

BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL

LA SÉCURITÉ SOCIALE

Cours d'éducation ouvrière

GENÈVE

1958



52921

PRÉFACE

Il est généralement reconnu aujourd'hui que les travailleurs du monde moderne ont besoin non seulement d'une formation professionnelle destinée à leur apprendre leur métier, mais aussi de connaissances beaucoup plus larges, qui puissent les mettre à même de jouer un rôle utile dans les domaines d'activité toujours plus étendus auxquels leurs responsabilités sociales croissantes les appellent à s'intéresser. Ils doivent, par exemple, être capables de participer utilement aux affaires syndicales et aux négociations collectives, ou de faire partie d'un comité d'entreprise, d'un comité de production, d'un conseil de fixation des salaires ou d'un conseil d'administration d'organisme de sécurité sociale. Pour s'acquitter de pareilles fonctions, il faut aux travailleurs non seulement une connaissance directe et approfondie de leur propre secteur d'activité, mais aussi une idée générale de la structure administrative et sociale du pays et de la manière dont sont conduites les affaires syndicales et publiques.

Aussi le Bureau international du Travail a-t-il entrepris, en 1956, l'exécution d'un programme d'éducation ouvrière qui comporte aussi bien l'organisation de cours et de cycles d'études dans différentes parties du monde qu'une assistance aux divers organismes qui, sur le plan national ou international, s'occupent d'éducation ouvrière.

Dans le cadre de ce programme, le Bureau international du Travail a entrepris la publication d'une série de manuels destinés à servir de base aux cours d'éducation ouvrière relatifs aux questions qui sont de la compétence du Bureau international du Travail.

Le présent volume est le second de cette série¹; il décrit les divers systèmes d'assurance sociale et les services sociaux connexes dont l'ensemble constitue le système général de sécurité sociale de chaque pays.

L'ouvrage expose tout d'abord l'évolution de l'idée de la protection sociale contre des éventualités telles que la maladie, les accidents, le chômage, etc., et examine la question des secteurs de la société qui doivent bénéficier de cette protection. Puis il analyse les différents types

¹ Le premier manuel, intitulé *La coopération*, a été publié en 1956 par le Bureau international du Travail, à Genève, en anglais, arabe, espagnol, français, hindi, japonais et ourdou.

de prestations et les conditions dans lesquelles ils sont fournis. Enfin, il décrit les problèmes que pose le financement des régimes de sécurité sociale, les divers moyens permettant de recueillir les ressources nécessaires, et les systèmes et méthodes employés dans les différents pays pour administrer la sécurité sociale, recueillir les cotisations et verser les prestations.

Le cours est divisé en dix leçons. Mais le sujet en est si vaste qu'on ne peut s'attendre que les divisions adoptées puissent, compte tenu du volume nécessairement restreint de l'ouvrage, répondre aux besoins pratiques de tous ceux qui l'utiliseront. Qu'il soit utilisé pour l'enseignement direct (conférences, cours pour adultes, etc.), ou pour l'enseignement par correspondance, le contenu devra donc en être adapté, le cas échéant, aux besoins et aux circonstances. Ce manuel pourra également, avec les ouvrages cités dans la bibliographie, à la fin du volume, servir de base à une étude plus fouillée et plus spécialisée du sujet. Les brefs questionnaires qui terminent chaque leçon faciliteront la récapitulation des connaissances acquises et inciteront les élèves à approfondir l'étude de questions particulières.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE	III
PREMIÈRE LEÇON : <i>La sécurité sociale : nom nouveau d'un vieil idéal</i>	1
Les origines de la sécurité sociale	2
Les caisses d'épargne	3
La responsabilité de l'employeur	3
Formes variées d'assurance individuelle	6
L'assurance sociale	9
L'assistance sociale	11
Les allocations familiales	12
Le service national de santé	12
La sécurité sociale et l'O.I.T.	13
DEUXIÈME LEÇON : <i>Personnes protégées</i>	17
L'assurance sociale des salariés	18
Catégories d'entreprises soumises au système d'assurance	18
Catégories de salariés soumises au système d'assurance	21
Extension de l'assurance sociale aux non-salariés	24
Protection des personnes à charge par l'assurance du soutien de famille	26
Assistance sociale (y compris les systèmes universels de sécurité sociale)	28
TROISIÈME LEÇON : <i>Les prestations</i>	31
Considérations générales	31
Les allocations familiales	39
QUATRIÈME LEÇON : <i>Les prestations (suite)</i>	47
Soins médicaux, prestations de maladie et de maternité	47
Prestations médicales	47
Indemnité de maladie	56
Prestations de maternité	62
CINQUIÈME LEÇON : <i>Les prestations (suite)</i>	65
Pensions	65
Invalidité	66
Vieillesse	68
Décès du soutien de famille	74

	Pages
SIXIÈME LEÇON : <i>Les prestations</i> (suite)	77
Pensions (<i>fin</i>)	77
Stages	77
Formules de pension	80
SEPTIÈME LEÇON : <i>Les prestations</i> (fin)	86
Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles	86
Définition de l'éventualité	87
Prestations médicales	90
Prestations d'incapacité temporaire	90
Indemnité d'incapacité permanente	92
Prestations de survivants	94
Prestations de chômage	94
Définition de l'éventualité	96
Fonctions du service de l'emploi	98
Taux et conditions d'octroi des prestations	99
HUITIÈME LEÇON : <i>Financement des systèmes de sécurité sociale</i>	103
Fréquence et durée de paiement des prestations	104
Allocations familiales	104
Indemnités de maladie	105
Prestations de maternité	106
Pensions d'invalidité	107
Pensions de vieillesse	108
Pensions de veuves et d'orphelins	110
Prestation en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle	111
Prestations de chômage	113
Prestations médicales	115
NEUVIÈME LEÇON : <i>Financement des systèmes de sécurité sociale</i> (fin)	118
Répartition des coûts dans le temps	118
Répartition des coûts entre les divers secteurs de la population	128
DIXIÈME LEÇON : <i>Administration des systèmes de sécurité sociale</i>	139
Fonctions d'administration courantes	139
Régimes d'assurance	139
Régimes d'assistance et régimes intéressant la totalité de la population	144
Pouvoirs et structure des organes administratifs	145
Administration autonome	148
Droit de recours	153
Liste de lectures complémentaires	157

PREMIÈRE LEÇON

LA SÉCURITÉ SOCIALE : NOM NOUVEAU D'UN VIEIL IDÉAL

Les individus, comme les peuples, sont attirés, selon les époques, tantôt par l'aventure, tantôt par la sécurité. De nos jours, la majeure partie de l'humanité, si l'on en juge par le développement de la demande de sécurité sociale, semble avoir choisi le deuxième objectif. L'âge moyen de l'homme est aujourd'hui plus élevé qu'à aucune autre époque de l'histoire, et la prudence augmente avec les années. Peut-être aussi les chances de « faire fortune » par l'aventure sont-elles maintenant si rares qu'elles n'enflamment plus l'imagination, et en est-on réduit à rechercher l'aventure en dehors du domaine économique. Quoi qu'il en soit, le travailleur de notre époque veut avoir la certitude, non seulement de pouvoir manger le lendemain, mais aussi de pouvoir assurer sa subsistance et celle de sa famille pour le reste de ses jours. Cette aspiration, même si elle n'était pas exprimée ouvertement, a toujours existé au cœur des hommes, mais ce n'est que récemment qu'elle est devenue une réalité accessible pour la grande masse des travailleurs, comme elle l'était déjà auparavant pour l'aristocratie terrienne. Le mécanisme de la sécurité sociale vise à compenser l'aveugle injustice de la nature et de la vie économique par l'application d'un système de justice rationnel et organisé, mais tempéré dans sa rigueur logique par un peu de bienveillance humaine.

Dans cette première leçon, nous chercherons à définir le sens que l'on donne aujourd'hui au terme « sécurité sociale », en étudiant l'évolution historique de cette notion. Cet ouvrage — et plus particulièrement la première leçon — est parsemé de références à cette évolution historique, et il n'est pas inutile de préciser dès maintenant quelques points à cet égard. C'est très progressivement que, dans les différents pays, l'opinion publique a compris la valeur du principe même de la sécurité sociale et s'est laissée convaincre de la possibilité de l'appliquer dans un champ de plus en plus vaste; rares sont les personnes douées d'assez de clairvoyance pour concevoir avec quelque exactitude, à un moment donné, la forme que pourra prendre la sécurité sociale dans un avenir plus ou moins lointain. D'autre part,

un programme national de sécurité sociale constitue une entreprise gigantesque, qu'il est à peu près impossible d'administrer sans avoir l'expérience de la gestion de mécanismes plus petits et moins complexes. C'est pourquoi les pays où la sécurité sociale est d'implantation récente tendent à suivre dans leur législation les phases d'un développement dépassé depuis longtemps par les pays plus avancés. Il est vrai, cependant, que dans ces cas, la voie étant clairement tracée, la progression peut être plus rapide si une direction avisée permet d'éviter les expériences qui mènent à des impasses. D'autre part, une connaissance même superficielle de l'évolution historique de la notion de sécurité sociale montre qu'une fois prise la décision d'atteindre un objectif, les moyens employés à cette fin sont toujours empiriques, bien que, pour les rendre plus facilement acceptables, on invoque parfois quelque principe plausible, de préférence consacré par le temps. Enfin, une organisation vaste et complexe, lorsqu'elle fonctionne depuis plusieurs années, oppose aux changements une énorme force d'inertie, ce qui explique que certains systèmes appliqués depuis longtemps sont, du point de vue technique, en retard par rapport à des systèmes d'introduction plus récente.

LES ORIGINES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Il nous suffira ici, pour retrouver la source de l'idée de la sécurité sociale, de remonter jusqu'au début du XIX^{me} siècle, en Europe occidentale, où l'industrialisation avait pris son essor et le « prolétariat » fait son apparition. On se trouvait alors en face d'une classe nouvelle et nombreuse d'ouvriers de manufacture, absolument dépendants, pour leur subsistance, du paiement régulier de leur salaire, et donc réduits à la famine à la moindre période de maladie ou de chômage. Certes, les pays du nord-ouest de l'Europe possédaient déjà des lois sur l'aide aux indigents, en vertu desquelles les personnes sans ressources pouvaient obtenir des secours — en perdant leurs droits civiques —, mais comme on peut bien le penser, et comme d'ailleurs les législateurs y comptaient, nul ne sollicitait ces secours à moins d'y être absolument contraint. Cependant, ces textes législatifs avaient au moins le mérite de reconnaître la responsabilité publique dans l'assistance aux indigents, de prévoir des crédits spéciaux à cette fin et d'avoir un champ d'application assez vaste, préfigurant par là un certain nombre de principes essentiels dont devait s'inspirer, cent ans plus tard, le système de sécurité sociale. Mais nul n'avait droit aux secours prévus avant d'avoir épuisé toutes ses ressources et d'avoir prouvé qu'il ne pouvait recevoir d'aide de ses proches. Il est donc

clair que le secours aux indigents, loin d'être inspiré du souci d'assurer à chacun un minimum de sécurité, n'était conçu que comme une mesure d'ordre public visant à prévenir les actes de désespoir, et donc les troubles sociaux, qu'auraient pu engendrer la misère et la famine.

Jusque vers 1880, trois méthodes avaient été mises en application pour protéger de la misère les travailleurs urbains : caisses d'épargne, principe de la responsabilité de l'employeur et diverses formes d'assurance individuelle.

Les caisses d'épargne

Les caisses d'épargne publiques, qui acceptaient des dépôts d'argent minimes, ont joué un rôle qu'il faut se garder de sous-estimer, car elles ont permis et permettent encore, à d'innombrables salariés, dans maints pays, de constituer un petit pécule. Mais leurs insuffisances sont évidentes. Les bas salaires et les familles nombreuses d'il y a cinquante ou cent ans ne laissaient pratiquement aucune marge d'épargne aux travailleurs non qualifiés et, en fait, rares étaient les travailleurs de cette catégorie qui arrivaient à épargner. D'autre part, l'épargne n'est pas en soi un moyen efficace d'assurer la sécurité, sauf pour la vieillesse. En effet, la maladie, l'accident, le chômage ou la mort peuvent frapper le travailleur à tout moment de sa vie active, même si certains de ces risques deviennent plus probables avec l'âge.

La responsabilité de l'employeur

La deuxième méthode consiste à rendre l'employeur responsable de l'entretien du travailleur en cas de maladie comme lorsqu'il est en bonne santé, en vertu du principe que l'autorité quasi paternelle exercée par le maître sur son serviteur lui confère une responsabilité correspondante. C'est là une réminiscence du système féodal, des anciens rapports qui unissaient le maître artisan à ses apprentis vivant sous son toit. Cette méthode est des plus séduisantes pour les gouvernements qui croient pouvoir résoudre le problème de l'insécurité économique des travailleurs, ou qui désirent donner l'impression de l'avoir résolu, sans prendre la peine d'instituer un mécanisme spécial de sécurité sociale et sans y consacrer des fonds publics. Ce système, bien entendu, est mieux que rien. Il arrive que les employeurs se sentent obligés de faire preuve d'une sollicitude paternelle pour le bien-être de leurs employés. En Europe centrale, autrefois, et c'est encore le cas aujourd'hui dans certains pays de l'Amérique latine ou du Moyen-Orient, les employeurs étaient en principe tenus de verser

des prestations en cas de maladie, de retraite ou de décès de leurs salariés. Toutefois, la responsabilité de l'employeur est le plus souvent limitée à l'indemnisation en cas de lésion résultant de l'emploi.

Dans le dernier quart du XIX^{me} siècle, les pays industrialisés de l'Europe occidentale ont cherché un moyen de dédommager les victimes toujours plus nombreuses des accidents du travail dans les fabriques et les chemins de fer. Bien entendu, en vertu d'un principe très naturel et généralement reconnu, la législation civile rendait l'employeur négligent responsable des dommages subis par ses salariés victimes d'accident, mais, même lorsqu'il y avait réellement négligence, il était toujours très difficile pour les salariés d'en fournir la preuve. Aussi les juristes se mirent-ils à chercher une nouvelle théorie facilitant aux travailleurs l'obtention de réparations. Plusieurs doctrines furent avancées, qui tendaient toutes à donner aux salariés droit à réparation sans qu'ils eussent à prouver la négligence de l'employeur. La théorie qui finit par être généralement acceptée fait appel au « principe du risque professionnel » entraînant pour corollaire la responsabilité de l'employeur. D'après cette théorie, l'employeur qui monte une fabrique crée une organisation qui, par sa nature même, risque de provoquer des accidents ou des maladies professionnelles parmi les personnes qui y travaillent, sans qu'il y ait faute ni de l'employeur ni du salarié; il est par conséquent équitable que les dommages subis par la victime d'un accident soient mis à la charge de l'employeur et imputés par celui-ci aux frais de production. C'est cette théorie qui a servi de base aux lois obligeant les employeurs à dédommager leurs travailleurs victimes d'accidents au cours de leur travail. Le montant de la réparation était fixé par la loi elle-même et non pas, comme les dommages-intérêts, évalué par les tribunaux. Ces lois sur la réparation des accidents du travail, comme on les appelait, ont sensiblement amélioré les chances qu'avaient les victimes d'accident de recevoir une prestation remplaçant au moins en partie le salaire perdu, mais elles obligeaient toujours le travailleur à engager une procédure judiciaire pour obtenir réparation, au risque de gêner ses relations avec l'employeur. La responsabilité de l'employeur en cas d'accident du travail avait pour avantage non seulement d'être juste du point de vue moral, mais aussi d'inciter les employeurs à prendre des mesures positives en vue d'éviter des accidents.

Toutefois, la méthode de la responsabilité de l'employeur ne peut, comme nous allons le voir, donner naissance à un système général de sécurité sociale. Les autorités publiques et les grandes sociétés privées possèdent la puissance financière et l'organisation administrative nécessaires pour s'acquitter de cette responsabilité, et elles

ont souvent pris elles-mêmes l'initiative d'offrir différentes prestations à leur personnel afin d'améliorer les relations professionnelles : elles fournissent des soins médicaux dans leurs infirmeries, versent des prestations de maladie et de maternité et accumulent des réserves destinées au paiement de pensions de retraite en fin de service. Mais la majorité des salariés ne travaillent pas dans de grands établissements de ce genre. Dans la plupart des pays industrialisés, le travailleur urbain est couramment employé dans un atelier occupant peut-être dix à douze salariés. Or, c'est un fait bien souvent observé que les petits employeurs éprouvent, dans bien des cas, de grandes difficultés à se conformer aux prescriptions légales qui les obligent à verser des prestations à leurs salariés. S'il est forcé de s'exécuter et que la prestation à verser soit lourde, le petit employeur risque d'être insolvable; son entreprise sera fermée et ses ouvriers seront réduits au chômage. Dans de pareilles conditions, seuls les salariés des grosses entreprises bénéficieraient de la louable intention du législateur. C'est évidemment là une situation inacceptable.

C'est pourquoi, afin que les réparations à payer ne dépassent pas les possibilités des entreprises moyennes, les textes législatifs prévoyaient le versement de montants très inférieurs aux besoins réels des victimes, surtout lorsqu'il s'agissait d'accidents suivis d'incapacité permanente totale ou de décès; et, faute de système permettant le paiement de pensions échelonnées, la réparation était alors généralement payée sous forme de capital.

Même dans ces conditions, cependant, la responsabilité de l'employeur peut être relativement lourde en cas d'accident suivi d'incapacité permanente totale ou de décès, ou en cas de retraite d'un employé depuis longtemps en service dans la maison — surtout si plusieurs prestations deviennent exigibles en même temps. Aussi des compagnies d'assurance proposèrent-elles d'assumer la responsabilité de l'employeur, en contrepartie d'une prime proportionnelle aux risques calculés pour l'entreprise. Les employeurs prudents et dont l'entreprise n'était pas d'une importance telle qu'ils pussent aisément assumer eux-mêmes leurs responsabilités en cette matière prirent volontiers ces polices d'assurance.

Qu'est-il arrivé lorsque des compagnies d'assurance eurent assumé la responsabilité des employeurs en cas d'accident du travail ? Elles ont eu trop souvent tendance, tout naturellement, à résister avec vigueur aux demandes de réparation ou à persuader les victimes d'accident de se contenter d'une réparation symbolique. De telles pratiques ont sans doute fait l'objet d'une publicité qui a porté injustement tort aux compagnies d'assurance dans leur ensemble. Quoi qu'il

en soit, ces difficultés ont depuis longtemps convaincu les gouvernements, dans la plupart des pays d'Europe, qu'il était préférable de rechercher d'autres moyens de faire assumer les risques d'accidents du travail.

Formes variées d'assurance privée

La dernière des méthodes pratiquées au XIX^{me} siècle pour se protéger contre la misère est l'assurance privée, sous ses diverses formes. Nous ferons immédiatement une distinction entre l'assurance réalisée par l'intermédiaire de sociétés mutuelles et l'assurance contractée auprès de compagnies d'assurance.

Il semble que les sociétés mutuelles aient surgi spontanément parmi les travailleurs des villes à des époques et en des endroits différents; on en trouve par exemple dans la Rome antique et à Madrid au XVII^{me} siècle. Mais avec la disparition de la civilisation du moyen âge et de ses corporations et la formation dans les villes d'une masse non organisée de travailleurs non qualifiés, la nécessité de sociétés d'aide mutuelle s'est fait sentir d'une manière particulièrement aiguë. Ces sociétés avaient pour objet principal d'aider leurs membres, en cas de maladie, à payer les soins médicaux ordinaires et, en cas de décès, de payer les frais d'obsèques, en échange du versement périodique d'une cotisation. En un mot, les sociétés mutuelles pratiquaient un système d'assurance. Au début, leurs méthodes étaient, comme on peut s'y attendre, extrêmement rudimentaires, et il n'était pas rare qu'elles fussent incapables de verser les prestations promises. Peu à peu, cependant, elles furent soumises à un contrôle accru des pouvoirs publics, et leurs statuts durent faire l'objet d'une approbation officielle. On leur interdit d'assurer le versement de certaines prestations, telles que les pensions de retraite, qui auraient exigé l'accumulation de réserves importantes et des calculs actuariels compliqués, et on les obligea à faire vérifier leurs comptes. En limitant ainsi leurs responsabilités, les pouvoirs publics les mettaient mieux en mesure de tenir leurs engagements et de remplir effectivement leur rôle.

Cependant, dès qu'une société mutuelle est gérée suivant les méthodes en usage dans les affaires, il devient à peu près impossible de la distinguer d'une compagnie d'assurance mutuelle dont les actionnaires sont constitués par les clients eux-mêmes; elle hésite à admettre parmi ses nouveaux adhérents les personnes âgées ou de santé précaire. D'autre part, les personnes dont les gains sont petits et celles dont l'emploi est irrégulier ne sont pas en mesure de payer la cotisation nécessaire ou d'en poursuivre le versement sans interruption.

Les syndicats, surtout en Grande-Bretagne, firent souvent office

de société mutuelle, à côté de leur fonction principale qui est de défendre les intérêts de leurs membres en tant que salariés. Leur importance dans ce nouveau rôle réside surtout en ce qu'ils furent les premiers à verser des prestations de chômage. Les syndicats, surtout avant la création des bureaux de placement publics, étaient les mieux placés pour connaître les vacances d'emploi survenues dans leur branche, ainsi que les qualifications personnelles et professionnelles de leurs membres. Mais les demandes de prestations variaient alors évidemment suivant le niveau d'activité de la branche intéressée et non suivant le niveau général de l'emploi, qui est forcément bien plus stable que celui d'une industrie donnée dans une localité particulière. C'est pourquoi, leur caisse n'étant alimentée que par les cotisations de leurs membres, les syndicats ne pouvaient assurer le paiement de prestations de chômage que pendant des périodes relativement courtes et couraient même le risque, en temps de crise, d'épuiser complètement leurs ressources.

Voyant que les sociétés mutuelles gérées par les travailleurs eux-mêmes étaient incapables d'offrir à leurs membres une assurance-vieillesse ou une assurance-vie entourée de garanties sérieuses, plusieurs gouvernements européens créèrent, dans la seconde moitié du XIX^{me} siècle, des services d'assurance garantis par l'Etat qui offraient des polices d'assurance-vieillesse et d'assurance-vie aux personnes peu aisées, et dont les primes pouvaient être payées dans les bureaux de poste, par exemple. Néanmoins, sauf au Japon, ces services n'eurent pas grand succès, parce qu'ils ne faisaient pas l'objet d'une publicité suffisante et aussi parce que les classes de la population auxquelles ils étaient destinés étaient peu tentées ou peu en mesure d'en tirer parti.

C'est alors qu'une compagnie d'assurance anglaise particulièrement entreprenante eut l'idée d'une forme spéciale d'assurance-vieillesse destinée à la population laborieuse. Elle mit sur pied une véritable armée de courtiers, afin de pouvoir envoyer un agent dans chaque ménage pour y placer une police suffisant à peu près à couvrir les frais funéraires de l'assuré, et pour recueillir chaque semaine la très modique prime exigée. Cette « assurance populaire », comme on l'a appelée, connut un succès foudroyant et fut imitée un peu partout, tout d'abord par d'autres compagnies en Angleterre, puis aux Etats-Unis et, plus tard, sur le continent européen. Des millions de polices furent vendues; dans certains cas, tous les membres d'une famille avaient leur police d'assurance-vie individuelle et parfois même plus d'une police par personne. Il n'était pas rare qu'un travailleur contractât un nombre de polices dépassant ses moyens, et le moment venait

où il ne pouvait plus poursuivre le paiement des primes, la police devenant ainsi caduque.

Les compagnies commerciales d'assurance sur la vie et d'autres branches d'assurance voisines ne sont jamais parvenues à s'adapter convenablement, du point de vue de l'assuré, aux exigences des opérations de sécurité sociale, et la chose est facile à comprendre. Les compagnies d'assurance sur la vie sont des affaires de haute tenue, obéissant à des normes très strictes de solvabilité et appuyant leur opérations sur des calculs actuariels irréprochables. Mais leur objet, dans la plupart des cas, est de faire un bénéfice, et accessoirement seulement de développer la sécurité sociale. Même si — le cas peut se produire — une compagnie d'assurance était gérée de façon si compétente par rapport à un régime de sécurité sociale que, tout en restant bénéficiaire, elle pût assurer la même protection que ce régime pour une prime inférieure, on hésiterait encore à s'en servir pour des opérations de sécurité sociale. Les compagnies d'assurance se disputent, en effet, la faveur du client, et chacune s'efforce de lui offrir des conditions aussi avantageuses que possible; mais les conditions les plus avantageuses, ce sont les « bons risques » qui les obtiendront — c'est-à-dire les personnes qui, en raison de leur âge, de leur santé, de leur situation, seront le moins probablement amenées à demander le paiement d'une prestation. En fait, les compagnies d'assurance, qu'il s'agisse de sociétés à fins lucratives ou de mutuelles, s'efforcent d'éviter les « mauvais risques » et de sélectionner soigneusement leur clientèle. Il va de soi que la sécurité sociale ne saurait être organisée sur cette base. Néanmoins, les compagnies d'assurance ont un rôle très important à jouer, en complétant la protection assurée par les régimes de sécurité sociale, dont les prestations peuvent paraître un peu maigres aux classes aisées de la population. On fait aujourd'hui souvent appel à leurs services, notamment pour s'assurer un complément de retraite — fonction techniquement délicate, pour laquelle elles sont éminemment qualifiées. Depuis quelques dizaines d'années, d'ailleurs, les compagnies d'assurance prennent de plus en plus à leur charge les régimes de pensions privées qui étaient jusque-là organisés par les employeurs eux-mêmes; en groupant les régimes de pensions d'un grand nombre d'entreprises, les compagnies d'assurance leur donnent une base plus solide; ces compagnies, dans le monde occidental, placent ainsi un nombre croissant de polices collectives qui garantissent le versement de pensions de retraite complémentaires au personnel de milliers d'entreprises moyennes ou même petites, mais prospères.

Telles étaient donc les diverses méthodes appliquées jusque vers 1880 en vue de garantir les moyens d'existence des familles ouvrières au moment où un événement soudain venait interrompre temporairement ou définitivement le paiement du salaire, sans qu'elles aient à solliciter le secours aux indigents. L'épargne et l'assurance, privée ou mutuelle, ont d'ailleurs échoué pour les mêmes raisons; la pauvreté et l'imprévoyance forment malheureusement un couple inséparable. L'homme très pauvre ne peut avoir pour unique préoccupation que d'assurer sa subsistance au jour le jour; il est incapable d'envisager un avenir lointain, et le pourrait-il que les besoins immédiats et certains l'emporteraient sur les besoins éventuels lorsqu'il s'agirait d'utiliser son maigre salaire. L'erreur du XIX^{me} siècle a été de croire, avec un optimisme bien naïf, que les catégories les plus défavorisées de la classe ouvrière seraient capables de se garantir elles-mêmes contre les risques de leur situation. Néanmoins, une minorité de travailleurs, représentant tout de même quelques millions de personnes, a utilisé l'épargne et l'assurance mutuelle. Cette minorité était constituée par les travailleurs qualifiés, chez qui la réussite au sein de leur propre classe avait éveillé l'espérance d'un avenir meilleur, sinon pour eux-mêmes, du moins pour leurs enfants.

L'ASSURANCE SOCIALE

Vers la fin du XIX^{me} siècle, plusieurs pays du continent européen, convaincus que les travailleurs sans spécialité étaient incapables d'assurer eux-mêmes leur propre sécurité sociale, décidèrent, sans enthousiasme, de subventionner des systèmes d'épargne volontaire. Ces tentatives ont donné de bons résultats dans certains pays, mais d'autres ont dû les abandonner. Au Danemark et en Suisse, il subsiste encore aujourd'hui des systèmes subventionnés d'assistance mutuelle contre la maladie; les prestations, généralement en nature, sont versées à une part très importante de la population. Au Danemark encore et en Suède, les syndicats continuent de gérer, avec une imposante assistance financière de l'Etat, des systèmes d'assurance-chômage volontaire. Cette formule a ceci de séduisant qu'elle crée une véritable association entre l'individu et l'Etat, qui partagent ensemble la responsabilité du fonctionnement efficace du système. Dans ses formes les plus rudimentaires, elle ne réussit pas à attirer le manœuvre, qui refuse ou est incapable de verser sa quote-part. Mais telle qu'elle est pratiquée au Danemark, par exemple, dont la population est relativement prospère et instruite, cette formule permet d'assurer une protection à une large part des salariés, au prix de très fortes subventions de l'Etat, qui sont habilement

calculées de façon à aider surtout les plus déshérités parmi les participants.

Entre 1883 et 1889, le gouvernement impérial allemand, dirigé par Bismarck, institua le premier système d'assurance sociale, qui resta presque unique en son genre pendant une trentaine d'années. On peut se demander pourquoi l'Allemagne comprit si rapidement que ni le principe de la responsabilité patronale ni les sociétés mutuelles ne pouvaient résoudre le problème de l'insécurité sociale. La raison en est sans doute que l'Allemagne n'observait pas aussi fidèlement que les autres pays de l'Europe occidentale la doctrine du libéralisme économique et du laissez-faire, mais subissait encore l'influence de la tradition prussienne de l'Etat autoritaire et paternaliste. Dès le milieu du siècle, plusieurs Etats allemands avaient aidé les communes à instituer des caisses d'assurance-maladie, auxquelles les travailleurs pouvaient être contraints de cotiser; on appliquait ainsi le principe de l'assurance obligatoire, mais l'assuré était seul à cotiser. La participation des employeurs au financement de l'assurance fut prévue, pour la première fois, dans l'assurance-maladie, non pas, d'ailleurs, en vertu d'un principe général quelconque, mais parce que l'assurance-maladie devait, pour des raisons techniques, couvrir les trois premiers mois d'incapacité provoquée par un accident du travail, domaine où l'on s'accordait à reconnaître la responsabilité de l'employeur. Le système fut appliqué en trois étapes : assurance-maladie en 1883, assurance-accidents du travail en 1884 et assurance-invalidité et vieillesse en 1889, les trois assurances étant obligatoires pour les salariés de l'industrie. En introduisant ainsi graduellement le système de l'assurance sociale et en confiant la gestion de l'assurance-maladie aux caisses mutuelles existantes, celle de l'assurance-accidents du travail aux associations patronales et celle de l'assurance-vieillesse aux autorités provinciales, le gouvernement allemand réduisit au minimum les oppositions.

On voit que les aspects essentiels de chacune des méthodes précédemment en usage étaient incorporés dans le système d'assurance sociale qui fut inauguré en Allemagne. Ainsi, la cotisation du travailleur à sa caisse d'assurance mutuelle, la prime que payait l'employeur à sa compagnie d'assurance sur les accidents et la subvention que versait l'Etat au régime d'épargne volontaire, trouvaient chacune leur place dans le financement du nouveau système. D'autre part, la pension d'invalidité comprenait deux parties, dont l'une avait un strict caractère d'assurance et était accordée à quiconque remplissait les conditions requises, et l'autre était proportionnelle à la contribution personnelle de l'assuré et pouvait être considérée comme une épargne. Enfin, chacune des parties intéressées participait à la gestion du système, et

les sociétés mutuelles, enrégimentées dans une certaine mesure, mais encore reconnaissables, y jouaient leur rôle. L'obligation de cotiser, imposée aux salariés en tant que catégorie sociale distincte, ou au moins aux salariés urbains — travailleurs qualifiés et manœuvres, jeunes et vieux, hommes et femmes, en bonne ou en mauvaise santé — signifiait que les groupes de travailleurs qui, jusque-là, n'auraient eu d'autre recours en cas de malheur que de solliciter le secours aux indigents, étaient désormais protégés par un système de sécurité sociale capable de leur apporter une assistance en temps utile et de les sauver de la misère. Bien entendu, ce n'est que grâce à l'apport, dans le nouveau système, de ressources supplémentaires s'élevant à deux ou trois fois le montant de la cotisation du travailleur, qu'il fut possible d'étendre cette protection aux catégories les plus faibles de la classe ouvrière.

L'exemple donné par l'Allemagne fut bientôt suivi par l'Autriche, puis, trente ou quarante ans après, par le Royaume-Uni, les pays de l'Europe continentale, l'U.R.S.S. et le Japon. Après la grande crise des années trente, l'assurance sociale s'étendit aussi à l'Amérique latine et même aux Etats-Unis et au Canada. Sur le continent asiatique, l'assurance sociale ne put être mise en application qu'après l'obtention, par les différents pays, de leur indépendance nationale.

L'invention de l'assurance sociale a fourni le moyen technique permettant l'application progressive d'un système de sécurité sociale; toutes les autres méthodes ou formules, quand elles ne sont pas déjà surannées, ne peuvent apporter que des solutions subsidiaires ou dérivées.

L'ASSISTANCE SOCIALE

Une deuxième formule pour aborder le problème de la sécurité sociale fut conçue à la fin du siècle dernier au Danemark, dans le cadre d'un plan d'ensemble destiné à épargner aux citoyens la nécessité de solliciter le secours aux indigents, ce qui entraînait la suspension de l'exercice de leurs droits civiques. L'opinion publique trouvait révoltant que des travailleurs âgés fussent exposés à cette indignité après une longue vie de labeur qui avait contribué à la prospérité du pays. C'est ainsi que fut conçue une nouvelle formule, que nous appelons « assistance sociale », par laquelle les citoyens tombés dans le besoin, dans des situations déterminées où leur responsabilité propre n'est pas en cause, avaient droit à des prestations payées à l'aide de fonds publics. Cette formule trouva un écho favorable surtout dans les pays scandinaves et dans le monde anglo-saxon. Le premier risque couvert par ce système fut la vieillesse, mais peu à peu ce type de prestation sans cotisation fut étendu aux invalides, aux survivants et aux chômeurs. Enfin, un

système complet de sécurité sociale fut élaboré en Nouvelle-Zélande par la combinaison de différents régimes d'assistance de ce genre.

LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Peu après la première guerre mondiale, un nouveau risque fut ajouté, sur l'initiative des employeurs français et belges, à ceux que couvraient déjà les systèmes d'assurance sociale ou d'assistance sociale, à savoir la charge supplémentaire et de longue durée imposée au budget familial par la naissance d'un enfant. Ce nouveau risque n'est pas comparable à ceux dont il était déjà tenu compte, du fait que la procréation, au moins parmi les couches instruites de la population, est, dans une certaine mesure, un acte volontaire, et qu'il peut sembler étrange, à première vue, de le mettre sur le même pied que des malheurs tels que la maladie ou le chômage. En vérité, les prestations familiales, qui sont versées surtout sous forme d'allocations hebdomadaires pour chaque enfant, ont été conçues, soit en vue d'encourager les naissances, dans les pays où le taux de natalité était tombé à un niveau considéré comme dangereux, soit en vue de prévenir une hausse générale des salaires, en limitant l'augmentation aux familles ayant de jeunes enfants, soit, enfin, en vue de permettre aux familles pauvres d'élever leurs enfants dans de meilleures conditions et d'assurer par là une certaine égalité de chances aux jeunes générations. Malgré leur caractère particulier, les allocations familiales ont donc, en règle générale, été insérées dans le système de sécurité sociale parce qu'il fallait les coordonner avec les autres prestations versées, et souvent aussi, parce qu'il était commode de faire assurer leur financement et leur répartition par les services déjà existants. C'est peut-être l'introduction des allocations familiales qui, plus que toute autre innovation, a marqué dans l'évolution de la sécurité sociale, le passage de la conception bismarckienne à une phase nouvelle.

LE SERVICE NATIONAL DE SANTÉ

Une dernière et importante addition a été faite à l'arsenal de la sécurité sociale au cours de ces vingt dernières années: le service national de santé, qui, en principe du moins, assure à chacun la gratuité de tous les soins médicaux. On peut le définir comme le produit de la combinaison des prestations médicales de l'assurance-maladie et de l'hospitalisation gratuite (ou presque) assurée à la population par l'Etat. Dans une première étape, les administrations de santé publique ont pris en charge tous les services de soins médicaux, lesquels ne sont cependant fournis gratuitement qu'à la population assurée et aux caté-

gories assimilées (U.R.S.S. et démocraties populaires et Chili). Avec la deuxième étape, qui est déjà franchie en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni, l'Etat assure des soins médicaux complets à la totalité de la population, contre une participation financière modique à certaines prestations, destinée à prévenir les abus.

LA SÉCURITÉ SOCIALE ET L'O.I.T.

Au début de cette leçon, nous nous sommes proposé de définir l'expression quasi magique de « sécurité sociale ». Avec les éléments d'information déjà donnés, on peut voir que la sécurité sociale est un système d'ensemble comportant une série de mesures générales tendant : a) à protéger la population (ou une grande partie de la population) de la misère économique dans laquelle risqueraient de la plonger la maladie, le chômage, la vieillesse ou la mort, en interrompant les gains; b) à assurer à la même population tous les soins médicaux nécessaires; c) à accorder une subvention aux familles élevant des enfants. Telle est, d'ailleurs, la définition de la sécurité sociale que donne implicitement la convention sur la norme minimum de la sécurité sociale, adoptée en 1952 par la Conférence internationale du Travail.

On peut se demander comment l'O.I.T. a été amenée à utiliser cette expression et à lui donner le sens que l'on vient de voir. Pour répondre à cette question il nous faut rappeler brièvement le rôle joué par l'O.I.T. dans l'élaboration des normes internationales d'assurance sociale. Grâce à l'adoption, de 1925 à 1934, par la Conférence internationale du Travail, de toute une série de conventions concernant la réparation des accidents du travail, l'assurance-maladie, les pensions de retraite et l'assurance-chômage, l'O.I.T. a pris la tête du mouvement d'évolution de la doctrine dans ce domaine. Le Bureau international du Travail a usé de toute son influence pour étendre le champ d'application des mesures de sécurité sociale, en ce qui concerne tant les catégories de personnes protégées que la liste des éventualités couvertes, et pour renforcer l'efficacité des prestations accordées. En 1935, les Etats-Unis mirent en application, par le vote de la loi sur la sécurité sociale, un ensemble de régimes d'assurance sociale couvrant les risques de chômage, de vieillesse et de décès, ainsi qu'un système de subventions fédérales aux régimes de pensions non contributifs en vigueur dans les divers Etats; la loi sur la sécurité sociale instaurait en quelque sorte un système mixte d'assurance sociale et d'assistance sociale. L'heureuse formule donnée comme titre à cette loi frappa l'opinion et fut reprise dans le titre de la nouvelle loi néo-zélandaise

qui codifiait un certain nombre de systèmes anciens et nouveaux d'assistance sociale et créait un nouvel impôt général sur le revenu destiné spécialement à financer le nouveau régime. Le système néo-zélandais, mis en vigueur à la veille de la deuxième guerre mondiale, n'attira pas immédiatement l'attention de l'opinion publique à l'étranger, mais le B.I.T., conscient de son importance, lui donna autant de publicité qu'il le put. D'autre part, le terme « sécurité sociale » fut mentionné dans la Charte de l'Atlantique de 1941 et reçut par là une popularité qui s'étendit à la moitié du monde, au point que le terme devint vraiment un leitmotiv exprimant l'une des aspirations les plus profondes et les plus répandues de l'humanité.

Lord Beveridge consulta le B.I.T. lors de l'élaboration de son fameux plan et paya généreusement tribut à l'assistance qu'il en reçut. Le Bureau a repris les grandes lignes de la politique sociale qui lui semblait ressortir de l'évolution de l'assistance sociale et de l'assurance sociale pour élaborer sa conception de la sécurité sociale, dont les objectifs peuvent être définis comme suit :

a) couvrir, d'une manière complète et coordonnée, toutes les éventualités qui, sans qu'il y ait faute de sa part, peuvent faire perdre son salaire au travailleur, temporairement ou définitivement; compléter cette protection par les soins médicaux et les allocations familiales;

b) étendre cette protection à toutes les personnes adultes, dans la mesure de leurs besoins, et aux personnes à leur charge;

c) prévoir des prestations qui, quoique d'un montant modéré permettent aux bénéficiaires de maintenir un niveau de vie acceptable, et qui soient versées en vertu d'un droit nettement défini par la loi;

d) financer le système par des méthodes telles qu'elles rendent le bénéficiaire suffisamment conscient du coût des prestations qu'il reçoit, tout en appliquant largement le principe de la solidarité des pauvres et des riches, des gens bien portants et de ceux dont la santé est délicate, des hommes et des femmes, des personnes actives et de ceux qui sont trop vieux ou trop jeunes pour travailler.

Ces idées sont toutes contenues dans les recommandations sur la garanties des moyens d'existence et sur les soins médicaux adoptées par la Conférence internationale du Travail lors de la session historique qu'elle a tenue en 1944 à Philadelphie, où les Etats Membres de l'O.I.T. se réunirent pour élaborer d'un commun accord le programme d'action en matière de législation ouvrière et sociale qu'ils entendaient appliquer après la guerre.

Cinq ans plus tard, le Conseil d'administration du B.I.T. jugea que le moment était venu d'incorporer la substance des recommandations de Philadelphie dans des conventions créant des obligations légales précises. Les gouvernements furent consultés de façon approfondie, et la Conférence internationale du Travail, après une étude détaillée effectuée au cours de deux de ses sessions annuelles, adopta en 1952 la convention sur la norme minimum de la sécurité sociale dont nous avons déjà parlé. Cette convention représente le plus haut facteur commun des politiques sociales que tous les pays très industrialisés ou peu développés et, par conséquent, riches et pauvres, pouvaient s'engager à appliquer. Bien qu'à beaucoup d'égards, les normes énoncées dans ce texte soient inférieures à celles qui sont déjà atteintes dans les pays évolués, elles peuvent servir d'objectif pratiquement accessible pour les autres.

Nous allons maintenant, dans les leçons qui suivent, examiner séparément les principales caractéristiques de la législation et des mécanismes de sécurité sociale, en nous référant fréquemment aux dispositions pertinentes de la convention et des recommandations de l'O.I.T. Nous verrons que chaque pays a cherché à résoudre ses problèmes de sécurité sociale selon ses propres méthodes, en trouvant le moyen terme le mieux approprié entre l'idéal et le possible, le théorique et le réalisable, et le compromis le plus juste entre les intérêts économiques divergents des parties intéressées, mais en orientant toujours ses efforts dans le sens de l'application des principes essentiels énoncés dans les instruments internationaux adoptés par l'O.I.T.

Questionnaire

1. *Indiquez brièvement les insuffisances de :*

- a) *l'épargne individuelle,*
- b) *la responsabilité patronale,*
- c) *l'assurance privée,*

comme moyens de réaliser la sécurité sociale.

2. *Citez les aspects de la législation bismarckienne sur l'assurance sociale qui rappellent chacune des trois méthodes énumérées ci-dessus, ainsi que les formules nouvelles qui ont déterminé son succès.*

3. *Quelles sont les normes générales que fixent les textes adoptés par la Conférence internationale du Travail sur la sécurité sociale en ce qui concerne :*

- a) *les éventualités à couvrir ;*
 - b) *les personnes à protéger ;*
 - c) *le montant des prestations ;*
 - d) *les méthodes de financement ?*
-

DEUXIÈME LEÇON

PERSONNES PROTÉGÉES

Nous avons vu, dans la première leçon, que vers la fin du XIX^{me} siècle, l'Allemagne avait inventé l'assurance sociale et le Danemark un système de pension non contributif, c'est-à-dire une forme d'assistance sociale. Ce sont là les deux formules dont s'inspire la sécurité sociale, l'une ayant pour origine l'assurance privée, l'autre le secours public aux indigents. L'assurance sociale est destinée à protéger les salariés, l'autre système à protéger les personnes dans le besoin. Ces deux sources différentes sont combinées dans les systèmes modernes de sécurité sociale.

Nous allons passer en revue, dans la présente leçon, les principes et les raisons d'ordre pratique qui ont conduit les pays à assujettir certaines catégories de personnes à l'assurance sociale ou, au contraire, à donner leur préférence à des systèmes d'assistance sociale ou à des services universels de sécurité sociale protégeant l'ensemble de la population, sans aucune distinction.

La convention sur la sécurité sociale (norme minimum) admet l'utilisation de systèmes d'assurance sociale ou d'assistance sociale. Elle est conçue de manière à pouvoir être mise en application par les pays insuffisamment développés; cette intention n'est nulle part plus évidente que dans les clauses définissant le champ d'application minimum de chaque branche d'assurance sociale. Les pays insuffisamment développés éprouvent de grandes difficultés à appliquer des régimes d'assurance sociale en dehors des grands centres urbains; les villages et les petites villes ne possèdent en effet que de faibles moyens médicaux et les entreprises ayant un personnel relativement nombreux y sont rares. Aussi ces pays peuvent-ils satisfaire aux normes de la convention en faisant bénéficier la moitié seulement de la population salariée des prestations prescrites. L'assistance sociale, qui, par sa nature même, doit en principe couvrir la population tout entière et être financée par l'impôt, dépasse généralement, pour le moment, la capacité économique des pays insuffisamment développés.

L'ASSURANCE SOCIALE DES SALARIÉS

L'assurance sociale a été conçue comme un moyen de protéger les salariés en général, c'est-à-dire la catégorie de la population qui, pour des raisons diverses — insécurité de l'emploi, absence de fortune et d'économies, impossibilité de recevoir une aide des membres de la famille ou des voisins —, se trouvait le plus menacée par la misère et, plus particulièrement parmi cette catégorie, les manœuvres sans spécialité, le groupe le plus vulnérable. De l'autre côté, on trouvait une classe peu nombreuse d'employeurs instruits et relativement aisés dirigeant de grandes entreprises et capables d'assumer une certaine responsabilité dans les opérations administratives et financières d'un système d'assurance sociale.

Le nombre des groupes de salariés assurés a constamment augmenté pour deux raisons : tout d'abord, les catégories d'entreprises dont les travailleurs étaient couverts par l'assurance sont devenues de plus en plus nombreuses et, en deuxième lieu, la définition du terme « salarié » a été élargie.

Catégories d'entreprises soumises au système d'assurance

Dans la plupart des pays où elle est appliquée, l'assurance sociale ne couvre pas les travailleurs de la totalité des entreprises, quelles que soient leur branche d'activité économique et leur importance. Certaines catégories d'entreprises sont exclues du champ d'application du système, surtout lorsqu'il est impossible, politiquement ou administrativement, de soumettre effectivement les employeurs intéressés aux obligations prévues ou que les travailleurs de ces entreprises sont déjà suffisamment protégés par d'autres moyens.

Les créateurs des premiers systèmes d'assurance sociale se sont laissés influencer par les critères qui définissaient, à l'époque, le champ d'application des lois sur la réparation des accidents du travail. C'est pourquoi ils se sont surtout occupés des usines, des mines, des chemins de fer et, plus généralement, des entreprises relativement importantes ou dont les travaux sont considérés comme comportant des dangers relativement plus élevés pour le personnel. C'est ainsi que l'« entreprise industrielle » a constitué l'élément de base dans les secteurs d'activité englobés par les premières lois sur l'assurance sociale, qui, souvent d'ailleurs, ne couvraient que les risques d'accidents du travail, de maladie et de maternité.

Les petites entreprises ont été exclues, tout d'abord, parce qu'il était difficile de surveiller l'application effective du système d'assurance

sociale par un nombre considérable d'employeurs, qui risquaient d'opposer une résistance passive à son introduction. Il est apparu très vite, naturellement, qu'il était impossible de gérer convenablement un système selon lequel la participation d'une entreprise donnée, ou son exclusion du système — et par conséquent la participation ou l'exclusion simultanée de tous ses salariés — pourrait dépendre d'une augmentation ou d'une réduction minime, d'une unité peut-être, des effectifs qu'elle employait. Il fallait donc supprimer cet obstacle aussitôt que l'administration du système serait assez solidement assise et que son utilité s'imposerait à l'opinion publique.

Il n'est pas facile, d'autre part, de distinguer nettement dans la pratique l'industrie du commerce. Le critère du danger du travail n'est pas suffisant, car beaucoup d'entreprises commerciales présentent des risques d'accidents aussi graves, sinon plus, que certains secteurs industriels. Ainsi, les transports, le travail portuaire et même la manutention d'objets pesants dans les magasins font courir des risques aux travailleurs, de même que, pour donner d'autres exemples, les travaux de boucherie et de nettoyage des vitres. Il fallut donc rapidement soumettre les secteurs dangereux du commerce à l'assurance obligatoire. Les accidents dans les bureaux sont, certes, rares (plus rares peut-être que dans les foyers), mais une fois que la responsabilité de l'employeur en cas d'accident est devenue un principe, celui-ci tend irrésistiblement à s'appliquer à toutes les catégories d'emplois, et il ouvre la voie à l'assurance sociale des travailleurs contre d'autres risques.

Néanmoins, plusieurs pays ont reculé devant les difficultés de l'application de l'assurance sociale à l'agriculture, surtout lorsque les petites exploitations prédominent. Les obstacles qui s'opposent au contrôle de cette application dans les entreprises industrielles auxquelles nous venons de faire allusion sont en effet multipliés dans l'agriculture par l'esprit conservateur des paysans, par le fait que la même personne est fréquemment, tour à tour, employeur et salarié, par la situation souvent mal définie des membres de la famille de l'agriculteur, par le caractère saisonnier de nombreux travaux, par le paiement courant du salaire en nature et par l'absence initiale, dans les régions rurales de services médicaux adéquats. Toutes ces difficultés ont évidemment découragé aussi bien le législateur que l'administrateur. En revanche, le personnel salarié permanent d'une grande exploitation agricole peut, bien entendu, être soumis à l'assurance obligatoire ni plus ni moins facilement que le personnel d'une usine isolée; aussi l'assurance sociale commence-t-elle à pénétrer dans le milieu rural par l'intermédiaire d'exploitations de ce genre.

La législation et l'administration de l'assurance sociale conçue pour les salariés urbains doivent faire l'objet de nombreux aménagements pour être adaptées au milieu rural. On peut avoir à fixer arbitrairement les barèmes de salaires des principales catégories de travailleurs agricoles et à calculer le montant de la cotisation patronale sur la base des frais probables de main-d'œuvre qu'exige l'exploitation de la terre. Quoi qu'il en soit, le problème de l'application de l'assurance sociale aux petites exploitations agricoles est loin d'avoir été résolu, même dans les pays qui ont réussi à soumettre à l'assurance l'ensemble des salariés urbains. Les travailleurs occasionnels employés par les petits exploitants ne peuvent être et ne sont protégés que dans les pays industrialisés, où l'assurance sociale couvre pratiquement tous les employeurs et salariés, et dans les pays agricoles à population dense et prospère, où l'Etat est assez riche pour soutenir l'assurance volontaire à l'aide d'importantes subventions.

La protection des gens de maison, au moins dans les ménages urbains, offre probablement moins de difficultés, car la maîtresse de maison sait généralement lire et écrire et peut ainsi remplir les formalités relativement simples auxquelles donne lieu l'assurance de cette catégorie de travailleurs; en outre, dans une ville bien administrée, le contrôle de chaque habitant est facile et, enfin, les prestations médicales prévues peuvent effectivement être accordées.

Les fonctionnaires et le personnel salarié permanent de l'Etat et des autorités publiques, municipales et autres, sont souvent exclus du champ d'application du régime général d'assurance sociale, du fait qu'ils bénéficient déjà de prestations supérieures. Ces travailleurs auraient vraisemblablement recours dans des proportions moindres que les autres catégories aux ressources d'une caisse commune d'assurance; aussi leur exclusion du régime général affaiblit-elle quelque peu la solidarité de la population active, sur le plan national.

Certains secteurs industriels, publics ou privés, sont aussi fréquemment exclus du champ d'application de l'assurance-vieillesse (pensions de retraite), du fait que ces secteurs possédaient des régimes spéciaux d'assurance dont l'institution avait précédé, parfois de beaucoup, l'établissement du régime général. Ces régimes spéciaux, eux aussi, offrent généralement des pensions de retraite plus généreuses que le régime général, et leurs membres préfèrent ne pas se fondre dans la masse de la population assurée. Mais comme ces secteurs industriels (mines de charbon et chemins de fer, par exemple) sont assez souvent peu modernes et d'une importance qui tend à décliner et que le nombre des pensionnés y est très élevé, le régime général se trouve fort bien d'en être séparé.

Catégories de salariés soumises au système d'assurance

De même que le champ d'application de l'assurance sociale a été tout d'abord limité aux entreprises les plus faciles à atteindre et à contrôler, du point de vue administratif, de même la protection du régime ne s'est pas, à l'origine, étendue à la totalité des travailleurs de ces entreprises, mais seulement à ceux qui dépendaient de l'employeur d'une façon directe et régulière et dont la rémunération ne laissait guère de marge d'économie. La responsabilité de l'employeur envers ses employés, qui s'exprime par l'obligation de verser une cotisation pour leur protection, devait, pour être admise au début, avoir une base juridique irréprochable. C'est plus tard seulement que des considérations plus générales d'intérêt social ou économique sont devenues prédominantes.

A l'origine, par conséquent, les personnes rattachées à une entreprise n'étaient assurées que si elles travaillaient sous la direction et la surveillance de l'employeur ou de ses mandataires; ces catégories de personnes forment d'ailleurs, il faut le reconnaître, l'immense majorité des salariés. Elles s'engageaient par contrat à fournir leurs services et l'employeur décidait lui-même la façon dont ce travail devait être utilisé. Si l'employeur ordonnait au travailleur d'exécuter un travail dangereux, il était responsable de l'accident qui pouvait s'ensuivre. L'existence d'un contrat de service était donc le critère qui permettait d'établir, à l'origine, si un travailleur était assurable, non seulement contre les accidents du travail, mais aussi, par une extension aisément réalisable, contre divers autres risques. Les apprentis, même s'ils ne recevaient pas de salaire en espèces, étaient, autant que possible, traités de la même manière que les travailleurs salariés.

Mais peu à peu un second aspect des liens existant entre l'employeur et le salarié a acquis une importance plus grande. Le salarié dépend, pour sa subsistance, de son employeur. C'est l'employeur qui fixe le prix des marchandises qu'il vend sur le marché; il peut donc — dans les limites permises, toutefois, par la concurrence et par le public — faire entrer dans ce prix sa cotisation à l'assurance sociale de ses salariés. L'employeur est l'agent sur le concours obligatoire duquel la méthode classique de l'assurance sociale compte pour recueillir ses fonds. Ces considérations conduisent à étendre la définition du salarié à toute personne qui s'est engagée à travailler régulièrement pour autrui; une telle définition couvre alors le voyageur de commerce, le travailleur à domicile, le métayer ou même l'élève d'une école technique.

Evidemment, tout vendeur de marchandises ou de services dépend,

pour son gain, de l'acheteur, mais il y a une limite pratique, sinon logique, à l'application du principe de la dépendance. Le système classique de l'assurance sociale veut que les « acheteurs », c'est-à-dire les employeurs, forment une classe beaucoup moins nombreuse et économiquement plus puissante que la classe à protéger. Quelques systèmes, cependant, rangent parmi les salariés à protéger des travailleurs qui sont moins nombreux que les acheteurs de leurs services, par exemple : les femmes de ménage, les jardiniers tâcherons, les professeurs de musique et les gardes-malades, qui travaillent successivement dans différentes maisons. Il est à noter, toutefois, que ces personnes exercent régulièrement leur profession, même si elles ont plusieurs employeurs, et que leurs gains ne sont pas très élevés. Les travailleurs qui ne répondent pas à ces deux conditions étaient, et sont encore dans une certaine mesure, exclus du système d'assurance sociale, comme nous allons le montrer.

L'emploi peut avoir un caractère occasionnel du point de vue de l'employeur ou du point de vue du salarié. Dans le premier cas, le travailleur est « occasionnel » s'il est engagé pour une période de brève durée, délimitée d'avance. Il n'y a pas de raison valable d'exclure, en principe, ces périodes de travail des périodes d'emploi assurables du travailleur; si cette exclusion était autorisée, les employeurs pourraient être incités à engager des travailleurs pour une période de durée limitée — non assurable — dans l'intention de les rengager immédiatement après. Néanmoins, l'exclusion de telles périodes d'emploi peut s'admettre si les emplois de ce genre ont aussi un caractère occasionnel du point de vue du travailleur. En pareil cas, l'emploi est occasionnel lorsque le travailleur ne dépend pas principalement, pour sa subsistance, de son travail en tant que salarié, c'est-à-dire lorsque, ordinairement, il travaille à son compte ou qu'il n'exerce une profession salariée que de temps à autre. Il n'y a pas lieu, dans ces cas, de considérer l'emploi comme un emploi assurable, du fait que les cotisations seront payées en vain puisqu'en général, le travailleur ne remplira jamais les conditions de stage lui donnant droit aux prestations, alors que les deux parties intéressées et la caisse d'assurance seraient néanmoins obligées de remplir toutes les formalités d'enregistrement. Une question se pose, cependant, dont la réponse n'est pas toujours aisée à donner : Le travailleur a-t-il ou non l'intention de gagner désormais sa vie en tant que salarié ? Dans l'affirmative, il doit être assuré. La meilleure solution consiste peut-être à ne considérer un emploi comme occasionnel et non assurable que si le travailleur lui-même a demandé et obtenu officiellement de n'être pas assujéti à l'assurance.

Avant la deuxième guerre mondiale, il était assez courant d'exclure du champ d'application de l'assurance obligatoire les personnes ayant une rémunération supérieure à un montant donné, mensuel ou annuel. A l'heure actuelle, une dizaine de pays appliquent encore cette limite dans une ou plusieurs branches d'assurance. L'exclusion des salariés à rémunération élevée est une réminiscence de l'époque où l'assurance sociale était considérée comme une mesure destinée spécialement à protéger les classes les plus faibles et où les employés de bureau, ayant généralement une rémunération supérieure à celle des travailleurs manuels, croyaient être situés plus haut que ces derniers sur l'échelle sociale. Certains systèmes ne fixent aucune limite de salaire aux travailleurs manuels, mais en fixent une pour les employés et, dans certains pays d'Europe et d'Amérique, les employés de bureau et les cadres sont affiliés à des caisses d'assurance spéciales ou ont le privilège, au même titre que les fonctionnaires publics, de continuer à percevoir leur traitement en cas de maladie. A l'origine, on estimait que les employés de bureau, appartenant à la petite bourgeoisie, avaient les moyens de conclure des arrangements privés pour se protéger contre les éventualités couvertes par l'assurance sociale; on supposait qu'ils pouvaient contracter des polices d'assurance sur la vie auprès de compagnies privées et — les associations de médecins ont toujours insisté sur ce point — prévoir une réserve pour couvrir le coût de maladies éventuelles et payer, sur leurs économies, les frais médicaux. Cette supposition, si tant est qu'elle ait jamais été justifiée, a cessé de l'être lorsque la deuxième guerre mondiale eut bouleversé la structure économique et sociale de la société. D'autre part, les plafonds de traitements gênaient considérablement l'administration des systèmes d'assurance, car le traitement d'une même personne peut, au cours de mois successifs, passer au-dessus et au-dessous du plafond fixé. Aussi élimine-t-on aujourd'hui les plafonds au nom de la solidarité sociale, que la sécurité sociale tend de plus en plus à concrétiser. En revanche, presque tous les systèmes d'assurance sociale prévoient des plafonds aux cotisations et aux prestations, comme nous le verrons lorsque nous étudierons ces questions particulières.

Les liens familiaux, directs ou créés par le mariage, existant entre l'employeur et le salarié ne devraient pas, en principe, avoir d'effet sur la possibilité du salarié de s'assurer, car on peut supposer que celui-ci, dans ce cas comme dans les autres, touche un salaire sur la continuité duquel il compte pour sa subsistance. Cependant, les caisses d'assurance sociale ont toujours hésité à soumettre à l'assurance une personne employée par un proche parent. Une première difficulté — et c'est la plus fréquente — se présente en effet lorsque

l'entreprise familiale est petite et que la rémunération est payée entièrement ou principalement en nature; en pareil cas, il n'y a guère d'argent liquide disponible pour payer les cotisations. D'autre part, la connivence de l'employeur avec le salarié pour frauder la caisse d'assurance sociale, chose peu fréquente dans la généralité des cas, est un danger très réel lorsque l'employeur et le salarié sont membres de la même famille. Une personne déclarée malade ou en chômage continuera à travailler; une personne invalide, n'ayant pas versé assez de cotisations pour avoir droit aux prestations, sera maintenue sur les états de salaires; lorsque la prestation est proportionnelle au salaire le plus récent, la rémunération sera soudain accrue, etc. Il importe, si l'on veut assurer les membres de la proche famille de l'employeur, d'éliminer toutes ces possibilités de fraude. Il est possible, à cette fin, d'apporter des aménagements particuliers au système d'assurance, mais ces aménagements risquent généralement de compliquer et d'alourdir le travail administratif. Toutefois, ces difficultés techniques sont moins graves en matière de pensions; aussi certains régimes de pension réservés aux travailleurs indépendants s'appliquent-ils aux membres de la famille de l'employeur qui travaillent avec lui.

EXTENSION DE L'ASSURANCE SOCIALE AUX NON-SALARIÉS

L'extension de l'assurance sociale aux catégories non salariées de la population est, en règle générale, un phénomène récent datant de l'après-guerre. Elle s'applique, de façon générale, soit à toutes les personnes travaillant à leur propre compte, soit à l'ensemble des citoyens adultes.

Les problèmes qui se posent à propos des catégories de personnes non salariées résident non seulement dans l'absence d'une contribution de l'employeur, mais aussi dans le fait qu'elles ne peuvent bénéficier que d'une partie des prestations de l'assurance sociale. La perte économique subie par une telle personne, en cas d'incapacité temporaire de travail, n'est sans doute pas impossible, mais difficile à évaluer. D'un autre côté, les membres de ces catégories qui ne possèdent pas de ressources importantes ont besoin d'une certaine protection en cas de maladie coûteuse et contre les trois éventualités couvertes par l'assurance-pension. A ce propos, on considère de plus en plus que la ménagère est un élément qui contribue sans rémunération à la richesse nationale et qu'il est équitable, aussi bien que conforme à l'intérêt national, qu'elle soit soignée et indemnisée, lorsqu'elle tombe malade ou devient invalide, suivant certaines modalités d'évaluation des services qu'elle rend.

Les systèmes d'assurance-pension, tout au moins en Europe, ont toujours donné aux personnes affiliées obligatoirement au régime la possibilité de continuer leur assurance à titre volontaire lorsqu'elles ne se trouvent plus soumises à l'affiliation obligatoire. Il serait en effet inique qu'après avoir cotisé pendant plusieurs années au régime d'assurance, l'assuré perde tous ses droits acquis, du seul fait qu'il aurait obtenu, par exemple, une augmentation de salaire, ou un emploi différent non assurable ou embrassé une profession indépendante. Bien que l'assurance volontaire oblige l'assuré à payer la cotisation de l'employeur en même temps que celle du salarié, elle bénéficie de la subvention de l'Etat au même titre que l'assurance obligatoire; c'est pourquoi, surtout lorsque cette subvention de l'Etat est généreuse, la proportion des personnes qui y participent effectivement est assez forte.

Dans quelques pays, les travailleurs indépendants sans ressources importantes sont autorisés à s'assurer volontairement contre la maladie (surtout pour le paiement des soins médicaux) et la vieillesse auprès de caisses d'assurance subventionnées par l'Etat. Outre le contrôle préliminaire de leurs ressources, ces travailleurs doivent, pour pouvoir s'affilier, subir généralement un examen médical et ne pas avoir dépassé l'âge maximum d'admission; ce sont là des précautions raisonnables. Lorsque l'Etat accorde au régime d'assurance des subventions très importantes, si bien qu'aucune compagnie d'assurance privée ne pourrait offrir des avantages comparables, ce type d'assurance volontaire attire une grande partie, peut-être la majorité, de la catégorie de personnes auxquelles il est destiné. Il subsiste toujours, néanmoins, un grand nombre de personnes imprévoyantes qui, par la suite, doivent recourir à la charité publique ou privée.

On notera que, lorsque le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants ne s'effectue pas sous forme de l'envoi de relevés périodiques dont le paiement est légalement obligatoire, il n'y a plus guère de différence pratique entre l'assurance obligatoire et l'assurance volontaire; et si la subvention de l'Etat n'est pas de nature à constituer un encouragement assez puissant, il est difficile d'empêcher la cessation du paiement des cotisations.

Depuis la deuxième guerre mondiale, plusieurs pays européens et les Etats-Unis, sous l'influence peut-être des recommandations de Philadelphie, ont mis en application des régimes d'assurance-retraite obligatoire pour les travailleurs indépendants. La subvention de l'Etat doit alors être très importante, ou la cotisation des intéressés recouvrée obligatoirement en même temps que l'impôt sur le revenu; certains régimes appliquent d'ailleurs l'une et l'autre formule.

En 1956, les Pays-Bas ont suivi l'exemple donné par la Finlande en 1937, le Royaume-Uni et la Suisse en 1946 et rendu l'assurance-pension obligatoire pour tous les citoyens adultes.

PROTECTION DES PERSONNES A CHARGE PAR L'ASSURANCE DU SOUTIEN DE FAMILLE

Lorsqu'un travailleur décédait des suites d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'assurance sociale protégeait toujours les personnes à sa charge qu'il laissait derrière lui; l'influence du droit civil faisait ici sentir toute sa force. Mais le ^{xx}^{me} siècle était déjà bien avancé lorsque les survivants des travailleurs décédés pour d'autres causes furent admis à bénéficier d'une pension, et plusieurs années devaient encore s'écouler avant que les personnes à la charge d'un travailleur fussent mises au bénéfice de prestations au titre de sa propre assurance. Parmi ces dernières prestations, on peut citer d'abord les prestations médicales et de maternité et les divers régimes d'allocations familiales institués surtout depuis la fin de la dernière guerre.

Si la protection des personnes à charge a ainsi tardé à s'implanter, il faut peut-être en chercher la raison dans la tradition qui voulait que chaque homme assumât entièrement la responsabilité de l'entretien de sa famille. Il n'a pas été facile de persuader les employeurs qu'ils devaient aider les travailleurs à s'acquitter de cette responsabilité. L'introduction de prestations pour les personnes à charge marque une véritable révolution, dont l'importance n'a peut-être pas toujours été comprise à l'époque, de la conception de l'assurance sociale et de la justification de la participation des employeurs à cette assurance. Le fait que l'employeur n'est pas directement intéressé au bien-être des personnes à la charge de ses salariés ne l'a plus dispensé d'y contribuer par ses cotisations à partir du moment où ces cotisations ont commencé à être considérées comme une forme commode d'impôt servant à améliorer le bien-être général de la classe ouvrière.

En ce qui concerne l'assurance médicale, l'épouse du travailleur, si elle n'est pas elle-même assurée, et ses jeunes enfants, sont toujours protégés, mais, dans quelques pays, cette protection s'étend pratiquement à tout parent non assuré directement qui vit sous le toit du soutien de famille assuré, quel que soit le lien de parenté; c'est là une disposition généreuse, qui prouve d'ailleurs que l'assurance sociale est aujourd'hui considérée comme un élément important de la politique générale de santé publique.

Dans un nombre croissant de pays, les bénéficiaires de pensions du régime d'assurance sociale ont droit, à ce titre même, aux prestations de l'assurance médicale. Par conséquent, l'assurance sociale tendant de plus en plus à embrasser l'ensemble de la population active, le moment viendra où les seules personnes à charge qui devront leur protection médicale à l'assurance du soutien de famille seront l'épouse sans profession et les enfants trop jeunes pour travailler.

Le nombre et la qualité des personnes à charge ayant droit à des prestations en cas de décès du soutien de famille varient aussi considérablement d'un système à un autre; mais, dans ce cas, peut-être parce que les prestations doivent être partagées entre les différents bénéficiaires, les textes réglementaires sont le plus souvent assez détaillés et précisent l'ordre de priorité des diverses catégories de personnes à charge et de parents. Dans la règle, le nombre des membres de la famille considérés comme ayants droit possibles est plus grand dans le cas de l'assurance-accidents du travail que dans celui de l'assurance-survivants générale, sans doute en raison de l'influence du droit civil. C'est pourquoi l'assurance-accidents du travail a toujours, dans ce domaine, été plus généreuse; elle peut l'être d'ailleurs d'autant plus facilement qu'elle doit faire face à des demandes de prestations beaucoup moins nombreuses.

Quelle que soit la nature de la prestation à verser (soins médicaux ou pension) la définition de l'« enfant » est généralement très large et englobe non seulement les enfants de l'assuré et les enfants d'un autre lit, mais aussi les enfants illégitimes de l'épouse et les enfants adoptifs, ainsi que les jeunes frères ou sœurs et les petits-enfants s'ils sont effectivement à sa charge. L'âge limite fixé dans ces cas n'est jamais inférieur à l'âge légal de fin de scolarité, et il le dépasse fréquemment lorsque l'enfant poursuit ses études. La limite d'âge peut même être entièrement levée si l'enfant est invalide; en pareil cas, lorsque ses parents sont décédés et que ses frères et sœurs sont devenus adultes, l'enfant infirme se voit attribuer la pension d'orphelin la plus élevée possible en fonction de l'assurance de ses parents, ce qui peut assurer en grande partie sa subsistance; de cette manière, une fâcheuse lacune de la protection accordée par l'assurance sociale se trouve pratiquement éliminée.

En dehors de l'épouse, les parents adultes de l'assuré doivent généralement, pour bénéficier des prestations, non seulement avoir été effectivement à la charge de l'assuré, mais aussi être âgés ou invalides; ces personnes cessent d'être considérées comme des personnes à charge lorsque le système d'assurance sociale en vient à couvrir toute la population.

On peut considérer comme faisant partie du système d'assurance sociale les régimes d'allocations familiales qui s'appliquent seulement aux personnes à la charge des soutiens de famille appartenant à une catégorie pour laquelle des cotisations spéciales sont versées. La grande majorité de ces régimes n'accordent des allocations familiales qu'aux enfants à la charge de l'assuré habitant sous son toit. Un petit nombre, d'ailleurs décroissant, de régimes ne versent des allocations qu'à partir du deuxième ou du troisième enfant. En revanche, quelques régimes versent une allocation pour la mère, lorsque celle-ci n'exerce pas de profession rémunérée, et d'autres enfin versent des allocations pour tous les parents à la charge de l'assuré habitant sous son toit.

Les régimes d'allocations familiales financés à l'aide de cotisations et non par l'impôt sont presque tous réservés aux salariés. Un ou deux pays seulement ont institué sur cette base des systèmes d'allocations familiales destinés aux travailleurs indépendants et il s'est révélé impossible de recueillir auprès de ces travailleurs des cotisations suffisant à assurer la marche normale du régime.

Une coordination est établie entre les caisses d'allocations familiales et les autres régimes d'assurance sociale afin que le paiement des allocations puisse être poursuivi lorsque le soutien de famille cesse, temporairement ou définitivement, d'occuper un emploi rémunéré et qu'il reçoit une prestation de chômage, de maladie ou d'invalidité. Le maintien de l'allocation après le décès des parents peut, lorsqu'elle est suffisamment élevée, rendre inutile le versement d'une pension d'orphelin.

ASSISTANCE SOCIALE (Y COMPRIS LES SYSTÈMES UNIVERSELS DE SÉCURITÉ SOCIALE)

L'assistance sociale est, nous l'avons vu, la deuxième méthode permettant d'organiser la sécurité sociale. Elle a pour origine la législation sur le secours aux indigents et la spécialisation des services institués en vertu de cette législation pour les différentes catégories de citoyens dans le besoin. Sa période d'apogée se situe au premier quart du xx^{me} siècle. Ce fut la méthode choisie, de préférence à l'assurance sociale, par certains pays relativement riches qui ne se résignaient pas à la perspective d'une intervention trop importante de l'Etat dans la vie sociale et qui reculaient devant le mécanisme complexe qu'exige l'administration de régimes d'assurance sociale. Le gouvernement de ces pays, n'ayant pas encore une notion très nette des problèmes techniques posés par la gestion de ces régimes, craignait

sans doute aussi de se voir engager, par suite de l'institution de tels mécanismes et de l'acquisition de droits à des prestations par le versement de cotisations dans une voie où le retour en arrière fût devenu impossible. D'autre part, dans les pays où les travailleurs indépendants forment une grande partie de la population active, l'assurance sociale, conçue comme elle l'était à l'intention des salariés, ne pouvait fournir qu'une solution partielle au problème de l'insécurité sociale. En outre, le secteur de la population le plus menacé par la misère et le plus nombreux était formé, dans le monde occidental, par la population âgée sans ressources, pour laquelle la méthode classique de l'assurance sociale ne pouvait apporter de secours immédiat. Pour toutes ces raisons, donc, un certain nombre de pays riches choisirent la méthode de l'assistance sociale.

Le secours aux indigents est, par tradition, laissé à la responsabilité des autorités locales, et ses bénéficiaires sont donc exclusivement des résidents de la localité intéressée. Au contraire, les systèmes d'assistance sociale visés par le présent cours sont des services financés et administrés, entièrement ou partiellement, par le gouvernement central. De la sorte, tous les membres de la population sont des bénéficiaires éventuels de ces systèmes. L'assistance sociale repose, au fond, sur le sentiment de la solidarité nationale, mais elle est rendue plus équitable encore aujourd'hui par le fait qu'une partie de chaque gain et de chaque revenu revient finalement au trésor public, de sorte que tous les habitants d'un pays prennent, d'une manière ou d'une autre, leur part du coût de l'assistance sociale.

La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale dispose que lorsque des prestations sont fournies par un régime d'assistance sociale, ce régime doit protéger tous les résidents du pays, sous réserve qu'ils prouvent qu'ils ont réellement besoin de la prestation au moment où ils la réclament et pendant la période où elle est versée; elle permet également de soumettre le versement des prestations à certaines conditions, lorsque l'intéressé est un étranger.

Cependant, l'assistance sociale, du fait qu'elle impose un contrôle des ressources des bénéficiaires éventuels, est une formule qui devient périmée, et aucun nouveau système de cette nature n'a été mis en application depuis plusieurs années. La fixation d'un plafond de ressources décourage en effet l'épargne, et c'est là un défaut majeur. Les salariés, du moins dans les pays de l'Occident, reçoivent généralement un salaire assez élevé pour qu'ils soient soumis à l'impôt sur le revenu, et les techniques de recouvrement de cet impôt sont aujourd'hui très perfectionnées. Aussi les nouveaux systèmes de sécurité sociale destinés à couvrir l'ensemble de la population pren-

nent-ils aujourd'hui la forme, soit d'une assurance-pension nationale, dont nous avons parlé plus haut, soit de services dispensés gratuitement à tous les résidents du pays, comme les services nationaux de santé et les régimes nationaux d'allocations familiales.

Questionnaire

1. *Enumérer les difficultés qui s'opposent à l'inclusion des travailleurs agricoles dans le champ d'application des régimes d'assurance sociale.*

2. *Mentionner quelques-uns des abus qui risquent de se produire lorsque le salarié est membre de la famille de l'employeur.*

3. *Quelle est la principale difficulté qu'il faut surmonter pour pouvoir assujettir les travailleurs indépendants à l'assurance sociale ?*

4. *Quelles sont les caractéristiques qui distinguent l'assistance sociale du secours aux indigents, d'une part, et de l'assurance sociale, d'autre part ?*

5. *Dans quel sens évoluent les régimes d'assistance sociale et quelles sont les circonstances qui rendent possible cette évolution ?*

TROISIÈME LEÇON

LES PRESTATIONS

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les prestations prévues par les systèmes de sécurité sociale font l'objet de la présente leçon et des quatre leçons suivantes. Elles traduisent en effet le but même de ces systèmes, et les dispositions qui les concernent constituent en général le chapitre le plus détaillé dans le règlement d'un régime de sécurité sociale. Car il est indispensable de préciser les éventualités que les prestations sont destinées à couvrir, les conditions que doit remplir le demandeur pour les obtenir et continuer à les percevoir, ainsi que la forme, le montant et la durée de ces prestations.

Pour l'application d'un plan élémentaire d'assistance aux indigents, l'attitude à l'égard des requérants était essentiellement la suivante : Etes-vous dans la misère et êtes-vous dans l'impossibilité de vous tirer d'affaire ? Si tel est le cas, voici de quoi vivre et si vous êtes malade, voici une assistance médicale. L'objet des systèmes de sécurité sociale peut maintenant encore être énoncé, dans les termes les plus généraux, comme l'octroi de moyens d'existence et d'une assistance médicale. Pour chacune des principales causes de besoin, toutefois, les systèmes de sécurité sociale prévoient une prestation spécialement conçue, qui est versée très souvent par l'intermédiaire d'un organisme expressément constitué à cet effet.

La spécialisation de l'organisation de la sécurité sociale en différentes branches, dont chacune couvre un risque ou un groupe de risques étroitement liés les uns aux autres, s'explique par le processus historique avec lequel nous commençons à nous familiariser. Nous avons vu que les sociétés de secours mutuels étaient en mesure de fournir à leurs membres des soins médicaux et, pour une courte durée, des prestations en espèces, que les compagnies d'assurance ont pu assumer la responsabilité incombant aux employeurs pour la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles et que les syndicats avaient la possibilité d'accorder certaines prestations en cas de chômage (si celui-ci ne dure pas trop longtemps),

mais que seules des institutions officielles reposant sur une large base peuvent se charger du versement de pensions. La coordination de toutes les catégories d'organismes intéressés, dans les pays où de tels organismes fonctionnent depuis une génération ou davantage, n'a avancé que péniblement. Le dernier pas, celui de l'unification — il n'est d'ailleurs pas certain qu'il soit toujours souhaitable — n'a été franchi que récemment et dans des cas encore peu nombreux.

La spécialisation des prestations constitue, ou plutôt devrait constituer, un avantage pour le bénéficiaire, tout en étant à la fois rationnelle et économique. Mais cette spécialisation s'accompagne d'une précision plus grande des définitions et, en conséquence, d'une certaine rigidité, corollaire du principe selon lequel les prestations de sécurité sociale devraient être octroyées en vertu d'un droit qui puisse être invoqué devant les tribunaux.

La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale distingue neuf sortes de prestations et les énumère dans un ordre qui n'a en soi que peu d'importance. A des fins d'organisation, on les groupe habituellement dans les branches suivantes :

Prestations aux familles;

Prestations médicales, indemnités de maladie et de maternité;

Pensions d'invalidité, de vieillesse et de survivants;

Prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles;

Prestations de chômage.

Nous nous en tiendrons à cette disposition, car le présent cours porte sur l'organisation de sécurité sociale que le lecteur rencontrera vraisemblablement dans son propre pays, et non pas sur une conception idéale. Néanmoins, un examen préalable des caractéristiques générales des prestations de sécurité sociale et de leurs relations réciproques ne manquera pas d'intérêt.

Nous voyons immédiatement que toutes les éventualités en question ont ceci de commun qu'elles rendent le gain du travailleur trop faible pour couvrir certaines charges qui le frappent. En outre, toutes ces éventualités, à l'exception du chômage, sont de nature biologique : maladie ou accident; accouchement et agrandissement de la famille par la venue d'un nouvel enfant; la vieillesse, qui est plus ou moins associée à la dégénérescence sénile; la mort. La plupart de ces événements entraînent la perte du gain. Cette conséquence n'est que temporaire dans les cas de maladies guérissables, de maternité et de chômage, mais elle a un caractère permanent dans la plupart des cas de maladies

incurables, dans quelques cas assez rares d'accident et lorsque survient la vieillesse ou la mort. Certaines infirmités et mutilations d'ordre fonctionnel, de même que le chômage partiel, n'entraînent que la diminution du gain. De nombreuses maladies ne causent pas d'incapacité de travail, mais toutes occasionnent normalement des frais de traitement. Enfin, il est des circonstances qui imposent au soutien de famille un fardeau financier pour les personnes à sa charge : frais médicaux, frais d'obsèques et, surtout, frais d'entretien en général.

Un système de sécurité sociale ne peut pas (ou ne devrait pas) accorder simultanément deux prestations ou plus pour cause de perte de gain. Ainsi, lorsqu'une personne en chômage est frappée d'incapacité de travail, elle ne subit aucune perte supplémentaire justifiant le versement d'une prestation additionnelle¹. D'un autre côté, lorsqu'un événement a déjà entraîné une diminution du gain, un événement postérieur peut le réduire plus fortement encore : par exemple, une personne atteinte d'invalidité partielle peut cesser d'être apte au petit emploi qu'elle était capable de remplir et, dans ce cas, le versement d'une prestation additionnelle s'impose. Il peut aussi arriver qu'une personne privée de son gain en totalité ou en partie ait à supporter des charges du fait de soins médicaux pour elle-même ou pour les membres de sa famille; ses charges familiales peuvent s'accroître par la naissance d'un enfant; si elle meurt, il faut alors payer les frais d'obsèques et pourvoir à l'entretien de ses survivants.

La perte ou la diminution du gain ne peut atteindre, bien entendu, qu'une personne qui exerce une activité lucrative. Les frais médicaux et les frais d'obsèques, d'autre part, sont des charges qui peuvent incomber à n'importe qui, et tout adulte peut se trouver légalement responsable de l'entretien d'un de ses proches.

La technique de l'assurance sociale a été conçue tout d'abord pour la protection des travailleurs salariés, et l'assurance sociale en faveur des travailleurs indépendants ne s'est présentée à l'esprit que par la suite, en quelque sorte comme un expédient. L'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et l'assurance-chômage furent créées, cela va de soi, à l'intention des seuls travailleurs salariés. Mais plusieurs pays ont rendu possible ou même obligatoire, pour les petits employeurs et les travailleurs indépendants, l'assurance contre les accidents survenant au cours du travail; au Danemark, une assurance de ce genre est subventionnée par l'Etat.

¹ Lorsqu'une seconde prestation (par exemple, la prestation pour incapacité de travail dans le cas considéré) est fixée à un taux plus élevé, elle doit se substituer à la prestation versée antérieurement.

Contrairement à l'assurance sociale, l'assistance sociale est destinée à la population dans son ensemble, avec cette différence supplémentaire que les incidences de la perte ou de la diminution du gain sur le revenu total du demandeur doivent souvent être établies dans chaque cas avant qu'une prestation soit accordée.

Sauf en ce qui concerne les obsèques (qui n'entraînent aucuns frais dans le cas des personnes assistées), les accidents du travail et maladies professionnelles et la maternité (pour lesquels l'employeur peut être tenu au versement d'une compensation), les mêmes éventualités peuvent être couvertes et sont en fait couvertes d'une façon également satisfaisante par l'assurance sociale et par l'assistance sociale. Il existe six éventualités pour lesquelles on a parfois préféré l'assistance sociale, même lorsqu'un régime important d'assurance sociale fonctionne déjà dans le pays considéré. Ce sont : l'état nécessitant des soins médicaux; l'invalidité, la vieillesse et le décès du soutien de famille; les charges de famille; le chômage prolongé.

Dans chacune de ces éventualités, à l'exception de la dernière, l'assistance sociale a tendance à supprimer l'examen des ressources et à se transformer ainsi en un service général de sécurité sociale. Mais deux pays seulement ont assumé le risque de recourir à l'assistance sociale pour couvrir de courtes périodes d'incapacité de travail et de chômage, cas dans lesquels il est difficile de prévenir les abus.

Les conditions donnant droit à prestation sont les suivantes : il faut tout d'abord que l'éventualité se soit réalisée et qu'il y ait simultanément perte ou diminution du gain ou nécessité de supporter certains frais; en second lieu, il faut que le demandeur se trouve dans la situation prévue par le régime d'assurance sociale ou d'assistance.

En ce qui concerne cette seconde condition, certains systèmes exigent seulement que le demandeur occupe, au moment où l'éventualité se présente, un emploi entrant dans le cadre du système de sécurité sociale. Dans un grand nombre de cas, toutefois, il ne suffit pas d'avoir la qualité d'« assuré », car le plus souvent, un système ne confère pas sa protection à une personne simplement parce qu'elle est « assurée »; il est exigé en outre que cette personne ait occupé un « emploi assujéti à l'assurance » pendant une période minimum, dont la durée varie selon la nature de la prestation, et que son compte ait été crédité d'un nombre minimum correspondant de cotisations. La durée du stage, on le comprendra facilement, sera vraisemblablement plus ou moins longue selon qu'il est plus ou moins probable de voir des personnes chercher à prendre un emploi pour la seule raison qu'elles ont lieu de croire, ou qu'elles savent déjà, qu'une éventualité donnant lieu à

prestation est sur le point de se réaliser, constituant ainsi de « mauvais risques ». Plus la prestation entrant en ligne de compte a de valeur, plus cette probabilité est grande. Mais dans un pays où l'assurance sociale couvre la presque-totalité de la population, la plupart des mauvais risques sont déjà assurés et ce problème perd une bonne partie de son importance.

Dans un régime d'assistance sociale, les conditions de situation sont assez différentes de celles que pose un système d'assurance sociale. En règle générale, pour obtenir une prestation d'assistance sociale, le demandeur doit prouver qu'il est ressortissant du pays dont il invoque la loi, ou tout au moins qu'il y réside régulièrement. En outre, lorsqu'il s'agit d'une pension il devra vraisemblablement établir qu'il réside dans le pays depuis un nombre minimum d'années prescrit.

Une fois que l'on a établi que l'éventualité s'est réalisée et que les conditions donnant droit à prestation sont remplies, on procède à la détermination de la forme et du montant de la prestation appropriée. Lorsqu'il s'agit de soins médicaux, on doit nécessairement s'en remettre aux médecins affiliés au système pour ce qui est de la nature et de la durée des soins à accorder au bénéficiaire, dans les limites fixées par le régime.

Le montant des prestations en espèces versées en vertu d'un régime d'assurance sociale est habituellement proportionnel au niveau du gain antérieur du demandeur, le gain moyen étant calculé sur la base d'une période plus ou moins longue, mais ces prestations sont quelquefois fixées en fonction du minimum vital. En régime d'assistance sociale, les prestations en espèces sont toujours calculées de façon à correspondre aux frais d'entretien et, dans certains cas, le revenu privé qui dépasse un niveau donné est déduit de la prestation.

En traçant les grandes lignes de la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale, la Conférence internationale du Travail a tenu la balance égale entre le système des prestations proportionnelles au salaire et celui des prestations fondées sur les frais d'entretien. L'établissement de règles équitables et raisonnables pour la détermination et la comparaison de la portée économique du niveau des prestations dans les différents pays n'alla pas sans peine. Etant donné que les prestations ne peuvent en aucun cas être supérieures au revenu que touchait le demandeur quand il travaillait, que, d'autre part, le taux des salaires est, quant au pouvoir d'achat, à peu près proportionnel à la richesse réelle d'un pays, et qu'enfin, la convention devait tenir compte de l'effort de sécurité sociale des Etats Membres par rapport à leurs possibilités plutôt que de la valeur

absolue des prestations qu'ils accordent, on décida de prendre, pour chacun des pays intéressés, un salaire-type comme étalon de comparaison (paramètre) des taux de prestation pratiqués dans ce pays. Lorsqu'un système de sécurité sociale doit assurer un minimum vital, le paramètre est constitué par le salaire d'un manœuvre-type. Lorsque la prestation est proportionnelle au salaire du bénéficiaire, la convention exige qu'elle représente un certain pourcentage minimum du gain d'un ouvrier qualifié. Cela s'explique par le fait que les systèmes qui prévoient des prestations représentant un pourcentage donné du salaire touché par un individu fixent toujours un maximum pour ce salaire et que ce maximum est parfois si bas qu'il dépasse à peine le salaire d'un manœuvre, tandis que la prestation minimum — pour autant qu'elle est fixée — peut s'établir fort au-dessous du minimum vital. La convention a prévu des méthodes précises pour la définition du manœuvre-type et de l'ouvrier qualifié-type. C'est la première convention internationale du travail dans laquelle on a utilisé des statistiques plutôt que des formules juridiques pour définir des normes de prestations de sécurité sociale.

Les prestations médicales varient moins d'un système à un autre que les prestations en espèces, car la définition de la prestation médicale est habituellement rédigée en termes assez généraux; ces termes doivent évidemment permettre une interprétation assez souple, fonction du caractère des ressources médicales existant dans le pays intéressé. La qualité des soins médicaux, qui constitue l'un des critères essentiels de la prestation, exclut presque inévitablement toute tentative de définition. Ni la formation complète de la personne qui dispense les soins médicaux, ni le raffinement des installations dont elle dispose, ne sont des indications absolues du caractère adéquat du traitement prescrit. La personne qui donne les soins peut être une infirmière ou un assistant; elle peut aussi être docteur en médecine; l'hôpital peut n'être qu'une baraque dans une clairière de la jungle ou un gratte-ciel ultra-moderne: pourtant, le traitement peut être tout aussi efficace dans l'un et l'autre cas, pour les maladies les plus courantes dans la région.

C'est dans les dispositions relatives aux prestations en espèces que les systèmes de sécurité sociale font preuve de la plus grande diversité. Car ces dispositions sont généralement libellées en termes de montant et de durée, données essentiellement arithmétiques, et chaque législateur s'est fait sa propre idée des chiffres adéquats, c'est-à-dire de ceux qui assurent une assistance suffisante sans laisser de place aux abus, ou qui correspondent simplement aux prestations que permettront de financer, selon toute vraisemblance, les cotisations

versées. Les évaluations scientifiques font assez généralement défaut dans tout ce qui touche à la détermination du montant et des conditions des prestations.

Le législateur ne peut toutefois user de sa discrétion que dans certaines limites : une prestation pour perte de gain sera rarement inférieure au quart du salaire d'un manœuvre ou supérieure à 90 pour cent du salaire du bénéficiaire, et un tableau qui montrerait comment se répartissent, selon la fréquence, les divers pourcentages pour l'ensemble des différents systèmes, ferait apparaître une concentration autour de 50 pour cent de l'un ou l'autre de ces paramètres. De même, bien que la distinction que l'on fait entre la prestation proportionnelle au salaire et celle qui correspond au minimum vital se révèle essentielle, il arrive souvent que ces deux notions soient appliquées simultanément de façon partielle ; ainsi, la prestation pourra se composer de deux éléments, dont l'un variera en fonction du salaire du bénéficiaire, tandis que l'autre variera selon le nombre des personnes à sa charge. De même, la fixation de taux minima est courante, et la fixation de montants maxima est quasi universelle.

Les différences dans le montant des prestations entre un régime — ou un système national — et un autre peuvent s'expliquer par une différence de conception du rôle attribué aux prestations de sécurité sociale : Les bénéficiaires sont-ils censés s'en remettre entièrement aux prestations d'un régime obligatoire pour obtenir une protection, ou attend-on d'eux qu'ils complètent ces prestations par l'épargne ou par une assurance privée ? Dans les pays soumis au régime du socialisme d'Etat, il est naturel que l'assurance sociale vise à assurer à elle seule une protection suffisante, tout au moins lorsqu'il s'agit de travailleurs loyaux et zélés. Dans les pays dont le régime dominant est celui du capitalisme privé, on pourrait s'attendre à ce que les prestations de sécurité sociale ne constituent que la base à partir de laquelle l'individu pourra édifier, selon ses vœux et ses possibilités, une structure de protection plus personnelle. En fait, cette hypothèse n'est exacte que dans un petit nombre de pays de langue anglaise et de pays de l'Europe septentrionale. Dans les autres pays à régime de capitalisme privé, nous voyons que, pour la grande masse des salariés, les systèmes de sécurité sociale (qui ont tous un caractère d'assurance) tendent à rendre de moins en moins nécessaires les formes complémentaires de protection individuelle. Le rythme de cette évolution, qui affaiblit évidemment le sens de la responsabilité personnelle, a été accéléré par des situations inflationnistes graves et les pertes catastrophiques subies par les épargnants : seuls des systèmes garantis par l'Etat pouvaient tenter de compenser dans

une mesure plus ou moins adéquate la diminution du pouvoir d'achat de l'argent.

Il est clair qu'un système de sécurité sociale qui n'adapte pas ses prestations aux variations du pouvoir d'achat de la monnaie n'atteint pas son objectif original. Depuis la seconde guerre mondiale et à la suite de la diffusion des idées lancées par l'économiste J. M. Keynes, la plupart des gouvernements se sont montrés peu favorables à une réduction du montant nominal des salaires (ou, en cas d'introduction d'une nouvelle monnaie, de leur valeur réelle). Le but fixé — pas toujours atteint — est que les salaires augmentent proportionnellement à l'accroissement de la productivité. Dans la pratique, toutefois, les salaires nominaux ont tendance à devancer la productivité, ce qui provoque une inflation plus ou moins accusée. Pendant les toutes premières années qui ont suivi la seconde guerre mondiale notamment, l'inflation a progressé trop rapidement dans certains pays pour que les gouvernements pussent l'enrayer et la monnaie a perdu de la moitié aux neuf dixièmes ou même davantage de sa valeur d'avant-guerre. Les gouvernements ont procédé alors à une réévaluation générale des prestations, pour s'apercevoir un an plus tard à peine que les nouveaux barèmes n'étaient déjà plus conformes aux circonstances. C'est pourquoi un nombre toujours plus grand de systèmes de sécurité sociale contiennent désormais des dispositions permanentes prévoyant un ajustement des prestations au niveau général des salaires ou des prix.

Dès 1944, la recommandation sur la garantie des moyens d'existence avait prévu ce problème, et la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale a confirmé le principe posé par cette recommandation, selon lequel les montants des prestations devraient être révisés à la suite de variations sensibles du niveau général des gains qui résultent de variations sensibles du coût de la vie.

Lorsqu'il s'agit de prestations de courte durée, calculées sur la base du salaire récent du bénéficiaire, aucun problème vraiment sérieux ne se pose, à moins que l'inflation ne survienne avec une rapidité catastrophique. Mais la situation est différente lorsque des pensions sont en jeu. Ces dernières peuvent en effet être doublement touchées, tout d'abord par le fait qu'elles sont calculées d'après la rémunération moyenne touchée pendant un certain nombre d'années, donc en fonction d'un salaire de base déprécié, et ensuite en raison de la dépréciation subie par la pension elle-même. Les systèmes qui prévoient des prestations visant à assurer le minimum vital doivent évidemment ajuster leur barème de prestations tout entier; dans ce cas, il est vrai, un tel ajustement est assez simple du point de vue technique.

Par suite d'un manque de coordination entre les divers systèmes de sécurité sociale composant un régime national, des différences apparaissent souvent dans le montant des prestations payables pour diverses éventualités qui créent en fait les mêmes besoins. Cette situation s'explique parfois par des arguments sensés, mais les différences paraissent fréquemment avoir un caractère accidentel. Ainsi, si l'on prévoit que la perte du gain ne sera que temporaire, on peut faire valoir soit que l'intéressé peut puiser dans ses économies, de sorte qu'une prestation relativement faible pourra suffire, ou, au contraire, qu'il ne peut pas réduire brusquement ses dépenses habituelles, si bien qu'il y a lieu de lui verser une prestation relativement élevée; les mêmes arguments, en sens inverse, sont avancés en ce qui concerne les prestations relatives à la perte permanente du gain. L'un et l'autre de ces points de vue peuvent sans doute se défendre, mais lorsque ces deux genres de considérations se rencontrent dans la législation d'un seul et même pays, cela ne laisse pas de susciter quelques doutes.

Les travaux de la Conférence internationale du Travail ont aidé les gouvernements à fixer le niveau de leurs prestations minima, grâce notamment à l'influence exercée par la convention sur la norme minimum de la sécurité sociale. Que des chiffres précis aient pu être inclus dans cette convention prouve que l'accord devient de plus en plus général, dans les différents pays, sur ce qui constitue une prestation acceptable dans une éventualité donnée. Il y a lieu de relever toutefois que les choses se sont passées à la Conférence de la même manière que dans un parlement national : ce sont des compromis entre des intérêts divers, plutôt que des considérations scientifiques, qui sont à la base des solutions adoptées.

LES ALLOCATIONS FAMILIALES

Le taux des salaires ne tient pas directement compte de la dimension de la famille qui doit vivre de ce salaire, en dépit du fait que des notions sommaires, d'ordre pratique, concernant le niveau de vie, la dimension moyenne d'une famille et le revenu nécessaire pour assurer le niveau de vie familial sont sans aucun doute plus ou moins vaguement présentes dans l'esprit des travailleurs et des employeurs lors de la fixation des salaires. Le salaire régulier d'un adulte masculin suffit sans doute dans chaque pays à assurer au moins l'entretien élémentaire de cet adulte et très probablement aussi celui de sa femme, selon une norme jugée acceptable dans ce pays. Mais le manque de souplesse des salaires par rapport à la dimension des familles est la principale

cause de la sous-alimentation et des autres privations qui frappent les familles de travailleurs valides.

C'est un lieu commun que de dire que la misère va de pair avec les familles nombreuses. On a considéré pendant longtemps que cette situation était dans l'ordre naturel des choses et les gouvernements craignaient, surtout pendant la rapide croissance de la population enregistrée au XIX^{me} siècle, d'affaiblir chez les parents le sens de leur responsabilité envers leur famille en accordant des subsides aux personnes qui mettaient au monde plus d'enfants qu'elles n'en pouvaient entretenir. Mais cette attitude se renversa lorsque, dans certaines parties de l'Europe, le sens des responsabilités familiales devint si puissant que plusieurs pays furent menacés d'une diminution effective de la population. D'autre part, dans le premier quart du siècle actuel, le mouvement de réforme sociale a pris de la vitesse et l'on a accordé une attention accrue au bien-être de la jeune génération; la gratuité de l'instruction a été complétée peu à peu par des repas subventionnés et des soins médicaux aux enfants des écoles. Dans le domaine fiscal, on s'est mis à pratiquer sur le revenu imposable des abattements au titre des enfants. Par la suite, on accorda en différentes régions d'autres petits avantages aux familles (plus particulièrement aux familles nombreuses). Mais toutes ces réalisations ont été éclipsées par les systèmes d'allocations familiales qui, limités à la France et à la Belgique jusqu'à la fin de la seconde guerre mondiale, se sont maintenant généralisés en Europe et s'étendent peu à peu, bien que lentement, à d'autres continents.

Peu avant la fin de la deuxième guerre mondiale, la Conférence internationale du Travail a recommandé un programme de bien-être des familles ainsi formulé :

La société devrait normalement coopérer avec les parents par des mesures générales d'assistance destinées à assurer le bien-être des enfants à charge.

1) Il devrait être institué des subventions publiques en nature ou en espèces ou sous les deux formes, pour permettre d'élever les enfants dans des conditions saines, aider à l'entretien des familles nombreuses et compléter les dispositions en faveur des enfants établies sous le régime de l'assurance sociale.

2) Lorsque l'objet visé est de permettre d'élever les enfants dans des conditions saines, les subventions devraient prendre la forme d'avantages tels qu'aliments gratuits ou au-dessous du prix de revient pour les enfants en bas âge, cantines scolaires et habitations au-dessous du loyer normal, pour les familles ayant plusieurs enfants.

3) Lorsque l'objet visé est d'aider à l'entretien des familles nombreuses ou de compléter les dispositions en faveur des enfants, soit prévoyant des avantages en nature, soit établies sous le régime de l'assurance sociale, les subventions devraient prendre la forme d'allocations familiales.

4) Ces allocations devraient être payées, quel que soit le revenu des parents, selon un barème établi, qui représenterait une contribution substantielle aux

frais d'entretien de l'enfant et tiendrait compte de l'augmentation de frais que comporte l'entretien d'enfants plus âgés; elles devraient être attribuées au moins à tous les enfants pour lesquels aucune disposition n'est établie sous le régime de l'assurance sociale.

5) La société devrait assumer collectivement l'obligation d'entretenir les enfants à charge lorsque l'exécution de cette obligation par les parents s'avère impossible ¹.

On peut discerner dans le texte ci-dessus une préférence pour les prestations en nature lorsque l'objet visé est de permettre d'élever les enfants dans des conditions saines, tandis que les allocations familiales se présentent essentiellement comme un instrument de politique démographique. L'évolution suivie par les politiques de protection de l'enfance depuis la seconde guerre mondiale n'a toutefois pas confirmé cette conception du rôle spécial des allocations familiales qui, au contraire, sont devenues un instrument essentiel de ces politiques. Les allocations familiales constituent un moyen radical de réduire les différences existant entre les niveaux de vie des foyers comptant de jeunes enfants et de ceux qui n'en ont pas. Certes, elles ont visé aussi au début à renforcer la lutte contre la tendance à la dénatalité, mais leur rôle dans le renversement de cette tendance enregistré ces dix dernières années n'a pu être établi de manière décisive. Il semble plutôt aujourd'hui que leur principal objet soit de contribuer à égaliser les chances des enfants dans la vie. Telle est certainement l'intention lorsque, comme dans des territoires éloignés de l'Union française, les allocations familiales sont introduites en faveur de populations qui augmentent déjà à un rythme extrêmement rapide.

Les allocations familiales font maintenant partie de toutes les branches de la sécurité sociale en tant que complément des prestations de base en espèces. Il est bon de décrire ce type de prestations en premier lieu dans le présent manuel, car en dressant les plans d'un système britannique de sécurité sociale destiné à assurer véritablement le minimum vital, Beveridge a constaté que les allocations familiales étaient indispensables. Tout barème de prestations rationnellement conçu doit comporter de telles allocations, qui doivent être versées sous forme d'élément complémentaire du gain, sinon les prestations sociales perçues par un homme chargé d'une nombreuse famille pourraient dépasser la rémunération qu'il reçoit lorsqu'il travaille.

Comme toutes les réalisations nouvelles dans le domaine de la sécurité sociale, les systèmes d'allocations familiales ont pris avec

¹ Recommandation sur la garantie des moyens d'existence, 1944, annexe (principes directeurs accompagnés de suggestions pour leur application), partie I (Assistance sociale), paragraphe 28.

le temps deux formes distinctes, dont l'une s'inspire de la notion d'assurance sociale et l'autre de l'idée d'assistance sociale.

Immédiatement après la première guerre mondiale, alors qu'on commençait à demander partout un relèvement des salaires, un groupe d'industriels français, animés par leur patriotisme, décida d'accorder ces augmentations de salaires sous forme d'allocations proportionnelles au nombre des enfants se trouvant à la charge du travailleur. Afin d'empêcher qu'une discrimination n'ait lieu lors de l'embauche au préjudice des hommes chargés d'une famille nombreuse, ces employeurs créèrent des caisses de compensation, mécanisme financier qui devait assurer à tous les employeurs l'égalité des charges qu'ils ont à supporter par travailleur. Ce système, repris par chacune des branches de l'activité économique ou étendu à l'ensemble des salaires, constitue évidemment une application du principe de l'assurance. Nous pourrions parler, en fait, d'une « assurance-allocation familiale », car une caisse de compensation est très proche des caisses mutuelles créées par les employeurs pour couvrir leur responsabilité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

Dans les systèmes qui reposent sur le principe de l'assurance, le droit à prestation est inséparable de l'emploi dans une industrie à laquelle s'applique le système. En restreignant ce droit aux personnes qui travaillent effectivement, ces systèmes réduisent le risque que, si l'allocation est assez substantielle, des parents peu conscients de leurs responsabilités aient un grand nombre d'enfants afin de pouvoir vivre sans rien faire des allocations qu'ils touchent. C'est ainsi que, comme il en est pour l'assurance-maladie, on insiste sur la nécessité d'un minimum de régularité de l'emploi, par exemple dix-huit jours par mois, l'allocation entière n'étant due que si ce minimum est atteint ou n'étant versée qu'à raison de tant par jour de travail. Le droit que confère l'emploi subsiste en cas de maladie ou de chômage, d'incapacité assez grave pour rendre improbable la reprise d'un emploi régulier, de même qu'en cas de vieillesse; dans les systèmes qui ne connaissent pas les pensions d'orphelins, le versement de l'allocation se poursuit également après le décès du soutien de famille et parfois même à un taux majoré. Dans quelques pays, des systèmes de ce genre ont aussi été créés en faveur des travailleurs indépendants, ce qui a donné aux allocations familiales une portée presque aussi large que dans les régimes applicables à l'ensemble de la population, auxquels nous allons passer maintenant.

Le système des allocations familiales du type assistance sociale est né en 1926 en Nouvelle-Zélande, pays qui jouait déjà un rôle de pionnier dans le mouvement de sécurité sociale. Au début, les

allocations furent limitées aux familles à faible revenu, mais, au bout de quelques années, on renonça à l'examen des ressources. La plupart des pays de langue anglaise (avec l'importante exception que constituent les Etats-Unis) et les pays de l'Europe septentrionale ont pris pour modèle le plan néo-zélandais. Etant financées par le produit des impôts, ces allocations, d'une part, sont versées à tous les parents sans considération de situation économique; d'autre part, elles risquent moins d'entraîner une dépression des salaires que celles qui sont payées par les employeurs. Comme leur montant est relativement faible, il semble que les pères de familles nombreuses doivent être également peu tentés de vivre de leurs allocations pour enfants; quoi qu'il en soit, les gouvernements intéressés ne se sont pas vus contraints par l'expérience d'introduire un contrôle spécial pour prévenir des abus de ce genre et ils estiment que le pouvoir général qu'ils détiennent en vue d'obliger les parents à prendre soin de leurs enfants est suffisant. La condition liée à la situation de salarié (ou, le cas échéant, de travailleur indépendant) est remplacée dans ces systèmes par une simple condition de résidence, le bénéficiaire devant, par exemple, avoir vécu de façon continue dans le pays pendant les douze mois qui précèdent immédiatement sa demande d'allocation; un ou deux systèmes prévoient en outre une condition de nationalité.

Dans la plupart des systèmes d'application générale, c'est la mère qui touche l'allocation, car c'est elle qui semble le mieux placée pour utiliser cet argent au profit de l'enfant. Quoi qu'il en soit, l'allocation n'est payée qu'à la personne (ou à l'établissement privé d'assistance) qui a la garde de l'enfant au moment du versement. Lorsque tous les enfants d'un pays sont protégés, la nature véritable du lien de famille existant entre l'enfant et le bénéficiaire n'a évidemment que peu d'importance : la condition essentielle, c'est que l'enfant soit véritablement à la charge du bénéficiaire et confié à la garde de ce dernier.

Pour les allocations familiales versées en vertu de systèmes d'assurance, on rencontre différentes méthodes de paiement. Si c'est l'employeur qui joue le rôle d'agent de paiement, il lui est plus commode de verser l'allocation à celui des parents qui est à son service — dans la plupart des cas, le père. Mais si l'agent de paiement est une caisse de compensation, cette dernière pourra choisir entre les deux parents, la mère semblant être le plus souvent choisie dans la pratique. Ces systèmes accordent habituellement plus d'importance que les systèmes d'application générale au lien de famille existant entre le bénéficiaire et l'enfant. Il pourrait en effet, sans cela, leur arriver de verser des allocations pour des enfants dont les parents ne relèvent pas du régime applicable et l'existence d'un lien de famille reconnu par la loi constitue

un critère utile. Le degré de parenté admis varie toutefois considérablement : enfants du travailleur ou de sa femme, enfants formellement adoptés, petits-enfants orphelins, frères et sœurs orphelins.

La plupart des systèmes prévoient que l'allocation sera payée au moins jusqu'à ce que l'enfant ait seize ans accomplis et qu'elle continuera à être versée au-delà de cet âge en cas d'apprentissage ou de poursuite d'études régulières; cette extension de la prestation témoigne de l'intention de favoriser l'égalité de chances. Plusieurs systèmes d'assurance continuent à accorder l'allocation à l'égard des filles qui restent dans leur famille pour s'occuper d'enfants plus jeunes, tandis que plusieurs autres régimes suppriment la limite d'âge en faveur d'enfants atteints d'infirmités.

La grande majorité des systèmes de l'un et de l'autre type octroient actuellement des allocations pour tous les enfants d'une famille se trouvant dans les limites d'âge fixées; mais il existe des systèmes qui n'accordent d'allocation que pour le second, ou même pour le troisième enfant, ce qui réduit très sensiblement leurs charges.

Une amélioration notable de l'efficacité des allocations familiales a été apportée dans un petit nombre de systèmes d'assurance qui prévoient le versement d'une allocation spéciale à la mère renonçant à un emploi afin de pouvoir s'occuper de ses enfants de manière adéquate.

Le montant des allocations familiales ne varie pas en fonction du salaire du bénéficiaire : ou bien il est égal pour chacun des enfants, ou bien il est progressif sur la base du nombre d'enfants. La première de ces règles a été adoptée par tous les systèmes d'application générale, à l'exception d'un seul, ainsi que par plusieurs systèmes d'assurance. On trouvera au tableau I quatre exemples de barèmes progressifs tirés de différents systèmes; le taux de l'allocation versée pour le premier enfant au titre duquel l'allocation est versée est représenté par 1.

TABLEAU I. — EXEMPLES DE TAUX PROGRESSIFS D'ALLOCATIONS FAMILIALES

Enfant pris en considération	Taux			
	1	1	0	1
Premier enfant	1	1	1	1,25
Deuxième »	1,1	1,25	1,5	1,5
Troisième »	1,1	1,7	1,5	1,8
Quatrième »	1,4	2,2	1,5	2,1
Cinquième »	1,4	2,2	1,5	2,3
Sixième »	1,4	2,2	1,5	2,6
Septième »	1,4	2,2	1,5	2,9
Huitième »	1,4	2,2	1,5	2,9
Neuvième »	1,4	2,2	1,5	2,9

Le barème progressif constitue un encouragement évident aux familles nombreuses, mais il tient compte également du fait que plus la famille est nombreuse, plus l'allocation est nécessaire si l'on veut approcher du chiffre permettant l'entretien complet.

L'un des systèmes d'application générale admet le principe que le coût de l'alimentation, de l'habillement et même du logement relatif à un enfant s'élève avec l'âge : entre cinq et treize ans (et au-delà dans des cas donnés), le taux de l'allocation s'élève progressivement de 1 à 1,6.

Du fait que les allocations ne sont pas proportionnelles au salaire, mais qu'elles consistent en une somme fixée, il n'est pas possible d'effectuer des comparaisons directes de leur valeur sur le plan international. Toutefois, lors de la préparation de la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale, le Bureau international du Travail a été en mesure de calculer, pour les pays qui publient des statistiques détaillées des salaires, la proportion du salaire d'un manœuvre-type que représente l'allocation familiale. Il a pu établir que, pour 1950, l'allocation pour le premier enfant variait entre 3,3 pour cent et 11 pour cent de ce salaire. Si l'on ajoute l'allocation accordée à la mère qui reste au foyer, les montants versés au titre de trois systèmes qui accordent à la mère une telle allocation s'établissaient, pour une famille de quatre enfants, aux pourcentages des salaires normaux indiqués au tableau II.

TABLEAU II. — EXEMPLES D'ALLOCATIONS FAMILIALES PROGRESSIVES
EN POURCENTAGE DES SALAIRES

Enfant pris en considération	Belgique	Pologne	France
Premier enfant	11,7	20,7	15,5
Deuxième »	10,3	13,9	31,0
Troisième »	13,5	16,1	31,0
Quatrième »	16,1	16,1	23,3
Total	51,6	66,8	100,8

Ces allocations, qui sont exceptionnellement élevées, constituent sans doute un encouragement sérieux pour les parents qui désirent des enfants.

Pour fixer une norme minimum de prestations aux familles, la Conférence internationale du Travail a dû résoudre un problème délicat. Elle a dû prendre tout particulièrement en considération la faible capacité économique des pays sous-développés, qui sont carac-

térisés par un taux élevé de natalité et par une forte proportion d'analphabètes. Pour de tels pays, un système d'application générale ne peut pas entrer en ligne de compte et un système d'assurance ne peut guère être appliqué en dehors des zones urbaines. Dans de telles conditions, la Conférence a estimé que des prestations en nature telles que des aliments et un logement pourraient être aussi adéquates dans certains pays que des allocations familiales, et que la manière la plus équitable de formuler une norme minimum consistait à fixer la part minimum des dépenses nationales qui devrait être consacrée aux prestations aux familles, que ce soit en nature ou en espèces. La Conférence se rallia à un minimum de 3 pour cent du salaire d'un manœuvre par enfant pour les pays dans lesquels le système d'allocations s'applique à la moitié ou moins de la population active, et de 1,5 pour cent de ce même salaire lorsque le système s'étend à l'ensemble de la population.

Questionnaire

1. *Classez les éventualités qui sont couvertes par les systèmes de sécurité sociale selon que leurs effets sont :*

- a) *temporaires ;*
- b) *permanents ;*

et selon qu'ils entraînent :

- a) *une réduction du revenu ;*
- b) *un accroissement des dépenses.*

2. *Donnez des exemples de cas dans lesquels une éventualité peut survenir alors qu'une prestation est déjà payée pour une autre éventualité.*

3. *Estimez-vous que les prestations de sécurité sociale devraient viser à assurer un niveau de vie comparable à celui dont le bénéficiaire jouissait jusqu'alors ou qu'elles devraient simplement garantir un minimum vital, en laissant au bénéficiaire le soin de prendre des dispositions personnelles en vue d'une protection supplémentaire ?*

4. *Estimez-vous que, dans les pays sous-développés, il est préférable d'affecter des fonds au paiement d'allocations familiales ou de les consacrer à des services qui fournissent des aliments aux enfants ou des logements peu coûteux aux familles ?*

QUATRIÈME LEÇON

LES PRESTATIONS *(suite)*

SOINS MÉDICAUX, PRESTATIONS DE MALADIE ET DE MATERNITÉ

Du point de vue historique et du point de vue logique, on peut considérer l'assurance-maladie comme la première et la principale branche de l'assurance sociale. Sous sa forme la plus élémentaire, elle est facile à organiser dans toute localité où l'on peut grouper quelques centaines de personnes et disposer des services d'un médecin. Chaque individu connaît tôt ou tard la maladie et, à tous les âges, sa venue est redoutée. L'entretien de la santé pendant la jeunesse et l'âge adulte retarde l'attaque de la maladie, les symptômes de la vieillesse et la mort elle-même. D'autre part, une personne qui tombe malade est soumise à une double menace de chômage, tout d'abord, parce qu'elle est mise dans l'impossibilité de poursuivre son travail et, par la suite, parce qu'elle aura perdu l'emploi qu'elle occupait.

Le régime classique d'assurance-maladie fournit des prestations médicales (y compris des prestations d'obstétrique) aux assurés et aux personnes à leur charge, en concluant des contrats avec des médecins du secteur privé et des hôpitaux subventionnés par l'Etat; il verse des indemnités en espèces aux assurés pendant la durée de la maladie et du congé de maternité et une prestation pour frais funéraires lors du décès de l'assuré ou (cette disposition est cependant exceptionnelle) lors du décès d'une personne à sa charge. Toutefois, en U.R.S.S. et dans les pays de démocratie populaire, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni et au Chili, les soins médicaux sont fournis par l'administration de la santé publique, qui agit en liaison avec un système d'assurance ou d'assistance sociale fournissant les prestations en espèces.

Prestations médicales

On ne peut parler des prestations médicales sans décrire en même temps l'organisation des soins médicaux. En effet, les plus délicats et les plus embarrassants de tous les problèmes que pose la sécurité sociale sont, sans aucun doute, ceux que soulève l'organisation des

soins médicaux. Il s'agit essentiellement de problèmes liés à la nature humaine; c'est dire qu'ils ne sauraient comporter de solution définitive. La difficulté fondamentale est une question de financement, mais elle est compliquée par l'individualisme traditionnel de la profession médicale, du moins dans le monde occidental. Il existe toujours une tension entre les représentants de la population assurée et ceux du corps médical. Néanmoins, on finit toujours par trouver un compromis, et les aménagements apportés peu à peu ont permis d'avancer graduellement vers l'établissement d'une politique plus rationnelle dans ce domaine.

La prestation médicale est accordée lorsque le besoin s'en fait sentir, c'est-à-dire lorsque la personne protégée est malade. La médecine préventive est, en règle générale, du ressort des services de la santé publique, mais ceux-ci peuvent, par arrangements spéciaux, faire appliquer par les services de soins médicaux les mesures d'immunisation nécessaires; d'autre part, tous les médecins sont tenus de signaler aux autorités certaines maladies infectieuses.

A quelques exceptions près, tous les régimes d'assurance médicale exigent de l'assuré demandant une prestation médicale qu'il ait versé un certain nombre de cotisations pendant l'année, ou pendant une période de plus courte durée, avant le commencement du traitement. Diverses formules servent au calcul de la période de stage. Citons, par exemple : 60 heures d'emploi au cours des trois derniers mois; un mois de cotisation au cours des quatre derniers mois; six mois de cotisation au cours des douze derniers mois.

Il ne semble pas que la longueur des périodes de stage repose sur des raisons de principe bien définies, mais, partout, l'intention est manifeste de rendre les prestations médicales, qui jouent un rôle important dans le maintien de la santé publique, facilement accessibles à l'assuré et aux personnes à sa charge. Devant cette variété, la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale ne pouvait faire autrement que d'approuver tout « stage pouvant être considéré comme nécessaire pour éviter les abus ».

Bien entendu, les services publics de soins médicaux ne peuvent imposer de stage aux bénéficiaires. Quelques régimes d'assurance médicale dispensent également leurs bénéficiaires de ce stage et accordent leurs prestations à toute personne occupant un emploi assujéti à l'assurance au moment où la maladie est diagnostiquée. Cependant, comme une interprétation stricte de cette dernière disposition empêcherait l'assuré de réclamer le versement d'une prestation dans les cas où la maladie serait survenue immédiatement après la cessation de l'emploi, une « période d'assurance gratuite » est prévue dans

ces régimes. Ainsi, toute personne ayant occupé un emploi soumis à l'assurance pendant vingt-six semaines au cours des douze mois précédant la cessation de son emploi, est considérée comme étant encore employée pendant les trois premières semaines de chômage et a donc droit aux prestations médicales, ainsi qu'aux indemnités de maladie, pour toute maladie commençant pendant cette période de trois semaines.

Tant que le médecin jouait un rôle surtout psychologique, la guérison étant opérée le plus souvent par la nature, la prestation en espèces revêtait au moins autant d'importance que la prestation médicale proprement dite. Mais l'importance de cette dernière a considérablement augmenté, au cours de ces trente dernières années, notamment, à mesure que des médicaments plus efficaces étaient découverts et mis à la disposition des médecins. De la sorte, l'assurance médicale est devenue essentiellement un moyen de fournir des soins médicaux aux assurés, la prestation en espèces ne jouant plus qu'un rôle auxiliaire.

Le service médical idéal, à la création duquel doivent tendre tous les pays Membres de l'O.I.T., a été décrit en détail dans la recommandation concernant les soins médicaux, adoptée en 1944. Mais, au cours des huit années qui se sont écoulées entre l'adoption de cette recommandation et celle de la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale, un tout petit nombre de pays seulement ont réussi à s'approcher de cet idéal; aussi la convention, qui a été conçue en fonction surtout de la capacité économique des pays pauvres, énonce-t-elle des normes plus simples et moins élevées que celles de la recommandation. La plupart des pays qui ont institué des régimes d'assurance-maladie ont atteint les normes de la convention en ce qui concerne les prestations elles-mêmes, mais les régimes d'un grand nombre de pays non européens ne protègent pas une partie suffisamment importante de la population.

Les services de soins médicaux assurent, bien que les conditions de libéralité, de spécialisation et de commodité varient sensiblement d'un régime à un autre, les prestations suivantes :

- a) soins de médecine générale, y compris les visites à domicile;
- b) moyens de diagnostic des maladies;
- c) soins spécialisés et chirurgicaux;
- d) fourniture de produits pharmaceutiques;
- e) soins d'obstétrique, donnés par une sage-femme ou un médecin;
- f) soins et entretien dans un hôpital;
- g) soins dentaires.

Diverses autres prestations s'ajoutent parfois aux précédentes : physiothérapie; prothèse dentaire; membres artificiels; soins de convalescence; soins d'infirmier à domicile; service d'ambulance.

Si le service de soins médicaux est assez complet, il est coûteux. Bien qu'il y ait évidemment des limites aux soins qu'un patient peut demander aux médecins et aux médicaments qu'il peut utiliser, ces limites laissent néanmoins place à d'énormes gaspillages. Chaque service de soins médicaux doit donc rechercher le fonctionnement le plus économique possible, c'est-à-dire celui qui assure le maximum d'efficacité pour une dépense donnée. Il faut, pour interpréter correctement cette notion d'économie des services médicaux, rechercher le critère permettant de calculer cette dépense. Il est impossible ici de se lancer dans l'analyse économique, forcément théorique et schématique, susceptible de fournir le résultat recherché. Quoi qu'il en soit, il est très probable qu'à l'accroissement de la dépense correspondra une efficacité de plus en plus grande jusqu'à un certain point, cette efficacité relative diminuant ensuite. Peut-être, pouvons-nous affirmer que l'« économie maximum », dans notre propos, consiste à réduire au minimum la fréquence et la durée de l'incapacité par une politique sanitaire tendant à prévenir les maladies et à prolonger la vie active. Aucune comparaison objective et systématique n'a encore été faite quant au caractère plus ou moins économique des différents services de soins médicaux, mais des comparaisons de ce genre ont été établies entre différentes méthodes de traitement, et il y aurait sûrement intérêt à étendre le champ de telles investigations. Pour le moment, nous devons nous contenter de conjectures plus ou moins bien fondées sur l'efficacité, par rapport au coût, de différentes méthodes d'organisation des services de soins médicaux.

Le médecin est ordinairement agacé par les aspects purement budgétaires de ce problème, et il considère l'efficacité comme relevant de son domaine propre. L'efficacité du traitement dépend évidemment de plusieurs conditions : sans doute, il faut que le médecin soit disposé à faire son devoir, mais il faut aussi que le patient lui-même se prête à la guérison, et que les circonstances extérieures y contribuent. Le premier élément indispensable est donc un praticien habile et consciencieux, en qui le malade ait pleine confiance. L'habileté et la conscience sont le fruit de plusieurs facteurs : éducation et développement des aptitudes innées, sens des responsabilités sociales, inculqué à l'étudiant en médecine, et paiement d'une rémunération que la majorité des médecins n'estimerait pas inéquitable (on ne peut exiger plus de la nature humaine). D'autre part, la médecine, comme toutes

les autres techniques scientifiques d'aujourd'hui, est en évolution constante, et le médecin doit avoir la possibilité de se tenir au courant de ses progrès. Il faut, pour cela, que sa rémunération lui permette de disposer du temps nécessaire et qu'il existe des moyens de poursuivre des études après l'obtention du diplôme.

Les conditions nécessaires à la création d'un climat de confiance ne sont pas aussi faciles à énoncer. Dans quelques pays, les malades, comme les médecins, attachent un grand prix au respect rigoureux du secret exigé par le serment d'Hippocrate; cette exigence du secret professionnel ne semble pas devoir créer trop de difficultés administratives pourvu que le diagnostic soit communiqué au contrôle médical de la caisse-maladie. D'autre part, on considère généralement, surtout dans les pays où les travailleurs ont l'habitude de s'adresser aux médecins ayant une clientèle privée, que les malades ne peuvent avoir confiance dans leur médecin que lorsqu'ils peuvent le choisir et, s'ils en sont mécontents, s'adresser à un autre. Cependant, il est rare que les patients désirent choisir leur propre médecin spécialiste ou leur propre chirurgien, dont ils sont généralement incapables d'apprécier les mérites. Dans les pays où la grande masse des assurés n'a jamais eu les moyens de faire appel à un praticien, ce désir de choisir son propre médecin ne se manifeste guère. Mais cette question du libre choix revêt un autre aspect; certains estiment que le libre choix du médecin permet le jeu normal de la concurrence au sein du corps médical, les médecins les plus prisés voyant alors grossir leur clientèle. Dans ce domaine toutefois, la concurrence n'est pas toujours salubre, car le malade, trop souvent, donnera sa préférence au médecin complaisant plutôt qu'au praticien consciencieux.

L'efficacité du traitement dépend non seulement de facteurs d'ordre personnel, mais aussi des moyens matériels dont dispose le médecin : il est impossible d'ordonner un traitement convenable — fût-ce tout simplement du repos — sans un diagnostic précis, et un médecin consciencieux voudra tirer tout le parti possible des techniques complexes de diagnostic qui existent aujourd'hui. Le docteur doit ensuite choisir le traitement à recommander et décider s'il enverra son malade chez un spécialiste ou dans un hôpital. Sa décision, s'il veut tenir pleinement compte des considérations d'ordre économique, est certes délicate. Les fabricants de produits pharmaceutiques offrent à son attention toute une gamme de spécialités nouvelles et souvent onéreuses : comment faire un choix judicieux parmi cette variété de médicaments ? Décidera-t-il d'ordonner au malade un arrêt du travail, de prescrire un traitement physiothérapique, d'envoyer le patient chez un spécialiste ou dans un hôpital ou de s'en occuper lui-même ?

Toutes ces décisions ont des incidences considérables sur les finances de la caisse d'assurance-maladie.

Or ces caisses sont généralement gérées par des personnes étrangères à la profession médicale, qui envisagent le problème de l'économie d'un point de vue tout à fait différent. Elles risquent fort d'être obnubilées par le souci d'éviter les dépenses et elles seront enclines à douter de l'efficacité de médicaments qui, coûteux à court terme, peuvent se révéler économiques à longue échéance. En outre, elles s'efforceront d'épargner le temps du médecin en l'installant dans un centre médical ou une polyclinique. Les caisses disposent d'un service de contrôle médical pour surveiller minutieusement les traitements ordonnés par le médecin et exiger qu'il les justifie. Ce contrôle gêne, dans une certaine mesure, le praticien dans l'exercice de son jugement professionnel et risque, s'il n'est pas effectué avec infiniment de tact, de heurter son amour-propre au point de porter atteinte à la valeur de son travail.

Ce principe de l'économie intéresse donc toutes les phases de l'organisation des services médicaux, depuis la formation des étudiants en médecine jusqu'au choix et à l'exécution du traitement, mais il sera appliqué d'une manière différente selon le type d'organisation du service.

Dans les grandes lignes, les services de soins médicaux peuvent remplir leur rôle suivant trois méthodes :

- a) en remboursant une partie des frais médicaux payés par l'assuré;
- b) en faisant directement donner les soins par un personnel salarié, employé dans des établissements gérés par le service de soins médicaux;
- c) en payant directement aux médecins et autres intéressés les frais médicaux.

Dans chaque système, l'une de ces trois méthodes prédomine en ce qui concerne les soins de médecine générale, mais les autres méthodes sont souvent utilisées simultanément, dans une certaine mesure, pour les autres types de soins.

La méthode du remboursement partiel, qui est couramment pratiquée, en matière d'assurance-maladie, par les compagnies d'assurance privées, n'est appliquée par les régimes d'assurance sociale que dans un très petit nombre de pays. En principe, la caisse d'assurance n'intervient pas du tout dans les arrangements que le malade conclut avec son médecin, son pharmacien ou l'hôpital qu'il a choisi. Mais elle doit évidemment maintenir ses dépenses dans certaines

limites. C'est pourquoi elle dresse, si possible d'accord avec l'ordre des médecins, un barème d'honoraires pour chaque type de service que peut rendre un praticien, et rembourse à l'assuré une partie importante (75 à 80 pour cent) de ces honoraires. Le médecin, sachant que son malade sera ainsi remboursé, peut être enclin à majorer ses honoraires, compte tenu de la situation de fortune de son client; mais les malades habitant dans des quartiers où les praticiens sont suffisamment nombreux réussissent souvent à se défendre contre cette tendance. La méthode du remboursement ne porte aucune atteinte aux rapports traditionnels entre médecin et malade, mais elle exclut toute possibilité d'organiser rationnellement les services de soins médicaux. C'est, d'autre part, une méthode peu favorable aux malades de faibles ressources, qui, non seulement doivent avancer le montant de la note, mais doivent également en prendre à leur charge une partie non négligeable. Toutefois, la caisse allège parfois ces difficultés en remboursant la totalité des frais entraînés par certaines maladies de longue durée.

La deuxième méthode se situe exactement à l'opposé de la première. Toutes les catégories nécessaires de personnel médical sont employées, souvent à temps partiel, et contre une rémunération fixe, comme des fonctionnaires, par la caisse d'assurance ou le service de la santé publique, qui est propriétaire des polycliniques où elles travaillent. Ce personnel est recruté, du moins en théorie, sur la base de ses qualifications, et chaque polyclinique possède un ensemble plus ou moins complet, selon son importance, de spécialistes, d'assistants et de pharmaciens; les hôpitaux ont eux aussi un personnel plus ou moins nombreux et spécialisé. Le personnel de la polyclinique travaille en équipes; dès que le diagnostic est établi, le malade est confié au spécialiste compétent. Les assurés habitant loin d'une polyclinique sont desservis par des dispensaires itinérants ou par de petits postes de premiers secours et sont transportés à l'hôpital le plus proche si leur état l'exige. Le médecin-chef surveille les méthodes de traitement, et une pharmacopée spéciale, établie dans un esprit d'économie, est utilisée. Cette organisation extrêmement rationnelle n'autorise guère le libre choix du médecin ou la continuité du traitement par la même personne, mais elle permet de maintenir d'excellents dossiers médicaux pour chaque patient. D'autre part, l'impressionnant équipement de la polyclinique et l'hygiène méticuleuse de la salle de consultation, qui remplace avantageusement le cabinet souvent peu engageant du médecin privé, peuvent mettre le malade en confiance. Les systèmes d'assurance sociale en Amérique latine et les services médicaux d'Etat du Chili, de l'U.R.S.S. et des démocraties populaires utilisent exclusivement cette méthode, dont les inconvénients inhérents sont la bureau-

cratie, qui étouffe le sentiment de responsabilité personnelle, et la disparition de cet élément impondérable mais réel qui réside dans le contact personnel entre le malade et son médecin.

La troisième méthode est en quelque sorte un moyen terme entre la première et la deuxième; peut-être est-elle appelée à servir de transition vers la deuxième méthode. La caisse d'assurance paie directement le médecin, le pharmacien ou l'hôpital, le patient n'ayant généralement rien à verser. La caisse recherche l'économie non pas en fixant une limite au paiement, mais en tâchant d'éviter les méthodes dispendieuses de traitement; pour cela, elle conclut avec le corps médical et les établissements intéressés des arrangements collectifs détaillés qui interdisent, par exemple, au médecin de prescrire des spécialités pharmaceutiques pouvant être remplacées par des médicaments facilement composés; d'autre part, les méthodes coûteuses de diagnostic et de traitement peuvent être soumises à l'approbation préalable du contrôle médical de l'institution, qui peut pénaliser les médecins ordonnant des traitements inutilement onéreux ou accordant avec trop de libéralité des certificats d'incapacité de travail. Cette méthode laisse dans une certaine mesure au patient le libre choix du médecin et, en général, les restrictions auxquelles est soumis celui-ci ne sont pas de nature à le gêner outre mesure. Elles sont du même ordre que celles qu'il s'imposerait lui-même en soignant, à titre privé, un client de modestes ressources.

Selon cette troisième méthode, la rémunération des médecins peut s'effectuer de deux manières différentes, suivant le système du paiement par acte médical ou le système de la rémunération par malade inscrit.

Le premier système se rapproche de celui qui est pratiqué ordinairement entre les médecins et leur clientèle privée. La caisse établit, d'accord avec l'ordre des médecins, une liste de tous les services rendus par les praticiens et fixe des honoraires appropriés pour chaque service. L'avantage de ce système réside dans le fait que le médecin est rémunéré suivant le volume et l'importance de son travail; son principal inconvénient est évidemment que le médecin peut être enclin à se montrer prodigue de soins et d'attention¹. Comme dans la méthode du remboursement des frais, l'assuré peut changer de docteur à tout moment, de sorte qu'on ne peut pas dire que cette méthode encourage l'établissement d'un lien permanent entre médecin et malade.

¹ On peut cependant supprimer cet inconvénient en attribuant à l'association des médecins une partie des recettes provenant des cotisations d'assurance et en laissant à cette association le soin de la répartir selon ses propres critères d'équité.

Le système de la rémunération au prorata des malades inscrits est plus simple : le médecin reçoit un montant annuel forfaitaire, fixé d'accord avec le corps médical, pour chaque assuré qui l'a officiellement choisi. Les assurés ne peuvent changer de médecin qu'à certains intervalles ou en remplissant certaines formalités. Le praticien a évidemment intérêt à maintenir préventivement ses clients en bonne santé et à ne leur accorder que les soins et le temps dont ils ont réellement besoin. En contrepartie, il risque d'être enclin à adresser un peu trop facilement ses malades à un spécialiste ou à un hôpital et à se décharger ainsi de ses responsabilités. Il va sans dire que les médecins spécialistes ne sont jamais rémunérés sur cette base, mais reçoivent, soit un traitement mensuel fixe, soit des honoraires pour chaque acte médical accompli.

En règle générale, tous les soins fournis dans le cadre de régimes d'assurance appliquant la deuxième ou la troisième méthode sont gratuits. Néanmoins, certains régimes font payer à l'assuré une somme minime lors de la première consultation ou une participation modique au coût d'une ordonnance ou d'un dentier, par exemple. Ces participations financières, qui rappellent aux assurés l'importance de l'économie, paraissent justifiées dans les pays où le niveau de vie de la population assurée est relativement élevé. Cependant, un assez grand nombre de régimes appliquant la troisième méthode obligent l'assuré à prendre à son compte une partie considérable du coût des soins donnés aux personnes à sa charge; cette formule ne peut évidemment se justifier que par l'insuffisance des ressources de la caisse d'assurance.

La plupart des régimes d'assurance médicale imposent une limite à la durée des soins médicaux. Aux termes de la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale, le service des prestations peut être arrêté après vingt-six semaines. Ces limites de durée sont encore couramment appliquées pour les soins hospitaliers. Lorsque les soins ne sont pas donnés dans un hôpital, la limite tend à être moins rigide: le traitement est poursuivi aussi longtemps que le malade continue à travailler dans un emploi assujéti à l'assurance ou à recevoir une prestation de maladie. D'autre part, les services publics de soins médicaux soignent leurs malades sans aucune limite de temps jusqu'à ce qu'ils soient guéris ou que l'infirmité dont ils souffrent soit déclarée permanente.

Pour conclure ce trop bref aperçu des divers moyens par lesquels les régimes de sécurité sociale fournissent les soins médicaux aux assurés, revenons encore une fois à la recommandation de 1944 sur les soins médicaux. Ce texte extrêmement détaillé envisage toute

une série de méthodes correspondant aux étapes successives de développement des services de soins médicaux, mais il pose sans aucun doute comme objectif final la création de services médicaux publics destinés à l'ensemble de la population. Ces services devraient, de préférence, être dotés d'un personnel à traitement fixe et être organisés suivant la deuxième méthode que nous avons décrite, à l'exception de deux éléments : choix du médecin dans certaines limites et institution du médecin de famille, qui sont empruntés à la troisième méthode. Il est intéressant de noter à ce sujet que le Chili qui, depuis quelque trente ans, applique assez rigidement la seconde méthode, vient récemment d'autoriser, dans une certaine mesure, le libre choix du médecin.

Indemnité de maladie

On peut définir l'éventualité qui ouvre droit au paiement d'une indemnité de maladie comme la suspension du gain due à une maladie ou une lésion dont le traitement nécessite l'arrêt du travail. Lorsqu'il certifie que le malade doit cesser de travailler, le médecin doit naturellement considérer l'état du malade en relation avec son occupation : en effet, une affection rendant un mineur incapable de travailler peut fort bien ne pas gêner dans son travail un employé de bureau. L'hypothèse générale est que le traitement de la maladie sera de durée limitée et que le patient pourra, tôt ou tard, reprendre son activité propre, mais dans certains cas, le médecin peut acquérir la conviction, dès le début, qu'il ne recouvrera jamais entièrement la santé ou même que la maladie entraînera son décès. Ces cas rentrent, eux aussi, dans la définition de la maladie, l'indemnité de maladie devant alors être suivie d'une prestation d'invalidité ou de survivants.

Le droit à l'indemnité de maladie, dans presque tous les régimes, est subordonné à l'accomplissement d'une période de stage; le plus souvent, cette période est la même que celle qui est imposée pour l'ouverture du droit aux prestations médicales ; dans certains régimes, toutefois, la période de stage est en l'occurrence plus longue, sans cependant dépasser six mois de cotisation au cours des douze mois précédant le commencement de la maladie. La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale ne fait pas de distinction à cet égard entre les deux prestations.

La plupart des régimes d'assurance ne versent aucune indemnité si l'incapacité de travail ne dure que quelques jours. Le délai de carence est généralement de trois jours; c'est d'ailleurs la durée prévue dans la convention. Ces délais de carence sont institués naturellement par souci d'économie. Les brèves indispositions forment à peu près

la moitié de tous les cas de maladie, et chaque personne en est victime en moyenne une fois par an. Comme les opérations administratives entraînées par l'examen d'une demande de prestation sont indépendantes de la durée de la maladie, leur coût par rapport au montant de la prestation est extrêmement élevé lorsque la durée du paiement de l'indemnité est très courte. En outre, il est impossible, dans ces cas, de vérifier s'il y a effectivement incapacité de travail, et les abus peuvent alors être fréquents.

L'assuré ne risque pas de souffrir outre mesure si, par exemple, il se trouve une fois par an dans l'impossibilité de gagner son salaire pendant quelques jours; mais il en va autrement s'il est victime, à plusieurs reprises, d'une incapacité de travail de courte durée. Les régimes les plus libéraux prémunissent les assurés contre cette éventualité : le délai de carence sera par exemple supprimé lorsque la même maladie frappera de nouveau l'assuré dans un délai de douze mois, ou encore si, au cours des treize semaines précédant la maladie en question, l'assuré a perdu au moins douze jours de salaire pour cause d'indisposition ou de chômage.

Le calcul du taux de l'indemnité peut être effectué de trois manières différentes; ce peut être :

- a) un certain pourcentage du salaire antérieur;
- b) ce pourcentage, accompagné des allocations familiales ordinaires ou de suppléments spéciaux pour les personnes à charge;
- c) une indemnité de base uniforme, augmentée des allocations familiales ordinaires ou de suppléments spéciaux pour les personnes à charge.

Le salaire pris pour base de calcul des formules a) et b) est généralement le salaire le plus récent, par exemple le salaire moyen des trois mois qui ont précédé le commencement de la maladie. Il est toujours prévu un salaire de base maximum pour le calcul de l'indemnité et, en règle générale, le même plafond s'applique au salaire qui sert de base au calcul de la cotisation. Il s'ensuit que le rapport entre la prestation et le salaire effectif est réduit dans la mesure où celui-ci dépasse le plafond prescrit. Si le niveau des salaires augmente, comme c'est assez souvent le cas dans la période actuelle, le plafond doit subir de fréquents ajustements.

L'indemnité accordée par les régimes appliquant la formule c) n'est pas « accrochée » à un salaire particulier, mais, en fait, elle est calculée de manière à représenter une certaine fraction du salaire du manœuvre. Elle doit donc, elle aussi, être rajustée lorsque le niveau des salaires nominaux augmente.

La formule *a)* est aujourd'hui rarement appliquée en Europe, où la plupart des pays accompagnent l'indemnité de maladie d'allocations familiales ou de suppléments spéciaux pour les personnes à charge, mais elle est par contre très répandue en Amérique latine. Dans ce cas, le montant de l'indemnité varie de 50 à 75, voire 90 pour cent du salaire de base.

Les pourcentages varient de manière analogue dans les systèmes, surtout européens, où la formule *b)* est appliquée. Etant donné que les allocations familiales sont toujours indépendantes du salaire, l'addition de ces allocations à l'indemnité se traduit, pour les travailleurs gagnant de petits salaires, par une prestation beaucoup plus importante, comparativement à leurs gains précédents, que pour les travailleurs à salaire élevé.

Les quelques régimes qui appliquent la formule *c)* se rencontrent dans les pays où les différences de salaires entre travailleurs qualifiés et non qualifiés sont relativement faibles, et où le niveau de vie des manœuvres est bien supérieur au niveau de subsistance. On peut ranger parmi eux le régime d'assurance sociale applicable au Royaume-Uni et les régimes d'assistance sociale de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande.

Le problème de la fixation du taux de l'indemnité de maladie montre combien il est difficile d'établir un barème de prestations équitable et rationnel, alors qu'on ne peut avoir l'expérience de ce que seraient le comportement et la situation des bénéficiaires si d'autres formules étaient appliquées. A cet égard, on pourrait tirer de précieux renseignements de statistiques sérieuses faisant ressortir la relation entre le taux de morbidité et le taux d'indemnisation. Mais l'expérience d'un régime donné ne permet guère de disposer de telles informations. C'est précisément la raison pour laquelle la Conférence internationale du Travail a recommandé, en 1944, la normalisation des statistiques de la sécurité sociale; mais peu de progrès ont jusqu'ici été accomplis dans ce domaine hautement technique. Néanmoins, il est possible, par le simple bon sens, en s'appuyant sur le principe d'économie défini plus haut, de trouver la voie de la solution.

La formule *a)* n'est évidemment pas, quel que soit le taux de l'indemnité, la façon la plus rationnelle d'utiliser les ressources du système. Le paiement d'une indemnité ne tenant aucun compte de l'importance de la famille du bénéficiaire ne se justifie que : 1) si l'on considère comme un droit équitable le versement d'une indemnité égale pour des cotisations égales, attitude qui suppose que la cotisation de l'employeur ne pourra pas servir à adapter les prestations à la situation variable des familles des bénéficiaires; 2) s'il se révèle difficile,

comme c'est le cas dans certains pays, de vérifier la composition exacte de la famille. Les formules *b)* et *c)*, par contre, tiennent compte des besoins de la famille de l'assuré.

La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale établit les barèmes de prestations selon le pourcentage du gain antérieur de l'assuré (salaire, plus allocations familiales) qui est versé dans le cas du bénéficiaire-type ayant une femme et deux enfants à sa charge. Elle donne donc sa préférence aux formules *b)* et *c)*, mais les conditions qu'elle pose sont satisfaites si l'indemnité n'atteint que 45 pour cent du revenu antérieur. Une telle proportion sera, certes, très faible pour la grande majorité des salariés, mais elle s'explique par deux sortes de raisons. Tout d'abord, il ne faut pas oublier que la convention fixe des normes minima, qui peuvent être appliquées par les pays les plus pauvres. En deuxième lieu, le chiffre de 45 pour cent concerne, dans les régimes appliquant les formules *a)* ou *b)*, le salaire du travailleur qualifié; il ne s'ensuit pas qu'un pourcentage aussi bas doive être appliqué aux catégories inférieures de travailleurs; pour les régimes appliquant la formule *c)*, ce chiffre se rapporte, il est vrai, au salaire du manœuvre, mais ces régimes ne se rencontrent en fait que dans des pays où l'épargne privée est possible et courante. Néanmoins, on aurait tort de s'imaginer qu'une prestation égale à 45 pour cent du gain antérieur du travailleur suffit à lui permettre d'entretenir une femme et deux enfants. Dans la pratique, la quasi-totalité des régimes en vigueur versent un pourcentage plus élevé aux travailleurs dont le salaire est inférieur à celui des travailleurs qualifiés; le régime indien d'assurance sociale, par exemple, a adopté le chiffre de 58 pour cent.

Il est indiscutable que l'indemnité doit être inférieure au gain de l'assuré en activité normale, puisqu'il n'a plus à payer de cotisation d'assurance ni à déboursier le prix de ses transports et de ses repas hors de son domicile, dont le total peut se monter à 10 pour cent de son salaire ou même davantage. Une fois ces éléments admis, cependant, les points à prendre en considération dans la fixation du taux de l'indemnité sont contradictoires. D'un côté, en effet, il faut tenir compte de la pression que les malades peuvent exercer sur leur docteur pour qu'il les déclare inaptes au travail, même après leur retour à la santé. Il n'est pas interdit de penser que beaucoup de travailleurs exerçant des métiers pénibles ou ennuyeux aimeraient prolonger ainsi le temps durant lequel ils n'ont pas à reprendre leur travail; si l'indemnité était à peine inférieure à leur salaire, la tentation serait grande d'exagérer les symptômes de maladie. D'un autre côté, d'un point de vue idéal, l'indemnité de maladie devrait être égale au revenu net

antérieur de l'assuré, de façon que le malade ne soit pas obligé de réduire ses dépenses d'alimentation et ne se voie pas acculé à l'endettement.

Il est possible de concilier ces exigences contradictoires en utilisant une formule du type *b*). La prestation devrait suffire à assurer la subsistance du travailleur et des personnes à sa charge. Elle devrait également tenir compte du fait que le bénéficiaire doit satisfaire à certaines obligations économiques permanentes, telles que le loyer, qui varient suivant le niveau de son revenu, et qu'il ne peut réduire brusquement en cas de maladie; mais on ne saurait vouloir que la prestation s'adapte entièrement à ces divers changements de dépenses. On peut supposer que plus le salaire de l'assuré sera élevé, plus celui-ci aura la possibilité de constituer une épargne sur laquelle il pourra faire quelques prélèvements, en cas de maladie ou en toute autre circonstance difficile. Il semblerait par conséquent raisonnable que l'indemnité fût calculée comme un pourcentage du salaire d'autant plus faible que le salaire est plus élevé. Un tel échelonnement des prestations oblige, pratiquement, à grouper les assurés en catégories de salaires; il est rarement appliqué en matière d'assurance-maladie. Cet effet, toutefois, est obtenu automatiquement, comme nous l'avons noté, si les allocations familiales sont incluses dans le salaire et l'indemnité.

C'est dans les maladies brèves, dont la durée, tout en dépassant le délai de carence, n'est pas assez longue pour permettre une vérification soigneuse du diagnostic, que le risque de simulation ou d'exagération des symptômes de maladie est le plus grand. Ce risque est moindre dans les maladies vraiment sérieuses où, par conséquent, la nécessité de maintenir l'indemnité à un niveau peu élevé, à titre de sauvegarde, disparaît. Ce sont aussi les maladies de longue durée qui imposent aux malades les dépenses les plus difficiles à supporter. C'est pourquoi, lorsqu'une maladie a duré un mois ou deux, il devient possible — et souhaitable — de relever le taux de l'indemnité. Le régime d'assurance-maladie qui était en vigueur en Tchécoslovaquie appliquait toute cette gamme ingénieuse d'aménagements de l'indemnité : addition d'allocations familiales, taux variant à l'inverse du salaire, taux plus élevé en cas de longue maladie.

Dans la plupart des régimes, l'indemnité de maladie est réduite lorsque le malade est soigné dans un hôpital aux frais de la caisse d'assurance. Mais, bien entendu, les allocations familiales ne sont pas diminuées. Toutefois, en ce qui concerne le montant de l'indemnité de base et la qualité des bénéficiaires, les formules suivies par les différents régimes présentent une étonnante diversité; ainsi, par

exemple, certains régimes ne versent rien au malades, mais versent la moitié de l'indemnité, le cas échéant, aux personnes à sa charge, tandis que d'autres paient la moitié de l'indemnité au malade et l'autre moitié aux personnes à sa charge. La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale pose à ce sujet une règle précise et rationnelle : seul le coût de l'entretien du malade (et non celui de son traitement) peut être déduit de l'indemnité de maladie.

La maladie, du point de vue des institutions de sécurité sociale, est un état temporaire qui se termine, soit par la guérison, soit par une incapacité permanente, soit par la mort. La principale raison pour laquelle les régimes d'assurance sociale — mais ce n'est pas le cas des régimes d'assistance sociale — fixent une limite à la durée du versement de l'indemnité de maladie est que lorsque l'indemnité est versée par la caisse traditionnelle, locale ou professionnelle, d'assurance-maladie, le système financier de cette caisse est incapable de supporter la charge représentée par des prestations de durée indéfinie et s'accumulant d'année en année. En outre, on estime généralement, sans cependant toujours le dire explicitement, que la somme des prestations qu'un assuré peut retirer des ressources communes de la caisse devrait être limitée à un certain plafond. La fixation d'un tel plafond n'est d'ailleurs pas, à vrai dire, une catastrophe pour l'assuré, puisqu'il peut obtenir une pension d'invalidité, s'il est encore inapte au travail au moment où son droit à une prestation de maladie est épuisé. Ces pensions sont moins élevées que les indemnités de maladie, mais elles sont versées indéfiniment par des institutions financées expressément à cet effet. C'est cette solution qui a toujours été traditionnellement suivie et qui continue à l'être dans la grande majorité des pays, même ceux où les diverses caisses d'assurance-maladie sont centralisées.

Il y a un demi-siècle, le système d'assurance-maladie inauguré en Allemagne limitait à treize semaines par maladie la durée maximum de la prestation. Puis la durée courante de l'indemnisation a été, pendant de nombreuses années, de vingt-six semaines (quelques régimes formulent cette règle de façon un peu restrictive sous la forme « vingt-six semaines pendant toute période de cinquante-deux semaines »). C'était là une solution d'attente commode, puisque les maladies qui durent aussi longtemps seront assez probablement permanentes; c'est aussi le chiffre accepté par la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale. Mais à mesure que les progrès de la médecine ont permis d'espérer la guérison de maladies jusque-là considérées comme incurables, les institutions d'assurance ont commencé à prendre une attitude plus constructive et, l'une après

l'autre, ont introduit une disposition permettant de prolonger les soins médicaux et le versement de l'indemnité de maladie au-delà de vingt-six semaines, lorsque existe une chance de guérison ou d'amélioration. Cette tendance prévaut encore aujourd'hui, mais la plupart des régimes d'assurance limitent arbitrairement la prolongation du versement de la prestation à vingt-six semaines supplémentaires. Ce total d'une année est souvent insuffisant pour la guérison de la tuberculose et de certaines autres maladies; aussi les pays à l'avant-garde du progrès ont-ils reculé cette limite maximum de la durée de l'indemnisation à deux ou trois ans. Enfin, trois ou quatre régimes, dont les ressources sont solidement garanties par le Trésor public, ont complètement aboli cette limitation de la durée des prestations. Cette évolution offre un exemple frappant du passage de la doctrine de l'assurance sociale à celle de la sécurité sociale.

Presque tous les régimes d'assurance-maladie prévoient le paiement d'une prestation pour frais funéraires lors du décès d'une personne qui avait droit à une prestation de maladie. Cette prestation est le plus souvent égale à un mois de salaire de base, mais, dans quelques régimes, on fixe un montant forfaitaire assez peu élevé. Au Royaume-Uni, toute la population est assurée obligatoirement pour les frais funéraires.

Prestations de maternité

L'une des toutes premières conventions adoptées par la Conférence internationale du Travail a été la convention de 1919 sur la protection de la maternité. Cet instrument, qui a été révisé dans certains détails en 1952, avait pour objet :

- a) de permettre à une travailleuse d'interrompre son travail pendant les six semaines précédant la date prévue de son accouchement;
- b) de lui interdire de travailler pendant les six semaines suivant les couches;
- c) de lui assurer les soins gratuits d'un docteur ou d'une sage-femme diplômée;
- d) de lui verser, sur les fonds publics ou par le moyen d'un système d'assurance, une prestation en espèces suffisante pour son entretien et celui de son enfant dans de bonnes conditions d'hygiène pendant ces périodes d'absence;
- e) d'interdire son licenciement pendant ces périodes, ou pendant une période ultérieure de maladie résultant de la grossesse ou des couches;

f) enfin, de lui permettre d'allaiter son enfant deux fois par jour pendant les heures de travail.

La plupart des pays Membres de l'O.I.T. qui ont ratifié cette convention fournissent des prestations de maternité en espèces et en nature par un système d'assurance qui fait partie de leur système général d'assurance-maladie. D'autre part, le régime d'assurance-maladie d'un certain nombre de pays qui n'ont pas ratifié la convention prévoit le paiement de prestations de maternité. Enfin, plusieurs régimes d'assurance où les personnes à charge ne bénéficient pas, en règle générale, de prestations médicales fournissent des soins d'obstétrique aux femmes des assurés.

Les conditions de stage ouvrant droit à la prestation de maternité sont en général plus strictes que celles qui sont imposées pour le paiement des indemnités de maladie. Très souvent, la femme doit avoir été inscrite auprès de la caisse d'assurance au moins dix mois avant la date prévue pour son accouchement.

Le taux de l'indemnité de maternité est généralement le même que celui de l'indemnité de maladie; dans certains cas, cependant, il lui est supérieur, peut-être afin que soit respectée la disposition de la convention exigeant « une indemnité suffisante » pour l'entretien de la femme et celui de son enfant « dans de bonnes conditions d'hygiène ». Aux termes de la convention révisée sur la protection de la maternité, l'indemnité doit être égale aux deux tiers du gain antérieur, mais la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale, moins ambitieuse, se contente d'une proportion de 45 pour cent.

La grande majorité des pays ont jugé suffisant de prévoir le paiement des prestations, dans le cas de grossesse et de couches normales, pendant les douze semaines prescrites à la fois par la convention sur la protection de la maternité et par la convention sur la norme minimum de la sécurité sociale. Quelques régimes cependant versent l'indemnité pendant quatorze, dix-huit et même vingt semaines. En revanche, dans plusieurs pays de l'Amérique latine, la durée totale du versement des prestations de maternité est plus courte (sept, huit, neuf ou dix semaines). Il se peut qu'en ce qui concerne l'accouchement, on en soit resté, en Amérique latine, à des notions plus proches de la nature qu'en Europe par exemple. Mais quelle que soit la durée minimum du versement de la prestation de maternité, la femme encore malade lorsque ce versement prend fin a droit à une prestation de maladie.

En Europe comme en Amérique latine, il est fréquent qu'une indemnité d'allaitement soit payée aux mères allaitant leur enfant; l'indemnité s'élèvera par exemple à 20 pour cent du salaire de

la mère et sera versée pendant six mois. En outre, certains régimes d'assurance accordent à la naissance une petite prime servant à l'achat de layette. Quelques pays, comme la Tchécoslovaquie et la Hongrie, accordent une prestation supplémentaire d'un très grand intérêt sous forme d'une aide domestique pendant que la femme doit garder le lit.

Questionnaire

1. *Indiquer, parmi les méthodes de paiement de l'indemnité de maladie énumérées ci-après, celle que vous préférez, en donnant vos raisons :*

a) *le remboursement, jusqu'à un plafond donné, des frais médicaux supportés par le malade — lequel a le libre choix des services qu'il utilise ;*

b) *le traitement complet des malades par un personnel médical à traitement fixe employé par la caisse d'assurance.*

2. *Lorsque l'indemnité de maladie est importante, le malade est libéré de soucis d'ordre matériel et peut disposer d'une alimentation satisfaisante, mais il peut, d'un autre côté, être tenté de prolonger son congé de maladie. Comment aménageriez-vous le montant de la prestation de maladie en vue de concilier efficacité et économie ?*

3. *Pouvez-vous justifier la limitation de la durée des soins médicaux et du versement des prestations médicales à vingt-six semaines par exemple, même dans les cas où il est vraisemblable que la guérison du malade puisse être assurée par la prolongation de la prestation ?*

CINQUIÈME LEÇON

LES PRESTATIONS (*suite*)

PENSIONS

Le terme « pension » est le nom générique des prestations périodiques en espèces de longue durée, versées par les systèmes de sécurité sociale en cas d'invalidité, de vieillesse et de décès du soutien de famille. Ces trois éventualités ont un caractère commun : elles mettent toutes fin à la vie active de l'intéressé. Que la protection soit accordée par la méthode de l'assurance sociale ou par celle de l'assistance sociale, la logique exige que ces trois sortes de pensions soient coordonnées.

Un soutien de famille prévoyant désire pouvoir disposer de ses économies dans n'importe quelle circonstance qui risque de le priver, lui-même et les personnes à sa charge, de ses moyens d'existence. Il est donc fort heureux pour lui que l'assurance sociale, comme l'assurance privée, juge commode, du point de vue mathématique, de faire un seul groupe de la vieillesse et du décès, en couvrant ces deux éventualités en tant que termes d'une alternative : vie au-delà d'un âge donné ou décès antérieur à cet âge. Lors de l'élaboration de plans d'assurance sociale, l'invalidité est habituellement traitée comme s'il s'agissait d'une vieillesse prématurée et la pension d'invalidité sert de base au calcul des pensions de vieillesse et de survivants. Cependant, dans un petit nombre de régimes récents, on fait entrer les pensions d'invalidité dans le système de l'assurance-maladie, en partant du point de vue que l'invalidité est essentiellement une prolongation de la maladie.

Dans le cadre de l'assistance sociale, il ne peut évidemment pas être question de fonder le droit à pension sur l'épargne personnelle, et seule la politique officielle décide si un, deux ou les trois genres de pensions seront introduits. Les pensions de vieillesse viennent en premier lieu en raison du grand nombre de personnes dans la gêne qui y sont intéressées et de l'opprobre qu'une vieillesse indigente jette sur la collectivité, et aussi parce que l'administration en est relativement simple. Lorsqu'on y ajoute les pensions d'invalidité, les dispo-

sitions qui régissent ces dernières seront certainement conçues de façon à se fondre avec la réglementation concernant les pensions de vieillesse. De même, les pensions de veuvage seront harmonisées avec les pensions de vieillesse.

La convention sur la norme minimum de la sécurité sociale admet aussi bien l'assistance sociale que l'assurance sociale en tant que méthodes propres à donner effet aux normes qu'elle fixe. Bien que les trois éventualités soient traitées dans des chapitres distincts, les dispositions qui les concernent présentent une uniformité aussi grande que possible, afin de faciliter la ratification de cette convention par ceux des Etats Membres dans lesquels les trois formes de pensions relèvent d'un seul et même système.

En conséquence, après avoir défini séparément ces éventualités, nous pourrions analyser en une seule fois les règles fixées pour l'octroi et le calcul des trois genres de pensions.

Invalidité

L'invalidité est presque toujours liée à la maladie ou à la vieillesse, mais il existe bien entendu des cas d'infirmités congénitales. On pourrait décrire l'invalidité comme étant une maladie incurable, mais stabilisée, entraînant une incapacité permanente de travail et ayant par conséquent, pour l'assuré, des conséquences économiques analogues à celles d'une vieillesse avancée. Le plus souvent, l'invalidité résulte d'affections constitutionnelles liées aux dernières années de l'âge mûr, telles que les troubles cardiaques et circulatoires, et les rhumatismes. La maladie s'aggrave progressivement jusqu'au moment où le malade ne peut plus occuper régulièrement un emploi courant et où il devient, pratiquement, inemployable, même si, en théorie, il peut de temps à autre trouver un peu de travail facile rentrant dans ses possibilités. Dans certains systèmes, l'invalidité n'est pas couverte lorsqu'elle survient postérieurement à l'âge auquel on peut demander une pension de vieillesse.

En rapport avec cette condition, la loi allemande de 1900 donnait de l'« invalide » une définition qui a été reprise par la grande majorité des régimes d'invalidité plus récents, à cause du prestige dont jouissait la législation allemande et aussi parce que l'adoption de cette définition permettait de bénéficier de l'expérience acquise en Allemagne dans l'établissement des estimations actuarielles. Aux termes de cette définition, un assuré est considéré comme invalide s'il ne peut plus gagner, dans un emploi approprié à ses forces et à ses capacités qui pourrait raisonnablement lui être confié du fait de sa formation

et de son activité professionnelle antérieure, un tiers au moins de ce que gagne normalement une personne valide ayant une formation analogue. Il importe de noter que cette rédaction sauvegarde le statut du travailleur qualifié, qui ne pourra pas se voir refuser une pension pour le motif qu'il pourrait obtenir un salaire régulier dans un emploi non qualifié, ou même qu'il gagne effectivement un tel salaire. Toutefois, la plupart des personnes atteintes de graves affections constitutionnelles ne peuvent accomplir aucun travail régulier. D'autre part, on rencontre un nombre considérable de cas d'incapacités de travail qui résultent de mutilations plus ou moins graves, mais l'assurance-invalidité, contrairement à ce que fait l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, ne couvre pas les cas d'incapacité permanente inférieure au taux élevé qui vient d'être mentionné, sauf dans un très petit nombre de pays (au nombre desquels on compte maintenant la République fédérale d'Allemagne), qui reconnaissent trois degrés d'incapacité, à savoir : l'incapacité de reprendre l'activité antérieure; l'incapacité d'exercer une activité quelconque; l'état de dépendance qui exige une aide constante.

La définition classique de l'invalidité a été élaborée avant que l'assurance-chômage existe ou ait même été envisagée, et l'assurance-invalidité ne se reconnaît pas responsable du chômage de personnes atteintes d'invalidité partielle, lorsque ce chômage est dû à l'absence de demande dans la branche professionnelle intéressée ou à la pratique suivie par les employeurs en matière d'embauche. Afin de remédier à cette déficience, la Conférence internationale du Travail a proposé, dans la recommandation de 1944 sur la garantie des moyens d'existence, que la prestation d'invalidité soit liée à la situation de l'intéressé sur le marché de l'emploi : si le service de l'emploi ne peut pas offrir à une personne de capacité réduite un emploi régulier approprié à son état, cette personne sera considérée comme invalide ou, s'il semble qu'un cours de réadaptation physique et professionnelle peut la préparer à une activité où les possibilités d'emploi sont abondantes, elle recevra une indemnité d'entretien pendant la durée de cette formation.

L'expérience acquise en matière de réadaptation des victimes de la guerre, accompagnée d'une amélioration des méthodes employées, ainsi que la situation de plein emploi qui a prévalu après la deuxième guerre mondiale, ont donné un nouvel élan aux projets de réadaptation conçus après la première guerre mondiale. Au Royaume-Uni, par exemple, un programme correspondant à celui qu'avait recommandé la Conférence internationale du Travail a été inclus dans le plan Beveridge. Les projets des derniers pays qui se soient intéressés à l'assurance-invalidité, les Etats-Unis et la Suisse, accordent une

grande importance à la réadaptation. La prolongation de la durée maximum des prestations médicales et des indemnités de maladie, prolongation à laquelle nous avons fait allusion dans la leçon précédente, est une autre preuve du désir de favoriser la guérison la plus complète possible. D'autre part, quelques gouvernements ont assuré des possibilités d'emploi aux personnes atteintes d'invalidité partielle en exigeant des employeurs qu'ils réservent à ces personnes une certaine proportion des postes qu'ils peuvent offrir. Néanmoins, il ne faut jamais oublier que la réadaptation est impossible pour la grande masse des bénéficiaires des régimes d'invalidité, c'est-à-dire pour les personnes d'un certain âge atteintes d'affections constitutionnelles.

La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale, en conformité de ses objectifs limités, définit l'invalidité comme étant l'« inaptitude à exercer une activité professionnelle, d'un degré prescrit, lorsqu'il est probable que cette inaptitude sera permanente ou lorsqu'elle subsiste après la cessation de l'indemnité de maladie ». Cette rédaction implique que l'invalidité peut ne pas être tout à fait une incapacité totale.

Vieillesse

L'éventualité qui donne droit à une pension de vieillesse est définie en termes très simples : la plupart des systèmes de sécurité sociale se contentent d'indiquer l'âge minimum auquel on peut prétendre la pension et s'il faut abandonner l'emploi occupé. Mais l'âge ouvrant droit à pension varie d'un système à un autre, et ces différences mêmes montrent que la notion de « vieillesse » n'est pas simple.

Les systèmes de pensions de vieillesse s'inspirent toujours de deux idées fondamentales. La première, c'est que la vieillesse constitue une forme d'invalidité qui survient inévitablement lorsqu'un individu vit suffisamment longtemps. La seconde, c'est que toute personne qui a travaillé pendant de nombreuses années au service d'une entreprise ou d'une industrie s'est acquis le droit à une pension de retraite. La prédominance de l'une ou de l'autre de ces idées explique dans une certaine mesure les différences que l'on peut constater, selon les régimes, dans l'âge prescrit, les autres conditions donnant droit à la pension et le barème des pensions.

Tous les systèmes de pensions fixent un âge auquel les pensions sont accordées, que le demandeur soit encore capable de travailler ou non. C'est cette particularité qui distingue les prestations sociales de vieillesse de celles qui sont accordées aux invalides. Le fait de connaître d'avance l'âge de la retraite constitue un avantage non seulement pour le travailleur, mais également pour l'employeur, qui

doit savoir à quel âge il peut décemment remercier un vieux travailleur. Lorsqu'on fixe l'âge de pension, on tient évidemment toujours compte, bien que vaguement, du fléchissement progressif du rendement du travail et de l'augmentation de la fréquence des infirmités qui surviennent avec l'âge. Il est clair que pour une personne d'un certain âge, l'aptitude à poursuivre son travail dépend tout autant des exigences de l'emploi que de ses propres forces physiques. Une politique rationnelle devrait donc lier l'âge de pension à la nature plus ou moins pénible de l'emploi et au nombre d'années pendant lesquelles il a été occupé. C'est le principe que la Conférence internationale du Travail a recommandé en 1933 (recommandation sur l'assurance-invalidité-vieillesse-décès) et qu'elle a confirmé en 1944 (recommandation sur la garantie des moyens d'existence).

Dans la réalité, la plupart des systèmes de pensions applicables aux travailleurs salariés en général et tous les régimes intéressant la totalité de la population renoncent à tenir compte des différences de profession pour fixer le début de l'invalidité sénile, le plus souvent sans doute pour éviter les complications qui surviendraient à l'égard de personnes ayant exercé toute une série de professions différentes. Mais des solutions partielles sont fréquemment apportées à ce problème par l'institution de systèmes spéciaux de pensions pour certaines professions, systèmes qui prévoient le versement d'une pension à un âge moins avancé que celui que fixe le régime principal.

Le critère à adopter pour fixer l'âge adéquat ouvrant droit à pension dans le cadre d'un système général d'assurance-pensions a été défini de façon concise, bien qu'en termes très larges, dans la recommandation sur la garantie des moyens d'existence : « [L'âge prescrit] serait l'âge auquel les individus deviennent normalement inaptes à un travail efficace, l'incidence de la maladie et de l'invalidité se fait lourdement sentir, et le chômage éventuel menace de devenir permanent. »

Evidemment, ce n'est pas là un état que les intéressés voient venir avec joie. Ils ne désirent nullement attendre d'être usés et d'avoir un pied dans la tombe : ils espèrent obtenir un « congé payé définitif ». Heureusement, le déclin des forces qui empêche une personne âgée de pouvoir suivre le rythme de travail de l'industrie moderne, n'implique nullement l'incapacité d'occuper ses loisirs par des activités choisies.

Le moment précis auquel les travailleurs devraient avoir le droit de se reposer de leurs peines est déterminé par un compromis qui vise à concilier pratiquement les considérations que nous avons exposées précédemment, tout en tenant compte d'une série de facteurs

secondaires, parmi lesquels on trouve la proportion des personnes âgées par rapport aux autres secteurs de la population, la durée probable de vie à un âge de pension donné, le niveau général de l'emploi et, cela va de soi, l'ampleur des obligations financières que les pensions entraînent et la répartition de cette charge.

L'existence d'un excédent de main-d'œuvre peut influencer sur le choix de l'âge de pension, non seulement pour la raison évidente que les personnes d'un certain âge éprouvent des difficultés à obtenir de l'emploi, mais aussi pour la raison inverse, à savoir que la minorité d'entre elles qui parviennent à conserver leur emploi réduisent de ce fait les possibilités ouvertes à des hommes plus jeunes, dont le rendement est meilleur, et qui ont probablement une famille à faire vivre. C'est pour cela que la Conférence internationale du Travail a recommandé en 1933, époque de dépression s'étendant au monde entier, d'abaisser l'âge ouvrant droit à pension pour contribuer à alléger le chômage.

Comme pour toutes les autres prestations de sécurité sociale, il faut trouver l'équilibre, pour des raisons financières, entre la libéralité dans la définition de l'éventualité, d'une part, et la générosité dans le barème des prestations, d'autre part. Avant de fixer l'âge de pension, il est nécessaire de s'informer des fonds dont on pourra disposer pour financer les pensions à une échelle donnée. Pour les systèmes qui s'appliquent aux travailleurs salariés en général, ainsi que pour les systèmes intéressant la totalité de la population, il y a une limite vite atteinte au montant que le cotisant ou le contribuable sera disposé à verser régulièrement pour avoir le droit de bénéficier à son tour d'une pension de vieillesse, montant qui vient s'ajouter aux charges qu'il supporte déjà pour toutes les autres prestations de sécurité sociale. Lorsqu'il s'agit de régimes spéciaux destinés à des groupes relativement peu nombreux de travailleurs, les problèmes financiers ont souvent un caractère moins pressant. Un régime spécial peut être établi en faveur d'une industrie dont la main-d'œuvre, dans l'intérêt de l'économie nationale, devrait se voir octroyer des privilèges en matière de pensions, ou dont le personnel est représenté par un syndicat qui se trouve en mesure d'exercer une forte pression sur le corps législatif. Dans l'un et l'autre cas, le privilège consiste essentiellement en un transfert d'une partie bien plus considérable du coût des pensions sur les consommateurs — contribuables ou autres travailleurs — que cela n'est possible lorsqu'il s'agit d'un régime appliqué aux travailleurs salariés en général.

Une enquête exécutée en 1954 dans quarante-huit pays et portant sur les âges de pension prescrits par des régimes d'assurance-pensions

applicables aux travailleurs salariés en général ou aux travailleurs de l'industrie, et par des systèmes d'assistance sociale ou des systèmes intéressant la totalité de la population, a fait apparaître la répartition suivante :

Age	Nombre de pays	Age	Nombre de pays
70	2	60 ¹ }	9
67	2	55 ² }	
65	15	55 ¹ }	2
65 ¹ }	9	50 ² }	
60 ² }		50	1
60	8		

¹ Hommes. ² Femmes.

Il n'est pas sans intérêt de voir que le compromis entre diverses considérations, dont nous avons fait mention précédemment, a pu produire, dans un groupe de pays qui diffèrent considérablement quant à leur structure démographique et à leurs ressources, une concentration aussi dense autour de soixante ans et de soixante-cinq ans. Ce résultat se ressent peut-être du fait que plusieurs pays, qui ne comptent qu'une population âgée peu nombreuse, se trouvent être trop pauvres pour pouvoir se permettre de fixer à un niveau relativement bas l'âge ouvrant droit à pension. L'imprécision de la notion de vieillesse et le caractère des débats parlementaires ressortent assez nettement du fait que les quarante-huit systèmes étudiés, à l'exception de deux seulement, fixent l'âge de pension à un multiple de 5. Or cette coupe par tranches de cinq ans comporte des conséquences financières très importantes : une même pension pourrait coûter à un système de sécurité sociale 40 à 50 pour cent de plus avec soixante ans qu'avec soixante-cinq ans, étant donné l'écart entre le nombre des personnes qui dépassent l'un ou l'autre de ces âges. La raison qui a déterminé le choix de soixante-sept et de soixante-dix ans est connue : c'est l'existence d'une population âgée exceptionnellement nombreuse dans des pays où un système d'assistance sociale ou un système intéressant la totalité de la population doit assurer la protection d'une large classe de paysans à capacité fiscale limitée.

Vingt pays ont fixé un âge de pension plus bas (cinq ans de moins) pour les femmes que pour les hommes. Ils tiennent compte ainsi du fait bien connu que les personnes d'un certain âge éprouvent de grandes difficultés à obtenir de l'emploi dans bon nombre des professions qu'exercent habituellement les femmes. Malgré la longévité supérieure des femmes, qui alourdit le coût de cet avantage, on peut estimer que cette disposition est équitable, car la probabilité de

laisser des personnes à charge pouvant prétendre des pensions est moindre pour les femmes.

Ce tableau de la situation dans le monde correspond de très près à la norme proposée par la recommandation de 1944 sur la garantie des moyens d'existence, qui prévoit la fixation de l'âge de pension à soixante-cinq ans pour les hommes et à soixante ans pour les femmes. La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale est plus prudente, comme il convient à un instrument destiné à rester en vigueur pendant des dizaines d'années, adopté à un moment où l'on prenait plus nettement conscience du fait que la population âgée augmenterait à l'avenir. Cette prudence se comprend d'autant mieux si l'on considère qu'une fois l'âge de pension fixé, il ne peut être relevé qu'avec les plus grandes difficultés. C'est pour cela que cette convention admet même un âge de plus de soixante-cinq ans, si la capacité de travail des personnes âgées paraît le justifier.

Nous avons déjà signalé dans la présente leçon qu'en théorie, l'âge de pension devrait dépendre, jusqu'à un certain point, des exigences particulières de la profession de l'assuré. Dans la majorité des pays, on réalise cette différenciation en instituant des régimes spéciaux d'assurance-pensions obligatoire pour certaines industries pénibles ou dangereuses, ou par la création, à la charge des employeurs, de caisses de pensions spécialement destinées à leurs travailleurs. Une profession à la fois pénible et dangereuse est celle des mineurs de charbon, en faveur desquels plusieurs pays d'Europe ont mis sur pied des régimes spéciaux; la plupart de ces régimes fixent l'âge de pension à un niveau inférieur de dix ans à celui des systèmes appliqués aux travailleurs salariés en général, c'est-à-dire à cinquante ans au lieu de soixante, ou à cinquante-cinq ans au lieu de soixante-cinq. Des régimes spéciaux en faveur des marins et des cheminots, introduits dans un certain nombre de pays d'Europe et de l'Amérique latine, prévoient également un âge de pension inférieur à la norme usuelle. En U.R.S.S. et dans la plupart des démocraties populaires, les professions sont classées, dans le régime général d'assurance-pensions, en deux catégories pour ce qui est de l'âge ouvrant droit à pension, qui s'établit à cinquante ans pour les mineurs et éventuellement pour d'autres travailleurs occupés à des travaux insalubres, et à soixante ans (cinquante-cinq ans pour les femmes) pour l'ensemble des autres professions. Une disposition analogue a été incorporée, depuis la seconde guerre mondiale, à la structure des régimes généraux d'assurance-pensions de quelques autres pays. Les avantages d'une telle méthode sont considérables (portée très large, souplesse, stabilité financière) par rapport à un système complexe de régimes spéciaux isolés; mais ce procédé est

contraire aux traditions corporatives de vieilles industries qui tiennent à leurs caractères distinctifs.

Que le critère prédominant lors de la fixation de l'âge de pension soit celui de la présomption d'invalidité ou celui d'un droit au repos acquis par de longs services, on suppose que l'octroi d'une pension coïncidera, en règle générale, avec la cessation du travail. Néanmoins, un nombre considérable de personnes âgées continuent à travailler avec ou sans pension, après avoir atteint l'âge de pension.

Dans de nombreux systèmes généraux d'assurance-pensions — la moitié du total peut-être —, aucune mention n'est faite de la cessation du travail parmi les conditions donnant droit à la pension de vieillesse. Il semble qu'il y ait trois raisons de laisser au bénéficiaire la latitude de continuer à travailler, en touchant à la fois sa pension et son salaire. La première et la plus importante de ces raisons, c'est que, notamment avant la seconde guerre mondiale, les pensions de vieillesse étaient souvent insuffisantes pour assurer le minimum vital, ce qui fait qu'il était impossible d'imposer la cessation de l'activité professionnelle. En deuxième lieu, lorsque l'âge de pension est élevé, seuls quelques rares bénéficiaires peuvent conserver leur emploi au-delà de cet âge, et les frais administratifs que l'on encourrait pour s'assurer qu'aucun des autres ayants droit ne travaille ne se justifieraient pas. Enfin, un pays peut souffrir temporairement d'une telle pénurie de main-d'œuvre que les bénéficiaires de pensions devront être incités à reprendre de l'emploi.

La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale admet la suspension des prestations de vieillesse si le bénéficiaire exerce une activité rémunérée ou si son gain excède un montant prescrit. Lorsque le système de pensions est essentiellement financé au moyen de fonds de provenance autre que les cotisations propres de l'assuré, cela peut nettement justifier la suspension des prestations de personnes qui continuent à toucher un salaire normal. Une telle règle doit évidemment être interprétée en rapport avec les dispositions de la convention qui fixent le montant minimum de la pension.

La cessation du travail est ordinairement imposée par les systèmes de pensions intéressant une industrie ou une profession déterminée, car les employeurs comme les travailleurs souhaitent qu'il soit fait place à des hommes plus jeunes; dans ce cas, la pension sera vraisemblablement assez large, et le bénéficiaire reste libre de prendre un emploi en dehors de l'industrie ou de la profession pour laquelle ce système est conçu. De même, plusieurs des systèmes généraux d'assurance-pensions de pays de l'Amérique latine font de l'abandon d'un emploi assurable une condition obligatoire de l'octroi d'une pension,

ce qui a pour conséquence qu'aucun assuré ne continuera à travailler lorsque son gain tombe au niveau de la pension qu'il peut prétendre. Les quelques régimes généraux d'assurance-pensions appliqués en Europe qui cherchent à décourager les bénéficiaires de pensions de prendre un emploi prévoient à cet effet une réduction du montant de la pension ou la suspension du versement lorsque les gains de l'intéressé excèdent un montant prescrit.

Dans plusieurs études préparées en vue de conférences qui ont eu lieu en Europe et en Amérique, le Bureau international du Travail s'est prononcé en faveur d'une certaine souplesse dans la fixation de l'âge de pension, en raison des différences considérables que l'on note, d'un individu à un autre, en ce qui concerne la capacité et le désir de continuer à travailler. Si l'on fixe une limite pour le montant total que peuvent représenter ensemble la pension et le gain, les économies qui en résultent peuvent permettre de ramener l'âge de pension au-dessous de l'âge auquel la plupart des travailleurs doivent, pour des raisons de capacités physiques, cesser de travailler. La pension que l'on accordera à cet âge moins élevé pourra certes n'atteindre qu'un montant très modeste, mais le bénéficiaire conserve le droit de gagner un salaire intéressant. En outre, un assuré qui continue à travailler et diffère sa demande de pension peut acquérir de ce fait le droit à une pension augmentée proportionnellement. Des conceptions de cet ordre, recommandées par Beveridge, ont été incorporées dans plusieurs régimes généraux d'assurance-pensions.

Décès du soutien de famille

Dans la deuxième leçon, nous avons mentionné très brièvement le problème des diverses catégories de personnes à charge qui sont protégées par l'assurance-pensions du soutien de famille; nous allons examiner ici de plus près les définitions de ces différentes catégories.

Dans les systèmes d'assurance, les pensions de survivants représentent un transfert, sur les survivants, de la pension d'invalidité ou de vieillesse que le défunt touchait au moment de sa mort, ou qu'il n'a pas pu prétendre parce qu'il est mort trop jeune.

La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale dispose que des pensions devront être payées aux veuves présumées incapables de subvenir à leurs propres besoins et aux enfants au-dessous de l'âge auquel la scolarité obligatoire prend fin. L'incapacité de subvenir à ses propres besoins doit être entendue comme englobant non seulement l'invalidité et la vieillesse, mais également le soin d'un enfant. Si bien des systèmes actuels sont plus

favorables que les normes de la convention pour la veuve, et si presque tous le sont pour les enfants, la convention a dû tenir compte du fait que les pensions de survivants sont habituellement le dernier des types de pensions que l'on institue dans les pays sous-développés. Les dispositions pertinentes de la recommandation sur la garantie des moyens d'existence sont plus proches de la pratique généralement suivie en Europe et contiennent des améliorations accessoires qui sont insérées peu à peu dans la législation. Il vaut la peine de citer intégralement ces dispositions :

Les prestations de décès devraient être payées :

- a) à la veuve de l'assuré;
- b) pour les enfants, enfants du conjoint, enfants adoptifs et (sous la réserve qu'ils aient été inscrits antérieurement comme personnes à charge) enfants illégitimes d'un assuré ou d'une assurée qui les entretenait, et
- c) dans les conditions déterminées par la législation nationale à une femme non mariée avec laquelle le décédé cohabitait.

Les prestations pour veuve devraient être payées à la veuve qui a la charge d'un enfant au titre duquel sont dues des prestations pour enfants ou qui, au décès de son conjoint ou postérieurement, est invalide ou a atteint l'âge minimum auquel le bénéfice des prestations de vieillesse peut être invoqué; la veuve qui ne remplit aucune de ces conditions devrait bénéficier de prestations pour veuve pendant une période minimum de quelques mois, et ensuite si elle n'a pas d'emploi, jusqu'à ce qu'un emploi convenable puisse lui être offert, après formation lorsqu'il y aura lieu.

Les prestations pour enfants devraient être payées au titre d'un enfant qui n'a pas dépassé l'âge de fin de scolarité, ou, s'il poursuit ses études générales ou professionnelles, de moins de dix-huit ans ¹.

Les divers pays se répartissent en deux groupes en ce qui concerne le traitement qu'ils accordent aux veuves. Près de la moitié accordent aux veuves des pensions inconditionnelles, si ce n'est que quelques systèmes prévoient des mesures pour se protéger contre les abus possibles comme les mariages *in extremis*. Ce traitement favorable est accordé dans une minorité de systèmes européens de sécurité sociale, mais, en revanche, par la presque-totalité de ceux des pays de l'Amérique latine, où il est conforme à la tradition qui veut qu'une femme mariée ne travaille pas hors de son foyer.

Dans l'autre groupe de pays, l'âge auquel une veuve sans enfant a droit à une pension varie entre quarante et soixante-cinq ans; en d'autres termes, c'est, soit l'âge normal de pension pour les femmes, soit quelque dix ans plus tôt. La plupart des systèmes de ce groupe

¹ Recommandation sur la garantie des moyens d'existence (1944), annexe (Principes directeurs accompagnés de suggestions pour leur application), partie I (Assurance sociale), paragraphe 13.

exigent que la veuve ait atteint l'âge en question ou qu'elle soit déjà invalide à la date du décès de son mari. Ces conditions peuvent être dures, car une veuve qui n'a pas encore l'âge prescrit peut néanmoins être trop âgée pour occuper un emploi assurable et acquérir ainsi le droit à une pension pour ses vieux jours. Quelques rares systèmes seulement accordent contre l'invalidité et la vieillesse la protection permanente prévue par la recommandation sur la garantie des moyens d'existence; lorsque cette protection n'est pas octroyée, la veuve qui ne peut prétendre une pension inconditionnelle devrait avoir le droit, si elle prend un emploi assurable, de se voir créditer de la durée pendant laquelle son mari a été affilié à l'assurance. De même, un nombre de pays étonnamment restreint parmi ceux où la proportion des couples qui ne sont pas légalement mariés est élevée accordent à une femme qui a vécu pendant longtemps en concubinage avec le défunt le même droit à pension qu'à une épouse légitime. Plusieurs systèmes, d'autre part, ont adopté la proposition faite par Beveridge d'accorder une allocation temporaire aux jeunes veuves sans enfant, ce qui leur donne le temps de trouver du travail.

L'âge minimum jusqu'auquel une pension est due sans condition pour un enfant est presque partout de seize ou de dix-huit ans, une faible majorité de pays prenant le plus bas de ces deux chiffres. Lorsque l'enfant poursuit ses études au-delà de cet âge, la pension est prolongée pendant deux, cinq ou même neuf ans. Presque partout également, la limite d'âge est supprimée lorsque l'enfant est invalide.

En ce qui concerne les autres parents ou alliés, notons qu'un veuf qui, du fait de son invalidité ou parce qu'il avait atteint l'âge de pension, était complètement entretenu par son épouse, reçoit très fréquemment la même pension qu'une veuve. Une petite minorité de systèmes traitent les frères et sœurs orphelins et les petits-enfants orphelins de la même manière que les descendants de l'assuré ou de son épouse. Enfin, dans une demi-douzaine de pays, le père et la mère du défunt, lorsqu'ils étaient à la charge de celui-ci, ont droit à une pension si le chiffre maximum que peuvent représenter au total les pensions de survivants n'est pas atteint par les pensions allouées à la veuve et aux enfants; une telle disposition se justifie dans les pays où l'assurance-pensions a une portée relativement restreinte, ou lorsque le régime de sécurité sociale n'a pas accordé de pensions non contributives aux personnes qui étaient déjà âgées à l'époque de sa mise en application.

SIXIÈME LEÇON

LES PRESTATIONS (*suite*)

PENSIONS (*fin*)

Stages

Les stages constituent un aspect essentiel des régimes de pensions. Les conditions de stage les protègent, en effet, contre le risque de voir des personnes en mauvaise santé, ou atteignant presque l'âge ouvrant le droit à pension, s'assurer le versement prochain d'une pension, soit en obtenant quelque emploi — peut-être fictif — assujetti à l'assurance, soit, s'il s'agit d'un régime d'assistance ou d'un régime intéressant la totalité de la population, en émigrant d'un pays dans lequel il n'existe pas de régime de ce genre.

La vieillesse est évidemment une éventualité qui se rapproche sans cesse jusqu'à sa réalisation, c'est-à-dire l'âge de la retraite. L'invalidité et le décès deviennent chaque année plus probables jusqu'aux âges de quatre-vingts et de cent ans (âges où les probabilités d'invalidité et de décès, respectivement, équivalent presque à des certitudes). En conséquence, plus l'âge d'un nouvel affilié à un régime de pension est proche de l'âge probable de réalisation de l'éventualité, plus le montant de la cotisation de cet assuré devrait être voisin de celui de la prestation elle-même. Mais les cotisations d'assurance sociale ne varient pas en fonction de l'âge de l'individu, pour des raisons pratiques faciles à concevoir; la cotisation est fixée à un montant adapté à la structure d'âge de la population assurée, dans le présent et dans l'avenir.

S'il n'y avait aucun risque qu'un système de sécurité sociale se trouve, de façon imprévue, tenu de verser des prestations à un nombre important d'invalides ou d'individus âgés, une période de stage ne serait pas nécessaire. Mais ce risque existe réellement, surtout lorsqu'il s'agit d'un système d'assurance de portée limitée. La solution consistant à fixer, de façon générale, les cotisations à un montant tel que des personnes relativement âgées puissent obtenir, après le versement d'un petit nombre de cotisations, les mêmes prestations que

les personnes qui ont cotisé, par exemple, depuis qu'elles ont quitté l'école, est considérée comme inéquitable. En rendant obligatoire une période de stage, on s'assure que tout bénéficiaire de pension aura contribué de manière substantielle à la prestation qu'il reçoit. C'est à cela exclusivement que vise le stage pour ce qui est des pensions de vieillesse. En ce qui concerne l'invalidité et le décès, le stage a plutôt pour objet de décourager les personnes pour lesquelles ces éventualités sont imminentes de s'affilier à l'assurance.

Alors que l'invalidité et le décès peuvent survenir à tout âge, même dans la jeunesse, la vieillesse et la cessation du travail qui l'accompagne peuvent être prévues par l'individu dès son entrée dans la vie professionnelle; c'est pourquoi la période de stage prescrite est généralement plus longue pour cette éventualité que pour les deux premières. En fait, elle est assez longue pour que les cotisations accumulées assurent le financement d'une pension, certes modeste, mais néanmoins utile.

Dans le plan financier d'un système d'assurance-pensions, il est présumé que la plupart des personnes qui s'y affilient paieront leurs cotisations avec une régularité suffisante jusqu'à ce que l'une des éventualités survienne. C'est pourquoi il ne suffit pas qu'un stage de plusieurs années soit accompli; il faut que, par la suite, les cotisations soient toujours versées de façon régulière, ou bien la pension pourra être, soit refusée, soit réduite.

Lorsque le paiement des cotisations cesse parce que l'assuré a mis volontairement fin à son affiliation, il est équitable de lui assurer une protection pendant un certain temps encore, en particulier s'il a accompli la période de stage; en effet, et pour autant que le stage visait simplement à éliminer les mauvais risques, la période de protection gratuite devrait, à première vue, être égale à la période de stage. De même, l'intéressé devrait bénéficier de la possibilité de rester affilié à l'assurance en qualité de cotisant volontaire. Mais, s'il ne fait pas usage de cette possibilité et si la période de protection gratuite est échue, il est équitable d'exiger, s'il s'affilie de nouveau à l'assurance, qu'il accomplisse une seconde fois la période de stage.

L'interruption du versement des cotisations sera toutefois beaucoup plus souvent due à la maladie ou au chômage, et le bénéfice de la protection devrait être conservé à l'assuré pendant toute la durée de ces éventualités. Mais un tel perfectionnement du système d'assurance n'est possible que lorsque l'assurance-maladie ou l'assurance-chômage existent et lorsqu'elles sont coordonnées avec l'assurance-pension.

Dans les systèmes d'assurance-pensions qui prévoient une courte période de stage, cet avantage est contrebalancé par l'exigence d'une plus grande régularité dans le paiement des cotisations. Au contraire, lorsque la période de stage est longue (par exemple, quinze ans, comme c'est généralement le cas lorsqu'il s'agit de pensions de vieillesse), le simple accomplissement du stage peut être considéré comme suffisant à justifier l'octroi éventuel d'une petite pension, sans exiger paiement ultérieur de cotisations.

C'est là, dans les grandes lignes, le raisonnement sur lequel repose le système des stages, tel qu'il est communément prévu par les régimes d'assurance-pensions. Il est normal que cette conception se retrouve dans les dispositions pertinentes de la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale.

Cette convention prévoit, en ce qui concerne les régimes d'assurance de portée limitée, deux types de stage maximum : un stage de courte durée donnant droit à une petite pension d'un montant non précisé, et un stage plus long donnant droit à une pension correspondant à la norme minimum. Ce sont les stages les plus courts qui nous intéressent ici, et qui sont : pour les pensions d'invalidité et de survivants, cinq années de cotisation ou cinq années d'emploi; pour les pensions de vieillesse, quinze années de cotisation ou quinze années d'emploi.

Lorsqu'il s'agit de régimes d'assistance ou de régimes intéressant la totalité de la population, qui instituent tous des pensions basées sur le minimum vital, la convention prévoit un seul type de stage, à savoir : pour les pensions d'invalidité et de survivants, dix années de résidence; pour les pensions de vieillesse, vingt années de résidence.

Presque tous les régimes d'assurance-pensions applicables aux travailleurs salariés en général se contentent d'un stage de cinq années de cotisation ou d'emploi pour les pensions d'invalidité et de survivants, et les stages d'un à quatre ans sont fréquents. Depuis la deuxième guerre mondiale, un certain nombre de pays ont adopté, en ce qui concerne les pensions d'invalidité et de survivants, le système d'un stage d'emploi d'une durée variable selon l'âge atteint par l'intéressé au moment où l'éventualité survient : par exemple, depuis trois années d'emploi, à l'âge de vingt-cinq ans ou au-dessous, jusqu'à sept années à l'âge de quarante ans et plus.

Le stage maximum de quinze années, admis par la convention pour les pensions de vieillesse rattachées à des régimes d'assurance, n'est dépassé que dans deux ou trois pays. Les stages de quatre, cinq ou dix années ne sont pas exceptionnels.

Un régime d'assurance qui impose un stage de quinze années pour

une pension de vieillesse n'offre aucune protection à la génération qui s'approche de l'âge de pension à l'époque où le système entre en vigueur. C'est pourquoi la convention enjoint aux gouvernements d'alléger les conditions de stage en faveur de cette génération. Diverses méthodes sont utilisées à cette fin. L'une consiste à graduer la durée du stage en fonction de l'âge qu'avait l'intéressé lorsque le régime d'assurance est entré en vigueur, à partir d'un minimum de deux ou trois années pour les personnes les plus proches de l'âge de pension. En U.R.S.S. et dans la plupart des démocraties populaires, la durée du stage est calculée sous la forme d'une durée de l'emploi, dans laquelle on compte la période d'emploi accomplie avant la mise en application du système d'assurance; lorsque le régime d'assurance a une portée très large, une telle disposition assure la protection nécessaire à la plupart des travailleurs d'un certain âge, bien qu'il puisse être difficile de produire des preuves satisfaisantes au sujet d'emplois occupés de nombreuses années auparavant.

Formules de pensions

En étudiant les prestations de maladie, nous avons noté que ces prestations étaient de deux types fondamentaux, l'un consistant en un pourcentage du salaire antérieur du bénéficiaire, et l'autre étant représenté par une allocation jugée adéquate pour que le bénéficiaire puisse vivre. Nous avons relevé également que les prestations du premier type étaient parfois augmentées pour tenir compte des charges de famille, tandis que les prestations du second type étaient toujours accompagnées de tels compléments. Dans la structure des pensions également, nous rencontrons les deux paramètres du salaire du bénéficiaire et du minimum vital, avec ou sans suppléments pour charges de famille. Mais, dans les régimes d'assurance, le calcul des pensions comporte toujours un élément de plus : le nombre et le montant des cotisations payées. S'il existe pour les allocations familiales un régime d'assurance ou un système intéressant la totalité de la population, le bénéficiaire d'une pension continuera à toucher ces allocations, et elles seront même parfois majorées.

La formule adoptée par la grande majorité des régimes d'assurance se compose de deux éléments auxquels peuvent s'ajouter des allocations complémentaires pour charges de famille — habituellement pour enfants seulement; un nombre restreint de régimes prévoient également, d'accord avec la recommandation sur la garantie des moyens d'existence, une prestation supplémentaire pour les invalides qui ont besoin d'une aide constante.

Le premier élément consiste en un montant de base, auquel on a droit lorsque l'invalidité survient après que le stage a été accompli. Dans la plupart des cas, ce montant est un certain pourcentage du salaire moyen sur lequel des cotisations ont été payées; souvent aussi, les salaires reçus pendant les cinq ou dix dernières années sont seuls pris en considération, soit pour des raisons de simplification administrative, soit afin de tenir compte de la tendance générale à la hausse des salaires nominaux. Ce pourcentage s'établit entre 25 et 66 pour cent. Le montant de base peut aussi consister en une somme fixe, mais cette solution est beaucoup moins courante.

Le second élément d'une pension est constitué par une majoration, à savoir un pourcentage (par exemple, 1 ou 2 pour cent) du salaire annuel moyen, majoration qui s'ajoute au montant de base pour chaque année de cotisation, ou, lorsque le montant de base est élevé, pour chaque année de cotisation dépassant le nombre des années constituant la période de stage.

La pension se calcule selon la même formule, qu'il s'agisse de l'invalidité ou de la vieillesse, si bien qu'une pension d'invalidité octroyée juste avant que le bénéficiaire ait atteint l'âge de pension sera à peu près égale au montant auquel se serait établie la pension de vieillesse. Le montant de base, auquel peuvent s'ajouter des majorations au titre de la période de stage, constitue la pension minimum.

Voici un exemple d'une formule de pension de ce type :

A. Pensions d'invalidité et de vieillesse :

- 1) montant de base : 25 pour cent du gain de base (gain moyen des cinq dernières années);
 - 2) majorations : 1 pour cent du gain de base par tranches de cinquante cotisations hebdomadaires dépassant les cent cinquante premières cotisations;
 - 3) allocation complémentaire de 10 pour cent du total de 1) et 2) pour chaque enfant.
- Maximum : 85 pour cent du gain de base.

B. Pensions de survivants :

- 1) veuve : 40 pour cent du total de A, 1) et 2);
 - 2) pour chaque enfant : 20 pour cent de ce même total;
 - 3) pour un orphelin (de père et mère) : 30 pour cent de ce total.
- Maximum : 100 pour cent de ce total.

Les rares régimes d'assurance-vieillesse qui couvrent l'ensemble de la population active établissent — à assez juste titre — une exacte proportionnalité entre le montant des cotisations versées et le taux de la pension pour les personnes qui s'affilient à l'assurance dès qu'elles ont atteint l'âge de fin de scolarité obligatoire. La pension peut être, par exemple, de 1 pour cent du salaire annuel par année de cotisation, ou de $1\frac{1}{3}$ pour cent si le bénéficiaire est un homme marié. Un tel système de vaste portée permet, tout en appliquant le principe de l'assurance, de verser des pensions transitoires libérales aux membres de la population active qui avaient déjà atteint l'âge adulte lors de l'entrée en vigueur du système, car il permet sans risque de répartir le coût des pensions de vieillesse sur l'ensemble des personnes qui composent la population active à l'époque considérée.

Les pensions versées au titre de régimes d'assistance ou de régimes intéressant la totalité de la population revêtent naturellement la forme du minimum vital, car elles sont fixées en fonction des besoins réels ou présumés du bénéficiaire et des personnes à sa charge. Mari et femme ont droit, bien entendu, l'un et l'autre à de telles pensions, mais le mari qui touche une pension peut aussi recevoir une allocation complémentaire pour une épouse qui est encore de quelques années au-dessous de l'âge auquel elle pourra prétendre une pension indépendante. Les plus avancés des régimes de ce genre octroient d'autres suppléments destinés à couvrir des besoins particuliers, tels que l'entretien de l'épouse et des enfants d'un bénéficiaire invalide, le coût de la vie plus élevé qui prévaut dans les régions urbaines et l'acquisition de combustible pour l'hiver.

Dans les régimes d'assistance comme dans les régimes intéressant la totalité de la population, l'octroi de ces suppléments est très souvent soumis à un examen des ressources. D'autre part, pour qu'un régime d'assistance soit en harmonie avec la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale, il doit exonérer, dans l'examen des ressources, un montant d'épargne assez important; dans deux pays, les pensions de vieillesse ne font l'objet d'un examen des ressources que si les intéressés n'ont pas encore atteint un âge donné. En réalité donc, il n'existe aucun régime qui soit exclusivement un régime d'assistance ou un régime d'assurance couvrant la totalité de la population; chacun de ces types emprunte des principes à l'autre pour certaines de ses prestations. Une tendance se manifeste cependant en faveur de l'uniformité de la pension de base, notamment pour les pensions de vieillesse. Le fait que l'examen des ressources tend inévitablement à décourager l'épargne donne lieu à de sérieuses objections, d'autant

plus qu'aujourd'hui le coût de l'assistance sociale est très largement réparti sur la population active.

Le critère qui permet d'apprécier l'exacte valeur d'une formule de pension, c'est le montant de la pension effectivement versé non pas dans des cas extrêmes et relativement rares, mais dans la grande majorité des cas où l'éventualité se produit. C'est pourquoi la convention sur la norme minimum de la sécurité sociale vise à garantir que dans le plus grand nombre possible de cas, la pension assure le minimum vital, quelles que soient la nature et la portée du régime de sécurité sociale. En conséquence, elle fixe le niveau minimum de la pension qui doit être accordée : 1) pour la pension de vieillesse, lorsque le bénéficiaire a une épouse qui a atteint l'âge de pension et lorsqu'il a accompli un stage de trente années de cotisation ou d'emploi, ou (en régime d'assistance ou en régime intéressant la totalité de la population) de vingt années de résidence; 2) pour la pension d'invalidité, lorsque le bénéficiaire a une épouse et deux enfants et a accompli un stage de quinze années de cotisation ou d'emploi, ou (en régime d'assistance ou en régime intéressant la totalité de la population) de dix années de résidence; 3) pour la pension de survivants, lorsque les survivants comprennent la veuve et deux enfants et que le soutien de famille avait accompli la même période de stage que pour une pension d'invalidité.

Pour chacun de ces genres de pensions, la convention exige que la pension (ajoutée aux autres ressources dépassant un montant prescrit) soit égale à 40 pour cent au moins d'un salaire normal. Lorsque la pension est calculée exclusivement ou principalement en fonction du salaire de base du bénéficiaire, elle doit atteindre 40 pour cent de ce salaire, pour tous les travailleurs dont le salaire est égal ou inférieur à celui d'un ouvrier qualifié occupé dans une industrie caractérisant de façon typique celles auxquelles s'applique le régime de sécurité sociale. Lorsque la pension est fondée sur le minimum vital, ces 40 pour cent sont calculés sur le salaire d'un manœuvre-type.

Lors de la préparation de cette convention, le Bureau international du Travail a procédé, en 1951, à une enquête attentive pour déterminer si les pensions prévues dans les diverses situations spécifiées dans la convention atteignaient des montants adéquats en vertu des principaux régimes en vigueur dans une vingtaine de pays appartenant à différentes parties du monde. Les résultats de cette enquête sont résumés dans le tableau III, qui indique le nombre de pays dans lesquels les pensions atteignent un pourcentage donné du salaire normal à considérer.

TABLEAU III. — EXEMPLES DE TAUX DE PENSIONS EN POURCENTAGE DES SALAIRES, 1951

Pourcentage du salaire normal	Nombre de pays où le pourcentage est appliqué					
	Pensions de vieillesse		Pensions d'invalidité		Pensions de survivants	
	A	B	A	B	A	B
31	—	1	—	—	4	2
31 à 40	2	—	2	—	3	1
41 à 50	6	4	6	—	2	3
51 à 60	2	2	2	2	1	—
61 à 70	1	2	—	—	—	—
71 à 80	—	2	1	2	—	—
Plus de 80	—	—	—	1	—	—

A = Pourcentage du salaire d'un ouvrier qualifié. B = Pourcentage du salaire d'un manœuvre.

Dans les pays qui appliquent le principe des prestations fondées sur le minimum vital (colonnes B), l'écart des salaires pour les différents degrés de qualification est assez faible; en outre, la plupart de ces pays sont relativement riches. C'est pourquoi les pensions qu'ils accordent donnent l'image la plus favorable. Alors que le chiffre de 40 pour cent prescrit par la convention est peut-être un peu trop bas en ce qui concerne les pensions de vieillesse et d'invalidité, il semble plutôt élevé pour les pensions de survivants, mais la Conférence internationale du Travail a expressément décidé d'appliquer le même pourcentage à ces dernières. Il y a lieu de noter que l'inclusion d'une pension pour un troisième enfant aurait amené les pensions de survivants prévues par plusieurs régimes au niveau de la norme minimum.

De nombreux régimes d'assurance-pensions accordent à l'assuré la possibilité de toucher une pension réduite cinq ans avant l'âge normal de pension. D'autre part, la pratique se répand de plus en plus d'encourager les individus qui ont atteint l'âge de pension à continuer de payer leurs cotisations d'assurance et à différer leur demande de pension, en bénéficiant ainsi d'une majoration de pension de 2, 3 ou 4 pour cent du salaire de base pour chacune des années écoulées entre la date de l'ouverture du droit à pension et la date à laquelle ils font valoir ce droit.

Enfin, il est encourageant de constater que des dispositions prévoyant l'ajustement périodique des pensions aux variations du coût de la vie ont été incluses dans tous les régimes de pensions d'une certaine importance mis en vigueur ou révisés postérieurement à l'adoption de la convention.

Questionnaire (5^{me} et 6^{me} leçons)

1. *Exposez, à propos de l'invalidité, les raisons qui militent en faveur de la coordination des différentes branches de la sécurité sociale.*
 2. *Dans quelles circonstances peut-on justifier la condition imposée aux bénéficiaires de pensions de vieillesse de s'abstenir d'une activité rémunérée?*
 3. *Quelles sont les catégories de veuves qui devraient, à votre avis, être mises au bénéfice d'une pension?*
 4. *Quels sont les objectifs qu'on se propose d'atteindre par les stages de cotisation dans les systèmes d'assurance-pensions de portée limitée? Pour quelles raisons le stage devrait-il être plus court pour les pensions d'invalidité et de survivants que pour les pensions de vieillesse?*
 5. *Quels sont les divers éléments composant habituellement les pensions dans les systèmes d'assurance-pensions de portée limitée?*
 6. *Indiquez pourquoi une certaine souplesse — accompagnée d'un ajustement correspondant du montant des pensions — est souhaitable dans la fixation de l'âge ouvrant droit à pension?*
-

SEPTIÈME LEÇON

LES PRESTATIONS (*fin*)

PRESTATIONS EN CAS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE MALADIES PROFESSIONNELLES

La protection contre les accidents du travail ¹ est la branche la plus ancienne de la sécurité sociale et il n'est guère de pays au monde où elle n'existe sous une forme ou sous une autre. Du fait de leur ancienneté, les régimes d'assurance-accidents du travail sont solidement établis, non seulement en fait — ce sont des organismes ayant une puissante assise administrative et financière —, mais aussi, et la chose est encore plus importante, en droit, car ils symbolisent l'application pratique du principe juridique en vertu duquel la protection du salarié contre les accidents du travail est considérée, aujourd'hui, comme un droit indiscutable de celui-ci.

L'objet de tout régime d'assurance-accidents du travail est simplement de fournir des prestations médicales, des indemnités de maladie ou des prestations d'invalidité et de survivants dans certaines éventualités qui ne représentent qu'une petite partie du nombre total des cas de maladie, d'invalidité et de décès; le rôle social de ces régimes est par conséquent relativement mineur. En effet, les régimes d'assurance-accidents du travail, qu'il s'agisse de régimes de réparation des accidents du travail ou de branches de l'assurance sociale sont, de nos jours, comme enveloppés par le système général de sécurité sociale, qui couvre des éventualités et répond à des besoins sociaux tout à fait semblables à ceux de l'assurance-accidents du travail, la seule distinction résidant dans le fait qu'ils ne sont pas liés à l'emploi de l'intéressé. C'est pourquoi, d'ailleurs, certains commencent à se demander si l'existence séparée de régimes d'assurance-accidents du travail répond encore à un besoin réel et s'il ne conviendrait pas de les intégrer dans le système général de sécurité sociale.

¹ Dans un souci de brièveté, on a employé dans le chapitre les termes « accidents du travail » pour couvrir à la fois accidents du travail et maladies professionnelles, les formules « lésions résultant de l'emploi » ou « dommages physiques du fait de l'emploi » n'étant pas d'une utilisation générale. Voir plus loin « Définition de l'éventualité ».

L'autonomie de ces régimes s'explique — et se justifie — par plusieurs sortes de raisons, dont nous ne mentionnerons ici qu'une seule, d'ailleurs décisive : les prestations de l'assurance-accidents du travail sont, en règle générale, plus généreuses que les prestations correspondantes de l'assurance-maladie et de l'assurance-invalidité. S'il en est ainsi, c'est surtout parce que le nombre des demandes de prestations est relativement faible et qu'en conséquence le financement de la caisse d'assurance-accidents du travail n'offre pas de difficulté majeure. Cependant, à mesure que le système général de sécurité sociale devient plus libéral, en ce qui concerne tant les conditions à remplir pour avoir droit aux prestations que le montant de celles-ci, les différences actuelles sont appelées à disparaître et, en même temps, le principal obstacle à l'unification et à la simplification de l'assurance sociale contre les éventualités d'ordre physique; ce processus est d'ailleurs presque achevé dans quelques pays. D'une manière générale, toutefois, les régimes d'assurance-accidents du travail se fixent des normes élevées — et qui s'élèvent encore dans quelques pays — que les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité ne peuvent atteindre.

Le droit aux prestations d'accident du travail, qu'elles soient versées par l'employeur ou par une caisse d'assurance sociale, n'est jamais subordonné à l'accomplissement d'un stage. Il suffit que la victime ait, au moment de l'accident, la qualité de salarié de l'entreprise où cet accident s'est produit. Les précautions dont s'entourent les caisses d'assurance-maladie et d'assurance-invalidité en vue d'éliminer les « mauvais risques » n'ont pas de raison d'être lorsque l'éventualité couverte est, de par sa nature même, indépendante de la volonté de l'assuré et que le moment et le lieu où elle se réalise sont facilement vérifiables.

Définition de l'éventualité

La protection contre l'accident du travail a reçu sa consécration et sa forme originale dans la législation sur la réparation des accidents du travail, qui rendait simplement l'employeur personnellement responsable du paiement d'une certaine compensation à tout salarié victime d'un accident alors qu'il travaillait suivant ses instructions. Certaines maladies professionnelles ont, un peu plus tard, été assimilées aux accidents. Afin de bien faire ressortir le double caractère de l'éventualité couverte, le Bureau international du Travail utilise parfois l'expression « dommage physique du fait de l'emploi ». Dans la recommandation de 1944 sur la garantie des moyens d'existence, on parle de « lésion résultant de l'emploi », avec la définition suivante (paragr. 16) : « traumatisme ou maladie résultant de l'emploi non

provoqués délibérément ou par une faute grave et intentionnelle de la victime, et entraînant une incapacité temporaire ou permanente ou le décès ».

Les employeurs ayant été, à l'origine, rendus personnellement responsables du versement de la prestation, ils se sont opposés avec acharnement (le plus souvent, d'ailleurs, remplacés dans cette lutte par leurs compagnies d'assurance) à l'élargissement de l'interprétation de la notion d'« accident », élargissement qui était demandé par les avocats des victimes. Il en est résulté un nombre prodigieux de procès et de décisions de jurisprudence, ainsi qu'un véritable fleuve d'études juridiques sur la question. Mais à mesure que les accidents du travail étaient pris en charge par l'assurance sociale — et c'est aujourd'hui le cas dans la grande majorité des pays —, les procès sont devenus de plus en plus rares; on peut penser d'ailleurs qu'ils se seraient raréfiés de toute façon, ne serait-ce que parce qu'à la longue, chaque cas imaginable aurait été rencontré et aurait fait l'objet d'une jurisprudence. Le fait que la responsabilité de l'employeur ne peut remplacer valablement la sécurité sociale dans ce domaine, ni d'ailleurs dans la plupart des autres, ressort indiscutablement de l'historique de la réparation des accidents du travail.

Les accidents qu'avaient à l'esprit les législateurs du xix^{me} siècle étaient principalement ceux auxquels étaient exposés les travailleurs des usines, des mines et des autres entreprises dangereuses, dans l'accomplissement normal de leur travail. Ces travailleurs louaient leurs services à leur employeur, qui leur fournissait les outils, et ils travaillaient dans son établissement, dans le cadre humain et matériel qu'il avait constitué. Dans les circonstances qui prévalaient à une époque où à peu près personne ne songeait à prendre des précautions de sécurité, le principe de la responsabilité de l'employeur apparaissait comme l'expression impérative de la plus élémentaire justice.

Les législateurs du xix^{me} siècle auraient sans aucun doute jugé exagérée et infondée l'extension de ce principe, intervenue plus tard dans la plupart des pays, aux métiers non manuels, qui sont souvent moins dangereux que le foyer domestique, le terrain de sport et, surtout, la rue. C'est essentiellement l'impossibilité pratique de tracer nettement la ligne de démarcation entre les entreprises dangereuses et les autres qui a donné naissance à cette tendance. Les voyageurs de commerce sont fréquemment couverts, aujourd'hui, par les régimes d'assurance-accidents du travail et, récemment, l'accroissement considérable des dangers de la rue a conduit les institutions d'assurance à couvrir les accidents survenus lorsque les travailleurs se rendent à leur travail ou en reviennent; on peut cependant penser qu'avec la généralisation de

l'assurance-automobile obligatoire, les caisses d'assurance-accidents du travail devraient pouvoir recouvrer une partie importante des dépenses provoquées par cette dernière catégorie d'accidents.

On voit donc qu'on en est venu à invoquer le principe de la responsabilité de l'employeur pour tous les accidents survenus à l'occasion de l'emploi de la victime, que l'employeur ait ou non été en mesure de les empêcher. Mieux encore, une loi allemande datant de 1926, particulièrement louable d'ailleurs, a accordé réparation aux victimes de lésions subies à l'occasion de travaux de sauvetage; cette loi est actuellement imitée dans un nombre croissant de pays.

Quelques pays, dont le nombre va grandissant, donnent aux travailleurs indépendants la possibilité de s'affilier au régime d'assurance contre les accidents du travail. En Suisse, les salariés sont, depuis longtemps, obligatoirement assurés contre tous les accidents, quelle que soit leur cause; mais il s'agit là d'un pays où l'assurance-maladie est volontaire et ses prestations en espèces exceptionnellement faibles. Le régime d'assurance-accidents du travail du Guatemala est aussi obligatoire et couvre toutes les sortes d'accidents.

Les maladies professionnelles n'ont été couvertes par l'assurance qu'après les accidents. D'une part, en effet, les maladies professionnelles sont moins fréquentes que les accidents du travail; d'autre part, il a fallu un certain temps pour que la science médicale et les recherches statistiques révèlent l'origine professionnelle des maladies. La pratique courante a été d'insérer dans la législation sur la réparation des accidents du travail une liste de maladies dont l'origine professionnelle est hors de doute lorsque l'occupation du malade l'a mis pendant un certain temps en contact avec des substances qui peuvent causer l'une des maladies en question. En 1925, la Conférence internationale du Travail n'a reconnu qu'à trois maladies seulement un caractère indubitablement professionnel et une importance justifiant une réparation spéciale : l'intoxication par le plomb, l'intoxication par le mercure et l'infection charbonneuse. Mais le développement rapide de la chimie industrielle ayant multiplié les risques de maladies professionnelles, la Conférence a pu, neuf ans plus tard, ajouter sept nouvelles maladies, comprenant notamment les effets des substances radioactives, à la liste des maladies professionnelles ¹. Aujourd'hui, la Grande-Bretagne, qui est à l'avant-garde du progrès dans ce domaine, reconnaît une quarantaine de maladies professionnelles.

¹ Convention sur les maladies professionnelles (révisée), 1934, article 2.

Prestations médicales

Les régimes d'assurance-accidents du travail sont, en principe du moins, plus libéraux, en ce qui concerne les prestations médicales, que les régimes d'assurance-maladie. Cette différence apparaît nettement dans les normes fixées par la convention sur la sécurité sociale pour les accidents du travail et les maladies professionnelles; dans ce domaine, la convention n'autorise pas le partage des frais médicaux, exige que soient donnés tous les soins médicaux nécessaires, y compris la fourniture et le renouvellement des appareils de prothèse, et ne permet pas que la durée du traitement soit limitée. La plupart des régimes d'assurance-accidents du travail respectent les normes de la convention, à l'exception de ce dernier point; en effet, les prestations médicales sont rarement fournies pendant plus d'une année.

Dans les pays où l'assurance-accidents du travail et l'assurance-maladie (ou le service national de santé) font ensemble partie du système général de sécurité sociale, l'assurance-accidents du travail utilise généralement les services médicaux de l'assurance-maladie, disponibles dans chaque localité; la caisse d'assurance-accidents du travail peut, toutefois, se charger directement de certains cas de lésions professionnelles et traiter les malades dans ses propres établissements spécialisés. Cependant, lorsque la prestation médicale est à la charge de l'employeur ou d'une compagnie d'assurance privée, le traitement doit être effectué par des médecins privés ou dans des hôpitaux locaux, ce qui risque d'accroître sensiblement les frais.

On constate, surtout depuis la deuxième guerre mondiale, une nette tendance à inclure parmi les prestations d'assurance-accidents du travail la rééducation médicale et la réadaptation professionnelle de la victime. La rééducation médicale n'est, en fait, rien d'autre qu'un traitement médical complété par une convalescence spéciale, comprenant un traitement physiothérapique rééducatif. En revanche, la réadaptation professionnelle, qui est une nouveauté dans la plupart des pays, comprend la réorientation professionnelle donnée par des spécialistes et la rééducation professionnelle (avec entretien du travailleur) en vue du changement de métier, et le placement de l'intéressé. C'est là l'un des traits les plus heureux de l'évolution récente de la sécurité sociale; mais son succès est conditionné essentiellement par le maintien du plein emploi.

Prestations d'incapacité temporaire

Dans la terminologie de l'assurance-accidents du travail, l'incapacité temporaire est le pendant exact de la « maladie » qui, dans l'assu-

rance-maladie, ouvre droit à l'indemnité en espèces. C'est pourquoi l'ensemble de ce que nous avons dit dans la quatrième leçon ¹ à propos de l'indemnité de maladie s'applique à l'indemnité d'incapacité temporaire. En fait, dans une douzaine de pays, la caisse d'assurance-maladie s'occupe aussi bien des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles que des autres catégories de malades, sous réserve, lorsque les deux caisses d'assurance ont des budgets distincts, du remboursement par la caisse-accidents du travail des prestations versées par la caisse-maladie au titre de lésions résultant de l'emploi, quand le versement de ces prestations dure au-delà d'une certaine période (six semaines par exemple).

La grande majorité des régimes d'assurance-accidents du travail imposent un délai de carence de quelques jours; la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale prévoit une durée maximum de trois jours; quelques régimes d'assurance, et notamment ceux de l'U.R.S.S. et des démocraties populaires, versent les prestations dès le premier jour d'incapacité de travail; la chose est facilitée, dans ces pays, par le fait que la prestation est accordée et payée dans l'entreprise elle-même.

Dans tous les pays, à l'exception de deux ou trois, l'indemnité d'incapacité de travail est proportionnelle au salaire moyen gagné par la victime pendant une brève période précédant l'accident. La plupart des régimes ont adopté l'un des trois taux ci-après : 50 pour cent, 66,66 pour cent ou 75 pour cent. Dans les pays où l'assurance-accidents du travail et l'assurance-maladie sont gérées par deux caisses autonomes, c'est le plus souvent la caisse d'assurance-accidents du travail qui pratique le taux d'indemnisation le plus élevé, par exemple 66,66 pour cent contre 50 pour cent.

La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale précise que le taux minimum ne doit pas être inférieur à 50 pour cent, soit 5 pour cent de plus que le taux minimum de l'indemnité de maladie. Les allocations familiales continuent, bien entendu, à être versées comme avant l'accident.

La durée maximum du versement de l'indemnité d'incapacité temporaire est généralement la même que celle de l'indemnité de maladie, six mois ou un an par exemple. Si, au moment de l'interruption des prestations médicales, la victime est encore atteinte d'incapacité, cette incapacité est dès lors considérée comme permanente.

¹ Voir pp. 56-62.

Indemnité d'incapacité permanente

L'indemnité d'incapacité permanente, dans les régimes d'assurance-accidents du travail, diffère sensiblement de la prestation d'invalidité des régimes de pensions : elle est en effet indépendante de la durée pendant laquelle la victime a occupé un emploi soumis à l'assurance ; elle est strictement proportionnelle au pourcentage présumé d'incapacité et elle est en général plus élevée que l'indemnité des régimes de pensions.

Les régimes les plus primitifs, du type « réparation des accidents du travail », continuent à payer l'indemnité d'incapacité permanente sous forme d'une somme en capital, équivalant généralement à trois années de salaire lorsque l'incapacité est totale, sous déduction des sommes versées à titre d'indemnité d'incapacité temporaire. Cette forme de paiement, qui rappelle le dédommagement du droit civil, est pratiquée dans tous les cas où n'existe aucun organisme capable d'assurer le paiement de pensions et de vérifier périodiquement la continuation de l'incapacité.

Du point de vue social, ce système présente de très graves inconvénients lorsque l'incapacité est importante ; le versement en capital est généralement trop faible pour que le bénéficiaire puisse le transformer en pension annuelle, et l'expérience montre que le capital est souvent gaspillé en une ou deux années, le travailleur infirme tombant ensuite à la charge de la charité publique. En revanche, lorsque l'incapacité est légère, la pension correspondante étant alors d'un montant insignifiant, les deux parties ont intérêt à ce que la pension soit remplacée par une somme globale égale à sa capitalisation : cette manière de procéder est prévue dans la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale.

Quoi qu'il en soit, la grande majorité des régimes d'assurance-accidents du travail versent aujourd'hui l'indemnité d'incapacité permanente sous forme de pension proportionnelle à la réduction de la capacité du gain et au salaire moyen gagné par l'assuré au cours de l'année précédant l'accident.

En théorie, la raison de l'octroi de la pension est à peu près la même qu'il s'agisse de pensions de la caisse d'assurance-invalidité ou de pensions de la caisse d'assurance-accidents du travail : c'est, dans les deux cas, l'incapacité dans laquelle se trouve la victime de l'accident de gagner par son travail autant qu'avant l'accident. Mais alors que la plupart des régimes d'assurance-invalidité ne reconnaissent qu'un seul degré d'incapacité de travail, les régimes d'assurance-accidents du travail calculent soigneusement la perte de la capacité de travail,

souvent par gradations d'un pour cent, suivant une échelle allant d'un minimum de 5, 10 ou 15 pour cent à 100 pour cent. Les régimes appliqués en U.R.S.S. et dans plusieurs démocraties populaires n'ont qu'une échelle à trois degrés, quelle que soit la cause de l'incapacité.

Dans la pratique, il est rare qu'on calcule exactement, dans chaque cas, la réduction effective de la capacité de gain, les impondérables psychologiques et la situation changeante du marché de l'emploi rendant en effet impossible toute évaluation exacte. On se sert généralement de tableaux, officiels ou non, qui indiquent simplement le degré d'incapacité correspondant à chacune des principales infirmités ou mutilations. L'autorité compétente peut parfois faire varier de quelques points le degré d'incapacité ainsi indiqué par les tables, pour tenir compte de la situation particulière des victimes. La difficulté réside dans le fait que le législateur a essayé de faire d'une pierre deux coups, c'est-à-dire d'accorder un dédommagement financier pour l'infirmité physique en tant que telle et, en même temps, d'indemniser la victime pour la réduction de sa capacité future de gain; la confusion était alors inévitable. La législation récente du Royaume-Uni et de la Finlande distingue ces deux objets de l'indemnisation : dans les deux pays, le dédommagement financier, qui forme une partie de la pension, est accordé sans égard aux conséquences économiques de l'infirmité; c'est la deuxième partie de la pension qui varie en fonction de ces conséquences dans chaque cas individuel.

Dans la majorité des régimes d'assurance, la pension en cas d'incapacité permanente totale est de 66,66 ou de 75 pour cent du gain moyen de la victime au cours des douze mois précédant l'accident; on rencontre toutefois des taux inférieurs ou supérieurs. La pension complète est le plus souvent à peu près égale à la prestation d'incapacité temporaire, mais elle en diffère parfois, dans un sens ou dans l'autre, selon le jugement du législateur. Les allocations familiales qui, en principe, ne sont versées qu'aux personnes employées, continuent à être payées lorsque le degré d'incapacité est assez élevé pour rendre improbable le réemploi de la victime.

En 1925, la Conférence internationale du Travail a adopté, dans la convention concernant la réparation des accidents du travail, une disposition prévoyant l'octroi d'un supplément d'indemnisation aux personnes si gravement atteintes qu'elles ont besoin de l'assistance constante d'un tiers. Au cours des vingt-cinq années qui ont suivi, une douzaine de pays, pour la plupart européens, ont introduit dans leur législation cette disposition humaine, et d'ailleurs peu coûteuse. Comme nous l'avons dit précédemment, le régime d'assurance-invalidité de quelques pays accorde le même supplément d'indemnisation.

Prestations de survivants

Dans les régimes d'assurance-accidents du travail, la prestation de survivants a la même forme et généralement le même taux maximum que la prestation d'incapacité permanente totale. Quelques régimes octroient donc une somme en capital en cas de décès, tous les autres versant des pensions périodiques. La prestation de survivants est toujours accompagnée d'une prestation pour frais funéraires, qui s'élève le plus souvent à un mois de salaire.

Sous l'influence sans doute du code civil, qui accorde des dédommagements aux personnes à charge, quel que soit leur degré de parenté avec la victime, la définition des survivants admis à se partager la prestation en cas de décès résultant d'un accident du travail est généralement plus large que celle qui est reconnue par les régimes de pensions des mêmes pays, lorsque le décès est dû à d'autres causes.

La veuve a toujours droit à une pension, quels que soient son âge, son aptitude au travail ou ses charges familiales, mais le veuf n'a droit à une pension que s'il est invalide. Lorsque le total maximum prévu pour les prestations de survivants n'est pas épuisé par les droits de la veuve et des enfants, les ascendants à charge peuvent souvent recevoir de petites pensions; plusieurs régimes admettent même comme ayants droit les petits-enfants, les frères et les sœurs, s'ils sont encore trop jeunes pour travailler. L'âge limite auquel est subordonné le paiement de la pension aux enfants est généralement le même que dans le régime général de pensions, par exemple, seize ou dix-huit ans, sous réserve de prolongation lorsque l'enfant poursuit ses études ou est invalide.

Les taux de pension ordinairement appliqués sont de 30 pour cent du salaire de base pour la veuve, de 15 pour cent pour chaque enfant et de 20 pour cent lorsque les enfants sont orphelins, le total ne pouvant dépasser 60 ou 75 pour cent du salaire. La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale fixe, pour une veuve ayant deux enfants, le même pourcentage du salaire de base (40 pour cent), que le décès soit dû à un accident du travail ou à d'autres causes.

PRESTATIONS DE CHÔMAGE

L'octroi de prestations de chômage dans le cadre de systèmes d'assurance ou d'assistance sociale a revêtu un caractère sporadique et expérimental jusqu'au moment où, après la première guerre mondiale, le Royaume-Uni a mis sur pied un vaste système d'assurance obliga-

toire. Au cours des trente années qui ont suivi, une vingtaine de pays industriels ont introduit des systèmes d'assurance-chômage calqués sur le système anglais. L'U.R.S.S. et les pays de démocratie populaire n'ont pas estimé nécessaire d'appliquer de système d'assurance-chômage.

De toutes les branches de la sécurité sociale, celle qui doit s'occuper des chômeurs est la plus difficile à organiser et à administrer avec efficacité. Pour qu'un système d'assurance-chômage puisse valablement fonctionner, il faut qu'un service de l'emploi soit déjà en place et que le personnel chargé du placement ait déjà une certaine expérience. D'autre part, un tel système est de peu d'utilité si la grande masse des travailleurs est sans qualification. Enfin, il ne peut bien fonctionner que dans un pays possédant une économie moderne et une main-d'œuvre diversement qualifiée.

La deuxième guerre mondiale, contrairement à la première, n'a pas été suivie par une crise de chômage longue et généralisée. Au contraire, la plupart des pays industriels souffrent depuis la guerre d'une pénurie chronique de main-d'œuvre. En pareilles circonstances, les caisses d'assurance-chômage n'ont guère eu à intervenir, et aucun nouveau système d'assurance-chômage n'a été créé depuis 1950. Certes, chaque gouvernement s'est fixé comme objectif le maintien de l'emploi à un niveau élevé, mais on peut se demander si l'on avait vraiment prévu l'étonnante réussite de cette politique, dans les pays où l'économie n'est pas entièrement entre les mains de l'Etat. Dans la mesure où cette réussite repose, comme cela semble être souvent le cas, sur la persistance de l'inflation, on ne peut s'attendre à ce qu'elle dure indéfiniment; le chômage peut donc refaire son apparition en force, encore qu'il n'y ait probablement plus à craindre de chômage catastrophique. En bref, il est encore trop tôt pour croire que l'assurance-chômage a survécu à son utilité.

Les systèmes d'assurance-chômage accordent deux types de prestations : une indemnité de chômage, sous forme de versements périodiques, et les prestations en nature du service de l'emploi, qui consistent en services d'orientation, de placement et, le cas échéant, de rééducation professionnelle. On voit que l'indemnité en espèces correspond à l'indemnité de maladie, tandis que les mesures prises par le service de l'emploi en vue de mettre fin au chômage s'apparentent aux mesures prises par le service national de santé pour mettre fin à la maladie. Alors que le service de l'emploi est mis gratuitement à la disposition de tout le monde, l'indemnité de chômage n'est accordée, sauf dans un très petit nombre de pays, qu'aux personnes ayant accompli une certaine période d'emploi régulier.

Définition de l'éventualité

Du point de vue social et économique, le chômage se présente sous trois formes principales.

Il y a tout d'abord le chômage massif, qui frappe de temps à autre les pays industrialisés depuis une centaine d'années. Sa dernière apparition remonte aux environs de 1930, où le monde entier en a été victime. L'enchaînement des facteurs qui sont à l'origine du chômage massif et la recherche des moyens de le combattre ont toujours été au premier plan des préoccupations des économistes; les gouvernements ont été mis au courant des résultats de leurs études, soit directement, soit par l'intermédiaire de l'Organisation internationale du Travail et d'autres organisations internationales, qui se sont efforcées d'établir une synthèse des doctrines les plus largement acceptées dans ce domaine.

Nous nous contenterons ici de dire à ce sujet que la réduction de la demande globale, qui est la cause immédiate du chômage massif, doit être contrebalancée par des mesures gouvernementales tendant à stimuler les dépenses de capital et à augmenter le pouvoir d'achat des consommateurs. L'action du gouvernement dans ce domaine peut prendre diverses formes, depuis l'abaissement du taux d'escompte et l'allègement de la fiscalité jusqu'à l'augmentation des dépenses publiques, en passant par l'octroi de prestations de chômage. Un chômage massif d'un type spécial peut se produire dans les pays dont la prospérité repose en grande partie sur le commerce extérieur : la perte des marchés d'exportation peut, dans ces pays, représenter une menace sérieuse pour l'économie tout entière; dans ce cas, le seul remède consiste peut-être à adapter les prix des produits exportés au niveau de la concurrence mondiale.

Le deuxième type de chômage est communément appelé « chômage frictionnel ». Il a pour origine le perfectionnement des techniques et des méthodes de production, ou les changements de la demande des consommateurs dictés par la mode. Les travailleurs mis en chômage dans ces circonstances doivent parfois changer d'occupation et, le cas échéant, apprendre un nouveau métier. Mais la demande globale n'étant alors pas diminuée, les travailleurs en question ont d'assez fortes chances de trouver assez rapidement un nouvel emploi. Ce type de chômage est l'accompagnement normal et inévitable du progrès technique et industriel.

Le troisième type de chômage, le chômage saisonnier, est inhérent à certaines branches d'activité économique; on le rencontre par exemple non seulement dans l'agriculture, mais aussi, par exemple,

dans la pêche et l'hôtellerie. Les travailleurs de ces secteurs savent que leur travail ne durera que le temps de la saison. Ils sont habitués à chercher un autre travail pendant le reste de l'année ou ont d'autres moyens d'existence et ne se mettent pas en quête d'un emploi.

Les régimes d'assurance-chômage qui sont financés au moyen de cotisations et qui versent aux chômeurs des prestations d'un montant bien défini sont en mesure de faire face au chômage frictionnel ou à une baisse temporaire de l'activité économique dans son ensemble, mais ils ne peuvent remplir leurs obligations s'il se produit un chômage massif de longue durée; dans certains cas, en effet, il est arrivé que le quart, voire le tiers de la main-d'œuvre totale d'un pays se trouve en chômage. Il faut alors recourir à des systèmes exceptionnels d'assistance et de travaux de secours financés par l'Etat. On peut tenir pour acquis qu'aujourd'hui, tous les gouvernements, et pas seulement ceux qui exercent un contrôle absolu sur l'économie nationale, feront tout ce qui est en leur pouvoir pour prévenir de telles catastrophes.

La définition du chômage donnant droit à prestation est assez complexe, mais ne varie guère d'un régime à un autre. C'est la Grande-Bretagne qui, la première, a défini le chômage donnant droit à une prestation, et la définition britannique a, *mutatis mutandis*, joué un rôle analogue à la définition allemande de l'invalidité. Ses termes essentiels se retrouvent dans la convention du chômage, 1934, dans la recommandation sur la garantie des moyens d'existence, 1944, et dans la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale. On va voir que chacun des éléments de cette définition est à la fois équitable et d'application commode.

Premièrement, le chômage doit être involontaire : il ne faut pas que le travailleur ait quitté son emploi pour chercher une meilleure situation ou ait été congédié par sa faute. Il faut, en revanche, tenir compte du fait qu'un travailleur peut avoir quitté son emploi pour une raison valable, par exemple si l'entreprise où il travaillait s'est transportée à une distance trop grande de son domicile.

Deuxièmement, le requérant doit être une personne qui gagnait normalement sa vie en tant que salarié; le stage, que nous examinerons plus loin, sert à vérifier l'observation de cette condition. Les personnes qui n'exercent une activité salariée qu'à titre saisonnier sont souvent disqualifiées, en raison de l'incapacité dans laquelle elles se trouvent de justifier de l'accomplissement de la période de stage prescrite.

Troisièmement, le requérant doit être apte au travail, sinon il demanderait une prestation de maladie ou une pension d'invalidité au lieu d'une prestation de chômage. Dans quelques pays, où les taux de la prestation de chômage et de l'indemnité de maladie sont diffé-

rents, les personnes de santé précaire essaient d'obtenir la prestation la plus avantageuse. Néanmoins, les personnes qui, tout en ayant une capacité de travail réduite, sont en état de fournir un certain rendement dans un emploi ordinaire ne doivent pas se voir refuser la prestation de chômage, car un tel refus équivaldrait à certifier leur incapacité totale. Il est évident qu'une étroite coordination doit être établie à cet égard entre les caisses d'assurance-chômage, d'assurance-maladie, d'assurance-invalidité et d'assurance-accidents du travail.

Quatrièmement, le requérant doit être disponible pour un travail à plein temps; il ne doit pas seulement avoir besoin d'un emploi, mais aussi être en mesure de prendre celui qu'on lui offre. Il ne doit pas, par exemple, exercer une activité indépendante, ou se trouver hors de portée en un lieu reculé, ou n'avoir que quelques heures par jour à consacrer à un emploi.

Cinquièmement, il doit être disposé à accepter tout « emploi convenable ». La question de savoir quel emploi est ou n'est pas convenable dans chaque cas particulier est peut-être celle qui pose les problèmes les plus délicats aux régimes d'assurance-chômage. En règle générale, un emploi est considéré comme convenable s'il correspond aux qualifications professionnelles et aux aptitudes physiques de l'intéressé et si le salaire payé pour cet emploi n'est pas inférieur au salaire ordinairement pratiqué dans la profession en question. Néanmoins, lorsqu'il est évident qu'il y a peu de chances de trouver assez rapidement un emploi vacant dans la profession qu'exerçait le requérant, on peut considérer comme convenable un emploi différent ou même inférieur. Pour le définir d'un point de vue négatif, un emploi n'est pas convenable si le lieu de l'emploi est éloigné du domicile du requérant et qu'il n'existe pas de possibilité de logement dans la localité, ou si le service de l'emploi refuse de contribuer au paiement des frais de déménagement. De même, un emploi ne peut être considéré comme convenable lorsqu'il se trouve vacant en raison d'un arrêt du travail dû à un conflit professionnel.

Fonctions du service de l'emploi

Le service de l'emploi, tout comme un service de soins médicaux, a pour tâche de rendre sa clientèle capable de subvenir à ses propres besoins. Pour pouvoir réclamer une prestation en espèces, tout chômeur doit s'inscrire dans un bureau local de l'emploi, en indiquant ses emplois successifs et ses qualifications. Le bureau examine alors les offres d'emploi faites par les employeurs et, dès qu'il en trouve une correspondant aux qualifications du chômeur, il adresse celui-ci à l'employeur.

Le requérant doit se présenter au bureau à intervalles fréquents, pour demander si une vacance d'emploi convenable a été signalée et en même temps prouver qu'il n'a pas, entre-temps, trouvé lui-même du travail. C'est par le bureau de l'emploi que le requérant se fait délivrer périodiquement l'attestation de chômage qui lui permet d'obtenir et de continuer à recevoir la prestation.

Un service de l'emploi bien organisé inspire confiance aux employeurs, qui lui font connaître régulièrement leurs besoins en main-d'œuvre. Il se tient au courant des vacances d'emploi signalées dans les différentes régions du pays, et peut ainsi indiquer aux demandeurs d'emploi quelles sont leurs chances de trouver du travail dans leur métier habituel ou une profession analogue. Le service de l'emploi peut organiser des sections spéciales pour les jeunes travailleurs, les femmes et les travailleurs handicapés, ainsi que pour l'orientation professionnelle et le placement proprement dit. Il doit, à l'intention des demandeurs d'emploi qui n'ont aucune chance de trouver du travail dans leur profession antérieure, pouvoir disposer des services d'un organisme de formation et de réadaptation professionnelles. Les demandeurs d'emploi doivent être entretenus pendant leur réadaptation professionnelle; aussi une prestation en espèces, qui est généralement la prestation de chômage elle-même, leur est-elle versée. Ils peuvent aussi avoir besoin d'aide s'ils sont obligés de déménager pour trouver du travail.

Taux et conditions d'octroi des prestations

La prestation en espèces de l'assurance-chômage, la période de stage, le délai de carence et la durée maximum du versement de la prestation ont beaucoup de points communs avec les éléments correspondants du régime d'assurance-maladie. Le risque que des chômeurs préfèrent rester en chômage plutôt que de se remettre au travail est, toutefois, jugé plus sérieux et plus difficile à éliminer en matière d'assurance-chômage qu'en matière d'assurance-maladie.

Tous les régimes d'assurance-chômage et la quasi-totalité des systèmes d'assistance aux chômeurs exigent des requérants qu'ils aient accompli un stage d'emploi. Il va de soi que seul un salarié peut perdre son emploi, mais on a jugé nécessaire d'exiger que l'emploi ait duré un certain temps, afin que soit ainsi prouvée la volonté ou la capacité du requérant de travailler régulièrement. Il est à noter que cette condition élimine d'office les travailleurs indépendants et les commerçants qui ont interrompu leur activité, ainsi que les veuves non pensionnables. Ces catégories de personnes peuvent cependant avoir besoin d'une aide et d'une formation professionnelle qui leur permette de

trouver place dans la main-d'œuvre active; seuls les quelques régimes d'assistance aux chômeurs qui n'imposent aucune condition de stage tiennent compte de ces cas particuliers.

La période de stage est normalement de six mois d'emploi au cours des douze mois précédant la demande de prestation. Un ou deux régimes raccourcissent la durée du stage pour les jeunes travailleurs. Quelques autres prévoient un stage plus long, par exemple cinquante-deux semaines d'emploi au cours des cent quatre semaines précédant le chômage.

Le délai de carence est généralement plus long pour la prestation de chômage que pour l'indemnité de maladie. Cette différence s'explique par diverses raisons, dont la principale est peut-être le risque de prolongation volontaire du chômage auquel nous avons fait allusion un peu plus haut. Il faut ajouter à cette raison que les opérations administratives auxquelles donnent lieu les demandes de prestation de chômage sont plus compliquées, et donc plus coûteuses; avec un délai de carence plus long, si, comme le cas peut facilement se produire, le requérant trouve un nouvel emploi quelques jours après s'être inscrit au bureau de placement, on peut éviter ces opérations.

En revanche, la fixation d'un long délai de carence risque d'inciter les requérants à refuser un engagement temporaire à la fin duquel il serait de nouveau soumis au délai de carence. Afin d'éviter cet inconvénient, la plupart des régimes où le délai de carence est assez long — jusqu'à sept jours — n'imposent pas aux intéressés un nouveau délai de carence s'ils retombent en chômage quelques mois après ou même au cours de la même année. La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale, qui autorise la fixation d'un délai de carence de sept jours, prévoit que les jours de chômage précédant ou suivant un emploi temporaire de brève durée seront considérés comme faisant partie de la même période de chômage.

Le taux des prestations de chômage pratiqué par les quelque vingt pays qui ont institué des régimes d'assurance-chômage varie le plus souvent d'après les charges familiales du bénéficiaire. La raison en est que les régimes d'assurance-chômage ne se rencontrent que dans les pays industrialisés qui, à peu près tous, versent également des allocations familiales. Dans certains régimes, l'allocation familiale normale est remplacée par un supplément spécial pour personnes à charge, d'un taux supérieur, qui vient s'ajouter à la prestation de chômage. La plupart des régimes d'assurance-chômage accordent un supplément non seulement pour les enfants à charge mais aussi pour l'épouse sans profession. Dans environ un tiers des pays, le taux de la prestation de chômage est égal à celui de l'indemnité de maladie. Plusieurs régimes

versent une prestation proportionnelle au salaire, mais cette proportion, compte non tenu des suppléments familiaux, décroît au fur et à mesure que le salaire est plus élevé. Ce système, qui oblige à grouper les assurés en classes de salaire, est un compromis entre le versement d'une indemnité uniforme de subsistance et le versement d'une prestation uniformément proportionnelle au salaire antérieur du bénéficiaire.

Le taux de base de la prestation de chômage, c'est-à-dire le taux applicable lorsque le salaire ne dépasse pas le maximum prescrit, est dans la plupart des cas de 50 ou 60 pour cent du salaire pour un assuré sans personnes à charge. Mais lorsque le pourcentage varie à l'inverse du salaire, la prestation peut arriver à ne représenter que 35 pour cent de celui-ci, pour la classe de rémunération la plus élevée. La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale dispose que la prestation totale doit être au moins égale à 45 pour cent du gain antérieur de l'intéressé, y compris les allocations familiales, ou à une proportion semblable du salaire du manœuvre ordinaire, lorsque la prestation est la même pour toutes les personnes, à charges de famille égales. Comme nous l'avons dit à propos de l'indemnité de maladie, cette norme est nettement basse, surtout dans les pays industrialisés.

C'est en ce qui concerne la durée maximum du paiement de la prestation de chômage que l'on note les plus grandes variations entre les différents pays. Un tiers environ des régimes versent la prestation pendant six mois au cours d'une période de douze mois, la durée du stage étant également de six mois au cours des douze mois précédant la demande de prestations; ainsi, une personne ayant travaillé pendant les six premiers mois d'une année peut toucher la prestation de chômage pendant les six autres mois. D'autres pays, dont certains ont un système appliquant la formule de l'assurance, ne fixent aucune limite de temps au versement de la prestation. Plusieurs pays, où la protection du chômeur est normalement confiée à un système d'assurance, possèdent, à côté de la caisse d'assurance-chômage, un système d'assistance qui continue ensuite le paiement de la prestation, lorsque la vérification des ressources des intéressés en fait apparaître le besoin.

La convention concernant la sécurité sociale prescrit, comme norme minimum, le paiement de la prestation pendant treize semaines au cours d'une période de douze mois, pour les régimes d'assurance, et pendant vingt-six semaines, pour les régimes appliquant la formule de l'assistance. La recommandation sur la garantie des moyens d'existence, elle, ne prévoyait aucune limitation de la durée du versement de la prestation même dans les systèmes d'assurance; elle permettait de l'interrompre si le bénéficiaire refusait d'accepter un emploi qu'il était capable de remplir, mais dont la rémunération serait inférieure à

son gain antérieur, sans toutefois être inférieure au salaire couramment pratiqué pour la profession en question.

On peut dire qu'un système d'assistance aux chômeurs ne remplit pas correctement son rôle s'il ne garantit pas l'entretien de tous les chômeurs capables et désireux de travailler. C'est là, semble-t-il, une condition exigée par la justice sociale, quel que soit le type de l'économie du pays. Mais, la plupart du temps, le versement de la prestation pendant six mois sera suffisant, sauf en cas de crise économique grave. En pareil cas, d'ailleurs, on peut être certain que les moyens dont disposent les régimes d'assurance-chômage pour vérifier l'authenticité du chômage seraient de toute façon insuffisants à la tâche et, s'il n'en existait pas déjà, un système d'assistance devrait être improvisé en toute hâte.

Questionnaire

1. *Estimez-vous que le taux de la prestation devrait être plus élevé lorsque la maladie, l'invalidité ou le décès sont d'origine professionnelle que dans les autres cas ?*

2. *Les pensions d'incapacité permanente sont censées correspondre à la réduction de la capacité de gain de l'assuré. Comment cette réduction est-elle évaluée dans la pratique ?*

3. *Indiquez les caractères distinctifs des différents types de chômage.*

4. *Indiquez brièvement les cinq éléments de la définition du chômage donnant droit au paiement d'une prestation.*

5. *Y a-t-il, à votre avis, une raison valable pour que la période de stage, le délai de carence, le taux de la prestation et la durée maximum du versement de la prestation ne soient pas les mêmes en cas de chômage qu'en cas de maladie ?*

HUITIÈME LEÇON

FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Nous allons examiner dans la présente leçon la fréquence et la durée du paiement des prestations correspondant aux différentes éventualités, tandis que, dans la neuvième leçon, nous verrons quelles sont les méthodes qui permettent de répartir les frais correspondants, d'une part, dans le temps, d'autre part, entre les divers secteurs de la population.

Nous sommes ici sur le terrain du statisticien, de l'actuaire et de l'économiste, terrain dangereux et plein de pièges, où le non-initié ne peut s'aventurer qu'avec la plus extrême prudence. Les systèmes de sécurité sociale qui ont été institués sans une étude actuarielle minutieuse ou à des fins purement démagogiques, sans égard aux données actuarielles, ont tous fini, surtout lorsqu'ils prévoyaient le paiement de pensions, par désappointer leurs bénéficiaires éventuels. D'autre part, même dans un système reposant sur des études actuarielles sérieuses, il est impossible de prévoir les effets d'une inflation sur la valeur réelle des prestations. C'est pour ces raisons que la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale oblige les gouvernements à réévaluer périodiquement l'actif et le passif des régimes de sécurité sociale, afin de sauvegarder leur équilibre financier, et à fixer les taux des prestations et des cotisations sur la base de calculs actuariels.

Néanmoins, le non-spécialiste que les circonstances amènent à participer à l'organisation ou à la refonte d'un régime de sécurité sociale, ou à sa gestion courante, doit être à même d'apprécier l'ordre d'importance des éléments qui influent sur le coût de la sécurité sociale et de comprendre les facteurs qui agissent sur le mode de répartition de ce coût dans l'immédiat et dans l'avenir.

Des prestations calculées sur une base semblable dans deux régimes différents n'auront pas nécessairement un coût identique, proportionnellement au niveau des salaires des deux pays considérés; en effet, la fréquence et la durée du paiement des prestations seront déterminées par des éléments tels que la santé de la population, sa répartition par classes d'âge, la régularité du niveau de l'emploi, la sécurité des entreprises et la libéralité ou la rigueur des services administratifs de la sécurité sociale.

FRÉQUENCE ET DURÉE DU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Qu'entend-on par « coût de la sécurité sociale » ? La réponse qui vient immédiatement à l'esprit est : « le montant nécessaire pour payer les prestations et les dépenses d'administration. » Ce montant variera d'année en année, les prévisions de dépenses du régime de pensions devant s'élever assez régulièrement pendant longtemps, et les dépenses des autres régimes fluctuant dans des limites étroites, compte non tenu évidemment de tout changement de valeur de la monnaie. Nous verrons dans la prochaine leçon comment on calcule les recettes des régimes de sécurité sociale afin de couvrir les dépenses moyennes probables sur un nombre d'années plus ou moins grand. Dans la présente leçon, nous étudierons les données concrètes qui doivent être prises comme base pour les différentes éventualités ouvrant droit au versement de prestations, et nous illustrerons la fréquence et la durée du paiement des prestations au moyen d'exemples statistiques tirés de l'*Annuaire des statistiques du travail* du Bureau international du Travail et, le cas échéant, d'autres sources.

Allocations familiales

On peut calculer les dépenses annuelles d'un régime d'allocations familiales en multipliant le nombre des individus appartenant à chaque catégorie de personnes à charge donnant lieu au paiement d'une allocation par le taux annuel de l'allocation versée. Pour plus de clarté, nous n'envisagerons ici que les allocations payées au titre des enfants de moins de quinze ans.

La proportion des enfants de moins de quinze ans dans une collectivité donnée, au cours d'une année donnée, est fonction du taux de natalité et du taux de mortalité infantile enregistrés pendant l'année en question et pendant les quatorze années précédentes.

D'après une évaluation faite par le Bureau international du Travail, la proportion entre le nombre des enfants et la population active varie, dans les pays économiquement développés, de 0,445 : 1 à 0,785 : 1. La dimension des familles étant en général faible, les calculs ont fait ressortir que si l'allocation n'était pas versée pour le premier enfant, le coût du régime en serait réduit de près de moitié. Dans les pays insuffisamment développés, au contraire, et notamment en Amérique centrale, la proportion des enfants, par rapport aux personnes en âge de travailler, est beaucoup plus forte que dans l'ensemble de l'Europe. D'autre part, il est à peu près certain que dans ces pays, le nombre des femmes exerçant une profession lucrative est plus faible, de sorte

que les travailleurs qui participent au financement des allocations familiales représentent une plus faible proportion de la population en âge de travailler qu'en Europe.

Voici, tirés de l'*Annuaire des statistiques du travail, 1956*, quelques exemples du rapport entre le nombre des enfants bénéficiaires d'allocations familiales (l'âge limite normal est de quinze ou seize ans) et celui de la population active ou l'ensemble de la population assurée, selon que le régime est d'application universelle ou est limité à certaines catégories de la population :

A. Régimes d'application universelle :

1. Allocations versées pour tous les enfants :

Canada et Nouvelle-Zélande	1,00 : 1
Australie	0,80 : 1
Finlande	0,70 : 1
Suède	0,60 : 1

2. Allocations versées à partir du deuxième enfant :

Norvège	0,35 : 1
Royaume-Uni	0,25 : 1

B. Régimes à base d'assurance :

Allocations versées pour tous les enfants :

Algérie	1,15 :
Belgique et Italie	0,60 :

Le rapport peu élevé enregistré au Royaume-Uni est dû à la fois à la faiblesse du taux de natalité et à la forte proportion de la population active.

Indemnités de maladie

La plupart des cas de maladie sont de courte durée. L'expérience de l'importante mutuelle anglaise Independent Order of Oddfellows, Manchester Unity, qui a servi de base aux prévisions actuarielles du régime anglais d'assurance-maladie à la fin du dernier siècle, avait montré que les maladies d'une durée inférieure à treize semaines formaient 81 pour cent de la totalité des jours de maladie signalés (la durée maximum du versement des prestations étant de vingt-six semaines). Les maladies dépassant le cadre des vingt-six semaines risquent, selon toute vraisemblance, de durer beaucoup plus longtemps; c'est là une raison de plus de les faire passer de l'assurance-maladie à l'assurance-invalidité. On aurait pu normalement s'attendre, compte tenu des

progrès de la médecine, à une baisse graduelle de la fréquence des cas de maladie, mais il n'en a rien été. Il ne faut pas oublier à ce sujet que la notion même de maladie est assez souple et peut dans une certaine mesure être déterminée par le contrôle administratif. Les services de contrôle médical des régimes d'assurance-maladie se font une certaine idée du taux de fréquence normal des maladies; ils tenteront de faire en sorte que les certificats de maladie délivrés par les médecins restent dans ces limites, mais n'essaieront guère de faire tomber le nombre de ces certificats au-dessous du niveau considéré comme normal. En outre, les générations d'aujourd'hui sont beaucoup plus au courant des risques de maladie que les générations précédentes et beaucoup plus conscientes du fait que la santé est un précieux capital à sauvegarder.

Nous avons tiré de l'*Annuaire des statistiques du travail, 1956*, et d'autres sources les exemples suivants qui, tous, ont trait à des régimes prescrivant un délai de carence de trois jours et limitant normalement la durée des prestations à vingt-six semaines (tableau IV).

TABLEAU IV. — FRÉQUENCE ET DURÉE DES INDEMNITÉS DE MALADIE

Pays	Nombre de cas par 100 assurés	Nombre moyen de jours de prestations par cas	Nombre de jours de prestations par assuré
République fédérale d'Allemagne	65	19	12
Autriche	64	23	15
Turquie	41	20	8
Venezuela	25	24	6

Le nombre relativement faible des cas de maladie par cent assurés enregistré en Turquie et au Venezuela s'explique peut-être par l'âge moyen plus bas des travailleurs de ces pays d'industrialisation récente, ainsi que par le taux de natalité élevé; l'expérience britannique montre que le nombre annuel moyen de jours de maladie est normalement une fois et demie plus élevé pour un homme de quarante-cinq ans que pour un homme de trente ans.

Prestations de maternité

Les prestations en espèces versées à l'occasion de la grossesse, de l'accouchement et de leur suites comprennent toujours une « allocation de maternité », c'est-à-dire une allocation payée à la femme assurée pendant une certaine période précédant et suivant les couches. Mais plusieurs régimes versent en outre une allocation d'allaitement ou une prime de layette ou les deux, et étendent, en règle générale, ces presta-

tions aux épouses d'assurés aussi bien qu'aux femmes assurées directement.

Le coût des prestations de maternité par personne assurée varie évidemment suivant le taux de natalité enregistré parmi les femmes assurées, et suivant la proportion des femmes assurées par rapport à la population assurée. D'après l'*Annuaire des statistiques du travail* et d'autres sources, le nombre annuel de naissances donnant lieu au paiement de la prestation de maternité représentait, dans quatre pays, le pourcentage suivant de la population assurée : France, 1,8; Venezuela, 1,7; République fédérale d'Allemagne, 1,4; Belgique, 1,1.

Pour ce qui est de l'allocation d'allaitement, les chiffres suivants, valables pour la République fédérale d'Allemagne, peuvent servir d'exemple. L'allocation est versée à la fois aux femmes assurées directement et aux épouses d'assurés pendant une période moyenne de quatorze semaines : les premières touchent un minimum de 25 pour cent de leur salaire, les autres une somme un peu plus faible. La durée totale du versement de ces allocations représentait, en 1955, 3,4 jours par personne assurée.

Pensions d'invalidité

La fréquence des cas d'invalidité au sein de la population active ne peut être évaluée *a priori*, en l'absence de statistiques concrètes, que d'une façon assez grossière; mais une fois en possession d'un chiffre actuariel, les services administratifs du régime d'invalidité peuvent exercer sur les personnes qualifiées pour délivrer les certificats d'invalidité, une certaine pression tendant à maintenir le nombre des certificats dans les limites indiquées par ce chiffre.

Les prestations d'invalidité sont versées non seulement aux personnes atteintes d'infirmités incurables, mais aussi à celles dont la maladie a dépassé les limites maxima de paiement de l'indemnité de maladie et auxquelles l'assurance-invalidité permet de poursuivre leur traitement. Pour les assurés de la première catégorie, la pension sera en principe permanente, tout en restant sujette à des contrôles périodiques de l'invalidité, jusqu'à ce que l'assuré atteigne l'âge lui donnant droit à une pension de vieillesse; mais pour la deuxième catégorie, la pension a le caractère d'une allocation temporaire, en attendant la décision médicale prise à la fin du traitement ou de la rééducation.

Les autorités qualifiées pour prendre cette décision médicale se trouvent placées devant un problème délicat. Elles doivent déterminer s'il existe un travail convenant aux aptitudes physiques du requérant et, dans l'affirmative, la rémunération qu'il pourrait en retirer. En période de chômage, dans des pays n'ayant pas de système d'assurance-

chômage, elle pourront être tentées de faire preuve d'une certaine libéralité. En revanche, en période de prospérité économique, la proportion des personnes physiquement handicapées pouvant être réemployées augmentera, et une attitude plus stricte sera peut-être adoptée.

L'éventualité de l'invalidité s'accroît rapidement avec l'âge; elle triple entre seize et quarante ans, et de nouveau entre quarante et soixante ans. En conséquence, le taux d'invalidité sera sans doute plus grand parmi les populations assurées d'âge moyen élevé que parmi les autres. Le tableau V donne quelques renseignements sur des régimes en application depuis plusieurs dizaines d'années. La colonne de la limite d'âge indique l'âge auquel la pension d'invalidité est remplacée par la pension de vieillesse; il convient de signaler que le régime suédois couvre, à partir de l'âge de seize ans, les cas d'invalidité contractée durant l'enfance.

TABLEAU V. — PROPORTION DES INVALIDES PAR RAPPORT
A LA POPULATION ASSURÉE

Pays	Année	Proportion des invalides par rapport à la population assurée (en pourcentage)	Age limite
Danemark	1953	1,5	60
France	1955	2,4	60
Suède	1954	2,9	67

Source : Chiffres calculés d'après l'*Annuaire des statistiques du travail*, 1956.

Pensions de vieillesse

Le nombre des pensionnés et celui des personnes en âge de travailler formant la population économiquement active sont déterminés par la situation démographique et par la situation économique du pays, que le système de pensions soit universel ou applicable seulement aux salariés. Dans la plupart des pays d'Europe et du monde anglo-saxon, la proportion des personnes âgées par rapport à celles qui sont en âge de travailler n'a cessé de croître depuis un demi-siècle et continuera de croître pendant au moins quelques décennies. Certes, la proportion des enfants, dans la majorité de ces pays, a parallèlement diminué, de sorte que la proportion de l'ensemble des personnes à charge, jeunes et vieux, n'a guère varié. Mais un vieillard retraité coûte beaucoup plus cher à la collectivité qu'un enfant. On trouvera dans le tableau VI quelques chiffres tirés de recensements et quelques prévisions illustrant ces tendances :

TABLEAU VI. — NOMBRE DE PERSONNES APPARTENANT AUX DIFFÉRENTES CLASSES D'ÂGE, POUR MILLE HABITANTS

Classes d'âge	Royaume-Uni		Portugal		Amérique centrale	
	1951	1971	1951	1971	1951	1971
Enfants de moins de 15 ans	224	198	295	281	428	406
Hommes de moins de 65 ans	641	625	616	614	532	549
Femmes de moins de 60 ans						
Personnes âgées	135	177	89	105	40	45

Le relèvement ou l'abaissement de l'âge de la retraite exercent, sur le coût du régime des pensions, une influence beaucoup plus grande qu'on ne se l'imagine à première vue ¹. L'élévation de l'âge de la retraite diminue le nombre des pensionnés en même temps qu'il augmente celui des cotisants; la cotisation pourra être ainsi diminuée pour ces deux raisons; par contre, le nombre des bénéficiaires de pensions d'invalidité aura tendance à augmenter. L'abaissement de l'âge de la retraite produit des effets exactement contraires. L'exemple imaginaire du tableau VII illustre ces effets sur un groupe de mille cotisants et pensionnés.

TABLEAU VII. — ÂGE DE LA RETRAITE ET NOMBRE DE PENSIONNÉS
(Pour mille cotisants ou pensionnés)

Age de la retraite	Nombre de pensionnés		Nombre de cotisants	Pourcentage du nombre des pensionnés par rapport au nombre des cotisants
	Vieillesse	Invalidité (assurés n'ayant pas atteint l'âge de la retraite)		
50 ans	333	15	652	53
55 »	255	23	722	39
60 »	183	35	782	28
65 »	121	56	823	22
70 »	70	80	850	18

Si le revenu d'un pays par habitant s'accroît d'un petit pourcentage chaque année — et c'est le cas dans les pays industrialisés —, la possibilité qui lui est ainsi offerte d'abaisser l'âge de la retraite est contrebalancée par l'augmentation du nombre des personnes qui ont dépassé cet âge, augmentation due à l'amélioration générale de l'hygiène

¹ Même si l'on ne tient pas compte des intérêts composés, dans les régimes où les cotisations s'accumulent.

et des soins médicaux, qui a prolongé l'espérance de vie. C'est pourquoi l'on n'observe pas actuellement de tendance à l'abaissement de l'âge de la retraite. Toutefois, l'augmentation de l'espérance de vie, qui, dans les pays avancés, peut être évaluée à environ 20 pour cent, à soixante-cinq ans, depuis le début du siècle, équivaut à un abaissement de l'âge de la retraite de deux années approximativement.

A l'heure actuelle, une personne prenant sa retraite à soixante ans en Europe et en Amérique du Nord a des chances d'en jouir pendant douze à quinze ans, et si elle est pensionnée à soixante-cinq ans, pendant dix à quatorze ans. Plus de femmes que d'hommes atteignent l'âge de soixante ou soixante-cinq ans, et l'espérance de vie des femmes est d'une ou deux années plus longue que celle des hommes.

Pensions de veuves et d'orphelins

Le nombre des veuves et des orphelins laissés par des personnes assurées est évalué sur la base des recensements et des statistiques des naissances, des mariages et des décès. Dans les pays où le mariage officiel n'est pas aussi courant et où le concubinage est fréquent, le nombre des personnes à charge laissées par un assuré à son décès est très difficile à prévoir.

D'après les statistiques allemandes de 1938, le nombre des veuves âgées de plus de soixante-cinq ans ou invalides représentait 3,6 pour cent de la population assurée; on estimait que ce chiffre devait s'élever à 5 pour cent en 1955. En France, la même catégorie de personnes représentait, en 1955, 3,7 pour cent de la population assurée. En Belgique, où toutes les veuves d'assurés reçoivent des pensions, leur proportion s'élevait en 1955 à 8,5 pour cent. En Grande-Bretagne, si l'on considère seulement les veuves bénéficiaires de pensions en vertu de la législation d'après-guerre (à l'exclusion des veuves bénéficiaires de pensions en vertu de lois antérieures), on trouve la répartition suivante, par rapport à la population assurée :

	Pourcentage
Veuves de plus de 60 ans	5,3
Veuves de moins de 60 ans :	
a) ayant un enfant à charge	0,4
b) de plus de 40 ans ou invalides	0,8
Total	6,5

Ces chiffres montrent clairement que la grande majorité des veuves pensionnées sont des personnes âgées.

Nous avons calculé, pour trois pays à faible taux de natalité, la proportion, en pourcentage, des enfants ayant perdu leur père ou leurs deux parents et bénéficiaires d'une pension d'orphelin, par

rapport à la population assurée : Grande-Bretagne (1936), 1,5; Allemagne (1938), 1,6; Suisse (1954), 2,0.

Prestations en cas d'accident du travail et de maladie professionnelle

Comme on a vu plus haut, l'assurance-accidents du travail n'est qu'un type particulier d'assurance-maladie, d'assurance-invalidité et d'assurance-survivants applicable à un nombre de cas très faible par rapport à celui des régimes d'application générale, mais fournissant des prestations ordinairement plus généreuses. Ces prestations sont de quatre types : allocations d'incapacité temporaire, pensions d'incapacité permanente, pensions de survivants, prestations médicales.

Les risques d'accidents du travail varient énormément d'une profession à une autre et d'une branche d'activité économique à une autre, selon que les métiers dangereux y sont plus ou moins fréquents. En Italie, par exemple, le barème des primes d'assurance-accidents du travail de 1954 prévoit 657 taux différents, allant de 0,5 pour cent à 23,1 pour cent du total des salaires. La fréquence et la gravité des accidents, ainsi que la fréquence des accidents mortels, varient donc d'un pays à un autre, selon que les travailleurs des secteurs dangereux représentent une proportion plus ou moins grande de la population assurée. Elles varient aussi d'un pays à un autre, pour la même branche d'activité économique, selon le type d'équipement mécanique et les habitudes de sécurité que l'on y rencontre. Elles varient, enfin, selon la qualité des services médicaux mis à la disposition des victimes et la rigueur de la surveillance médicale.

L'*Annuaire des statistiques du travail* du B.I.T. et — pour le Mexique et la Suisse — d'autres documents, nous montrent qu'en 1953-1954, le total des primes payées représentait les pourcentages ci-après du salaire de base moyen des assurés :

	Pourcentage
Belgique	2,6
Suisse	2,1
Mexique	1,85
Pays-Bas	1,5
Japon	1,1
Canada (Ontario)	1,0

Les entreprises couvertes par ces régimes sont suffisamment variées pour refléter l'ensemble des activités économiques des zones urbaines, sinon de toute l'industrie des pays considérés; mais, si les régimes des quatre premiers pays versent des prestations allant de 75 à 100 pour cent du salaire de base en cas d'incapacité totale, sans délai de carence, les deux derniers versent des prestations moins importantes et imposent un délai de carence de sept jours.

L'imposition d'un délai de carence réduit sensiblement le nombre des cas donnant droit au paiement de la prestation. Dans l'Ontario, les cas d'incapacité de travail durant moins de sept jours sont deux fois et demie plus nombreux que tous les autres cas exigeant une prestation médicale; en Suisse, les cas d'incapacité durant moins de trois jours sont une fois un tiers plus nombreux que les autres.

La fréquence des cas donnant lieu au paiement d'une allocation d'incapacité temporaire, après l'écoulement d'un délai de carence de trois à sept jours, semble être d'environ 5 pour cent du nombre des assurés. La durée moyenne de versement de l'allocation, compte tenu des cas d'accidents suivis d'incapacité permanente, semble généralement être de trois semaines. L'absence de délai de carence augmente la fréquence et diminue la durée moyenne de versement de la prestation.

L'étude comparée de la fréquence et de la gravité des cas d'incapacité de travail permanente se heurte à une difficulté analogue à celle que nous venons de signaler à propos de l'incapacité temporaire : les cas de lésions légères mais permanentes sont nombreux, et le degré minimum d'incapacité qui ouvre droit au versement d'une pension ou même d'une somme en capital varie sensiblement d'un pays à un autre. Le tableau VIII indique, pour deux régimes ne fixant pas de degré minimum d'incapacité, la répartition des cas d'incapacité permanente, selon la gravité de l'incapacité.

TABLEAU VIII. — EXEMPLES DE RÉPARTITION DES CAS D'INCAPACITÉ PERMANENTE, SELON LE DEGRÉ D'INCAPACITÉ

Degré d'incapacité	Pourcentage de l'ensemble des cas d'incapacité	
	Grande-Bretagne	Canada (Ontario)
0 à 19	54,3	86,0
20 à 39	32,8	6,1
40 à 59	7,8	2,3
60 à 79	2,6	1,6
80 à 99	0,8	0,5
100	1,7	3,5
	100,0	100,0

Ces chiffres font ressortir non seulement la prédominance des cas d'incapacité légère, mais aussi la différence des critères d'appréciation du pourcentage d'incapacité. En réalité, ce que le système britannique indemnise, ce n'est pas la perte de la capacité de gain, mais l'atteinte à l'intégrité physique de l'accidenté. Une indemnité supplémentaire est versée lorsque la victime ne peut plus occuper d'emploi rémunéré.

La fréquence relative des cas d'accidents mortels pour cent assurés diffère de façon surprenante d'un pays à un autre; elle varie par exemple entre 0,01 (un accident mortel pour 10.000 assurés) et 0,035 dans les régimes européens applicables à l'ensemble des salariés en 1954 ou 1955.

Enfin, en ce qui concerne les prestations médicales, qui forment un poste important de dépenses des régimes d'assurance-accidents du travail, on verra ci-après le pourcentage des recettes provenant des cotisations affecté au paiement des prestations médicales, en 1954 ou 1955, dans quelques pays :

	Pourcentage
Canada (Ontario)	20
Suisse	16
France	16
Pays-Bas	13
Belgique	11

On notera que le pourcentage le plus élevé se rencontre dans le régime où le taux de la cotisation est le plus bas ¹, et inversement; il serait intéressant de rechercher les raisons de ce phénomène.

Prestations de chômage

Contrairement aux éventualités d'ordre biologique, le chômage n'est pas caractérisé par une régularité statistique permettant de prévoir son importance approximative, plusieurs années d'avance. Certes, il existera toujours un minimum incompressible de chômage frictionnel, mais, si c'était tout, il n'y aurait aucune nécessité d'instituer un régime d'assurance-chômage. En fait, avant la guerre, le chiffre des chômeurs se gonflait dans d'énormes proportions, à intervalles plus ou moins réguliers, lorsqu'une crise générale frappait l'économie. Mais, de même qu'on ne tient plus compte des épidémies de peste lorsqu'on met sur pied un système d'assurance-maladie, puisque les services de la santé publique peuvent prévenir leur apparition, de même, peut-être, les gouvernements des pays à économie non planifiée pourront-ils trouver des moyens acceptables d'empêcher les crises.

Le chômage minimum incompressible, la monnaie restant stable par hypothèse, peut être évalué à 2 pour cent de la main-d'œuvre totale. Un taux supérieur à 5 pour cent devrait être considéré comme appelant des mesures appropriées.

Malgré les hésitations des actuaires, des régimes d'assurance-chômage ont été mis sur pied, et leurs organisateurs ont dû recourir à certaines hypothèses, au moins provisoires, sur le volume du risque

¹ Voir p. 111.

à couvrir. Le fait que ces régimes sont viables s'explique sans doute par la manière dont le chômage se répartit entre un grand nombre d'activités économiques et d'individus, tous couverts par l'assurance. Il est intéressant, à cet égard, de considérer les enquêtes statistiques détaillées effectuées en Grande-Bretagne entre les deux guerres.

En 1932, au plus fort de la crise, 23 pour cent de la population assurée étaient en chômage, les pourcentages étant les suivants pour les principales branches d'activité : mines, 40; industries manufacturières, 30; transports, 20; commerce de détail, 10; autre commerce et banques, 5.

La concentration des demandes de prestations de chômage dans certaines branches avait pour effet que, dans un grand nombre de cas, les assurés épuisaient leur droit à prestations, et, dans l'impossibilité de trouver un emploi leur permettant d'acquérir de nouveau le droit d'en toucher, n'étaient plus protégés. En revanche, dans les branches d'activité les moins touchées par la crise, beaucoup de travailleurs avaient gardé un emploi stable. De cette manière, le régime d'assurance éliminait les risques les plus mauvais et ne retenait que les risques moyens. La répartition inégale du chômage, en temps de crise, entre l'industrie et le commerce est un phénomène typique dans les pays industrialisés. C'est cette inégalité qui explique que les régimes d'assurance-chômage peuvent continuer à rester solvables en abandonnant les cas chroniques aux systèmes d'assistance sociale ou d'aide aux indigents.

En ce qui concerne la durée, la courbe du chômage suit à peu près, avec une forme plus accentuée, celle de la maladie; le chômage prolongé ressemble beaucoup, sous ce rapport, à l'invalidité; il ne s'agit pas d'ailleurs d'une pure analogie, puisque les infirmités personnelles ont une influence sur les possibilités de trouver un emploi.

Au cours d'une période de deux ans et demi, où le chômage moyen était de 10 pour cent (c'est-à-dire cinq semaines par an), 30 pour cent seulement de la population assurée a demandé le versement d'une prestation quelconque, et, sur ce chiffre, un quart seulement a bénéficié de versements pendant plus de cent jours. En 1928, où le taux de chômage était aussi de 10 pour cent, les bénéficiaires de prestations (et non pas l'ensemble de la population assurée) se répartissaient comme suit :

Durée du chômage	Hommes	Femmes
Moins de 3 mois	31,1	50,5
3 à 6 mois	28,8	30,5
6 à 9 mois	19,7	12,0
9 à 12 mois	14,9	5,8
12 mois et plus	5,5	1,2
Total . . .	100,0	100,0

Le nombre des périodes de chômage s'établissait, par personne, à 2,4 pour les hommes et à 2,0 pour les femmes.

Prestations médicales

La fréquence des cas qui ouvrent droit à la prestation médicale dépend largement, en pratique, de l'attitude des bénéficiaires éventuels. En principe, toute personne protégée peut se faire examiner par son médecin aussi souvent qu'elle le désire et qu'elle en a le loisir ; de son côté, le médecin a toute latitude de déterminer si un traitement s'impose ou non, mais il est naturel que dans la grande majorité des cas, il reconnaisse l'existence d'une affection et prescrive un remède. C'est pourquoi le nombre des consultations et celui des ordonnances sont en étroite corrélation et dépendent dans une grande mesure de la manière dont les personnes protégées jugent l'état de leur santé dans le pays en question. Cependant, une fois le diagnostic établi, la nature et la durée du traitement sont déterminées surtout par le médecin, dont les décisions seront influencées par des considérations très variées : exigences « idéales » du cas, possibilités pratiques de traitement dans le cadre du régime d'assurance, compte tenu de ses ressources financières et de l'équipement hospitalier.

Nous avons choisi quelques statistiques montrant la diversité des demandes de prestations médicales dans différents pays (tableau IX).

On peut évaluer le coût annuel des prestations médicales payées par les régimes de sécurité sociale et, en particulier, par l'assurance médicale, en calculant la part des ressources du régime — cotisations d'assurance et subventions de l'Etat — qui a été consacrée au paiement de ces prestations. Mais ce mode de calcul ne tient pas compte du fait que l'assurance-maladie bénéficie dans plusieurs pays d'une subvention occulte du fait qu'elle envoie ses malades non pas dans des hôpitaux qui lui appartiennent, mais dans des hôpitaux publics, à la construction et au fonctionnement desquels elle ne contribue que partiellement. En outre, dans quelques pays d'Europe, le bénéficiaire doit payer une partie du coût de certains services en sus de sa cotisation d'assuré. En général, sa participation totale sera certes faible et ne représentera, par exemple, qu'une petite partie du coût des dentiers, lunettes et membres artificiels, mais dans la République fédérale d'Allemagne, en Belgique, en France et au Royaume-Uni, le malade paie de 20 à 25 pour cent du prix des médicaments et, en Belgique et en France, il acquitte aussi une proportion à peu près équivalente de la note du médecin.

TABLEAU IX. — FRÉQUENCE ET DURÉE DES PRESTATIONS MÉDICALES

Pays	Année	Nombre de consultations par personne protégée	Nombre de cas d'hospitalisation pour 100 personnes protégées	Nombre moyen de jours d'hospitalisation	Nombre d'ordonnances pharmaceutiques par personne protégée
République fédérale d'Allemagne :					
Personnes assurées	1955	—	9,55	24	—
Personnes à charge		—	9,2	20	—
Grande-Bretagne . .	1950	5,5	—	—	5,3
Italie	1952	2,8	4,9	12,5	3,2
Mexique	1952	5,5	4,8	—	—
Pérou	1953	4,5	7,0	20	7,5
Yougoslavie :					
Personnes assurées	1953	2,5	28,3	14,4	2,9
Personnes à charge			4,0	15,0	

Les budgets des régimes d'assurance-maladie ne montrent évidemment que les dépenses payées sur leurs propres recettes. Nous avons calculé (tableau X), sur la base de chiffres tirés de l'*Annuaire des statistiques du travail* et d'autres sources, la proportion des salaires de base servant au calcul des cotisations qui était consacrée au financement des prestations médicales dans un certain nombre de régimes en 1954 ou 1955. Tous ces régimes protègent les personnes à la charge de l'assuré, quoique pas toujours aussi complètement que l'assuré lui-même; en conséquence, le nombre des personnes à charge par assuré influe sur le coût du régime.

TABLEAU X. — COÛT DES PRESTATIONS MÉDICALES ¹
EN POURCENTAGE DU SALAIRE DE BASE

Pays	Coût par assuré	Coût par personne protégée (assurés et personnes à charge)
Mexique	7,4	2,7
France	6,3	2,5
Belgique	4,7	2,0
Japon	4,7	1,3
République fédérale d'Allemagne	3,6	2,0

¹ Y compris les soins obstétricaux.

En Angleterre et au pays de Galles, le coût du service national de santé peut être estimé en pourcentage du revenu national par membre

de la population active, que l'on peut considérer comme l'équivalent de la population assurée d'autres pays. Ce pourcentage était de 3,4 en 1954, et comme il y avait environ une personne à charge par personne assurée, le coût du régime par personne protégée s'élevait à approximativement 1,7 pour cent de ce revenu. Il est intéressant de comparer ce coût avec la cotisation qui aurait dû être perçue si le régime avait suivi la formule de l'assurance; on a estimé le coût total du régime, pendant l'exercice 1952-53, à 7,7 pour cent du total des gains des salariés et des personnes travaillant à leur propre compte.

Le Mexique est l'un des rares pays où l'assurance-maladie assume la totalité des frais médicaux des assurés et des personnes à leur charge. Pour ce qui est des personnes hospitalisées, le système français assume pratiquement la totalité des frais (y compris la participation du malade) alors que les régimes de la Belgique et de la République fédérale d'Allemagne n'en assument que les deux tiers.

Les statistiques nationales ne fournissent pas de données comparables sur le détail des diverses prestations médicales. Mais le B.I.T. a analysé les dépenses faites en 1951 dans différents pays d'Europe en ce qui concerne les types de soins médicaux et de maternité spécifiés dans la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale. Cette analyse a fait ressortir la répartition suivante des dépenses :

	Pourcentage
Soins de médecine générale et de spécialistes, en dehors des hôpitaux	27
Soins dans les hôpitaux	41
Fournitures pharmaceutiques	18
Soins d'hygiène dentaire	9
Soins de maternité	5
Total	100

Questionnaire

1. *Classez les éventualités couvertes par les régimes de sécurité sociale selon que leur fréquence peut, ou non, être évaluée par les actuaires de façon suffisamment exacte, avant toute expérience du fonctionnement du système.*

2. *Quelles conclusions peut-on tirer du fait que le nombre moyen de jours de maladie, par assuré, ne diminue pas malgré les progrès de la médecine ?*

3. *Pourquoi le coût des pensions de vieillesse, leur taux restant fixe, s'élève-t-il si rapidement lorsque l'âge de la retraite est abaissé ?*

NEUVIÈME LEÇON

FINANCEMENT DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE (fin)

RÉPARTITION DES COÛTS DANS LE TEMPS

Un système de sécurité sociale ne méritera son nom que s'il y a certitude raisonnable que les prestations qu'il prévoit seront versées lorsqu'elles deviendront exigibles. Il ne suffit pas qu'un gouvernement déclare — déclaration qui engage surtout ses successeurs — que, quels que soient les frais impliqués, il garantit la solvabilité du système. Il y a, dans la pratique, des limites aux sommes qui peuvent être prélevées sur la population active en vue de financer les prestations versées aux autres habitants et, une fois cette limite atteinte, les prestations se trouveront réduites, soit en valeur nominale, soit par suite de l'inflation. C'est pourquoi le problème du financement d'une prestation envisagée doit toujours être étudié à fond et il faut lui trouver une solution viable avant que le système reçoive force de loi. Comme nous l'avons mentionné dans la leçon précédente, la convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale insiste fortement sur ce point.

Que ce soient les assurés, les employeurs ou les contribuables qui se trouvent en cause, tous désirent savoir, au moins approximativement, quelle part de leur revenu sera absorbée par les charges obligatoires de sécurité sociale, car un accroissement brusque et substantiel de ces charges perturberait la marche de leurs affaires. Il est inévitable que, lorsqu'un système d'assurance sociale est mis en vigueur, cette opération salubre fasse subir un certain choc à ceux qui sont appelés à cotiser. Mais ce choc peut être atténué — et il l'est fréquemment — si les différentes branches de la sécurité sociale sont organisées l'une après l'autre. Le financement de systèmes d'assurance sociale devrait donc être conçu de telle manière que le montant des cotisations soit constant ou que, si une augmentation est nécessaire, elle n'intervienne qu'à un rythme égal, ou à peine supérieur, à celui de l'accroissement de la richesse nationale.

Un système de sécurité sociale dont le financement est assuré par les recettes fiscales générales se trouve placé en face de problèmes

techniques et psychologiques essentiellement différents de ceux qui doivent être résolus par un système reposant en majeure partie sur des cotisations. Dans l'examen que nous allons faire de cette question, nous nous occuperons surtout de la seconde de ces méthodes de financement.

Dans toutes les branches d'assurance sociale, les plans dressés pour maintenir les cotisations à un taux constant se heurtent à cette difficulté inévitable que ni les recettes ni les dépenses ne se montreront exactement conformes aux prévisions : il y aura toujours des écarts dans un sens ou dans l'autre. Pour en donner un exemple, une augmentation du chômage réduira immédiatement les recettes tirées des cotisations pour toutes les branches de la sécurité sociale, tandis que les dépenses ne diminueront que plus tard. Tout système doit donc constituer une réserve pour se garantir contre un accroissement imprévisible des dépenses ou une chute des recettes. On la créera, normalement, en mettant de côté une petite part des cotisations; quand elle est devenue suffisante, et aussi longtemps qu'elle le reste, cette part des cotisations peut être transférée à l'amélioration des prestations. Du fait même que les écarts mentionnés sont imprévisibles, il est impossible de déterminer, avant que l'on possède des données d'expérience, l'importance que devrait revêtir cette réserve; les cotisations de quelques mois peuvent suffire pour l'assurance-maladie, mais une caisse de chômage ne se sentira pas sûre de sa position sans un fonds de réserve beaucoup plus important.

Certaines des éventualités couvertes par les régimes de sécurité sociale ont, par nature, une fréquence extrêmement régulière, même si une lente évolution peut se manifester sur quelques années. Il s'agit des événements enregistrés par les statistiques démographiques, c'est-à-dire les naissances et les décès. Un actuaire peut donc calculer assez exactement par avance le nombre annuel des accouchements et, pour plusieurs années consécutives, celui des enfants à charge, des personnes qui atteindront l'âge ouvrant droit à pension des veuves et, des orphelins en vie.

La maladie et l'invalidité, comme le décès, ont une fréquence régulière. Mais, lorsqu'il décide qu'un cas particulier justifie l'octroi d'une prestation, le médecin qui délivre le certificat fait appel à son propre jugement et utilise des critères plus ou moins souples. Cette souplesse peut servir, d'une part, à adapter plus exactement le nombre des prestations accordées aux prévisions de l'actuaire, mais elle peut aussi permettre une plus grande générosité.

La fréquence de la maladie, de l'invalidité et des décès causés par les accidents du travail et les maladies professionnelles varie énormément.

ment d'une profession à une autre, mais néanmoins, les chiffres intéressant l'emploi dans son ensemble sont assez stables d'une année à la suivante.

Le chômage se rapproche de la maladie et de l'invalidité en ce que la décision d'accorder ou de refuser une prestation comporte un certain degré d'appréciation subjective, mais ce facteur n'a qu'un effet minime sur le volume des prestations. Dans un régime économique où prédomine le capitalisme privé et dans tout pays, quel que soit son régime économique, possédant un commerce extérieur important, de fortes fluctuations peuvent survenir dans les charges qu'imposent les prestations. Les systèmes d'assistance ressentiront dans toute sa force le choc d'un chômage massif, tandis que les systèmes d'assurance se protègent des plus lourdes conséquences du chômage grâce aux dispositifs d'autodéfense que nous avons mentionnés dans la leçon précédente.

Le coût des prestations dépendra évidemment en fait, non pas du nombre des personnes (ou de leurs dépendants) qui, dans la population assurée, sont incapables de travailler, âgées ou en chômage, mais du nombre de ces personnes auxquelles des prestations ont été accordées, ainsi que du montant moyen de ces prestations.

Un régime intéressant la totalité de la population accordera par définition des prestations à tous les individus touchés par l'éventualité qu'il est destiné à couvrir. En Suède, par exemple, le régime d'allocations familiales s'est appliqué d'emblée à tous les enfants vivants, de même que le versement des pensions devait commencer, pour tous les invalides et vieillards, dès l'entrée en vigueur du régime en cause.

Par contre, lorsqu'un régime a un caractère d'assurance, l'obligation d'accomplir une période de stage, usuelle dans toutes les branches à l'exception de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, limite le nombre des bénéficiaires de prestations, tout au moins au début. Ainsi, aucune personne malade ou en chômage à la date où l'on commence à percevoir les cotisations n'obtiendra une prestation si elle ne travaille pas pour l'une de ces raisons; et aucune personne qui, à ce moment, est déjà invalide, veuve ou orpheline ne pourra jamais recevoir de prestations, alors qu'une personne âgée, capable de continuer à travailler pendant quelques années encore, aura la possibilité d'acquérir un droit à pension.

Les effets qu'exerce le stage en différant et, jusqu'à un certain point, en limitant l'augmentation du nombre des bénéficiaires de prestations, varient évidemment en fonction de sa durée. Des stages courts sont liés aux prestations temporaires, des stages longs aux pensions, à cela près qu'aux termes des dispositions transitoires des régimes de pensions,

il est d'usage d'abréger considérablement la durée du stage pour les personnes ayant déjà un certain âge au moment où le système est mis en vigueur. Une fois qu'un régime a été appliqué pendant un temps équivalent à la durée du stage, les personnes affiliées à l'origine peuvent, dès réalisation de l'éventualité couverte, obtenir la prestation correspondante. Sauf pour ce qui est de l'assurance-allocations familiales, la période qui s'écoulera jusqu'à ce que, dans une population assurée constante quant au volume et à la structure, le nombre des bénéficiaires de prestations atteigne son niveau permanent, dépend de la durée maximum de la prestation.

L'assurance-allocations familiales verse des prestations aux personnes assurées qui ont accompli la période de stage (habituellement très courte), au titre des enfants à leur charge, que ces derniers soient déjà nés ou qu'ils naissent par la suite. En conséquence, le nombre des bénéficiaires et de leurs enfants atteint son niveau normal quelques mois après l'entrée en vigueur du régime d'allocations.

Dans l'assurance-maladie et l'assurance-chômage, la durée maximum pendant laquelle on peut recevoir la prestation est ordinairement de six mois; lorsque la prestation a été perçue pendant cette période, le stage doit être accompli de nouveau. Dans la première moitié de chaque année, on trouvera toujours, inscrites au registre des prestations en cours, un petit nombre (que l'on peut supposer constant) de personnes qui sont reportées de la dernière moitié de l'année précédente, mais on peut tenir compte de ce chiffre en calculant une moyenne annuelle sur la base de deux années consécutives. Le niveau quantitatif des bénéficiaires de prestations de maladie et de chômage ainsi établi la deuxième année qui suit la mise en application du régime ne se modifiera pas avec la durée de son fonctionnement.

Au contraire, pour l'assurance-pensions, le nombre des bénéficiaires de pensions continue à augmenter pendant de nombreuses années après l'écoulement de la période de stage. Chaque année apporte son contingent de pensionnés, dont chacun (les orphelins exceptés) touchera très probablement sa pension jusqu'à la fin de ses jours.

Si nous examinons tout d'abord le cas le plus simple, celui du bénéficiaire d'une pension de vieillesse, nous pouvons supposer qu'il mourra chaque année plusieurs membres de chacune des séries annuelles de nouveaux pensionnés, dont le dernier décédera au bout de vingt ans. Donnons quelques chiffres, simplifiés à dessein, mais qui constituent un exemple assez représentatif. Si l'on compte 100 pensionnés pendant la première année, il y en aura, disons, 196 la deuxième année, 288 la troisième, 800 la dixième et 1.000 la vingtième année. Il ressort de cet exemple sommaire que le nombre des pensionnés passe presque du

simple au double chaque année au début et augmente ensuite toujours plus lentement pour atteindre, au bout d'une vingtaine d'années, un maximum correspondant à dix fois le chiffre initial.

La courbe suivie par le nombre des bénéficiaires de pensions d'invalidité, qui peut parfois s'élever plus tôt du fait d'un stage plus court, évolue de façon analogue, car, bien que ces assurés ne fassent généralement valoir leur droit à pension que vers la fin de leur âge mûr, leur probabilité de vie n'est pas plus longue que celle d'une personne âgée de soixante-cinq ans. Le nombre des pensions de veuves suit une marche semblable, pour autant que ces pensions concernent des invalides ou des femmes d'un certain âge.

Si la masse des assurés s'accroît par suite de l'augmentation de ses groupes d'âge les plus jeunes, la proportion des pensionnés par rapport à l'ensemble de la population assurée s'élèvera plus lentement. Inversement, une réduction numérique des jeunes classes de la population accélérera l'augmentation de la proportion des pensionnés; c'est là un aspect du vieillissement de la population qui cause quelque inquiétude dans certains pays économiquement développés.

Les prestations versées au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles comprennent à la fois des indemnités de courte durée et des pensions. Les premières se comporteront, du point de vue statistique, de manière très semblable aux prestations de maladie, le volume annuel des cas d'incapacité temporaire ne subissant que de faibles variations. Le nombre des pensions, au contraire, augmentera d'année en année jusqu'à ce que les membres de la première série annuelle de pensionnés soient morts. Etant donné que les accidents se répartissent assez également entre tous les groupes d'âge, l'âge moyen de ces pensionnés est moins élevé que celui des bénéficiaires de prestations au titre de l'assurance-pensions (régimes d'assurance-invalidité, vieillesse et survivants). En outre, les accidents entraînent en général moins souvent une réduction des probabilités de vie que ne le font les affections constitutionnelles, qui tiennent une place importante parmi les causes d'invalidité. Pour ces raisons, on peut présumer que le nombre des pensions d'invalidité permanente au titre de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles continuera à augmenter pendant une période plus longue que celui des bénéficiaires de prestations au titre de l'assurance-pensions.

Passons maintenant à l'examen des incidences du taux de la prestation, ou de sa formule, sur l'évolution du volume des prestations. Cet aspect de la question, on le comprendra facilement, n'a de véritable portée qu'en ce qui concerne les pensions. En effet, les prestations de caractère temporaire sont toutes, soit de montant uniforme, soit, le

plus souvent, proportionnelles au salaire de base que l'assuré gagnait peu de temps auparavant, de telle façon que le taux de la cotisation annuelle peut être, en principe, maintenu constant, les déficits éventuels étant couverts par le fonds de réserve.

Il est clair que, si la pension s'établit à un montant uniforme pour tous les bénéficiaires, le volume des pensions augmentera à la même cadence que le nombre des pensionnés, et qu'en une vingtaine d'années à peu près, il atteindra un niveau constant. Mais si, comme c'est le cas dans la plupart des régimes d'assurance-pensions, le montant de la pension s'accroît, mis à part son élément constitutif minimum, proportionnellement au nombre et au montant des cotisations dont est crédité le bénéficiaire, le montant moyen des pensions versées s'élèvera d'année en année. La période qui s'écoulera jusqu'à ce que le volume des pensions atteigne un niveau constant se prolongera bien au-delà de vingt ans. En effet, si des cotisations sont payées dès l'âge de quinze ans et si l'âge ouvrant droit à pension est fixé à soixante-cinq ans, il s'écoulera cinquante ans jusqu'à ce que les membres les plus jeunes de la population assurée dès le début fassent valoir leur droit à pension (pension que nous présumerons atteindre le montant maximum) et il faudra vingt ans encore pour que le dernier d'entre eux meure et soit remplacé par une personne touchant une pension du même montant. Ce n'est donc qu'au bout de soixante-dix ans que le volume des pensions atteindra son niveau maximum et constant.

Aucun régime actuel d'assurance-pensions ne fonctionne depuis soixante-dix ans et ce serait pure utopie que de supposer qu'un système quelconque puisse s'appliquer pendant toute une génération sans qu'il soit nécessaire de l'adapter aux modifications des conditions économiques et sociales. Cette constatation n'enlève pas toute utilité aux prévisions actuarielles portant sur un avenir aussi lointain, car tout système de sécurité sociale doit garder une certaine continuité, notamment en ce qui concerne les droits en cours d'acquisition de ses membres les plus anciens. Le système allemand, qui, appliqué dès 1891, a subi des modifications substantielles en 1911, a été reconstruit par deux fois après les deux guerres mondiales, a néanmoins conservé ses caractères distinctifs,

Il pourra donc être instructif d'étudier l'exemple donné ci-après, qui montre de quelle manière une pension peut évoluer en soixante-dix ans en milieu stable. Partant des chiffres relatifs aux dépenses effectives encourues par le système allemand de 1891 à 1899, on a procédé à des estimations des dépenses pour la période allant de 1900 à 1960, date après laquelle ce chiffre devait devenir constant. La population assurée a été en moyenne de près de 12 millions de personnes

pendant les neuf premières années et devait, selon les prévisions, se maintenir à 12.650.000 personnes pendant la période suivante; le niveau des salaires était présumé constant pendant toute la période considérée. L'Etat accordait une subvention uniforme pour chaque pension et une autre part de la pension était proportionnelle au total des salaires touchés par l'assuré. Le premier de ces éléments n'a pas été inclus dans les estimations des dépenses annuelles, que nous reproduisons ci-après :

Année	Dépense annuelle par assuré (Marks)	Année	Dépense annuelle par assuré (Marks)
1891	0,8	1930	12,3
1900	5,0	1940	13,2
1910	8,8	1960	13,7
1920	11,0	1960	14,0

Ces chiffres mettent nettement en évidence la nécessité de trouver un moyen pour régulariser le montant de la cotisation relative à l'assurance-pensions.

Au début de la présente leçon, nous avons indiqué pour quelles raisons il fallait s'efforcer de maintenir constant le montant de la cotisation, et nous avons noté également qu'il était nécessaire d'éviter un choc trop brutal quand une cotisation est perçue pour la première fois. Lors du financement d'une assurance-pensions, il est donc nécessaire de rechercher, pour la régularisation du montant de la cotisation, une méthode permettant d'obtenir un taux qui ne soit pas nécessairement constant, mais qui ne soit jamais ridiculement bas ou insupportablement élevé.

Il ne peut évidemment pas être question d'augmenter chaque année la cotisation afin de pouvoir couvrir le rapide accroissement des dépenses courantes dont nous venons de voir un exemple. Un taux qui serait très bas pendant les premières années ferait naître dans l'esprit des cotisants une idée fausse des exigences financières du système d'assurance. A un certain moment, les assurés opposeraient sûrement une résistance à la cotisation très lourde qui deviendrait nécessaire, et le régime de pensions se verrait dans l'incapacité de faire face à ses engagements. Ceux qui s'en ressentiraient le plus seraient les membres les plus jeunes de la population assurée dès l'origine, car ils auraient cotisé pendant de nombreuses années et financé les pensions de leurs aînés pour se voir frustrés de leurs droits quand leur tour viendrait d'être pensionnés.

Il n'y a guère que deux méthodes de financement de l'assurance-pensions qui permettent d'amener un équilibre entre des recettes constantes ou qui s'élèvent lentement et des dépenses qui augmentent

rapidement. La première de ces méthodes consiste essentiellement à couvrir la totalité du coût futur de chaque nouvelle série annuelle de pensions pendant l'année où ces pensions sont octroyées. La seconde méthode, qui comporte plusieurs variantes, repose sur la constitution d'un capital dont les intérêts doivent couvrir le déficit futur des recettes tirées des cotisations.

Selon la première de ces méthodes, on porte les recettes de chaque année au niveau de la valeur en capital des pensions accordées au cours de l'année. Ainsi, à supposer que la valeur en capital d'une pension soit dix fois sa valeur annuelle, le montant des cotisations pour une année donnée sera représenté par le même multiple du total des montants annuels des pensions octroyées pendant l'année. En conséquence, à moins qu'il n'y ait accroissement du nombre annuel des pensions nouvelles, toute élévation du montant de la cotisation ne pourra être provoquée que par une augmentation du montant moyen des pensions octroyées. Si le montant moyen de la pension double en cinquante ans, il en sera de même du montant de la cotisation. Une progression aussi lente des charges ne sera sans doute pas impossible à supporter, car il se peut fort bien que le revenu de la population intéressée, calculé par habitant, augmente dans une proportion plus élevée encore.

Sous sa forme la plus simple, cette méthode, qui implique donc une augmentation annuelle du montant de la cotisation, semble n'avoir été appliquée jusqu'ici à aucun régime général d'assurance-pensions, bien que, si la période comptable est portée d'une année à cinq ou dix ans, elle puisse être jugée acceptable dans certaines circonstances. En revanche, en ce qui concerne l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, elle a constitué jusqu'ici, et reste encore, la technique-type pour couvrir le versement des pensions. Dans un tel cas, le montant de la pension n'est pas influencé par la durée de l'affiliation des assurés : si le nombre des accidents et le niveau général des salaires restaient constants d'une année à l'autre, il en serait de même du montant de la cotisation. Dans la plupart des pays, le coût des prestations versées en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle est réparti entre les employeurs proportionnellement aux dangers que comporte chacune des branches industrielles auxquelles ils appartiennent. Les industries passent par des périodes de prospérité et de déclin : on ne peut leur faire assumer leurs responsabilités respectives qu'en leur faisant verser immédiatement la valeur en capital des pensions allouées à leurs travailleurs.

En matière d'assurance-pensions (vieillesse, survivants et invalidité), la seconde méthode — c'est-à-dire celle qui consiste à constituer un

capital non pas pour l'employer comme tel, mais en raison des intérêts qu'il produit — a joui de la faveur générale, jusqu'à ces derniers temps tout au moins. Elle se fonde sur le fait qu'un régime obligatoire d'assurance peut compter recruter chaque année des jeunes membres en nombre suffisant pour remplacer la série annuelle de nouveaux pensionnés. Etant donné que ce régime d'assurance ne fera jamais l'objet d'une liquidation, il n'est pas nécessaire qu'il accumule, comme doit le faire une compagnie d'assurance sur la vie, la valeur en capital des droits à prestations que les assurés, en tant qu'individus, acquièrent avec le temps. En pratique donc, un tel régime doit simplement faire en sorte que les recettes tirées des cotisations, avec les intérêts qui s'y ajoutent, couvrent en tout temps les dépenses courantes; cette exigence est compatible avec le maintien du montant de la cotisation à un niveau constant depuis le début. Tout d'abord, on calcule les dépenses annuelles qu'il faudra encourir lorsque, au bout de soixantedix ans par exemple, la plupart des pensionnés toucheront des pensions atteignant le montant maximum. Le montant de la cotisation devra donc être fixé à un niveau tel qu'après avoir couvert les dépenses courantes relatives aux pensions et aux frais d'administration, il laisse un excédent — élevé tout d'abord, et diminuant ensuite progressivement pour devenir nul —, qui permettra de constituer le capital nécessaire.

L'un des avantages de cette méthode, c'est qu'elle propose une solution acceptable du problème relatif au financement des privilèges qui sont habituellement accordés aux membres les plus âgés de la population assurée au départ, en leur garantissant, après une courte période de stage, une pension minimum qui ne trouve pas sa contrepartie dans les cotisations qu'ils ont versées. Il serait inéquitable de faire porter le coût de ces privilèges exclusivement sur les plus jeunes des assurés initiaux. D'après cette méthode, cette charge se répartit sur ces assurés aussi bien que sur les séries illimitées d'assurés subséquents. Dans certains des régimes en vigueur, l'Etat assume, à titre de participation, les obligations qui naissent de l'octroi de ces privilèges et paie à la caisse des pensions l'intérêt du capital qui aurait été accumulé à l'égard des assurés les plus âgés s'ils s'étaient affiliés au système d'assurance dans leur jeunesse.

Bien que cette méthode ménage le capital dans une certaine mesure, elle n'en fait pas moins appel à des sommes énormes; ainsi, le premier régime allemand d'assurance prévoyait que le capital équivaldrait finalement à sept fois les dépenses annuelles. Le placement d'une somme aussi colossale — à supposer que ce chiffre soit jamais atteint — pourrait rencontrer des difficultés imprévues dans les pays où les acti-

vités de production relèvent de l'entreprise privée et où une participation financière dans ces activités n'est pas permise aux institutions d'assurance sociale. Les institutions autonomes d'assurance-pensions, comme les compagnies d'assurance sur la vie, ont toujours été obligées, en tant que dépositaires de l'épargne de leurs membres, de placer leurs capitaux en obligations garanties par l'Etat ou en créances hypothécaires, c'est-à-dire dans des valeurs qui produisent un intérêt fixe dont on peut être certain qu'il conservera sa valeur nominale.

Une part considérable du capital de nombreuses institutions a été ainsi utilisée au financement de programmes officiels de construction de logements et d'autres travaux de construction d'utilité publique. Cette utilisation de fonds, que ces investissements aient été en définitive profitables ou non à l'institution d'assurance elle-même, constitue un apport effectif à la richesse nationale. Trop souvent cependant, ces capitaux considérables ont été mal employés et dissipés, car ils font naître des tentations exceptionnelles. Un gouvernement qui se prépare à la guerre les consacrera peut-être à l'acquisition d'armements; un autre gouvernement recherchant à bon compte la faveur populaire puisera dans ces fonds pour ne pas augmenter les impôts ou il les dépensera pour verser des prestations plus élevées.

Dans les pays économiquement développés, l'extension de l'assurance-pensions à la grosse majorité de la population active a fait apparaître le principe de la constitution de capitaux dans une perspective nouvelle. Tant que le système de sécurité sociale avait une portée restreinte, il pouvait raisonnablement envisager d'étayer sa solvabilité future en accumulant des créances sur l'ensemble de la nation. Mais, lorsque ce système en arrive à s'étendre pratiquement à la totalité des éléments actifs du pays, c'est comme si les assurés, en versant leurs cotisations, se consentaient un prêt à eux-mêmes et devaient payer des impôts pour servir l'intérêt de ce prêt ! De plus, si l'on n'a pas la garantie que ce prêt servira à accroître la productivité nationale, il se pourrait bien que ces capitaux soient utilisés de façon plus profitable s'ils restaient à la disposition de ceux qui les ont produits.

Il semble que ce soit là les considérations qui ont décidé la Grande-Bretagne, dès 1925, à mettre en vigueur un système général d'assurance-pensions fonctionnant sans aucune constitution de capital permanent. Les cotisations furent maintenues à un niveau modéré et le déficit, chaque année accru, fut couvert par l'impôt. Des politiques analogues se sont imposées aux pays qui ont vu les capitaux de leurs régimes généraux réduits à presque rien par l'inflation qui a accompagné et suivi la seconde guerre mondiale (le régime allemand avait déjà subi un désastre semblable après la première guerre mondiale, mais on

ne sut pas tirer alors la leçon de ces événements). Le financement des systèmes de sécurité sociale devient ainsi l'un des secteurs des finances publiques.

Nous n'en devons pas conclure, toutefois, que la méthode consistant à accumuler des capitaux a été abandonnée ou devrait l'être. C'est surtout lorsque les pensions sont fournies par des systèmes d'assurance de portée limitée ou de caractère facultatif et lorsqu'on ne peut compter sur des subventions de l'Etat, qu'un recours à cette méthode de régularisation des cotisations restera opportun. De telles situations se rencontrent principalement dans les pays sous-développés, où la solution de l'accumulation de capitaux s'impose à l'évidence, non seulement pour des raisons techniques, mais aussi parce qu'elle profite grandement à l'économie nationale. Le problème essentiel passe alors du domaine de l'actuaire à celui du spécialiste en économie politique, car l'une des questions à résoudre consiste à trouver des possibilités d'investissements donnant des dividendes qui suivent les niveaux courants des prix. Cela ne devrait pas être difficile, car il existe de très vastes débouchés dans des entreprises d'utilité publique de divers genres, capables de compenser l'inflation par l'ajustement de leurs prix.

En conclusion, on comprend maintenant de façon de plus en plus générale que la capacité d'un pays de financer un régime de sécurité sociale dépend de la productivité de ses habitants. Si les prestations augmentent plus rapidement que la production, elles devront probablement être réduites tôt ou tard. D'autre part, aucun problème financier n'est insoluble si ces deux éléments marchent de pair.

RÉPARTITION DES COÛTS ENTRE LES DIVERS SECTEURS DE LA POPULATION

Les systèmes de sécurité sociale impliquent nécessairement un transfert de revenus des secteurs économiquement actifs ou plus riches de la population vers les individus touchés par les éventualités couvertes. De même, ce transfert doit nécessairement s'effectuer par le moyen d'impôts ou de charges de nature analogue, autrement dit les cotisations. Une fois fixés le barème des prestations et leur coût approximatif, il faut décider sur quels secteurs de la population porteront ces charges et dans quelle proportion pour chacun d'eux. La part de conjectures que comporte la prévision de l'incidence des impôts, et plus particulièrement des cotisations, semble de prime abord conférer à une telle décision une apparence d'imposture. La nature juridique des cotisations — qu'elles aient plutôt le caractère de primes d'assu-

rance ou au contraire celui d'impôts — n'est habituellement pas précisée dans la loi, volontairement peut-être, ce qui ne va pas sans ajouter encore aux difficultés d'un examen rationnel. Cette décision n'en doit pas moins être prise et, comme il est toujours difficile de percevoir des fonds, les considérations d'équité devront souvent céder devant les possibilités pratiques, bien qu'il y ait certainement avantage à donner une impression de justice. Pour choisir une solution, il faut prendre en considération les effets possibles à long terme de cette solution sur l'économie nationale, ainsi que ses répercussions immédiates. De manière générale, on doit préférer la solution qui provoque le moins de perturbations dans le mode de vie de la population et dans les affaires, tout en donnant aux bénéficiaires actuels et futurs du régime en cause une idée correcte de son coût réel.

Dans la première leçon du présent cours, nous avons dit que le programme d'assurances sociales de Bismarck avait été rendu possible par l'invention de la méthode des cotisations conjointes de l'assuré (le salarié dans le cas présent) et de l'employeur, complétées par une subvention de l'Etat. Ce dispositif éminemment pratique a acquis le prestige d'une méthode classique; il a été adopté dans de nombreux pays en tant que mécanisme de financement du système d'assurance sociale. La Conférence internationale du Travail a approuvé à plusieurs reprises le principe prévoyant le financement de l'assurance sociale sur une base tripartite. Certains arguments, qui sont maintenant traditionnels, sont invoqués pour justifier le recours à chacun de ces trois éléments et ils continuent, même si des économistes mettent en doute leur valeur, à paraître, en fin de compte, corrects et équitables sur la base du simple bon sens.

La cotisation d'un assuré représente manifestement la somme qu'il devrait pouvoir, soit économiser, soit verser à une société de secours mutuels ou à une compagnie d'assurance. Sa signification psychologique est considérable : elle renforce chez le cotisant le sens de ses responsabilités et chez le bénéficiaire celui de sa dignité, car elle fournit la preuve visible et la plus convaincante du droit de l'assuré à une prestation et à une participation à l'administration du système de sécurité sociale.

En tant que classe, les employeurs tirent des avantages de l'assurance sociale. Il ne fait pas de doute que, dans les pays économiquement développés et, autant que la classe ouvrière a le moyen de faire connaître sa volonté, dans les pays sous-développés également, l'assurance sociale contribue au maintien de la paix sociale et de la stabilité de l'ordre social, tandis que les prestations médicales qu'elle sert préserver la

capacité de production des travailleurs; sans cette forme d'assurance, l'industrie serait moins prospère. Le fait qu'en l'absence d'une initiative de la part de l'Etat, des employeurs éclairés et disposant des moyens nécessaires ont pris l'habitude de mettre sur pied des mesures sociales de tout genre en faveur de leurs travailleurs et d'y participer financièrement, semble donner la preuve que ces employeurs ont le sens de leurs responsabilités sociales et qu'ils sont convaincus que leur générosité aura, comme il se doit, sa récompense.

Le citoyen est intéressé au bien-être général de la population. Même s'il est individualiste, il ne doute pas que l'assistance aux indigents ne constitue une mesure nécessaire pour sa propre santé et sa sécurité. S'il est doué de conscience sociale, il saisira la portée morale des programmes de sécurité sociale et sera prêt, dans la mesure de ses possibilités, à accorder son appui financier à ce qui est en fait une société de secours mutuels à l'échelle nationale.

Il peut être instructif de considérer les cotisations du salarié et de l'employeur selon qu'elles tendent à se remplacer ou au contraire se complètent, en se rappelant que la rémunération du salarié doit être suffisante pour couvrir ses besoins non seulement pendant qu'il gagne, mais aussi lorsqu'il est dans l'impossibilité d'obtenir un gain, et que l'assurance sociale représente le mécanisme par lequel cette rémunération est répartie, de manière à la fois positive et rationnelle, entre ces deux situations successives.

Si le gain du salarié représente réellement la part équitable qui lui revient sur ce qu'il produit, il touche déjà la totalité de sa rémunération et l'employeur ne dispose ainsi d'aucun excédent au moyen duquel il puisse payer une cotisation. Il pourrait alors sembler que le salarié devrait payer la totalité des frais qu'entraîne sa protection, comme il le fait lorsqu'il adhère à une société de secours mutuels ou lorsqu'il souscrit une police d'assurance. S'il commence lorsqu'il est jeune et en bonne santé, il pourra prélever sur son gain les primes nécessaires pour s'assurer, en cas de maladie, de vieillesse ou de décès, le versement de prestations qui sont substantielles par rapport à son salaire. Mais l'assurance sociale est obligatoire, elle englobe à la fois les bons et les mauvais risques et, notamment, les vieux aussi bien que les jeunes; les bons risques doivent-ils prendre sur eux la prime supplémentaire qu'imposent les mauvais risques? Il ne fait pas de doute que cette charge doit être répartie aussi largement que possible, au nom de la solidarité sociale, en fonction de la capacité fiscale. Les employeurs sont en général dans une meilleure situation que leurs travailleurs, et il est naturel de faire tout d'abord appel à eux pour verser ce supplément de primes.

Toutefois, l'hypothèse que le salarié reçoit sa rémunération pleine et entière ne saurait être admise que pour les besoins de la discussion : ce que doit être la rémunération est une question d'appréciation et non de fait. Il est certain, cependant, que par suite d'inflation ou pour d'autres raisons, les hommes d'affaires peuvent parfois réaliser pendant un certain temps des profits exorbitants. Si, dans une telle situation, un régime d'assurances sociales est mis en vigueur rapidement, il devient possible d'en faire porter tout le poids sur les employeurs.

Lorsqu'on impose le versement d'une cotisation, qu'elle soit prélevée sur les salariés ou sur les employeurs, seul le premier pas se révèle difficile car, selon un vieux dicton, un impôt ancien n'est plus un impôt. Une fois cette cotisation instituée, ceux qui doivent la payer trouveront le moyen de s'y adapter. Sauf, toutefois, dans une économie entièrement dirigée par l'Etat, il est pratiquement impossible de prédire ou de suivre de près l'incidence réelle de cette contribution dans les remous de salaires, de bénéfices et de prix sans cesse mouvants : ce processus se poursuit indéfiniment, s'étend en cercles toujours plus larges et renverse parfois sa direction. Ainsi, alors que l'obligation de verser une cotisation continue à incomber à ceux sur lesquels la loi l'a placée, sa charge effective peut passer alternativement des travailleurs aux employeurs par suite de négociations collectives concernant les salaires. Les travailleurs n'ont en effet pas d'autres moyens de transférer leurs charges. Les employeurs, par contre, feront entrer leur contribution dans les coûts de production et par là, dans la mesure où l'acheteur l'acceptera, ils l'inclueront dans les prix. Ces prix plus élevés seront payés en proportion de leurs achats, par les consommateurs, parmi lesquels se trouvent des personnes affiliées au système de sécurité sociale aussi bien que le reste de la population, qui se voit ainsi imposée au profit de la catégorie des assurés.

Néanmoins, pour une industrie exposée à la concurrence étrangère, il n'est pas indifférent à court terme (c'est souvent la situation à court terme qui importe dans une économie dynamique) de savoir sur qui repose légalement le poids de la contribution. L'exemple suivant tiré d'un rapport sur le financement de la sécurité sociale, soumis par le B.I.T., en 1955, à la Conférence régionale européenne de l'O.I.T., le montre bien :

Considérons, par exemple, trois industries dans lesquelles le même système de sécurité sociale est financé de trois manières différentes :

dans l'industrie A, salaire brut = 100; la cotisation au système est égale à 20 et est également répartie entre l'employeur et le travailleur;

dans l'industrie B, salaire brut = 110; la contribution toujours égale à 20 est entièrement à la charge du travailleur;

dans l'industrie C, salaire brut = 90; la contribution toujours égale à 20 est entièrement à la charge de l'employeur.

Un certain nombre des aspects économiques de la sécurité sociale sont identiques dans ces trois industries : dans toutes, le salaire net est le même et aussi le coût du travail. Mais si, pour une raison ou une autre, les cotisations de sécurité sociale viennent à être augmentées de 50 pour cent, la situation changera radicalement. Dans l'industrie A, le salaire net sera réduit de 5 unités et le coût du travail sera élevé de 5 unités; dans l'industrie B, le salaire net sera diminué de 10 unités et le coût du travail ne sera pas changé; dans l'industrie C, le salaire net ne sera pas affecté, mais le coût du travail sera augmenté de 10 unités. Ainsi, l'entière structure des gains et des coûts du travail subit de graves distorsions et, en particulier, les forces relatives avec lesquelles les industries peuvent entrer en compétition peuvent être sensiblement modifiées.

Il est parfois plus difficile de déceler les effets de l'engagement assumé par l'Etat de subventionner un système de sécurité sociale d'un genre quelconque que de discerner sur qui portent les contributions. Tel est le cas, du moins, lorsque la subvention est prélevée sur les recettes fiscales générales. En revanche, cette remarque ne s'applique pas lorsque cette charge est couverte par le produit d'un impôt spécial sur le revenu ou, par exemple, d'un impôt sur l'alcool ou le tabac.

Nous pouvons conclure de cette partie de notre étude que toute source de revenu possède des avantages et des inconvénients et qu'il est généralement impossible de déterminer l'incidence des charges d'un système de sécurité sociale. La prudence semble donc indiquer que les erreurs d'appréciation et les chocs économiques seront atténués si l'on fait modérément appel, dans le système de sécurité sociale considéré dans son ensemble, à chacune des sources de financement.

La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale pose les principes généraux suivants :

Le coût des prestations attribuées en application de la présente convention et les frais d'administration de ces prestations doivent être financés collectivement par voie de cotisations ou d'impôts, ou par les deux voies conjointement, selon des modalités qui évitent que les personnes de faibles ressources n'aient à supporter une trop lourde charge et qui tiennent compte de la situation économique du Membre et de celle des catégories de personnes protégées ¹.

La convention fixe également une limite maximum aux cotisations des salariés en tant que classe :

Le total des cotisations d'assurance à la charge des salariés protégés ne doit pas dépasser 50 pour cent du total des ressources affectées à la protection des salariés, de leurs épouses et enfants. Pour déterminer si cette condition est remplie, toutes les prestations accordées par le Membre en application de la convention pourront être considérées dans leur ensemble, à l'exception des prestations aux familles et à l'exception des prestations en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles, si ces dernières relèvent d'une branche spéciale ².

¹ Art. 71, paragr. 1.

² Art. 71, paragr. 2.

Il n'a pas été nécessaire de faire mention d'une limite pour les cotisations des employeurs ou les subventions de l'Etat, car le coût des prestations minima prévues par la convention ne peut pas dépasser un chiffre modeste; en outre, étant donné la limite fixée pour les cotisations des assurés, le solde doit être couvert par leurs employeurs ou par l'Etat.

La règle selon laquelle les salariés dans leur ensemble ne doivent pas payer au titre de cotisations d'assurance plus de 50 pour cent du coût total de l'assurance-maladie, des pensions et de l'assurance-chômage est vraisemblablement respectée dans tous les pays où existent ces trois branches d'assurance; elle est probablement aussi respectée, à quelques rares exceptions près, en ce qui concerne chacune de ces branches séparément. Car la moitié au moins, et généralement plus, du coût de ces assurances est payée par les employeurs ou par les employeurs et l'Etat ensemble.

Les allocations familiales sont versées, soit dans le cadre d'un système applicable à la population entière et financé par le produit des impôts, soit en vertu d'un système d'assurance que les employeurs, dans la grande majorité des cas, financent à eux seuls. Le coût des prestations fournies en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles repose, dans le plus grand nombre des pays, sur les seuls employeurs. Le Royaume-Uni est un des rares pays où les prestations en espèces de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles soient financées sur une base tripartite. Dans plusieurs pays le coût des prestations en cas d'incapacité temporaire de travail et des prestations médicales est à la charge de l'assurance-maladie.

En U.R.S.S. et dans les pays de démocratie populaire, les salariés ne paient aucune cotisation, la totalité du coût de la sécurité sociale reposant sur les employeurs et sur l'Etat, tout au moins pour ce qui est de la main-d'œuvre des entreprises d'Etat.

La nature juridique des cotisations et les effets qui en découlent pour l'assuré, et pour le salarié en particulier, est une question obscure, mais non dénuée d'importance. Il existe à ce sujet deux théories principales.

Selon la plus ancienne de ces théories, la cotisation conjointe constitue une prime payée pour le compte de la personne assurée, prime semblable quant à sa nature et à ses effets à celle que l'on paie à une compagnie d'assurance, si ce n'est qu'il s'agit d'une assurance obligatoire et que les conditions de la police sont fixées par la loi. C'est de cette manière de voir que se sont inspirés les régimes les plus anciens, dans lesquels la prestation est uniformément proportionnelle aux cotisations versées. Par exemple, dans le régime bri-

tannique d'assurance-maladie et invalidité de 1911, la cotisation conjointe uniforme était calculée de manière à financer une prestation uniforme pour un salarié assuré dès l'âge de seize ans, les obligations supplémentaires encourues au titre des membres les plus âgés de la population assurée dès l'origine étant supportées par l'Etat. Si l'employeur omettait de payer la cotisation conjointe, aucune prestation n'était due par la caisse d'assurance, mais, de ce fait, le demandeur pouvait poursuivre l'employeur en justice. Selon cette théorie, aucun traitement préférentiel n'est accordé, en principe, aux personnes n'ayant qu'un salaire peu élevé ni aux personnes chargées de famille.

La deuxième théorie, plus récente, considère la cotisation comme un impôt affecté à un objectif particulier. Le droit à prestation ne se fonde pas sur un engagement réciproque, mais simplement sur le respect des conditions fixées par la loi en vigueur. Il y a obligation de payer une cotisation, et droit à prestation, mais il n'existe pas nécessairement un lien entre cette obligation et ce droit. C'est la situation que l'on rencontre lorsque la loi définit la période de stage en termes, non pas de cotisations payées, mais de durée de l'emploi assurable; cette différence de définition est toutefois quelque peu artificielle, car en pratique l'institution d'assurance se réfère au relevé des cotisations dont le demandeur est crédité afin d'établir depuis combien de temps il est assuré. Cette doctrine trouve son expression dans des lois de sécurité sociale aussi importantes que celles de la France, des Etats-Unis et de l'U.R.S.S.

Ces théories présentent toutes les deux des avantages et des inconvénients quant à leurs effets sur la sécurité sociale des personnes protégées. La première sera vraisemblablement invoquée dans les parlements et par les juristes spécialisés en droit constitutionnel en vue d'empêcher une réduction des droits à prestation acquis, mais elle fait en outre obstacle à toute redistribution de la cotisation conjointe en faveur des groupes les plus pauvres de la population assurée. Elle pourrait permettre de s'opposer à l'affectation par le gouvernement des cotisations accumulées à des fins étrangères à celles qui étaient primitivement prévues. La seconde théorie met en relief la dépendance de l'assuré à l'égard de l'Etat : le droit que pourrait faire valoir l'individu est affaibli, mais la sécurité de la population assurée est peut-être renforcée. Le gouvernement a toute latitude de modifier le barème des prestations en faveur d'un groupe ou d'un autre, selon ce que l'intérêt de l'Etat semble commander. La responsabilité de l'Etat étant pleine et entière, un déficit des recettes tirées des cotisations n'est pas en soi un motif pour réduire les prestations. Chacun se fera sa propre opinion des avantages finals de ces deux théories. Le meilleur

compromis consiste peut-être à considérer la cotisation du salarié comme ayant la nature d'une prime et celle de l'employeur comme représentant une forme d'impôt.

Cependant, il est probable que les barèmes de prestations fondés sur l'une ou l'autre de ces théories accorderont à certains groupes de la population assurée des avantages supplémentaires qui n'ont pas de contrepartie dans les cotisations payées pour le compte de ces groupes, que ce soit conjointement par le travailleur et l'employeur ou par ce dernier seulement.

Sauf en ce qui concerne l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et un petit nombre d'autres cas, la cotisation est calculée selon la même échelle pour toutes les personnes assurées auprès d'une même institution. Lorsque, comme il en est dans la plupart des systèmes de sécurité sociale, la prestation est proportionnelle — tout au moins en partie — au salaire de base du bénéficiaire, la cotisation est également proportionnelle à ce salaire; lorsque, par contre, la prestation est fondée sur le minimum vital, la cotisation consiste en un montant périodique uniforme. Toutefois, le barème des prestations ne correspond pas symétriquement à l'échelle des cotisations, mais il est modifié, et souvent très sensiblement, en vue de permettre au système d'assurance de remplir son rôle spécifiquement social. Ainsi, le coût de l'importante catégorie des prestations aux familles et des prestations de survivants est réparti également entre tous les assurés, sans considération de sexe ou de situation matrimoniale ou familiale. En outre, tous les assurés ont droit à la même prestation médicale au titre d'un système d'assurance-maladie, bien que la cotisation consiste en une proportion uniforme du salaire. Les prestations en espèces représentent parfois un pourcentage plus élevé du salaire de base pour les assurés à faible salaire que pour ceux qui ont un salaire important.

Même lorsque la cotisation conjointe est considérée comme représentant essentiellement une prime, ces inégalités des prestations accordées en contrepartie de cotisations égales paraissent compréhensibles et équitables. Car la sécurité sociale devrait être tenue pour ce qu'elle est en réalité, c'est-à-dire une police d'assurance contractée pour la vie entière, adaptée aux étapes successives d'une vie ordinaire — célibat, mariage, paternité ou maternité, etc. — ainsi qu'aux vicissitudes des salaires, et tenant compte de la probabilité raisonnable qu'une jeune fille assurée épousera un homme assuré. Mais un tel point de vue ne possède aujourd'hui qu'un intérêt purement théorique. La forte extension des prestations aux familles et le remplacement des revenus d'intérêts perdus par suite d'inflation ont été financés

principalement par le relèvement de la contribution des employeurs ou des subventions de l'Etat.

Alors qu'avant la deuxième guerre mondiale, le rapport-type entre la cotisation du travailleur et celle de l'employeur était un rapport d'égalité, il n'est pas exceptionnel aujourd'hui que l'employeur paie deux fois plus que le travailleur. C'est le cas, notamment, dans les pays où le gouvernement éprouve des difficultés pour percevoir des impôts. Etant donné que, comme nous l'avons indiqué précédemment, le salaire de base pris en considération pour le calcul des cotisations fait l'objet, dans la plupart des systèmes de sécurité sociale, d'une limite supérieure qui s'établit à peu près au niveau du salaire d'un ouvrier qualifié, la partie du gain dépassant cette limite n'est pas prise en compte pour la sécurité sociale.

On peut réaliser une répartition plus équitable des charges, qui intéressent tout particulièrement le bien-être de la nation en recourant à des subventions de l'Etat, prélevées le plus souvent sur les recettes provenant de l'impôt sur le revenu et des taxes de luxe. C'est pourquoi les gouvernements qui disposent d'un système fiscal bien organisé et qui n'ont pas à tenir compte de la position d'une importante population agricole préféreront maintenir les deux contributions plus ou moins à égalité et accroître considérablement les subventions de l'Etat. Ils estiment sans doute que la contribution des employeurs devrait rester à un niveau modéré, car, en définitive, elle représente un impôt sur l'emploi et pourrait être une entrave à la capacité de concurrence de l'industrie nationale sur les marchés étrangers.

Les subventions de l'Etat revêtent différentes formes : par exemple, une somme fixe incorporée à chaque pension, une allocation proportionnelle aux recettes tirées des cotisations, une annuité fixe, ou simplement le montant nécessaire pour couvrir un déficit éventuel. Elles se justifient particulièrement en tant que compensation pour la dépréciation subie par l'intérêt des prêts que l'Etat avait garantis. Elles peuvent être accordées indirectement, par exemple lorsque des systèmes d'assurance-maladie ont recours aux hôpitaux publics en payant un prix de beaucoup inférieur au coût effectif des soins donnés à leurs affiliés. Mais, dans quelques pays, l'Etat assume tout ou presque tout le poids de certaines prestations qui sont considérées comme contribuant tout spécialement au bien-être social, par exemple, les allocations familiales ou un service national de santé.

Nous devons dire un mot encore au sujet des ressources de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui ont un caractère exceptionnel. Dans la grande majorité des pays, la totalité du coût de cette assurance est supportée par l'employeur,

qui paie des primes calculées en fonction du risque moyen particulier à la branche industrielle à laquelle appartient son entreprise; comme nous l'avons noté dans une leçon précédente, ce risque moyen varie énormément, car il est déterminé par la nature des opérations qu'implique l'activité en cause. Etant donné que la prime est incorporée au coût du produit, le consommateur doit payer des prix supérieurs pour les articles dont la production comporte plus de risques pour les travailleurs et il sera porté à rechercher des articles de remplacement moins chers, fabriqués par des procédés moins dangereux. De nombreux systèmes offrent une réduction de prime aux employeurs dont les entreprises se sont révélées à l'expérience moins onéreuses en matière de prestations que les entreprises moyennes de leur catégorie, ou dont on peut prévoir qu'elles le deviendront en raison des mesures de prévention des accidents qu'elles appliquent. Bien qu'une telle réduction ne puisse être bien importante, elle constitue, comme le prix d'une sorte de concours, un but à atteindre et un thème de propagande. D'autre part, on a mis en application ces dernières années quelques systèmes d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles qui prévoient un financement tripartite à tarif uniforme.

En conclusion de cette leçon, nous donnons brièvement sous forme de tableau (tableau XI), un état récapitulatif, selon l'origine,

TABLEAU XI. — RÉPARTITION, SELON L'ORIGINE, DES RECETTES
DES RÉGIMES DE SÉCURITÉ SOCIALE DE CERTAINS PAYS,
EN POURCENTAGE DES RECETTES TOTALES, 1951

Pays	Cotisations		Impôts	Revenu du capital et autres recettes	Total des recettes (en pourcentage du revenu national)
	Assurés	Employeurs			
République fédérale d'Allemagne	21,6	37,1	36,3	5,0	20,0
Belgique	19,1	40,1	37,3	3,5	12,5
Chili ¹	17,1	55,9	16,4	10,6	11,3
Danemark	11,9	11,9	75,6	0,6	9,3
Etats-Unis	28,4	62,1	2,3	7,2	6,0
France	14,8	65,6	18,7	0,9	16,5
Italie	5,6	70,2	21,1	3,1	11,3
Japon	28,1	28,6	36,5	6,8	4,2
Nouvelle-Zélande	43,6	4,4	51,0	1,0	12,6
Pologne	0,0	68,0	30,4	1,6	—
Royaume-Uni	16,9	15,1	61,3	6,7	11,0
Suède	9,2	11,2	77,4	2,2	9,0

¹ Chiffres pour 1950.

des recettes de quelques régimes de sécurité sociale. Ces chiffres sont tirés des statistiques rassemblées par le B.I.T. au cours de l'étude du financement des systèmes de sécurité sociale qu'il poursuit régulièrement. Ces chiffres portent sur les recettes, non seulement de l'assurance sociale et des systèmes d'allocations familiales, mais aussi des services publics de santé, de l'assistance publique et des systèmes de prestations en faveur du personnel de l'administration publique et des victimes de la guerre. Bien que les données présentées ne portent que sur une douzaine de pays, elles suffisent à montrer à quel point les politiques financières adoptées diffèrent l'une de l'autre et le peu d'importance que revêt actuellement dans certains pays le revenu du capital accumulé. Il semble parfaitement clair que les politiques financières sont déterminées bien plus par des considérations de possibilités pratiques que par des principes abstraits.

Questionnaire

1. *D'où vient que les dépenses des systèmes d'assurance-pensions enregistrent une augmentation annuelle pendant de nombreuses années ?*

2. *De quelle manière finance-t-on habituellement les pensions accordées en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles ?*

3. *Indiquez dans quelles circonstances vous recommanderiez, ou au contraire vous déconseilleriez à un système d'assurance-pensions de constituer un capital important ?*

4. *Exposez les arguments avancés en faveur d'une contribution :*

a) *des travailleurs ;*

b) *des employeurs ;*

et donnez votre opinion à leur sujet.

5. *Quelles sont les fins pour lesquelles les subventions accordées par l'Etat aux systèmes de sécurité sociale se justifient plus spécialement ?*

DIXIÈME LEÇON

ADMINISTRATION DES SYSTÈMES DE SÉCURITÉ SOCIALE

Un système de sécurité sociale crée tout un ensemble de droits et d'obligations légales. Il faut rédiger la loi et les règlements, qui doivent ensuite être sanctionnés par les autorités compétentes. Pour leur donner effet, il faut mettre au point des méthodes administratives, tâche qui incombera sans doute à des fonctionnaires. Qu'il s'agisse d'un droit à prestation ou d'une obligation de cotiser, une méthode pratique conforme à la législation est nécessaire, car il faut rendre impossible toute discrimination arbitraire. Mais c'est là un mécanisme qu'il faut maintenir en marche, comme n'importe quel autre, et qu'il faut surveiller et adapter intelligemment. Des situations imprévues surgiront et l'on verra apparaître des possibilités d'amélioration. On doit donc disposer d'un organisme administratif ou d'un réseau d'institutions organisé hiérarchiquement pour expédier les affaires courantes, ainsi que pour étudier et formuler la politique à suivre dans le domaine qui lui est assigné par la loi. Des conflits naîtront quant à l'interprétation de la législation et à la véracité des assertions des affiliés au système; un organe judiciaire est donc aussi nécessaire.

FONCTIONS D'ADMINISTRATION COURANTES

Les fonctions d'administration courantes sont plus ou moins étendues selon qu'il s'agit d'un régime d'assurance, d'un régime d'assistance, ou d'un régime qui s'applique à la totalité de la population. Tous les régimes doivent accorder et payer des prestations, mais les régimes d'assurance sont les seuls qui doivent, en outre, percevoir des cotisations et les enregistrer.

Régimes d'assurance

Les régimes d'assurance doivent avoir connaissance de toutes les personnes qui ont à payer directement des cotisations, c'est-à-dire tous les employeurs et les autres personnes qui ne sont pas des régimes.

C'est également nécessaire pour les salariés, sauf dans les systèmes qui ne concernent que la protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, car dans ce cas l'employeur paie une cotisation globale proportionnelle au total des salaires qu'il verse et l'institution d'assurance n'entre en rapport avec l'assuré que si un accident se produit.

L'institution d'assurance peut établir l'existence des entreprises dont les propriétaires sont tenus de verser une cotisation en consultant les autorités fiscales nationales et locales, les bureaux de l'inspection du travail, et en procédant à nombre d'enquêtes diverses. Les renseignements d'identité relatifs à chaque employeur sont tirés des informations que fournit ce dernier sur son entreprise. S'il s'agit de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'employeur doit, en outre, être versé dans la classe de risques appropriée. Les renseignements d'identité concernant les salariés sont fournis par leur employeur et comprennent non seulement le nom et la signature de l'intéressé, mais également sa date et son lieu de naissance, auxquels s'ajoutent souvent des empreintes digitales et une photographie. Chaque affilié cotisant se voit assigner un numéro matricule qui doit être mentionné dans toutes les communications avec l'institution d'assurance; il est utile que quelques-uns des chiffres composant ce numéro aient une signification correspondant à un code, de telle sorte que les numéros matricules puissent être utilisés à des fins statistiques et soient facilement reconstitués en cas de perte.

Il est nécessaire d'enregistrer toutes les cotisations payées par les employeurs à l'égard de leurs travailleurs. En revanche, la tenue d'un registre des cotisations pour chaque salarié n'est pas toujours indispensable. Si le droit à prestation découle automatiquement de la simple existence d'un contrat de travail au moment du début de l'éventualité, ou s'il est prévu une période de stage de très courte durée, et si, en outre, le montant de la prestation n'a aucun lien avec le nombre des cotisations versées, l'assuré pourra établir son droit à prestation en présentant un certificat de son employeur attestant son emploi et les salaires récemment touchés. De telles conditions se rencontrent non seulement dans tous les régimes d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais aussi dans un certain nombre de régimes d'assurance-maladie. Au contraire, lorsque la période de stage est d'assez longue durée, comme c'est le cas dans l'assurance-chômage et dans les régimes de pensions, ou lorsqu'il faut prouver un emploi régulier pour avoir droit aux allocations familiales, un relevé des cotisations ou de l'emploi doit être établi pour chaque salarié.

Il existe deux méthodes principales de perception des cotisations : celle du bordereau de salaires et celle des timbres. Chacune d'elles a ses qualités et ses défauts.

Selon la méthode du bordereau de salaires, l'employeur verse le total de la cotisation conjointe due pour une période donnée et présente simultanément, sous la forme prescrite, une copie de son bordereau de salaires pour la période en cause; ce document indique le nom des personnes occupées à un moment quelconque au cours de la période considérée, leurs gains respectifs et les cotisations correspondantes. Si le système d'assurance prévoit une période de stage prolongée, la cotisation figurant sur le bordereau de salaire au crédit de l'assuré devra alors être portée également au crédit de son compte personnel de cotisations. Cette opération de report prend beaucoup de temps, du fait qu'il faut rassembler les comptes personnels et vérifier leur correspondance avec le bordereau de salaire; une grande institution aura toutefois les moyens d'acquérir des machines comptables électriques qui effectueront cette opération avec célérité.

Selon la méthode des timbres, tout assuré reçoit une carte sur laquelle seront collés des timbres; cette carte porte les indications d'identité du titulaire et possède une durée de validité déterminée, par exemple six ou douze mois. L'emploi d'une personne pour laquelle aucune carte n'a été établie est un acte illégal. L'employeur achète de temps à autre dans un bureau de poste ou auprès de l'institution d'assurance une certaine quantité de timbres spéciaux pour les cartes de tous ses travailleurs, timbres qui correspondent aux divers montants de la cotisation conjointe qu'il paie à leur égard. Un timbre de montant approprié est apposé sur les cartes et oblitéré par l'employeur chaque fois qu'un salaire est payé. Cette carte reste entre les mains de l'employeur pendant toute la durée de sa validité, sauf si l'assuré doit la présenter à l'institution d'assurance pour obtenir une prestation (par exemple, lorsqu'il est malade). Quand sa durée de validité est épuisée, cette carte est retournée par l'employeur à l'institution d'assurance, qui lui en délivre une nouvelle. La série des cartes remplies constitue un relevé des cotisations payées pour l'assuré et fournit la preuve que son employeur a rempli ses obligations.

La méthode du bordereau de salaires est beaucoup plus commode que celle des timbres si la cotisation est calculée sous forme d'un pourcentage déterminé du gain effectif de l'assuré ou si ce dernier est un fonctionnaire de l'administration publique, ou encore s'il reste pendant longtemps au service de la même entreprise. Les grandes entreprises la préfèrent habituellement : en effet, tant pour la gestion de l'entreprise elle-même que, dans de nombreux pays, aux fins d'établir

les déclarations de l'impôt sur le revenu dû par les salariés, il faut tenir un état détaillé des salaires, et il est donc relativement simple d'y prévoir une colonne relative aux cotisations de sécurité sociale.

La méthode des timbres qui, semble-t-il, a été inventée par les Allemands lorsqu'ils préparaient leur régime général d'assurance-pensions en 1889, est encore employée dans la République fédérale d'Allemagne pour certains assurés. Elle a été adoptée en 1911 par les Anglais pour l'assurance-maladie et l'assurance-chômage, en 1925 pour le régime de pensions et en 1946 pour le régime actuel d'assurance nationale. Dans l'ensemble, son usage est moins répandu que celui de la méthode du bordereau de salaires, mais on la rencontre de nos jours par exemple au Canada (assurance-chômage), au Chili (assurance-maladie et pensions) et en Inde (assurance-maladie et accidents). Cette méthode présente un maximum d'efficacité dans les systèmes qui ne comportent qu'un petit nombre de montants différents de cotisation (une demi-douzaine par exemple); en fait, c'est surtout en vue de son application que l'on répartit les assurés en grandes classes de salaires ou en classes créées en fonction du sexe et de l'âge, classifications dont aucune ne possède une valeur intrinsèque. La méthode des timbres est préférable lorsque l'assuré n'est pas un salarié ou lorsque, bien que salarié, il change fréquemment d'employeur, ou encore si l'entreprise est de petite dimension et n'a qu'un système comptable rudimentaire, ou si les travailleurs d'une même entreprise sont assurés auprès de plusieurs institutions différentes. Mais, notamment dans les pays économiquement développés, l'extension des entreprises, comme celle des institutions d'assurance par suite de fusions ou de l'unification de plusieurs systèmes, a rendu l'utilisation intensive d'équipement de comptabilité mécanisé à la fois possible et économique. En conséquence, l'argument de la simplicité, qui jouait puissamment en faveur de la méthode des timbres, perd un peu de sa valeur. De plus, dans les pays où l'inflation est un mal chronique, il faut modifier fréquemment les classes de salaires et émettre de nouvelles séries de timbres.

Un même régime pourra utiliser avantageusement les deux méthodes, en appliquant chacune d'elles aux cas où elle convient le mieux : par exemple, la méthode du bordereau de salaires aux grandes entreprises et celle des timbres aux petites entreprises et aux travailleurs indépendants.

La perception des cotisations comporte nécessairement une opération accessoire, l'inspection des entreprises. Toutes les institutions d'assurance procèdent à des visites irrégulières, mais systématiques pour examiner les bordereaux de salaires et autres livres comptables,

afin de s'assurer que les paiements de cotisations correspondent bien aux numéros matricules et aux montants des salaires des personnes employées.

Si le compte d'un assuré a été dûment crédité des cotisations payées à son égard, il n'est pas difficile de déterminer s'il a accompli la période de stage et de faire le calcul de la prestation, lorsqu'il est établi qu'une éventualité couverte par le système d'assurance s'est produite. La preuve de cette éventualité est fournie par des certificats officiels des types suivants, produits par le demandeur ou obtenus par des agents de l'institution :

certificat de maladie ou d'incapacité temporaire de travail, délivré par un médecin autorisé;

certificat d'invalidité ou d'incapacité permanente de travail, délivré par un médecin ou une commission médicale spéciale;

certificats de naissance, de mariage et de décès, délivrés par l'officier d'état civil compétent;

certificat de chômage, délivré par le service de l'emploi.

On a recours à des certificats délivrés par l'employeur pour établir la durée de l'emploi et les salaires récents dans les cas où le système d'assurance ne possède pas ces données ou ne peut pas les trouver dans ses propres registres. Pour les demandes de prestations de chômage, on s'enquerra auprès de l'employeur de la raison pour laquelle le demandeur a quitté son emploi. L'employeur doit aussi annoncer tous les cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles entraînant une incapacité de travail (ou, parfois, tous ceux qui exigent des soins médicaux).

Le paiement des prestations en espèces s'effectue de diverses manières. D'une façon générale, les allocations temporaires sont versées par l'institution d'assurance au bénéficiaire en personne. Telle est certainement la règle en ce qui concerne les prestations de chômage, mais les indemnités de maladie doivent être versées dans de nombreux cas au représentant du bénéficiaire et, notamment lorsqu'on peut prévoir que la maladie sera assez longue, elles sont fréquemment payées par mandat postal. Les prestations de maladie et de chômage sont versées chaque semaine moyennant renouvellement du certificat pertinent. Il y a plusieurs manières de procéder au paiement des allocations familiales. La méthode la plus ancienne prévoit le versement de ces allocations par l'employeur à l'assuré en même temps que le paiement du salaire, l'employeur étant remboursé par l'institution d'assurance pour la part du total de ces paiements

qui excède ses cotisations. La procédure adoptée par les régimes les plus avancés d'assurance-allocations familiales est celle du paiement mensuel par mandat postal ou par des agents visiteurs, procédure qui présente l'avantage de faire parvenir l'allocation entre les mains de la mère de famille. Les pensions également sont versées de deux manières : par mandat postal ou sur présentation par le pensionné, à un bureau de poste, d'un carnet de chèques correspondant à un certain nombre de paiements de la pension. L'usage courant consiste à effectuer le paiement chaque mois pour le mois écoulé, mais au Royaume-Uni l'usage des carnets de chèques permet au bénéficiaire de toucher sa pension pour n'importe quelle période échue allant d'une semaine à trois mois.

Toute institution d'assurance doit établir les statistiques dont l'administrateur, l'actuaire et (pour l'assurance-maladie) le médecin-conseil ont besoin pour pouvoir conserver sa solvabilité et son efficacité et informer l'autorité compétente lorsque des modifications de la loi ou des règlements deviennent souhaitables. Les statistiques, qui résultent accessoirement des opérations d'enregistrement, de perception des cotisations et de paiement des prestations, non seulement sont utiles à l'institution d'assurance, mais sont également des sources d'informations précieuses fournissant des renseignements de date récente sur le développement des industries dans les différentes régions, le nombre des personnes employées et leur répartition par classes de gains.

Régimes d'assistance et régimes intéressant la totalité de la population

Les régimes d'assistance et les régimes intéressant la totalité de la population ne se préoccupent pas des salariés ou des employeurs comme tels; ils ne comportent ni perception de cotisations ni tenue de registres, sauf en ce qui concerne les bénéficiaires et les paiements de prestations. Des rapports ne sont établis avec les membres de la population que lorsque ceux-ci demandent des prestations.

Un régime d'assistance exige par définition que le demandeur déclare ses biens et ses revenus de toutes provenances et l'exactitude de sa déclaration est vérifiée au moyen des enquêtes qui paraissent s'imposer selon les circonstances. Le droit aux pensions qui ont un caractère d'assistance est soumis à une condition de résidence pendant un certain nombre d'années sur le territoire du pays dont les contribuables assurent le financement du régime; dans ce cas également, la déclaration doit être corroborée par la production de documents,

par exemple un extrait des registres du service de l'immigration. Les régimes d'assistance aussi bien que les régimes intéressant la totalité de la population imposent en règle générale une condition de nationalité, qui peut parfois, cependant, remplacer la condition de résidence; il va de soi que les certificats officiels dont nous avons fait mention à propos des régimes d'assurance ont aussi leur utilité dans les autres régimes.

POUVOIRS ET RÉPARTITION DES ORGANES ADMINISTRATIFS

L'appareil administratif d'un système de sécurité sociale se voit confier par la loi des fonctions bien définies dans une ou plusieurs branches et la distribution de ces fonctions entre les organismes centraux et les bureaux locaux est, ou du moins devrait être, déterminée, en premier lieu, par des considérations de commodité pour les personnes protégées et ensuite par des considérations d'économie dans l'exploitation.

Celles des branches du système qui exigent des contacts fréquents avec les bénéficiaires de prestations doivent avoir des bureaux dans toutes les localités où la population protégée atteint une certaine densité. Les bénéficiaires apprécient la simplicité et la rapidité : ils sont désorientés et agacés lorsqu'ils doivent courir d'un bureau à l'autre sans raison évidente. Cette constatation vaut pour tous les régimes de protection contre la maladie et le chômage; en outre, la totalité de ces derniers et la plupart des premiers doivent pouvoir communiquer immédiatement avec les employeurs. Tous les services médicaux exigent une organisation régionale et locale. Les régimes d'allocations familiales qui font dépendre le droit à l'allocation de la régularité de l'emploi ou qui fournissent des services sociaux aux familles doivent pouvoir disposer également de bureaux locaux.

Un régime de pensions, par contre, n'a directement affaire au bénéficiaire qu'une seule fois et lui verse ensuite sa pension par la poste. L'ouverture de bureaux locaux occasionnerait donc des frais inutiles et une institution centrale suffit.

Un régime de protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles tient à la fois de la protection contre la maladie et d'un régime de pensions. Bien qu'un contact personnel avec les bénéficiaires de prestations d'incapacité temporaire de travail puisse être désirable, ces bénéficiaires sont trop peu nombreux et trop dispersés pour que les frais qu'entraînerait le fonctionnement de bureaux locaux spéciaux se justifient, sauf dans les villes.

Alors que l'organisation de chacune des branches de la sécurité

sociale est assez satisfaisante dans la plupart des pays sous l'angle de la commodité et des dépenses administratives, il n'en est souvent pas de même de l'organisation d'ensemble. La création de services communs et l'élimination de toute lacune et de tout double emploi entre les diverses branches de la protection sociale peuvent se traduire par des avantages considérables.

Dans les pays où le système de sécurité sociale se compose de branches constituées à des époques différentes, et sur la base de principes différents, l'organisation d'un système vraiment rationnel se heurte souvent à de sérieux obstacles. Les personnes chargées de l'administration des diverses branches ont, individuellement ou collectivement, un certain intérêt au maintien de leur indépendance. A supposer qu'il soit possible en principe de surmonter cette résistance, il est souvent prudent de bien réfléchir avant de substituer un dispositif théoriquement meilleur, mais non encore éprouvé, à la structure existante, tolérable malgré des défauts évidents. La rationalisation se traduira fréquemment par la création d'un vaste appareil administratif, avec la perte d'initiative personnelle qui en peut résulter. Ce danger, il est vrai, est peut-être sans grande gravité lorsque les opérations à rationaliser doivent être exécutées d'une façon uniforme et mécanique.

Tout système complet de sécurité sociale doit envisager des services distincts pour les prestations en espèces, les prestations médicales et le placement; d'autre part, pour toute prestation ayant un caractère d'assurance, il lui faut prévoir un quatrième service pour la perception des cotisations. En théorie, tous ces services pourraient être fournis par une institution centrale et par ses bureaux locaux, mais cela reviendrait à séparer les prestations médicales du département national de la Santé publique et le placement du département du Travail. Toutefois, le département de la Santé publique peut être contraint, ou choisir délibérément pour des motifs financiers ou même idéologiques, de renoncer à fournir les soins médicaux, sauf dans les cas où ceux-ci sont liés à la prévention des épidémies; dans une telle situation, le système de sécurité sociale se voit donc obligé de s'en charger. Mais on n'a connaissance d'aucun exemple d'un département du Travail cédant sa fonction de placement à une institution qui fournit d'autres prestations de sécurité sociale : bien au contraire, lorsque des prestations de chômage sont fournies, elles sont payées dans la majorité des pays par l'intermédiaire du service de placement.

Nous renoncerons à procéder à une analyse méthodique des nombreuses manières dont ces services sont combinés ou répartis ne vue de permettre une organisation plus rationnelle; nous nous

contenterons de citer, à titre d'exemple, un petit nombre de systèmes d'assurance sociale dans lesquels cet objectif a été atteint complètement ou dans une mesure notable.

Au Mexique et au Paraguay, l'assurance-maladie, l'assurance-pensions et l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles relèvent d'une institution centrale autonome ayant des bureaux locaux. Une cotisation globale est versée pour ces trois branches d'assurance, qui ont en commun un service médical complet, indépendant du département national de la Santé publique. Dans plusieurs autres pays d'Amérique latine, l'assurance-maladie et l'assurance-pensions relèvent d'une seule institution. La République fédérale d'Allemagne a confié son nouveau régime d'allocations familiales aux associations professionnelles très anciennes qui administrent l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.

En Angleterre et dans le pays de Galles, comme en Nouvelle-Zélande, le système de sécurité sociale destiné à l'ensemble de la population est géré par trois départements nationaux s'occupant respectivement des prestations en espèces, du service de santé et du placement; ces départements sont coordonnés au niveau ministériel et chacun d'eux possède son propre réseau de bureaux locaux. La perception des cotisations est combinée en Angleterre avec le service des prestations en espèces, du fait que le droit aux prestations de cette nature dépend des cotisations payées.

En U.R.S.S. et dans les démocraties populaires, on rencontre de même trois services administratifs pour l'assurance sociale des travailleurs des entreprises d'Etat, soit : *a)* un service de pensions, dont l'administration centrale est aux mains du gouvernement; *b)* un service national de santé; *c)* dans chaque entreprise, un bureau chargé de payer les indemnités en cas de maladie, de maternité et d'incapacité temporaire résultant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles. Ce bureau doit en outre s'assurer que les cotisations sont régulièrement payées par l'entreprise.

La France possède un système unifié couvrant toutes les éventualités, à l'exception du chômage, mais ce système est limité aux travailleurs des villes. Il est caractérisé par la ramification de ses organes, qui sont tous autonomes. Il existe sur le plan local deux séries indépendantes d'organes : d'une part, ceux qui paient les indemnités de maladie, de maternité et d'incapacité temporaire résultant d'accidents du travail ou de maladies professionnelles, qui remboursent les frais médicaux et perçoivent les cotisations de l'assurance-maladie, de l'assurance-pensions et de l'assurance contre les accidents du travail

et les maladies professionnelles; d'autre part, ceux qui versent les allocations familiales et perçoivent les cotisations correspondantes. Au niveau régional, on rencontre également deux séries d'organes, dont l'une paie les pensions de vieillesse et l'autre constitue le centre régional de l'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles et verse les pensions incombant à cette branche d'assurance. Au sommet, se trouve une caisse nationale de péréquation, qui répartit le total des recettes tirées des cotisations entre les différents organes, selon les dépenses qui incombent à chacun.

On peut réaliser certains progrès en matière de commodité et d'économie de gestion sans fusionner les diverses branches de la sécurité sociale, en déléguant ou en transférant certaines fonctions d'une branche à une autre. Dans la République fédérale d'Allemagne, en Autriche, au Danemark, en Norvège et en Suède, le régime d'assurance-maladie fournit les indemnités d'incapacité temporaire et les prestations médicales en cas d'accidents du travail et de maladies professionnelles. De même, en Autriche, les bureaux du régime d'assurance-maladie sont chargés de percevoir les cotisations pour toutes les branches d'assurance, et dans plusieurs autres pays l'assurance-maladie encaisse les cotisations pour le compte de l'assurance-chômage. En Belgique, où l'administration du système de sécurité sociale est fractionnée entre un grand nombre d'organismes indépendants, on a créé un service national spécial chargé de percevoir la plupart des cotisations des diverses catégories.

Administration autonome

La législation de Bismarck sur l'assurance sociale, s'inspirant à cet égard de la pratique suivie par les sociétés anglaises de secours mutuel, disposait que les organismes créés pour l'administration des systèmes d'assurance-maladie et d'assurance-pensions devaient être gérés par les représentants des personnes cotisantes. Ce même principe a été adopté dans les régimes d'assurance sociale mis sur pied par la suite dans d'autres pays d'Europe, et la tradition qui s'est ainsi formée a été suivie, avec quelques variantes de détail, par les systèmes plus récents d'autres régions du monde. Des exceptions à ce principe sont fournies notamment par quelques régimes d'assurance-pensions peu nombreux et par le régime national d'assurance de la Grande-Bretagne. D'un autre côté, et cela se comprend aisément, les régimes d'assistance et les régimes intéressant la totalité de la population sont presque toujours administrés par des départements gouvernementaux avec la collaboration de commissions représentant les autorités locales.

C'est dans l'administration de l'assurance-maladie que les organismes représentatifs peuvent être les plus actifs et les plus utiles et qu'ils sont d'ailleurs les plus répandus. En devenant membres de tels organismes, de très nombreuses personnes ayant un certain esprit d'initiative peuvent se former aux responsabilités sociales et se familiariser avec la procédure et la conduite des débats, ce qui est tout particulièrement précieux pour les salariés. Les deux conventions sur l'assurance-maladie (industrie et agriculture) adoptées par la Conférence internationale du Travail en 1927 traduisaient une conviction générale lorsqu'elles posaient le principe de la gestion autonome dans cette branche d'assurance, en insistant sur la participation des assurés à cette gestion. En ce qui concerne l'assurance-pensions également, l'exemple allemand a eu une grande influence dans la majorité des pays. Mais l'administration de vastes institutions centrales n'exige pas ce souci constant des problèmes personnels et locaux, ni cette souplesse et ce tact qui sont nécessaires dans les institutions de dimension plus modeste qui s'occupent de l'assurance-maladie. En matière d'administration de l'assurance-pensions, les problèmes les plus lourds qui se posent, une fois les principales méthodes mises au point de façon satisfaisante, sont ceux de la solvabilité à long terme et du bon placement des réserves, questions pour lesquelles l'avis d'experts est évidemment essentiel. En conséquence, les conventions sur les trois formes d'assurance-pensions, adoptées en 1933, qui se fondaient sur l'expérience d'un petit nombre de pays européens, mentionnaient expressément les institutions relevant des pouvoirs publics comme pouvant remplacer les institutions gérées par des organismes représentatifs composés d'assurés et éventuellement de représentants des employeurs et des pouvoirs publics, mais à la condition que les fonds d'assurance soient gérés séparément des deniers publics.

Dans la majorité des systèmes, et quelle que soit la branche d'assurance sociale, on compte un nombre égal d'assurés et d'employeurs dans chacun des organismes représentatifs, mais on peut relever dans la législation récente une tendance à une représentation plus large des premiers. La doctrine qui veut que la représentation soit proportionnelle à la cotisation a perdu du terrain, même en Allemagne. Dans la plupart des régimes d'assurance-allocations familiales, les assurés ont une part dans la gestion, bien qu'ils ne paient aucune cotisation. Les régimes d'assurance-maladie de l'U.R.S.S. et des démocraties populaires sont gérés par les syndicats, mais leurs ressources proviennent des cotisations des entreprises d'Etat. Les sociétés de secours mutuel reconnues comme instruments de l'assurance

obligatoire contre la maladie continuent à être gérées par leurs seuls membres, alors même que, comme c'est le cas en Belgique, elles reçoivent des cotisations des employeurs.

Les membres des organes de gestion sont, soit élus, soit désignés par les syndicats les plus importants et par les principales organisations d'employeurs; la méthode de désignation jouit de la préférence, en particulier pour les organes représentatifs centraux.

Les représentants des pouvoirs publics occupent un tiers environ des sièges dans les organes représentatifs de la plupart des institutions centralisées, et en fait les gouvernements couvrent une part du coût des systèmes d'assurance administrés par ces institutions. En règle générale, ces représentants sont des fonctionnaires supérieurs — parfois même des ministres — et l'un d'entre eux est d'office président du comité exécutif. Il n'est pas rare qu'une place soit faite également à des représentants de la profession médicale, dans les institutions locales comme dans les institutions centrales.

Suivant en cela le modèle anglais, les institutions d'assurance sociale ont généralement deux organes représentatifs : une assemblée délibérante et un comité exécutif plus restreint, élu par l'assemblée. Cette dernière, qui ne se réunit qu'à intervalles assez longs, une fois par an par exemple, examine le rapport annuel, discute les grandes questions de principe et en décide et elle adopte le budget pour l'exercice suivant. Les affaires courantes sont expédiées par le comité exécutif. On prévoit parfois la création d'un troisième organe, une commission de surveillance, qui a pour rôle de contrôler, au nom de l'assemblée, l'activité du comité exécutif; il est intéressant de noter que les caisses autrichiennes d'assurance-maladie accordent une représentation plus large aux employeurs dans la commission de surveillance et aux assurés dans les autres organes. Le directeur de l'institution est nommé soit par le gouvernement, soit par les organes représentatifs ; dans l'un et l'autre cas, il est d'usage, dans de nombreux pays, que les conditions établies pour le recrutement et d'emploi du personnel prévoient des qualifications appropriées et garantissent la stabilité de l'emploi.

L'étude du rôle joué par les organes représentatifs dans la gestion des régimes d'assurance sociale montre que ce rôle est généralement en recul, en dépit de quelques exceptions notables. Les gouvernements exercent un contrôle toujours plus étroit sur ces régimes et acceptent en contrepartie des responsabilités plus lourdes. Cette évolution est de plus en plus visible depuis la seconde guerre mondiale; elle se limite du reste à l'Europe, car dans les autres régions, les gouvernements se sont toujours réservé en pratique une influence déterminante

dans ces institutions, qui ne possèdent pas la tradition d'autonomie propre au mouvement mutualiste et qui sont centralisées dans la plupart des cas. La convention concernant la norme minimum de la sécurité sociale, adoptée en 1952, tient compte de cette tendance. Elle ne pose que deux principes pour toutes les branches de la sécurité sociale, qu'elles soient contributives ou non contributives :

a) Le gouvernement doit assumer la responsabilité d'une administration adéquate, de même qu'il doit être responsable de la solvabilité du régime.

b) Les personnes protégées en tout cas, et éventuellement les employeurs et les pouvoirs publics, doivent participer à l'administration, mais pour autant seulement que le gouvernement lui-même n'administre pas directement le régime en question.

Cette tendance est due à plusieurs causes : l'élargissement de la portée de l'assurance sociale au point qu'elle embrasse la grande masse de la population, et le développement de la surveillance exercée par les gouvernements, qui vise plus particulièrement à faire disparaître les inégalités anormales de traitement entre les assurés.

Nous avons déjà signalé que les régimes d'assistance et les régimes intéressant la totalité de la population sont gérés par des services du gouvernement national et des administrations locales. C'est là une disposition raisonnable, car les personnes protégées constituent en même temps le corps électoral au niveau parlementaire et sur le plan local. Lorsque l'assurance sociale en arrive à englober pratiquement la totalité de la population, il semble assez normal que l'administration du système soit confiée aux pouvoirs publics. Néanmoins, en Finlande et en Islande, les régimes nationaux d'assurance sont dotés d'organes exécutifs élus par le Parlement, ce qui permet d'obtenir deux résultats : d'une part, un organe représentatif spécialisé veille aux intérêts du citoyen en tant qu'assuré et cotisant, d'autre part, la gestion du système est protégée contre les ingérences politiques continuelles, tout en ayant à répondre périodiquement devant le corps législatif. De même, en Norvège et en Suède, les commissions qui gèrent les offices locaux autonomes du régime national d'assurance-maladie sont élues par les communes.

Au Royaume-Uni, les seules traces du principe de représentation que l'on relève dans le système national d'assurance sont fournies par les commissions consultatives, nationales et locales, qui se composent de personnes nommées par les syndicats et par les associations d'employeurs. C'est une ironie de l'histoire que le mouvement mutualiste anglais, qui jouissait il y a un siècle d'un immense prestige d'un

bout à l'autre de l'Europe et qui a donné au système d'assurance-maladie obligatoire son appareil administratif, ait été complètement balayé en 1946 par l'application du plan Beveridge. Cette révolution a des raisons particulières, parmi lesquelles il faut citer le contraste qui est apparu entre l'efficacité des systèmes d'assurance-chômage et d'assurance-pensions gérés par les pouvoirs publics et l'état de confusion régnant dans les sociétés de secours mutuel, qui, n'ayant pas de base territoriale, voyaient leurs membres disséminés dans l'ensemble du pays.

Dans les autres pays, les services de l'assurance-maladie obligatoire établis au niveau inférieur sont, à de rares exceptions près, des créations artificielles; ils sont compétents chacun dans une zone déterminée et leur autonomie individuelle (lorsqu'elle est prévue) n'est pas incompatible avec une administration rationnelle. Mais, même dans ce cas, comme nous allons l'exposer, l'autonomie de ces organes est limitée.

Un corollaire de l'administration autonome, c'est la surveillance des pouvoirs publics. Le système étant patronné par le gouvernement, il faut que les prestations promises en contrepartie des cotisations soient payées dans les règles; la loi présume que, si les institutions autonomes appliquent fidèlement ses dispositions, le contrat sera exécuté. Le gouvernement doit s'assurer que les actes administratifs, sont conformes à la loi. Dans l'assurance-maladie notamment, il relève sans cesse des imperfections ou des écarts par rapport aux pratiques qu'il juge les meilleures et il les redresse constamment, en étendant le champ couvert par les dispositions réglementaires qu'il promulgue. Quelques institutions se révèlent plus prospères que les autres, non pas parce qu'elles sont mieux gérées, mais parce que leurs membres exercent essentiellement des activités saines, sont moins souvent frappés par le chômage ou touchent des salaires plus élevés. Le gouvernement, en tant que représentant de la nation, considère que ces avantages ne devraient pas demeurer au seul profit de ces institutions particulières, mais devraient être redistribués entre toutes les institutions de sécurité sociale. Les cotisations sont donc fixées selon la même échelle pour tous les assurés; elles sont centralisées, et un barème unique de prestations est garanti à tous, quelle que soit la situation de fait de l'institution à laquelle les bénéficiaires se trouvent appartenir.

La République fédérale d'Allemagne est l'un des rares pays où les institutions d'assurance obligatoire contre la maladie aient conservé leur champ d'autonomie primitif, assez large, chacune de ces institutions assumant les risques qui lui reviennent et adaptant (dans

certaines limites) les montants des cotisations et les barèmes des prestations en fonction de ses charges ou de ses possibilités de fait. Au Danemark, le système des subventions gouvernementales laisse aux institutions une latitude appréciable dans la détermination de leur politique. En Yougoslavie également, pays où le système d'assurance sociale a été réorganisé en 1952, il semble que les organes démocratiquement élus aient des occasions assez nombreuses de faire preuve d'initiative.

En U.R.S.S. et dans les pays de l'Europe orientale, l'organisation administrative de l'assurance sociale possède un caractère original. Alors que l'assurance-pensions est centralisée et gérée par les pouvoirs publics, le versement des prestations en espèces de courte durée et toute une série de services sociaux sont confiés aux syndicats, dont un organe local fonctionne dans chaque entreprise, sous la direction de comités élus par les travailleurs. Il est vrai que ce sont les services nationaux de santé qui fournissent les soins médicaux, mais les organes syndicaux décident quelles personnes devraient aller en convalescence dans les stations de cure et ils ont d'assez larges compétences en matière d'organisation des services sociaux en faveur des familles et de prévention des accidents. De cette manière, un nombre exceptionnellement élevé d'assurés sont en mesure de prendre part à l'administration de l'assurance sociale et des activités connexes.

Cet aperçu met en évidence un dilemme bien connu : encadrement rigide selon des principes considérés comme justes, ou liberté limitée de commettre des erreurs et d'en subir les conséquences. Il y a certainement un danger réel qu'une fois l'autonomie de gestion vidée de son contenu le plus intéressant, les organes représentatifs cessent d'attirer les personnes capables. La masse des assurés deviendra indifférente à l'idée de l'autonomie et s'accommodera de laisser le gouvernement se charger de tout. Ceux à qui déplaît cette perspective se consoleront toutefois à l'idée que, si le gouvernement se borne à garantir un minimum national de sécurité sociale, il y aura toujours un vaste champ libre pour la création d'un nouveau jeu d'institutions facultatives.

DROIT DE RECOURS

L'administration d'un système de sécurité sociale donne lieu à toute sorte de litiges sur des questions fort diverses. Il se pose des questions de droit et des questions de fait. Lorsque plusieurs institutions fonctionnent indépendamment l'une de l'autre, il se produit des conflits de juridiction. Lorsque la portée d'un régime d'assurance ne s'étend pas à toute la population ou lorsqu'il existe différentes

catégories d'assurés et d'employeurs, il faut prendre des décisions sur des cas limite. Lorsque les prestations médicales sont fournies sur la base de conventions conclues avec des médecins praticiens, des pharmaciens et des hôpitaux, il faut examiner avec impartialité les allégations relatives à l'inobservation de ces contrats et prévoir des sanctions. Mais la cause de litiges la plus fréquente réside dans le mécontentement qu'éprouve le demandeur ou le bénéficiaire de la prestation quant à la manière dont sa demande a été réglée ou au montant de la prestation qui lui est accordée. En ce qui concerne les questions de droit, il est absolument nécessaire de constituer une jurisprudence uniforme et, par conséquent, de faire en sorte que les décisions soient prononcées par une seule et même autorité, avec possibilité de recours devant une instance supérieure du système judiciaire ordinaire. Quant aux questions de fait, ce sont les commissions locales d'arbitrage ou, s'il en existe, les tribunaux du travail qui sont le mieux placés pour les trancher.

Il ne peut pas y avoir de sécurité sociale si le demandeur ou le bénéficiaire n'a pas la possibilité de recourir contre une décision administrative lui refusant une prestation ou lui accordant une prestation qui ne correspond pas à ce qu'il croit être son droit aux termes de la loi; ce recours doit être examiné par un organe judiciaire indépendant de l'organisme administratif intéressé. Il ne faut pas oublier, en effet, que le but visé par l'assurance sociale est d'épargner au travailleur l'humiliation de devoir s'adresser à l'assistance publique, dont les prestations ont un caractère essentiellement précaire.

La Conférence internationale du Travail a toujours attribué la plus haute importance au droit de recours dans les litiges concernant des prestations et elle a inclus des dispositions à cet égard, avec plus ou moins d'insistance et de précision, dans les normes qu'elle a fixées pour les diverses branches de la sécurité sociale, que cette dernière soit de caractère contributif ou non. Ainsi, les conventions de 1933 sur les diverses formes d'assurance-pensions disposent que les litiges au sujet de pensions :

...seront du ressort de juridictions spéciales comprenant des juges, de carrière ou non, particulièrement au courant du but de l'assurance et des besoins des assurés, ou siégeant avec le concours d'assesseurs pris dans les milieux des assurés et des employeurs¹.

¹ Convention sur l'assurance-vieillesse (industrie, etc.) et convention sur l'assurance-vieillesse (agriculture) (art. 11); convention sur l'assurance-invalidité (industrie, etc.) et convention sur l'assurance-invalidité (agriculture) (art. 12); convention sur l'assurance-décès (industrie, etc.) et convention sur l'assurance-décès (agriculture) (art. 14; texte légèrement différent).

Il est de toute importance que l'organe judiciaire, quelle que soit sa composition, non seulement soit impartial et bien au courant du contexte juridique et social dans lequel naissent les litiges, mais aussi applique une procédure à la fois expéditive et peu coûteuse ou même gratuite, car ces caractères sont inséparables d'une justice concrète, dans les litiges concernant des prestations.

La forme d'organe judiciaire la plus commune pour un régime d'assurance sociale, surtout au niveau le plus bas, est un organe tripartite composé d'un président indépendant, d'un assuré et d'un employeur. En Europe, cet organe est habituellement extérieur à la hiérarchie administrative, mais dans d'autres régions, et notamment en Amérique latine, c'est parfois l'organe administratif suprême du système lui-même qui joue ce rôle, car son caractère tripartite semble garantir un examen impartial des cas. En U.R.S.S. et dans les démocraties populaires, les recours doivent être formés devant les organes syndicaux supérieurs. Dans la République fédérale d'Allemagne, c'est un système de tribunaux tripartites comprenant trois instances qui connaît des litiges concernant les prestations. En Grande-Bretagne, le régime national d'assistance dispose de cours d'appel locales tripartites, raffinement peu commun dans les régimes de cette nature.

La majorité des litiges qui naissent au sujet de prestations en matière d'assurance-maladie, de pensions et d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles portent sur l'état de santé du demandeur et sur sa capacité de travail. Cependant, bien que la première décision soit prise par un médecin ou une commission médicale, le recours doit être interjeté, dans la règle, devant l'organe judiciaire qui connaît en général des litiges relatifs aux prestations. D'autre part, une procédure très expéditive présente de grands avantages dans les conflits relatifs à une incapacité temporaire de travail. En France, par exemple, cette question est tranchée par un médecin arbitre désigné conjointement par le médecin traitant du demandeur et par le médecin-conseil de l'institution. De plus, lorsque la détermination du degré d'incapacité permanente aux fins de prestations pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle dépend exclusivement des conséquences physiques de la lésion, comme c'est le cas au Royaume-Uni, on peut tenir à bon droit l'opinion médicale pour concluante; dans ce pays, l'organe de première instance est une commission médicale et le recours doit être formé devant un tribunal composé d'un juriste et de deux médecins.

Questionnaire

1. *Indiquez les situations dans lesquelles la méthode des timbres peut être préférable à celle du bordereau de salaires pour la perception des cotisations.*
 2. *Quels sont les services qui, à votre avis, pourraient profitablement être organisés en commun par diverses branches d'un système d'assurance sociale ayant toutes la même portée ?*
 3. *Comment conciliez-vous la garantie par l'Etat du paiement des prestations prévues par la loi avec l'octroi d'une large autonomie aux institutions d'assurance ?*
 4. *Que pensez-vous du principe selon lequel la représentation des différentes parties dans les organes administratifs des institutions d'assurance sociale devrait dépendre du fait qu'elles versent ou non des cotisations ?*
-

LECTURES COMPLÉMENTAIRES

PUBLICATIONS DU BUREAU INTERNATIONAL DU TRAVAIL

- La sécurité sociale : étude internationale.* Etudes et documents, nouvelle série, n° 23, Genève, 1950. 280 pp.
- Problèmes de sécurité sociale.* Conférence régionale préparatoire asienne, New-Delhi, 1947, rapport I. Genève, 1947. 128 pp.
- Sécurité sociale.* Conférence régionale pour le Proche et le Moyen-Orient, Téhéran, 1951, rapport III. Genève, 1950. 78 pp.
- Sécurité sociale : Réalisations et politique future.* Cinquième Conférence des Etats d'Amérique Membres de l'O.I.T., Petropolis (Brésil), 1952, rapport II. Genève, 1952.
- Sécurité sociale des gens de mer.* Etudes et documents, série M, n° 19. Genève, 1946. 302 pp.
- Systèmes de sécurité sociale : Nouvelle-Zélande.* Genève, 1950. 76 pp.
- Systèmes de sécurité sociale : Etats-Unis.* Genève, 1954. 132 pp.
- Systèmes de sécurité sociale : Grande-Bretagne.* Genève, 1957. 81 pp.

PUBLICATIONS DE L'ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

- Les allocations familiales.* Onzième assemblée générale, Paris, 1953, rapport II. Genève, 1954.
- L'assurance-maladie.* Douzième assemblée générale, Mexico, 1955, rapport II. Genève, 1956.
- Le coût de la sécurité sociale en 1949-1951.* Etude internationale préparée par le B.I.T. Genève, 1955. 108 pp.
- Orientations de la sécurité sociale : Amérique latine — Pays nordiques — Proche et Moyen-Orient — Démocraties populaires* (réimpression d'articles éditoriaux parus dans le *Bulletin* de l'A.I.S.S., n°s 10-11 de 1951, n°s 1,3 et 12 de 1952). Genève, 1953.
- Les relations entre les institutions de sécurité sociale et le corps médical.* Onzième assemblée générale, Paris, 1953, rapport IV. Genève, 1953.
- Les développements récents dans le domaine de la sécurité sociale.* X^{me} Assemblée générale, Vienne, 1951. Rapport I, Genève, 1951. 93 pp.
- XI^{me} Assemblée générale, Paris, 1953. Rapport I (Genève 1954). 118 pp.
- XII^{me} Assemblée générale, Mexico, 1955, Rapport I (Genève, 1956). 260 pp.

AUTRES PUBLICATIONS

- COMMUNAUTÉ EUROPÉENNE DU CHARBON ET DE L'ACIER. *Les régimes de sécurité sociale applicables aux travailleurs du charbon et de l'acier dans la Communauté et en Grande-Bretagne*. Luxembourg, 1957. (Deux volumes.)
- COUR DES COMPTES. *Rapport au Président de la République sur la sécurité sociale, 1952*. Paris.
- DELVILLE, G. *L'organisation scientifique de la sécurité sociale*. Bruxelles, Editorial-Office, 1945.
- DURAND, Paul. *La politique contemporaine de la sécurité sociale*. Paris, Dalloz, 1953.
- GETTING, André. *La sécurité sociale*. Paris, Presses universitaires de France, 1948.
- GOLDSCHMIDT-CLERMONT, Paul. *La sécurité sociale et l'emploi*. Bruxelles, Ferd. Larcier, 1956.
- GOUT, Etienne. *La sécurité sociale*. Cours de l'Institut d'études politiques, Université de Paris. Paris, Les Cours de droit, 1951.
- INSTITUT DE SCIENCE ÉCONOMIQUE APPLIQUÉE. *La sécurité sociale*. Cahiers, série C. Paris, 1945, 1946 et 1947.
- LAJUGIE, J. *La sécurité sociale*. Collection Droit social, fasc. xxxii. Paris, 1948.
- LAROQUE, Pierre. *Les grands problèmes sociaux contemporains*. Cours de l'Institut d'études politiques, Université de Paris. Paris, Les Cours de droit, 1951.
- NETTER, Francis. *Notions essentielles de sécurité sociale*. Paris, Recueil Sirey, 1951.
- TROCLET, Léon-Eli. *Législation sociale internationale*. Les cahiers de l'Institut de sociologie Solvay, n° 4. Bruxelles, Editions de la Librairie encyclopédique, 1952.
-