

LA PROTECTION SOCIALE AU LIBAN: ENTRE RÉFLEXE D'ASSISTANCE ET LOGIQUE D'ASSURANCE

par **ROGER MELKI**

Consultant, Etudes et Consultations Economiques (ECE)

1. INTRODUCTION

Les politiques visant à lutter contre la pauvreté constituent le contexte global pour les termes et activités qui pourraient réellement être rattachés à ce qu'on appelle institutions de protection sociale et fonds sociaux. Ces institutions et caisses ont été définies comme "un arrangement compensatoire en vue d'atténuer les coûts sociaux d'une accommodation structurelle". De plus, elles tendent à assurer les trois objectifs suivants:

- Ü Allègement de la pauvreté
- Ü Amélioration de l'espérance de vie des programmes d'accommodation
- Ü Elaboration d'une infrastructure et d'institutions sociales nouvelles capables d'améliorer l'efficacité des services offerts et en faire profiter les bénéficiaires.

En effet, ces institutions cherchent à atteindre ces objectifs à travers un ensemble de programmes sociaux qui visent à assurer de nouvelles opportunités de travail, à soutenir les revenus et à procurer des aides sociales ou sanitaires ou à l'éducation..., et cela à des catégories définies de la population qui profitent le moins de la croissance économique actuelle.

La protection sociale, ses choix, son organisation, sa gestion, son financement et ses effets considérables sur le plan social, économique, démographique et humain, sont aujourd'hui au centre des principaux débats des sociétés modernes. Le Liban n'échappe pas à ces controverses, d'autant plus que la longue

crise politico-économique des années 1975-1990, a profondément affecté les structures sociales, d'une part, et leurs systèmes d'organisation, d'autre part. Les projets de reconstruction et de réhabilitation, alimentent encore plus les polémiques qu'ils ne les calment.

La question de la protection sociale au Liban et qui se pose aujourd'hui, peut même inverser le thème de ce colloque, en montrant que l'organisation de la protection sociale peut être un moteur à la croissance, et non seulement espérer que l'accumulation des richesses aboutisse à une meilleure protection sociale.

Deux exemples peuvent être retenus pour étoffer cette approche. Le premier est relatif au constat de l'instauration des systèmes de protection sociale les plus généreux et les amplification des prestations sociales dans la majorité des pays européens en 1945, à un moment où ces pays sortaient exsangues du conflit le plus meurtrier de leur histoire, et ne disposaient d'aucune réserve ou de ressources, et avaient un besoin urgent de reconstruire leurs infrastructures de base et de production. La cohésion sociale avait été perçue comme une garantie indispensable à la réhabilitation de la société et au redressement de l'économie européenne.

Le deuxième exemple est puisé dans l'expérience récente du Chili qui a pu restructurer son économie et soutenir sa croissance grâce à l'accumulation résultant de ses fonds de retraites et de solidarité sociales.

2. DÉVELOPPEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE

La protection sociale au Liban a évolué d'une manière très heurtée depuis l'indépendance du pays dans les années 40. Marquée par les options libérales de l'économie et par les difficultés politiques et administratives des dernières années, la protection sociale au Liban ne peut être classée dans aucune des catégories modernes des concepts globaux de la protection sociale.

Par ses principales composantes le système se classerait dans la catégorie des pays les plus libéraux. Mais par certaines mesures d'interventionnisme public ou en raison de comportements corporatistes poussés, on constate souvent une forte inhibition des lois du marché supposées soutenir l'exploitation dans ce domaine.

Cet aspect hybride est observé aussi bien au niveau de l'organisation et de la gestion de la protection sociale, qu'à celui des coûts et des financements. Ainsi dans le domaine de la santé, et bien que dominé par le secteur privé, qui détient l'essentiel des moyens de soins, ce secteur n'échappe pas à l'influence et aux interventions des pouvoirs publics, et ce, malgré l'insuffisance des structures de production et de contrôle de ce secteur.

Faute de modernisation et de maturité le système de protection libanais reste, en fait très exposé à des mouvements contradictoires résultant souvent de facteurs exogènes.

Les impulsions données par ces facteurs auraient même parfois des effets contradictoires. Ainsi, l'impact des événements politiques des années 70 et 80 s'est traduit d'une part, par une marginalisation des structures de protection publiques et une domination quasi totale du secteur privé, mais d'autre part, il a abouti à l'intensification du rôle de l'Etat dans une prise en charge de services fournis par le secteur privé.

En l'absence d'une stratégie bien définie et planifiée, le système superpose des caractéristiques multiples et différenciées, voire même contradictoires, et ce à plusieurs niveaux:

Ü Sur le plan de la couverture le système développe aussi bien des réflexes de solidarité collective que des logiques d'assurance. Cette double approche est

loin d'être suffisante puisque une grande partie de la population reste sans aucune protection et de nombreux besoins sont peu ou pas du tout couverts.

Ü Sur le plan du financement toutes les formes sont mises à contribution. Le financement par l'impôt couvre une partie des frais, alors que les cotisations prennent une autre tranche. Ces deux apports restent très insuffisants et une grande partie de la facture des dépenses sociales est supportée, par les ménages eux mêmes ou partagée par les autres différentes formes de solidarités sociales, et ce sans oublier les transferts de charges.

Ü Sur le plan de la solidarité, et notamment pour la santé, l'Etat prend de plus en plus la place des associations caritatives, laïques ou religieuses, nationales ou étrangères. Malgré un repli certain des associations d'aide gardent un certain dynamisme et se sont reconcentrées dans des actions spécifiques, notamment au niveau de la médecine ambulatoire avec la prise en charge d'un grand nombre de dispensaires.

Ü Sur le plan de la gestion l'Etat et le secteur privé se partagent la tâche. L'intervention du secteur public est malheureusement souvent entachée par les gaspillages, la faiblesse de la productivité, les trafics d'influence et même les détournements de fonds. L'exploitation des structures d'offre de services et de produits est sous la totale domination du secteur privé, surtout qui s'est opérée au cours des longues années de crise, risque d'être remise en cause par un retour massif des structures hospitalières publiques en cours de construction ou de rénovation.

3. LES SYSTÈMES ET LES INSTITUTIONS DE COUVERTURE SOCIALE

Deux formes de protection sociales sont assurées aujourd'hui au Liban. L'une est institutionnelle, réservée principalement aux salariés pour une partie de leurs besoins sociaux, l'autre informelle et revêt essentiellement un caractère d'assistance, souple et précaire.

Ces deux formes s'appuient sur plusieurs piliers. Les uns sont publics d'autres sont privés, et à l'in-

térieur de chaque catégorie plusieurs distinctions peuvent être effectuées. Ainsi pour les couvertures institutionnalisées l'Etat est très présent à côté d'organismes impliquant le secteur privé. L'action publique n'est pas concentrée dans une seule institution et plusieurs formules de protection existent. Même constat pour l'assistance informelle où l'on retrouve plusieurs organismes et structures publics qui s'occupent de l'aide sociale, à côté d'une multitude de sources privées et d'appuis civils, les unes religieuses, les autres familiales, sans oublier les élans de générosité externes ou patronaux.

3.1. La protection formelle

La protection sociale formelle se caractérise par plusieurs facteurs :

Ü Une multitude d'institutions et de régimes, qui souvent se juxtaposent et ne se complémentent, que dans la mesure où la couverture supposée mettre son bénéficiaire à l'abri du besoin est très insuffisante. Ainsi, une nette distinction est toujours observée entre les salariés du secteur privé et ceux du secteur public, aussi bien pour les couvertures que pour les cotisations.

Ü Elle ne touche que les salariés déclarés et très marginalement quelques professions libérales. Les prises de couverture volontaires restent relativement faibles et ne concernent que les personnes à revenus relativement élevés. Certains corps professionnels (avocats, médecins, ingénieurs...) tentent de prendre des couvertures collectives, mais celles-ci se limitent aux frais d'hospitalisation.

Ü Même pour les salariés la couverture des besoins est relativement restrictive. En effet, les protections offertes ne concernent que les soins de santé de base (hospitalisation, médecine ambulatoire et médicaments), les allocations familiales et les indemnités de fin de service. Sont exclus le chômage, l'invalidité et même les accidents de travail qui sont à la charge de l'employeur, mais ne font partie d'aucune prévoyance obligatoire.

Ü Les compensations accordées sont limitées dans le temps et par leurs montants. Ainsi les salariés sont exclus de la couverture santé dès qu'ils

atteignent l'âge de la retraite, c'est à dire au moment où ils en ont le plus besoin. Sont exclus aussi des prises en charge de plusieurs services notamment, les soins dentaires et l'ophtalmologie. Par ailleurs les tarifs appliqués par la CNSS sont souvent insuffisants et les salariés sont obligés de compenser eux-mêmes la différence.

Ü Pour les indemnités de fin de service, les dysfonctionnements du système et la mauvaise gestion des fonds, se traduisent par une dilapidation des réserves et par une très forte insuffisance des prestations. Les montants accumulés ont été largement érodés par l'inflation et la dépréciation monétaire. Cette usure des fonds est d'autant plus grave que le système se base uniquement sur une indemnité de capitalisation de fin de service et ne prévoit aucune autre forme de retraite par redistribution.

Ü En plus de la modicité des prestations celles-ci ne sont accordées qu'avec beaucoup de difficultés et les remboursements exigent des procédures fastidieuses (présentation des boîtes de médicaments vides pour preuve de consommation, longues files d'attente aux caisses, absence de mise à jour des dossiers, insuffisance de la mécanisation des centres de gestion, recours aux passes-droits et aux trafics d'influence ...). Les grandes entreprises sont obligées de nommer au moins deux personnes pour assurer la collecte des remboursements. Pour les encaissements des indemnités de fin de service les difficultés obligent souvent les bénéficiaires à renoncer à une partie de leurs droits pour éviter une procédure trop lourde.

Ü La CNSS suppose une gestion paritaire à égalité entre Etat, employeurs et employés, mais dans les faits les décisions sont totalement politisées et l'Etat reste le principal décideur. Cela se traduit par des sureffectifs pour la gestion, une baisse de la productivité et des frais de gestion excessivement élevés. Ils représentaient plus de 20 % des cotisations jusqu'en 1997 avant de baisser par la suite et se situent actuellement entre 10 et 13 %.

Ü Pour les salariés du secteur public la situation est nettement meilleure, mais elle se solde par des gaspillages excessifs. Une multitude de caisses gère les prestations sociales. Faute d'économies d'échelle le coût des prestations est jugé excessivement élevé.

On citera à titre d'exemple que le coût d'une journée d'hospitalisation couvert par la mutuelle des forces intérieures est presque égal au double de celui de la CNSS et ce pour pratiquement les mêmes prestations.

Ü Les salariés du secteur public ont le choix entre les indemnités de fin de service ou la retraite. Pour 40 ans de service ils encaisseraient 85 % de leur dernier salaire. Cette générosité est encore plus grande pour les corps non civils de l'Etat.

Ü Les cotisations sont supportées essentiellement par l'employeur. Sur les 38,5 % de charges sociales l'employeur supporte 35,5 %, avec un plafond de 3 fois le SMIG pour 27 % de ces charges. En plus l'employeur est obligé de constituer des provisions pour le paiement des compensations d'indemnités de fin de service qui par moment ont atteint plus de 85 % des indemnités auxquelles à droit un salarié soit 1 mois (dernier salaire) par année de travail. En plus, et depuis 4 ans l'Etat impose à l'employeur le paiement d'indemnités de transport et de scolarisation.

Ü L'Etat est supposé payer les cotisations de ses salariés adhérents à la CNSS et 25% de la facture santé de la CNSS. Mais depuis de longues années l'Etat ne s'est pas acquitté de ces charges. Bien au contraire il force la CNSS à placer ses fonds en bons de Trésor, pour assurer ses propres besoins de financement.

Ü Les systèmes de contrôle des collectes sont très insuffisants et seule une partie des salariés sont déclarés et presque toujours nettement en deçà des salaires réels versés. Pour tenter d'enrayer la fraude l'Etat impose un quitus de la CNSS pour un grand nombre de formalités publiques, mais cette mesure n'améliore pas beaucoup la situation de la caisse et se traduit principalement par des inconvénients majeurs de procédures pour les agents économiques productifs.

Ü Pour les assurances privées la couverture hospitalisation est devenue la principale activité des compagnies d'assurance, avec environ 50 % du total des primes collectées. Mais ces compagnies ont eu beaucoup de déboires, aussi bien pour la gestion de leurs risques de sinistres, que pour la collecte de leurs primes. Depuis elles ont eu recours à des sociétés de

gestion hospitalière, et ont fortement limité leurs couvertures.

Ü Le risque vieillesse par capitalisation est très marginalement couvert par les assureurs privés. En effet, les compagnies d'assurance n'ont pas réussi à séduire les agents libanais par des plans d'épargne volontaire. De leur côté les employeurs n'ont pas intégré dans les plans de carrière de leurs salariés des formules d'épargne par capitalisation. Seules les personnes à revenus élevés souscrivent à des plans d'épargne vie. Les formules dans ce domaine se sont multipliées avec des plans d'épargne logement ou études, mais les souscriptions restent très marginales.

En conclusion on peut retenir que les divers systèmes de protection formelle sont très insuffisants pour assurer la couverture des risques de base de la population libanaise et si l'on considère que les assurances médicales sont les plus répandues, il n'en demeure pas moins que les bénéficiaires disposant d'une protection aussi minime soit elle, ne dépassent pas la barre des 50 %.

3.2. Institutions et services

Le tableau suivant montre les catégories de bénéficiaires et les services offerts par les principales institutions de protection sociale formelle.

(voir tableau ci-contre)

4. LES COUVERTURES DE SANTÉ

La gestion de la maladie au Liban reste principalement du ressort de l'individu et du secteur privé, aussi bien pour la prestation des services de santé que pour leur financement. Certes, l'Etat intervient dans ce domaine, mais son action directe a toujours été insuffisante et liée aux besoins des personnes défavorisées. Elle s'est d'ailleurs profondément transformée au cours des années de crise.

A côté d'une faible action de contrôle général des

LES INSTITUTIONS	LES CATÉGORIES DES BÉNÉFICIAIRES	LES SERVICES OFFERTS
<p style="text-align: center;">La CNSS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ü Les ouvriers et salariés du secteur privé, Ü Les ouvriers, salariés et retraités des institutions publiques et des offices autonomes non soumis au régime des fonctionnaires, Ü Les enseignants des écoles privées, Ü Les chauffeurs et propriétaires de taxis, Ü Les employeurs et employés du secteur de la boulangerie, Ü Les vendeurs de journaux, Ü Les étudiants universitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Ü Les allocations familiales (20% du SMIG pour l'épouse et 11% pour chaque enfant, à condition de ne pas dépasser les 75% du SMIG), Ü Les indemnités pour maladie et maternité (90% pour l'hospitalisation, et 80% pour les consultations médicales et les médicaments), Ü Les indemnités de fins de service, Ü La branche d'accident de travail et les maladies professionnelles (n'est pas en vigueur malgré l'existence de la loi qui le cite), Ü Le passage du régime de fin de service à l'assurance-vieillesse est encore sous discussion.
<p style="text-align: center;">La Coopérative des fonctionnaires du secteur public</p>	<ul style="list-style-type: none"> Ü Les employés du secteur public soumis au régime des fonctionnaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Ü Indemnités pour hospitalisation et consultations (pour l'employé, 90% du coût de l'hospitalisation, 75% du coût des consultations, médicaments et traitements dentaires, respectivement 75% et 50% pour les membres de sa famille) Ü Bourses scolaires (75% de la scolarité pour enfants non universitaires, jusqu'à cinq enfants), Ü Aides sociales (mariage, décès, naissance), Ü Les fonctionnaires bénéficient d'un régime d'indemnité de fin de service ou de retraite (non lié à la coopérative des fonctionnaires).
<p style="text-align: center;">La protection sociale des secteurs non civils</p>	<p>Tous les corps militaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> Ü L'armée Ü Les Forces de sécurité intérieure Ü La Sûreté générale Ü La Sûreté de l'Etat Ü La police douanière 	<ul style="list-style-type: none"> Ü Couverture des frais d'hospitalisation et consultations (100% pour les soldats, 75% pour la femme et les enfants, 50% pour le reste des membres de la famille), Ü Bourses scolaires (75% des scolarités non universitaires, 50% des frais universitaires), Ü Aides sociales (mariage, décès, naissance), Ü Les soldats bénéficient d'un régime d'indemnité de fin de service et d'un régime de retraite (non lié à la brigade de la santé ni à la coopérative).

structures privées, l'intervention publique en matière de santé s'articule autour de deux axes : d'une part développer une infrastructure hospitalière et sanitaire publique, en parallèle avec celle du secteur privé ou caritatif, et d'autre part, participer à la couverture des frais de santé de certaines catégories sociales ou assurer le financement d'actes médicaux lourds effectués par les institutions privées.

S'y ajoutent la création et la gestion, totale ou partielle, d'organismes de prise en charge des frais de santé, notamment la Sécurité Sociale et les coopératives publiques.

A l'image de l'ensemble de la politique sociale, la politique publique libanaise de santé reste très mal définie, faiblement productive, et décidée en fonction de la conjoncture politique et économique du moment.

Côté financement, il n'y a pas de ressources dominantes et toutes les formes sont mises à contribution. On fait aussi bien appel à l'impôt qu'à la solidarité sociale ou religieuse en passant par les cotisations, les transferts de charges entre malades et les contributions personnelles directes des ménages. Cette multitude de sources de financement fragilise encore plus le système et laisse de grandes interrogations pour le futur.

4.1. Mutations erratiques

Dans cette phase de reconstruction et de réhabilitation des structures socio-économiques, le système de santé au Liban est aujourd'hui caractérisé par une forte dérégularisation induite aussi bien par les effets pervers des longues années de crise, que par la politique de redressement adoptée par les pouvoirs publics après le retour au calme. Les multiples transformations des structures et les errements de l'action de l'Etat en matière de santé, observés au cours de ces dernières années, ont brouillé les tendances fondamentales du système sanitaire libanais.

Les dérèglements ont été amplifiés par l'apparition d'une nouvelle donne générée par les troubles militaires, redessinant la distribution géographique de l'infrastructure et des effectifs de santé, sur fond de

crise économique et d'affaiblissement des instances de contrôle public. D'un autre côté, les choix de la réhabilitation actuelle du secteur public s'effectuent sur des bases insuffisamment réfléchies et non intégrées dans un système global de la santé. Le pilotage à vue remplace souvent la planification claire et exhaustive, et les décisions prises dans ce domaine restent soumises aux pressions des facteurs politiques et administratifs du moment.

Si ces convulsions laissent entrevoir certains paradoxes au niveau de l'action des pouvoirs publics, il n'en demeure pas moins que, le secteur de la santé au Liban reste, plus que partout ailleurs, régi par les lois du marché, dans un cadre économique constitué d'établissements, de biens et de ressources humaines, dominés par le secteur privé.

Malgré cette privatisation des infrastructures, l'impact des décisions publiques ne saurait être négligé, non en raison du contrôle quantitatif ou qualitatif imposé aux professionnels de la santé, mais surtout à cause des formes de couvertures médicales assurées par les différents organismes à caractère public ou parapublic.

En effet, les paiements des soins effectués par le secteur public, notamment dans le domaine de l'hospitalisation, imposent certaines contraintes de gestion aux institutions hospitalières privées et aux autres tiers payants qui modulent leur prestations en fonction des largesses ou des retards de paiement des institutions publiques. Certains observateurs estiment, par ailleurs, que l'arrivée à maturité des projets hospitaliers publics prévus dans le cadre du programme de reconstruction, aura lui aussi un impact certain sur les institutions privées.

4.1.1. Entre libéralisme et interventionnisme public

Dans le cadre des systèmes de santé, le système libanais occupe une position particulière associant liberté privée et interventionnisme public.

Le système est décentralisé au niveau des usagers et des producteurs de soins.

Les usagers bénéficient d'une triple liberté

Ü liberté du choix du producteur de soins et liberté de s'adresser parmi eux à des producteurs de diverses

spécialités

Ü liberté de s'adresser à plusieurs producteurs de soins

Ü liberté du choix de l'établissement de soins

Les producteurs privés eux

Ü jouissent de l'entière liberté d'installation et de prescription

Ü assurent l'intégralité des soins et disposent de la totalité des infrastructures de santé.

A l'inverse, le système revêt un aspect centralisé lié à l'existence d'établissements publics de soins, à la présence d'organismes d'assurance-maladie obligatoire et au rôle de l'Etat dans la couverture d'une partie des soins assurés dans le secteur privé.

En effet, avant 1975, l'Etat libanais s'était doté d'un certain nombre d'hôpitaux, principalement pour venir en aide aux indigents. Il instituait aussi un régime de d'assurance santé rendue obligatoire pour tous les salariés, et ce à partir de 1970.

Mais cette structure, déjà bien fragile avant 1975, subissait de graves dégâts avec la longue crise politique et économique des années 70 et 80, aboutissant à une marginalisation des soins hospitaliers offerts par le secteur public et à un affaiblissement des couvertures d'assurance, et ce à un moment où les besoins allaient en s'amplifiant.

D'où la nécessité d'interventions financières parallèles de la part de l'Etat, soit pour la couverture des frais de soins de populations particulières, notamment les salariés du secteur public ou les forces armées, soit pour la prise en charge des coûts d'actes médicaux lourds pour l'ensemble de la population ou pour assurer les besoins hospitaliers des personnes à faibles revenus et non-assurées.

Cette dernière catégorie de dépenses publiques s'est accélérée en sortie de guerre, avant d'être de nouveau restreinte par des contraintes budgétaires à partir de 1996, laissant du même coup de lourds contentieux entre les établissements de soins privés et les organismes publics de financement dont l'appétit budgétaire ne pouvait être réduit par simples décisions comptables.

En effet, les engagements pris par les autorités sanitaires, d'une manière réfléchie ou de facto, ne pouvaient être suspendus ou annulés sans graves con-

séquences sociales. D'où des dépassements d'enveloppes qui mettaient à mal la trésorerie des hôpitaux privés, dont les arriérés auprès des multiples tiers payants publics se sont accumulés.

Ces retards ont pris une si grande ampleur que certains hôpitaux privés seraient tentés de se désengager de leurs accords avec les organismes publics, ou pire de gonfler artificiellement leurs factures pour compenser les manques à gagner des reports de paiement du Trésor.

4.1.2. Logique d'assistance ...

Avant 1975, et conformément aux options sociales globales des pouvoirs publics, l'Etat libanais développait une politique de santé visant à satisfaire, en priorité, les besoins des ménages à faibles revenus et les régions les moins dotées en infrastructures sanitaires.

Cette politique s'appuyait sur le développement de structures sanitaires, et surtout hospitalières publiques, en parallèle avec celles du secteur privé ou caritatif, destinées à l'accueil des personnes à faibles revenus.

La stratégie des pouvoirs publics dans ce domaine se voulait progressive et prudente. Faute de capacités propres, financières et humaines, l'Etat ne souhaitait pas placer la barre très haut.

Il s'agissait d'une action rampante visant à étendre progressivement, horizontalement et verticalement, les services sanitaires publics. L'extension horizontale s'entend dans sa double dimension géographique et démographique, alors que l'expansion verticale suppose une multiplication des services offerts.

Ainsi, il convenait de doter, en structures hospitalières et sanitaires, en premier lieu, les régions et les zones les moins favorisées du pays et les populations les moins nanties. On étendra par la suite l'action sanitaire aux autres zones et aux ménages plus favorisés. Parallèlement, on procédera à une diversification progressive des prestations.

Il ne faut pas croire que ce mode de développement était totalement rationnel et bien planifié. Loin s'en faut. En effet, les décisions d'expansion ou d'im-

plantation étaient fréquemment prises sans études préalables, et souvent en fonction d'arrière pensées politiques. Un hôpital public sera implanté dans telle zone plutôt qu'une autre, pour des motifs électoraux, ou en fonction des rapports de forces politiques du moment. Le décideur politique favorisera sa région en priorité.

Avant 1975, on comptait 24 hôpitaux répartis dans les différentes régions libanaises avec une capacité d'accueil d'un peu de plus de 1500 lits. Ce potentiel représentait près de 10 % des structures d'accueil hospitalières du pays.

Ces développements ont largement façonné les dispositifs et les structures sanitaires libanaises, où l'on assiste à la cohabitation des secteurs public et privé, le premier à faibles structures et orienté vers les classes les moins nanties, le second dominant et assurant l'essentiel des soins.

4.1.3. ... dans l'attente d'une maturité de l'assurance

A côté de cette action d'extension progressive de structures sanitaires publiques, basée sur une logique d'assistance, l'Etat libanais a entrepris le développement d'un système d'assurance sociale.

Dans une première étape, il décidait la mise en place de régimes multiples couvrant ses propres salariés. Une coopérative a été créée pour les fonctionnaires civils. Ces derniers étaient distingués des membres des forces armées, où on trouvait un régime particulier pour l'armée et un autre pour les forces de sécurité intérieure. Les enseignants de l'Université libanaise et les députés étaient eux aussi affiliés à deux régimes de couverture de soins différents.

En 1970, et avec la mise en service de la CNSS, créée en 1966, entrait en application un système de couverture des soins pour l'ensemble des salariés du secteur privé, mais aussi ceux du secteur public non cadres.

Fondée sur le principe de l'assurance des salariés, et non sur le principe de la solidarité nationale, la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) était supposée couvrir en priorité les salariés actifs, avant que ses prestations ne soient étendues progressivement à d'autres populations.

En fait, là encore l'Etat tablait sur une stratégie rampante, d'une part en limitant dans un premier temps les bénéfices de la couverture aux salariés actifs, et d'autre part en réduisant le nombre des actes médicaux et les taux de remboursement. Cette assurance maladie devait être progressivement étendue à d'autres tranches de la population. Ainsi y furent intégrés, par la suite, les étudiants universitaires, les employés de l'industrie du pain et les vendeurs de journaux. Parallèlement on étendait le remboursement à plusieurs actes médicaux et on améliorait le taux de remboursement.

L'essentiel des charges sociales est supportée par l'employeur, 35,5 % du salaire pour l'ensemble des charges, avant plafonnement, et seulement 3 % par le salarié pour la branche maladie maternité.

A part les cotisations versées à titre de charges pour ses propres salariés inscrits à la CNSS, l'Etat libanais était supposé effectuer des avances financières à la CNSS jusqu'à hauteur de 25 % des frais de santé supportés par la caisse.

Cette double implication de l'Etat n'a pas entraîné l'abandon des autres régimes de couverture, à savoir ceux de la coopérative des fonctionnaires ou des forces armées.

Un peu moins de 350.000 salariés sont inscrits à la CNSS à l'heure actuelle et les bénéficiaires seraient aux environs de 960.000 personnes, soit environ 26 % de la population libanaise.

Au niveau des charges, la contribution de la Caisse couvrirait à peine 10 % de l'ensemble de la facture sanitaire.

4.2. Le financement des soins

Il n'y a pas de ressources financières dominantes du système de santé libanais. On trouve côte à côte, le financement propre des ménages, les cotisations sociales, l'impôt, les transferts entre malades ou les différentes sources de solidarité. Cette multitude de formes de financement, conséquence des choix stratégiques de base et de l'évolution historique du système, est fixée aussi bien par des décisions publiques, que par les lois du marché ou le modèle de solidarité sociale et communautaire.

4.2.1. Les dispositifs publics

Nombreux sont les dispositifs utilisés par les pouvoirs publics libanais pour participer aux frais du secteur de la santé. Ils s'articulent en fait autour de trois axes. Les deux premiers sont directs, et normalement assurés par les impôts. Ils visent, d'une part, le financement des structures publiques sanitaires et d'autre part, le financement de certaines prestations assurées par le secteur privé. S'y ajoute la participation de l'Etat aux prestations sanitaires de la CNSS.

Le troisième volet des dispositifs publics est indirect et repose sur des décisions publiques de redistribution de revenus qui, en principe, infléchissent les lois du marché en faveur des patients et des malades.

A - Financement par l'impôt

C'est par le biais de la Loi du budget, et donc par l'impôt général, que l'Etat libanais assure l'essentiel du financement des interventions directes du ministère de la Santé. La plus grande partie des allocations budgétaires de ce ministère servent à couvrir, les frais de santé assurés par les hôpitaux privés, et pris en charge par le secteur public, et en deuxième lieu, les frais de fonctionnement des infrastructures sanitaires publiques.

Des ressources budgétaires, affectées à des chapitres hors ministère de la Santé, servent aussi au financement des frais des autres organismes publics, impliqués dans le financement de la santé.

Sous cette rubrique, il convient de mentionner aussi la participation de l'Etat à hauteur de 25 % des prestations de santé de la CNSS. Cette part n'est plus versée depuis plusieurs années et vient s'inscrire au chapitre "dette de santé" de l'Etat à côté des arriérés dus par le ministère de la Santé et les autres organismes publics aux hôpitaux privés.

On notera, enfin qu'il n'y a pas d'impôt ou de taxe spécifiques levés pour la santé et que les allocations budgétaires affectées à la santé sont prises sur les recettes publiques globales.

B - Les décisions publiques de redistributions indirectes

Parallèlement au financement direct, assuré par les allocations budgétaires, l'Etat a pris des décisions réglementaires visant à réduire l'impact des charges de santé sur les consommateurs de biens et services médicaux. Ces mesures et réglementations imposent à certains des agents privés de la santé, des contraintes commerciales autres que celles de l'offre et de la demande.

Ces décisions sont justifiées par la forte "sensibilité sociale" des produits et des services de santé, et qui ne peuvent pas être uniquement soumis aux règles de la simple exploitation commerciale et aux lois du marché. C'est dans ce cadre que l'Etat impose des marges d'exploitation, et même des taux de change, aux importateurs de médicaments et leur interdit des représentations exclusives de produits médicaux étrangers. Il fixe aussi la marge de bénéfice des pharmacies.

4.2.2. Les structures d'assurance

Publique ou privée, l'assurance couvre une partie du financement de la facture de la santé. Les pouvoirs publics ont introduit les cotisations de santé dans les années 60 et les assurances privées ont surtout pris le relais après l'effondrement des structures publiques de couverture et l'accélération des dépenses de santé.

A - Couverture par les cotisations sociales

Le principe de la couverture des frais de santé par les cotisations sociales a été introduit en 1966, avec la création de la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS). Cette caisse revêt un caractère d'assurance et non de solidarité. Elle vise à protéger les salariés contre des risques : risque aléatoire de la maladie, risque certain de la vieillesse et "risque" des coûts supplémentaires qu'implique la constitution d'une famille.

Le coût de ces risques reste donc globalement limité. Les "assurances" sociales permettaient en les mutualisant de rendre supportables pour tous les salariés la charge individuellement trop lourde que l'occur-

rence de ces risques pouvait entraîner pour chacun. Au titre de solidarité, le Budget de l'Etat apportait quelques compléments dans la mesure où l'Etat s'engage à participer à hauteur de 25 % de l'ensemble des prestations de santé de la CNSS.

Deux exemples peuvent être retenus pour montrer le principe d'assurance - en opposition à celui de la solidarité - qui marque si fortement le fonctionnement de la CNSS. En premier, on note que les salariés ne bénéficient plus de la couverture médicale dès qu'ils perdent, à la retraite, leur statut de salarié. En deuxième lieu, on notera que la couverture de la retraite est assurée sous le régime de la capitalisation et non sur base d'un régime de distribution.

Cette option de départ était appelée à se développer progressivement avec des prestations sociales, et surtout médicales, à étendre à d'autres tranches de la population. Quelques actions ont été entreprises dans ce sens avec, l'admission de certains travailleurs non salariés et les étudiants.

Ce financement par les cotisations est principalement supporté par les employeurs, qui en assurent plus de 90 %. Les salariés eux ne participent que jusqu'à hauteur de 3 % de leur salaire, soit moins de 10 % du total des recettes de la Caisse.

A ces charges, les employeurs sont aussi appelés à couvrir des compléments d'indemnités de fin de service, qui en raison de la forte dépréciation de la monnaie nationale ont atteint des montants excessivement lourds.

B - Couverture par les primes

Devant l'insuffisance des couvertures publiques et la faiblesse des remboursements, les Libanais ont recours à l'assurance privée. Cette forme d'assurance s'est surtout développée pour les risques hospitaliers.

Les assurances privées d'hospitalisation touchent aujourd'hui un peu plus de 175.000 personnes, dont une grande majorité de salariés supposés être couverts par la CNSS, et s'étend sur plus de 375.000 bénéficiaires.

Les contrats sont pris à titre individuel ou en groupe aussi bien au sein des entreprises que des corporations professionnelles. Certaines conventions collec-

tives imposent à l'employeur la souscription à de telles couvertures privées.

Les tarifs et les primes varient fortement, en liaison avec les actes assurés, les classes d'admission hospitalière, ou les négociations de contrats de groupes.

Dans une première phase les compagnies d'assurance ont eu beaucoup de difficultés à gérer cette branche où ils réalisent aujourd'hui plus de la moitié de leur chiffre d'affaires. L'exploitation s'est nettement améliorée depuis, et les prestations ont suivi. Au départ, les assureurs voulaient gérer leur propre portefeuille, mais depuis on assiste à une rationalisation de l'exploitation de cette branche, notamment par la création de pools de gestion.

Les difficultés ne sont pas pour autant levées et l'on enregistre des heurts réguliers entre les assureurs privés et les établissements hospitaliers, ces derniers accusant les premiers de longs retards de remboursement, et surtout d'ingérence dans leurs affaires, sous prétexte de compression de dépenses, alors que les assureurs reprochent aux hôpitaux d'encourager la surconsommation et de gonfler la facture, dès qu'ils se trouvent face à un tiers payant. L'assurance privée interviendrait dans le remboursement de 10 % de la facture sanitaire du pays soit environ 20 % de la facture hospitalière.

4.2.3. La contribution directe

Les pouvoirs publics et les systèmes d'assurance sont loin d'être suffisants pour alléger à eux seuls la facture sanitaire des ménages libanais. Ces derniers sont obligés donc de couvrir totalement ou partiellement leurs frais sanitaires.

Même pour les catégories les mieux couvertes par l'assurance, publique ou privée, le taux de contribution directe reste très élevé pour certaines prestations de santé. La dentisterie, la lunetterie ou les prothèses ne sont que très marginalement remboursés par les assureurs. En fait on peut remarquer que la participation financière directe des ménages reste très élevée pour les soins ambulatoires, et dans une moindre mesure pour les médicaments, alors qu'elle est relativement moins lourde pour les soins hospitaliers.

Paradoxalement, ce sont les individus les plus fragilisés qui sont les plus exposés aux charges directes. C'est ainsi que les retraités et les personnes âgées ne sont qu'exceptionnellement pris en charge par les assureurs privés et la CNSS ne couvre plus ses propres assurés une fois qu'ils sortent du marché du travail. Même les cotisations volontaires ne sont pas acceptées par la Caisse.

4.2.4. Les transferts de charges

La participation directe des ménages à leurs frais de santé n'est pas linéaire. Une discrimination s'opère entre les classes aisées et les ménages les plus pauvres. Ce phénomène est bien ancré pour les services hospitaliers. Il l'est beaucoup moins pour les soins ambulatoires.

Ce système de transfert des charges constitue l'une des principales caractéristiques du système hospitalier libanais. En effet, par l'application du principe de la classification des soins hospitaliers, on assiste à une distribution horizontale des charges entre malades. C'est ainsi, que l'admission et l'octroi de soins hospitaliers, s'effectuent sur la base de trois classes principales.

La première classe accueille les patients les plus aisés, la troisième accueille les patients à faibles revenus, tandis que la deuxième classe est considérée comme classe intermédiaire.

En principe, les soins médicaux sont identiques dans les trois classes, à l'exception d'un confort hôtelier plus grand pour la première classe et d'une présence de médecins internes ou stagiaires plus massive dans la troisième classe. Mais c'est au niveau de la facturation que les distinctions sont observées. En effet, de l'acte chirurgical aux prestations d'hôtellerie, en passant par les charges du bloc opératoire et les visites de médecin, les tarifs sont nettement plus élevés en première classe comparés à ceux de la deuxième qui elle est plus chère que la troisième.

Cette discrimination se traduit, en fait, par un transfert de charges des patients les plus aisés vers les moins nantis. Elle a pour origine le caractère libéral de la médecine libanaise, où la redistribution ne se

fait pas par le biais des prélèvements publics obligatoires, mais par les structures sanitaires privées elles-mêmes.

La perception sociale particulière de la médecine et le caractère religieux et non-lucratif des premières et principales institutions hospitalières du pays, ont favorisé l'émergence de cette forme de transfert.

Ce principe est moins transparent pour la médecine ambulatoire ou la pratique garde un caractère plus volontariste. En effet, et sans l'afficher officiellement, le médecin traitant pratique souvent des tarifs discriminatoires : la visite du patient pauvre est facturée nettement moins que celle du malade aisé. Cette manière d'agir reste à la discrétion du médecin traitant.

4.2.5. La solidarité non étatique

La solidarité sociale en matière de santé ne se limite pas à l'action entreprise par le biais des institutions publiques ou parapubliques. Diverses autres sources d'assistance servent aussi à financer les frais de santé des ménages les moins nantis. Ces aides viennent essentiellement en complément aux autres formes de financement ou elles couvrent des actes spécifiques notamment en matière de soins ambulatoires.

Les différentes formes d'aides peuvent se résumer comme suit :

A - Les aides externes

Pendant les années du conflit le Liban a bénéficié d'un grand élan de générosité de la part de plusieurs donateurs. Des organismes internationaux de l'ONU aux associations religieuses caritatives, en passant par les pays producteurs de pétrole ou les grands donateurs occidentaux, les aides externes se sont multipliées, notamment entre 1975 et 1988.

Ces aides ont permis aux Libanais de compenser, en partie, les pertes subies pendant cette guerre. L'Etat libanais a, lui aussi, bénéficié de ces transferts, qui ont servi à renouveler et entretenir tant soit peu l'infrastructure hospitalière.

La diminution des revenus pétroliers des pays

arabes du Golfe, la crise économique dans les pays occidentaux donateurs, les déficits des organismes onusiens, l'apparition de nouveaux foyers de tensions et de besoins d'urgence, les besoins financiers du processus de paix israélo-palestinien, et l'arrêt des combats au Liban, ont été autant de facteurs de ralentissement de l'aide externe au Liban.

En fait l'aide externe de secours et d'urgence en matière de santé s'est fortement réduite au cours des dernières années. Elle est progressivement remplacée par des aides à la reconstruction des structures hospitalières et à la mise en place de programmes de gestion et de formation des ressources humaines de ce secteur.

B - Les aides familiales

La famille au Liban a toujours constitué un recours pour les charges à caractère social des individus. Pour les enfants, les parents assurent l'essentiel des frais de santé. Les vieux bénéficient aussi de l'aide de leurs enfant pour ces mêmes prestations, mais pas souvent avec le même empressement que pour les descendants.

Les liens ne sont pas limités aux parents directs, mais peuvent s'étendre aux autres membres de la grande famille, en cas de besoin.

Cette forme d'aide tend à se réduire en raison de la hausse des charges et à la limitation des revenus.

C - Les aides communautaires et religieuses

Les structures religieuses et communautaires régissent une grande partie de la vie politique des Libanais. Elles débordent aussi sur le social, dans la mesure où les congrégations religieuses, détiennent ou gèrent un grand nombre d'hôpitaux.

Bien qu'assurant une gestion équilibrée des institutions qu'ils détiennent, les religieux ne sont pas insensibles aux difficultés sociales de leurs ouailles. Ils viennent souvent en aide à leurs coreligionnaires, incapables d'assumer leurs besoins sociaux. Il peuvent aussi participer à leur assurer des collectes pour les couvertures de cas graves, dans le domaine de la santé et des maladies à coûts élevés.

Pendant la guerre l'aide sociale religieuse s'est intensifiée, surtout que les religieux ont souvent servi de relais aux donateurs internationaux.

D - Les aides patronales

Les relations paternalistes dans les structures de production économiques libanaises, ont entraîné le développement d'un appui social de l'entrepreneur envers son salarié. Ce phénomène s'est amplifié avec la chute relative des salaires, suite aux dépréciations de la monnaie nationale.

Faute d'ajustements substantiels des revenus salariaux et en l'absence d'une couverture sociale publique efficace, les employeurs ont été amenés à prendre en charge une partie des frais de santé de leurs employés.

Cette forme d'aide est souvent apportée en compensation à la non déclaration des salariés à la CNSS - qui pendant de longues années, d'ailleurs, n'a pratiquement rien versé à ses assurés - les employeurs étaient amenés à participer eux mêmes aux frais de santé de leurs employés. Même pour les salariés déclarés, cette forme de participation était intéressante pour l'employeur, dans la mesure où elle permettait de soulager les besoins de ses salariés sans pour autant augmenter l'assiette de calcul des charges sociales.

D'autres formes d'apport patronal ont été institutionnalisées notamment par le biais des assurances privées de santé. En effet, nombreuses sont les entreprises qui versent les primes d'assurances hospitalisation de leurs salariés. Pour certaines professions ces avantages sociaux ont été intégrés dans les conventions collectives.

4.2.6. Fragilisation des couvertures

A l'image du ministère de la Santé, la Caisse nationale de sécurité sociale, a été fortement affectée par les années de crise, entraînant pratiquement une suspension de facto des prestations de la Caisse et une marginalisation des recettes. Faute de revenus suffisants et en l'absence d'ajustements de cotisations et de prestations, la CNSS ne finançait plus qu'une partie excessivement faible de la facture de santé des salariés inscrits.

Pendant plusieurs années la Caisse avait même suspendu ses remboursements et était entièrement tributaire du financement direct de l'Etat pour ses

propres charges d'exploitation. La productivité des cadres de cet organisme s'est fortement réduite pour les mêmes raisons évoquées ci-haut pour le ministère de la Santé.

En fait, la crise de la CNSS revêt deux aspects différents, le premier est lié à la défaillance des services de couverture à court terme, avec la marginalisation des services de santé et des allocations familiales, le second concerne l'usure des réserves financières de cet organisme supposé assurer les retraites des travailleurs au cours des prochaines années. L'impact de cet épuisement des provisions financières est d'autant plus grand que le système de retraite est basé sur le principe de la capitalisation et non sur celui de la répartition : les retraités toucheront les sommes accumulées au cours de leur vie active et non se répartir les cotisations actuellement collectées.

Certes les montants compensatoires qui restent à la charge de l'employeur devraient balancer en partie la perte du pouvoir d'achat des réserves accumulées à la Caisse, mais l'application de ce principe se heurte à des obstacles majeurs. En effet, les transferts de charges de la CNSS vers l'employeur ont pris des dimensions telles qu'une grande partie des entreprises se retrouvent dans l'impossibilité de répondre aux exigences de la loi, alors que d'autres ont cessé toute activité ou tentent de se dérober à des obligations supposées être réglées lors des paiements des cotisations. Le manque de contrôle a entraîné une amplification de ces pratiques.

4.2.7. Les limites du secteur privé

Malgré la multiplication des organismes publics de remboursement et malgré l'ampleur des dépenses budgétaires allouées à la santé, et sans oublier le niveau élevé des charges sociales, on constate que la couverture publique des risques de santé est très insuffisante pour reconforter les agents qui en dépendent.

Les couvertures privées offraient de ce fait même des solutions de rechange séduisantes, auxquelles ont eu recours les Libanais pour s'assurer contre les risques sanitaires, et plus particulièrement l'hospi-

talisation. Nombreux sont les employeurs qui offrent eux-mêmes ces couvertures à leurs salariés, en supplément de la couverture CNSS.

La progression des primes relatives à cette branche, dont la part frôle aujourd'hui la barre des 50 % du chiffre d'affaires global des compagnies d'assurance, traduit l'importance de cette couverture pour les patients libanais. On compte à l'heure actuelle un peu moins de 200.000 contractants privés d'assurance hospitalisation couvrant plus de 430.000 personnes.

L'engouement pour cette formule ne doit pas cacher ses limites. En effet, les compagnies d'assurance privées sont elles-mêmes souvent menacées par des taux de sinistralité très élevés et revoient régulièrement leurs primes à la hausse. Par ailleurs, les plafonds que sont obligées de mettre ces compagnies excluent les cas médicaux les plus lourds, nécessitant généralement une intervention de la collectivité. L'augmentation des coûts de l'hospitalisation et la propension à la réduction des paiements des malades privés, notamment ceux couverts par les assurances privées, réduit de plus en plus la marge de manoeuvre des hôpitaux. Une amélioration des tarifs et des remboursements publics est nécessaire.

5. L'ASSURANCE VIEILLESSE : ABSENCE D'ACCUMULATION

Encore plus que la santé, l'assurance vieillesse est strictement limitée aux salariés. Mais là encore de très fortes disparités sont à relever dans la mesure où les schémas de protection des salariés du secteur privé sont très aléatoires et ont un grand besoin de réforme, alors que ceux du secteur public sont très généreux et risquent à terme de peser lourdement sur les comptes publics et même sur l'ensemble de l'économie. Cette largesse est encore plus poussée pour les salariés non civils de l'Etat.

Deux sources de financement pour les indemnités de vieillesse : la CNSS pour les salariés du secteur privé, et la Loi du Budget pour les employés de l'Etat. Si pour la CNSS les fonds sont exclusivement assurés par les cotisations des employeurs et les

compléments de compensations, pour les salariés publics on se contente d'un léger prélèvement sur les salaires, le solde provenant des recettes budgétaire. Un système de capitalisation régit les indemnités de fin de service des salariés du privé, alors que pour les fonctionnaires le système combine répartition et surtout transferts budgétaires.

Seuls quelques agents non salariés ont souscrit à des plans d'épargne volontaire auprès des compagnies d'assurance privées. Mais cette prévention contre le risque vieillesse reste très marginale et limitée à quelques ménages à revenus élevés.

En raison de l'usure des fonds accumulés à la CNSS et de la faiblesse des plans volontaires d'épargne, l'accumulation financière réalisée au titre de l'assurance vieillesse reste très faible. Généralement, ce volant de réserves monétaires constitue un atout majeur pour les investissements à long terme des pays.

5.1. Le principe de la capitalisation

Pour la couverture du risque vieillesse le Liban a opté pour un simple régime d'indemnités de fin de service, basé en principe sur l'accumulation enregistrée au profit du salarié auprès de la CNSS. Celui-ci devrait recevoir une indemnité totale égale au dernier salaire encaissé multiplié par le nombre d'années de service. Ce calcul est basé sur le principe suivant :

La cotisation d'indemnité de fin de service est égale à 8,5% de la totalité du salaire versé, dont 0,5 % serviront aux frais de gestion des comptes des adhérents et 8 % accumulés au bénéfice du salarié, Sur 12 mois les montants ainsi accumulés sont égaux à 96 % d'un salaire mensuel. La gestion des fonds est supposée garantir le complément de 4% et maintenir ainsi le capital pour les années venir. De ce fait , l'assuré est supposé encaisser l'équivalent d'un mois de son dernier salaire pour chaque année de service.

Au cas exceptionnel où les cotisations accumulées et les bénéfices redistribués sont insuffisants, l'employeur est supposé assurer un complément.

En optant pour le système d'indemnités de fin de

service, le Liban a adopté exclusivement le régime de la capitalisation personnelle pour assurer la protection des travailleurs retraités, et ce , bien avant la crise internationale que connaissent tous les systèmes de retraite par répartition. Cependant le législateur libanais a introduit deux biais au principe de la capitalisation, qui en période de graves perturbations monétaires vont réduire les avantages d'un tel système.

La première réserve à relever est celle liée à la comptabilisation des droits des salariés, qui ne fut pas limitée aux montants existants dans leurs comptes, et effectivement capitalisés, mais à une somme égale au dernier salaire encaissé multiplié par le nombre d'années de service. La différence entre l'indemnité ainsi calculée et le montant existant dans le compte constitue un ajustement complémentaire assumé par les employeurs.

Le deuxième biais est lié à la méthode de redistribution des revenus des placements qui ne dépend pas des bénéfices réels réalisés par la gestion des fonds, mais d'une décision d'affectation d'un taux d'intérêt fixé annuellement et a posteriori par le conseil d'administration de la Caisse, taux en général de loin inférieur au taux de rendement des placements.

Trente ans après son démarrage ce système semble peu efficient. Il surcharge l'employeur et les salariés n'en tirent que de très faibles profits. Les problèmes sont bien sûr liés à la hausse des cotisations patronales et aux montants des compensations, mais aussi à la faiblesse des remboursements et aux difficultés de l'ouverture aux droits et à l'indemnité réduite.

5.2. Les ajustements : un handicap majeur

Pour le calcul des indemnités, la CNSS ne verse au salarié que le montant des cotisations versées par l'employeur pendant les années de service du salarié majorées des intérêts services sur les comptes. L'article 73 du Code de la Sécurité sociale stipule que la responsabilité du paiement des cotisations pour l'indemnité de fin de service revient entièrement aux employeurs. L'article 51 précise quelles sont les bases de détermination d'une indemnité de fin de

service, fixant le montant de celle-ci au dernier salaire encaissé par le salarié avant son droit à la liquidation, multiplié par le nombre d'années de service. Quant à l'article 54, il stipule que c'est aux employeurs de verser la différence entre le montant de l'indemnité calculé selon ce qui précède et le solde du compte du salarié à la Caisse. C'est cette différence entre les deux montants qui est appelée ajustement de compensation.

L'évolution des dernières années a entraîné de graves distorsions en raison de la marginalisation des capitaux accumulés à la CNSS sous le double effet de la forte dépréciation monétaire et de l'insuffisance des collectes. De ce fait, les ajustements de compensation que doivent verser les employeurs ont fortement progressé et pouvaient atteindre plus de 80% des indemnités supposées être perçues.

Rares sont les employeurs ayant accepté cette situation, surtout que pendant les longues années de guerre ils se sont souvent abstenus de cotiser. Les salariés eux-mêmes cherchaient des arrangements avec leurs employeurs pour trouver un compromis duquel ils excluaient la CNSS. Ces accommodations étaient d'autant plus justifiées que pour les montants compensatoires l'employeur est tenu de les verser à la Caisse qui se chargera elle-même de les reverser à l'employé. La longue procédure de la liquidation du droit à l'indemnité justifiait de tels arrangements.

5.3. Insuffisance des rendements

Comme si la dépréciation monétaire n'était pas suffisante pour se charger de l'usure des montants accumulés, les dirigeants de la CNSS se sont abstenus de verser la totalité des bénéfices au profit des adhérents.

Le conseil d'administration de la CNSS fixait annuellement le taux d'intérêt à servir sur les montants accumulés. Mais ce taux était nettement inférieur au taux de rendement réel et aux bénéfices effectifs de la Caisse suite au placement des capitaux des assurés. Les écarts sont jugés trop élevés tel que le montre le tableau suivant :

Année	La moyenne des intérêts reçus par la CNSS des bons du Trésor et des placements bancaires	La moyenne des intérêts fixés par la CNSS pour les comptes individuels
1986	20,9%	9%
1987	19,9%	12%
1988	20%	15%
1989	18,2%	15%
1990	20%	15%
1991	18,5%	15%
1992	20,3%	15%
1993	20,4%	15%
1994	19,9%	15%
1995	19,6%	15%
1996	22,0%	15%
1997	19,3%	10%
1998	16,5%	9%

5.4. La non comptabilisation des intérêts sur les comptes individuels :

Malgré la diminution des taux d'intérêts appliqués aux cotisations payées, la CNSS a arrêté, depuis 1978, l'enregistrement, au crédit des comptes individuels, les montants des prestations. Cela explique que la plupart des cartes d'assurés soient aujourd'hui blanches, ou montrent simplement des montants minimes enregistrés avant 1978.

Etant donnée l'impossibilité de connaître les montants versés pour chaque salarié, la Caisse s'est fiée, au moment des liquidations des indemnités de fin de service, à une attestation faite par l'employeur où il déclare les salaires payés à son employé durant ses années de service et où il apparaît aussi les montants des cotisations relatives, la CNSS considérant qu'elles ont été payées. La Caisse ne détient aucun moyen de vérifier la véracité des chiffres apparaissant sur les déclarations patronales de ce type.

La Caisse liquide donc l'indemnité du salarié selon la déclaration de l'employeur comme si les cotisations avaient été faites, sauf que les intérêts supposés avoir couru sur le compte ne sont pas réglés, excepté le cas où l'employeur les exige en four-

nissant les preuves (documents datés) de sa cotisation. Cette possibilité n'était concevable que pour les entreprises installées de longue sur le marché. La CNSS se défend d'avoir négligé la mise à jour des dossiers et affirme que les cotisations déclarées sont bien inscrites au crédit du compte de l'assuré, L'emploi des ressources de la CNSS s'est limité à pratiquement une seule forme : les placements en bons de Trésor en LL. Ces placements n'ont pas permis de protéger le pouvoir d'achat des indemnités salariales.

5.5. La non comptabilisation des augmentations dues aux retards.

Si la CNSS prend du retard en amassant les cotisations et dépasse les délais institués, ce retard prive les assurés d'intérêts sur leur indemnité puisque les intérêts sur les montants cotisés courent à partir du moment où le montant est inscrit au crédit du compte.

A ce propos, l'article 79 du Code de la Sécurité sociale stipule que les cotisations non payées dans les délais prévus sont majorées d'une proportion de 1 pour mille par jour de retard, ce qui équivaut à 18% annuellement. Cette majoration pour cause de retard ressemble à des intérêts débiteurs sur un crédit.

L'article 24 considère cette majoration comme étant une partie des cotisations. Selon ce principe donc, il aurait fallu ajouter ces majorations pour retard aux cotisations pour indemnités de fin de service afin de compenser les pertes dues à la non comptabilisation des cotisations dans les délais et donc pour compenser le manque à gagner dû à la non comptabilisation des intérêts relatifs.

Pourtant, la CNSS n'a pas considéré ces majorations comme des cotisations mais au contraire, comme des revenus pour la Caisse, ce qui a privé les comptes individuels de sommes importantes, d'autant plus que les employeurs retardataires sont nombreux, ce qui gonfle le volume des cotisations. Le résultat de cela fut un accroissement des provisions de la CNSS aux dépens des comptes individuels des assurés ; ainsi, le montant des indemnités a dépassé

les 600 milliards de livres tandis que le revenu annuel de ces indemnités était, en 1996, de 76 milliards de livres, donc l'équivalent de la totalité des indemnités payées cette même année (74 milliards de livres) sachant que les cotisations payées cette année ont atteint les 108 milliards.

5.6. Liquidation anticipée des droits : bonus pour la Caisse.

Le droit au paiement de l'indemnité de fin de service ne s'ouvre qu'en cas d'atteinte de la limite d'âge à la retraite soit 64 ans. Lorsqu'un employé souhaite liquider ses indemnités avant terme, celles-ci se limiteront au tiers de l'indemnité de fin de service prévue dans l'article 51. Et lorsqu'un salarié quitte son emploi définitivement avant ses 20 ans de service, alors il n'a droit qu'à une indemnité de fin de service réduite allant de 50% à 85% de son indemnité de fin de service prévue.

Dans le cas où l'employé quitte définitivement son emploi, La CNSS récupère de l'employeur l'ajustement résultant de l'indemnité de fin de service légale mais ne verse à l'employé que l'indemnité de fin de service réduite.

5.7. Les problèmes de gestion du système

Malgré les handicaps dus aux années de guerre, et à l'image de plusieurs autres administrations et institutions, la CNSS a continué à assurer ses prestations. Cette persévérance a entraîné des gaspillages certains dans la mesure où les charges étaient amplifiées, alors que les cotisations étaient marginalisées. Cela a mené à l'apparition de déficiences dans l'administration du système, déficiences qui se sont accumulées jusqu'à devenir des handicaps structurels. Parmi les déficiences relatives à l'indemnité de fin de service, on trouve :

Ü la non exécution d'une mise à jour des fiches des entreprises cotisantes qui mettent en relief les dettes de chaque institution et leur échéancier, ce qui permet de prendre les mesures nécessaires pour les récupérations légales.

Ü la non mise à jour des cartes des assurés qui révèlent le solde des comptes individuels en ce qui concerne les cotisations, l'indemnité de fin de service précédente et les intérêts, afin de pouvoir comparer le solde du compte à l'indemnité de fin de service légale et en déduire le montant de l'ajustement lors de la liquidation.

Ü la non comptabilisation des cotisations dans les comptes individuels, et par conséquent la non comptabilisation des intérêts relatifs.

Ü la non comptabilisation des majorations de retard au crédit des comptes individuels et pourtant cela est leur droit qui compenserait la non comptabilisation des intérêts courant sur les cotisations payées à retardement.

Ü le non emploi des capitaux dont dispose la CNSS dans des placements diversifiés afin de protéger les rentrées de la Caisse des conséquences de l'inflation.

5.8. L'augmentation des coûts d'administration du système

Les dépenses administratives ont atteint en 1996 environ 66 milliards de livres libanaises, et les prestations de l'ensemble des agences de Sécurité sociale s'est chiffré à environ 318 milliards de livres. D'où, des dépenses administratives s'élèvent à environ 20% des dépenses de la Caisse. Cette proportion a nettement reculé par la suite et a été de 13 % en 1998. Mais ce taux reste très élevée étant donné que les coûts administratifs de tout système dans les pays développés ne dépassent pas 5%.

5.9. Insuffisance des prestations :

En 1999 les indemnités de fin de service de la CNSS ont atteint quelques 78 milliards de livres libanaises. Les recettes collectées étaient d'environ 108 milliards et les revenus générés par les accumulations antérieures se chiffraient à 77 milliards. Ces performances sont jugées trop favorables à la caisse surtout si l'on rappelle que les réserves avaient totalement fondu en 1992.

Certes, il est difficile d'apprécier les réserves mathématiques de la Caisse, dans la mesure où celle-ci applique un régime de capitalisation et non de répartition. En effet, le principe de la répartition suppose que les recettes collectées aujourd'hui iront au financement des prestations actuelles, alors que pour la capitalisation, il s'agit de préserver à chacun les montants accumulés. Toutefois, les indemnités ouvertes actuellement restent très insuffisantes surtout si les nouveaux retraités ne réussissent pas à obtenir de leurs anciens employeurs les montants de compensation adéquats.

Il convient de rappeler que les départs volontaires de l'employé ne lui donne plus droit aux compléments de compensation. La disparition des entreprises réduit elle aussi ces montants.

5.10. Générosité dans le secteur public

Si pour les salariés du secteur privé, et malgré de lourdes cotisations et des montants compensatoires excessivement élevés, les indemnités sont insuffisantes, il en va différemment pour le secteur public où les salariés en instance de départ bénéficient d'une retraite mensuelle équivalente à 85 % de leur dernier salaire pour 40 ans de services. En plus, les retraités du secteur public conservent leur couverture de santé alors que ceux du secteur privé la perdent dès que s'ouvre pour eux le droit à la retraite. Pour les forces armées cette générosité est nettement plus élevée puisque ces derniers ont profité d'une disposition particulière liée à la mobilisation générale entre 1975 et 1999, leur donnant droit à une multiplication par 3 des mois de base, et en cas de dépassement des 40 mois pour le calcul de l'indemnité, les excédents sont triplés une nouvelle fois et réglés sous forme d'indemnités.

Pour tous les salariés de l'Etat, la retraite continue d'être entièrement versée au conjoint en cas de décès du bénéficiaire, et à ses héritiers et ce jusqu'à l'âge de 25 ans pour les garçons et à vie pour les filles non mariées et non actives.

Ces retraites bénéficient bien sûr des ajustements de salaires à titre de cherté de vie décidés dans le secteur public.

En 1999, les différentes indemnités de formation, de grades... et qui représentent souvent pas moins de 40 % des salaires publics ont été intégrées au salaire qui servira de calcul pour les indemnités de retraite.

Si le retraité le souhaite, cette retraite peut être rempalcée par le versement d'une indemnité de fin de service équivalente à 80 mois du dernier salaire, sur base de 85 % et pour 40 ans de service.

La générosité publique pour la protection vieillesse des fonctionnaires risque de mettre à mal les finances publiques au cours des prochaines années, les allocations budgétaires au titre des indemnités de fin de service progressent à des taux annuels supérieurs à 30 % alors que l'on est dans une phase de grandes restrictions et compressions budgétaires.

6. OBJECTIFS ET RECOMMANDATIONS

6.1. Une nouvelle vision : Consolider la solidarité nationale

Les longues années de conflit ont laissé de profondes traces sur le corps social libanais. La réconciliation politique nationale reste très fragile et le cadre public général est déficient.

Certes des progrès ont été réalisés, notamment sur le plan de la sécurité des biens et des personnes, mais s'ils sont nécessaires, ces performances sont loin d'être suffisantes.

Si le Liban ne peut pas faire l'économie d'une réconciliation politique nationale, il ne pourra pas non plus éviter une consolidation de sa solidarité sociale. Cette dernière, et beaucoup plus que tous les pactes et les accords politiques, assurera l'adhésion de tous aux efforts de redressement.

Eviter les exclusions sociales et l'amplification des écarts sectoriels ou spatiaux ne se fait pas sur base d'un partage politique d'une administration publique, mais par l'intermédiaire d'une politique sociale courageuse commandée par les lois du marché et non les desiderata des politiciens.

Sans vouloir minimiser les difficultés des rapports

entre les différents partenaires sociaux, notamment après une longue et douloureuse crise, le Liban a besoin de mettre en oeuvre une nouvelle dynamique sociale, pour éviter une fragilité permanente dans ce domaine.

Cette modernisation passe par une dépolitisation progressive des décisions publiques et des mouvements revendicatifs, dans le but de placer les débats sur un plan plus rationnel.

L'introduction des méthodes de gestion moderne, la centralisation et la rationalisation de certaines décisions, l'extension des prestations de base à l'ensemble des citoyens, une meilleure orientation des ressources ou une répartition plus équilibrée des charges, sont autant de facteurs à mettre en oeuvre pour renforcer un système social sans lequel toute prospérité économique sera toujours fragilisée.

La politique sociale n'est pas un produit de luxe de pays développé. Ce n'est pas non plus une série de mesures obligatoires relevant d'une décision publique quelconque. Elle ne peut pas être imposée, mais négociée suivant des paramètres et critères économiques et financiers.

La politique sociale a un coût que la société doit pouvoir payer et gérer. A trop négliger la dimension sociale, on crée des frustrations, sources de crise sociale, de dérive fanatique, de problèmes d'intégration ou du développement de la criminalité.

6.2. Santé : la nécessité d'une réforme

Les objectifs et les recommandations dans le domaine de la santé doivent être sériés en fonction des priorités et des possibilités de financement privées et collectives. Certains principes de base seront respectés pour éviter les dérives et les contres-effets des mesures prises.

On veillera tout particulièrement à :

Ü ne pas briser la solidarité sociale existante sur ce plan. En effet, les apports de la famille, des assurances complémentaires, de la générosité caritative, ou du paternalisme de l'employeur, ne doivent pas être remplacés par un système collectif généralisé.

Ü ne pas remettre en cause le système privé de la santé actuel qui s'appuie principalement sur les lois

du marché. Assurer la transparence de l'exploitation du secteur hospitalier. Des garde-fous et des règles déontologiques doivent être établis, sans pour autant inhiber le système.

Ü ne pas alourdir les charges des entreprises, qui en aucun cas ne doivent supporter les frais sociaux de l'ensemble de la collectivité.

6.2.1. Rationaliser la gestion

Les recommandations de redressement du secteur de la santé passent en premier lieu par une rationalisation de la gestion et par un souci de réduction des gaspillages. Cette priorité est d'autant plus justifiée que les pouvoirs publics sont massivement impliqués dans ce secteur.

A ce sujet il conviendrait de :

Ü Centraliser les dépenses publiques de couverture des frais sanitaires de base auprès d'un seul organisme. Les compléments de dépenses peuvent dépendre de mutuelles ou de coopératives.

Ü Réorganiser et moderniser la structure administrative du Ministère de la Santé de façon à lui permettre d'améliorer sa productivité et de la réorienter vers la planification et le contrôle du secteur sur le plan national.

Ü Le Ministère de la Santé n'assumera pas à lui tout seul le rôle de gestionnaire direct des services de santé, qu'il tient actuellement, pour reprendre celui de contrôleur, de planificateur, et de programmeur des plans de prévention sanitaire.

Ü On pourrait éventuellement accorder aux institutions hospitalières publiques existantes, ou en cours d'exécution, une autonomie de gestion en collaboration avec les établissements universitaires liés à la formation des ressources humaines dans ce domaine.

Ü Les difficultés rencontrées par les responsables du ministère de la Santé pour créer le Bureau national du médicament, témoignent des obstacles à surmonter dans l'environnement administratif et politique actuel. Les problèmes seront décuplés en phase de fonctionnement.

Ü Plaider en faveur du maintien du caractère privé

accentué du secteur de la santé, ne s'inscrit pas dans une optique de défense d'intérêts de classe et ne signifie point un retrait ou un abandon du rôle public en la matière. Mais compte tenu des contraintes auxquelles sont soumis les pouvoirs publics en matière de gestion de la santé, l'Etat devrait concentrer ses efforts au niveau de l'orientation, du contrôle et de la gestion financière.

Ü L'Etat ne doit pas procurer lui même les services de soins par ses propres structures, mais assurer le paiement de prestations minimales pour l'ensemble de la population. Il veillera à la bonne tenue du secteur et en assurera le contrôle.

On notera tout particulièrement :

Ü une bonne connaissance des réalités du terrain. Les statistiques sanitaires, et plus largement sociales, font défaut. Sans une bonne connaissance du terrain les gaspillages ne peuvent être réduits.

Ü la protection des patients de tout abus de la part des prestataires de services sanitaires. Les accusations de la rumeur publique portées contre les hôpitaux, les médecins ou les distributeurs des médicaments, sont souvent infondées ou exagérées. Néanmoins, il convient de veiller à un strict respect des engagements dans ce domaine. Tout abus professionnel ou négligence sera clairement sanctionné. Les "arrangements" ne peuvent être tolérés en matière de santé.

Ü l'orientation du secteur pour réduire les risques de suréquipement. Cette action ne doit point être obligatoire au risque de se transformer en une nouvelle source de trafic d'influence et de corruption

Ü la lutte contre les surfacturations, les fuites et les gaspillages s'inscrira elle aussi en priorité, mais l'état actuel de l'Administration publique libanaise ne laisse pas de grands espoirs sur les résultats. C'est pourquoi, on se contentera pour le moment de réduire les ambitions dans ce domaine à une limitation des sources de gaspillages. Une centralisation des organismes de remboursement ira dans ce sens.

6.2.2. Financement des dépenses de santé

L'une des solidarités sociales prioritaires, nécessaires à la refonte de l'unité nationale, passe par le

financement des dépenses de santé. L'action dans ce domaine n'est pas uniquement ponctuelle et s'étale dans le temps.

A terme il s'agit de développer un système de couverture sociale minimale regroupant la totalité des Libanais, financé par les capacités nationales dans un cadre de solidarité mutuelle. A priori, ce système s'appuiera sur les structures de la Caisse nationale de la sécurité sociale et des autres organismes d'assurance sanitaire dans le secteur public. Il devra spécifier les droits et les responsabilités de tous les ministères, les organismes et les institutions concernés par les services sociaux.

6.2.3. La concertation paritaire

La réflexion sur l'organisation et le financement du secteur de la santé, imposent une concertation régulière et exhaustive entre les différents partenaires et intervenants. Les centrales ouvrières, les employeurs, les dirigeants sociaux, les représentants professionnels des différents corps de la santé, et bien sûr les pouvoirs publics, se doivent de rechercher ensemble un équilibre dans ce domaine.

La gestion paritaire de la CNSS peut constituer une base pour cette concertation. C'est pourquoi il convient de renforcer cet aspect de la gestion de la Caisse, qui a souvent été négligé, laissant la place à un arbitrage public lourdement chargé d'arrière-pensées politiques.

La solidarité nationale que l'on souhaite étoffer par une politique de santé éclairée, ne peut être que renforcée par le dialogue entre les différents partenaires sociaux. Le pouvoir politique ne doit pas se contenter de trancher les différents entre les employeurs, les salariés ou les représentants professionnels, mais encourager le dialogue entre les différentes parties pour assurer un meilleur équilibre de la répartition des richesses nationales.

6.3. Réformes sectorielles générales

Les ajustements des déséquilibres de gestion et le rééquilibrage du financement ne suffisent pas à

mettre le secteur de la santé à l'abri de crises profondes futures. L'exemple des pays développés est là pour nous mettre en garde contre les dérives du système. Pour beaucoup de spécialistes, il n'y aura jamais de solutions définitives dans ce domaine et le but principal devrait être une bonne gestion des crises.

Cependant certaines précautions doivent être prises, surtout que les besoins dans ce domaine iront en grandissant. En effet, le vieillissement progressif de la population libanaise ne manquera pas d'alourdir fortement la facture de la santé dans les années qui viennent. Les gaspillages, les négligences et même les générosités d'aujourd'hui risquent d'être trop coûteux à long terme.

Les principales réformes à introduire concernent :

Ü Le développement d'une politique de santé qui ne s'appuiera pas uniquement sur une stratégie curative, mais développera des systèmes de prévention et de prévision. Le ministère de la Santé aura un rôle majeur dans ce domaine.

Ü L'intégration des besoins du développement sanitaire dans l'ensemble des besoins sociaux, économiques et culturels et basés sur la solidarité sociale.

Ü Un suivi continu des besoins de santé, aussi bien au niveau des structures matérielles que des hommes, et ce pour éviter les suréquipements et les déséquilibres de formation. Cet objectif sera atteint par une autorégulation et des consultations intersectorielles. Les pouvoirs publics ne disposent pas des moyens humains et matériels pour arbitrer. D'ailleurs, une gestion saine et moderne s'appuie sur ce principe d'autorégulation.

L'harmonie recherchée tiendra compte d'une répartition spatiale équilibrée et d'une couverture satisfaisante de l'ensemble des besoins de santé. Il ne s'agira pas d'interdire certains investissements ou d'imposer des quotas de formation par spécialité, mais d'orienter et d'introduire quelques limites, en concertation avec les professionnels et les partenaires sociaux, sans pour autant entretenir les corporatismes. La liberté d'entreprendre doit être aussi garantie dans le secteur de la santé.

Ü Une coordination avec les instances internationales et l'encouragement des coopérations bilatérales pour enrichir les capacités du secteur de la

santé au Liban, dans ce secteur. Le Liban pourrait avoir un rôle régional certain dans ce domaine.

Ü La modernisation des systèmes de gestion des structures sanitaires publiques, notamment la CNSS, y compris l'introduction des équipements et techniques nouvelles à côté d'une formation adaptée des ressources humaines.

Ü Une simplification des procédures de remboursement. Les assureurs privés peuvent servir d'exemple en la matière. Une sévérité exemplaire serait retenue contre les contrevenants et les fraudeurs, internes et externes, y compris le personnel médical de convalescence. L'introduction de la carte médicale, pourrait faciliter les tâches de gestion.

6.4. La CNSS : un rôle majeur

Les recommandations dans ce secteur touchent aussi bien une réelle couverture des risques qu'une modernisation de la gestion, en passant par la restructuration des prestations ou la réforme des méthodes de collecte et de redistribution.

Basée sur le principe de l'assurance des salariés, la Sécurité sociale était supposée reconforter la population et décharger les employeurs de toute couverture supplémentaire.

6.4.1. Assainissement et modernisation de la gestion

L'amélioration de la productivité ne saurait être obtenue sans une refonte administrative de la CNSS. Les principaux réajustements comprendront:

Ü Un allègement du nombre et une réhabilitation des employés de la CNSS.

Ü Une mécanisation et une informatisation des centres et des opérations.

Ü Un contrôle sévère pour freiner la corruption et les trafics d'influence.

Ü Une simplification des procédures de remboursement. Les assureurs privés peuvent servir d'exemple en la matière. Une sévérité exemplaire serait retenue contre les contrevenants et les fraudeurs, internes et externes, y compris le personnel médical de convalescence.

Ü La CNSS doit retrouver son caractère paritaire de gestion, et se libérer de la tutelle d'un Etat.

Ü Une transparence totale des comptes des différentes branches devra être observée pour éviter toute dilapidation de fonds. Les assurés devraient connaître avec précision leur dû et les taux de rendements qui leur reviennent.

Ü Une séparation très nette entre les différentes branches, et la privatisation de la majorité de la gestion des indemnités de fin de services.

Ü Les règles de gestion financière les plus strictes, et les plus productives seront appliquées pour les placements de la caisse. La CNSS devrait cesser d'assurer un financement bon marché au Trésor, et devra utiliser toutes les techniques modernes des finances pour garantir les meilleurs rendements pour ses surplus, notamment pour ses avoirs de fin de service.

Ü Les couvertures, et surtout les remboursements proposés par la CNSS sont très insuffisants compte tenu des besoins et frais réels des ménages. Il s'agira donc : d'assurer une couverture réelle et efficace des frais de santé supportés par le salarié, et éviter ainsi à l'employeur l'obligation d'une souscription supplémentaire à des couvertures de santé.

Ü d'améliorer les frais de remboursements des actes hospitaliers et médicaux.

Ü d'étendre progressivement ces remboursements à de nouvelles prestations exclues et à de nouvelles classes de la population.

Ces rattrapages s'effectueront progressivement, mais très régulièrement.

Il est certain que les négociations avec les professionnels de la Santé doivent se faire dans un objectif de réduction des charges, mais les tarifs conventionnés ne doivent pas trop s'écarter des lois du marché. Il ne s'agira jamais de faire des économies par réduction des prestations, mais par élimination des gaspillages.

Le principe de la moralisation du risque doit guider toutes les prestations sociales.

L'introduction du principe des tickets modérateurs allégera l'impact trésorerie des prestations lourdes, et des paiements de compensation peuvent être envisagés pour ces tickets. On encouragera leur prise en charge pour les ménages à faibles revenus

par les associations caritatives et les mutuelles.

La mutualisation et les assurances privées assureront les compléments de couverture minimum assurés par la CNSS.

A l'heure actuelle, les recettes de la CNSS sont assurées pratiquement en totalité par l'employeur. Il n'est pas possible d'étendre la couverture de la CNSS, à de nouvelles couches de la population et de maintenir cette forme de financement. L'assiette de collecte doit être élargie.

En premier, la participation des salariés eux mêmes est appelée à augmenter, plus particulièrement, celle des personnes à revenus élevés. Elle ne saurait se limiter aux seuls 3 % versés sur le salaire brut, et ce à concurrence de 3 fois le salaire minimum.

La participation des pouvoirs publics est elle aussi demandée par le biais des prélèvements obligatoires sur l'ensemble des contribuables.

En tant que principal employeur du pays, l'Etat devrait verser sa part des cotisations, ainsi que les apports collectés sur base de recettes d'impôts au profit de la CNSS. Par ailleurs, sa participation directe aux frais de santé assurés par le secteur public, devrait transiter par la Caisse. La centralisation des dépenses constitue un atout certain dans les rapports de l'Etat avec les organismes hospitaliers privés.

Un système évolué de protection de santé couvre traditionnellement les risques physiques comprenant l'invalidité, la maladie, les accidents et le décès. C'est en fonction de ces risques que sont élaborés les différents volets de la protection sociale.

Malheureusement on ne saurait se précipiter sur cette solution de protection, sans poser de nombreuses conditions de réussite, et ce sur les différents plans de la stratégie, de la gestion et du financement de la CNSS. Cette prudence est justifiée par les nombreuses réserves que suscite la Caisse, après de longues années d'erreurs et d'inefficacité sociale.

6.4.2. L'introduction de l'assurance vieillesse

L'une des plus graves distorsions du système de couverture social libanais est constituée par le principe

de l'indemnité de fin de services. Ce principe, excessivement lourd pour les employeurs est injuste pour les salariés. Il a été abandonné dans tous les pays et même au Liban, il avait été adopté à titre provisoire. L'introduction de l'assurance vieillesse constitue une mesure d'urgence qui permet de garantir des moyens minimaux d'existence aux personnes âgées et de mettre en oeuvre des mécanismes permettant aux anciens travailleurs salariés de bénéficier de ressources raisonnables au vu de leur revenu d'activité antérieur et en fonction des cotisations payées pendant l'ensemble de leur vie active.

Le principe de l'assurance vieillesse offre de multiples avantages :

Ü 1. Il consolide la mise en place d'un salaire minimum logique et suffisant évoluant suivant les changements du contexte économique.

Ü 2. Il apporte des versements aux retraités proportionnels au SMIC, leur assurant un mode de vie respectable sans pour autant leur constituer une source de richesse.

Ü 3. Il permet de faire évoluer le salaire des retraités en fonction des progressions du SMIC, c'est-à-dire en tenant compte de la cherté de vie.

Ü 4. Il autorise de verser une partie des indemnités aux héritiers directs de l'assuré en cas de décès.

Ü 5. Il ouvre le bénéfice de l'indemnité à tout salarié atteint d'un handicap définitif total ou partiel.

Ü 6. Il allège le poids des provisions qui forment une trop lourde charge pour les entreprises.

Ü 7. Il contribue à la mise en place d'une réelle solidarité sociale et maintient le lien entre la population active et les travailleurs. Il évite donc la coupure entre les retraités et les travailleurs, ces derniers, par leur contribution sociale paient les indemnités des premiers.

Ce système de l'assurance vieillesse devra remplir trois fonctions: épargne, assurance et redistribution.

Il sera basé sur trois piliers:

Ü le premier, obligatoire, sous gestion privée et financé par capitalisation intégrale, obligerait la population à épargner et à gérer son épargne,

Ü le deuxième, sous gestion publique et financé par impôt, mettrait les personnes âgées à l'abri du besoin par un système de redistribution,

Ü le troisième, volontaire, permettrait une épargne

supplémentaire et donc une retraite plus élevée à ceux qui désirent.

I- L'épargne obligatoire

Elle constitue le premier pilier du système et a pour objectif la constitution d'une épargne qui rend le système radicalement différent de la plupart de ceux qui existent actuellement. Financé par capitalisation intégrale ce pilier permettrait de relier les prestations et les cotisations sur la base d'un calcul actuariel; il serait géré par le secteur privé selon les lois de la concurrence sous forme de plan d'épargne personnelle ou de régimes professionnels de retraite. La gestion privée garantirait pour sa part l'affectation optimale du capital et le meilleur rendement de l'épargne.

II- La redistribution.

Le deuxième pilier ressemblerait beaucoup plus à ce que l'on trouve dans les régimes de retraite par répartition puisque sous régime public et financé par impôt. Mais ce pilier servirait surtout de dispositif de sécurité pour les personnes âgées qui ont eu de faibles revenus pendant leur vie active ou dont les placements d'épargne ont été infructueux. Les prestations seraient forfaitaires ou fonction des ressources et on pourrait offrir une garantie de

retraite minimum.

Cependant un tel système la retraite ne doit pas être calculée sur base de rémunérations, parce que dans ce cas la redistribution s'opère inévitablement en faveur de ceux qui ont des revenus élevés. En effet, ceux-ci entrent dans la vie active plus tard et de ce fait ils contribuent moins longtemps; ils vivent aussi plus vieux et perçoivent donc des prestations plus longtemps. Par ailleurs, leur rémunération augmentant rapidement avec l'âge, leurs pensions de retraite sont plus élevées par rapport à leurs cotisations.

III- L'épargne volontaire.

Ce pilier offrirait une protection supplémentaire sous forme de régimes professionnels de retraite volontaire ou de plan d'épargne personnelle pour ceux qui veulent s'assurer plus de revenu de retraite. La fonction d'assurance serait rempli en fait par les trois piliers en même temps puisque tous verseraient des annuités aux personnes âgées; une telle couverture serait ainsi largement diversifiée.

Plusieurs pays expérimentent déjà des systèmes à plusieurs piliers et plus particulièrement le Chili. Les accumulations dégagées par ce régime de protection ont servi de tremplin pour assurer le démarrage économique du pays.

SAFETY NET SYSTEMS IN LEBANON: SOMEWHERE BETWEEN AID AND INSURANCE

by **ROGER MELKI**

Consultant, Etudes et Consultations Economiques (ECE)

SUMMARY

Social security, the choices that it implies, its organization, its management and its financing are at the heart of internal debates in Lebanon today.

The evolution of social security in Lebanon has been uneven : it was affected by the country's liberal economic options, by the political and administrative difficulties during the 70's and 80's, as well as by the reconstruction programs. The development strategy was completely improvised and it led to a hybrid system where private and public sectors play undefined, sometimes even contradictory roles.

The safety net system in Lebanon is based on the following :

Ü Management of the system is shared between the public sector and the private one. Unfortunately, public sector intervention is often marred by squandering, weak productivity, trading of favors, and a inefficient allocation of resources.

Ü On the level of financing, the system makes use of all the forms of funding : funding through budget allocations, social contributions, transfer or distribution of expenses among patients, direct contribution of households, and the various social aid and charity organizations.

Ü On the level of social cover, the system is based on the principle of solidarity through Social security institutions, public sector insurance organisms, and private insurance companies.

The main characteristics of the safety net programs are summarized as follows :

Ü Several ill-structured systems that are little efficient

Ü Deficient protection, since only declared wage earners are insured

Ü Insufficient cover given that many social needs are excluded or inadequately covered

Ü Contributions are mainly borne by employers

Ü Administrative management that is very costly but inefficient

Ü Ill-functioning of the retirement plan since the accumulated reserves were exhausted by inflation

The different systems only cover part of the existing needs, namely health care and end of service indemnities. Unemployment, invalidity, and work accidents are not covered, and they are borne by the employing companies.

The safety net system needs restructuring, based on greater institutional solidarity in the aim of preventing exclusions and reducing the disparities between different social groups.

This reform should also be accompanied by a modernization in the management of the different systems, as well as by a more optimal allocation of resources and a rationalization of decisions.

It is recommended that the State do not manage the institutions that produce social security services, but simply ensure access to them for all.

The funds ensured by the safety net system should produce a leverage effect on the economy, contributing to economic recovery. The preservation of these reserves relies, however, on rigorous and continuous management.

It is necessary for Lebanon to consolidate its retrieved political peace, and with this regard, no efforts should be spared to reinforce its safety net system.