

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1972-1973

Annexe au procès-verbal de la séance du 29 mai 1973.

RAPPORT D'INFORMATION

FAIT

au nom de la Commission des Affaires sociales (1), à la suite d'une mission d'information chargée d'étudier, dans les pays membres de la Communauté économique européenne, les divers régimes de protection sociale,

Par MM. Marcel DAROU, Jean-Pierre BLANCHET, André AUBRY, Jacques MAURY, André RABINEAU, Eugène ROMAINE, Robert SCHWINT, Albert SIRGUE, Bernard TALON et René TRAVERT,

Sénateurs.

(1) Cette commission est composée de : MM. Marcel Darou, président ; Marcel Lambert, Lucien Grand, Jean-Pierre Blanchet, Jean Gravier, vice-présidents ; Jean-Baptiste Mathias, Lucien Perdereau, Marcel Souquet, Hector Viron, secrétaires ; Hubert d'Andigné, André Aubry, Pierre Barbier, Hamadou Barkat Gourat, Pierre Brun, Charles Cathala, Jean Cauchon, Marcel Cavaillé, Michel Darras, Baptiste Dufeu, Marcel Gargar, Abel Gauthier, Marcel Guislain, Jacques Henriët, Arthur Lavy, Edouard Le Jeune, Bernard Lemarié, Robert Liot, Georges Marie-Anne, Marcel Mathy, Jacques Maury, André Méric, Jean Mézard, Jean Natali, Pouvanaa Oopa Tetuaapua, André Rabineau, Ernest Reptin, Victor Robini, Eugène Romaine, Robert Schwint, Albert Sirgue, Robert Soudant, Bernard Talon, Henri Terré, René Travert, Raymond de Wazières.

SOMMAIRE

	Pages.
Avant-propos	3
CHAPITRE PREMIER. — L'étendue de la protection sociale dans l'ensemble de la Communauté	5
I. — Les structures	5
II. — L'assurance maladie	9
III. — L'assurance maternité	15
IV. — L'assurance invalidité	16
V. — L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles...	18
VI. — L'assurance vieillesse	19
VII. — Les prestations aux survivants.....	22
VIII. — Les prestations familiales.....	24
IX. — L'assurance chômage	27
X. — Aides sociales diverses.....	29
CHAPITRE II. — Le financement	33
CHAPITRE III. — Les tentatives d'harmonisation européenne	37
CHAPITRE IV. — Aspects économiques	43
A. — Dépenses sociales et développement économique.....	44
B. — Incidences économiques du mode de financement des dépenses sociales	48
Conclusion	53
ANNEXE. — Principales caractéristiques de chaque régime national :	
Allemagne fédérale	57
Belgique	65
Danemark	72
France	79
Grande-Bretagne	90
Irlande	97
Italie	103
Luxembourg	110
Pays-Bas	117

Mesdames, Messieurs,

Après avoir constitué un groupe de travail sur la situation et les problèmes des différents régimes de protection sociale en France, votre Commission des Affaires sociales a estimé que son enquête ne pourrait être complète sans une étude parallèle effectuée dans les pays membres de la Communauté économique européenne.

L'expression « protection sociale » pouvant recouvrir un domaine extrêmement vaste, la Commission a dû se limiter à celui qui peut correspondre au vocable de « Sécurité sociale ». Ce terme lui-même n'englobant pas strictement les mêmes prestations dans les neuf pays, nous avons pris pour base la norme minimale prévue par la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail : soins médicaux et indemnités de maladie, maternité, invalidité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, décès, prestations familiales, chômage.

En raison du nombre de pays à visiter et du temps limité dont nous disposions entre les dates des élections législatives et de la rentrée parlementaire, cette mission a été accomplie, du 20 au 30 mars 1973, par deux délégations.

L'une, composée du président Darou, de MM. Aubry, Maury, Romaine et Sirgue, accompagnés par M. Massot, responsable du secrétariat de la Commission, s'est rendue en Irlande, en Grande-Bretagne, aux Pays-Bas et au Danemark.

L'autre, conduite par M. Blanchet, vice-président de la Commission, et comprenant MM. Rabineau, Schwint, Talon et Travert, accompagnés par Mme Kheir Beik, administrateur, a séjourné en Italie, en Allemagne fédérale, en Belgique et au Luxembourg.

Malgré la brièveté de notre passage dans chaque capitale — variant de quarante-huit heures à trois jours — ont pu être organisés des entretiens extrêmement fructueux avec les responsables politiques et administratifs de la protection sociale, ainsi qu'avec des responsables syndicaux.

Les participants sont unanimes à se féliciter de l'accueil chaleureux qui leur a été réservé en particulier par Son Excellence M. Pierre Werner, Président du Gouvernement luxembourgeois

qui a fait l'honneur à notre délégation de la recevoir en audience, ainsi que par Mesdames et Messieurs les ministres, parlementaires, hauts fonctionnaires et personnalités de chaque pays qui, au-delà de l'objet même de nos travaux, ont démontré, de façon éclatante et spontanée, l'existence d'une véritable Communauté européenne à l'échelle humaine.

Qu'ils en soient ici vivement remerciés, de même que MM. les Ambassadeurs de France et leurs collaborateurs, sans lesquels l'organisation de cette mission n'aurait pu être menée à bien.

Ne pouvant, dans le cadre de cette étude technique, citer tous les témoignages de sympathie qui nous ont été prodigués, nous reproduirons seulement cet extrait du compte rendu analytique de la séance du Sénat belge du 28 mars 1973, au cours de laquelle son président, après avoir eu la courtoisie de faire poursuivre en français, pendant notre présence, un débat commencé en langue flamande, nous a salués en ces termes :

.....

HOMMAGE A UNE DELEGATION DU SENAT FRANÇAIS

« **M. le président.** — J'ai grand plaisir à saluer la présence dans nos tribunes d'une délégation de la commission des affaires sociales du Sénat français. Nous sommes toujours heureux de recevoir des membres de cette éminente institution. Ils ne trouveront sans doute pas ici, les richesses du Palais du Luxembourg où flottent les souvenirs vaporeux de Marie de Médicis, de la duchesse de Berry, de Made-moiselle de Montpensier et d'autres grandes dames et jolies femmes de l'histoire de France (*sourires*). Mais ils savent du moins combien est vive la cordialité de notre accueil.

« Nous sommes d'autant plus heureux de les voir parmi nous qu'ils n'ont pas dû subir les agitations de la campagne électorale qui a fait des ravages dans les rangs de l'Assemblée Nationale française (*sourires*). Ainsi demeurent-ils à leur poste, quasi inamovibles. On parlait jadis de Sénat conservateur. Ce n'est peut-être plus tout à fait exact. Mais il faut reconnaître que le Sénat français a gardé, à travers les siècles, une stabilité qui lui fait le plus grand honneur et dont mes deux excellents amis, les présidents Gaston Monnerville et Alain Poher ont donné tant d'exemples en dirigeant ses débats.

« Je souhaite, mesdames et messieurs, que votre colloque avec les membres de notre commission des affaires sociales soit fructueux et efficace. Malgré l'entrée de la Grande-Bretagne dans le Marché commun, nous avons décidé de vous accueillir avec du soleil (*sourires*). Nous vous souhaitons donc de tout cœur un excellent séjour en Belgique. » (*Applaudissements sur tous les bancs.*)

.....

Nous avons eu le plaisir d'entendre, dans toutes les réceptions et séances de travail auxquelles nous avons été conviés, des paroles aussi flatteuses, confirmant le prestige dont jouit le Sénat, au-delà même des frontières nationales.

CHAPITRE PREMIER

L'ETENDUE DE LA PROTECTION SOCIALE DANS L'ENSEMBLE DE LA COMMUNAUTE

I. — Les structures.

Une première constatation favorable s'impose : dans les neuf pays membres existe une protection sociale réelle sur tous les points évoqués par la Convention n° 102 de l'Organisation internationale du travail.

D'autre part, le taux de couverture des populations, bien que variable selon les secteurs, est élevé, atteignant au minimum 90 % pour les risques majeurs, tels que la maladie. Ce taux est d'ailleurs partout en augmentation constante, si bien que l'on peut espérer, à moyen terme, une couverture totale. Du reste, par le jeu des aides sociales diverses, apportées en complément, toutes les personnes dans le besoin sont effectivement secourues.

Mais l'une des principales impressions également ressenties par les deux délégations, aggravée encore par la confrontation de leurs observations respectives, est l'extrême diversité des législations de sécurité sociale en vigueur dans l'ensemble de la Communauté.

Cet état de fait est très compréhensible si l'on considère les origines historiques, essentiellement empiriques et relevant davantage du hasard des initiatives publiques ou privées que d'une conception logique.

Il est toutefois quelque peu décevant si l'on mesure le faible chemin parcouru dans le sens de l'harmonisation en quinze ans d'application du Traité de Rome.

Sur le plan de l'organisation, nous nous attacherons moins à la répartition variable des compétences, domaine du droit interne, qu'au défaut d'unité au niveau national.

Tant que chaque pays n'aura pas réussi à instaurer un régime unique au bénéfice de ses propres ressortissants, il serait illusoire d'espérer une meilleure réussite à l'échelle communautaire. Il ne nous appartient pas de porter des jugements de valeur sur la capacité ou la volonté de nos partenaires de réaliser ce préalable chez eux. Mais notre esprit critique pourra s'exercer d'autant plus librement que le membre le plus défaillant sur ce point est la France, qui maintient des régimes différents pour :

— les salariés du commerce et de l'industrie (régime appelé « général ») ;

— les agriculteurs (avec séparation des exploitants et des salariés) ;

— les professions industrielles, commerciales, libérales et artisanales (avec caisse unique pour la maladie, mais plusieurs caisses à statuts différents pour l'assurance vieillesse) ;

— la Société nationale des chemins de fer français ;

— les agents des chemins de fer secondaires ;

— les mineurs ;

— les marins ;

— les industries électriques et gazières ;

— les fonctionnaires (avec distinction entre titulaires, auxiliaires, ouvriers de l'Etat, militaires, agents des collectivités locales) ;

— la Compagnie générale des eaux ;

— les théâtres lyriques nationaux et la Comédie française ;

— les clercs et employés de notaires ;

— la Banque de France ;

— le Crédit foncier ;

— les Chambres de commerce...

Encore cette liste, non limitative, ne donne-t-elle pas une vue complète de la diversité des situations, car plusieurs de ces régimes se subdivisent en de multiples organismes professionnels ou locaux plus ou moins autonomes.

L'Italie a également conservé un grand nombre de régimes spéciaux, notamment pour :

— les agents des collectivités locales ;

— les agents de l'Etat et cheminots ;

— les agents des services de transport en concession ;

- les agents des impôts de consommation ;
- les journalistes ;
- les agents des services téléphoniques ;
- les travailleurs du spectacle ;
- le personnel de la navigation aérienne ;
- les agents des entreprises d'électricité ;
- les agents des entreprises du gaz ;
- les employés de l'agriculture ;
- les employés des recettes et perception des impôts directs ;
- les marins ;
- les mineurs ;
- les cadres et dirigeants de sociétés ;
- les ecclésiastiques ;
- les commerçants ;
- les artisans ;
- les agriculteurs indépendants ;
- les professions libérales.

Mais une loi est en préparation pour fusionner les caisses en un système de santé prévoyant la couverture de tous les risques pour toutes les catégories. Cette réforme, si elle est votée, sera mise en œuvre par étapes.

Votre Commission des Affaires sociales a souvent dénoncé les iniquités inadmissibles résultant, en France, de la disparité des avantages et des charges pour les affiliés, à la merci de l'évolution démographique et économique de chaque profession.

Sans doute une tendance se manifeste-t-elle vers l'alignement sur le régime général. Elle est surtout sensible pour les prestations maladie en nature mais demeure beaucoup trop lente et aléatoire pour les autres.

En fait, aucun des partenaires n'a encore établi de régime unique intégralement applicable à toutes les catégories sociales pour l'ensemble des prestations faisant l'objet de ce rapport.

Mais plusieurs sont déjà très avancés dans cette voie puisque :

— la Grande-Bretagne a depuis 1948 deux régimes unifiés, l'un pour les soins médicaux, l'autre pour toutes les prestations en espèces. Toutefois, ce dernier distingue trois catégories — salariés,

travailleurs indépendants, autres personnes — n'ayant pas toute vocation à l'ensemble des allocations. Mais les taux de celles-ci sont uniformes ;

— l'Irlande possède également un régime unique, mais applicable aux seuls travailleurs manuels et aux non-manuels dont les revenus sont inférieurs à un plafond (actuellement 16.000 £ par an, soit environ 18.000 F), qui représentent, d'ailleurs, environ 90 % de la population ;

— le Danemark connaît un régime applicable à l'ensemble de la population, mais ne comportant pas le chômage.

Les Pays-Bas possèdent un régime complet pour les salariés gagnant moins de 20.900 florins (environ 33.000 F) — à peu près 70 % de la population — et une assurance nationale pour les risques physiologiques graves, la vieillesse, les prestations aux survivants et les prestations familiales.

Les législations allemande, belge et luxembourgeoise en sont au stade intermédiaire d'un régime général couvrant la plupart des salariés, avec subsistance de quelques régimes spéciaux, notamment pour les fonctionnaires, les mineurs, les agents de chemins de fer, les gens de mer s'il y a lieu, et les travailleurs indépendants.

Notons cependant un domaine où l'unicité est à peu près réalisée, en fait sinon en droit strict, au niveau national, sauf en Italie : les prestations familiales.

Les disparités résultant de l'existence de régimes unitaires ou multiples se sont trouvées aggravées avec l'élargissement de la Communauté car elles s'analysent, entre les Six et les trois nouveaux membres, comme une opposition fondamentale sur les principes mêmes servant de base à l'élaboration de la protection sociale.

A la notion d'assurance se substitue peu à peu celle de service national mais seuls le Danemark, la Grande-Bretagne et l'Irlande en ont tiré les conséquences extrêmes.

C'est ainsi qu'en France, malgré le changement symbolique du vocable « Assurances sociales » en « Sécurité sociale », le niveau des cotisations et des prestations dépend du régime d'affiliation et non des besoins réels de l'affilié.

Trop de législations ont conservé à la protection sociale son caractère originel d'accessoire ou de complément à la réglemen-

tation du travail. Dans la plupart des pays subsistent des distinctions selon les catégories de travailleurs, notamment entre salariés et non-salariés.

Cette divergence de conception se répercute, jusque dans leurs moindres détails de réglementation, sur toutes les branches de protection sociale que nous allons étudier et elle représente sans doute le principal obstacle à l'harmonisation.

II. — L'assurance maladie.

L'assurance maladie devrait être le domaine par excellence de la similitude de droits et de traitement car le risque qu'elle couvre, inhérent à la condition humaine, est par essence égalitaire et totalement étranger à la notion de frontière.

D'autre part, la protection de la santé publique étant, à notre sens, un élément indispensable au plein emploi, à des fins économiques notamment, de la capacité démographique d'une nation aussi bien que d'une communauté internationale, il semble que l'on doive, au premier chef, se préoccuper de l'assurer dans des conditions aussi complètes que possible sur l'ensemble du territoire considéré.

Nous n'en sommes pas encore là et des inégalités subsistent, pour des raisons surtout financières.

A. — PRESTATIONS EN NATURE

Seule la Grande-Bretagne garantit à l'ensemble de sa population des soins gratuits (sous réserve du paiement d'un très léger forfait demandé depuis peu aux non-nécessiteux pour chaque médicament).

Le Danemark offre la même facilité médicale à tous les résidents disposant de revenus moyens, mais 25 à 50 % des frais pharmaceutiques demeurent à leur charge.

En Irlande et aux Pays-Bas, les salariés bénéficient de la gratuité complète des soins, sous réserve d'un plafond de ressources. Il en est de même en Allemagne pour les soins médicaux.

Une franchise totale existe aussi pour la plupart des assurés italiens et pourrait être étendue prochainement à toute la population.

En France, en Belgique et au Luxembourg, la gratuité n'est consentie que pour les cas les plus graves, et nous devons constater que notre pays impose le ticket modérateur le plus élevé, depuis la réforme de 1967 qui se situe à contre-courant de l'évolution européenne.

Ce problème est lié à l'intervention des caisses d'assurance maladie dans les relations entre les médecins et leurs patients. Ceux-ci ne peuvent être totalement exonérés que dans la mesure où les médecins sont rémunérés par les caisses, ce qui implique un contrôle ressenti quelquefois comme une entrave à la liberté de la médecine.

Pratiquement, la gratuité directe des soins — sans avance de l'assuré — s'accompagne de l'inscription préalable chez un médecin de famille. Il en est ainsi au Danemark, en Grande-Bretagne, en Irlande et aux Pays-Bas. En Italie, il faut consulter dans sa circonscription territoriale et s'adresser à un médecin agréé. En Allemagne, où intervient une quatrième partie — les associations de médecins qui répartissent elles-mêmes entre leurs membres le produit des cotisations que leur versent les organismes collecteurs — le patient doit faire appel à un praticien de la caisse.

Nous trouvons, du reste, une confirmation de cette servitude en France même, puisque les régimes spéciaux (S. N. C. F., R. A. T. P., Mines...) et les services sociaux pratiquant la gratuité directe imposent au bénéficiaire le recours à des médecins rémunérés par la caisse considérée.

La liberté de choix du médecin n'est donc totale pour l'assuré que lorsque celui-ci fait l'avance des honoraires. Il n'en est vraiment ainsi qu'en France, en Belgique et au Luxembourg. Encore doit-on souligner que, même dans ce cas, les conventions tarifaires orientent nécessairement la clientèle soucieuse d'un remboursement maximum.

Ce problème du contrôle est déterminant car l'augmentation constante et considérable de la consommation médicale et pharmaceutique, enregistrée dans l'ensemble de la Communauté, hypothèque lourdement l'avenir de la Sécurité sociale, qu'elle menace même de conduire à l'impasse financière, ainsi que nous le constatons actuellement en France.

La solution est d'autant plus difficile à élaborer que le débat ne porte pas seulement sur la finalité sociale mais sur le statut de la médecine, voire, pour certains, sur sa nationalisation.

En particulier, la rémunération du médecin à la capitation ou au forfait pratiquée en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas, partiellement en Allemagne, au Danemark, en Irlande et en Italie, est considérée comme une fonctionnarisation par la médecine ayant conservé le paiement direct à l'acte comme en Belgique, en France et au Luxembourg.

Notons, toutefois, que tous les pays ayant instauré le service national ont conservé une médecine privée. Celle-ci, malgré l'obligation pour le malade de supporter la totalité des frais (dont les conséquences sont atténuées par l'existence d'assurances privées) est en extension en Grande-Bretagne, mais dans des proportions encore limitées. 95 % des médecins appartiennent au service national, la plupart y étant occupés à plein temps ou, s'agissant des spécialistes, y consacrant les neuf onzièmes de leur temps, selon les estimations officielles. Les jeunes médecins, en particulier, y trouvent davantage de facilités pour se constituer une clientèle, tendance encore accentuée par le développement des cabinets de groupe.

Les adversaires de la gratuité, dans le cadre d'un service national, estiment qu'elle conduit à une élévation abusive de la consommation et à une baisse de la qualité de l'acte médical, notamment en ramenant le rôle du généraliste à celui de « dépisteur » ou de « distributeur de certificats ».

Une telle controverse dépassant le cadre de notre mission, nous observerons simplement que la Sécurité sociale ne peut fonctionner sans une coopération étroite avec la médecine et que la tendance générale est à l'augmentation progressive du degré d'intégration.

Peut-être trouve-t-on une solution valable de compromis avec le *système danois*, qui semble satisfaire le corps médical exerçant librement dans le cadre d'accords conclus entre ses organisations professionnelles et les conseils régionaux à qui incombe la gestion de la Sécurité sociale.

La sécurité est assurée par la gratuité des soins à tout Danois ne disposant que de revenus inférieurs à un niveau moyen — sans considération de profession — avec rémunération des méde-

cins par les conseils régionaux, à la fois au forfait et à l'acte. Mais la liberté existe à l'égard des malades plus fortunés, qui paient leur médecin. Celui-ci n'a pas à se préoccuper des remboursements. Le consultant reçoit des services publics le prix normalement versé aux médecins pour les ressortissants du groupe bénéficiant de la gratuité. On étudie même actuellement la possibilité d'instaurer un nouveau régime unique dans lequel serait totalement garantie la liberté des médecins. Mais la décision à prendre est d'ordre politique.

Sur le plan de la protection sociale, qui demeure l'objet fondamental de notre étude, on peut estimer psychologiquement et financièrement sain que chacun prenne en charge, dans une limite raisonnable, les soins élémentaires au maintien ou au rétablissement de sa propre santé, sous réserve de l'aide médicale gratuite en faveur des plus déshérités. C'est, avec le souci de combattre les abus, l'argument invoqué pour l'institution du ticket modérateur ou du non remboursement du petit risque.

Mais qui peut déterminer avec certitude le « petit risque » avant qu'une guérison rapide ne lui confère vraiment cette qualité ? Certainement pas le malade. Le médecin lui-même n'est souvent apte à se prononcer qu'après un examen sérieux. Toute disposition restrictive dans le remboursement conduit inévitablement les assurés, principalement ceux dont les revenus sont les plus faibles, à négliger les atteintes à leur santé qu'ils croient bénignes. Or, les symptômes apparaissent parfois tels, même lorsqu'ils sont les premiers signes d'une affection grave. Dans ce dernier cas, toute perte de temps peut devenir catastrophique pour l'individu, aussi bien que pour la Sécurité sociale qui devra alors financer des traitements coûteux et pour la Nation elle-même privée pour longtemps — sinon pour toujours — d'un élément actif.

On insiste beaucoup aujourd'hui sur la nécessité médicale et économique de la prévention, infiniment plus efficace et finalement moins onéreuse que la thérapeutique *a posteriori*. Nous avons même noté chez tous nos partenaires une volonté profonde d'extension des moyens de prévention. Mais les dépistages systématiques sont nécessairement limités sur le plan quantitatif, donc insuffisants. Les efforts entrepris ne porteront vraiment tous leurs fruits que lorsque chacun aura pu être convaincu qu'il doit exercer individuellement cette prévention.

Or, ticket modérateur et franchise du petit risque, dans la mesure où ils sont relativement élevés, représentent une incitation inverse et réduisent à néant les tentatives d'associer la population.

Toutefois, les impératifs financiers conduisent de plus en plus à instituer une participation des intéressés. Elle est devenue effective en Grande-Bretagne pour les médicaments, ainsi qu'il a été indiqué plus haut. Elle est à l'étude aux Pays-Bas, dans l'optique d'une extension de l'assurance maladie à tous les résidents.

Présentement, il est certain que la couverture sociale en matière de maladie est très inégalement assurée dans la Communauté et que toute harmonisation est exclue tant que s'opposeront ces systèmes dont les extrêmes sont symbolisés par le service national britannique et la pratique libérale française.

Les multiples différences sur la nature et les niveaux des prestations, les durées d'assurance requises ou les conditions d'octroi nous apparaissent secondaires.

Leur disparition ne relèverait que de simples mesures d'application si les structures de base étaient unifiées.

On peut, d'ailleurs, renverser les facteurs et, à défaut de mieux, tenter l'harmonisation en remontant du particulier au général.

B. — PRESTATIONS EN ESPÈCES

Des prestations en espèces sont versées à tous les salariés pendant l'arrêt de travail imposé par la maladie. Elles sont ouvertes également aux travailleurs indépendants en Grande-Bretagne et au Danemark, celui-ci donnant même cette possibilité aux épouses n'exerçant pas d'activité rémunérée.

Des conditions variables d'ancienneté d'assurance ou de durée de travail antérieur sont exigées, sauf en Allemagne, en Italie, au Luxembourg et aux Pays-Bas.

Un délai de carence est imposé (à l'exception du Danemark, pour les salariés), allant de un à trois jours, de même que, sauf au Danemark et en Irlande, une limite de durée, variant de six mois à trois ans.

Pour le montant des allocations, nous constatons une différence de conception, valable pour toutes les prestations en espèces et les cotisations qui les financent, entre le recours aux taux forfaitaires uniformes pour tous les bénéficiaires de même catégorie et le calcul en pourcentage du salaire d'activité.

La première répond davantage à la notion d'assistance générale et a été naturellement retenue par les pays ayant créé une assurance nationale : Grande-Bretagne, Danemark et, pour les salariés, Irlande.

Mais le Danemark a modifié sa législation depuis le 1^{er} avril dernier et accorde désormais 90 % du salaire antérieur. La Grande-Bretagne et l'Irlande envisagent également une réforme en ce sens.

Cette seconde solution répond, en effet, davantage au souci de conserver au malade son niveau de vie habituel, afin d'éliminer, dans toute la mesure du possible, les conséquences financières de sa défaillance physique et de permettre le maintien d'une vie normale pour lui et sa famille. *Cela nous apparaît comme une nécessité à la fois sociale et thérapeutique, car la maladie est toujours aggravée par les soucis matériels.*

Un tel objectif ne saurait d'ailleurs être atteint avec le versement de 50 % du salaire antérieur ainsi qu'il est pratiqué en France et, partiellement, en Italie (vingt premiers jours) et au Luxembourg (prestation normale).

L'équité paraît mieux réalisée aux Pays-Bas (80 %) et au Danemark (90 %), pendant le premier mois en Belgique (80 à 100 %), et surtout pendant les six premières semaines en Allemagne (100 %).

Il semble que la voie de l'harmonisation soit tracée puisque sept membres de la Communauté appliquent déjà le même principe de base.

Notons également que la Grande-Bretagne corrige quelque peu l'injustice de prestations forfaitaires relativement basses par l'octroi de suppléments proportionnels aux gains pour les assurés dont les revenus dépassent un certain niveau. Des études sont en cours pour mieux adapter cotisations et prestations aux salaires réels.

Il serait souhaitable de s'orienter partout vers l'alignement des taux et l'extension à toute la population active.

III. — L'assurance maternité.

L'assurance maternité est liée, dans l'ensemble de la Communauté, à l'assurance maladie. Les conditions d'affiliation sont donc pratiquement les mêmes, avec les inégalités déjà signalées sur ce plan.

Les bénéficiaires sont les assurées, les femmes et filles d'assurés, la Belgique et l'Italie l'étendant à d'autres membres de la famille.

Les frais médicaux, les examens prénataux et postnataux sont généralement gratuits.

La période de prise en charge est généralement de quatorze semaines, sauf en Italie pour les assurées de l'industrie (cinq mois), en Grande-Bretagne (dix-huit semaines), en Irlande, au Luxembourg et aux Pays-Bas (douze semaines).

Les indemnités pour arrêt de travail sont identiques à celles versées en cas de maladie dans les deux pays à prestations fixes (Grande-Bretagne, Irlande), dans ceux où les taux maladie sont élevés (Allemagne, Danemark), ainsi qu'en Belgique et au Luxembourg. Elles sont majorées ailleurs : 80 % du salaire en Italie, 90 % en France, 100 % aux Pays-Bas.

Il s'y ajoute, sauf en Italie, des primes ou allocations relevant souvent davantage d'une politique de natalité que d'une préoccupation strictement sociale.

Il semble que l'assurance maternité soit le secteur où l'harmonisation serait le plus facilement réalisable puisque la plupart des membres de la Communauté, malgré des réglementations très divergentes sur les modalités administratives, tendent à établir la gratuité des soins et, pour les travailleuses, le maintien d'un salaire se rapprochant sensiblement de celui d'activité.

La maternité ne devrait pas être considérée comme une maladie et ses implications financières mériteraient d'être entièrement prises en charge par la société dont elle conditionne la survie.

IV. — L'assurance invalidité.

Rattachée, selon les régimes, à l'assurance vieillesse ou à l'assurance maladie, l'assurance invalidité prend, en fait, partout, le relais de celle-ci lorsque l'incapacité se prolonge au-delà de la durée maximum prévue pour le versement des indemnités maladie en espèces.

Là s'arrête la similitude entre les législations des Neuf.

Pour les bénéficiaires, nous retrouvons la différence entre régimes s'appliquant uniquement aux salariés ou ouverts à d'autres catégories.

Les prestations sont versées aux travailleurs indépendants en Grande-Bretagne et au Danemark. Dans ce dernier pays, peuvent même en bénéficier les épouses n'exerçant aucune activité rémunérée, l'invalidité se traduisant, dans ce cas, comme une incapacité d'assumer les travaux ménagers.

Le degré minimum d'invalidité est généralement des deux tiers de la capacité normale de gain ou de travail. Il est de 50 % en Allemagne et au Danemark et de 15 % aux Pays-Bas. Il n'y en a pas en Grande-Bretagne et en Irlande.

La durée minimum d'affiliation est également très variable : nulle au Danemark et aux Pays-Bas, elle peut atteindre cinq ans en Allemagne, en Italie et au Luxembourg.

Le montant des prestations est forfaitaire en Grande-Bretagne et en Irlande. Il est égal à celui des prestations maladie en espèces, ce qui les situe à un niveau relativement faible, en particulier pour les assurés dont les revenus d'activité étaient importants, d'autant qu'il n'y a pas de supplément proportionnel aux gains. Il existe cependant une faible allocation complémentaire pour maladie chronique.

Le Danemark a également conservé des prestations uniformes, mais à des taux plus élevés et modulés en trois stades selon le degré d'invalidité.

Les six membres d'origine, au contraire, tiennent compte du salaire antérieur et de la durée d'assurance, le mode de calcul étant souvent assez complexe.

Ces divergences nous interdisent toute comparaison précise et valable.

Signalons simplement que le régime néerlandais institué en 1967 paraît à la fois le plus simple et le plus avantageux puisque l'indemnité est rigoureusement liée au degré d'invalidité et, grâce à l'établissement de sept paliers, représente, à 5 ou 15 % maximum près, la perte de capacité de gain officiellement reconnue.

D'autre part, le droit à l'indemnité et son montant ne dépendent plus de l'origine de l'incapacité, ce qui a rendu inutile le recours à une législation spéciale pour les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La gestion est particulièrement évoluée. Elle associe étroitement l'action du médecin du travail (qui n'est pas le médecin traitant) agissant dans le cadre du service médical commun des associations professionnelles et celle de l'expert du travail qui s'efforce d'atténuer les conséquences pratiques de l'invalidité.

Le premier examine le patient et établit un rapport descriptif très détaillé de son état physiologique et psychologique, axé, non sur son incapacité mais sur ce qu'il est encore capable de faire (mouvements qui lui sont permis, situations dans lesquelles il peut se trouver sans risque pour sa santé...). *Cette inversion dans un sens positif du problème trop souvent envisagé sous l'angle négatif nous apparaît particulièrement féconde.*

Ce document, appelé parfois « portrait descriptif », formule traduisant parfaitement sa substance et son but, est accompagné d'une liste des possibilités de travail ouvertes à l'intéressé.

C'est à ce stade qu'intervient l'expert du travail dont la tâche est d'exploiter ces renseignements pour rechercher les solutions aptes à réinsérer l'invalidé dans une vie normale. Il se rendra chez lui pour connaître son entourage et ses conditions de vie, se chargera de faciliter toutes les démarches nécessaires, par exemple de lui faire passer un permis de conduire spécial pour véhicule adapté à son infirmité ou installer des aménagements spéciaux dans son appartement, aussi bien que de lui procurer un travail compatible avec ses capacités restreintes, de préférence dans son ancienne entreprise ou, du moins, à proximité de son domicile. Il peut également lui faire obtenir des provisions dans l'attente du paiement des indemnités.

C'est compte tenu de tous ces éléments que sera évaluée la nouvelle capacité de gain qui, par différence avec le salaire anté-

rieur, permettra de fixer le pourcentage d'incapacité (de 15 % à 100 %) déterminant le taux de la pension, qui peut varier de 10 % à 80 % de la rémunération précédente.

Des revisions sont possibles afin que le total de l'indemnité et du nouveau gain soit réellement équivalent au salaire de référence.

L'invalidé est ainsi personnellement protégé et guidé en permanence, ce qui est, sans aucun doute, particulièrement bénéfique pour le travailleur autant que pour la collectivité.

Cette législation n'intéresse encore que les salariés, mais des études sont en cours pour l'étendre à l'ensemble de la population.

V. — L'assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Huit des neuf pays membres de la Communauté accordent une garantie particulière aux risques d'accidents du travail et de maladie professionnelle pour les salariés.

Seuls les Pays-Bas n'ont pas de législation spéciale en ce domaine, parce que celle qu'ils ont élaborée en matière de maladie et d'invalidité est suffisamment évoluée pour ne pas exiger de complément.

La caractéristique commune — et pour une fois, sans exception — est la gratuité des soins, ce qui rend inutile le recours à une réglementation distincte dans les pays garantissant déjà la gratuité à toute leur population (ou simplement à leurs travailleurs) pour la maladie, quelle qu'en soit l'origine.

Les indemnités journalières ont des taux et des conditions d'attribution très divers constituant des variantes, plus favorables, des indemnités en espèces de l'assurance maladie, sauf au Danemark (incapacité temporaire) et en Allemagne où celles-ci sont suffisamment élevées pour ne pas nécessiter de majoration.

La Grande-Bretagne et l'Irlande sont fidèles au versement de prestations uniformes, recherchant davantage l'indemnisation du handicap physique que la compensation d'une perte de gain. Du reste, l'invalidé peut travailler sans que sa rente soit affectée par le salaire qu'il touche.

Par contre, les autres pays considèrent la capacité de gain et versent un pourcentage du salaire antérieur.

Les inégalités entre les travailleurs accidentés des neuf pays sont certaines, mais difficilement chiffrables en raison de la complexité des réglementations.

Les maladies professionnelles ont donné lieu à l'une des rares tentatives pratiques d'harmonisation sociale dans l'Europe des Six. Encore ne s'agit-il que de l'établissement des listes de ces maladies et de la preuve de leur origine. Mais tous les Etats n'ont pas encore appliqué cette recommandation, ainsi que nous l'exposerons dans un chapitre ultérieur.

VI. — L'assurance vieillesse.

La vieillesse a longtemps relevé de l'assurance personnelle, probablement parce que le risque étant à la fois inévitable et facile à prévoir à l'avance, on pouvait penser que chacun devait s'y préparer.

Cette situation a conduit à de telles inégalités que l'on a dû multiplier les aides complémentaires, publiques et privées.

On a découvert depuis peu le « troisième âge », voire le « quatrième âge », auxquels la démographie moderne donne une dimension numérique grandissante mais aussi l'évolution de notre civilisation attache une importance humaine.

Toutefois, la diversité des initiatives rend les comparaisons internationales extrêmement difficiles et aléatoires.

L'égalité complète n'a été réalisée qu'aux Pays-Bas où tous les résidents sont couverts par un régime unique versant des pensions uniformes d'un montant convenable, sans conditions de nationalité, de revenus ni de durée d'affiliation (chacun étant automatiquement assuré dès l'âge de quinze ans).

Une pension nationale à taux unique est également servie à tous les citoyens danois et britanniques (pour ceux-ci sous condition d'ancienneté d'assurance) mais c'est une prestation de base (d'un niveau supérieur au Danemark) qui peut être complétée, pour les salariés, par une pension supplémentaire proportionnelle aux gains antérieurs, selon des normes générales au Danemark, variables selon les entreprises en Grande-Bretagne. L'Irlande a une législation analogue, mais pour les travailleurs manuels et ceux dont les revenus sont inférieurs à un plafond.

Chez tous les autres partenaires, la pension de retraite est assise sur la rémunération d'activité. Mais les conditions d'ancienneté d'assurance et les taux pratiqués conduisent à des situations très disparates, même au plan national, dont le détail figure dans les schémas insérés en annexe.

Aussi, dans l'ensemble de la Communauté, à l'exception de l'Italie où le calcul de la pension sur l'ensemble de la rémunération (non plafonnée) est considéré comme un avantage suffisant (avec le maximum d'annuités, le retraité peut obtenir 80 % de son salaire des trois meilleures des cinq dernières années), se développent des *régimes complémentaires* en faveur des salariés.

Ils viennent d'être généralisés en France par la loi n° 72-1223 du 29 décembre 1972.

La Grande-Bretagne les encourage et songe à les rendre obligatoires avec création d'une agence centrale apte à les contrôler et les coordonner, en particulier pour le cas où les affiliés changent d'employeur et de caisse.

Ils revêtent également une grande importance en Allemagne et aux Pays-Bas.

Prenant une forme contractuelle entre le salarié et son employeur ou un groupe d'employeurs, les conditions de fonctionnement sont très diverses et les avantages, découlant du système de répartition, sont liés à la situation démographique de la profession, ce qui provoque de graves inégalités.

Les salariés français sont parmi les plus favorisés puisque l'on évalue ce complément à 20 % du salaire, alors qu'il n'est que de 10 % en Allemagne. Mais cela ne fait que compenser l'infériorité des pensions de base.

Il semble que la conjonction de ces dispositions rapproche sensiblement la situation financière réelle des pensionnés de chaque nationalité et permette à la plupart des salariés ayant suffisamment cotisé de disposer d'environ 60 % de leur rémunération antérieure.

Mais le problème demeure entier pour de nombreux non-salariés.

Certains, comme les travailleurs indépendants, s'organisent dans le cadre de leur profession, avec les aléas inhérents à l'évolution économique. Cela conduit aux difficultés que nous connaissons en France, notamment pour les agriculteurs, les artisans et les commerçants.

De plus, il subsiste toujours un pourcentage important de déshérités pour lesquels n'existe aucun moyen d'assurance suffisant.

C'est pourquoi les pays ne disposant pas d'une assurance nationale applicable à l'ensemble de la population ont institué des formes d'aide s'analysant comme une garantie de minimum vital offerte à tous ceux qui, dans leur vieillesse, ne disposent pas de revenus décents.

Ce sont, en France, l'allocation aux vieux travailleurs salariés, le Fonds national de solidarité et l'allocation spéciale de vieillesse, en Belgique la création récente d'un « revenu garanti » à toute personne ayant atteint l'âge de la retraite et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond, en Italie, l'existence d'une pension sociale.

L'Allemagne ne connaît pas le minimum garanti mais les non-salariés ont la faculté de s'assurer volontairement au régime légal unique de vieillesse-invalidité, obligatoire pour les salariés. On considère que l'ancienneté du système a permis à chacun de se couvrir convenablement et la pratique de la « rente dynamique » (indexation partielle sur l'évolution du niveau général des salaires) permet de maintenir un pouvoir d'achat à peu près constant.

Toutes ces disparités et complexités sont peu favorables à une unification européenne.

Il semble toutefois qu'une tendance assez générale se manifeste en faveur de *l'aménagement d'une pension de vieillesse de base garantissant des revenus décents à toutes les personnes âgées, avec compléments possibles par le biais d'assurances personnelles ou professionnelles.*

Le problème serait alors de fixer pour l'allocation de base un même niveau dans toute la Communauté et de l'appliquer à tous ses ressortissants, quel que soit le lieu de leur résidence et leurs activités antérieures.

Peut-être pourrait-on aussi s'accorder sur l'âge de la retraite.

Le régime le plus avantageux est celui de l'Italie, avec cinquante-cinq ans pour les femmes et soixante ans pour les hommes. La moyenne se situe à soixante-cinq ans : Allemagne, Belgique (soixante ans pour les femmes), France (soixante ans dans certains

cas), Grande-Bretagne (soixante ans pour les femmes), Irlande (salariés), Luxembourg, Pays-Bas. Le Danemark va jusqu'à soixante-sept ans (soixante-deux ans pour les femmes seules et les malades).

Ce problème est souvent lié aux conditions du marché du travail. C'est pourquoi, vraisemblablement, le pays ayant conservé l'âge de départ le plus avancé — le Danemark — est, par ailleurs, celui où le plein emploi est le plus parfaitement réalisé, le chômage étant presque inexistant.

En réalité, ces limites constituent de plus en plus des maxima déterminant l'octroi de la pension à taux plein. Mais il existe des possibilités de retraite anticipée en fonction de la situation sociale et des activités professionnelles.

Il semble, du reste, que plusieurs pays européens songent à renoncer à une trop stricte rigidité. *Aussi pourrait-on peut-être s'orienter vers l'établissement de normes axées sur les conditions de travail et de rémunération des personnes âgées.*

La « retraite à la carte », actuellement préconisée en France, comportant la possibilité de se retirer avec la pension pleine à l'âge de soixante ans (voire cinquante-cinq ans pour les femmes), assortie de la liberté totale de choisir le maintien en activité, pourrait constituer une proposition d'harmonisation en accord avec les aspirations suscitées par l'état de notre civilisation.

VII. — Les prestations aux survivants.

Les graves problèmes posés par le décès du chef de famille sont assez mal résolus dans l'ensemble de la Communauté.

Trois pays ont institué au profit des *veuves* une assurance nationale versant des allocations forfaitaires : Pays-Bas, Danemark et Grande-Bretagne.

Des dispositions analogues sont en vigueur en Irlande pour les veuves d'assurés (travailleurs manuels et autres travailleurs dont le salaire est inférieur à un certain plafond).

Le régime néerlandais apparaît le plus évolué avec une allocation substantielle versée à toute veuve ayant au moins quarante ans et même sans condition d'âge en cas d'invalidité ou d'enfant à

charge. La notion de pension de réversion est devenue inutile puisque les veuves ont un droit personnel à l'allocation, totalement indépendant de la situation du mari.

L'assurance danoise (qui comprend, de plus, une pension de réversion) s'attache surtout aux cas sociaux : veuves seules à partir de cinquante-cinq ans (si le veuvage est postérieur à l'âge de quarante-cinq ans) ou de cinquante ans si elles sont dans une situation difficile ou de quarante-cinq ans s'il y a deux enfants à charge. On estime qu'il est préférable de faciliter leur insertion dans la vie active en leur versant au besoin une aide temporaire pour une période d'adaptation. Mais la pension définitive dépend des autres revenus et sera supprimée dès que pourra être touché un salaire normal. Il est vrai, ainsi qu'il a été indiqué plus haut, que la conjoncture actuelle au Danemark permet de trouver assez facilement du travail.

Le système britannique est plus complexe mais pratiquement toutes les veuves dont le mari avait cotisé pendant trois ans, quel que soit leur âge, touchent une allocation dont le montant est fonction de leur situation personnelle, mais généralement plus élevé que celui de la plupart des autres prestations sociales. De plus, il est prévu différents cas, ce qui élargit le champ de la protection.

Dans les autres Etats, les prestations comportent un capital-décès immédiat et des allocations fondées sur les droits à pension du défunt, dont elles représentent généralement 60 %. Ce taux est de 80 % pour la Belgique, mais de 50 % seulement en France.

L'Allemagne, l'Italie et le Luxembourg n'exigent aucune condition d'âge, de même que, dans certains cas (enfant à charge, invalidité), la Belgique. Celle-ci a fixé pour son droit commun quarante-cinq ans. La France a le seuil le plus élevé — cinquante-cinq ans — malgré une réforme récente qui l'a avancé de dix ans. D'autre part, la veuve française bénéficiant d'une allocation de sécurité sociale de son propre chef n'a pas droit à la pension de réversion, à la différence des bénéficiaires des régimes allemand et italien qui admettent le cumul.

Ces pensions de réversion ont l'inconvénient de ne pouvoir exister qu'en faveur des veuves d'assurés et d'être liées, pour leur montant, à la durée d'assurance, ce qui laisse subsister des lacunes très graves dans la protection.

Il serait souhaitable, dans le cadre peut-être d'une politique de la famille, de garantir de façon permanente et efficace le risque

de veuvage, au moins pour les femmes ne disposant d'aucune ressource personnelle, et de prévoir une aide pour la recherche d'un emploi.

Il est urgent, d'autre part, de régler le problème de l'affiliation des veuves à l'assurance maladie. Il ne se pose pas dans les pays ayant créé un service national de santé. Mais en France, par exemple, la perte du droit à l'assurance maladie, un an après le décès du mari, est un scandale auquel il importe, au plus tôt, de mettre fin. En particulier, est durement ressentie, par les veuves de travailleurs ayant normalement cotisé mais décédés de maladie ou d'accident étranger au travail, la différence de traitement par rapport aux veuves d'accidentés du travail, beaucoup mieux assistées.

Pour les *prestations d'orphelin* s'ajoutent, aux pays à montant forfaitaire (Danemark, Grande-Bretagne, Irlande, Pays-Bas), la Belgique et la France qui en ont fait des allocations familiales, donc indépendantes des droits propres des parents.

Ce sont, au contraire, les droits de l'assuré décédé qui servent d'assiette à la pension servie en Allemagne, en Italie ou au Luxembourg, ce qui élimine de la protection les enfants de non-assurés et défavorise ceux d'assurés ayant peu cotisé. Or, dans ce dernier cas, les orphelins sont généralement très jeunes et toute leur éducation risque d'être hypothéquée par la faiblesse de leurs ressources.

VIII. — Les prestations familiales.

Après avoir été liées au travail, les allocations familiales sont devenues, en droit ou en fait, par le jeu des assimilations, des prestations versées à l'ensemble des populations, sauf en Italie où elles sont réservées aux salariés et aux agriculteurs.

Une large similitude existe également pour la détermination des allocataires, bien que certaines législations considèrent le critère d'entretien sous son aspect de lien juridique (responsable légal de l'enfant) et d'autres sous celui d'état de fait (personne s'occupant de l'enfant).

Mais des divergences sensibles subsistent quant au nombre et à l'âge des enfants.

Belgique, Danemark, Irlande, Italie, Luxembourg et (pour les salariés) Pays-Bas accordent les allocations dès le premier enfant,

les autres pays à partir du deuxième (voire du troisième en Allemagne pour les bénéficiaires de revenus élevés et aux Pays-Bas pour les non-salariés).

L'âge limite normal est, en général, seize ans. Il peut être quatorze ans en Belgique et s'élève à dix-huit ans en Allemagne, au Danemark et en Italie, dix-neuf ans au Luxembourg.

Le Danemark et l'Irlande n'admettent aucune exception. Leurs partenaires, au contraire, tiennent compte de la charge que représentent notamment les étudiants, les apprentis et les jeunes filles aidant ou suppléant la mère de famille. Parmi les sept membres accordant des prolongations, les Pays-Bas sont les plus généreux puisqu'ils versent jusqu'à vingt-sept ans.

La diversité est encore plus grande sur l'évaluation financière des prestations. En ce domaine, il est, d'ailleurs, pratiquement impossible d'établir des comparaisons valables. La simple prise en compte des taux de base figurant dans les schémas insérés en annexe ne correspondrait pas à une démarche objective car ils sont généralement établis en liaison avec des avantages complémentaires fort divers. Ils semblent toutefois confirmer une échelle résultant d'une étude effectuée par les services de la Communauté dont il résulterait que le régime français soit l'un des plus évolués, avec celui de la Belgique, puisque la part de ces allocations dans le revenu disponible net des ménages serait de 4,5 % contre 3,5 % aux Pays-Bas et au Luxembourg, 3 % en Italie et 1,5 % en Allemagne. En se fondant sur les seuls taux, le Danemark et l'Irlande se situeraient à peu près au niveau du Luxembourg et la Grande-Bretagne à celui de l'Italie.

La France a d'ailleurs considérablement élargi le champ d'application des prestations familiales puisqu'il comprend désormais huit allocations :

- prénatales ;
- de maternité ;
- familiales ;
- de salaire unique et de la mère au foyer ;
- de logement ;
- d'éducation spécialisée des mineurs infirmes et « allocation des mineurs handicapés » ;
- d'orphelin ;
- pour frais de garde des enfants.

La Belgique a également inclus dans les prestations familiales les allocations pour naissance, pour handicapés et pour orphelins. Elle a même institué des allocations de vacances (indépendantes du pécule de vacances accordé à tout salarié).

Le Luxembourg connaît aussi une allocation familiale de naissance et une allocation supplémentaire pour tout enfant âgé de moins de dix-neuf ans atteint d'une insuffisance physique ou mentale réduisant ses capacités d'au moins 50 %.

L'Italie attribue des allocations familiales à des adultes : conjoint ayant des revenus propres inférieurs à un plafond, parents ou grands-parents à charge invalides ou dont les revenus sont insuffisants.

Les Pays-Bas, qui n'attribuent des allocations familiales pour le premier enfant qu'aux salariés, ont décidé de ne plus verser, dans ce cas, les augmentations périodiques aux intéressés mais à un fonds pour les travailleurs, qui financera, notamment, des constructions d'habitations à loyer modéré et d'équipements sociaux.

Dans la plupart des pays, les prestations familiales sont, en quelque sorte, prolongées par des abattements fiscaux dont, du reste, ne peuvent pleinement profiter que les contribuables ayant un revenu suffisant, au moins égal au minimum imposable pour une famille de composition identique.

C'est pourquoi la Grande-Bretagne s'est engagée dans une réforme originale par la mise en place, vraisemblablement à partir d'avril 1975, du « *Tax-crédit system* ».

Celui-ci se substituera à la fois aux prestations familiales et aux abattements fiscaux pour charges de famille. Un crédit d'impôt tenant compte de la situation de famille sera attribué à chaque contribuable.

Cette réforme est facilitée par le fait que la plupart des salariés britanniques sont rémunérés à la semaine et que l'impôt est perçu par retenue à la source au niveau de l'employeur. La retenue tiendra compte du nouveau crédit d'impôt. Si celui-ci s'avère supérieur à l'impôt dû, la différence sera versée au salarié sous forme d'un supplément de salaire.

Pour les pensionnés, le même système serait appliqué par l'organisme payeur, ce qui aura pour conséquence d'imposer les bénéficiaires de prestations sociales.

Le nouveau régime ne sera applicable qu'à partir d'un certain revenu, probablement 8 livres (environ 90 F) par semaine et les travailleurs indépendants en seront exclus. La Trésorerie britannique estime cependant qu'à peu près 90 % de la population adulte sera concernée.

Ses conséquences réelles sont encore très controversées et ne seront pas connues avant longtemps, mais cette tentative mérite d'être observée avec attention.

IX. — L'assurance chômage.

Bien que n'entrant pas toujours dans le cadre officiel de la Sécurité sociale, l'assurance chômage a été mise en œuvre dans tous les pays membres, sous une forme publique ou professionnelle, parfois même les deux, car les notions d'assurance et d'assistance sont tantôt mêlées, tantôt juxtaposées.

Un double régime est en vigueur en Allemagne, en France, en Irlande, en Italie et aux Pays-Bas.

Certains sont entièrement privés, comme celui du Danemark qui est organisé par les syndicats, l'assurance étant alors volontaire. De ce fait, sont assurés la plupart des salariés de l'industrie car ils sont presque tous syndiqués. Mais la proportion est bien moindre dans le commerce et les fonctionnaires n'ont aucune assurance, faute d'être syndiqués.

Il s'ensuit, à l'échelle communautaire, une diversité encore plus déconcertante que dans les autres secteurs de la protection sociale puisqu'elle porte aussi bien sur l'organisation et le champ d'application que sur la nature, le montant et la durée des prestations.

Le recours aux indemnités forfaitaires est plus utilisé que pour les autres risques : outre le Danemark, la Grande-Bretagne et l'Irlande, nous trouvons dans cette catégorie l'Italie et, partiellement, la France (aide publique). Les autres membres octroient un pourcentage du salaire antérieur, pouvant atteindre 60 % en Belgique et au Luxembourg, 80 % aux Pays-Bas et 90 % en Allemagne.

Tous les Etats exigent une certaine ancienneté d'assurance. Un délai de carence d'un ou plusieurs jours est également légal

en Belgique, en France (aide publique), en Grande-Bretagne, en Irlande, en Italie et au Luxembourg, avant le versement des prestations. Celles-ci ne sont maintenues de façon illimitée qu'en Belgique et au Danemark.

Nous ne pouvons que renvoyer aux schémas annexés à ce rapport pour les détails d'application des neuf législations, qui sont difficilement comparables.

Le seul véritable point commun est la limitation de leur champ d'application aux seuls salariés.

Ces divergences n'ont, d'ailleurs, pas empêché la mise en œuvre du *règlement communautaire relatif aux travailleurs migrants*, sur la base de l'application de la législation du lieu de travail à tout ressortissant d'un pays membre de la Communauté. Les périodes d'emploi et d'assurance dans un autre Etat sont prises en considération. Des équivalences de salaires sont établies, s'il y a lieu. Un allocataire peut même quitter le territoire d'un Etat où il reçoit des prestations et continuer à les percevoir dans un autre Etat. La Commission administrative de la Communauté a élaboré un modèle d'imprimé pouvant tenir compte de toutes les situations. Ce n'est pas encore de l'harmonisation, mais un exemple de coordination d'autant plus encourageant qu'il porte sur l'un des domaines où la complexité des législations atteint un niveau maximum.

Signalons, par ailleurs, qu'en cas de *licenciement* des indemnités spéciales et plus importantes mais de durée limitée s'ajoutent aux prestations de chômage, afin d'assurer à l'intéressé un certain niveau de ressources pendant la recherche du travail. Les indemnités de licenciement sont à la charge de l'employeur. Notons à ce sujet une disposition originale de la *législation irlandaise* qui a prévu, à titre d'incitation au préavis, le remboursement par l'Etat, à des taux variant de 55 % pour deux semaines de préavis à 100 % si celui-ci dépasse dix semaines. La conjoncture économique est probablement à l'origine de ces dispositions car le chômage est, en Irlande, un fléau particulièrement préoccupant.

X. — Aides sociales diverses.

Malgré l'étendue de la protection apportée par les régimes de Sécurité sociale, il subsiste encore de nombreuses lacunes dans toutes les législations.

Divers cas sociaux ne peuvent être réglés par l'application automatique des dispositions statutaires que nous venons d'évoquer.

Aussi ont été mises en place dans tous les Etats de la Communauté des aides sociales jouant de façon extrêmement souple, généralement laissées à l'initiative et à l'appréciation des collectivités locales.

L'Allemagne accorde à ses indigents incapables de gagner leur vie un minimum garanti adapté à la composition de la famille. Un deuxième secteur de l'assistance sociale s'occupe d'aides occasionnelles pour des circonstances particulières : maladie, réadaptation des handicapés, assistance aux aveugles, aux vieillards, etc. Un office social, financé par les communes et les districts, est chargé de la gestion.

Au Danemark, c'est la Constitution même qui fait obligation aux pouvoirs publics de venir en aide à tous ceux qui ne peuvent pourvoir à leurs besoins et à ceux de leur famille. Chaque Danois peut s'en prévaloir s'il estime se trouver dans un tel cas, mais c'est la commune qui décide de la forme et du montant de l'aide à fournir. En particulier, les handicapés sont entièrement pris en charge grâce à la loi sur la prévoyance. L'aide à domicile est très développée, notamment pour les personnes âgées, et ont déjà été édifiés des ensembles immobiliers où ils peuvent à la fois vivre chez eux et être reliés en permanence avec les centres de soins prêts à intervenir au premier appel. Il existe également des foyers et votre délégation a pu constater, au cours d'une visite de l'un d'entre eux, que les pensionnaires pouvaient y disposer à la fois d'une chambre personnelle meublée à leur convenance et d'installations collectives leur permettant de se distraire et de s'occuper, dans les meilleures conditions et sans le moindre souci matériel.

Les Pays-Bas ont promulgué une loi sur l'aide sociale, aux termes de laquelle aide doit être apportée à toute personne « qui se trouve ou risque de se trouver dans l'impossibilité de disposer

des moyens nécessaires pour se maintenir dans l'existence ». Les normes sont fixées par le Gouvernement (en pratique liées au salaire minimum légal), qui fournit environ 90 % des crédits, mais la gestion incombe aux conseils municipaux. La loi sur l'emploi social oblige, d'autre part, les conseils municipaux à offrir un emploi public à quiconque en a besoin. Dans ce but a été créé un réseau très ramifié comprenant des ateliers sociaux, des centres agricoles et des centres administratifs.

L'une de vos délégations a été reçue dans un atelier protégé, l'*Avoplast*, qui permet à de nombreux handicapés de gagner leur vie et de se rendre utiles en fabriquant une très grande variété d'objets en matière plastique. Nous avons pu constater que chaque ouvrier s'est fort bien adapté à sa tâche et si l'entreprise est évidemment déficitaire parce qu'elle ne peut imposer des cadences normales, il est incontestable que le bilan économique est néanmoins positif si l'on considère que, faute de travail, ces handicapés seraient entièrement à la charge de la société.

Un tel atelier prolonge l'action d'un autre organisme que nous avons visité : l'*Institut de réadaptation « Muiderpoort » d'Amsterdam*, destiné à l'origine aux accidentés du travail, spécialité rendue caduque depuis que l'assurance invalidité a pris, aux Pays-Bas, le caractère généralisé signalé plus haut. Mais cette polyclinique est tellement efficace, en matière d'ergothérapie, qu'elle a été conservée. Elle reçoit des handicapés qui continuent à vivre chez eux et que l'on va chercher quotidiennement par taxi ou ambulance. On y réalise tout ce qui peut favoriser leur réinsertion dans la vie active, de la rééducation sous toutes ses formes jusqu'à la mise au point d'appareillages orthopédiques, de sièges spéciaux et même d'automobiles à commandes adaptées.

L'autre délégation a également visité une réalisation tout à fait remarquable au Luxembourg : le *Centre de logopédie*, destiné à accueillir les enfants sourds-muets ou atteints de troubles de langage. Ce centre est doté des équipements les plus modernes. Grâce à des installations audiovisuelles perfectionnées, les enfants perçoivent des vibrations du langage, de la musique et du bruit, et peuvent donc s'exprimer par la parole, par la danse et même par le moyen d'instruments de musique spécialement conçus à leur intention. La transcription sur un écran de télévision de l'intensité des sons émis par chaque enfant lui permet de mesurer de façon visuelle ses propres progrès. Internes ou externes, les petits

handicapés ont à leur disposition des ateliers artisanaux et des équipements sportifs, dont une piscine couverte à profondeur réglable par le jeu d'un fond mobile. Les parents peuvent venir au centre afin d'y tenir compagnie aux plus petits et surtout de s'initier aux techniques de rééducation.

Ces quelques exemples ont été cités surtout à titre de compte rendu des rares visites que la brièveté de notre mission nous a permises. Mais il est certain qu'il existe partout d'autres réalisations aussi notables. Nous en connaissons en France, où l'ampleur de l'aide sociale n'est limitée que par la faiblesse des ressources des collectivités locales qui en ont la charge. Il semble que nos partenaires bénéficient de subventions d'Etat plus généreuses.

CHAPITRE II

LE FINANCEMENT

Les dépenses de Sécurité sociale atteignant dans chaque pays des sommes considérables, supérieures à 20 % des revenus nationaux, et croissant annuellement à un rythme très élevé, le financement pose un problème crucial dont les impacts non seulement sociaux mais économiques préoccupent tous les responsables politiques et administratifs.

De lui dépend vraisemblablement toute l'orientation et l'évolution de la politique sociale. Or, il est certainement l'élément de la législation le moins apte à l'harmonisation internationale puisque le domaine financier est l'un de ceux où la souveraineté nationale s'exerce de la façon la plus indépendante.

La nécessité d'une contribution personnelle de l'assuré est unanimement reconnue, mais le hiatus grandissant entre les besoins et les capacités contributives individuelles conduit à une intervention permanente de l'Etat. Or, la répartition, le volume, les bases de calcul et les modalités de perception ou de versement varient non seulement d'un membre à l'autre mais, le plus souvent, dans un même pays, selon les risques assurés.

Une différenciation apparaît à propos de l'assiette des cotisations, fondée sur le forfait, uniforme pour tous les assurés, ou sur les revenus.

La première méthode est utilisée en Grande-Bretagne où, comme conséquence de l'unicité du service national et malgré de légères modulations en fonction des catégories sociales ou des sexes, chacun paie un forfait unique pour l'ensemble des risques, les prestations familiales étant toutefois entièrement financées par l'Etat.

Notons d'ailleurs que, comme tous leurs partenaires, les Britanniques mettent une partie de la cotisation des salariés à la charge des employeurs.

Mais les pouvoirs publics étudient actuellement la possibilité de rendre les cotisations proportionnelles aux salaires supérieurs à un certain plancher (probablement 8 £, soit environ 90 F,

par semaine) et inférieurs à un plafond (peut-être 54 £, soit environ 600 F par semaine). Un pourcentage serait à la charge des salariés, un autre — supérieur — à celle des employeurs.

L'Irlande utilise un mode de financement analogue à celui de la Grande-Bretagne avec cotisations fixes pour salariés et pour employeurs, inférieures pour les femmes. Mais elle prépare également un projet de financement par versement, de la part des salariés et des employeurs, d'un pourcentage des salaires.

Le Danemark, qui se classait également parmi les pays à contributions fixes payées par salariés et employeurs, a supprimé celles-ci depuis le 1^{er} avril. Désormais, le régime est presque entièrement fiscalisé.

Les six membres d'origine de la Communauté pratiquent tous la seconde méthode et appliquent quelques principes assez voisins :

— cotisations salariales et patronales pour la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et les survivants ;

— cotisations des employeurs pour les prestations familiales, sauf en Allemagne (budget fédéral) ;

— cotisations salariales et patronales pour le chômage, sauf en Italie (uniquement patronales) et au Luxembourg (Etat et communes) ;

— cotisations patronales pour les accidents du travail et maladies professionnelles, souvent avec compléments publics.

Pour l'ensemble des risques, ce sont les employeurs qui assument la plus grande part des charges, ainsi que l'indique le tableau suivant :

Financement de l'ensemble des régimes de Sécurité sociale.

	EMPLOYEURS	ASSURES	ETAT et collectivités.	DIVERS
	(En pourcentage.)			
Allemagne fédérale	54	28	15	3
Belgique	51	23	20	6
France	70	21	7	2
Italie	72	14	8	6
Luxembourg	48	20	22	10
Pays-Bas	44	37	9	10

Source : Commission des Communautés européennes, 1971.

La part imposée aux salariés est très inférieure, ce qui provoque des difficultés pour l'affiliation des travailleurs indépendants et des inactifs. Doivent-ils payer l'ensemble des deux parts, patronale et salariale, considérées l'une et l'autre comme un salaire différé pour les salariés ? Mais les taux sont alors ressentis comme excessifs et discriminatoires.

La participation des pouvoirs publics paraît relativement importante pour le Luxembourg, la Belgique et même l'Allemagne, mais elle est fort éloignée de celle fournie chez les nouveaux membres.

Elle atteint, en effet, près de 80 % au Danemark (environ 61 % à la charge de l'Etat et 19 % à celle des collectivités locales), les assurés assumant à peu près 15 % des frais et les employeurs 5 % par le biais d'une contribution à l'assurance chômage et aux pensions supplémentaires du marché du travail.

En Grande-Bretagne, l'Etat finance totalement les prestations familiales et, avec les collectivités locales, la plupart des dépenses du service de santé. Celui-ci bénéficie cependant d'une légère contribution forfaitaire des assurés sur les médicaments et d'une part des ressources de l'assurance nationale, elle-même entièrement supportée par les affiliés et les employeurs. Dans l'ensemble, les pouvoirs publics fournissent environ 58 % des fonds nécessaires au fonctionnement de la Sécurité sociale.

Pour l'Irlande, est généralement avancée la proportion de 74 %.

Le Gouvernement français est le moins généreux puisqu'il ne finance en principe que la partie publique de l'assurance chômage. Il est, en réalité, amené chaque année à verser de fortes subventions aux régimes spéciaux, mais jusqu'ici le régime général a été supporté par les assurés et leurs employeurs.

De nombreux responsables de régimes de Sécurité sociale s'interrogent sur le financement le mieux approprié pour assurer le maximum d'efficacité et de justice dans la répartition des charges et des prestations.

Dans l'optique de l'institution souhaitable de régimes uniques servant l'ensemble des populations, sans distinction de profession, la fiscalisation apparaît comme l'une des solutions possibles.

Elle se trouve indirectement réalisée dans tous les pays pour la part que, sous forme de subventions budgétaires ou de prise en charge officielle, ils assument dans l'équilibre de tel ou tel régime.

C'est ainsi que les six membres d'origine s'y engagent pratiquement — le Gouvernement français ayant même annoncé son intention de le faire officiellement — leurs trois nouveaux partenaires l'ayant plus délibérément choisie.

Il semble donc que les pressions de la conjoncture conduisent les Neuf à rapprocher, consciemment ou non, leurs modes de financement.

Mais il ne s'agit peut-être que d'une transposition des problèmes sur le plan fiscal, beaucoup plus complexe et plus propice encore aux controverses : répartition de l'effort entre les contribuables, personnes physiques ou morales, impôt direct ou indirect, affectation de recette ou recours au budget général, voire local, soulagement — mais au détriment de qui ? — des entreprises de main-d'œuvre actuellement défavorisées par les cotisations fondées sur le volume des salaires ou le nombre de salariés, etc.

Autant de questions qui posent avec acuité celle de l'aspect économique des vastes transferts sociaux que constituent, quelles que soient leurs modalités, prélèvement ou versement de cotisations et prestations représentant une part considérable des produits nationaux.

CHAPITRE III

LES TENTATIVES D'HARMONISATION EUROPEENNE

L'article 117 du Traité de Rome dispose :

« Les Etats membres conviennent de la nécessité de promouvoir l'amélioration des conditions de vie et de travail de la main-d'œuvre permettant leur égalisation dans le progrès.

« Ils estiment qu'une telle évolution résultera :

« — tant du fonctionnement du Marché commun, qui favorisera l'harmonisation des systèmes sociaux ;

« — que des procédures prévues par le Traité ;

« — et du rapprochement des dispositions législatives et réglementaires. »

L'article 118 confie à la Commission la mission de promouvoir une collaboration étroite entre les Etats membres dans le domaine social.

Telles sont les dispositions sur lesquelles les autorités communautaires peuvent s'appuyer pour agir. Leur formulation est si imprécise que se sont élevées de nombreuses divergences d'interprétation. Il est certain que n'existe aucun instrument juridique permettant de trancher.

D'autre part, la Sécurité sociale n'est pas traitée isolément mais est considérée comme l'un des éléments à prendre en compte dans l'établissement d'un niveau social aussi voisin que possible entre les populations des pays membres de la Communauté.

En 1962, une *conférence européenne sur la Sécurité sociale* a été organisée à l'initiative de la Commission. Cette conférence a permis de faire le point de la législation de Sécurité sociale chez les « Six » : des études très complètes ont été effectuées et ont abouti à une meilleure connaissance par chaque partenaire des différents régimes en vigueur dans les autres pays. La confrontation des problèmes et des expériences n'a peut-être pas été sans

influence sur l'évolution des différentes législations. Mais il faut bien reconnaître qu'elle n'a été suivie à ce jour que de peu d'effets concrets dans le domaine de l'harmonisation.

La première tentative pratique a été l'établissement d'une *liste européenne de maladies professionnelles* donnant lieu à indemnisation. La Commission a adressé le 23 juillet 1962 et renouvelé le 20 juillet 1966 aux Etats membres une recommandation d'adoption de cette liste. Elle proposait également, pour la réparation de ces maladies, un « système mixte » fondé sur la combinaison de la liste et de la preuve. Elle souhaitait enfin des échanges d'information, des mises en observation d'autres maladies, la suppression de conditions limitatives édictées par certaines législations.

Seuls trois pays (Allemagne, Belgique et Luxembourg) sur cinq (les Pays-Bas ayant supprimé la notion de maladie professionnelle en indemnisant toute incapacité de gain) ont intégralement suivi la recommandation. La France ne l'a que partiellement appliquée.

Un autre projet de recommandation concernant la *définition des enfants ouvrant droit aux allocations familiales* a été élaboré mais n'a pas jusqu'ici été adopté par la Commission. Il envisage l'octroi des allocations dès le premier enfant et la fixation de la limite d'âge à dix-huit ans avec prolongation jusqu'à vingt-six ans en cas d'apprentissage ou d'études supérieures et durée illimitée pour les handicapés.

Il existe également un projet de recommandation en matière de *prestations de maternité* et de nombreuses études ont été entreprises, en application des décisions du Conseil des Communautés européennes du 26 novembre 1970, sur les points suivants :

- incidences économiques de la Sécurité sociale ;
- incidences de la Sécurité sociale sur les prix à la consommation et la concurrence ;
- évolution financière de la Sécurité sociale (projection) ;
- comptes sociaux ;
- budget social européen ;
- indicateurs de Sécurité sociale ;
- Sécurité sociale en agriculture ;
- régimes de Sécurité sociale des travailleurs indépendants ;
- régimes spéciaux de Sécurité sociale ;

— effets des réductions du personnel sur les régimes de Sécurité sociale des mineurs ;

— champ d'application personnel de la Sécurité sociale ;

— relations entre le corps médical et la Sécurité sociale ;

— coût de l'hospitalisation pour la Sécurité sociale ;

— consommation pharmaceutique dans le cadre de la Sécurité sociale ;

— notices sur les maladies professionnelles de la liste européenne ;

— Sécurité sociale et prévention des maladies ;

— quinze années d'évolution de la Sécurité sociale.

En fait, le seul domaine ayant donné lieu à des décisions concrètes est celui des *travailleurs migrants*.

Dès 1958, a été adopté un règlement qui a été progressivement élargi à tous les aspects sociaux, notamment le chômage qui, en France, n'entre pas dans le cadre de la Sécurité sociale.

Ce texte, fondé sur la liberté de circulation et la liberté d'établissement prescrites par les articles 51 et 54 du Traité, est applicable depuis le 1^{er} octobre 1972 dans les six pays signataires où il intéresse environ deux millions de personnes et devrait être rapidement introduit chez les trois nouveaux membres, pour quelque 400.000 travailleurs.

Il se propose d'assurer l'égalité de traitement avec les nationaux et de permettre aux travailleurs migrants de conserver et cumuler, lors du passage du pays d'appartenance au pays d'accueil, les droits acquis en matière de Sécurité sociale. Les problèmes d'application qui se sont posés ont permis d'en améliorer progressivement la portée. La dernière revision date de 1971 : le champ d'application a été élargi à tous les travailleurs relevant, au titre d'une assurance obligatoire ou facultative, d'un régime s'appliquant aux travailleurs salariés ; un système de calcul plus favorable des pensions d'invalidité, de vieillesse ou de décès est prévu ; en matière de chômage, les travailleurs partis à la recherche d'un emploi dans un Etat autre que l'Etat d'origine peuvent bénéficier pendant une durée de trois mois des prestations de chômage prévues par la législation du pays de leur dernier emploi. Telles sont les principales modifications adoptées.

Parmi les perfectionnements souhaitables, et souhaités, notamment par le Comité économique et social de la Communauté économique européenne, devraient être envisagés : une simplification des procédures administratives imposées aux travailleurs migrants, un effort d'adaptation et de simplification de la documentation, enfin, le renforcement des structures d'accueil et des services sociaux. Ainsi le règlement sur la Sécurité sociale des travailleurs migrants prendrait toute son efficacité.

Au total, le bilan de l'harmonisation en matière de Sécurité sociale est fort léger.

Les développements récents de la coopération communautaire ouvrent-ils des perspectives plus constructives ?

Les Chefs d'Etat ou de Gouvernement de la Communauté élargie, réunis pour la première fois à Paris les 19 et 20 octobre 1972, ont « souligné qu'une action vigoureuse dans le domaine social revêt pour eux la même importance que la réalisation de l'Union économique européenne ».

En réalité, cette déclaration de politique sociale visait davantage les problèmes de travail que la Sécurité sociale.

Celle-ci n'occupe qu'une place très limitée dans le vaste programme social européen préparé par la Commission, qui devrait faire l'objet d'un examen au Conseil des Affaires sociales prévu pour le 21 mai 1973.

A son stade actuel d'élaboration, ce programme comporte trois grandes catégories d'objectifs : la réalisation du plein emploi, l'amélioration des conditions de travail et de vie, le renforcement de la participation des partenaires sociaux aux décisions économiques et sociales de la Communauté.

Dans cet ensemble, ce qui concerne la Sécurité sociale demeure très modeste : l'harmonisation des statistiques et la mise en place d'indicateurs sociaux, le développement du budget social européen, enfin, la généralisation de la protection sociale et la coordination des régimes complémentaires sont inscrits parmi les moyens d'amélioration des conditions de travail et de vie.

Le *Comité économique et social*, de son côté, s'est livré à une réflexion approfondie qui a abouti à l'adoption de certaines recommandations plus précises :

— en matière d'assurance maladie maternité : développer la prévention, décommercialiser les soins, renforcer la collaboration

entre les organismes de Sécurité sociale et les médecins, assurer à tous une égalité de traitement dans les hôpitaux, considérer les maladies nerveuses et mentales comme des maladies sociales ;

— en matière de pensions : assurer une pension au moins égale à 75 % de la rémunération et dont la réévaluation tienne compte du coût de la vie et du niveau moyen des salaires ;

— en matière de travailleurs indépendants : leur assurer une couverture comparable à celle des salariés ;

— en matière d'harmonisation à proprement parler, il ne s'est pas dégagé un point de vue unique de l'ensemble des partenaires sociaux : seuls certains d'entre eux l'ont reconnue comme un objectif réaliste à poursuivre en comblant progressivement les lacunes de chaque législation, de manière à homogénéiser la protection sociale vers le haut.

Ces recommandations ne sont nullement des actes juridiques. En effet, rappelons que le Comité économique et social n'est qu'un organe consultatif, dont les avis ne sont suivis d'effet que dans la mesure où la Commission le veut bien. Il convient de le déplorer, car la quantité et la qualité du travail fourni par cet organisme mériteraient qu'un plus grand intérêt lui soit porté. La délégation a d'ailleurs noté avec satisfaction que ce point de vue semble partagé par certaines instances communautaires. La plus grande participation des partenaires sociaux aux décisions économiques et sociales de la Communauté, prévue par le programme social communautaire, implique en effet le *renforcement du rôle du Comité économique et social*.

Pour conclure, *l'harmonisation intégrale n'est donc qu'un objectif lointain qui n'est toujours pas au premier plan des préoccupations communautaires*. L'entrée des trois nouveaux partenaires dans le Marché commun complique évidemment la tâche. A court terme, on ne peut qu'escompter une harmonisation de fait du niveau minimum de protection sociale garanti dans chaque pays, et constater, pour relever ces propos de quelque optimisme, que chaque pays tend de plus en plus à rechercher les solutions à ses propres problèmes par référence aux systèmes de ses partenaires.

CHAPITRE IV

ASPECTS ECONOMIQUES

L'étude comparée des aspects économiques de la Sécurité sociale dans les pays du Marché commun ne peut être entreprise qu'avec la plus grande prudence. L'une et l'autre délégation ont recueilli un grand nombre de renseignements chiffrés très divers, très complets, mais parfois contradictoires : pour la même rubrique et la même année, il arrive que l'on trouve deux ou trois données différentes.

Dans ces conditions, toute tentative de classement des pays étudiés est sujette à caution : il n'est possible de déterminer avec certitude ni celui où la dépense sociale pèse le plus lourd sur l'économie, ni celui où les entreprises souffrent le plus de supporter cette charge.

La comparaison est, bien entendu, particulièrement hasardeuse s'agissant des pays nouvellement entrés dans le Marché commun, dont le système de Sécurité sociale est financé par la fiscalisation. Quant aux « Six », les statistiques comparatives publiées par les Communautés, quoiqu'affinées depuis de nombreuses années, ne sont utilisables qu'avec circonspection, de l'avis même de leurs auteurs.

Quelques pays seulement établissent un budget social. Lorsque cette pratique sera généralisée, facilitée par la mise au point d'un budget social type au niveau communautaire, les comparaisons prendront une signification nouvelle, si par ailleurs chaque partenaire consent les efforts nécessaires pour combler les lacunes plus ou moins importantes de ses propres statistiques de Sécurité sociale.

Afin de rehausser de quelque optimisme ces propos qui paraîtront désabusés, il convient de noter que l'étude de la Sécurité sociale sous ses aspects économiques et financiers, jusqu'à présent assez négligée, devient une branche de la science économique en plein développement.

Une étude méthodologique extrêmement intéressante des incidences économiques de la Sécurité sociale a été publiée en 1970 par les Communautés (1). Ses auteurs ont tenté de caractériser les divers impacts économiques possibles de la Sécurité sociale (effets sur la concurrence, sur la redistribution des revenus, sur l'épargne et la consommation, etc.) en analysant systématiquement les facteurs entrant en jeu pour chaque catégorie d'effets. Ce document volumineux, qui n'a donc nullement pour objet de dresser des comparaisons chiffrées, mérite qu'on s'y réfère.

On comprendra après ces quelques remarques préliminaires qu'il soit apparu intéressant de relever plutôt les similitudes que les différences de situation dans les pays que nous avons visités.

Il est en effet frappant de constater, malgré la diversité des systèmes de Sécurité sociale, une certaine « communauté de problèmes ». Les préoccupations des responsables sont pratiquement les mêmes et peuvent être ainsi résumées : comment assurer la meilleure protection au moindre coût, en sorte que la répartition de la charge grève le moins possible l'activité économique ? Bien entendu, les solutions préconisées varient en fonction de traditions historiques et d'impératifs politiques, tels que la force de la pression du corps médical.

Dans chaque pays, la Sécurité sociale tend à être prise en considération comme élément de la programmation économique.

A. — DÉPENSES SOCIALES ET DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE

Il s'agit tout d'abord d'éviter que la masse des dépenses sociales ne dépasse une certaine proportion du revenu ou du produit national. Le volume actuellement atteint, de l'ordre de 18 à 20 % du produit national brut et de 20 à 24 % du revenu national net, est considéré en général comme un maximum supportable, surtout dans les pays qui connaissent une stagnation de leur activité économique.

En effet, ce taux « supportable » est relatif et est apprécié différemment selon la situation générale de l'économie : taux de croissance, situation de l'emploi, productivité de la main-d'œuvre, équilibre extérieur, également structures démographiques de la

(1) *Les incidences économiques de la Sécurité sociale*. Commission des Communautés européennes. Collection Etudes — série politique et sociale — 1970, n° 21.

population. Plus une économie est prospère, plus le rapport de la population active à la population totale est favorable, mieux l'accroissement des dépenses sociales peut être supporté sans risquer d'engendrer ou d'aggraver inflation et déficit extérieur.

Il convient d'ailleurs de noter que la législation de Sécurité sociale peut influencer sur certains de ces facteurs, notamment sur l'offre de main-d'œuvre. Le rapport actifs sur inactifs varie en fonction de l'âge de la retraite (élevé au Danemark, bas en Italie). La possibilité de cumul d'une pension avec un revenu d'activité incite à travailler. Inversement, l'octroi d'un revenu de remplacement pour la mère qui reste au foyer (allocation de salaire unique en France), ainsi que le versement de pensions d'invalidité partielle de niveau élevé, tend à faire baisser le nombre des demandeurs d'emploi. De même l'âge jusqu'auquel les enfants bénéficient d'une protection sociale au titre de leurs parents tend à retarder l'entrée des jeunes dans la vie professionnelle. Cependant, il n'est guère possible d'isoler, donc de mesurer les effets réels de chacune de ces dispositions qui peuvent entrer en concurrence avec d'autres facteurs. Il faut donc se garder de conclusions hâtives : ne constate-t-on pas que la France, où existe l'allocation de salaire unique, est un des pays où la proportion de femmes au travail compte parmi les plus élevées ?

Pour l'appréciation du taux global de dépenses publiques supportables par une économie, d'autres considérations, plutôt d'ordre politique, entrent en ligne de compte : ce taux dépend des priorités fixées par chaque pays entre les diverses dépenses dites improductives (logement, infrastructures, poids du secteur agricole).

Chaque pays a donc ses difficultés et ses raisons propres de considérer qu'une certaine proportion doit être maintenue entre revenu national et taux global des dépenses sociales.

Or, l'augmentation des dépenses sociales dans l'avenir apparaît inéluctable.

Certes, quelques postes de dépenses sont stabilisés. La maternité, par exemple : toutes les populations concernées sont couvertes, le revenu de remplacement est proche du revenu d'activité, et il est peu probable que le nombre de naissances connaisse une augmentation considérable. De même, les efforts de prévention en matière d'accidents du travail ont porté leurs fruits et la part des dépenses correspondantes dans les dépenses totales tend à diminuer.

Les frais de gestion, par ailleurs, n'augmenteront pas. Ils ont été réduits jusqu'à un pourcentage variant de 3 à 5 % de l'ensemble des dépenses de Sécurité sociale. La tendance à l'uniformisation de la protection (en France, en Italie) devrait avoir pour effet une réduction plus accentuée.

D'autres postes de dépenses varient en fonction de la situation économique. Ainsi, le coût du chômage, pratiquement nul au Luxembourg et au Danemark, est élevé en Italie et en Irlande, pays dans lesquels la situation de l'emploi est préoccupante.

L'amélioration et l'extension de la protection sociale, toujours possibles malgré la couverture et le niveau actuellement atteints, relèvent de la décision politique : c'est par voie législative ou réglementaire que le bénéfice d'un avantage social peut être octroyé à de nouvelles couches de population, ou que le niveau de la protection sociale peut être élevé. Mais il est permis de se demander jusqu'à quel point les gouvernements, soucieux d'économie mais soucieux également de satisfaire les citoyens qui les ont investis, sont en mesure de résister à la pression des intéressés. C'est ainsi que l'on constate une tendance générale à lier le niveau des prestations en espèces au niveau des salaires, soit par indexation des rentes et pensions sur les salaires et pas seulement sur le coût de la vie, soit par rapprochement des revenus de remplacement (prestations en espèces de l'assurance maladie, indemnités de chômage, pensions) du montant du salaire.

L'existence de la Communauté est une incitation à la dépense : même en l'absence de directives précises des instances communautaires, l'exemple des partenaires joue et une tendance de fait à l'harmonisation vers le haut s'instaure progressivement.

Enfin, plusieurs facteurs inhérents au développement économique contribuent à l'accroissement des dépenses sociales dans une proportion supérieure à l'augmentation du revenu national. L'allongement de la durée de la vie humaine, conséquence des progrès des techniques médicales, renchérit les coûts de la santé et augmente le volume des prestations vieillesse versées ; l'augmentation du niveau de vie et l'urbanisation ont un effet d'accroissement des dépenses médicales.

Pour toutes ces raisons, *l'évolution des dépenses de Sécurité sociale échappe de plus en plus aux pouvoirs publics.*

L'inquiétude devant l'accroissement des dépenses de santé est générale dans tous les pays de la Communauté.

Chez les « Six », les prestations maladie ont évolué comme suit de 1962 à 1970 :

	1962	1970
Allemagne	100	251
France	100	312
Italie	100	348
Pays-Bas	100	428
Belgique	100	369
Luxembourg	100	243

En Grande-Bretagne, l'accroissement est d'environ 5 à 6 % par an. Il est aussi inquiétant en Irlande et au Danemark.

Tous les pays sans exception, quel que soit leur système, s'efforcent d'instituer des mécanismes de régulation des dépenses de maladie, en agissant soit sur la compression des coûts (rationalisation de la gestion hospitalière, contrôle de l'industrie pharmaceutique), soit sur le comportement du consommateur ou de l'ordonnateur de soins.

L'amélioration de la rentabilité des hôpitaux est partout recherchée. C'est un des objectifs majeurs de la réforme sanitaire italienne en préparation.

L'établissement de profils médicaux se généralise. Leur utilité est particulièrement marquée dans les pays où le médecin est rémunéré directement par le malade, comme en France ou en Belgique.

On cherche à freiner la consommation dans les pays qui connaissent le tiers-payant et la gratuité des soins. En Allemagne, une ristourne est due à l'assuré qui n'a pas eu recours aux services de l'assurance maladie. En Italie, le rétablissement d'un ticket modérateur est en question ; en Grande-Bretagne, au Danemark et aux Pays-Bas il est envisagé pour certaines prestations.

L'efficacité de ces mesures est très difficile à évaluer. En Allemagne, l'assurance maladie est en équilibre sans intervention

de l'Etat, malgré le haut niveau de protection. L'autodiscipline du corps médical y est très remarquable : les médecins qui ne respectent pas les profils établis en commun par leurs associations et par les caisses encourent des sanctions sévères. Mais cette autodiscipline n'est pas la seule cause : l'assurance maladie allemande ne supporte qu'une faible part du coût des établissements hospitaliers, financés par les collectivités locales, et elle est allégée de la charge du versement des six premières semaines de prestations en espèces, payées directement au malade par l'employeur.

B. — INCIDENCES ÉCONOMIQUES DU MODE DE FINANCEMENT DES DÉPENSES SOCIALES

Les Gouvernements, cherchant à limiter les dépenses sociales afin de préserver les équilibres économiques, doivent être conscients des incidences économiques du mode de financement de ces dépenses sociales, ce qui contribue à orienter leur politique en la matière.

Lorsque l'Europe n'était composée que de six partenaires disposant tous de *systèmes de Sécurité sociale financés en majorité par des cotisations*, la question se posait de savoir quel était le pays où les charges sociales étaient les plus élevées — souci légitime dans la mesure où la *compétitivité des entreprises* est en jeu.

Avec l'entrée des nouveaux partenaires dans le Marché commun, cette question — d'ailleurs jamais résolue de manière satisfaisante — se trouve quelque peu dépassée. Il est évident que le financement budgétaire de la Sécurité sociale comporte un avantage certain pour les entreprises des pays où il est pratiqué. De ce fait, le mode de financement contributif lui-même est mis en cause. L'élargissement de l'Europe apporte une justification nouvelle à l'évolution vers la fiscalisation des charges sociales.

Ainsi qu'il a été indiqué plus haut, il est ambitieux de chercher à classer les pays du Marché commun dans un ordre tenant compte du poids des charges sociales sur les entreprises qui soit significatif d'un point de vue économique.

Si l'on s'en tient aux « Six » (systèmes contributifs), les tentatives de classement effectuées donnent les résultats suivants pour 1967 :

	COTISATIONS sociales en pourcentage du produit national brut.	P A R T des employeurs en pourcentage du produit national brut.
Allemagne	10,3	5,04
France	14,1	9,30
Italie	10,7	7,28
Belgique	9,8	5,03
Pays-Bas	12,7	5,96
Luxembourg	»	»
Royaume-Uni	4,8	»

Ces chiffres établissent donc que la France et l'Italie viennent respectivement au premier et au second rang pour le poids des charges sociales supportées par l'employeur par rapport au produit national brut.

Ils n'ont qu'une valeur relative.

D'une part, nous ignorons les méthodes comptables employées par chaque pays ; les données statistiques sont-elles réellement comparables ? Ainsi les chiffres concernant l'Allemagne incluent-ils le salaire versé par l'employeur pendant six semaines au salarié malade ?

D'autre part, le poids des charges sociales supportées par l'entreprise n'est pas une donnée significative en soi. Pour apprécier son impact économique réel, il faut tenir compte de l'ensemble des coûts de main-d'œuvre.

Entrent dans ces coûts :

- les cotisations sociales à la charge des salariés ;
- le salaire direct et ses accessoires ;
- les autres prélèvements obligatoires à la charge de l'entreprise assis sur les salaires (par exemple, en France, la taxe de formation professionnelle).

L'Office de statistiques des Communautés a tenté d'établir le niveau moyen du coût horaire de l'emploi d'un ouvrier chez les Six :

France : 100 FB ;

Italie : 115 FB ;

Belgique, Luxembourg, Pays-Bas : entre 115 et 130 FB ;

Allemagne : 141 FB.

L'étude révèle que, malgré le poids des charges sociales, c'est en France, puis en Italie, que le coût de l'heure de travail de l'ouvrier est la moins coûteuse, en Allemagne qu'elle est la plus élevée. Il faut noter que la réévaluation du Deutschmark et la dévaluation du franc ont contribué à accuser l'écart entre la France et la République fédérale d'Allemagne.

Mais quelles conclusions tirer de ces nouveaux chiffres ? Ils ne concernent que les ouvriers, et ce sont des données moyennes.

Or le poids des charges sociales est très diversement supporté selon les branches et selon la structure des entreprises : taille de l'entreprise, importance de la main-d'œuvre comme facteur de production, structure de la main-d'œuvre. Les entreprises de main-d'œuvre sont pénalisées, surtout — lorsqu'il existe un plafond de cotisation (partout sauf en Italie) — celles qui emploient un personnel relativement peu qualifié. En revanche, les entreprises des secteurs de pointe, à haute intensité capitaliste, dont la main-d'œuvre perçoit des hauts salaires et qui sont le plus souvent des entreprises d'exportation, se trouvent favorisées.

De plus la possibilité pour les entreprises de payer des charges sociales élevées dépend de la conjoncture, non seulement dans chaque entreprise (liquidités des entreprises, perspective de vente, perspectives de gain de productivité) mais encore dans l'économie générale. Plus les pouvoirs publics ont des difficultés à enrayer les tendances inflationnistes, plus la répercussion des charges sociales sur les prix est à craindre. Notons d'ailleurs que la part relative du facteur charges sociales dans la hausse des prix n'est guère mesurable isolément. Il n'en demeure pas moins que le patronat, à l'annonce de toute mesure tendant à l'aggravation des charges sociales, résiste en employant l'argument de la répercussion inévitable sur les prix. Aucune politique sociale ne peut donc être efficace sans politique économique appropriée.

Au total, le financement de la Sécurité sociale par voie de contributions assises sur les salaires présente des inconvénients économiques certains. Il engendre des disparités dans la concurrence :

- entre entreprises ;
- entre branches ;
- entre pays. Ainsi le poids des charges sociales pesant sur l'employeur peut être une donnée importante entrant dans la décision d'implantation d'une entreprise dans tel ou tel pays.

Les effets économiques qui viennent d'être évoqués entrent indiscutablement en compte parmi les facteurs qui incitent les pouvoirs publics, chez les Six à l'exception du Luxembourg, à prendre progressivement le relais du financement contributif (1).

Les processus les plus courants sont la prise en charge par l'Etat de la couverture de nouvelles catégories de population (projet de réforme sanitaire en Italie), ou de certaines mesures particulières (minimum vieillesse garanti en Belgique) ou la prise en charge du déficit des régimes en difficulté.

Mais il existe des cas où l'objectif économique est beaucoup plus évident. Ainsi la fiscalisation, liée en Italie au projet de réforme sanitaire, est une mesure à caractère nettement économique : il s'agit pour l'Etat non pas de prendre en charge des dépenses nouvelles, mais d'alléger les entreprises d'une partie des charges sociales qu'elles supportent actuellement. Le projet, non encore concrétisé, est dicté par les difficultés économiques de l'industrie italienne.

Il est clair que modifier le mode de financement ne résout pas tous les problèmes : sur qui est reportée la charge ? Si l'impôt indirect prend la relève des cotisations, le consommateur paie et l'effet sur les prix est sensible.

L'impôt direct apparaît dans l'absolu comme la solution économiquement la plus neutre.

Ce dernier mode de financement, en revanche, a un effet de redistribution des revenus plus accentué. En général cet effet n'est pas recherché, sauf dans un régime de prestations familiales financé par des cotisations dégressives en fonction de l'importance de la

(1) Voir le chapitre « Financement », ci-dessus.

famille. L'objectif de la Sécurité sociale est plutôt de maintenir le revenu que de le redistribuer des catégories les plus favorisées sur les catégories les moins favorisées.

Plus on tend vers le régime unique, plus la solidarité est large, plus l'effet redistributif est important. Le maximum d'effet redistributif serait obtenu avec un régime de sécurité sociale couvrant la totalité de la population, financé uniquement par l'impôt direct progressif sur le revenu, et accordant des prestations à taux uniforme non liés au niveau de revenu.

Un tel système n'existe pas. L'assurance nationale britannique verse des prestations en espèces (maladie, vieillesse, chômage) mais financées par des cotisations également uniformes et non par l'impôt. Il semble d'ailleurs que ce système de prestations uniformes ne soit pas satisfaisant puisque Grande-Bretagne, Irlande et Danemark s'orientent vers une modulation des cotisations et des prestations en espèces en fonction du revenu. En effet, un système de prestations uniformes ne permet pas d'atteindre l'objectif de maintien du revenu. Les assurés sont prêts à cotiser davantage pour obtenir un revenu de remplacement plus proche de leur revenu d'activité.

Si le financement contributif se développe dans ces pays, c'est donc pour des raisons de nature tout à fait différente de celles qui président à la tendance inversement constatée dans les autres pays.

CONCLUSION

Il serait illusoire d'attendre des dix membres de votre commission, qui ont effectué un si bref séjour dans les capitales européennes, des propositions concrètes pour résoudre miraculeusement les problèmes posés par l'harmonisation des législations sociales que les instances européennes n'ont pu réaliser après des années de recherches approfondies.

Notre ambition est à la fois plus modeste et plus réaliste.

Nous nous sommes efforcés de présenter, en quelque sorte, une photographie aussi fidèle que possible de la situation présente et d'offrir au Sénat et à tous ceux qui se préoccupent de ces questions un document essentiellement technique pouvant servir de base de travail.

Dans ce but, nous nous sommes attachés à noter non seulement la pratique actuelle, quelque peu décevante dans l'optique communautaire, mais aussi les tendances, beaucoup plus prometteuses.

En effet, malgré les nombreuses différences formelles qui semblent condamner tout espoir d'harmonisation, du moins dans un avenir prévisible, nous avons observé des convergences dont l'importance nous paraît d'autant plus grande qu'elles sont le fruit d'une conjoncture s'imposant de plus en plus aux populations et aux pouvoirs publics.

En premier lieu, le niveau de protection sociale des neuf pays est un des plus élevés du monde et se situe, dans chacun d'eux, parmi les préoccupations nationales prioritaires.

De plus, l'extension de la Sécurité sociale est un phénomène général dans l'ensemble de la Communauté.

On peut la mesurer, en particulier, à la part de revenu national qui lui est consacrée, en constante augmentation. Les dépenses de Sécurité sociale croissent même plus vite que ce revenu, ce qui constitue pour tous les gouvernements un sujet d'inquiétude autant que de satisfaction. Il en est de même pour les dépenses sociales par habitant et, plus particulièrement, pour celles relatives à la maladie.

Cette dernière évolution, dont tous nos interlocuteurs ont souligné l'ampleur préoccupante, est due non seulement à celle du nombre de bénéficiaires, comme conséquence de l'élargissement des régimes, mais aussi à l'élévation du coût des soins de santé. Il semble, du reste, difficile d'agir sur les principaux facteurs conditionnant ce danger financier : progrès scientifiques de la médecine, amélioration des niveaux de vie et de culture provoquant une meilleure prise de conscience des nécessités sanitaires, vieillissement des populations accroissant le nombre des assurés ayant le plus besoin d'assistance, processus d'urbanisation et d'industrialisation facilitant l'accès à la protection médicale, etc. De là, le souci commun des responsables que nous avons rencontrés : comment concilier la double nécessité d'une amélioration constante de la protection sociale et du maintien des équilibres financiers ?

Une autre donnée de rapprochement des situations entre les Neuf est le taux de couverture de la population qui de 75 % en 1958 est passé à 85 % en 1964, pour atteindre maintenant plus de 90 %.

Partout le processus a été le même : la protection, d'abord limitée aux salariés de l'industrie, a été étendue peu à peu aux autres salariés puis aux non-salariés par le biais de régimes spéciaux.

Le stade définitif, qui devrait être l'assurance nationale, n'est pas encore généralisé mais l'aspiration à l'égalité des charges et des prestations est sensible dans chaque Nation et se traduit dans la plupart des mesures législatives prises depuis quelques années. Il importe de l'extrapoler à l'échelle communautaire.

La conséquence logique est une orientation générale vers l'unicité de gestion. Même la France, membre de la Communauté le moins avancé dans cette voie, ressent cette nécessité puisque le Parlement a inscrit un tel objectif dans l'article premier des deux lois les plus récentes modifiant un régime de Sécurité sociale (1). Une telle évolution rendrait, au surplus, possible une *simplification* progressive des formalités administratives dont les excès sont aussi irritants pour les assurés qu'onéreux pour la gestion.

L'opposition pouvait apparaître irréductible entre les systèmes de type britannique, danois et irlandais, comportant cotisations et prestations à taux fixe et ceux qui tiennent compte des revenus pour

(1) Loi n° 72-554 du 3 juillet 1972, portant réforme de l'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Loi n° 72-965 du 25 octobre 1972 relative à l'assurance des travailleurs de l'agriculture contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

déterminer obligations et droits individuels. Or, en ce domaine, les trois nouveaux membres s'orientent vers les conceptions des « Six ». Il appartiendra peut-être à ceux-ci d'imiter sur un autre point leurs nouveaux partenaires en se ralliant au concept d'un régime universel applicable à tout citoyen et l'unité sera réalisée sur les principes fondamentaux. Les disparités de conditions et de taux pourraient alors être facilement résorbées. L'obstacle majeur, compte tenu des thèses actuellement en présence, est vraisemblablement l'établissement de rapports statutaires entre les caisses de Sécurité sociale et la médecine.

La différence entre financement par les assurés et fiscalisation s'atténue également, le recours à cette dernière étant de plus en plus fréquent, même chez ceux qui sont les plus réticents à son égard.

Une autre évolution, probablement inéluctable, se dessine en faveur d'une protection sociale de base, d'un niveau suffisamment élevé pour assurer à chacun des moyens d'existence normaux, avec assurances complémentaires pour ceux qui en ont la possibilité ou le désir.

C'est la solution que votre commission a déjà suggérée pour la France, notamment dans son dernier rapport budgétaire.

Sans doute, ces vues optimistes ne correspondent-elles qu'à des vœux dont la concrétisation est encore aléatoire.

Mais elles ne procèdent pas du simple souci de terminer ce rapport sur une note rassurante.

Elles se fondent sur la constatation de volontés identiques que nous avons réellement ressenties au cours de cette mission, malgré l'existence de législations apparemment peu conciliables.

Nous croyons surtout à la fécondité des influences réciproques.

L'extension progressive de la protection des salariés aux non-salariés a procédé essentiellement de ce phénomène de « contagion ». De même, la législation française des allocations familiales, longtemps considérée comme d'avant-garde, est peu à peu imitée, voire dépassée sur certains points.

Puisse le présent rapport, en présentant le détail des différents régimes, permettre à tous les pays d'imiter, dans chaque secteur, le plus avancé d'entre eux !

En dernière analyse, nous ne pensons pas que l'harmonisation européenne puisse aboutir, dans les conditions actuelles, par l'établissement préalable et l'imposition de règles au niveau des institutions supranationales.

Il est souhaitable que celles-ci recherchent les inégalités, insistent pour leur élimination et, si possible, tracent la voie idéale ou interviennent sur des points précis comme elles l'ont fait pour les travailleurs migrants ou les listes de maladies professionnelles. Elles pourraient même établir des normes minimales ou des « fourchettes » pour les prestations et les participations financières ainsi que des délais pour y parvenir. Elles offrent, pour cela, l'avantage inestimable d'offrir à tous les responsables nationaux les moyens de confronter leurs expériences et d'élaborer ensemble des solutions aptes à résoudre les difficultés que chacun a pu expérimenter dans son pays. Elles permettent aussi de coordonner les recherches avec celles de l'établissement d'une politique économique commune dont toute démarche sociale doit tenir compte pour être réaliste.

Peut-être n'est-il pas irréaliste d'espérer voir s'instaurer, à la fin de la présente décennie ou au cours de la prochaine, une véritable *communauté sociale* avec, éventuellement, compensations entre les membres comme en matière agricole.

Toutefois, compte tenu de l'importance des disparités présentes, *le travail de fond doit s'effectuer d'abord au niveau des législations nationales, mais dans une optique d'unité européenne.*

En France, par exemple, sont actuellement menées des études en vue d'une réforme d'ensemble de notre Sécurité sociale. *Il nous paraît indispensable qu'elles soient orientées dans le sens des évolutions notées chez nos partenaires et avec la volonté de rechercher constamment un rapprochement.*

C'est à ce stade que l'on peut juger de l'existence d'un véritable esprit communautaire, sans lequel on ne pourra rien construire d'équitable ni de durable.

ANNEXE

PRINCIPALES CARACTERISTIQUES DE CHAQUE REGIME NATIONAL (1)

ALLEMAGNE FEDERALE

I. — ORGANISATION

Le régime général couvre l'ensemble des salariés, y compris, sous réserve de quelques modalités d'application :

- les employés ;
- les salariés de l'agriculture ;
- les gens de mer ;
- les cheminots.

Les mineurs ont un régime spécial et les fonctionnaires un régime statutaire.

L'organisation de la Sécurité sociale est assez décentralisée.

La gestion des risques est effectuée dans chaque branche de la Sécurité sociale par des caisses sans lien organique entre elles, financièrement autonomes et gérées paritairement.

Assurance maladie-maternité : Confédération des caisses de maladie :

- 401 caisses locales (15,4 millions d'assurés en 1965) ;
- 1.155 caisses d'entreprises (3,8 millions d'assurés) ;
- 15 caisses libres agréées (6 millions d'assurés) ;
- 102 caisses régionales pour l'agriculture (418.000 assurés) ;
- 180 caisses professionnelles (artisans : 1,2 million) ;
- caisse fédérale des mines (1,3 million) ;
- caisse de maladie des gens de mer (71.000 assurés).

Ces caisses sont regroupées en Fédérations. Il existe une Union pour les problèmes communs des caisses.

Assurance invalidité-vieillesse : organisée sur un plan territorial, elle relève de dix-huit offices d'assurance des länder, sauf pour :

- les cheminots : caisse de pension ;
- les marins : caisse de pension ;
- les employés : office fédéral d'assurance-pension employés.

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles : organisée dans le cadre des corporations professionnelles et d'autres organismes professionnels ou territoriaux (en tout 97 organismes).

Assurance chômage, assistance chômage et allocations familiales : Office fédéral du travail coiffant offices régionaux et offices locaux.

(1) En vigueur en mars 1973 (avril pour les prestations en espèces danoises). La conversion en francs a été également effectuée sur la base des taux de change effectivement pratiqués à la même époque.

II. — PRESTATIONS

Assurance maladie.

Prestations en nature.

Bénéficiaires : les salariés, les pensionnés, les chômeurs ainsi que les membres de leur famille à charge.

Restriction pour les employés : revenu mensuel au plus égal à 1.700 DM (environ 2.720 F).

Au-delà du plafond : recours facultatif à l'assurance volontaire, l'employeur prenant alors à charge la moitié de la cotisation.

Conditions d'affiliation : aucun temps de travail ni d'assurance exigé.

Durée de prise en charge : illimitée, sauf soixante-dix-huit semaines pour hospitalisation et soins aux convalescents (fin d'affiliation : vingt-six semaines après la cessation).

Médecins agréés :

Médecins agréés par les caisses, groupés en associations sur le plan régional et national.

Libre choix parmi les médecins agréés par la caisse dont relève l'assuré et parmi les hôpitaux ayant passé contrat avec la caisse.

Système de rémunération :

— soit forfaitaire ; éléments pouvant être pris en compte : nombre des assurés, moyenne annuelle des prestations, situation économique de la caisse, évolution des revenus professionnels des assurés. La caisse verse alors une rémunération globale à l'association, qui la répartit entre les médecins selon une clé de répartition convenue avec les fédérations des caisses ;

— soit à l'acte : les demandes d'honoraires sont alors transmises par l'association à la caisse, qui verse les sommes correspondantes.

Participation de l'assuré : prise en charge totale pour les frais médicaux et l'hospitalisation en troisième classe seulement.

Frais dentaires : participation financière pour les prothèses.

Frais pharmaceutiques : sauf pour les pensionnés, ticket modérateur égal à 20 % dans la limite d'un maximum de 2,50 DM par ordonnance (environ 4 F).

Prestations en espèces.

Bénéficiaire : l'assuré seul.

Conditions d'attribution : pas de condition de durée de travail ni d'affiliation.

Délai de carence : un jour (suppression si l'incapacité de travail résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle).

Nature et montant des prestations :

Le salaire est intégralement versé par l'employeur pendant six semaines, sauf si le salarié est en période probatoire ou n'a pas travaillé plus de dix heures par semaine ou quarante-cinq heures par mois ; dans ces cas, indemnité de maladie

égale à 65 % du salaire cotisable avec majoration pour personnes à charge (4 % pour la première personne, 3 % pour les suivantes), jusqu'à un maximum de 75 %. Les employeurs de moins de vingt salariés sont remboursés par les caisses de 80 % du salaire prolongé.

A partir de la septième semaine : indemnité de maladie versée par la caisse, égale à 75 % du salaire cotisable, avec majoration pour personnes à charge (4 % pour la première personne, 3 % pour les suivantes) jusqu'à concurrence de 85 %.

Supplément en cas d'hospitalisation d'un assuré ayant charge de famille : indemnité de ménage (25 à 100 % de l'indemnité de maladie).

Durée des prestations : soixante-dix-huit semaines sur une période de trois ans pour une même maladie.

Assurance maternité.

Bénéficiaires : femmes assurées, épouses et filles d'assurés.

Durée d'affiliation : pour l'indemnité de maternité : douze semaines d'assurance entre le dixième et le quatrième mois précédant l'accouchement.

Prestations en nature : cf. régime maladie.

Participation aux frais pour accouchement en clinique privée.

Prestations en espèces :

Pour la femme assurée : mêmes prestations que pour la maladie (maintien du salaire pendant six semaines).

Pour la femme ayant droit : montant forfaitaire de 35 à 150 DM (environ 56 à 240 F).

Allocation de naissance.

Durée du congé : quatorze à dix-huit semaines.

Assurance invalidité.

Bénéficiaires : ouvriers et employés.

Conditions d'attribution : durée d'affiliation minimum : cinq ans (soixante mois).

Taux minimum d'incapacité :

Invalidité professionnelle : 50 % (incapacité de recevoir dans l'exercice de sa profession la moitié du salaire normal).

Incapacité générale : 100 % (incapacité d'exercer un métier régulier).

Période de prise en charge :

A partir de la fin du mois dans lequel les conditions sont remplies.

A soixante-cinq ans au plus tôt, la pension d'invalidité est convertie en pension de vieillesse si la durée d'affiliation est suffisante.

En cas de cessation ou de réduction de l'invalidité, suppression de la pension correspondante ou éventuellement conversion de la pension d'invalidité générale en pension d'invalidité professionnelle.

Taux de la pension :

La pension est égale à 1 % (invalidité professionnelle) ou 1,5 % (invalidité générale) du produit du nombre d'années d'assurance par le salaire de base général affecté d'un coefficient individuel.

Le nombre d'années d'assurance tient compte, sous certaines conditions, lorsque l'invalidité survient avant cinquante-cinq ans, des années à courir jusqu'à cet âge.

Le salaire de base général est le salaire brut moyen soumis à cotisation de l'ensemble des assurés pendant les trois années civiles précédant l'année de la liquidation (en 1972 : 12.008 DM, soit environ 19.200 F).

Le coefficient individuel, au plus égal à deux, exprime la moyenne du rapport entre le salaire de l'intéressé et le salaire de base général.

Le cas échéant, majoration de 1/10 du salaire de base général par enfant à charge.

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Bénéficiaires : ouvriers, employés, toutes personnes liées par un contrat de louage de service ou d'apprentissage.

Conditions :

Accident du travail survenu dans l'entreprise ou à l'occasion du travail.

Accident de trajet.

Maladie professionnelle inscrite sur une liste officielle, ou, cas par cas, maladie dont la preuve de l'origine professionnelle est acquise.

Pas de délai d'exposition aux risques ni de prise en charge.

Prestations en nature : gratuité des soins, en principe libre choix (spécialiste accident désigné par l'association professionnelle, puis spécialistes agréés). Les prestations sont versées pendant dix-huit jours par la caisse maladie, puis par l'association professionnelle.

Prestations en espèces :

Incapacité temporaire : versement immédiat jusqu'à guérison ou consolidation, dans la limite de soixante-dix-huit semaines, de prestations équivalentes à celles de l'assurance maladie.

Après soixante-dix-huit semaines, rente d'incapacité permanente égale à 66,7 % du produit du taux d'incapacité par la rémunération effective perçue pendant les douze mois précédant la cessation de travail (minimum salaire de référence : trois cents fois le gain moyen local, maximum : 36.000 DM, soit environ 57.600 F).

Majoration pour tierce personne : 145 à 583 DM par mois (environ 232 à 933 F).

Majoration pour enfants à charge : 10 % par enfant si l'incapacité est au moins égale à 50 %.

En cas de décès :

Capital décès : 1/12 de la rémunération annuelle (au moins 400 DM, environ 640 F).

Rente viagère égale à 30 % du salaire de référence pour la veuve de moins de quarante-cinq ans, à 40 % pour la veuve de plus de quarante-cinq ans (ou invalide, ou ayant un enfant bénéficiaire d'une pension d'orphelin) ainsi que pour le veuf ayant été à charge de la victime en état d'incapacité.

Rente égale à 20 % du salaire de référence pour l'orphelin de père ou de mère jusqu'à dix-huit ans (vingt-cinq ans en cas d'études).

Rente égale à 30 % du salaire de référence pour l'orphelin complet.

Rente égale à 20 % pour parents et grands-parents (30 % pour un couple).

Maximum pour les ayants droit : 80 % du salaire de référence.

Assurance vieillesse.

Bénéficiaires : ouvriers et employés.

Conditions d'attribution :

Durée d'affiliation minimum pour pension proportionnelle : cent quatre-vingts mois.

Age normal : soixante-cinq ans pour hommes et femmes.

Anticipation : soixante ans pour les hommes en chômage depuis au moins un an, soixante ans pour les femmes affiliées depuis vingt ans n'exerçant plus d'activité salariée.

Montant de la pension :

1,5 % du produit du nombre d'années d'assurance par le salaire de base général affecté d'un coefficient individuel (cf. invalidité).

Cumul possible avec salaire.

Revalorisation annuelle (voie législative) en fonction de l'évolution du produit national, de la capacité économique et de la productivité selon le nombre d'assurés.

Prestations aux survivants.

Conjoints survivants.

Bénéficiaires :

- Veuve, ou divorcée à charge du décédé ;
- Veuf à charge.

Montant de la pension :

Veuve de moins de quarante-cinq ans : 60 % de la pension pour invalidité professionnelle en tenant compte de la durée réelle d'affiliation.

Veuve de plus de quarante-cinq ans ou invalide, ou avec enfants à charge : 60 % de la pension pour invalidité générale, en tenant compte d'une durée d'affiliation fictive supérieure à la durée réelle.

En cas de remariage, suppression et indemnité égale à cinq annuités.

Orphelins.

— de père ou de mère : 10 % de la pension pour invalidité générale, plus majoration d'enfants comme dans le régime invalidité (10 % du salaire de base général).

— de père et de mère : 20 % de la pension pour invalidité générale, plus majoration d'enfants (10 % du salaire de base général).

Capital décès.

Versement au conjoint survivant de la pension complète de l'assuré pendant les trois mois suivant le décès.

Prestations familiales.

Bénéficiaires :

Toutes les personnes chargées de famille.

A partir du troisième enfant, ou du deuxième enfant si le revenu ne dépasse pas 15.000 DM par an (environ 24.000 F).

Sont assimilés aux enfants les sœurs et petits-enfants à charge.

Conditions d'attribution :

Age limite normal de l'enfant : dix-huit ans.

Prolongation jusqu'à vingt-cinq ans pour les apprentis, les étudiants, les jeunes filles au foyer. Prolongation illimitée pour les infirmes graves.

Montants mensuels :

— Deuxième enfant (le cas échéant).....	25 DM (environ 40 F) ;
— Troisième enfant	50 DM (environ 80 F) ;
— Quatrième enfant	60 DM (environ 96 F) ;
— Cinquième enfant et suivants.....	70 DM (environ 112 F).

Autres prestations :

Aucune.

Les chômeurs et les pensionnés bénéficient de majorations pour charges de famille, qui ne sont cumulables avec les allocations familiales que pour les premiers.

Assurance chômage.

Bénéficiaires : tous les travailleurs salariés.

Conditions d'attribution :

— être à la disposition du bureau de placement, s'être déclaré chômeur et demandeur de prestations ;

— justifier au moins six mois d'emploi assujetti à l'assurance pendant les trois dernières années ;

— avoir moins de soixante-cinq ans.

Les indigents qui ne remplissent pas la deuxième condition, mais justifient cependant pendant la dernière année soit dix semaines d'emploi, soit un jour d'indemnité d'assurance chômage, ont droit à l'assistance chômage.

Pas de délai de carence.

Montant des prestations :

Taux dégressif par rapport au salaire : de 90 % à 62,5 % (assistance : 52,5 %) du salaire plafonné à 2.100 DM par mois (environ 3.360 F).

Suppléments familiaux : 12 DM (environ 19 F) par semaine et par personne à charge, cumulables avec les allocations familiales dans la limite d'un maximum de 298,20 DM par semaine (environ 477 F).

Maximum pour un isolé :

— assurance	175,20 DM (environ 280 F) ;
— assistance	147 DM (environ 235 F).

Durée des prestations :

Assurance : en fonction de la durée de l'emploi, six jours par semaine :

— 6 mois.....	78 jours ;
— 9 mois.....	120 jours ;
— 12 mois.....	156 jours ;
— 18 mois.....	234 jours ;
— 24 mois.....	312 jours.

Assistance : illimitée, six jours par semaine.

Cumul :

Pas de cumul avec les pensions et les prestations en espèces de l'assurance maladie.

Les autres revenus sont cumulables dans une certaine mesure avec les indemnités d'assurance.

Aides sociales diverses.

1,5 million de personnes bénéficient d'une aide sociale à des titres divers, financée par les collectivités locales.

1° Aide aux indigents.

Les personnes incapables de gagner leur vie reçoivent de l'office social un minimum de ressources garanti (210 DM, environ 336 F, pour un célibataire ; majoration pour les couples, pour les enfants à charge, pour les personnes de plus de soixante-cinq ans, pour les femmes seules ayant élevé trois enfants).

2° Aide dans des circonstances spéciales.

A condition que les ressources ne dépassent pas un certain plafond, fixé par l'office social, les malades, handicapés, aveugles, tuberculeux, les personnes ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne, etc., reçoivent une somme forfaitaire (200 DM par adulte, 160 DM par enfant, et une indemnité de logement).

III. — FINANCEMENT

Assurance maladie-maternité.

Cotisations :

Taux variable selon les caisses.

En moyenne, cotisation globale égale à 8 % du salaire plafonné à 20.400 DM (environ 32.640 F), à la charge pour moitié des employeurs et pour moitié des travailleurs.

Pouvoirs publics : l'Etat rembourse un forfait de 400 DM (environ 640 F) par allocation de maternité versée.

Assurance accidents du travail - maladies professionnelles.

Employeurs : cotisation fixée par les associations professionnelles, calculée dans le cadre de chaque branche sur la base de la masse des salaires versés, compte tenu d'un plafond variable égal au moins à 36.000 DM (environ 57.600 F).

Pouvoirs publics : pas de participation.

Assurance invalidité, vieillesse et survivants.

Cotisations : cotisation globale égale à 17 % du salaire plafonné à 25.200 DM (environ 40.320 F) à la charge pour moitié de l'employeur pour moitié du travailleur.

Pouvoirs publics : subventions annuelles dont le montant est établi compte tenu des variations du salaire de base général.

Prestations familiales.

Financement intégralement à la charge du budget général.

Assurance chômage.

Cotisations : cotisation globale égale à 1,3 % du salaire plafonné à 25.200 DM (environ 40.320 F) à la charge pour moitié du travailleur et pour moitié de l'employeur.

Pouvoirs publics :

Couverture du déficit de l'assurance.

Prise en charge partielle des dépenses d'assistance.

BELGIQUE

I. — ORGANISATION

Le régime général couvre l'ensemble des travailleurs salariés, mais subsistent quelques régimes spéciaux :

- ouvriers mineurs (invalidité seulement) ;
- gens de mer (quelques compléments en matière de maladie, de maternité, d'invalidité, de chômage, de pensions, de vacances) ;
- agents de chemin de fer ;
- fonctionnaires (régimes statutaires) ;
- travailleurs indépendants ;
- assurance volontaire.

Le régime général comprend cinq branches principales, indépendantes, ayant chacune à sa tête un organisme géré par des représentants de tous les intéressés :

- maladie-invalidité ;
- vieillesse-survivants ;
- accidents du travail - maladies professionnelles ;
- allocations familiales ;
- chômage.

Le régime général sert également un pécule de vacances aux ouvriers et apprentis.

Un Office national de Sécurité sociale recouvre les cotisations, perçoit les subventions de l'Etat et en répartit le produit, selon des coefficients fixés par la loi, entre les organismes centraux de chaque branche.

Le paiement des prestations est assuré par de nombreuses caisses de statuts très variés.

II. — PRESTATIONS

Assurance maladie.

Prestations en nature.

Bénéficiaires :

Tous les travailleurs ayant un contrat de travail, les chômeurs, les V. I. P. O. (veuves, invalides, pensionnés, orphelins), ainsi que les personnes à leur charge (y compris éventuellement les ascendants et les « ménagères rétribuées »).

Tous les résidents.

Conditions d'attribution :

Assujettissement depuis six mois et temps de travail effectif de cent vingt jours pendant cette période. Les V. I. P. O. et les assurés qui avaient auparavant la qualité de personnes à charge sont dispensés du stage.

Durée de prise en charge : illimitée (sauf fin de l'affiliation : jusqu'à la fin du trimestre suivant la date à laquelle l'intéressé n'est plus assujetti).

Médecins agréés :

Tous les médecins inscrits à l'Ordre des médecins.

Libre choix pour l'assuré.

Honoraires fixés par conventions entre organismes assureurs et organismes de médecins. A défaut, par voie d'autorité. Possibilité de dépassements dans certaines conditions.

Libre choix entre les établissements hospitaliers agréés par le ministère.

Participation de l'assuré :

Avance de l'assuré.

Remboursement à 100 % des tarifs conventionnés, mais ramené à 75 % (sauf pour les V. I. P. O.) pour les soins courants.

Remboursement intégral pour hospitalisation en chambre commune.

Remboursement forfaitaire pour sanatorium ou cure.

Prestations en espèces.

Bénéficiaire : l'assuré seul.

Conditions d'attribution :

Conditions d'immatriculation comme pour prestations en nature.

Réduction d'au moins 66 % de la capacité de gain.

Délai de carence : un jour ouvrable. Aucun dans certains cas.

Nature et montant des prestations :

Premier mois d'incapacité : « salaire garanti » versé par l'employeur :

— pour les employés : pendant un mois ;

— pour les ouvriers : pendant une semaine, puis indemnités complémentaires à l'indemnité de l'assurance, dans la limite de 80 % du salaire.

Ensuite, indemnité journalière de 60 % de la rémunération plafonnée pendant la première année (incapacité primaire).

Après la première année d'incapacité : voir invalidité.

Assurance maternité.

Bénéficiaires : femmes assurées (indemnités et soins de santé). Membres de la famille (soins de santé).

Conditions d'attribution : voir régime maladie.

Prestations en nature : régime « maladie ».

Prestations en espèces :

Employées :

— un mois de salaire garanti ;

— ensuite 60 % de la rémunération.

Ouvrières :

— une semaine de salaire garanti (100 %) ;

— ensuite 60 % de la rémunération (plus, durant le premier mois et après la première semaine, 15 % du salaire plafonné).

Durée : quatorze semaines, dont huit après l'accouchement.

Assurance invalidité.

Bénéficiaires : ouvriers et employés.

Conditions d'attribution : cent vingt jours de travail effectif dans les six mois antérieurs.

Taux minimum d'incapacité : 66,66 %.

Période de prise en charge :

Dès la fin de la période d'incapacité primaire jusqu'à l'âge de mise à la retraite.

Suppression en cas de reprise d'une activité rémunérée.

Suppression partielle en cas de cumul avec d'autres indemnités ou refus de mesures de rééducation.

Taux de l'indemnité :

60 % de la rémunération perdue, plafonnée à 17.075 FB par mois (environ 2.000 F français) ; 40 % s'il n'y a pas de charges de famille.

Minimum (après un an) : 306 FB par jour (environ 35 F français) en cas de charges familiales ; 245 FB (environ 30 F français) pour les isolés.

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Bénéficiaires : travailleurs et apprentis et, pour les maladies professionnelles seulement, stagiaires, élèves et étudiants.

Conditions :

Accident survenu dans ou à l'occasion d'un travail pour l'entreprise.

Accidents du trajet.

Maladies professionnelles figurant sur une liste officielle.

Pas de délais d'exposition aux risques ni de prise en charge.

Prestations en nature :

Gratuité des soins dans le cadre d'un service organisé.

Barème officiel de remboursement en cas de libre choix du médecin.

Prestations en espèces :

Immédiates jusqu'à guérison ou consolidation.

En cas d'incapacité temporaire partielle, la victime a droit à la différence entre son salaire antérieur et celui qu'elle peut encore gagner.

En cas d'incapacité temporaire totale, la victime a droit à 90 % de sa rémunération quotidienne moyenne.

En cas d'incapacité permanente, allocation annuelle de 100 % du salaire de base multiplié par le degré d'incapacité, avec un plafond fixé à 150 % du salaire de base en cas de nécessité d'assistance d'une tierce personne. Plafond annuel du salaire de base : 318.360 FB (environ 36.600 F).

En cas de décès :

Frais funéraires égaux à trente fois le salaire quotidien de la victime.

Rente viagère égale à 30 % du salaire annuel de base pour le conjoint, rente temporaire de 15 à 20 % pour les enfants ayant droit aux allocations familiales, indemnité de 15 à 20 % pour les père et mère si la victime n'a pas d'enfant.

Assurance vieillesse.

Bénéficiaires : tous les salariés non bénéficiaires d'un autre régime de pension.

Conditions d'attribution :

Aucune condition de durée d'affiliation.

Age normal de la retraite : soixante-cinq ans pour les hommes, soixante ans pour les femmes.

Possibilité de la demander dans les cinq années précédentes avec 5 % de réduction par année d'anticipation.

Montant de la pension :

Calcul complexe sur la base de 75 % (pour les travailleurs dont l'épouse est sans ressources personnelles) ou 60 % (les isolés) des rémunérations brutes de chaque année de travail effectuée depuis l'âge de vingt ans, avec actualisation de leur valeur monétaire et plafonnement pour les employés et marins.

Minima garantis (environ 8.000 F français pour un célibataire ayant eu une carrière complète).

Cumul interdit sauf avec travail limité à 270 heures par trimestre comportant une rémunération mensuelle en dépassant pas 13.300 FB (environ 1.530 F français).

Revalorisation automatique proportionnelle à l'indice des prix de détail. Fixation annuelle d'un coefficient d'augmentation.

Revenu garanti pour les personnes âgées :

Toute personne ayant atteint l'âge de la retraite dont les ressources sont inférieures à un certain plafond et qui remplit certaines conditions de nationalité et de résidence a droit à une pension minimum garantie :

- taux ménage 52.034 FB par an (environ 6.000 F) ;
- taux isolé 34.680 FB par an (environ 4.000 F).

Ce régime, à la charge du budget de l'Etat, compte 43.000 bénéficiaires.

Prestations aux survivants.

Conjoints survivants.

Bénéficiaires : veuves ayant au moins un an de mariage (sauf accident ou existence d'un enfant), âgées de quarante-cinq ans et ayant cessé toute activité.

Aucune condition d'âge pour les veuves atteintes d'incapacité d'au moins 66 % ou élevant un enfant ou dont le mari a été ouvrier mineur de fond pendant 20 ans.

Montant des pensions :

80 % de la retraite réelle ou théorique de l'assuré calculée au taux « ménage ». En cas de remariage, suspension de la pension, avec indemnité de deux annuités.

Orphelins.

Pas de pension. Mais allocations familiales spéciales.

Capital décès.

Après une année d'assurance.

Indemnité d'adaptation pour les veuves n'ayant pas droit à pension : une annuité de pension de survie.

Allocation pour frais funéraires (actuellement 12.042 FB, soit environ 1.500 F français) incorporée dans l'assurance maladie.

Prestations familiales.

Bénéficiaires :

Tous les salariés. Extension progressive aux travailleurs indépendants et à la plupart des catégories sociales mais à des taux inférieurs.

A partir du premier enfant légitime, adoptif ou naturel.

Enfants de l'assuré, du conjoint, petits-enfants ou arrière-petits-enfants élevés au foyer, enfants dont l'assuré supporte plus de la moitié du coût d'entretien et, frères et sœurs de l'assuré sous certaines conditions.

Allocations payées à la mère ou à la personne qui l'élève.

Conditions d'attribution :

Age limite normal : fin de l'obligation scolaire (généralement quatorze ans).

Prolongation jusqu'à :

- seize ans pour ceux qui ne bénéficient pas de certaines prestations sociales ;
- vingt et un ans pour apprentis ;
- vingt-cinq ans pour étudiants ou, sous certaines conditions, jeunes filles remplaçant la mère décédée ou divorcée, ou assistant la mère.

Montants mensuels (pour les salariés) :

- premier enfant : 721,75 FB (environ 80 F français) ;
- deuxième enfant : 1.216,25 FB (environ 140 F français) ;
- troisième enfant et suivants : 1.702,25 FB (environ 196 F français).

Majorations après l'âge de six ans, puis après l'âge de dix ans et après l'âge de quatorze ans.

Autres allocations :

- allocations de naissance ;
- allocations de vacances ;
- allocations pour handicapés ;
- allocations pour orphelins ;
- allocations pour enfants de travailleurs invalides.

Prestations familiales garanties :

Les familles qui ne bénéficient pas des prestations familiales au titre d'un régime légal ont droit, sous certaines conditions de ressources, de nationalité et de résidence, pour chaque enfant à la charge d'une personne physique, à des prestations familiales garanties (allocations familiales ordinaires, suppléments d'âge, allocations de naissance).

Ce régime, institué en juillet 1971, est à la charge du budget de l'Etat. Il ne compte que 163 enfants bénéficiaires.

Assurance chômage.

Bénéficiaires : tous les travailleurs assujettis à la Sécurité sociale, à l'exclusion de certaines catégories spéciales.

Conditions d'attribution :

Etre apte au travail et inscrit comme demandeur d'emploi.

Durée de travail antérieur (ou assimilé) allant de soixante-quinze jours sur dix mois pour les moins de dix-huit ans, à six cents jours, au cours des trente-six derniers mois pour les travailleurs âgés d'au-moins cinquante ans.

Pas de condition de travail antérieur pour les jeunes terminant leur scolarité ou leur apprentissage.

Etre âgé de moins de soixante-cinq ans pour les hommes, soixante ans pour les femmes.

Aucune condition de ressources.

Montant des prestations :

60 % du salaire de référence, plafonné à 17.075 FB, environ 2.000 F français (40 % après un an pour les chômeurs non chefs de famille).

Maximum :

- 220 FB par jour (environ 25 F français) pour les isolés ;
- 239 FB par jour (environ 27 F français) pour les ménages dont la femme ne travaille pas.

Durée des prestations :

Illimitée (sauf dans cas anormaux).

Versement pour les jours ouvrables seulement.

Déductions :

Suppression ou réduction en cas de pensions (avant soixante ou soixante-cinq ans).
Pas de déduction des autres revenus.

Aides sociales diverses.

Vacances annuelles :

Pour tous les travailleurs assujettis à la Sécurité sociale, existe un droit aux vacances comportant l'octroi d'un pécule.

La *durée* est de trois semaines pour douze mois de travail pendant l'année civile précédente.

Pécule : calculé sur le salaire réel ou fictif selon les cas, pour ouvriers et employés. Il est payé par la caisse de vacances à laquelle l'employeur est affilié pour les ouvriers et apprentis.

Pour les employés, c'est l'employeur qui paie la rémunération normale et un supplément calculé sur la durée d'activité pendant l'année.

Dans les deux cas, pour un exercice complet, le salaire équivaut au double de la rémunération due pour trois semaines de travail.

Pour les jeunes, sont appliqués des correctifs palliant l'insuffisance de travail antérieur.

Aide aux mutilés et handicapés :

Fonds de sécurité d'existence : complément aux allocations normales,

III. — FINANCEMENT

Assurance maladie, maternité, invalidité.

Salariés : 3,20 % (2,80 pour les employés) des salaires plafonnés à 17.075 (indemnités) ou 28.225 FB par mois (soins) (environ 2.000 à 3.300 F français).

Employeurs : 5,55 % des mêmes salaires.

Pouvoirs publics :

- 27 % des prévisions budgétaires de dépenses de soins de santé ;
- 95 % pour les maladies sociales ;
- 50 % pour les indemnités allouées au cours de la deuxième et de la troisième année d'incapacité de travail ;
- 95 % des indemnités d'invalidité.

Assurance accidents du travail, maladies professionnelles.

Employeurs : primes d'assurance ou cotisations aux caisses communes patronales fixées par contrat pour les accidents du travail.

Cotisations au Fonds des maladies professionnelles : 0,75 % (0,65 pour les employés) avec plafond de 17.075 FB par mois (environ 2.000 F français) ;

Pouvoirs publics : 65 % des dépenses d'indemnisation de la silicose.

Assurance vieillesse et survivants.

Salariés : 6 % des salaires non plafonnés.

Employeurs : 8 %.

Les taux sont de 5,25 % et 7,50 % des salaires plafonnés à 28.225 FB par mois (environ 3.300 F français) pour les employés.

Pouvoirs publics : subventions annuelles ;

70 % des frais funéraires (l'allocation pour frais funéraires est incorporée à l'assurance maladie).

Prestations familiales.

Employeurs : 10,50 % des salaires plafonnés à 17.075 FB par mois (environ 2.000 F français).

Pouvoirs publics : subvention annuelle.

Assurance chômage.

Salariés : 1,20 % des salaires plafonnés mensuellement à 17.075 FB (environ 2.000 F français).

Employeurs : 1,70 %.

Pouvoirs publics : couverture du déficit.

Pécule vacances.

Cotisations des employeurs de 12,40 % des rémunérations complètes.

DANEMARK

I. — ORGANISATION

Un régime unique couvre l'ensemble de la population, sauf pour l'assurance chômage qui, en principe, demeure volontaire.

Depuis le 1^{er} avril 1973, ce sont les autorités communales et régionales qui assument l'administration de la Sécurité sociale.

Au titre de *l'assurance maladie*, un comité composé de représentants des autorités régionales sera habilité à passer avec les médecins des conventions qui devront être approuvées par le Ministre des Affaires sociales.

Pour *l'assurance invalidité*, est provisoirement maintenue une cour d'assurance invalidité qui décide de l'attribution des pensions.

La gestion est confiée aux conseils municipaux et, probablement à partir de 1975, c'est un comité régional qui remplacera la cour d'assurance invalidité.

Pour les *accidents du travail*, l'administration contrôle l'organisme d'accidents industriels chargé de la gestion par le canal de compagnies d'assurance.

Appel possible devant le bureau d'appel.

II. — PRESTATION

Assurance maladie.

Bénéficiaires : tous les résidents.

Conditions d'attribution :

Les Danois sont classés en deux catégories : 1 et 2, selon que leurs revenus sont inférieurs ou supérieurs à un plafond fixé annuellement. Les limites actuelles sont, à Copenhague, de 68.700 couronnes (environ 50.000 F) pour un couple (avec majoration de 8.900 couronnes, soit environ 6.500 F, par enfant), les trois quarts de cette somme pour une personne seule.

Environ 75 à 80 % de la population sont classés en catégorie 1.

Les conjoints doivent être membres séparément, mais dans la même catégorie.

Les enfants sont couverts par leurs parents jusqu'à seize ans.

Durée de la prise en charge : illimitée (y compris pour l'hospitalisation).

Médecins agréés : libre choix de l'assuré pour s'inscrire chez l'un des médecins agréés de sa circonscription géographique. Le choix est valable pour un an. A Copenhague, chaque médecin ne peut accepter plus de 2.200 membres du groupe 1 sur sa liste, la moyenne étant de 1.500.

Participation de l'assuré :

Aucune pour les membres du groupe 1 s'adressant à un médecin agréé. Les médecins sont rémunérés par les organismes de Sécurité sociale. Ils reçoivent forfaitairement environ la moitié (davantage à Copenhague) de leurs honoraires sur une base annuelle pour chaque membre inscrit. Un complément leur est versé pour chaque acte médical.

Les spécialistes sont également rémunérés par la Sécurité sociale s'ils ont été consultés sur prescription du médecin de famille. Une participation de l'assuré est toutefois demandée dans certains cas (soins dentaires notamment).

Les membres du groupe 2 règlent directement le médecin, qu'ils choisissent librement sans tenir compte des agréments. La Sécurité sociale leur rembourse des sommes forfaitaires pour chaque acte médical.

L'hospitalisation dans un établissement public ou agréé est gratuite pour tous les résidents, sans distinction de groupes.

Pour les frais pharmaceutiques, les assurés des deux groupes ne paient que 50 % des médicaments considérés comme importants, inscrits sur une liste et prescrits par un médecin ou un dentiste (25 % pour les médicaments les plus vitaux), le pharmacien s'adressant à la Sécurité sociale pour toucher le complément.

Prestations en espèces.

Bénéficiaires : tous les salariés, ainsi que tous les travailleurs indépendants et leurs épouses qui les aident.

Assurance volontaire pour les non-salariés (travailleurs indépendants, épouses, etc.) âgés de moins de cinquante ans et non malades au moment de l'inscription, couvrant les cinq premières semaines de chaque période de maladie.

Conditions d'attribution :

Avoir effectué au moins quarante heures de travail dans les quatre semaines précédant la maladie pour avoir droit aux prestations de l'employeur (sinon elles sont payées par la municipalité).

Pour les assurés volontaires, être assuré depuis au moins trois mois (sauf en cas d'accident).

Délai de carence :

Aucun pour les salariés (l'employeur payant seul les cinq premières semaines). Cinq semaines pour les non-salariés (sauf cotisation supplémentaire).

Nature et montant des prestations :

Indemnité de 90 % du gain antérieur, avec maximum de 698 couronnes (environ 510 F) par semaine (revision annuelle).

Toutefois, pour les fonctionnaires, les cadres et certaines catégories d'employés et presque la moitié des travailleurs, des législations spéciales et des accords d'entreprises prévoient le paiement intégral du salaire.

Les assurés volontaires reçoivent des prestations en fonction de la cotisation choisie dans la limite maximum de 90 % de leurs gains normaux. Les épouses sans activité rémunérée peuvent s'assurer.

Accords possibles pour maladie de longue durée.

Durée des prestations : illimitée, en principe, mais passage à l'invalidité sur décision du comité régional (examen de chaque cas tous les mois).

Assurance maternité.

Bénéficiaires : toutes les Danoises.

Prestations en nature :

Prise en charge totale à domicile ou en maternité.

Examens prénataux et post-nataux obligatoires.

Prestations en espèces :

Conditions d'attribution : avoir travaillé au moins six mois pendant l'année précédente ou avoir gagné un minimum.

Dix mois d'assurance pour les personnes ne travaillant pas.

Indemnités journalières : même régime que les prestations maladie en espèces, mais entièrement à la charge des municipalités.

Durée des prestations :

— quatorze semaines (huit semaines avant l'accouchement et environ six semaines après) pour les travailleuses ;

— quatre semaines pour les assurées volontaires.

Assurance invalidité.

Bénéficiaires : tous les Danois et les étrangers ayant quarante ans de résidence au Danemark (pensions proportionnelles pour temps de résidence inférieur), y compris les années entre celle du droit à pension et l'âge de soixante-sept ans.

Conditions d'attribution :

Etre âgé de quinze à soixante-sept ans (de plus de dix-huit ans pour une pension maximum).

Incapacité permanente (non susceptible de disparaître par rééducation) pour tout travail (même différent du précédent) à proximité du domicile.

Pour les épouses sans activité rémunérée, incapacité d'assumer elles-mêmes les travaux ménagers.

Après avoir obtenu la pension, ne pas gagner par son propre travail le double du montant de base pour personne seule.

Taux minimum d'incapacité : 50 %.

Période de prise en charge : jusqu'à soixante-sept ans. Au-delà, pension de vieillesse.

Taux de la pension : trois parts :

— montant de base : 10.596 couronnes (environ 7.700 F) par an pour une personne seule, modulé en fonction des revenus ou du travail du bénéficiaire et pouvant même être entièrement supprimé ;

— montant d'invalidité : 50 % du taux de base ;

— montant d'incapacité : un peu plus de 50 % du taux de base, actuellement 6.804 couronnes (environ 5.000 F).

L'incapacité totale donne droit à la pension maximum, addition des trois taux.

Une incapacité d'environ 2/3 conduit à la pension moyenne, addition du taux de base et du taux d'invalidité.

A une incapacité d'au moins 50 % correspond la pension minimum comportant la moitié du taux de base et la moitié du taux d'invalidité.

Revision possible jusqu'à l'âge de soixante ans.

Une incapacité totale survenant après soixante ans ne peut entraîner qu'une pension moyenne.

Suppléments possibles pour charges de famille, tierce personne ou difficultés particulières.

Une personne sans autre revenu reçoit en outre 2.268 couronnes (environ 1.700 F).

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Bénéficiaires :

Tout salarié. Assurance obligatoire de la part de l'employeur.

Assurance volontaire pour travailleurs indépendants dont le revenu n'excède pas une certaine limite.

Conditions :

Accident ou maladie survenu à l'occasion d'un travail effectué pour une autre personne (à l'exclusion de l'accident de trajet).

Maladie professionnelle figurant sur une liste officielle.

Incapacité de travail d'au moins 5 %.

Prestations en nature : suppléments à l'assurance maladie.

Prestations en espèces : pour incapacité temporaire, servies par le régime de maladie. Pour l'invalidité permanent, rente, le cas échéant, supplémentaire à la pension d'invalidité du régime général.

Assurance vieillesse.

Bénéficiaires :

Tout citoyen (ou étranger ayant résidé au Danemark soit pendant quarante ans, soit pendant dix ans dont les cinq années précédant l'âge de 67 ans) pour la pension de vieillesse (même n'ayant jamais travaillé) ;

Tout salarié pour la pension supplémentaire du marché du travail.

Conditions d'attribution :

Avoir atteint soixante-sept ans.

Aucune condition de ressources pour la pension nationale.

Dans certains cas (par exemple maladie) peut être servie, à partir de soixante ans, une pension s'apparentant à un revenu. Elle est servie aux femmes seules d'au moins soixante-deux ans.

Montant des pensions :

Pension nationale : même taux de base que la pension d'invalidité : 10.596 couronnes (environ 7.700 F) par an, avec suppléments possibles pour charges de famille, tierce personne ou difficultés particulières.

Bien que tout citoyen ait droit à la pension à titre personnel, les ménages ne touchent qu'une pension et demie au lieu de deux.

Une personne sans autre revenu reçoit en outre 2.268 couronnes (environ 1.700 F).

Pension supplémentaire du marché du travail : s'ajoute à la pension nationale, pour tous les salariés ayant quarante ans d'ancienneté (vingt-sept pour ceux qui étaient trop âgés en 1965, date de la mise en application).

Taux proportionnel au temps d'assurance. Montant maximum payable après quarante années d'assurance : 4.000 couronnes (environ 3.000 F) par an.

Prestations aux survivants.

Conjoints survivants.

Bénéficiaires : veuves ayant atteint cinquante-cinq ans si le veuvage est survenu après quarante-cinq ans et le mariage a duré au moins cinq ans.

Personne devenue veuve après quarante-cinq ans et ayant au moment du décès du mari, au moins deux enfants de moins de dix-huit ans. Droit à pension tant que demeure un enfant de moins de dix-huit ans.

Veuves ou femmes seules de cinquante ans au moins, malades ou dans une situation difficile, selon recommandation du conseil.

Montant des pensions :

Même taux que la pension de vieillesse.

La pension est supprimée en cas de remariage (rendue après dissolution de celui-ci). Elle est supprimée ou réduite en cas de revenus au-dessus de certaines limites.

Pension supplémentaire du marché du travail :

Pour les veuves de salariés ayant atteint soixante-deux ans, après dix ans au moins de mariage, si le défunt avait au moins dix ans d'ancienneté de travail.

Le montant est égal à la moitié de la pension du défunt ou de celle qui correspondrait à sa contribution jusqu'au décès.

Pour les veuves n'ayant pas droit à la pension est servie une allocation transitoire, dont le taux est calculé pour maintenir le même train de vie, pendant treize semaines et dans certains cas (femmes enceintes, femmes âgées de plus de quarante-cinq ans...), pendant six mois, éventuellement davantage (en cas d'incapacité, par exemple).

Une allocation d'entretien peut être versée à la veuve pendant la recherche du travail.

Orphelins.

Allocation annuelle de 4.212 couronnes (environ 3.100 F).

Allocation d'environ trois cinquièmes de l'allocation d'orphelin pour les enfants de personnes seules.

Capital décès.

Actuellement, 1.050 couronnes (environ 780 F) pour tout résident.

Prestations familiales.

Bénéficiaires : tout Danois ayant au moins un enfant à charge.

Conditions d'attribution :

Age limite normal : 18 ans (même si l'enfant travaille).

Pas de prolongation possible.

Montants annuels : 1.260 couronnes (environ 940 F) par enfant.

Assurance chômage.

Bénéficiaires : en principe, adhésion volontaire. Mais la plupart des ouvriers sont assurés.

Les syndicats ont, en effet, établi des fonds de chômage et en font automatiquement bénéficier leurs membres. On est pratiquement obligé d'être syndiqué pour travailler dans l'industrie et les transports.

Conditions d'attribution :

En règle générale, douze mois d'affiliation à l'assurance et vingt-six semaines de travail dans les trois années précédentes.

Etre à la disposition du marché du travail.

Pas de délai de carence.

Montant des prestations :

Indemnité journalière de 116 couronnes (environ 85 F), avec maximum de 90 % des gains antérieurs. Ce maximum est abaissé dans les professions où il n'est pas atteint, afin de bénéficier de cotisations plus faibles.

Indemnités de déplacement possibles.

Durée des prestations : illimitée.

Aides sociales diverses.

L'assistance nationale a la responsabilité d'assurer, sous toute forme appropriée l'entretien de tout Danois dans le besoin.

Soins à l'enfance :

Sous la tutelle du Ministère des Affaires familiales et l'égide d'un conseil national, des conseils locaux de protection de l'enfance et de la jeunesse interviennent lorsque les parents ne peuvent faire face à leurs obligations.

L'aide s'exerce sous des formes très diverses, du simple conseiller à la prise en charge complète.

La charge financière est assumée par l'Etat et les collectivités locales, avec participation éventuelle des familles en fonction de leurs revenus.

Soins à la vieillesse :

Service d'aide à domicile assuré par les autorités locales, tous les titulaires de pensions sociales devant être mis en mesure de demeurer chez eux aussi longtemps qu'ils le désirent. A défaut, placement dans des maisons de retraite.

Organisations d'activités diverses.

Aide au logement.

Homes et foyers.

Services médicaux.

Soins aux handicapés :

Soins assurés par l'Etat à tout handicapé qui le désire, gratuitement jusqu'à soixante ans. Au-delà, participation de l'intéressé en fonction de ses revenus.

Soins prodigués aux handicapés mentaux même contre leur volonté.

Education spéciale assurée par l'Etat.

Des aides financières sont accordées pour la vie courante.

Médecine préventive :

Onze examens préventifs et fournitures gratuites de lait en cas de maternité.

Aides diverses aux mères.

Médecine scolaire.

Aide à domicile.

Formation professionnelle : allocations et aides diverses.

III. — Financement.

Assurance maladie et maternité.

A partir du 1^{er} avril 1973, financement par impôts locaux directs et fonciers, dont le produit est mis à la disposition d'une caisse régionale. L'Etat remboursera à la caisse 35 % des dépenses. Administration par les conseils régionaux.

En fait, tout contribuable verse, pour les indemnités journalières, 1 % du chiffre figurant sur sa feuille d'impôt.

Pour l'assurance volontaire, cotisations spéciales couvrant environ 75 % des dépenses.

Accidents du travail et maladies professionnelles.

Prime payée par les employeurs, proportionnelle au nombre de leurs salariés et au montant des salaires, versée à une compagnie d'assurance. Ces primes assurent le financement de l'organisme d'accidents industriels.

Assurance invalidité, vieillesse et survivants.

Le régime national est entièrement financé par la fiscalité.

Pension supplémentaire du marché du travail :

Salariés : 2,50 couronnes (environ 1,80 F) par semaine.

Employeurs : 5 couronnes (environ 3,70 F) par semaine.

Prestations familiales : entièrement financées par l'Etat.

Assurance-chômage :

Salariés : deux fois un quart le taux journalier maximum de la prestation.

Employeurs : forfait annuel de 40 couronnes (environ 30 F) par an et par salarié.

Pouvoirs publics : prise en charge du déficit par l'Etat (environ 75 %).

FRANCE

I. — ORGANISATION

Le régime général couvre tous les salariés du commerce et de l'industrie non affiliés à un régime spécial.

Mais il subsiste de nombreux régimes spéciaux : salariés agricoles, fonctionnaires, agents des chemins de fer, agents des transports parisiens, agents du gaz et de l'électricité, ouvriers mineurs, marins, clercs et employés de notaires, artisans, commerçants, professions libérales, etc.

Possibilité d'assurance volontaire au régime général pour les personnes non rattachées à un régime particulier.

L'ensemble couvre environ 98 % de la population, mais dans des conditions inégales.

Le régime général comprend trois branches principales, autonomes, ayant chacune à leur tête une caisse nationale gérée par des représentants de tous les intéressés et comportant diverses caisses régionales ou locales :

— assurance maladie (comprenant également maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles) ;

— assurance vieillesse ;

— allocations familiales.

Une Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure la gestion commune des trésoreries des trois branches, alimentées par l'intermédiaire d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

L'assurance chômage n'est pas gérée par la Sécurité sociale.

II. — PRESTATIONS (RÉGIME GÉNÉRAL)

Assurance maladie.

Prestations en nature.

Bénéficiaires :

L'assuré ;

Son conjoint ;

Ses enfants à charge jusqu'à la fin de l'obligation scolaire (seize ans), jusqu'à dix-sept ans s'ils ne trouvent pas d'emploi, jusqu'à dix-huit ans s'ils sont placés en apprentissage ou jusqu'à vingt ans s'ils poursuivent leurs études ;

Pensionnés (y compris titulaires de pensions de réversion).

Conditions d'attribution :

Avoir effectué au moins 200 heures de travail au cours des trois mois précédents ou 120 heures au cours du mois précédent.

Exemption de ces conditions pour les jeunes de moins de vingt-cinq ans nouvellement immatriculés.

Equivalences d'heures de travail pour maladie, chômage involontaire ou cas particuliers.

Durée de prise en charge :

Illimitée (sauf fin de l'affiliation : un mois au-delà).

Médecins agréés :

Tous médecins habilités à exercer.

Libre choix par l'assuré.

Honoraires fixés par conventions entre caisses maladie et syndicats médicaux. A défaut, par voie d'autorité (bases de remboursement). Dépassements possibles dans certains cas.

Libre choix de l'hôpital. Tarifs fixés par les pouvoirs publics pour les hôpitaux publics. Agrément et conventions tarifaires pour établissements privés (bases de remboursement).

Participation de l'assuré :

Sauf cas particulier (soins donnés par un organisme public), avance des frais par l'assuré.

Remboursement dans la proportion de :

— 75 % du tarif officiel pour les frais médicaux ;

— 70 % du tarif officiel pour les frais pharmaceutiques (90 % pour certains médicaments irremplaçables ou très coûteux) ;

— 80 % du tarif officiel pour l'hospitalisation en cas de forfait journalier, 70 % ou 90 % dans le cas contraire.

Réduction ou suppression du ticket modérateur pour traitements longs ou onéreux, ainsi qu'en faveur de diverses catégories sociales.

Prestations en espèces.

Bénéficiaire : l'assuré seul.

Conditions d'attribution :

Incapacité de travail.

Mêmes conditions de durée de travail antérieur que pour les prestations en nature si l'arrêt de travail n'est pas supérieur à six mois.

Pour un arrêt supérieur à six mois, il faut au moins douze mois d'immatriculation avant l'arrêt de travail et 480 heures de travail au cours des douze mois précédant l'arrêt, dont 200 heures au cours du premier trimestre de cette année antérieure.

Des équivalences existent dans certains cas.

Délai de carence : trois jours.

Nature et montant des prestations :

Indemnité pour chaque journée d'arrêt de travail, ouvrable ou non, égale à 50 % du salaire antérieur ayant servi de base au calcul des cotisations sociales. Ce taux est porté aux deux tiers du salaire de base antérieur, à partir du trente et unième jour, pour les assurés ayant au moins trois enfants à charge.

Minimum : 1/365 du montant minimum de la pension d'invalidité, soit actuellement 5,75 F (6,38 F dans le cas majoré).

Maximum : 1/720 du plafond du salaire retenu pour les cotisations, soit actuellement 34 F (45,33 F dans le cas majoré).

En cas d'hospitalisation, les indemnités sont réduites de trois cinquièmes pour les célibataires, deux cinquièmes pour les assurés mariés, un cinquième s'il y a un enfant à charge.

Durée des prestations : trois ans.

Paiement quotidien en cas de longue maladie. Maximum de 360 jours au cours de trois ans pour les maladies ordinaires.

Assurance maternité.

Bénéficiaires :

Femmes assurées.

Epouses et filles à charge d'assurés.

Durée d'affiliation :

Dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement (ou, en cas de retard, à la date de celui-ci).

Même durée de travail antérieur que pour l'assurance maladie.

Prestations en nature :

Frais médicaux pris en charge à 100 % du tarif de responsabilité des caisses. Examens prénataux et post-nataux obligatoires et gratuits.

Prestations en espèces :

Réservées à l'assurée seule.

Indemnités journalières égales à 90 % du gain journalier antérieur soumis à cotisation.

Maximum : 1/400 du plafond annuel, soit actuellement 61,20 F.

Minimum : 5,75 F.

Durée : six semaines avant la date présumée de l'accouchement et huit semaines après celui-ci.

Assurance invalidité.

Bénéficiaires : tout assuré.

Conditions d'attribution :

Etre assuré depuis au moins douze mois et avoir travaillé au moins 800 heures dans les douze mois précédents, dont 200 dans les premiers trois mois.

Avoir moins de soixante ans.

Etre incapable de s'assurer une rémunération supérieure au tiers de la rémunération normale de la profession dans la région (maximum : 1.206,40 F par trimestre).

Taux minimum d'incapacité : 66,66 %.

Période de prise en charge : de la date de constatation jusqu'à l'âge de soixante ans. Au-delà, pension de vieillesse.

Montant de la pension annuelle :

Invalides pouvant travailler : 30 % du salaire moyen des dix dernières années (ou de toutes s'il y en a moins de dix). Maximum : 30 % du plafond de cotisations, soit actuellement 7.344 F.

Invalides ne pouvant pas travailler : 50 % du même salaire (maximum : 12.240 F).

Minimum : 2.100 F.

Majoration de 40 % de cette dernière pension pour tierce personne. Minimum annuel de cette majoration, actuellement 11.486,92 F.

Revalorisations fixées annuellement par décret.

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Bénéficiaires :

Tous les salariés. Affiliation obligatoire à la charge des employeurs.

Conditions :

Accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail.

Accident du trajet.

Maladie professionnelle inscrite sur une liste officielle.

Pas de délai d'exposition aux risques, sauf pour certaines maladies (silicose, asbestose, sidérose).

Prestations en nature :

Libre choix du médecin et de l'établissement de soins.

Frais médicaux et pharmaceutiques remboursés à 100 % des tarifs conventionnels ou officiels.

Prestations en espèces :

Indemnité journalière égale à 50 % du dernier salaire réel pendant les vingt-huit premiers jours, sous réserve d'un maximum journalier de 122,40 F.

Au-delà, deux tiers du dernier salaire réel, sous réserve d'un maximum journalier de 163,20 F.

Indemnité versée pour toute journée d'arrêt de travail, ouvrable ou non, jusqu'à guérison ou consolidation.

En cas d'incapacité permanente, il est versé une rente annuelle égale au salaire de base multiplié par le taux d'incapacité préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux ne dépassant pas 50 % et augmenté de moitié pour la partie dépassant 50 %.

Le salaire de base est le salaire réel de la dernière année. Toutefois, en cas d'incapacité au moins égale à 10 %, il est affecté d'un minimum (15.848,89 F) et d'un maximum (126.791,12 F), et, s'il est compris entre 31.697,78 F et 126.791,12 F, réduit d'un tiers.

Une majoration de 40 % de la rente peut être allouée pour assistance d'une tierce personne, cette majoration ne pouvant être inférieure à 11.486,92 F par an.

En cas de décès :

Remboursement des frais funéraires jusqu'à concurrence de 1.020 F.

Rentes allouées aux survivants :

— conjoint : 30 % du salaire de base (50 % en cas d'incapacité ou à partir de soixante ans s'il n'y a pas d'autre pension) ;

— un enfant à charge : 15 % ;

— deux enfants à charge : 15 % pour chacun ;

— par enfant en plus : 10 % ;

— par enfant orphelin de père et de mère : 20 % ;

— ascendants à charge ou prétendant éventuel à une pension alimentaire : 10 % pour chacun avec maximum de 30 % pour l'ensemble ;

— maximum total pour les survivants : 85 %.

Toutes les rentes sont revalorisées chaque année.

Assurance vieillesse.

Bénéficiaires :

Tous les affiliés au régime.

Mères de famille bénéficiaires des allocations de salaire unique ou de mère au foyer.

Conditions d'attribution : quinze ans d'affiliation.

Age normal de la retraite : soixante-cinq ans, avec possibilité d'anticipation à partir de soixante ans dans divers cas (inaptitude, chômage, titres de guerre, etc.).

Montant des pensions :

Le montant de la pension est fonction, d'une part, du nombre d'années d'assurance et, d'autre part, du salaire annuel moyen de base ayant servi au calcul des cotisations pendant les dix années de la carrière de l'assuré au cours desquelles il a touché son salaire le plus élevé. Ce salaire de base est revalorisé au niveau économique du jour de liquidation par application de coefficients fixés pour chaque année antérieure.

Minimum annuel (à partir de quinze années d'assurance) : 2.100 F.

Maximum : pour trente-quatre années d'assurance : 11.260,80 F ; par année postérieure : 1.126,08 F.

Majoration de 50 % pour conjoint à charge (ne disposant pas de ressources — majoration comprise — supérieures à 3.900 F) avec maximum de 50 F s'il a moins de soixante-cinq ans et 2.100 F s'il a plus de soixante-cinq ans.

Majoration de 10 % pour tout assuré ayant élevé au moins trois enfants.

Revalorisations annuelles.

Cumul possible avec un salaire.

Rentes de vieillesse :

L'assuré ayant moins de quinze années d'assurance, mais au moins cinq, touche une rente de vieillesse égale à 10 % de la moitié de l'ensemble des cotisations d'assurances sociales versées à son sujet, avec un minimum de 2.100 F par an s'il ne bénéficie d'aucun autre avantage de sécurité sociale et n'a pas de ressources supérieures à 6.000 F pour une personne seule et 9.000 F pour un ménage.

Pas de majoration pour conjoint ou enfants à charge, mais revalorisation annuelle.

Les assurés ayant moins de cinq années d'affiliation peuvent obtenir le remboursement des cotisations versées.

Allocation aux vieux travailleurs salariés :

Bénéficiaires :

Français (ou originaires de certains pays) ayant occupé en France, après l'âge de cinquante ans, un emploi salarié. Assimilations possibles pour non-salariés.

Conditions d'attribution :

Avoir au moins soixante-cinq ans (soixante ans en cas d'inaptitude).

Ne pas disposer de ressources annuelles (allocations comprises) supérieures à 6.000 F pour une personne seule ou 9.000 F pour un ménage.

Montant de la pension : 2.100 F.

Bonification de 10 % si l'intéressé a élevé au moins trois enfants.

Majoration pour conjoint à charge : 50 F si celui-ci a moins de soixante-cinq ans ; 2.100 F s'il a plus de soixante-cinq ans et ne dispose pas de ressources personnelles supérieures à 3.900 F.

Conjoint survivant :

Secours viager pour veuf ou veuve de titulaire (ou de personne remplissant les conditions d'attribution) de l'allocation aux vieux travailleurs salariés : mêmes taux et plafond que celle-ci.

Allocation spéciale de vieillesse :

Pour les personnes âgées de soixante-cinq ans (soixante ans en cas d'inaptitude au travail) ne bénéficiant d'aucun autre avantage vieillesse et dont les ressources (allocation comprise) ne dépassent pas 6.000 F pour une personne seule ou 9.000 F pour un ménage.

Montant annuel : 2.100 F.

Fonds national de solidarité :

Bénéficiaires : titulaires français (ou d'un pays ayant signé une convention de réciprocité) d'un avantage de vieillesse mais dont les ressources ne dépassent pas 6.000 F pour une personne seule ou 9.000 F pour un ménage.

Conditions : avoir atteint l'âge de soixante-cinq ans (ou soixante ans en cas d'inaptitude au travail).

Montant de l'allocation : 2.400 F par an.

Prestations aux survivants.

Conjoints survivants.

Bénéficiaires :

Veuve d'un assuré qui était titulaire ou susceptible d'être titulaire d'une pension d'invalidité ou de vieillesse.

Veuf d'assurée, s'il est atteint d'une incapacité permanente de travail et si la défunte subvenait principalement par son propre travail aux besoins du ménage.

Conditions :

Pension de veuve : être âgée de moins de soixante ans, atteinte d'une incapacité de travail d'au moins 66,66 %, ne pas bénéficier d'un avantage de Sécurité sociale.

Pension de réversion : être âgée d'au moins cinquante-cinq ans, avoir été mariée pendant au moins deux ans, ne pas bénéficier de ressources supérieures au montant annuel du salaire minimum de croissance (9.464 F).

Le défunt doit avoir au moins cinq années d'assurance s'il avait plus de 60 ans au moment du décès, quinze années d'assurance s'il avait moins de soixante ans. Le mariage doit avoir été contracté au moins quatre ans avant le décès ou deux ans avant la date d'entrée en jouissance de la pension du défunt.

Montant des pensions :

50 % de la pension principale ou rente dont bénéficiait ou eût bénéficié le défunt.

Minimum : 2.100 F.

Majoration de 10 % pour avoir élevé au moins trois enfants.

Plafond de ressources : montant annuel du salaire minimum de croissance au 1^{er} janvier de l'année du décès (pour 1973 : 9.464 F).

Orphelins.

Pas de pension, mais allocations familiales spéciales.

Capital-décès.

Mêmes conditions de durée d'affiliation que pour l'assurance maladie.

Montant : 90 fois le gain journalier de base du défunt.

Minimum : 1 % du plafond annuel des salaires soumis aux cotisations de Sécurité sociale, soit actuellement 244,80 F.

Maximum : trois fois le plafond mensuel, soit actuellement 6.120 F.

Prestations familiales.

Bénéficiaires : tout résident ayant à sa charge un ou plusieurs enfants.

1. Allocations familiales.

Conditions d'attribution :

Exercer ou être dans l'impossibilité d'exercer une activité professionnelle (salariée ou non).

A partir du deuxième enfant à charge.

Age limite normal : seize ans (fin de l'obligation scolaire).

Prolongation jusqu'à :

— dix-sept ans pour un enfant à la recherche d'un premier emploi ;

— dix-huit ans pour les apprentis ;

— vingt ans pour les enfants poursuivant leurs études, pour les infirmes et pour les jeunes filles se consacrant exclusivement aux travaux ménagers et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de quatorze ans.

Montants mensuels :

Deux enfants	100,804 F
Trois enfants	270,338 F
Quatre enfants	439,872 F
Cinq enfants	591,078 F
Six enfants	742,284 F
Par enfant en plus	151,206 F

Majoration pour enfant :

De dix à quinze ans

41,238 F

De plus de quinze ans

73,312 F

Une indemnité compensatrice des avantages fiscaux, légèrement inférieure à 10 %, s'y ajoute en faveur des salariés.

2. Allocation de salaire unique (pour les salariés)
et allocation de la mère au foyer (pour les non-salariés).

Versées aux personnes ou ménages bénéficiant d'un seul revenu professionnel (avec possibilité de salaire d'appoint mensuel ne dépassant pas 229,10 F) et dont l'ensemble des revenus fiscaux annuels ne dépasse pas 23.040 F sans enfant. 28.800 F pour un enfant, 34.560 F pour deux enfants, auxquels s'ajoutent 5.760 F par enfant supplémentaire.

Montants :

1° Salaire unique :

- pour un enfant de plus de deux ans : 38,90 F par mois ;
- pour deux enfants de plus de deux ans : 77,80 F par mois ;
- pour un enfant de moins de deux ans ou au moins trois enfants : 97,25 F ;
- majoration au-delà de trois enfants ou en cas de ressources ne dépassant pas des taux représentant un peu plus du tiers des plafonds : 97,25 F.

2° Mère au foyer: taux inférieurs d'environ 50 % à ceux du salaire unique (sauf pour enfant de moins de deux ans, six enfants et plus, majoration : taux identiques).

3. Allocation de logement.

En faveur des personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, des handicapés vivant dans un logement indépendant de leur famille, des jeunes travailleurs de moins de vingt-cinq ans, des jeunes ménages sans enfant pendant les cinq premières années de mariage, des personnes ayant à charge au moins un enfant, une personne âgée ou un infirme.

Le montant varie en fonction du loyer, de l'état des locaux, des ressources et de la composition de la famille.

Exemple : pour un salarié ayant trois enfants, locataire dans un immeuble neuf (plafond de loyer 400 F) dont les ressources annuelles s'élèvent à 24.800 F (arrondies à 24.500 F), l'allocation mensuelle sera de 60,83 F.

4. Allocation d'éducation spécialisée des mineurs infirmes.

En faveur des personnes ayant à leur charge des mineurs infirmes ou handicapés ayant besoin d'une éducation ou d'une formation professionnelle spéciale.

50 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales, soit actuellement 229,10 F.

5. Allocation des mineurs handicapés.

Pour les enfants (jusqu'à vingt ans) atteints d'une incapacité permanente d'au moins 80 %.

68,73 F par mois (15 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales).

6. Allocation d'orphelin.

Orphelins de père et mère : 30 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales, soit actuellement 137,46 F ;

Orphelins de père ou mère et enfants de mère célibataire : 15 % de cette base, soit actuellement 68,73 F.

7. Allocation pour frais de garde.

En faveur des personnes seules travaillant ou des ménages dont les deux conjoints travaillent.

Sous réserve d'un plafond de ressources variant avec la situation de famille, l'allocation couvre le montant des frais de garde réels. Maximum : 194,50 F par mois.

8. Allocations prénatales.

En faveur de toute femme enceinte.

Allocation versée par fractions, à l'occasion de chacun des trois examens prénataux obligatoires.

Le montant total est égal à 198 % du salaire mensuel servant de base au calcul des allocations familiales, soit actuellement 907,24 F.

9. Allocations de maternité.

Pour la première naissance, si la mère a, au plus, vingt-cinq ans ou si la naissance survient dans les deux premières années du mariage.

Pour les autres naissances, si elles se produisent dans les trois ans de la précédente.

Prolongations possibles des délais dans certains cas.

L'enfant doit être Français, né en France, né viable, légitime ou reconnu.

Montant : 260 % de la base mensuelle de calcul des allocations familiales, soit actuellement 1.191,32 F, versés par moitié à la naissance et six mois après.

Assurance chômage.

Deux régimes ne dépendant pas des organismes de sécurité sociale, l'un public, l'autre conventionnel interprofessionnel géré par les Associations pour l'emploi dans l'industrie et le commerce (Assedic).

L'un et l'autre sont obligatoires.

Bénéficiaires :

Aide publique : tout travailleur salarié.

Assedic : tout travailleur salarié de l'industrie et du commerce.

Conditions d'attribution :

— avoir été licencié ou avoir perdu son emploi pour un motif légitime ;

— être inscrit comme demandeur d'emploi ;

— au moins 150 jours de travail dans les douze mois précédents (aide publique) ou 180 heures dans les trois derniers mois et trois mois au moins de salariat dans les douze derniers mois (Assedic) ;

— être âgé de moins de soixante-cinq ans (sauf bénéfice, à partir de soixante ans, d'une pension de retraite anticipée ou d'une garantie de ressources accordée aux salariés ayant quinze ans au moins d'affiliation et licenciés après soixante ans) ;

— pour l'aide publique, plafond de ressources (13,59 F par jour pour un célibataire, 24,41 F en cas de conjoint à charge, 33,97 F si le conjoint est également salarié ; majoration de 2,26 F par enfant et 5,77 F par autre personne à charge ; plafond annuel pour un ménage : 1.200 F) ;

— délai de carence de trois jours pour l'aide publique, aucun pour le régime Assedic.

Montant des prestations :

Aide publique : 8,90 F par jour pendant quatre-vingt-onze jours ; 8,10 F au-delà ; majoration de 3,60 F pour personne à charge.

Assedic : 35 % du salaire journalier moyen perçu au cours des trois derniers mois d'activité et plafonné à 24.750 F.

Majoration de 15 % des allocations pendant les quatre-vingt-onze premiers jours.

Minimum journalier : 11,20 F pendant trois mois ; 9,74 F au-delà.

Allocations réduites pour chômage partiel, avec minimum mensuel garanti.

Durée des prestations (pour sept jours d'arrêt de travail, ouvrables ou non) :

Aide publique : illimitée mais le montant est réduit de 10 % par an à partir de la deuxième année (avec maximum de 30 % pour les allocataires atteignant cinquante-cinq ans). Aucune réduction pour les salariés licenciés après cinquante-cinq ans.

Assedic :

- 365 jours pour les moins de cinquante ans ;
- 609 jours pour les plus de cinquante ans ;
- jusqu'à soixante-cinq ans si l'assuré a été licencié après soixante ans.

Cumuls :

L'allocation Assedic peut se cumuler avec l'aide publique à concurrence de 90 % du salaire journalier moyen antérieur (95 % en cas de personne à charge).

Cumul possible avec indemnités de congés payés et indemnités de licenciement.

Pas de cumul possible avec autres allocations de chômage ou indemnités journalières de sécurité sociale.

Aides sociales diverses.

Aide à l'enfance et à la famille : attribuée sur le plan départemental, selon les besoins.

Aide sociale aux personnes âgées (plafond de ressources annuelles de 6.000 F) :

Allocation d'aide à domicile : 2.100 F par an ;

Allocation de loyer : 75 % du loyer plafonné à 2.400 F par an (3.192 F à partir de trois personnes) ;

Allocations de services ménagers, de placement (en établissement ou dans une famille).

Allocation aux handicapés adultes (incapacité permanente d'au moins 80 %) : 100 F par mois, sous réserve d'un plafond de ressources de 4.750 F pour célibataire et majoré en fonction des charges familiales.

Aide sociale aux aveugles et grands infirmes non travailleurs : allocation mensuelle de 2.100 F, sous réserve d'un plafond de ressources annuelles de 6.000 F. Majoration pour aide d'une tierce personne (entre 4.594,77 et 9.189,54 F).

Aide sociale aux aveugles et grands infirmes travailleurs : allocation mensuelle de 2.100 F, sous réserve d'un plafond de ressources de 6.000 F et allocation de compensation annuelle de 4.594,17 à 6.892,15 F, portée à 10.328 F s'il y a aide constante d'un tiers.

Aide sociale aux infirmes dont le taux d'invalidité est inférieur à 80 % : allocation d'aide à domicile de 2.100 F par an, sous réserve d'un plafond de ressources de 4.900 F.

Aide sociale aux mineurs grands infirmes de moins de quinze ans : allocation spéciale au moins égale aux allocations familiales versées à une famille ayant deux enfants à charge : minimum mensuel : 100,80 F ; maximum : 201,60 F.

Allocation militaire : pour les familles dont le soutien effectue son service national : 1.200 F par an avec majorations pour personnes à charge.

Indemnités de congés annuels : 1/12 de la rémunération annuelle, sans pouvoir être inférieure à ce que le salarié aurait gagné s'il avait travaillé pendant ce congé. A la charge de l'employeur sur la base de deux jours par mois de travail (vingt-quatre jours ouvrables par an).

Indemnités diverses pour recherche ou changement d'emploi :

Frais de déplacement, prime de transfert, indemnités de réinstallation, prime de mobilité pour les jeunes.

Les nombreux *bureaux d'aide sociale* complètent ces aides légales, au niveau communal, par une action sociale permanente (aide médicale, prêts aux jeunes ménages, etc.).

Le régime général de Sécurité sociale assume en outre l'implantation et la gestion de nombreux établissements médicaux et sociaux.

Son action est complétée par celle des divers régimes spéciaux.

III. — FINANCEMENT (RÉGIME GÉNÉRAL)

Assurance maladie-maternité-invalidité-décès.

Salariés : 1 % de la totalité des salaires ; 2,50 % des salaires plafonnés à 24.480 F par an.

Employeurs : 2 % de la totalité des salaires ; 10,45 % des salaires plafonnés. Il s'y ajoute une cotisation de 3 % sur les primes d'assurance automobile.

Assurance vieillesse survivants.

Salariés : 3 % des salaires plafonnés.

Employeurs : 5,75 % des salaires plafonnés.

Assurance accidents du travail-maladies professionnelles.

A la charge de l'employeur (taux notifié annuellement par la Sécurité sociale).

Prestations familiales.

Employeurs : 10,50 % des salaires plafonnés.

Assurance chômage.

Aide publique : financement par les pouvoirs publics.

Assedic :

Salariés : 0,14 % des salaires plafonnés à 99.000 F par an ;

Employeurs : 0,56 % des salaires plafonnés.

GRANDE-BRETAGNE

I. — ORGANISATION

Depuis 1948, existe un régime unifié comprenant l'assurance nationale, l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, les allocations familiales, le supplément au revenu familial et les prestations supplémentaires.

La Sécurité sociale englobe également le *service national de santé*, dispensant des soins médicaux à toute personne, assurée ou non.

L'assurance nationale couvre pratiquement toute la population. Chaque assuré ayant dépassé l'âge de fin de scolarité reçoit une carte d'assurance nationale sur laquelle ses cotisations hebdomadaires (d'un taux uniforme) sont indiquées sous forme de timbres achetés dans les bureaux de poste et déterminant la nature des prestations dues, selon trois catégories :

Catégorie 1 (salariés) : pour toutes les prestations d'un taux uniforme (plus de 23 millions de personnes) ;

Catégorie 2 (travailleurs indépendants) : prestations d'un taux uniforme, sauf chômage et accidents du travail-maladies professionnelles (environ 1,5 million de personnes) ;

Catégorie 3 (personnes sans emploi et toutes personnes ne relevant pas des autres catégories) : prestations d'un taux uniforme, sauf indemnités de maladie, invalidité, chômage, accidents du travail-maladies professionnelles et allocations de maternité (environ 750.000 personnes).

L'assurance est obligatoire pour les salariés, sous la responsabilité des employeurs qui doivent veiller au paiement des cotisations (au besoin par prélèvement sur le salaire).

Des suppléments proportionnels aux gains sont dus aux personnes de catégories 1 et 2 âgées de plus de dix-huit ans n'ayant pas encore droit à pension et dont les gains fiscaux s'élèvent au moins à 468 £ (environ 5.200 F).

Sous l'égide du ministère de la santé et de la sécurité sociale et du ministère de l'emploi, divers services ou offices centraux gèrent les différentes branches.

Quelque 900 bureaux de la santé et de la sécurité sociale, ainsi qu'environ 1.000 services de l'emploi, traitent les demandes sur le plan local.

Les *prestations familiales* sont administrées par le ministère de la santé et de la sécurité sociale.

II. — PRESTATIONS

Assurance maladie.

Prestations en nature.

Bénéficiaires : toute personne résidant (ou de passage) en Grande-Bretagne qui fait appel au Service national de santé.

Presque toute la population utilise ce service.

Durée de la prise en charge : illimitée.

Médecins agréés :

Tout médecin peut participer au service national de santé et conserver une clientèle privée (dans ce dernier cas, à la charge totale du patient).

Environ 95 % des omnipraticiens, presque tous les dentistes, presque tous les pharmaciens, de nombreux spécialistes, 2.500 hôpitaux font partie du service national de santé.

Toute personne désirant utiliser le service doit s'inscrire chez un médecin de famille appartenant au service. Le choix est libre et le changement facile. Le médecin peut refuser (sauf pour soins urgents). Le maximum de patients pour un omnipraticien est de 3.500, la moyenne s'établissant aux environs de 2.470.

Les cabinets de groupe se développent (75 % des omnipraticiens).

Les médecins sont rémunérés par le service en fonction du nombre d'inscrits avec divers suppléments (pour patients d'au moins soixante-cinq ans, frais professionnels, cas particuliers). Les spécialistes le sont sur des bases fixées par entente entre l'Ordre des médecins et le ministère de tutelle.

Pour les dentistes, il n'y a pas d'inscription.

Participation de l'assuré :

Aucune, sauf pour quelques médicaments, divers appareillages (dentiers), les hospitalisations en chambre individuelle.

Toutefois, a été récemment créée une taxe de 0,20 £ (environ 2,25 F) par médicament prescrit.

Prestations en espèces.

Bénéficiaires :

Tout travailleur salarié ou indépendant ; facultatif pour les femmes mariées.

Conditions d'attribution :

Incapacité de travail constatée par simple certificat médical.

Avoir versé au moins 50 cotisations de catégorie 1 ou 2 dans l'année précédant la maladie. Toutefois, des indemnités réduites sont allouées à ceux qui ont versé au moins 26 cotisations.

Délai de carence : trois jours ouvrables.

Nature et montant des prestations :

Indemnités hebdomadaires de 6,75 £ (environ 75 F).

Les femmes mariées ne touchent que 4,75 £ (environ 53 F).

Il s'y ajoute divers suppléments pour charges familiales.

Suppléments proportionnels aux gains (entre l'âge de dix-huit ans et celui de la retraite), à partir du trentième jour de maladie et pour six mois : un tiers du gain moyen hebdomadaire antérieur situé entre 9 et 30 £ (environ 100 et 330 F), sans que l'ensemble des prestations puisse dépasser 85 % de ce gain.

Durée des prestations :

Si 156 cotisations ont été versées, l'indemnité peut être prolongée pendant 168 jours (dimanches non compris), puis remplacée par la prestation d'invalidité.

Si ont été versées au moins 26 et moins de 156 cotisations, l'indemnité de maladie est servie pendant cinquante-deux semaines mais il ne peut y avoir de prestation d'invalidité.

Assurance maternité.

Prestations en nature : comme pour la maladie, au titre du Service national de santé, pour toute femme résidant en Grande-Bretagne.

Prestations en espèces :

Allocation d'accouchement de 25 £ (environ 280 F) pour chaque enfant survivant au moins douze heures, si la mère ou son mari a versé au moins 26 cotisations d'une catégorie quelconque.

Allocation de maternité de 6,75 £ (environ 75 F) par semaine pendant dix-huit semaines (dont onze avant la date prévue pour l'accouchement) pour toute travailleuse, salariée ou indépendante, ayant versé au moins 50 cotisations de catégorie 1 ou 2. Allocation réduite s'il a été versé entre 26 et 50 cotisations. Majorations pour autres enfants ou personne à charge.

Assurance invalidité.

Bénéficiaires : tout assuré, salarié ou travailleur indépendant; facultatif pour les femmes mariées.

Conditions d'attribution :

Incapacité de travail.

Avoir versé au moins 156 cotisations de catégorie 1 ou 2.

Taux d'incapacité minimum : aucun.

Période de prise en charge : lorsque les indemnités de maladie ont été servies pendant 168 jours, jusqu'à l'octroi d'une pension de vieillesse.

Montant de la pension : 6,75 £ (environ 75 F) par semaine.

En cas de maladie chronique, allocation d'invalidité s'ajoutant à la pension en fonction de l'âge de l'assuré :

— moins de trente-cinq ans : 1,15 £ (environ 13 F) par semaine ;

— de trente-cinq à quarante-cinq ans : 0,70 £ (environ 8 F) par semaine ;

— de quarante-cinq à soixante ans (55 ans pour les femmes) : 0,35 £ (environ 3,90 F).

Majorations pour personnes à charge ou nécessité de surveillance constante.

Pas de supplément proportionnel aux gains.

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Bénéficiaires : tout assuré salarié.

Conditions :

Accident survenu à l'occasion de l'emploi ou en corrélation avec lui (à l'exclusion de l'accident de trajet) ;

Maladie professionnelle inscrite sur une liste officielle.

Prestations en nature : assurées par le Service national de santé.

Prestations en espèces :

Indemnité hebdomadaire de 9,50 £ (environ 106 F) pendant vingt-six semaines. Suppléments pour charges de famille. Supplément proportionnel aux gains, si les

conditions d'octroi de l'indemnité de maladie sont remplies, de 33 % du salaire moyen hebdomadaire situé entre 9 et 30 £ sans que l'ensemble des allocations puisse dépasser 85 %.

Au-delà, rente hebdomadaire ou forfaitaire fixée par une commission médicale en fonction du degré d'invalidité. Le taux varie entre 2,24 £ (environ 25 F) pour une invalidité de 20 % et 11,20 £ (environ 125 F) pour une invalidité de 100 %. Somme forfaitaire pour invalidité inférieure à 20 % (sauf en cas de pneumoconiose ou byssinose, toujours rente hebdomadaire).

La rente n'est pas affectée par la capacité de gain et peut être payée même si l'invalidé travaille.

Allocations supplémentaires en cas d'hospitalisation, de difficultés ou préjudices graves.

En cas de décès, allocations aux veuves et personnes à charge.

Assurance vieillesse.

Bénéficiaires :

Tous les assurés, c'est-à-dire pratiquement tous les résidents.

Conditions d'attribution :

Age normal de la retraite : soixante-cinq ans pour les hommes, soixante ans pour les femmes.

Les hommes âgés de soixante-dix ans et les femmes âgées de soixante-cinq ans sont automatiquement considérés comme retraités, qu'ils exercent ou non une activité.

Pension nationale (pour assurés ayant versé au moins 156 cotisations et une moyenne annuelle d'au moins 50 cotisations pendant la période d'assurance) :

6,75 £ (environ 75 F) par semaine ;

4,15 £ (environ 46 F) pour la femme de l'assuré.

Majorations pour enfants à charge.

Supplément de 0,25 £ (environ 2,80 F) au-delà de quatre-vingts ans.

Réduction en cas d'activité salariée (sauf pour les hommes de plus de soixante-dix ans et les femmes de plus de soixante-cinq).

Pension proportionnelle :

Calculée en fonction du nombre d'unités volontairement payées depuis 1961, date de mise en vigueur de ce régime.

Les unités sont de 7,50 £ (environ 83 F) pour les hommes et 9 £ (environ 100 F) pour les femmes (ce coût plus élevé tient compte du fait que la femme prend sa retraite cinq ans plus tôt). Elles donnent droit chacune à un supplément de pension de 0,025 £ (environ 0,28 F) par semaine.

Majoration de pension en cas de retraite différée :

Les assurés travaillant au-delà de l'âge normal de la retraite et continuant à cotiser ont droit à une majoration de pension de 0,06 £ (environ 0,67 F) par semaine pour chaque tranche de neuf cotisations nouvelles. Ils peuvent également obtenir d'autres majorations ou, le cas échéant, des indemnités de chômage.

En tout état de cause, la pension est versée à soixante-dix ans pour les hommes et soixante-cinq ans pour les femmes, même en cas de poursuite du travail.

Pensions d'entreprise :

Environ 65.000 régimes de pensions d'entreprise existent actuellement. Généralement, ils sont administrés par des compagnies d'assurance sur la vie auxquelles cotisent les employeurs.

Pensions de retraite non contributives :

Dues à toutes les personnes atteignant l'âge de quatre-vingts ans mais n'ayant pas droit à une pension contributive et remplissant certaines conditions de résidence.

Le taux est de 6,55 £ (environ 73 F) par semaine pour un couple et de 4,05 £ (environ 45 F) pour une personne seule.

Prestations aux survivants.

Conjoints survivants.

Bénéficiaires : veuves d'assurés.

Conditions d'attribution :

Le mari doit avoir versé au moins 156 cotisations de taux uniforme d'une catégorie quelconque. La durée minimum du mariage est de deux ans.

Réduction de taux si la moyenne annuelle des cotisations sur toute la période d'assurance est inférieure à 50 mais supérieure à 13. En-deçà d'une moyenne de 13, aucune prestation de veuve.

Nature et montant des prestations :

Allocation de veuve : 9,45 £ (environ 105 F) par semaine, avec majorations pour enfants à charge, pendant 26 semaines, uniquement pour les veuves de moins de soixante ans.

Allocation supplémentaire de veuve : s'ajoute à la précédente pour les veuves dont le mari était en activité au moment du décès : un tiers de la part du gain hebdomadaire moyen du mari situé entre 9 et 30 £ (environ 100 et 330 F).

Allocation de mère veuve : versée lorsque prend fin l'allocation de veuve s'il y a un enfant à charge. Son taux hebdomadaire est de 6,75 £ (environ 90 F) avec majoration pour chaque enfant.

Pension de veuve : versée aux veuves ayant au moins quarante ans au décès du mari ou au moment où prend fin son droit à l'allocation de mère veuve. Le taux de base varie selon l'âge atteint à l'une de ces deux périodes d'ouverture du droit. Il varie de 2,03 £ pour quarante ans à 6,75 £ pour au moins cinquante ans (environ 22 à 75 F).

Allocation spéciale pour enfant : au bénéfice des femmes dont le mariage est dissous ou annulé et ayant un enfant à charge. Elle est versée après le décès de l'ex-mari, si celui-ci avait continué à contribuer à l'entretien de l'enfant. Le taux hebdomadaire est de 3,30 £ (environ 40 F) pour le premier enfant, 2,40 £ (environ 27 F) pour le suivant et 2,30 £ (environ 25 F) pour chacun des autres.

Orphelins.

Une allocation pour garde d'enfant est versée aux familles recueillant des orphelins de père et mère dont l'un des deux parents était assuré. Le taux hebdomadaire est de 3,30 £ (environ 40 F). Exceptionnellement, l'allocation peut être versée lorsqu'un seul des parents est décédé.

Capital décès.

Allocation versée au décès d'un assuré, de son conjoint ou de son enfant (ou d'un handicapé qui a été incapable de travailler depuis l'âge de dix-neuf ans).

Le taux varie selon l'âge du défunt, de 9 £ (environ 100 F) pour un enfant de moins de trois ans à 30 £ (environ 340 F) pour un adulte.

Prestations familiales.

Bénéficiaires : toutes les familles britanniques ayant au moins deux enfants.

Conditions d'attribution :

Aucune cotisation ni aucune condition de ressources.

Age limite normal : seize ans (fin de l'obligation scolaire).

Prolongation jusqu'à dix-neuf ans pour les enfants poursuivant des études ou un apprentissage.

Païement au moyen d'un carnet de bons qui peuvent être encaissés chaque semaine auprès du bureau de poste choisi par le bénéficiaire.

Montants :

0,90 £ (environ 10 F) par semaine pour le deuxième enfant, 1 £ (environ 11,30 F) par enfant à partir du troisième.

Assurance chômage.

Bénéficiaires : assurés de catégorie 1 (salariés).

Conditions d'attribution : conditions d'assurance identiques à celles exigées pour les prestations maladie en espèces.

Etre privé d'emploi (sauf départ volontaire sans motif valable).

Délai de carence de un jour.

Montant des prestations : mêmes taux que les indemnités de maladie, y compris les suppléments proportionnels aux gains.

Durée des prestations : six jours par semaine pendant douze mois.

Aides sociales diverses.

Prestations supplémentaires : au profit des personnes âgées de seize ans au moins n'ayant pas d'emploi à plein temps et ne disposant pas de revenus correspondant à leurs besoins. Taux en rapport avec l'estimation de ces besoins. Entièrement financé par l'Etat.

Prestations pour soins constants : aux adultes ou aux enfants de deux à seize ans handicapés ayant besoin d'une assistance permanente : 5,40 £ (environ 60 F par semaine).

Supplément au revenu familial :

Au profit de toute personne (même célibataire), travaillant au moins trente heures par semaine, ayant un enfant à charge et ne disposant que d'un revenu hebdomadaire inférieur à 20 £ (226 F). Ce plafond est augmenté de 2 £ par enfant supplémentaire ;

Le montant est de la moitié de la différence entre le revenu brut de la famille (toutes allocations comprises) et le revenu approprié fixé. Le minimum est de 0,20 £ (environ 2,26 F) par semaine et le maximum de 5 £ (environ 56 F).

Suppléments alimentaires : lait et vitamines fournis aux femmes enceintes ayant déjà un enfant de moins de cinq ans et aux mères d'au moins deux enfants de moins de cinq ans ou handicapés.

Aides sociales : aux familles, aux personnes âgées, etc.

III. — FINANCEMENT

Service national de santé :

Essentiellement financé par le budget de l'Etat et, très partiellement par les impôts municipaux ;

Une faible part est fournie par la taxe sur les médicaments ;

Une part est également prélevée sur les cotisations à l'assurance nationale.

Assurance nationale : cotisations hebdomadaires.

Catégorie 1 (salariés) :

Salariés : 0,88 £ (environ 10 F) pour les hommes et 0,75 £ (environ 85 F) pour les femmes ;

Employeurs : 2,25 £ (environ 25 F) pour les hommes et 1,49 £ (environ 16 F) pour les femmes.

A ces cotisations à taux uniforme s'ajoutent (sauf pour les moins de dix-huit ans), des cotisations proportionnelles à la rémunération brute si celle-ci dépasse 9 £ (environ 100 F) par semaine.

Catégorie 2 (travailleurs indépendants) :

Hommes : 1,68 £ (environ 18 F) et femmes : 1,25 £ (environ 14 F).

Catégorie 3 (personnes sans emploi) :

Hommes : 1,33 £ (environ 15 F) et femmes : 0,94 £ (environ 11 F).

Dans chaque catégorie, les taux sont réduits pour les assurés de moins de dix-huit ans. Aucune cotisation au-delà de soixante-dix ans pour les hommes et soixante-cinq ans pour les femmes. La cotisation est inscrite gratuitement pendant les périodes de maladie, invalidité, accidents du travail ou maternité. Dégrèvements dans certains autres cas.

L'Etat comble le déficit (environ 25 % du total des contributions uniformes).

Prestations familiales :

Financées par le budget de l'Etat.

A partir d'avril 1975, devrait être progressivement mis en place un système fiscal qui, par le jeu d'un crédit d'impôt attribué hebdomadairement à chaque contribuable, se substituerait aux prestations familiales et aux abattements fiscaux actuellement différenciés suivant la situation de famille.

IRLANDE

I. — ORGANISATION

Un régime unique couvre les travailleurs manuels salariés et les travailleurs non manuels ayant un contrat de travail et des revenus inférieurs à 1.600 £ par an (environ 18.000 F), ce qui représente à peu près 94 % des salariés et 71 % des personnes actives.

Assurance volontaire possible (obligatoire pour les ouvriers).

Les prestations maladie en nature ne font pas partie de la Sécurité sociale proprement dite et sont assurées par les services locaux du Ministère de la Santé. Elles couvrent environ 90 % de la population. Un comité assure la gestion dans chacune des huit régions.

Les prestations en espèces sont servies par le Ministère de la Prévoyance sociale et couvrent la maladie, l'invalidité, les accidents du travail, le chômage, la retraite, la vieillesse, la maternité, les veuves, les orphelins, le décès, les prestations familiales et diverses aides sociales.

Cotisations hebdomadaires retenues par l'employeur qui doit apposer des timbres sur la carte d'assurance individuelle.

II. — PRESTATIONS

Assurance maladie.

Prestations en nature.

Bénéficiaires : assurés et membres de leur famille à charge.

Conditions d'attribution : une semaine de contribution pendant les trois dernières années.

Durée de prise en charge : illimitée.

Médecins agréés :

Libre choix parmi les médecins conventionnés mais inscription obligatoire et changement difficile. Chaque médecin peut avoir, au maximum, 2.000 inscrits.

Les médecins sont rémunérés par l'Etat pour chaque visite (calcul par ordonnateur). Ils peuvent avoir une clientèle privée.

Participation de l'assuré :

Aucune pour :

- les travailleurs salariés bénéficiant de la Sécurité sociale ;
- les travailleurs indépendants gagnant moins de 1.600 £ par an (environ 18.000 F) ;
- les fermiers dont l'impôt foncier est inférieur à 60 £ par an (environ 680 F).

Pour les quelque 10 % de la population n'entrant pas dans ces catégories, gratuité des frais de maternité et de tuberculose en cas de ressources moyennes. Paiement total pour les revenus importants.

Prestations en espèces.

Bénéficiaires : assurés salariés de seize à soixante-dix ans (selon les conditions d'assurance indiquées plus haut), à l'exclusion des fonctionnaires.

Conditions d'attribution : avoir payé au moins 26 cotisations hebdomadaires pendant l'année précédente (48 pour obtenir des prestations complètes).

Délai de carence : trois jours.

Nature et montant des prestations : femme mariée dépendant de son mari : 4,35 £ (environ 50 F) par semaine.

Autre personne : 5,55 £ (environ 63 F).

Suppléments familiaux s'il y a lieu.

Durée des prestations :

Illimitée si ont été versées au moins 156 cotisations hebdomadaires.

Cinquante-deux semaines dans le cas contraire.

Assurance maternité.

Bénéficiaires : assurées et femmes d'assurés pour prestations en nature.

Durée d'affiliation : vingt-six semaines de cotisations.

Prestations en nature :

Gratuité totale pour la mère et pour les bébés de moins de six mois.

Il s'y ajoute une prime de maternité de 4 £ (environ 45 F) par assuré (deux primes si les deux conjoints sont assurés), 100 £ (environ 1.130 F) en cas de triplés, 150 £ (environ 1.700 F) en cas de quadruplés.

Prestations en espèces :

Uniquement pour les femmes assurées de leur propre chef.

Si 26 cotisations hebdomadaires ont été payées, allocation de 5,55 £ (environ 63 F) par semaine.

Durée : à partir de la sixième semaine avant la date présumée de l'accouchement et six semaines après celui-ci.

Assurance invalidité.

Bénéficiaires : assurés de seize à soixante-dix ans ayant été incapables de travailler pendant un an et l'étant encore au moins pour un an.

Conditions d'attribution : avoir payé au moins 156 cotisations hebdomadaires dont au moins 48 dans l'année précédente.

Taux minimum d'incapacité : aucun.

Montant de la pension annuelle :

Mêmes taux que les prestations maladie en espèces.

Revalorisation automatique en fonction de l'évolution de l'indice des prix.

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Bénéficiaires : salariés, à l'exception des travailleurs non manuels gagnant plus de 1.600 £ (environ 18.000 F) par an.

Conditions :

Accident survenu à l'occasion du travail (à l'exclusion de l'accident de trajet).

Maladie professionnelle inscrite sur une liste officielle.

Prestations en nature : gratuité des soins normaux.

Prestations en espèces :

Incapacité temporaire (du quatrième jour jusqu'à la vingt-sixième semaine) : 8,10 £ (environ 92 F) par semaine.

Incapacité permanente (selon décision d'une commission médicale). Le taux varie avec le degré d'invalidité :

— de 1 à 19 %, indemnité unique d'un maximum de 568 £ (environ 6.440 F) ;

— au-delà : allocation hebdomadaire d'un maximum de 8,10 £ (environ 90 F).

Majorations pour inaptitude au travail, soins constants, traitement dans un hôpital.

En cas de décès :

Pension hebdomadaire de 7,60 £ (environ 86 F) à la veuve (ou au veuf invalide) ;

Majorations pour enfants.

Indemnités forfaitaires diverses dans certains cas.

Assurance vieillesse.

Deux sortes de pensions : pension de retraite pour les assurés salariés quittant leur travail, pension de vieillesse pour les autres.

Bénéficiaires : assurés selon conditions indiquées plus haut.

Conditions d'attribution :

Age normal : soixante-cinq ans pour la pension de retraite, soixante-dix ans pour la pension de vieillesse.

Avoir commencé à être assuré avant cinquante-cinq ans pour la pension de retraite, soixante ans pour la pension de vieillesse.

Avoir payé au moins 156 contributions hebdomadaires, dont une moyenne de 48 par an (pension réduite si la moyenne est entre 24 et 48).

Montant des pensions :

6,20 £ (environ 70 F) par semaine.

Majoration de 50 pence (environ 5,65 F) à partir de quatre-vingts ans.

Majorations pour personnes à charge.

Cumul possible avec un salaire après l'âge de soixante-dix ans.

Revalorisation périodique.

Prestations aux survivants.

Conjoints survivants.

Bénéficiaires : veuves d'assurés pour pension contributive.

Conditions : avoir versé, au titre de l'assurance du mari, au moins 156 cotisations hebdomadaires dont 48 en moyenne par an (pensions réduites s'il a été versé entre 24 et 48 cotisations).

Montant des pensions :

5,60 £ (environ 63 F) par semaine. Majoration de 50 pence (environ 5,65 F) au-delà de quatre-vingts ans.

Pension non contributive de 5,15 £ (environ 58 F) pour veuves de non-assurés, âgées d'au moins soixante-dix ans sous conditions de ressources.

Majorations pour charges de famille.

La pension est payable au-delà de soixante-dix ans, sauf si l'intéressée a droit à une pension de vieillesse.

Orphelins.

De père et mère : 3,80 £ (environ 43 F) par semaine jusqu'à dix-huit ans (vingt et un ans en cas de poursuite des études) si au moins 26 cotisations ont été payées par l'un des parents ou beaux-parents ;

De père ou de mère : 1,50 £ (environ 17 F).

Capital décès.

Si au moins 48 cotisations ont été versées, capital décès pour la mort de l'assuré, de son conjoint (femme ou mari), de la veuve ou du veuf de l'assuré, d'un enfant de moins de dix-huit ans.

Montant :

— pour un enfant de moins de cinq ans : 7 £ (environ 79 F) ;

— pour un enfant de plus de cinq ans : 21 £ (environ 240 F) ;

— pour un adulte : 35 £ (environ 400 F).

Prestations familiales.

Bénéficiaires :

Toute famille irlandaise, quels que soient ses revenus, ayant au moins un enfant.

Conditions d'attribution :

Pour tout enfant âgé de moins de seize ans. Pas de prolongation possible.

Payables à la personne chez qui l'enfant habite, par bons postaux.

Montants mensuels :

0,50 £ (environ 5,65 F) pour le premier enfant ;

1,50 £ (environ 17 F) pour le deuxième enfant ;

2,25 £ (environ 25,50 F) pour chaque enfant suivant.

Allocation doublée pour chaque enfant en cas de triplés ou quadruplés.

Assurance chômage.

(Deux prestations : Assurance et Assistance.)

Bénéficiaires :

Assurance : assurés dans les conditions générales d'affiliation à la Sécurité sociale.

Assistance : non-assurés ayant des ressources insuffisantes et résidant depuis au moins six mois en Irlande.

Conditions d'attribution :

Etre âgé de seize à soixante-dix ans et inscrit au bureau d'emploi.

Avoir payé au moins 26 cotisations (48 dans l'année précédente pour prestations complètes).

Délai de carence : trois jours.

Montant des prestations :

Assurance : 5,55 £ (environ 63 F) par semaine et 4,35 £ (environ 50 F) pour les femmes mariées ;

Assistance : 4,35 £ (environ 50 F) en zone urbaine et 4,05 £ (environ 46 F) ailleurs.

Majorations pour charges de famille.

Durée des prestations :

312 jours (156 pour les moins de dix-huit ans ou les femmes mariées).

Illimitée pour l'assistance, ou entre soixante-cinq et soixante-dix ans pour l'assurance.

Aides sociales diverses.

Allocations aux femmes délaissées.

Pension pour les aveugles.

Aide à la vieillesse.

Transports gratuits pour aveugles et personnes âgées.

Franchise d'électricité pour personnes âgées.

Exemptions de taxes télévision.

Assistance à domicile.

Aide à l'enfance.

II. — FINANCEMENT

Prestations maladie en nature.

Financées à 97 % par impôts nationaux et taxes locales.

Cotisations hebdomadaires de 0,15 £ (environ 1,70 F) pour les personnes non redevables du service de santé gratuit.

Assurance sociale (Ensemble des prestations en espèces : maladie, maternité, invalidité, vieillesse, survivants, chômage).

Cotisations hebdomadaires :

Salariés : 1,06 £ (environ 12 F) pour les hommes et 0,99 £ (environ 11 F) pour les femmes.

Employeurs : 1,25 £ (environ 14 F) pour les hommes et 1,19 £ (environ 13,50 F) pour les femmes.

Taux réduits pour certaines catégories (agriculteurs, gens de maisons, etc.).

Pouvoirs publics : prise en charge du déficit (environ un tiers des dépenses).

Accidents du travail. — Maladies professionnelles.

Employeurs : 0,11 £ (environ 1,25 F) pour les hommes et 0,08 £ (environ 0,90 F) pour les femmes.

Prestations familiales.

Entièrement à la charge des pouvoirs publics.

ITALIE

I. — ORGANISATION

Le régime général (assurances générales) couvre l'ensemble des salariés de l'industrie et du commerce et, sous réserve de nombreuses modalités d'application, ceux de l'agriculture, ainsi que certains travailleurs indépendants.

Relèvent d'un régime spécial, pour tout ou partie des risques couverts, outre les travailleurs indépendants et les professions libérales :

- les mineurs de fond (avantages supplémentaires pour la vieillesse) ;
- les gens de mer (sauf pour les prestations familiales et le chômage) ;
- les employés des chemins de fer ;
- les employés de l'Etat ;
- les employés des collectivités locales ;
- les employés des établissements publics ;
- ainsi qu'un certain nombre de catégories de salariés moins nombreuses (journalistes, percepteurs d'impôts, artistes et travailleurs du spectacle...) et les ecclésiastiques.

Le régime général est géré par trois organismes publics :

- l'Institut national pour l'assurance accidents du travail et maladies professionnelles (INAIL) ;
- l'Institut national de la prévoyance sociale (I. N. P. S.) pour l'assurance vieillesse et survivants, l'invalidité, le chômage, la tuberculose et les allocations familiales ;
- l'Institut national pour l'assurance maladie (I. N. A. M.) qui gère la maladie, sauf la tuberculose, et la maternité.

Les cotisations sont perçues au niveau des sièges provinciaux de ces organismes.

Il existe en outre un fonds social, financé par l'Etat et géré par l'I. N. P. S., qui contribue au paiement des pensions d'invalidité, vieillesse et décès.

De nombreuses caisses à caractère national interentreprise et d'entreprises fonctionnent dans le cadre des assurances générales.

II. — PRESTATIONS

Assurance maladie.

Prestations en nature.

Bénéficiaires : l'ensemble des travailleurs salariés du secteur privé (maladie et tuberculose), les pensionnés (maladie), les chômeurs pendant les six premiers mois de chômage (maladie), ainsi que les membres de leur famille à charge pour lesquels les assurés perçoivent les allocations familiales.

Conditions d'attribution : aucune sauf pour la tuberculose : au moins deux années d'immatriculation et une année de cotisations au cours des cinq ans précédant la demande.

Durée de prise en charge : 180 jours par an avec prolongation possible ; illimitée pour la tuberculose (sauf fin de l'affiliation : six mois après cette échéance).

Médecins agréés :

Tous les médecins habilités à exercer la profession.

En principe (assistance directe) libre choix du médecin traitant parmi les médecins inscrits à l'ordre de la circonscription territoriale, conventionnés avec l'I. N. A. M. et rémunérés par lui ; libre choix du médecin spécialiste, qui est consulté dans les dispensaires gérés directement par l'I. N. A. M., parmi les médecins agréés et rémunérés à forfait honoraire ; libre choix de l'hôpital parmi ceux qui sont conventionnés dans la province. Le malade n'a rien à déboursier.

Cependant, le malade a la faculté de choisir le système de l'assistance indirecte, à condition d'en référer à la section territoriale de l'I. N. A. M. avant le 31 décembre de chaque année. Dans ce cas, l'assuré peut s'adresser au médecin et à l'hôpital de son choix sur l'ensemble du territoire. Mais il règle lui-même les honoraires librement consentis et est remboursé par l'I. N. A. M. sur la base de tarifs approuvés par les services administratifs de contrôle.

Pour la tuberculose, seule l'assistance directe est possible.

Participation de l'assuré :

Aucune, sauf en cas d'assistance indirecte, dans les limites suivantes :

- frais hospitaliers : dans la limite de 180 jours (prolongation possible) ;
- frais de cure : les frais de séjour sont limités forfaitairement ;
- soins dentaires : les prothèses ne sont remboursées, après autorisation de la caisse, que dans la limite d'un montant forfaitaire ;
- frais pharmaceutiques : légère participation pour certaines spécialités.

Prestations en espèces.

Bénéficiaires :

Pour la tuberculose : les assurés et membres de la famille.

Pour la maladie : uniquement les assurés ouvriers et assimilés.

Les employés n'en bénéficient pas, mais l'employeur est légalement tenu de continuer à les rémunérer pendant trois mois au moins.

Conditions d'attribution :

Incapacité de travail.

Tuberculose en phase active.

Délai de carence : trois jours.

Nul en cas de tuberculose.

Nature et montant des prestations : indemnité journalière égale à 50 p. 100 de la rémunération moyenne journalière, portée aux deux tiers de cette rémunération à partir du vingt et unième jour de maladie. En cas d'hospitalisation, l'indemnité est réduite à deux cinquièmes pour l'assuré sans famille à charge.

Durée des prestations :

180 jours par an au maximum.

Pour la tuberculose, pas de limitation en cours de cure mais maximum d'un an pour l'indemnité post-sanatoriale.

Assurance maternité.

Bénéficiaires :

Femmes assurées.

Epouses, filles et sœurs à charge.

Durée d'affiliation : aucune.

Prestations en nature :

Régime maladie.

L'accouchement est effectué en maternité par la sage-femme, le médecin n'intervenant qu'en cas de complications. Les produits pharmaceutiques sont gratuits.

Prestations en espèces : indemnité de maternité égale à 80 % du salaire.

Durée :

Dans l'industrie : deux mois avant l'accouchement et trois mois après ;

Dans le commerce : quatorze semaines, dont six avant l'accouchement.

Assurance invalidité.

Bénéficiaires : ouvriers et employés.

Conditions d'attribution : invalidité générale : cinq ans d'affiliation, soit au moins 260 cotisations hebdomadaires (ouvriers) ou 60 cotisations mensuelles (employés), dont respectivement 52 ou 12 pendant les cinq années précédant la demande de pension.

Taux minimum d'incapacité : ouvriers : 66,66 % et employés : 50 %.

Période de prise en charge :

Dès le mois suivant la demande de l'intéressé.

Suppression si le gain ou la capacité de travail dépasse les limites prévues.

Taux de la pension :

La pension est égale à 1,85 % du produit du nombre d'années d'assurance (maximum 40) par le salaire moyen mensuel soumis à cotisation pendant les trois meilleures des cinq dernières années.

Minimum : 390.000 liras par an ou 416.000 liras à partir de soixante-cinq ans (soit environ respectivement 2.960 F et 3.328 F).

Sur le montant de la pension annuelle, 156.000 liras (environ 1.248 F) sont prises en charge par le fonds social au titre de la pension sociale.

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Bénéficiaires : travailleurs prêtant leurs services rémunérés à des tiers pour effectuer des travaux manuels. La plupart des employés sont donc exclus.

Conditions :

Accident provoqué par une cause violente à l'occasion du travail.

Accident de trajet, seulement dans quelques rares cas : usage inévitable d'un chemin long ou dangereux, transport d'outils lourds, moyens de transport propres à l'entreprise, etc.).

Maladies professionnelles inscrites sur une liste spéciale (40 maladies) ainsi que silicose et asbestose.

Pas de délais d'exposition aux risques, mais délais impératifs de prise en charge (la maladie doit être constatée au plus tard deux à dix ans, selon les cas, après la cessation de l'exposition aux risques), sauf pour la silicose et l'asbestose.

Prestations en nature : prise en charge totale des frais par l'I. N. A. I. L. sans participation de la victime, si celle-ci a recours à un médecin de l'I. N. A. I. L. et se soumet à ses prescriptions.

Prestations en espèces :

Versées trois jours après l'accident.

En cas d'incapacité temporaire, égales à 60 % du salaire de base journalier pendant quatre-vingt-dix jours, élevées ensuite à 75 %, jusqu'à guérison ou consolidation.

En cas d'incapacité permanente, égales au produit du salaire de base par le taux d'incapacité. Le salaire de base est la rémunération perçue pendant l'année précédant la cessation de travail (minimum 940.000 liras, maximum 1.740.000 liras, soit respectivement environ 7.520 et 13.920 F), à laquelle est appliqué un pourcentage variant de 50 % à 100 % selon le taux d'incapacité, afin d'assurer une meilleure couverture des cas d'incapacité grave.

Ainsi la rémunération effective n'est prise en compte à 100 % dans le calcul de la pension que lorsque l'incapacité est au moins égale à 65 %.

La pension est majorée pour assistance d'une tierce personne (35.000 liras par mois : environ 280 F) et de 5 % par personne à charge.

Le cumul est possible avec un salaire et avec une pension d'invalidité ou de vieillesse dans certaines limites.

En cas de décès :

Somme forfaitaire de 140.000 à 260.000 liras (environ 1.120 à 2.080 F), avec indemnités supplémentaires pour enfants ou ascendants :

- la veuve ou le veuf de plus de soixante-cinq ans reçoit 50 % de la rente ;
- l'orphelin de père ou de mère : 20 % ;
- l'orphelin de père et de mère : 40 % ;
- les autres ayants droit : 20 % s'il n'y a ni conjoint ni enfant survivant.

Assurance vieillesse.

Bénéficiaires : tous les salariés.

Conditions d'attribution :

Durée minimum d'affiliation : quinze ans de cotisations.

Age : soixante ans pour les hommes et cinquante-cinq ans pour les femmes.

Une « pension d'ancienneté » est accordée, quel que soit l'âge, au travailleur qui justifie de trente-cinq années de cotisations, à condition de cesser toute activité professionnelle.

Montant de la pension :

La pension est égale à 1,86 % du salaire moyen annuel soumis à cotisation pendant les trois meilleures des cinq dernières années, multiplié par le nombre d'années d'assurance (maximum quarante années), soit dans le cas le plus favorable 74 % du salaire de référence.

Minimum : 390.000 liras par an (environ 2.960 F), élevé à 416.000 liras (environ 3.328 F) à partir de soixante-cinq ans.

Sur le montant de la pension annuelle, 156.000 liras (environ 1.248 F) sont prises en charge par le fonds social au titre de la pension sociale.

Cumul intégral avec un salaire possible pour les pensions minima ; réduction de 50 % de la part de la pension comprise entre le minimum et 100.000 liras par mois ; suspension au-delà.

Les pensions font l'objet d'une mesure annuelle d'adaptation au coût de la vie, prise par décret.

Prestations aux survivants.

Conjoints survivants.

Bénéficiaires : veuve, veuf invalide à charge.

Montant de la pension : 60 % de la pension de l'assuré. En cas de remariage, suppression de la pension avec indemnité de deux annuités.

Orphelins.

De père ou de mère : 20 % de la pension par enfant. A partir de trois enfants : 40 % divisé par le nombre d'enfants ;

De père et de mère : 40 % de la pension par enfant. A partir de trois enfants : 100 % divisé par le nombre d'enfants.

Autres bénéficiaires.

Ascendants, frères, etc. : 15 % de la pension s'il n'existe pas d'autres survivants.

Maximum pour l'ensemble des ayants droit : 100 % de la pension.

Capital-décès.

Si l'assuré décédé n'avait pas encore droit à pension, les survivants reçoivent une indemnité égale à 45 fois la somme des cotisations payées. (Minimum 43.200 liras, maximum 129.600 liras, soit respectivement environ 346 F et 1.038 F.)

Prestations familiales.

Bénéficiaires :

Les salariés effectivement pourvus d'un emploi, ou recevant les prestations en espèces de l'assurance maladie, ou chômeurs. Le bénéfice en a été étendu partiellement aux exploitants agricoles.

Conditions d'attribution :

A partir du premier enfant.

Sont assimilés aux enfants : les frères, sœurs, enfants mineurs confiés au chef de famille.

Age limite normal : dix-huit ans.

Prolongation jusqu'à :

— vingt et un ans pour les apprentis ;

— vingt-six ans pour les étudiants ;

— illimitée pour les infirmes graves.

Montant mensuel : 5.720 liras par enfant (environ 46 F), quels que soient le nombre et l'âge.

Autres allocations :

Allocation pour conjoint à charge (ressources propres inférieures à un certain montant) : 4.160 liras par mois (environ 33,3 F) ;

Allocation pour parent ou grand-parent à charge (sous conditions d'âge ou d'invalidité et de ressources) : 2.340 liras par mois (environ 18,7 F).

Les chômeurs et les titulaires de pension bénéficient de majorations pour personnes à charge.

Assurance chômage.

Bénéficiaires :

Indemnités normales : tous les travailleurs salariés.

Indemnités extraordinaires : les travailleurs de certaines catégories et localités ne remplissant pas les conditions exigées pour bénéficier des prestations normales. (Liste établie annuellement par le Ministère du Travail; ne concerné en fait qu'une très faible minorité de la population active.)

Conditions d'attribution :

Etre à la disposition du bureau de placement.

Durée minimum d'affiliation :

— indemnités normales : deux ans d'assurance et cinquante-deux semaines de cotisations pendant les deux dernières années ;

— indemnités extraordinaires : cinq semaines de cotisations avant 1949 ou pendant les deux dernières années.

Pas de condition d'âge ni de condition de ressources.

Délai de carence :

Indemnités normales : sept jours ;

Indemnités extraordinaires : un jour.

Montant des prestations : forfaitaire : 400 litres par jour (environ 3,20 F).

Durée des prestations :

Indemnités normales : 180 jours par an (360 jours dans le bâtiment).

Indemnités extraordinaires : quatre-vingt-dix jours par an avec possibilité de prolongation.

Cumul :

Pas de cumul entre indemnités normales et extraordinaires, ni entre indemnités normales et prestations en espèces de l'assurance maladie, ni entre indemnités extraordinaires et pensions.

En outre :

— en cas de chômage technologique ou dû à une réduction de personnel, le travailleur perçoit une indemnité égale aux deux tiers de son salaire pendant 180 jours ;

— en cas de suspension temporaire du travail ou de réduction de sa durée pour des causes indépendantes de la volonté de l'employeur, le travailleur perçoit une indemnité de « compensation salariale » (66 % à 80 % de la rémunération perdue), versée pendant une durée maximum de trois à neuf mois selon les cas.

Aides sociales diverses.

Assistance financière aux indigents.

Assistance en vue de la réadaptation et de la rééducation.

Assistance et protection de la maternité.

Assistance aux mineurs déshérités, abandonnés, orphelins, etc,

III. — FINANCEMENT

Assurance maladie et maternité.

Salariés : 0,15 % du salaire non plafonné.

Employeurs :

- pour les ouvriers : 14,46 % du salaire non plafonné ;
- pour les employés de l'industrie : 12,46 % du salaire non plafonné ;
- pour les employés du commerce : 12,74 % du salaire non plafonné ;
- pour les employés du secteur crédit : 11,13 % du salaire non plafonné.

Pouvoirs publics : couverture du déficit éventuel par des subventions extraordinaires.

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Employeurs : cotisation calculée en pourcentage (moyenne autour de 5,50 %) de la masse des salaires et contribution additionnelle égale à 20 % du montant des cotisations.

La tarification est collective, établie suivant l'importance des risques dans chaque branche professionnelle.

Pouvoirs publics : pas de participation.

Assurance invalidité, vieillesse et survivants.

Salariés : 6,35 % du salaire non plafonné.

Employeurs : 12,75 % du salaire non plafonné, non compris les contributions de base (0,1 à 0,2 %).

Pouvoirs publics : participation du fonds social, en concours, jusqu'en 1970, avec les autres institutions de sécurité sociale.

Prestations familiales.

Employeurs :

- ouvriers, employés de l'industrie et du commerce : 12,50 % du salaire plafonné à 1.200.000 liras ; 930.000 liras dans le commerce (soit respectivement environ 9.600 F et 7.440 F) ;
- employés du secteur crédit : 12,85 % du salaire plafonné à 750.000 liras.

Pouvoirs publics : subventions annuelles.

Assurance chômage.

Employeurs : 2,30 % du salaire non plafonné.

Pouvoirs publics : subventions annuelles de l'Etat.

LUXEMBOURG

I. — ORGANISATION

Le régime général couvre les salariés, y compris les employés et, avec quelques modalités d'application, les salariés de l'agriculture.

Ont un régime spécial :

- les mineurs : avantages supplémentaires vieillesse-invalidité-survivants ;
- les fonctionnaires, sauf pour les prestations familiales ;
- les cheminots, sauf pour les accidents du travail et les prestations familiales.

Les allocations familiales couvrent l'ensemble de la population.

Gestion des risques :

- *maladie-maternité* : coexistence de caisses professionnelles et territoriales :
 - caisse de maladie des employés privés ;
 - caisse nationale d'assurance maladie des ouvriers ;
 - caisses d'entreprises.
- *invalidité vieillesse, décès, accidents du travail, allocations familiales* :
 - office des assurances sociales groupant :
 - l'association d'assurance contre les accidents (ouvriers, employés) ;
 - l'établissement d'assurance contre la vieillesse et l'invalidité (ouvriers) ;
 - la caisse d'allocations familiales des ouvriers.
 - caisse de pension des employés privés et caisse d'allocations familiales des mêmes employés ;
- *chômage* : office national du travail.

II. — PRESTATIONS

Assurance maladie.

Prestations en nature.

Bénéficiaires : tous les salariés exerçant une activité rémunérée, les pensionnés, les chômeurs et les membres de leur famille à charge.

Conditions d'attribution : pas de durée d'immatriculation ou de travail.

Durée de la prise en charge : illimitée sauf pour l'hospitalisation et les cures (26 semaines).

Médecins agréés :

Tous les médecins agréés par l'Etat.

Libre choix.

Honoraires fixés par conventions collectives entre les médecins et les caisses, ou par voie d'arbitrage (commission de conciliation et d'arbitrage) après homologation ministérielle. Tarifs liés à l'indice du coût de la vie.

Libre choix de l'hôpital entre les hôpitaux conventionnés.

Participation de l'assuré :

Avance de l'assuré.

Remboursement variable selon les caisses (pas de participation pour les ouvriers).

Hospitalisation gratuite pour les assurés ouvriers étendue parfois aux ayants droit pendant vingt-six semaines.

La participation aux frais pharmaceutiques ne peut excéder 25 %.

Prestations en espèces.

Bénéficiaires : l'assuré ainsi que les membres de sa famille en cas d'hospitalisation.

Conditions d'attribution : incapacité de travail. Pas de condition d'affiliation.

Délai de carence : deux jours. Aucun dans certains cas.

Nature et montant des prestations :

Trois sortes d'indemnités de maladie : indemnité de maladie proprement dite (prestation normale), pécule (prestation supplémentaire prévue par le statut des caisses), allocation de ménage.

L'assuré perçoit :

— sans hospitalisation :

— maximum légal : 75 % ;

— prestation normale : 50 % du salaire cotisable ;

— prestation statutaire : 70 % à 75 % du salaire cotisable.

— avec hospitalisation :

a) Sans charges de famille :

— maximum légal : 25 % ;

— pécule : 17,5 % à 25 % du salaire cotisable ;

b) Avec charges de famille (allocation ménagère) :

— maximum légal : 75 % ;

— prestation normale : 25 % du salaire cotisable ;

— prestation statutaire : 50 à 70 % selon la caisse et l'importance de la famille.

Durée des prestations : vingt-six semaines. Prolongation de trois mois si la guérison est probable dans ce délai.

Assurance maternité.

Bénéficiaires : femmes assurées et épouse de l'assuré.

Conditions d'attribution : affiliation pendant dix mois au cours des deux dernières années, dont six mois au cours de l'année précédant l'accouchement.

Prestations en nature : régime maladie.

Prestations en espèces :

Indemnité de maternité variant de 50 à 70 % du salaire.

Allocation d'allaitement égale au maximum à 25 % de l'indemnité de maternité.

Prime de naissance (allocations familiales).

Durée : douze semaines (indemnité et allocation d'allaitement).

Assurance invalidité.

Bénéficiaires : ouvriers et employés, toute personne salariée.

Conditions d'attribution :

Ouvriers : 1.350 jours d'affiliation.

Employés : 60 mois d'affiliation.

Taux minimum d'incapacité :

Ouvriers : 66,6 %.

Employés : aucun ; incapacité d'exercer de façon permanente sa profession.

Période de prise en charge :

Ouvriers :

— incapacité permanente : immédiate ;

— incapacité provisoire : dès le septième mois.

Employés : à la fin de la période de versement de l'indemnité de maladie.

A soixante-cinq ans : conversion en pension de vieillesse.

Suppression en cas de récupération de la capacité de travail (égale à 50 % pour les ouvriers, pas de taux précis pour les employés).

Montant de la pension :

La pension se compose d'une part fixe et d'une majoration :

— part fixe : 15.000 FL par an à l'indice 100 (indice actuel : 185, c'est-à-dire 27.750 FL, soit environ 3.200 F) ;

— majoration égale à 1,6 % du total des salaires.

Pension minimum : 24.000 FL (environ 2.760 F) à l'indice 100 pour au moins 3.000 jours d'affiliation.

Salaires plafonnés à 341.700 FL pour les employés (environ 39.000 F).

Majorations supplémentaires :

— si l'incapacité survient avant cinquante-cinq ans, versement d'une majoration spéciale qui tient compte du nombre de mois à courir depuis le début de l'incapacité jusqu'à cinquante-cinq ans (64 FL par an, soit environ 7,3 F, à l'indice 100 jusqu'à trente-cinq ans ; 77 FL par an, soit environ 8,8 F, pour la période subséquente) ;

— pour charges de famille : majoration de 3.200 FL par an et par enfant (environ 370 F) à l'indice 100.

Assurance accidents du travail et maladies professionnelles.

Bénéficiaires : ouvriers, aides, compagnons, apprentis, domestiques, employés de bureau, d'exploitation, contremaîtres et employés techniques.

Conditions :

Accident survenu dans ou à l'occasion du travail.

Accidents de trajet.

Maladies inscrites sur un tableau, ou, cas par cas, toute maladie dont l'origine professionnelle est reconnue.

Pas de délai d'exposition aux risques ni de prise en charge.

Prestations en nature : libre choix du médecin, paiement direct par l'association d'assurance sans participation de l'assuré.

Prestations en espèces :

Versement immédiat jusqu'à guérison ou consolidation (rente permanente au-delà de treize semaines) de 75 % du salaire effectif dans la limite du plafond des cotisations.

En cas d'incapacité permanente, versement d'une pension annuelle égale à 80 % du taux d'incapacité multiplié par la rémunération effective de la dernière année, ou, si cela est plus favorable, en prenant pour salaire de référence le gain reçu au moment de l'accident. Salaire de référence minimum : le minimum légal applicable aux personnes de même âge et de même sexe, augmenté de 20 % pour un travailleur qualifié.

Majoration pour tierce personne : à concurrence de 100 % du salaire de référence.

Majorations pour personnes à charge : 10 % par enfant si l'incapacité est au moins de 50 % (maximum pour l'ensemble des ayants droit : 100 % du salaire de référence).

Cumul possible avec un nouveau salaire ; réduction dans certains cas, en cas de cumul avec une autre pension.

En cas de décès :

La veuve reçoit une pension égale à 40 % du salaire de référence, la veuve ou le veuf invalide une pension égale à 50 %, l'orphelin une pension égale à 20 % du même salaire.

Les allocations familiales sont maintenues.

L'ensemble des ascendants à charge ainsi que d'autres personnes dans certaines conditions : pension égale à 30 % du salaire.

Maximum pour l'ensemble des ayants droit : 80 % du salaire de référence.

Capital-décès égal à 1/15 de la rémunération annuelle.

Assurance vieillesse.

Bénéficiaires : ouvriers et employés, tous les salariés.

Conditions :

Affiliation : ouvriers : 2.700 journées et employés : 60 mois ;

Age normal : soixante-cinq ans (hommes et femmes) ;

Anticipation : soixante-deux ans pour les ouvriers, soixante ans pour les employés hommes, cinquante-cinq ans pour les employées femmes, à condition de cesser toute activité et de réunir un nombre suffisant d'années d'affiliation (10.800 journées pour les ouvriers, 180 mois pour les employés).

Montant de la pension (cf. invalidité).

La pension se compose d'une part fixe et d'une majoration.

Part fixe : 15.000 FL par an à l'indice 100 (indice actuel 185, c'est-à-dire 27.750 FL, soit environ 3.200 F).

Majoration : 1,6 % du total des salaires.

Pension minimum : 24.000 FL (environ 2.760 F) à l'indice 100 pour 3.000 journées d'assurance.

Salaire plafonné à 341.700 FL pour les employés (environ 39.000 F).

Majorations pour enfants à charge : 3.200 FL par an et par enfant à l'indice 100 (environ 370 F.).

Revalorisation des pensions par le jeu de la variation de l'indice chaque fois que l'indice varie de 2,5 points. D'autre part, les pensions sont périodiquement réajustées en fonction du niveau des salaires.

Prestations aux survivants.

Conjoints survivants.

Bénéficiaires : veuve (ou veuf à charge), ayant été mariée avec l'assuré au moins un an sauf s'il y a un enfant du mariage ou si le décès est causé par un accident.

Montant de la pension : deux tiers de la part fixe et 60 % de la majoration, avec supplément de 2.200 FL (environ 253 F) à l'indice 100 par enfant à charge.

En cas de décès de l'assuré avant cinquante-cinq ans, la veuve peut, sous certaines conditions (au moins quarante-cinq ans, ou incapacité de travail, ou ayant élevé un enfant), recevoir 60 % des majorations spéciales (cf. invalidité).

En cas de remariage : suppression et indemnisation (60 mensualités si le remariage a lieu avant cinquante ans, 36 mensualités après, non compris les majorations spéciales).

Orphelins.

— *de père ou de mère* : un tiers de la part fixe et 20 % de la majoration, avec supplément de 1.100 FL (environ 126 F) à l'indice 100 par enfant à charge. En cas de décès de l'assuré avant cinquante-cinq ans, 20 % des majorations spéciales ;

— *de père et de mère* : deux fois la pension d'orphelin de père ou de mère.

Maximum pour l'ensemble des ayants droit : 100 % de la pension.

Capital-décès.

La pension intégrale est payée pendant trois mois après le décès aux survivants ayant vécu avec le défunt. En cas de décès avant la pension, versement d'une indemnité funéraire sous certaines conditions.

Prestations familiales.

Bénéficiaires : toute personne ayant une famille à charge.

A partir du premier enfant.

Conditions d'attribution :

Age limite normal : dix-neuf ans ; prolongé jusqu'à vingt-cinq ans en cas de formation professionnelle ou d'études ; illimité pour les infirmes.

Montants mensuels :

Premier enfant : 720 FL (environ 83 F) ;

Deuxième enfant : 720 FL (environ 83 F) ;

Troisième enfant et suivants : 1.946 FL (environ 224 F).

Autres prestations :

Allocation de naissance (7.140 FL, soit environ 821 F).

Allocation spéciale pour enfant handicapé : 720 FL (environ 83 F) pour tout enfant âgé de moins de 19 ans atteint, à 50 % au moins, d'une insuffisance ou d'une réduction permanente de la capacité physique.

Assurance chômage.

Pas de régime légal d'assurance. Assistance seulement.

Bénéficiaires : salariés, à l'exception de quelques catégories (dont les salariés agricoles).

Conditions d'attribution :

- Etre à la disposition du bureau de placement ;
- Avoir travaillé 200 jours pendant la dernière année ;
- Avoir moins de 65 ans ;
- Pas de conditions de ressources.

Délai de carence : deux jours si la durée du chômage est inférieure à une semaine.

Montant des prestations : 60 % du salaire cotisable pour l'assurance maladie, plafonné à 800 FL par jour (environ 92 F).

Durée des prestations : vingt-six semaines pendant douze mois.

Cumul : les revenus sont déduits en partie de l'indemnité.

III. — FINANCEMENT

Assurance maladie-maternité.

1. Cotisation régime ouvrier :

Cotisation ouvrier : 4 % du salaire plafonné à 219.000 FL (environ 25.185 F) ou 700 FL par jour (environ 80 F).

Cotisation employeurs : 2 % du même salaire.

2. Cotisation régime employé :

Cotisation employé : 2,60 % du salaire plafonné à 201.000 FL (environ 23.115 F).

Cotisation employeurs : 1,30 % du même salaire.

3. Pouvoirs publics : l'Etat prend en charge 50 % des frais d'administration (sauf pour les caisses d'entreprises).

Assurance accidents du travail. — Maladies professionnelles.

Employeurs : cotisation fixée par l'association d'assurances, calculée sur la base de la masse des salaires bruts, compte tenu d'un minimum correspondant au salaire minimum d'un ouvrier adulte. Tarification collective.

Pouvoirs publics :

- Un tiers des dépenses d'adaptation et d'ajustement des rentes ;
- 50 % des dépenses d'administration.

Assurance invalidité-vieillesse-survivants.

Cotisation : au total 14 % du salaire, dont 50 % à la charge de l'employeur et 50 % à la charge du salarié. Salaire plafonné à 341.700 FL (environ 39.000 F) pour les employés seulement.

Pouvoirs publics : Etat et communes prennent en charge la totalité des dépenses correspondant à la part fixe des pensions. L'Etat couvre 50 % des frais d'administration.

Prestations familiales.

Employeurs :

Régime ouvrier : cotisation égale à 3,30 % du salaire non plafonné (3 % dans le commerce) ;

Régime employé : cotisation égale à 1,80 % du salaire plafonné à 341.700 FL (environ 39.000 F).

Pouvoirs publics :

L'Etat prend en charge :

- la différence entre le montant global des prestations et celui des cotisations ;
- les allocations de naissance ;
- les frais d'administration ;
- les allocations aux enfants handicapés.

Chômage.

Le financement de l'assistance chômage incombe intégralement aux pouvoirs publics : Etat : 75 % et communes : 25 %.

PAYS-BAS

I. — ORGANISATION

L'ensemble de la population est couverte par des assurances nationales en matière de :

- risques physiologiques graves (notamment hospitalisation) ;
- vieillesse ;
- prestations aux survivants ;
- prestations familiales.

Une *banque de la Sécurité sociale* composée de représentants des employeurs et des salariés gère ces différents risques.

Les travailleurs salariés bénéficient d'un régime plus complet : des *associations professionnelles* sans but lucratif gèrent l'assurance maladie, l'assurance incapacité de travail et l'assurance chômage, le secteur industriel et commercial et les milieux professionnels étant répartis en 26 groupes. Un *bureau d'administration commun* peut les suppléer.

Un *service médical commun* est seul compétent pour déterminer l'incapacité de travail.

Un *conseil de la sécurité sociale* surveille tous les organismes. Il est aussi un organe consultatif pour le Gouvernement, pour les questions techniques en matière d'assurance sociale.

Le service des prestations en nature de l'assurance maladie est assuré par des caisses maladie régionales supervisées par un *Conseil central des caisses maladie*.

Toutefois, subsistent quelques régimes spéciaux : les agents de chemins de fer et les fonctionnaires, notamment.

Des assurances privées sont ouvertes aux travailleurs indépendants et il existe de nombreux régimes complémentaires.

II. — PRESTATIONS

Assurance maladie.

Prestations en nature.

Bénéficiaires :

Tous les travailleurs (même étrangers) exerçant une activité rémunérée, avec plafond de 20.900 florins (environ 33.000 F) par an, les personnes ayant une invalidité d'au moins 45 %, les pensionnés (plafond et cotisations réduits pour les personnes âgées de soixante-cinq ans et plus), les chômeurs, les membres de la famille à charge (enfants jusqu'à seize ans ou vingt-sept ans pour étudiants, infirmes ou remplaçant la mère), les veuves et orphelins.

Pour l'assurance générale contre les risques médicaux graves, tous les résidents sont couverts.

Assurance facultative pour les personnes dépassant le plafond de ressources.

Conditions d'attribution : inscription à une caisse maladie, sans aucune exigence de durée de travail ou d'immatriculation.

Durée de la prise en charge : illimitée (soins et hospitalisation). Après un an, prise en charge par l'assurance générale des risques médicaux graves.

Médecins agréés :

Contrats entre médecins et caisses.

Libre choix de l'assuré pour s'inscrire chez un médecin agréé par la caisse. Mais il ne peut en changer plus de deux fois par an. Chaque médecin ne peut accepter plus de 3.000 personnes.

Honoraires fixés par conventions collectives ou homologation ministérielle d'arbitrages et liés à l'indice du coût de la vie.

Libre choix de l'hôpital ayant conclu un accord avec la caisse d'assurance.

Participation de l'assuré :

Aucune pour maladie et pour hospitalisation en 3^e classe, sauf pour les assurés âgés de plus de soixante-cinq ans en cas d'hospitalisation supérieure à un an.

Remboursement des frais de sanatorium au prix de la classe inférieure.

Prestations en espèces.

Bénéficiaires : l'assuré seul.

Conditions d'attribution : incapacité de travail.

Délai de carence : deux jours (possibilité de suppression du délai dans le règlement des associations professionnelles).

Nature et montant des prestations :

Indemnité de maladie, qu'il y ait ou non hospitalisation. 80 % du salaire plafonné à 125,91 florins par jour (environ 200 F).

Les associations professionnelles peuvent relever ce taux.

Durée des prestations : cinquante-deux semaines.

Assurance maternité.

Bénéficiaires :

Femmes assurées ;

Epouses et filles d'assurés.

Durée d'affiliation : aucune (six mois pour l'assurance volontaire).

Prestations en nature : régime « maladie » ou prise en charge des soins à domicile pendant dix jours.

Prestations en espèces : indemnité d'accouchement : 100 % du salaire.

Durée : six semaines avant la date présumée de l'accouchement et six semaines après celui-ci.

Assurance invalidité.

Bénéficiaires :

Tous les salariés ayant bénéficié pendant cinquante-deux semaines de l'allocation maladie.

Conditions d'attribution :

Aucune durée d'affiliation n'est exigée.

Aucune distinction quant à l'origine de l'incapacité (invalidité ou accident du travail).

Taux minimum d'incapacité : 15 %.

Période de prise en charge :

De la fin du paiement des indemnités de maladie jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans.
Suppression de la pension si l'incapacité devient inférieure à 15 %.

Taux de la pension :

Incapacité de 15 à 25 % : 10 % ;

Incapacité de 25 à 35 % : 20 % ;

Incapacité de 35 à 45 % : 30 % ;

Incapacité de 45 à 55 % : 40 % ;

Incapacité de 55 à 65 % : 50 % ;

Incapacité de 65 à 80 % : 65 % ;

Incapacité de 80 % et plus : 80 % ,

des 100/106 du salaire journalier, avec base minimale de 51,14 florins (environ 60 F) et maximale de 125,91 florins (environ 200 F).

Revalorisation en fonction de l'indice des salaires.

Accidents du travail et maladies professionnelles.

Pas d'assurance particulière. Ces risques sont couverts par l'assurance maladie (prestations en nature et en espèces), l'assurance invalidité et l'assurance survivants.

Possibilité de mise en cause de la responsabilité civile de l'employeur. Pour la détermination du montant de l'indemnisation, le juge doit alors tenir compte des prestations octroyées au travailleur.

Assurance vieillesse.

Bénéficiaires : affiliation obligatoire de tous les résidents âgés de quinze à soixante-cinq ans, quels que soient le revenu et la nationalité.

Conditions d'attribution :

Aucune condition de durée d'affiliation.

Age normal de la retraite : soixante-cinq ans (pour hommes et femmes).

Montant des pensions :

Célibataires : 492,50 florins par mois (environ 780 F) ;

Mariés : 697,50 florins par mois (environ 1.100 F).

Possibilité de cumul avec un salaire.

Revalorisation en fonction de l'indice des salaires deux fois par an.

Prestations aux survivants.

Conjoints survivants.

Bénéficiaires :

Veuves d'assurés remplissant les conditions suivantes : soit avoir au moins un enfant à charge, soit être enceinte au jour du décès, soit être invalide, soit être âgée de quarante ans au moins lors du décès du mari. Celles qui ne remplissent pas ces conditions ont droit à une allocation temporaire pendant six mois au moins et dix-neuf mois au plus.

Montant des pensions :

492,50 florins par mois (environ 780 F) pour une veuve seule ou pour l'allocation temporaire ;

697,50 florins par mois (environ 1.100 F) en cas d'enfants à charge.

Suppression de la pension en cas de remariage, avec l'indemnité d'une annuité, et à l'âge de soixante-cinq ans.

Orphelins.

Pension pour orphelins de père et de mère et pour orphelins issus d'un mariage dissous dont le survivant ne s'est pas remarié :

— âgés de moins de dix ans : 159 florins par mois (environ 250 F) ;

— âgés de dix à seize ans : 234 florins par mois (environ 370 F) ;

— âgés de plus de seize ans jusqu'à vingt-sept ans (pour étudiants ou infirmes) : 305 florins par mois (environ 480 F).

Cumul possible avec les allocations familiales.

Capital décès.

Les ayants droit reçoivent une allocation égale au salaire journalier pour chaque jour ouvrable (cinq par semaine) pendant le mois en cours au moment du décès et les deux mois suivants.

Une allocation temporaire (six à dix-neuf mois) est servie aux veuves n'ayant pas droit à la pension. Le montant est de 492,50 florins par mois (environ 780 F).

Prestations familiales.

Bénéficiaires :

A partir du premier enfant pour les salariés.

A partir du troisième pour les non-salariés.

Toutefois, les « petits indépendants » reçoivent une allocation à partir du premier enfant si leur revenu annuel est inférieur à 10.050 florins (environ 16.000 F), à partir du deuxième si leurs revenus se situent entre 10.050 et 10.650 florins (environ 16.000 et 17.000 F).

Conditions d'attribution :

Age limite normal : seize ans.

Prolongation jusqu'à vingt-sept ans pour les enfants suivant une formation professionnelle ou des études, les handicapés et les jeunes filles tenant ou aidant à tenir le ménage dans les familles comptant au moins trois autres enfants de moins de vingt-sept ans.

Sont comptés pour deux enfants s'ils sont à la charge principale de l'assuré :

— l'enfant de moins de seize ans qui, par suite d'études, d'apprentissage ou d'invalidité, est élevé hors du ménage de l'assuré ;

— l'enfant de seize à vingt-sept ans, en cas d'études, apprentissage ou invalidité ; chaque enfant étudiant est cependant compté pour trois enfants s'il est élevé hors du foyer à la charge exclusive de l'assuré ;

— la jeune fille au foyer, de seize à vingt-sept ans.

Montants mensuels des prestations :

Premier enfant : 54,86 florins (environ 87 F) ;

Deuxième et troisième enfants : 65,26 florins (environ 100 F) ;

Quatrième et cinquième enfants : 87,10 florins (environ 140 F) ;

Sixième et septième enfants : 96,46 florins (environ 150 F) ;

Huitième et suivants : 106,60 florins (environ 170 F).

Assurance chômage.

Bénéficiaires :

Tous les salariés ont droit à l'indemnité d'attente et à l'assurance chômage.

Toutefois, certains, faute de remplir les conditions nécessaires, sont assujettis à l'assistance chômage.

Conditions d'attribution :

— Etre à la disposition du bureau de placement ;

— Avoir travaillé au moins 130 jours dans la même branche professionnelle d'emploi salarié pendant les douze derniers mois, pour toucher les indemnités d'attente ; pour l'assurance et l'assistance chômage, il suffit de soixante-cinq jours d'emploi salarié pendant les douze derniers mois ou d'avoir eu un emploi salarié au cours des trente derniers jours ;

— Etre âgé de moins de soixante-cinq ans ;

— Aucune condition de ressources ;

— Pas de délai de carence.

Montant des prestations.

Pour l'indemnité d'attente et l'assurance chômage, 80 % du salaire journalier perdu, avec minimum de 53,95 florins (environ 86 F) et maximum de 125,91 florins (environ 200 F) pour le salaire de base.

Pour les non-bénéficiaires de l'assurance chômage, les communes servent une assistance chômage : 75 % du salaire journalier perdu.

Mêmes prestations en cas de chômage partiel (horaire inférieur à quarante et une heures trois quarts par semaine).

Durée des prestations : cinq jours par semaine.

Indemnité d'attente : quarante jours par an. Ensuite, indemnité de chômage : 26 semaines par an. L'assistance chômage est versée pendant deux ans. Au-delà, aide possible des communes.

Déductions : compensations éventuelles des employeurs, revenus accessoires (partiellement déduits).

Aides sociales diverses.

Allocation de vacances : une allocation de vacances est servie annuellement aux assurés, qu'ils soient salariés, pensionnés ou chômeurs.

Son taux est de 6 % du salaire, de la pension ou de l'allocation.

Aide sociale : aux nationaux, par tous moyens appropriés en fonction des besoins. Assurée par les autorités locales. Participation des intéressés (parents de handicapés par exemple) dans la mesure de leurs possibilités.

Aide par téléphone : secours moral et conseils sociaux.

Aide familiale.

Aide à la vieillesse : à domicile ou dans des centres spécialisés.

Assistance maternelle et infantile : en particulier pour les mères célibataires.

Aide aux handicapés.

III. — FINANCEMENT

Assurance maladie-maternité.

Salariés : 5,45 % des salaires plafonnés à 68 ou 125 florins par jour selon les risques (environ 109 ou 200 F).

Employeurs : 13,15 % des salaires avec plafonds identiques.

Assurés volontaires : cotisations variables fixées par les caisses.

Pouvoirs publics : subvention annuelle pour l'assurance générale (risques graves).

Assurance invalidité.

Salariés : 2,55 % des salaires plafonnés à 125 florins par jour (environ 200 F).

Employeurs : 5,25 % des salaires avec plafond identique.

Accidents du travail.

Pas d'assurance particulière (compris dans maladie et invalidité).

Assurance vieillesse et survivants.

Salariés : 10,4 % (vieillesse) et 1,6 % (survivants) des salaires plafonnés à 24.300 florins par an (environ 38.800 F).

Pouvoirs publics : subvention annuelle.

Prestations familiales.

Employeurs : 5 % des salaires plafonnés à 24.300 florins par an (environ 38.800 F).

Les *non-salariés* paient eux-mêmes la cotisation, sauf les « petits indépendants ».

Assurance chômage.

Salariés : en moyenne, 0,55 % des salaires plafonnés à 125 florins (environ 200 F) par jour.

Employeurs : même cotisation que les salariés.

Pouvoirs publics : subvention égale aux cotisations (0,5 % des salaires plafonnés) pour l'assurance chômage. Financement total de l'assistance chômage.