménage et cette allocation fournit une aide pour éduquer les enfants et couvrir les dépenses de la famille. Certains versements sont forfaitaires et uniques et d'autres sont effectués jusqu'à ce que l'enfant devienne adulte.

Les allocations familiales peuvent être universelles, ce qui signifie qu'elles sont octroyées simplement en fonction du nombre d'enfants, sans tenir compte des revenus de la famille ou de l'historique des cotisations ; ou elles peuvent être sélectives, ce qui signifie qu'elles sont liées aux revenus ou aux ressources et octroyées uniquement aux familles se situant en dessous d'un certain seuil économique. Un système sélectif octroie des prestations plus importantes à certains types de familles, tels que les familles monoparentales (parents non mariés, divorcés ou séparés qui supportent seuls la charge de leur enfant) ou les familles avec des enfants handicapés. Les prestations peuvent aussi être basées sur un principe d'assurance sociale et dépendre de l'historique professionnel des parents et du niveau des cotisations. Le montant peut être le même pour toutes les familles (un montant forfaitaire) ou lié aux revenus ou à l'âge. L'interaction entre les prestations et le régime fiscal est de plus en plus important et, dans certains pays, les avantages fiscaux et les crédits sont appliqués aux revenus comme moyen de reconnaissance de l'existence des enfants ou autres responsabilités familiales.

Les politiques en matière de congés définissent les règles concernant le nombre d'heures de congés, la compensation et d'autres conditions de travail. Les droits en

## Introductions transversales aux tableaux MISSOC

matière de maternité confirment que la mère peut s'absenter de son travail moyennant une indemnité avant l'accouchement et qu'elle peut passer du temps avec son nouveau-né après. Les droits de paternité octroient au père du temps et de l'argent pour lui permettre de rester chez lui avec le nouveau-né. Les congés de maternité/paternité concernent normalement les semaines qui suivent la naissance tandis que les droits parentaux octroient aux deux parents le droit de s'absenter du travail et de veiller à leur enfant, normalement après la fin du congé de maternité.

Finalement, certains pays insistent sur des mécanismes pour garantir le non-respect de l'obligation légale incombant à l'un des parents de verser une pension alimentaire pour ses enfants.

## **Introduction transversale au chômage (Tableau X)**

Le concept de chômage date de la fin du dix-neuvième siècle lorsque les économistes se sont rendu compte de plus en plus souvent que le fait de ne pas être actif sur le marché de l'emploi pouvait être le résultat de nombreux facteurs. Les personnes qui se retrouvent sans travail ou qui ne peuvent conserver un travail auront droit à une aide soit via l'assurance-chômage, soit via l'assistance-chômage. La deuxième existe en moins de la moitié des pays. Ces dispositions en matière de chômage datent depuis plus longtemps dans des économies de type industriel et où une partie relativement faible de la population est impliquée dans des activités rurales ou agricoles indépendantes. Le droit à l'assistance-chômage sera généralement fonction de la citoyenneté, du niveau des ressources et sera de plus en plus souvent lié à la volonté de la personne de s'impliquer dans une série de mesures définies de recherche d'emploi (voir tableau XI). Le droit à une assurance-chômage sera basé sur un historique en matière de cotisations (pour une période définie). Il sera traditionnellement limité aux salariés mais un nombre croissant de pays étendent la protection contre le chômage aux travailleurs indépendants, sur une base obligatoire ou volontaire. L'octroi d'une compensation basée sur l'assurance sera limité dans le temps et celle-ci n'est généralement pas forfaitaire mais proportionnelle aux revenus précédents (dans certaines limites). Certains régimes sont limités à des catégories spécifiques de travailleurs (par exemple, du secteur agricole, naval ou ferroviaire) et d'autres sont génériques, accessibles à tous les salariés.

Même pour le travailleur salarié, les circonstances qui mènent à devenir chômeur peuvent avoir de l'importance; par exemple, une démission volontaire au lieu d'un licenciement peut être à l'origine d'une radiation du chômage. Un licenciement en raison d'une faute professionnelle (mais c'est souvent difficile à définir) peut également aboutir à une déchéance du droit à la prestation. Il est de coutume que le droit soit accompagné d'une exigence 'd'inscription' ou de présentation à un bureau de placement et d'accepter de commencer à chercher du travail ou de suivre une formation professionnelle. Il y a toujours eu des conditions liées à l'octroi d'une prestation de chômage (être 'capable, volontaire et disponible') mais ces dernières années, on a pu assister à un engagement répandu et renforcé pour l'inclusion de 'mesures d'activation' qui requièrent que le demandeur entreprenne toute une série de tâches pour augmenter ses chances de retrouver un emploi. Le fait de ne pas

s'impliquer de manière satisfaisante dans les mesures d'activation mène à une réduction du chômage.

Les conditions de versement d'une prestation basée sur l'assistance sont généralement plus rigoureuses et comprennent normalement l'application d'une condition de résidence, d'une condition de ressources (d'une famille ou d'un ménage) et l'exigence d'un délai de carence avant que la prestation ne puisse être versée.

Il est assez commun pour les régimes de protection contre le chômage de prévoir la possibilité de chômage partiel. Cela peut couvrir les situations où les gens sont obligés de réduire leurs heures de travail (du temps plein au temps partiel) ou d'arrêter temporairement de travailler (par exemple pour des raisons météorologiques ou à cause d'un accident dans l'usine). Le chômage partiel peut également fournir une compensation aux personnes qui acceptent un emploi à temps partiel pour échapper au chômage total.

Dans de nombreux pays, il y a en effet un chevauchement entre les prestations de chômage, l'opportunité de retraite anticipée, et les prestations d'invalidité. De tels régimes peuvent faciliter la transition vers la retraite, peuvent créer des opportunités pour les demandeurs d'emploi plus jeunes ou peuvent simplement engendrer une réduction du nombre d'individus qui semblent être demandeurs d'emploi et qui réclament des prestations. De même, des indemnités de licenciement (compensation forfaitaire en cas de perte d'emploi et généralement liées aux revenus précédents et à l'ancienneté) sont parfois considérées comme étant tout à fait différentes d'une prestation de chômage et sont parfois considérées comme revenus plutôt que comme prestation.

## **Introduction transversale à la garantie de ressources minimum (Tableau XI)**

Presque tous les pays prennent des dispositions pour couvrir le minimum vital des personnes et des familles qui n'auraient pas autrement des revenus (suffisants), qu'il s'agisse des revenus professionnels ou des revenus d'autres sources (y compris les prestations de sécurité sociale basées sur l'assurance). C'est un domaine très complexe ; il n'y a pas de définitions communes et la responsabilité de la création d'une politique, du financement et de l'octroi peut incomber aux autorités nationales, régionales ou locales – parfois un mélange des trois dans le même pays. En effet, dans certains pays, un rôle important est assigné aux organisations bénévoles et charitables.

En règle générale, les prestations d'aide sociale sont financées par l'impôt et leur attribution est soumise à un examen des ressources du demandeur et, parfois, de celles des membres de sa famille. Trois catégories d'aide sociale peuvent être définies:

**Aide générale ou universelle:** il s'agit de régimes qui peuvent octroyer des prestations en espèces aux demandeurs éligibles dont les ressources se situent en dessous d'une norme de revenu minimum déterminé. À son tour, cette norme de revenu minimum peut avoir été fixée en se référant à des études sur la pauvreté et l'adéquation et revalorisée, année après année, proportionnellement à l'évolution de l'inflation et selon la capacité d'un gouvernement à la financer. Il y a des règles complexes pour définir la base d'une demande, le nombre d'ayant droit et les conditions générales de versement (tel que la nationalité ou la résidence, la nature des ressources, le montant à verser, la durée du versement et l'impact de l'interaction avec d'autres prestations). Les coûts de logement posent toujours un sérieux problème pour les autorités de sécurité sociale et des règles complexes existent pour identifier les coûts sans la perspective d'un 'risque moral'.

**Aide spécifique:** ce sont des prestations qui visent à garantir des ressources minimum à des groupes en particulier au sein de la population telles que les chômeurs, les personnes âgées, les personnes handicapées ou - dans certains pays ne prévoyant pas de salaire minimum - les travailleurs pauvres (à savoir ceux qui sont faiblement rémunérés). Chaque catégorie peut avoir ses propres critères ou conditions d'éligibilité, ses niveaux de prestation ou d'interaction avec le régime fiscal.



**Aide ciblée:** donne accès à toute une série de biens et services soit via l'octroi d'argent ou via l'octroi d'un accès direct gratuit. Le versement de prestations d'aide ou de revenu minimum est parfois considéré comme un 'passeport' vers d'autres droits associés, y compris, par exemple, l'accès gratuit aux soins de santé ou aux soins dentaires.

Ce sont toutes des 'prestations de dernier recours' et elles apparaissent dans le vaste domaine de la protection sociale. L'accès et le droit se basent sur une évaluation des biens et les moyens et les prestations varieront donc en fonction des revenus disponibles et de la situation familiale au cas par cas.

On pourrait dire qu'il y a trois objectifs clés au niveau de la politique pour les régimes de revenu minimum. Il y a tout d'abord un but visant à prévenir ou réduire les situations particulièrement difficiles ou la pauvreté, bien que la définition varie en fonction des États membres. Le deuxième objectif est de prévenir la marginalisation ou l'exclusion sociale et de promouvoir l'insertion sociale. D'une part, cela peut prendre une forme positive et être lié à des mesures qui encouragent activement et facilitent le développement, l'accomplissement et l'intégration individuels. D'autre part, cela pourrait réduire les facteurs décourageant vis-à-vis de l'obtention et du maintien d'un emploi rémunéré ou vis-à-vis de l'accomplissement de ce que la société définit comme étant les obligations nécessaires et dominantes de condition parentale et de couple; dans tous les cas, ces prestations cherchent à intégrer le principe de 'moins d'éligibilité' de façon à ce qu'il n'y ait pas d'incitations perverses de nature à décourager le travail rémunéré en faveur d'une dépendance aux prestations. Pour terminer, tous les régimes sont à présent limités par les ressources et les réformes tentent d'intégrer cet impératif primordial.

Les complications inhérentes à l'administration de régimes de revenu minimum sont liées à la structure familiale et aux présumées obligations et réciprocité financières (par exemple, entre adultes qui vivent ensemble et partageant les frais ou entre relations familiales telles que les parents et les enfants) et, comme on l'a mentionné, sont encore rendues plus compliquées par les coûts de logement.

## **Introduction transversale aux soins de longue durée (Tableau XII)**

Dans une société où l'espérance de vie est de plus en plus longue, les personnes âgées sont de plus en plus nombreuses à bénéficier de soins de longue durée. Une vaste gamme de mesures dans le secteur de la protection sociale et de la politique en matière de santé a été introduite. Par le passé, certaines formes d'aide aux soins de longue durée étaient octroyées via l'hébergement dans le cadre de la législation sur l'assistance aux nécessiteux ou via des dispositions particulières en matière de législation relative aux pensions d'invalidité ou de retraite, aujourd'hui les soins de longue durée sont considérés comme étant dignes d'une attention distincte – mais le type de réponse en matière de politique est très varié. Alors que certains États membres (en particulier ceux avec des systèmes de protection sociale de type Beveridge) ont aligné les soins de longue durée sur les soins de santé existants (sans arriver à une intégration complète) et les services sociaux personnels (avec une limite de moins en moins claire), certains États providences de type Bismarck ont créé un système de sécurité sociale explicite, identifiant les soins de longue durée comme étant un risque à part.

La nécessité en matière de soins de longue durée ou de statut de dépendance peut être définie en fonction de quatre dimensions : physique, mentale, sociale ou économique. En général, la dépendance est liée à la nécessité d'assistance continue pour les personnes qui nécessitent des soins de longue durée en raison d'un handicap, d'un état de santé fragile, d'une maladie, d'un traumatisme ou d'un accident, qui sont limitées dans leur capacité à subvenir à leurs besoins et ne peuvent donc pas vivre de manière indépendante et qui ont recours à l'aide d'autres personnes pour mener à bien les tâches quotidiennes, y compris une aide en matière de mobilité, de soins corporels, de préparation de repas et de tâches ménagères routinières. Une série d'activités quotidiennes sont dès lors prises en compte dans un index AVQ (activités de la quotidienne) utilisé pour définir le niveau de dépendance. Dans certains cas, cependant, le niveau de dépendance doit être évalué en fonction d'une échelle définie de façon à ce que l'éligibilité pour une aide puisse être évaluée. Les facteurs dont il faut tenir compte lorsqu'il faut déterminer ce seuil du droit aux prestations sont souvent le nombre minimum d'heures de soins nécessaires par semaine ou par mois. Bien que la dépendance affecte en particulier les personnes d'un certain âge, l'âge n'est pas le seul critère à ce niveau. Il s'agit plutôt de l'augmentation de la dépendance physique qui accompagne l'âge, qui est important.

Dans tous les pays, les conditions qui seront d'application pour accéder au droit varieront et elles pourraient comprendre l'exigence d'une durée minimale d'affiliation, une condition liées aux ressources, un niveau minimum de dépendance défini et des conditions d'âge. Dans certains pays, l'évaluation d'une demande peut être accordée soit à un spécialiste en soins médicaux soit à un spécialiste social plutôt que d'être laissée à un administrateur généraliste en matière de sécurité sociale.

Les soins de longue durée impliquent, en principe, le recours à une aide personnelle, soit via une aide en nature (services) ou en espèces, permettant ainsi aux personnes concernées d'acquérir les services nécessaires sur le marché. Les membres de la famille pourraient jouer un rôle important à ce niveau. Étant donné que les soins de longue durée ne nécessitent pas nécessairement des compétences médicales, ce type de soins est souvent laissé aux membres de la famille, les conjoints et les enfants s'en chargeant la plupart du temps (en tant qu'aidants informels). La présence de membres de la famille peut également avoir un impact sur la possibilité de pouvoir bénéficier de soins officiels.

Les prestations en espèces sont, en tout cas dans la plupart des pays de type Beveridge, liées aux ressources ou aux biens et liées également à la dépendance. Dans les pays qui sont davantage de type Bismarck, les services ne sont généralement pas liés aux revenus, aux ressources ou aux biens, toute référence à l'aide sociale étant évitée. La mesure dans laquelle les gens qui en ont besoin doivent payer ou cotiser pour couvrir les coûts des services fournis, diffère également de manière considérable. De nombreux pays proposent cependant des prestations combinées. Dans différents systèmes, les prestations peuvent aussi être fournies directement à (et pour) l'aide-soignant pour compenser le revenu autrement perdu.

Les types de protection varient fortement, le passé n'y est pas pour rien. Tandis que dans certains pays, la responsabilité incombe clairement au secteur public, dans d'autres pays, on fait davantage attention à l'aide privée, en particulier le rôle de la famille, ou au secteur sans but lucratif. Ces derniers pays ont des obligations alimentaires plus ou moins vastes dans le cadre de la famille.

Les services octroyés montrent une grande variété de services résidentiels et semi-résidentiels permanents (ex. les cliniques, les 'service flats', les maisons de retraite,

## Introductions transversales aux tableaux MISSOC

les logements pour handicapés, etc.), de services résidentiels et semi-résidentiels permanents temporaires (centres de jour, hôpitaux généraux, foyers de réadaptation, etc.) et de services de soins à domicile (services d'aide à domicile, services de nettoyage, aide ménagère, repas à domicile, soins paramédicaux, aménagement des maisons, services de télécommunication etcetera).