

INSTITUT EUROPEEN DE SECURITE SOCIALE
EUROPEAN INSTITUTE OF SOCIAL SECURITY

**PRIVATISATION
ET
SECURITE SOCIALE**

**Rapport pour la Commission des
Communautés Européennes**

Louvain, 15 octobre 1986

Institut Européen de Sécurité Sociale
European Institute of Social Security

PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE

Rapport pour la Commission des Communautés Européennes

Prof. J. Van Langendonck

Leuven, 15 octobre 1986
X

INTRODUCTION

La crise économique a frappé doublement les systèmes de sécurité sociale des pays européens : par une augmentation considérable des dépenses, particulièrement dans le secteur du chômage, mais également - par un effet dérivé - dans ceux de l'assurance-maladie et de la retraite, et par une diminution sensible des revenus causée par le manque de paiement de cotisations dans le cas des chômeurs, ainsi que par le retrait d'une partie des subsides des états, touchés par la crise des finances publiques.

Ces systèmes de sécurité sociale sont les plus développés du monde. Ils sont l'orgueil des responsables de notre politique sociale et constituent la base de la sécurité d'existence des plus grandes parties de nos populations. Arrivés presque à maturité, ces systèmes semblent aujourd'hui menacés dans leur avenir par une crise financière sérieuse que les prédictions démographiques catastrophales, propres à nos sociétés vieillissantes, ne font rien pour améliorer. Accusés en même temps d'alourdir les charges dites "sociales" pour les entreprises, et par là d'en détériorer les conditions de compétitivité, les systèmes se trouvent dans l'impossibilité d'augmenter leurs revenus, ce qui les forcera à réduire leurs dépenses.

C'est cette dernière solution qui sera acclamée par les partisans de la nouvelle droite, de tendance néo-libérale, tributaire des idées de l'école économique de Chicago avec son célèbre chef de file le professeur Milton Friedman, qui s'oppose à toute ingérence de l'état dans l'économie au-delà de ce qui est strictement nécessaire, et qui veut rendre l'économie au marché, libéré autant que possible des réglementations qui entravent la liberté d'action des acteurs sur ce marché. Une certaine protection publique est certainement nécessaire. L'état doit pourvoir dans les besoins des indigents, et doit jouer un rôle dans la protection de la santé des citoyens. Mais dans le domaine du maintien des revenus tout individu est en premier lieu responsable de sa propre destinée. L'état ne doit pas exercer de tutelle sur des citoyens libres et responsables, qui peuvent décider pour eux-mêmes s'ils préfèrent dépenser leur revenu en consommation courante, ou s'ils préfèrent économiser une partie de leur revenu pour se prémunir contre les risques du futur.

En matière de sécurité sociale la "dérégulation" s'appelle "privatisation". Elle consistera en une limitation de la protection sociale offerte par les systèmes publics de sécurité sociale - tant par une restriction de leur champ d'application que par une diminution du montant des prestations et par un resserrement des

conditions d'octroi - , accompagné de mesures d'encouragement des formes de protection d'ordre privé opérant selon les lois du marché.

Ces formes de protection privées pourront être de deux types. Le premier type est l'assurance complémentaire collective, basée sur des conventions collectives de travail ou sur des associations professionnelles, ou sur des décisions unilatérales d'employeurs pour certains groupes de travailleurs. Le second type consiste en des contrats individuels conclus avec des entreprises d'assurances ou des institutions financières. Le tout peut être représenté par une structure pyramidale, dans laquelle la sécurité sociale publique forme la base avec une protection minimale pour tous, le deuxième étage est formé par des systèmes complémentaires collectifs de type professionnel, offrant une protection partielle proportionnelle aux salaires antérieurs, et le troisième étage se compose de la protection individuelle; qui permet aux familles de compléter leur protection par des contrats d'assurance ou des investissements systématiques, avatagés par de mesures fiscales de la part de l'état. C'est le système dit "des trois piliers", dont le modèle est déjà réalisé en Suisse et dans les pays Scandinaves.

Les partisans de ce modèle croient que la réduction du volume des ressources consacrées à la sécurité sociale publique permettra un allégement des charges salariales pour les entreprises, ce qui doit faciliter un accroissement de l'emploi. En même temps les coûts totaux de la production seraient réduits, ce qui permettrait aux entreprises de vendre à des prix plus compétitifs, et d'entrer en compétition dans les marchés de l'exportation.

Ils croient aussi que la réduction du niveau de la protection sociale publique est nécessaire pour sauver les systèmes existants de la faillite, devenue inévitable dans le cadre des promesses de prestations futures au niveau actuel. Ainsi la confiance des populations dans la sécurité sociale pourra être rétablie.

Ils sont certainement convaincus que la gestion privée des prestations complémentaires sera plus efficace que la gestion étatique ou para-étatique de la protection publique, et qu'elle assurerait aux bénéficiaires des prestations plus intéressantes pour des primes moins coûteuses que les cotisations de sécurité sociale. Il est inévitable que les régimes de protection privée entraînent une plus grande inégalité des revenus pour les invalides et les retraités, en comparaison avec la sécurité sociale publique. Certains groupes auraient des régimes nettement plus favorables que d'autres, qui se trouvent dans des secteurs d'activité moins favorables. L'égalité de traitement ne serait assuré qu'au niveau de la protection de base, qui devrait être universelle et égalitaire pour tous.

Qu'en est-il de la "privatisation" dans les pays membres des Communautés Européennes ? Dans quelle mesure cette tendance se réalise-t-elle dans ces pays ? Quelle est son importance pour la

politique sociale au niveau européen ? Offre-t-elle une solution réelle aux problèmes de la protection sociale ? La Communauté Economique Européenne se doit-elle de promouvoir cette idée, et de coordiner les efforts des différents pays pour la réaliser ? Telles sont les questions auxquelles cette étude s'est efforcée de trouver une réponse.

Au cours de notre étude nous nous sommes rendu compte de la variété des circonstances sociales et économiques dans lesquelles le problème se pose dans les différents pays. Ce sont surtout les différences dans la structure et le niveau de la protection sociale qui ont une importance énorme dans ce contexte. Dans des pays où le taux de remplacement (pourcentage du revenu perdu compensé par la prestation sociale) des pensions est très élevé on ne trouvera, évidemment, pas le même développement des pensions professionnelles que dans des pays à système forfaitaire universel. De même le problème des assurances privées dans le domaine des soins de santé se posera d'une manière complètement différente dans des pays à service national de santé que dans des pays avec une assurance maladie traditionnelle.

Notre rapport consistera pour une grande partie d'une étude par pays sur les douze pays membres, décrivant l'état de développement de la sécurité sociale publique, les mesures négatives de privatisation (limitations de la protection offerte par la sécurité sociale), les mesures positives d'encouragement de la protection privée, et les positions prises dans le débat sur la privatisation par les gouvernements, les partis politiques et les partenaires sociaux. Nous concluons par un certain nombre de considérations de synthèse, portant notamment sur la définition des termes utilisés, la situation du problème et les lignes essentielles du débat, ainsi que des recommandations.

Pour la description des systèmes de sécurité sociale, nous avons choisi comme date de référence le 1er juillet 1984, comme étant la dernière date pour laquelle nous pouvions disposer de données comparables complètes pour tous les pays membres. Les descriptions des mesures de privatisation portent sur la période la plus récente, allant jusqu'au début de 1986.

Au nom de l'Institut Européen de Sécurité Sociale je remercie toutes les personnes, pour la plupart membres de l'Institut, qui m'ont aidé dans la collection des données nécessaires à cette étude, et dans la rédaction du rapport. Dans un ordre purement fortuit je nomme : M. André Thill, président de l'Office des Assurances Sociales au Luxembourg, M. Antonio da Silva Leal, conseiller du Conselho Superior da Acção Social, Portugal, mon collègue Bernd Baron von Maydell, Institut für Arbeitsrecht und Recht der Sozialen Sicherheit, Universität Bonn, et Leo de Leede, Faculteit der Rechtsgeleerdheid, Katholieke Universiteit Nijmegen, ainsi que mon collègue Paul O'Higgins, Christ's College, Cambridge, M. Adam Trier, Directeur général, Ministère des Affaires Sociales, Copenhague, mon collègue Yves Saint-Jours, Faculté de

Konstantinos Kremalis, Université d'Athènes

Droit, Université de Perpignan, Dr. Simonette Renga de l'université de Perugia et mon collègue Pasquale Sandulli de l'université de Rome, Dr. John Blackwell, Resource and Environment Policy Centre, University College Dublin et le Dr. Emilio Gonzalez Sancho-Lopez, actuellement occupé dans les services de la Commission. Les descriptions des systèmes nationaux ont été réalisés par mon ami et collègue Danny Pieters, de la faculté de sciences de la sécurité sociale de la Katholieke Universiteit Brabant à Tilburg. Sans les faire participer dans la charge des erreurs contenues dans ce rapport, et que je prends entièrement à mon compte, je les remercie tous pour leur collaboration tellement précieuse.

L'Institut Européen de Sécurité Sociale remercie la Commission des Communautés Européennes de la confiance qui lui a été témoignée, et du sujet passionnant d'étude qui lui a été confié.

Leuven, le 15 Octobre 1986

PREMIERE PARTIE

ETUDE PAR PAYS

Chapitre Ier

DANEMARK

I. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

La constitution danoise proclame en son article 75, le devoir de promouvoir en vue du bien-être général, que chaque citoyen apte au travail soit dans la possibilité d'exercer l'emploi de son choix, lui permettant de pourvoir en ses besoins; ainsi que le droit de chacun se trouvant dans l'impossibilité de pourvoir dans ses besoins et celui des siens, et à l'égard duquel nul n'a d'obligation d'alimentation, de recevoir une aide de l'état. En théorie le droit à cette aide sociale pourrait être liée à l'imposition de devoirs particuliers. Ces dispositions constitutionnelles n'ont guère exercé d'influence sur l'élaboration concrète du droit de la sécurité sociale.

La sécurité sociale ressort principalement de la compétence du Ministère des Affaires Sociales; pour le chômage et les pensions complémentaires, c'est le Ministère du Travail qui est compétent, pour les hôpitaux et l'assurance publique de santé, le Ministère de l'Intérieur.

Les hôpitaux, sous la direction de l'Office National de la Santé, et les autres prestations en nature en cas de maladie sont administrés par les différents offices régionaux; les prestations en espèces, ainsi que les allocations familiales et celles en cas d'invalidité, vieillesse ou survie, sont organisées par les municipalités locales, alors qu'une Caisse d'Assurances privées agréée est compétente en matière des risques professionnels: accident du travail et maladie professionnelle. L'organisme de coordination de toutes ces branches, est l'Office National de la Sécurité Sociale. Le régime de la pension complémentaire du marché du travail est géré à l'échelon central par un organisme indépendant dirigé conjointement par les employeurs et les salariés. Enfin, il existe une Direction du Travail et un Fonds, tous deux pour l'organisation de l'assurance chômage.

Tous les contribuables paient 1,85% de leur revenu imposable en vue des prestations en espèces en cas de maladie. Le financement en est cependant assuré par l'état et les communes, ces cotisations ne couvrant qu'une part des frais. La branche 'invalidité' est financé par des cotisations des employeurs, payant 50 DKR par salarié par an. Les branches 'vieillesse' et 'survivants' reçoivent 3,5% du revenu imposable des contribuables pour la pension nationale, et des cotisations des employeurs et des travailleurs

pour au total 95 DKR par mois par personne (1/3 payé par le travailleur; 2/3 payé par l'employeur) pour la pension complémentaire.

En outre, l'employeur paie une prime d'assurance contre les risques professionnel, dont la prime varie selon le risque encouru. Une cotisation forfaitaire est fixée tous les ans, afin de financer la branche de chômage, sur base du taux maximum légal de 335 DKR de l'indemnité journalière: les travailleurs paient 11,25 fois ce taux par an, les employeurs 6 fois par an par salarié. L'état prend en charge les dépenses non couvertes. Enfin, les prestations familiales sont entièrement financées par l'état.

Le système de répartition est applicable aux prestations à long terme en cas d'invalidité, de vieillesse et de survie, tandis que pour les pensions complémentaires et pour les risques professionnels, il y a un système mixte de répartition et de capitalisation.

Les soins de santé sont régis par la loi du 9 juin 1971 sur l'assistance publique de santé (telle que modifiée) et par la loi du 19 juin 1974 sur les hôpitaux. Tous les résidents bénéficient du système après 6 semaines de stage pour les nouveaux résidents, ce dès le début de la maladie et pour une durée illimitée.

Tous les médecins habilités à exercer participent au système. Il y a un nombre de médecins limité par district en fonction du nombre d'habitants. Les honoraires sont convenus entre l'organisation des médecins et l'assurance publique de santé. Dans la région de Copenhague les honoraires sont fixés proportionnellement au nombre des patients inscrits chez le médecin. En dehors de la capitale, ils sont calculés en partie sur cette même base, en partie par acte médical (somme forfaitaire). Les spécialistes touchent des forfaits pour chaque acte médical. En outre, on peut s'adresser aux hôpitaux publics établis par les autorités régionales de santé qui ont conclu également des conventions avec la majorité des établissements hospitaliers privés.

La catégorie 1 a le libre choix de médecin agréé (choix possible 1 fois par an) et n'a pas d'honoraires à payer; les assurés de la catégorie 2 ont également une liberté de choix, mais doivent avancer les honoraires, en contribuant eux-mêmes la part des frais excédant le montant supporté par le régime public pour la catégorie 1.

Aucune participation du malade n'est exigée en cas d'hospitalisation dans un hôpital public (sauf pour une chambre privée), alors qu'il doit payer les frais dépassant le tarif public, dus à un établissement privé agréé. La même réglementation régit les sanatoriums et les cures.

En ce qui concerne les soins dentaires, l'assuré contribue la moitié des frais pour les soins faisant l'objet d'une liste (cat.1) ou la part du coût excédant le montant supporté par le régime pour la catégorie 1 (cat.2). 50% du coût des produits

pharmaceutiques les plus importants et 75% du coût des produits pharmaceutiques moins importants, sont également payés par le bénéficiaire. Les frais de prothèses, d'optique et d'acoustique sont remboursés partiellement.

Sur recommandation du médecin, l'assistance et le traitement à domicile par une infirmière sont fournis gratuitement, ainsi que le transport chez le médecin et à l'hôpital des pensionnés ayant choisi la catégorie 1 (ainsi que dans certains autres cas et circonstances). Pour les deux catégories d'assurés il existe aussi une contribution aux frais de traitement par chiropraticien.

Conformément à la loi du 7 juin 1972, toutes les personnes salariées et indépendantes (y compris les conjoints aidants), bénéficient des indemnités pécuniaires en cas de maladie entraînant une incapacité totale ou partielle de travail. Pour les salariés, il existe un délai de carence d'un jour ouvrable, pour les indépendants un délai de 5 semaines est prévu (il y a pour eux cependant la possibilité de s'assurer volontairement pour les 5 premières semaines).

Les prestations ont une durée de 91 semaines pendant 3 ans, non incluses les prestations journalières des 13 premières semaines, payées par l'employeur. Pour les pensionnés, la durée est limitée à 13 semaines pendant une période de 12 mois. Ces prestations s'élèvent à 90% du salaire moyen des 4 dernières semaines, avec un maximum de 2008 KR par semaine. En outre, il y a une allocation de décès (voir ci-dessous).

Toutes les femmes résidant depuis au moins 6 semaines dans le pays, bénéficient de soins gratuits à la maternité ou à l'hôpital. Mais ce sont seulement les femmes salariées et indépendantes (y compris les conjointes aidantes) qui ont droit à des versements hebdomadaires pendant 4 semaines avant la date présumée de l'accouchement et 20 semaines après l'accouchement (ou l'adoption). 6 des 20 semaines peuvent être accordées au père. Les versements s'élèvent à 90% du gain moyen hebdomadaire avec un maximum de 2008 DKR par semaine.

La loi du 4 juin 1965 (modifiée par après) considère comme invalide la personne dont la capacité de travail est réduite en permanence à la suite d'une incapacité mentale ou physique. Ainsi, ont droit aux pensions, tous les résidents de nationalité danoise, affiliés pendant au moins l'année de résidence, qui ont atteint l'âge de 15 ans et dont l'incapacité s'élève à 50% ou plus; ils ont droit à partir du premier jour du mois suivant la demande (âge maximum 66 ans).

Le montant de base s'élève à DKR 31 296 (par an et par personne) pour des personnes mariées, et à 34 080 pour les autres (à condition que le revenu ne dépasse pas un certain niveau). Le montant de l'allocation d'invalidité s'élève à 13 596 DKR si les deux époux sont bénéficiaires ou à 15 864 DKR dans les autres cas. Le

montant de la prestation d'inaptitude au travail s'élève à 15 912 DKR si les deux reçoivent ce montant, sinon à 21 984 DKR.

Le bénéficiaire souffrant d'une incapacité d'au moins 50% reçoit alors comme 'pension anticipée' (accordée aux personnes de plus de 50 ans pour des raisons sociales ou de santé) le montant de base. En cas d'incapacité de 67 à 99%, il reçoit une pension d'invalidité égale au montant de base + l'allocation d'invalidité; cette pension est augmentée de la prestation d'inaptitude au travail lorsque l'incapacité s'élève à 100%.

Le conjoint non-pensionné reçoit une allocation de personne mariée de 4 344 DKR par an, à payer au pensionné (sous condition d'examen de ressources). Si l'épouse est âgée de 62 à 66 ans, le mari a droit à un supplément de 35400 DKR par an (sous condition d'examen de ressources).

Il existe aussi une allocation d'assistance de 15 864 DKR par an, accordée pour l'aide personnelle d'une tierce personne ou dans les cas de cécité ou de myopie aiguë; cette allocation peut être remplacée par une allocation de surveillance constante de 32 656 DKR par an, si le requérant a besoin de surveillance ou de soins constants d'une tierce personne. En outre, une indemnité d'invalidité est octroyée aux personnes dont les gains ne leur permettent pas d'avoir droit à une pension, mais dont l'invalidité a été médicalement constatée, ainsi qu'en cas de surdité provoquant de sérieux problèmes de communication. Cette indemnité s'élève à 12 408 DKR par an si le conjoint bénéficie de la même prestation ou d'une pension d'invalidité, et à 15288 DKR dans les autres cas.

Un ajustement automatique est prévu deux fois par an en fonction de l'évolution des prix. En plus, les montants sont régulièrement adaptés en fonction de l'augmentation des salaires.

Il est possible de cumuler la pension d'invalidité avec les autres prestations sociales. Le montant de base et d'inaptitude au travail peuvent cependant subir une réduction en cas de cumul avec une pension d'accident du travail.

Il existe également des mesures pour diminuer les conséquences d'une invalidité: une assistance pour des soins médicaux spéciaux, des allocations d'entretien pendant la période de réadaptation professionnelle et des appareils et aides, fournis par les autorités locales conformément à la loi de 1974 sur l'assistance sociale.

La protection sociale en cas de vieillesse est organisée d'une part par la loi du 4 juin 1965 sur la pension nationale (a) et d'autre part par la loi du 7 mars 1964 sur la pension complémentaire (b).

Tous les résidents de nationalité danoise, affiliés pendant au moins une année de résidence après l'âge de 15 ans (a) et tous les salariés de 18 à 66 ans, occupés au moins 10 heures par semaine ont droit à une pension, à partir de l'âge de 67 ans.

La loi sur la pension nationale prévoit un montant de base égal à celui de la branche 'invalidité', la pension complète étant due si 40 années de résidence se sont écoulées après l'âge de 15 ans, ou 10 années de résidence se sont écoulées, dont au moins 5 directement avant l'âge de 67 ans; sinon, la pension est réduite. Il y a aussi une majoration générale de 6432 DKR par an et par personne pour les personnes mariées et de 5988 pour les autres, ainsi qu'une allocation personnelle dans des circonstances spéciales. En outre, une allocation de personnes mariées peut être octroyée (voir ci-dessus).

La pension complémentaire s'élève à 4008 DKR par an en cas de 40 années d'affiliation. Dans les autres cas, la pension est réduite proportionnellement.

Pour ce qui est de la pension nationale, une revalorisation automatique suivant les fluctuations des prix est prévue deux fois par an, alors que la pension complémentaire n'est adaptée que s'il y a suffisamment de réserves.

Seuls les pensionnés ayant demandé une prorogation avant le 1er janvier 1984, obtiennent une majoration pour prorogation. Lorsque le bénéficiaire a plus de 70 ans, un cumul avec un salaire est autorisé pour le montant de base. Sinon, lorsqu'il s'agit de revenus professionnels, une réduction de 60 DKR est prévue par tranche de 100 DKR gagnés au-delà des 42000 DKR par an par couple marié, ou au-delà des 24000 DKR par an par personne non mariée. La majoration générale est réduite de 30% pour les gains au-delà de 12600 DKR par an par personne mariée et de 8700 DKR par personne isolée. L'allocation de personne mariée et le supplément d'épouse sont également accordés sous condition de ressources. Pour la pension complémentaire le cumul est toujours autorisé.

Les personnes entre 50 et 67 ans, résidant dans le pays et de nationalité danoise, bénéficient des prestations en faveur du conjoint survivant en cas de raisons sociales ou de santé. Le montant de base s'élève alors à 34 080 DKR par an, ce montant étant réduit de 60% pour les revenus professionnels dépassant les 14100 DKR par an. Certains autres revenus affectent également le montant de la pension. Il existe également une majoration générale, comme dans le régime des pensions de vieillesse. En outre, une allocation d'entretien peut être versée au titre de la loi du 19 juin 1974 sur l'assistance sociale en cas de besoin, ainsi qu'une assistance spéciale en cas d'études ou de formation professionnelle, nécessaires à l'intégration dans la vie active. Il est prévu une allocation de décès de 2700 DKR.

Conformément à la loi du 8 mars 1978 (modifiée), l'accident du travail est défini comme un accident survenu à l'occasion du travail ou du fait des conditions dans lesquelles le travail a été effectué. L'accident du trajet n'est pas couvert. Il existe une liste des maladies professionnelles, le délai de déclaration de la

maladie étant fixé à 1 an (à l'exception de circonstances spéciales).

La loi est applicable aux salariés et à certains travailleurs indépendants de la pêche et de la navigation.

En cas d'incapacité temporaire, les frais médicaux non couverts par l'assurance publique de santé, peuvent être réclamés à l'assurance-accidents du travail; les frais de prothèses, membres artificiels, orthopédie et voitures de malade sont entièrement couverts. Les accidentés peuvent également faire appel aux indemnités pécuniaires en cas de maladie.

L'Office National de Sécurité Sociale fixe le taux d'incapacité permanente, une révision étant possible à tout moment, pendant les 5 années suivant la fixation de la rente, si les circonstances ont changé de façon considérable. Toutefois, en cas de circonstances spéciales, l'Office peut, avant l'échéance, prolonger une fois la limite de 5 ans. Le minimum du taux ouvrant droit à l'indemnisation est de 15%.

La rente d'incapacité permanente et totale est égale à 75% des gains annuels de l'intéressé (rémunération totale de l'année précédant l'accident du travail), dans la limite d'un montant de 169 000 DKR, qui est réajusté en fonction de l'évolution des salaires. En cas d'incapacité permanente mais partielle, il y a une pension proportionnelle au degré d'incapacité. Si le taux est fixé définitivement à moins de 50%, la pension sera obligatoirement rachetée par le versement d'un montant forfaitaire. A l'âge de 67 ans, la pension est rachetée par le paiement d'un capital égal à 2 années de pension.

Le cumul intégral avec un nouveau salaire est permis; en cas de cumul, la pension d'invalidité est réduite si la compensation se fonde sur une invalidité supérieure à 20%.

En outre, il existe une 'compensation du préjudice' pour le préjudice permanent dans la vie de chaque jour (pour une incapacité de 100%: une compensation de 24 500 DKR).

En cas de décès de l'assuré, le conjoint survivant reçoit 30% du salaire annuel du défunt, calculé sur base d'un montant maximum de 169 000 DKR, pendant une période limitée à 10 ans au maximum (règles identiques pour veuves et veufs). La seule condition est que le survivant doit avoir été à charge du défunt ou que sa situation s'est détériorée à la suite du décès. Une personne qui cohabitait avec le défunt au moment de l'accident et ce depuis au moins 5 ans déjà, a les mêmes droits que le conjoint.

Les orphelins de père ou de mère ont droit à une rente de 10% des gains annuels du défunt (jusqu'à 18 ans); pour les orphelins de père et de mère la rente est portée à 20%.

Si le total des prestations payées à l'épouse et aux enfants est inférieur à 70% des gains actuels ainsi que dans des circonstances spéciales, une annuité peut être octroyée à d'autres personnes à charge (p.ex. frères, parents,...). Il faut toujours que le défunt

ait assuré l'entretien de la personne à charge. En tout état de cause, le maximum pour l'ensemble des ayants-droit est fixé à 75% des gains annuels. Le capital décès est un montant forfaitaire de 26500 DKR en faveur du conjoint survivant. En outre, il est prévu une adaptation annuelle en fonction des variations du niveau moyen des salaires.

Il existe la possibilité de rééducation dans des centres spécialisés agréés par l'Office National de Sécurité Sociale. Si cette rééducation est la suite du traitement médical de l'accident, les frais sont supportés par les compagnies d'assurances. Aussi, les autorités publiques sont obligées de donner la priorité aux personnes handicapées qui ne trouvent pas d'emploi dans les entreprises privées, à condition qu'elles soient capables d'exécuter le travail en question.

S'il y a risque d'aggravation ou de récurrence de maladie, l'Office National de Sécurité Sociale peut inciter l'assuré à changer d'occupation.

Conformément à la loi du 3 juin 1967 (modifiée), l'âge limite en matière de prestations familiales est fixé à 16 ans. Pour chaque enfant, il est payé 193 DKR (non imposables). Une allocation annuelle de 9 200 DKR est accordée pour l'entretien et l'éducation des jeunes d'entre 16 et 17 ans à condition que le revenu familial ne dépasse les 100 000 DKR par an. Les allocations sont réduites d'un montant correspondant à 6% de la partie du revenu familial excédant les 180 000 DKR par an.

Pour un parent isolé, les allocations de base sont remplacées par une prestation de 289 DKR par enfant par mois. De plus, une allocation de 227 DKR par mois est prévue, quel que soit le nombre d'enfants.

Les chômeurs ont également droit aux allocations familiales. Si un des deux parents au moins est pensionné, une allocation spéciale supplémentaire de 550 DKR par mois et par enfant est attribuée. Si les deux parents sont pensionnés, les allocations de base sont portées à 289 DKR, avec ici aussi une réduction de 6% de la partie du revenu familial excédant les 156 000 DKR par an. En outre, il existe une allocation spéciale supplémentaire de 494 DKR par mois et par enfant, en faveur des orphelins de père ou de mère; pour les orphelins de père et de mère, cette allocation spéciale est portée à 915 DKR par mois et par enfant.

La loi du 24 mars 1970 (modifiée), prévoit une assurance volontaire en cas de chômage. Ainsi les travailleurs salariés et indépendants de 16 à 65 ans peuvent s'affilier à une caisse de chômage. Ceux qui sont aptes au travail, chômeurs involontaires et inscrits au bureau de placement, peuvent alors bénéficier de prestations jusqu'à l'âge de 67 ans, à condition qu'ils aient travaillé et été assuré pendant au moins 26 semaines au cours des 3 dernières années et qu'ils sont membre de la caisse de chômage depuis 1 an au moins.

L'indemnité est attribuée 6 jours par semaine, pendant une période limitée à 2 1/2 ans. Pour l'assuré ayant droit à une pension de vieillesse ou d'invalidité, le versement est limité à 78 jours au cours d'une période de 12 mois. La prestation s'élève à 90 % du salaire de référence, c.à.d. de la rémunération moyenne des 4 dernières semaines avec un plafond de 2010 DKR par semaine. Des montants minima sont fixés par chaque caisse pour une période de 6 mois.

En outre, il existe des prestations en cas de pré-retraite, à condition que le bénéficiaire soit âgé de 60 à 67 ans, qu'il soit affilié à une caisse de chômage pendant au moins 10 ans au cours des 15 dernières années, qu'il ait droit aux allocations de chômage, qu'il réside au Danemark, qu'il ne soit pas pensionné et que son activité professionnelle soit limitée à 200 heures par an. Pendant 2 1/2 années il reçoit alors les mêmes montants que ceux de l'assurance chômage; ensuite il a encore droit qu'à 80% du plafond, ensuite à 70% du plafond. Il n'existe pas de définition particulière du chômage partiel: les conditions et les indemnisations sont les mêmes qu'en cas de chômage complet.

Le cumul avec les pensions est possible, la durée en étant toutefois limitée; le cumul avec les indemnités pécuniaires en cas de maladie est interdit, ainsi qu'en principe le cumul avec un revenu provenant d'une autre activité rémunérée.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE

Au Danmark le concept de privatisation n'a pas été beaucoup utilisé dans le domaine de la sécurité sociale. Le terme de privatisation a été utilisé surtout dans les cas où des formes de protection qui étaient auparavant assurés par des services publics ont été transférés à des entreprises privées. Un exemple typique est le nettoyage dans les institutions publiques, qui était traditionnellement fait par le personnel de ces institutions mêmes, mais qui est maintenant été donné à des entreprises de nettoyage privées.

Pourtant dans le domaine de la politique sociale en générale, y compris l'assistance sociale et les institutions, la question de la privatisation a certainement été posée. Les partis du gouvernement actuel (parti du centre, libéraux et conservatifs) veulent voire les associations et initiatives privées jouer un rôle plus important dans le domaine social. Mais il est généralement souligné que les initiatives privées ne doivent pas remplacer l'initiative publique en reprenant à leur compte des tâches accomplies maintenant par les autorités publiques. On désire plutôt que des initiatives privées supplémentent et soutiennent les efforts publics, notamment en assumant des tâches que les autorités publiques ne peuvent pas accomplir elles-mêmes.

Dans le cadre de la sécurité sociale proprement dit l'idée que les systèmes actuels devraient être abolis et que la sécurité sociale devrait être confiée au secteur privé a été rejetée par tous les partis intéressés. Mais il n'en existe pas moins un grand nombre de discussions sur des sujets d'une certaine importance, qui se réfèrent à l'idée de privatisation.

La sécurité sociale danoise comprend généralement la population entière. Les différentes branches de la sécurité sociale sont financées presque exclusivement par les impôts directs et indirects. Ces systèmes ne sont pas liés à l'emploi, et ne reposent pas sur des cotisations. Le droit aux prestations résulte directement du fait de la résidence. Une telle conception de la sécurité sociale ne donne pas facilement lieu à une privatisation.

Pensions

En ce moment une discussion très vive concerne la possibilité d'une extension de la protection en matière de pension, et, dans l'affirmative, si elle doit être effectuée par la voie d'un régime

complémentaire d'assurance sociale, ou par des assurances privées complémentaires. Il faut attirer l'attention sur le fait qu'au Danemark la pension de la sécurité sociale consiste presque exclusivement d'une pension de base d'un montant forfaitaire (flat rate). La pension complète est payée à tout citoyen qui vécu la majeure partie de sa vie adulte au Danemark jusqu'à l'âge de la pension. Cette pension n'a aucun lien avec l'emploi, ni avec le paiement de la cotisation. Au surplus la sécurité sociale prévoit une pension complémentaire modeste pour les travailleurs; celle-ci est financée par des cotisations selon le modèle traditionnel. Dans ces pensions complémentaires les cotisations et les prestations sont proportionnelles à la durée de l'emploi, et non pas au montant du salaire. Ces pensions complémentaires sont presque insignifiantes en comparaison avec les pensions sociales de base.

Les pensions sociales sont généralement suffisantes pour couvrir les besoins primordiaux, mais ceci seulement en relation avec un niveau de vie très modeste comparé à la moyenne de la population. Pour des personnes qui ont gagné plus que le salaire de base, et particulièrement pour les familles où les deux époux ont gagné un salaire, la pension sociale est nettement insuffisante. Pour cette raison des groupes importants se sont assurés d'autre manière. On estime que plus qu'un tiers de tous les salariés sont couverts par une assurance pension substantielle à travers leur contrat d'emploi. Ceci vaut certainement pour un grand nombre de fonctionnaires publics, mais également pour beaucoup de travailleurs dans le secteur privé, notamment pour les employés. Des pensions supplémentaires pour les travailleurs manuels sont plutôt rares.

On admet généralement que de grandes divergences dans la protection en matière de pension sont à éviter, et créent des tensions et des conflits politiques. Ces tensions se feront jour d'une manière plus forte à long terme, particulièrement après l'an 2000, quand les pensions supplémentaires auront atteint leur maturité, et qu'un grand nombre de personnes qui sont maintenant à l'âge actif auront droit à des pensions supplémentaires d'un montant complet. Sans des modifications considérables dans le système on se trouvera à ce moment-là devant des différences injustifiables entre la situation des pensionnés privilégiés d'un côté, et ceux qui devront se contenter plus ou moins de la pension de base. Comment résoudre ce problème ? On est loin d'une unanimité quant aux solutions possibles.

En automne 1985 le conseil danois des syndicats des travailleurs a publié un rapport, ensemble avec le plus grand parti politique de l'opposition, le parti social démocrate, avec une proposition pour un système légal de pensions supplémentaires. Ce système est conçu comme faisant partie intégrante de ce qu'on appelle traditionnellement la sécurité sociale.

Selon cette proposition les prestations devraient être financées intégralement par des cotisations traditionnelles, payées pour un

tiers par les travailleurs et pour deux tiers par les employeurs. Le système devrait être mis en oeuvre à partir de 1989. La cotisation complète s'élèverait à 9 % du salaire sans plafond; la proposition serait d'arriver à ce montant de cotisation par des augmentations graduelles sur une période de 10 ans. Les prestations comprendraient une pension de vieillesse à l'âge de 67 ans, une pension d'invalidité, et une pension de survivance pour les enfants, mais non pas pour l'époux survivant. Le montant des prestations sera calculé selon les règles actuarielles dans un système de capitalisation. Dans les premières 12 années du système, les retraités recevraient leurs pensions sous la forme d'une prestation forfaitaire unique.

Le système devrait se suffire à soi-même, sans subsides de l'état. Les groupes qui possèdent déjà des systèmes de pensions contributives avec des cotisations d'un montant équivalent seront exempts de ce système.

La proposition a suscité beaucoup d'intérêt, mais aussi des critiques très véhémentes. Plusieurs représentants des partis du gouvernement (parti du centre, libéraux et conservateurs) ont surtout fait valoir l'objection qu'une extension tellement importante du système de la sécurité sociale amènerait le total des impôts et des cotisations à un niveau intolérable. Ces charges accrues pour les entreprises serait extrêmement nuisible pour leur compétitivité. Mais les citoyens privés aussi trouvent que la charge des impôts et des cotisations a atteint une limite. Et en plus, certains critiques estimaient que la proposition amènerait une accumulation considérable de fonds qui concentrerait un pouvoir économique important dans les mains des Caisses de la sécurité sociale, ce qui serait dangereux pour un développement normal de l'économie danoise.

Ceux qui ont critiqué cette proposition de pension complémentaire ont suggéré qu'on devrait plutôt s'orienter vers une privatisation. Des groupes qui ne se sont pas encore assurés des pensions supplémentaires dans le cadre de leur emploi, devraient être encouragés à le faire, notamment par la voie des conventions collectives de travail. Par ce moyen on peut être certain que les systèmes seront élaborés conformément aux désirs des groupes intéressés. Par cette voie également il sera clair pour l'intéressé qu'il a un choix à faire entre un avantage dans la forme d'un salaire direct, ou une cotisation pour une pension future, ce qui se différencie clairement des taxes et redevances ordinaires.

Dans ce cadre on peut souligner qu'un grand nombre de partis politiques sont d'accord pour maintenir les avantages existants en matière de dégrèvements fiscaux pour les primes et cotisations pour des systèmes de pensions. Ce point se réfère à la réforme importante du système des impôts qui doit entrer en vigueur au premier janvier 1987, et qui notamment introduit des restrictions importantes dans le système actuel des dégrèvements fiscaux. Les adhérents de la proposition de pension complémentaire soulignent à cet égard que malgré les avantages fiscaux, d'importants groupes

de la population n'ont pas été en mesure de s'assurer une pension supplémentaire privée; et ils soulignent que le système des dégrèvements fiscaux signifie en fait que ceux qui ne bénéficient pas d'une telle pension supplémentaire contribuent en fait par leurs impôts au financement des prestations de ceux qui les possèdent.

La proposition de pension complémentaire est également critiquée par d'autres groupes de personnes, directement liés aux auteurs de ces propositions eux-mêmes dans les syndicats et dans le parti social démocrate. Ces critiques prétendent que la proposition trahit les intérêts des pensionnés actuels, et de ceux qui deviendront pensionnés dans les années à venir, et qui n'auront pas la possibilité de gagner un droit à une pension plus ou moins importante dans le nouveau système. Ils estiment qu'il faudrait donner la priorité à une amélioration de la pension de base actuelle. On pourrait abolir les avantages fiscaux pour les pensions privées, ce qui libérerait des sommes importantes à utiliser pour le financement d'une augmentation des pensions de base. De l'autre côté on a avancé le point de vue que ce système légal de pension proportionnelle complémentaire à la pension de base limiterait la liberté d'action dans le domaine économique pendant longtemps dans le futur. Un tel système créerait des droits futurs à des prestations de pension d'une telle étendue, qu'il est impossible de dire aujourd'hui si le développement économique ou démographique permettra d'en couvrir les frais.

Plus récemment, la discussion a pris une nouvelle tournure intéressante. Des représentants des partis au gouvernement ont dit qu'il leur semblait vraisemblable que dans le futur des lois sur un système de pension complémentaire seraient introduites. La condition sera que les organisations d'employeurs et de travailleurs doivent être d'accord à l'avance pour que les cotisations à ce système seront prises en compte dans les négociations sur les salaires. Le point important est que les cotisations doivent être déduites des augmentations de salaires qu'on estime possible par rapport à l'augmentation de la production. L'expérience montre que souvent des améliorations sociales ont été d'abord réalisées par la voie de conventions collectives, qui ne s'appliquaient qu'aux seuls travailleurs couverts par ces conventions. Mais à un stade ultérieur la législation a étendu le bénéfice de ces améliorations à tous les travailleurs. La question de quelle manière il faut organiser la pension dans le futur est sans doute une des matières les plus importantes dans la politique sociale au Danemark. Auront nous des pensions privées en dehors de la pension de base, ou est-ce que la protection dans la vieillesse sera basée d'avantage sur un système légal de pensions, comme dans la plupart des pays industrialisés? La discussion à l'heure actuelle illustre clairement cette problématique: pour ou contre la privatisation.

L'assurance chômage

Un autre domaine dans lequel la question de la privatisation est déposée est celui de l'assurance chômage. L'assurance chômage au

Danmark est en principe une assurance libre, organisée par des Caisses indépendantes d'assurance chômage en relation étroite avec les syndicats des travailleurs. Environ 3/4 des travailleurs salariés sont membres des Caisses de chômage. Des cotisations sont payées par les personnes assurées et par leurs employeurs. Les cotisations des membres sont les mêmes pour tous; elles dépendent seulement du montant maximum d'allocation journalière payée par le système d'assurance, mais n'a aucun lien avec le risque de chômage dans les différentes branches professionnelles de la Caisse d'assurance chômage.

La cotisation des employeurs consiste en un montant fixe selon le nombre de personnes employées (calculé en unités d'emploi à temps plein par an) et dont le montant dépend du niveau actuel de l'allocation maximale en cas de chômage. L'employeur paie pour toutes les personnes dans son service, qu'elles sont membres d'une Caisse de chômage ou non. Le niveau des salaires est sans influence sur le calcul de la cotisation de l'employeur.

L'état couvre complètement les dépenses pour prestations de chômage de la Caisse. Mais les cotisations des membres sont créditées à l'état. Ainsi le risque du chômage est en fait couvert par l'état, et les Caisses d'assurance chômage ne supportent aucun risque économique propre.

Le gouvernement a exprimé le désir de voir les différentes professions assumer dans un certain degré leur propre risque de chômage, par le fait que les cotisations des membres varieraient selon le degré de chômage parmi les membres d'un certain groupe professionnel. Une telle réforme pourrait être considérée comme un pas dans la direction de la privatisation de l'assurance chômage. Le gouvernement croit que cette réforme contribuerait à motiver les travailleurs à participer eux-mêmes à la lutte contre le chômage, par exemple par une modération des exigences salariales dans les négociations collectives, par des accords sur la division du travail, par l'administration des allocations de chômage par les Caisses, y compris le contrôle des conditions pour l'obtention de l'allocation, et finalement par des efforts personnels des membres de la Caisse à trouver un nouvel emploi.

Mais les organisations syndicales et l'opposition politique ont protesté fortement contre toute idée de réforme dans ce sens. Elles prétendent que telle réforme imposerait une charge trop lourde aux faibles dans la société, qui sont déjà sérieusement touchés par le chômage. Ce n'est pas de leur faute que le taux de chômage est le plus élevé dans certains secteurs. L'allocation de chômage ne compense qu'une partie de la perte de revenu qui en résulte. Cette partie des dépenses est en ce moment couverte par le budget de l'état, et de cette manière répartis sur l'ensemble de la population. Si cet élément de répartition est réduit, le résultat sera une plus grande inégalité dans la société. En fait le gouvernement n'a pas encore introduit de propositions complètes dans le sens d'un tel réaménagement de l'assurance de chômage.

Il y a eu aussi certaines critiques sur le fait que la réglementation en vigueur permet en fait aux entreprises et aux travailleurs et employés de transférer certaines dépenses, qui sont en fait des frais de fonctionnement des entreprises, vers la Caisse de chômage. On peut prendre comme exemple le droit aux allocations journalières de chômage pendant la suspension du contrat de travail pour intempérie, ou pour manque de matières premières ou pour des raisons économiques; dans de tels cas les travailleurs restent liés par un contrat de travail à l'entreprise, et sont disponibles pour le travail. Une réforme de la réglementation a été envisagée dans ce domaine aussi. On pourrait dans de tels cas combiner une limitation du droit aux allocations de chômage avec une obligation pour l'employeur de payer une partie de cette allocation au lieu de la Caisse de chômage. Une telle réforme pourrait être considérée comme une forme de privatisation. Ici également il n'y a pas encore de propositions concrètes à cet effet.

Allocations de maladie

Une des caractéristiques des allocations de maladie dans le système actuel est que l'employeur paie l'allocation pour la première période de maladie, et que ce paiement est fait aux frais de l'employeur sans possibilité de remboursement. Cette première période est appelée la période de l'employeur, et était d'abord fixée à 5 semaines. Plus que 50 % de tous les salariés, et particulièrement les employés privés, ont droit à leur salaire plein pendant la période de maladie; pour la plupart d'entre eux ce droit est établi par la loi sur le contrat d'emploi, et pour les autres par voie de conventions collectives ou d'autres conventions. En cas de maladie après la période de l'employeur la personne malade aura droit à une allocation de maladie payée par la commune, sous la législation de sécurité sociale. Un employeur qui continue à payer après la première période sera subrogé dans les droits du travailleur à recevoir l'allocation payée par la commune.

En 1983 la réglementation a été modifiée, dans le but d'économiser des dépenses pour le budget public. Auparavant l'allocation était payée à partir du premier jour complet d'absence. Après 1983 une journée de carence a été introduite, ce qui veut dire que l'allocation de maladie n'était payée qu'à partir de la seconde journée d'absence pour maladie. Au même moment le droit du travail a été amendé dans le même sens : l'employeur était libéré de son obligation de payer le salaire pour le premier jour d'absence pour maladie. Dans le but de transférer les montants ainsi économisés au budget public, la période dite de l'employeur a été prolongée de 5 à 13 semaines. Mais par le fait que la plus grande partie des maladies sont de courte durée, il est apparu que les économies réalisées par l'employeur par le fait de la journée de carence sont plus importantes que les dépenses supplémentaires par la prolongation de la période payée par l'employeur. Le reste des montants économisés par l'employeur ont alors été attribués par

les autorités publiques à une augmentation de la cotisation des employeurs aux allocations de chômage.

On pourrait dire qu'il y a eu une privatisation partielle des allocations de maladie, en partie par le fait que la première journée de maladie doit être supportée par les assurés eux-mêmes, et en partie par le transfert vers l'employeur de la courte période de maladie pendant les trois premiers mois. Ainsi le risque ne doit être assumé par la sécurité sociale qu'à partir du 4^e mois.

Dans le cadre de cette réforme on a pris grand soin à tracer les limites de cette privatisation. Si l'on aurait voulu utiliser pleinement les économies réalisées par les employeurs par la journée de carence, on aurait pu prolonger à plus que trois mois la période à payer par l'employeur. Mais la période de trois mois a apparu comme un compromis raisonnable, pour des raisons surtout sociales. Ainsi dans le cas d'une maladie de courte durée il n'y a pas de nécessité à prendre des mesures sociales envers le malade, qui reste à la charge de son employeur. Ce n'est qu'en cas de maladie prolongée que les services sociaux et de santé des autorités locales prendront en charge la personne malade, par des allocations de la sécurité sociale, et par d'autres prestations pour le malade et pour sa famille. Ces prestations peuvent consister en une assistance dans l'obtention des soins médicaux nécessaires, après consultation du médecin de famille ou peut-être du médecin conseil du service de santé de la commune. Le malade peut avoir besoin d'une réhabilitation avant qu'il soit capable de reprendre le travail dans son emploi précédent, ou dans un autre emploi. Une aide spéciale peut-être nécessaire pendant la maladie des enfants, ou pour adapter les conditions de logement. Ou la maladie peut avoir comme résultat que le bénéficiaire sera amené à recevoir une assistance en espèces, ou une pension. Toutes ces matières sont de la compétence des services sociaux et de santé des autorités locales (la commune).

Cette réforme montre un exemple de la recherche d'un équilibre entre les efforts collectifs et les efforts privés.

La journée de carence a fait l'objet de vives critiques de la part des organisations syndicales et de l'opposition politique. La motivation du gouvernement pour était purement de nature financière : on voulait économiser des dépenses sur un plan très large; tous les travailleurs auront de temps en temps des périodes de maladie, et seront par conséquent soumis au régime de la journée de carence. Les critiques assument que l'incidence de la maladie sera plus forte parmi les groupes socialement faibles, par exemple les personnes exerçant un travail lourd et fatigant, et que d'un autre côté, un grand nombre d'employeurs continueront à payer les salaires pour la première journée d'absence, même s'ils n'ont plus l'obligation de le faire. Cela sera spécialement le cas pour le groupe des employés privés, qui sont déjà privilégiés de plusieurs autres manières, par exemple stabilité d'emploi, salaires élevés, etc.. La journée de carence sera particulièrement ressen-

tie par les fonctionnaires publics, ainsi que par des travailleurs du secteur privé dans des conditions inférieures.

La journée de carence a donné lieu à des débats politiques, même parmi les partis du gouvernement. Elle a été critiquée sévèrement par le petit parti du centre, qui pourtant a souvent soutenu le gouvernement dans des matières semblables. Ces critiques ont amené le gouvernement à charger un institut de recherche de l'examen des effets de la journée de carence sur le nombre de jours de maladie, ainsi que les économies réelles réalisées par cette réforme.

Cette matière a donné lieu à des différences de vue très marquées. Le gouvernement a prétendu que l'absentéisme pour maladie a été sérieusement réduit lors de l'introduction de la journée de carence, et que de ce fait la réforme a encore produit un effet d'économie secondaire, bien qu'on admette que l'absentéisme a légèrement repris par la suite. D'autres prétendent, d'autre part, que la journée de carence a résulté en des périodes d'absence plus longues, et que, par conséquent, elle ne représente aucune économie réelle.

L'opposition a proposé plusieurs fois au parlement d'abolir la journée de carence, mais jusqu'ici sans succès. Le dernier développement est que le gouvernement a déclaré son intention d'abolir la journée de carence à partir du premier janvier 1987. Cette déclaration était faite en relation avec un accord politique sur un nombre de mesures d'économie applicables à partir du premier avril 1986. Mais le gouvernement a dit aussi qu'il n'agirait pas sans avoir vu les résultats de l'enquête sur les effets de la journée de carence, qui sont attendus pour le premier septembre 1986. L'intérêt se porte surtout sur la question de la période payée par l'employeur de 13 semaines. Cette part de la privatisation n'a jamais été critiquée de la même manière que la journée de carence. Mais les employeurs ont déjà présenté leur exigence que la période de l'employeur devrait être réduite de nouveau à 5 semaines, parce qu'autrement l'abolition de la journée de carence résulterait dans une augmentation trop forte des charges pour l'entreprise.

Le service hospitalier

Les hôpitaux danois sont complètement publics. Les hôpitaux relèvent des comtés. Les frais sont supportés par les autorités du comté. Ces autorités de comté reçoivent leurs revenus des taxes proportionnelles sur les revenus et des taxes sur la propriété immobilière, déterminés et reçus par les comtés eux-mêmes, et de subsides globaux faits par le gouvernement aux autorités des comtés. Le ministre de l'intérieur, qui est également responsable de la santé, s'occupe de la planification et de la préparation de la législation dans ce domaine. Dans ces dernières années on a réussi finalement à arrêter les formidables augmentations des

dépenses, dans lesquelles il y a eu finalement une légère dégression.

Il y a certains hôpitaux privés, dans le sens d'institutions indépendantes sans but lucratif. Ces hôpitaux ont conclu des conventions avec les autorités des comtés, selon lesquelles ils reçoivent les malades dans exactement les mêmes conditions que les hôpitaux publics, et que leurs dépenses sont également complètement couvertes.

La population entière a droit aux soins hospitaliers gratuits. Le traitement hospitalier est normalement prescrit par le médecin de famille. Le traitement se fait normalement à l'hôpital local de la région où réside le malade. Le traitement ne peut pas toujours être fourni toute de suite. Pour certains types d'affection il y a des périodes d'attente considérables dans certaines régions. Ceci a causé pas mal d'insatisfaction, et certaines réformes ont été envisagées.

Il y a quelques années un groupe de médecins spécialistes ont annoncé un plan d'ouvrir un hôpital réellement privé où le traitement devrait être payé par les malades eux-mêmes, sans aucune aide du gouvernement. Le but de cet hôpital était de permettre aux malades d'éviter les périodes d'attente des hôpitaux publics et de se faire traiter par le médecin choisi par eux-mêmes, notamment le spécialiste consulté par le malade avant d'être admis à l'hôpital. En effet, une critique contre les hôpitaux publics est que le traitement est assuré par une multitude de médecins, parfois des médecins très jeunes et de peu d'expérience.

Au début il a semblé difficile de procurer une base économique à ce projet, mais maintenant il semble d'avoir réussi par le fait de paiements continus de la part de certaines entreprises qui ainsi assurent le traitement hospitalier pour leurs employés. On a déjà fait un progrès considérable dans l'élaboration du projet.

Bienqu'il s'agit d'un projet modeste avec seulement 30 à 50 lits, comparé aux 30.000 lits dans les hôpitaux publics, ce projet a donné lieu à un débat très vif. On a déclaré que d'un point de vue social il est inacceptable que certains malades mieux situés économiquement aient la possibilité de s'acheter un traitement plus rapide et meilleur que le reste de la population, et que ceci résultera en une détérioration des conditions de traitement dans les hôpitaux publics, puisque les médecins spécialistes probablement seront plus intéressés à entreprendre un traitement là où ils sont le mieux payés, et que cela pourrait même causer des traitements erronés là où des considérations économiques privées deviennent prépondérantes.

Les partis d'extrême gauche dans le parlement ont introduit un projet de loi pour interdire par voie législative l'établissement d'hôpitaux privés. Ceci montre dans quelle mesure la résistance contre la privatisation dans le domaine social est forte. Il sera

sans doute difficile de trouver une majorité pour cette proposition. Dans l'opinion du public une telle concurrence très modeste avec les hôpitaux publics ne peut faire aucun mal.

Chapitre II

REPUBLIQUE IRLANDAISE

I. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

La constitution reconnaît le rôle fondamental de la famille et garantit sa protection (art.41, §1). L'Etat reconnaît que la femme par sa vie au foyer contribue au soutien de l'Etat, sans lequel le bien public ne pourrait être atteint; dès lors l'Etat s'efforce de garantir aux mères qu'elles ne soient pas obligées par nécessité économique à s'engager au travail au détriment de leurs tâches au foyer (art.41, §2). Parmi les directives pour l'action du Parlement, énoncées à l'article 45 de la constitution, sont en outre proclamés les principes suivants:

- l'Etat s'efforcera de promouvoir le bien-être du peuple entier en assurant et protégeant tant que peut se faire, un ordre social dans lequel la justice et la charité imprèneront toutes les institutions de la vie nationale (§1);
- l'Etat dirigera sa politique de telle sorte qu'il sera assuré à tous les citoyens (- qui tous, hommes et femmes en égalité, ont droit à des moyens adéquats de subsistance-) qu'ils puissent obtenir par leurs occupations les moyens de pourvoir de façon raisonnable dans leurs besoins domestiques (§2, sub i); et
- l'Etat s'engage à sauvegarder avec un soin particulier, les intérêts économiques des sections faibles de la communauté, et, où cela s'avère nécessaire, de contribuer au soutien des infirmes, des veuves, des orphelins et des personnes âgées (§4).

Administration et financement

Les soins de santé sont organisés par huit offices régionaux de santé, sous la direction générale du Ministère de la Santé. Ils administrent également certaines autres prestations, telles que les allocations pour personnes invalides ou aveugles, les primes de maternité et l'aide sociale.

Les prestations en cas de chômage sont gérées par les bureaux locaux du Ministère de la Prévoyance Sociale; toutes les autres branches sont gérées par ce même ministère, mais alors au niveau central.

Au bénéfice du service de santé, les travailleurs cotisent 1% de leur salaire, un plafond annuel étant fixé à 12 000 IRL. Cette cotisation est cependant payée par les employeurs pour les personnes jouissant de la protection complète (voir ci-dessous). Les prestations en espèces de toutes les branches sont financées par une contribution de 17,60% du salaire (dont 5,5% par les

Les prestations en espèces de toutes les branches sont financées par une contribution de 17,60% du salaire (dont 5,5% par les travailleurs et 12,1 % par l'employeur), avec un plafond de 13 000 IRL par an.

Il existe aussi une surtaxe, due sur la totalité du revenu, de 2% (dont 1% pour l'emploi des jeunes), à charge des travailleurs, à l'exception de ceux pour lesquels l'employeur paie également les cotisations du service de santé.

94% des frais des prestations en nature sont à la charge de l'état, les cotisations ne représentant qu'une contribution de 6% à ces frais. La participation étatique aux autres branches de la sécurité sociale se limite au paiement de la différence entre les cotisations et le coût des prestations; seules les allocations familiales sont intégralement financées par les pouvoirs publics.

Le système de répartition est appliqué aux prestations à long terme, avec une intervention de l'état dans les branches 'invalidité', 'vieillesse' et 'survivants'.

Soins de santé

Conformément à la loi de 1970 sur les services de santé, les personnes nécessiteuses, dont les revenus ne dépassent pas un certain plafond, bénéficient d'une protection complète, tandis que le reste de la population ne peut faire appel qu'à une protection partielle. Il s'agit notamment de l'assuré et des membres de sa famille à charge. Pour les personnes âgées de 66 ans ou plus, un plafond de revenus plus élevé est prévu.

La protection commence dès le début de la maladie et pour une durée illimitée .

Les médecins participent aux services de santé sur base d'une convention conclue entre le Ministère de la santé et l'Association Irlandaise de Médecins; ils reçoivent leurs honoraires par acte médical et selon un barème fixé par l'accord susmentionné. En outre, il est possible de s'adresser à la majorité des hôpitaux du pays.

Ceux qui ont droit à la protection complète, choisissent librement le médecin généraliste dans le cadre des listes établies par région. Le paiement s'effectue par le service de santé local, sans aucune participation du bénéficiaire, même quand il s'agit d'un spécialiste. Les ayant-droit à une protection partielle peuvent choisir le médecin sans aucune restriction de la liberté de choix, mais ils doivent supporter tous les frais, sauf en cas de certaines maladies graves ou de longue durée. En cas de traitement par un spécialiste, ils supportent également tous les frais sauf si leur revenu est inférieur à 12 500 IRL par an.

Aucune participation de l'assuré n'est prévue pour les soins dispensés dans un hôpital public (sauf pour chambre privée ou

semi-privée), tandis que les soins donnés par un établissement privé ou un home sont payés par l'assuré, sauf dans certains cas où une aide financière est accordée pour couvrir les frais de séjour. En ce qui concerne les maladies infectieuses, il existe une protection complète de toute la population, sans considération du revenu.

Dans le cadre de la protection complète et pour les enfants de moins de 6 ans et les élèves des écoles primaires, aucune participation de l'assuré n'est exigée pour les soins dentaires. De plus, si les assurés remplissent certaines conditions, ils ne doivent rien payer pour les plombages, extractions ou détartrages; pour les autres prestations, la participation est limitée.

Les médicaments prescrits pour certaines maladies de longue durée et pour les maladies et handicaps mentaux des jeunes de moins de 16 ans, ne coûtent rien à l'assuré. Pour les autres produits pharmaceutiques, il y a seulement un remboursement des dépenses dépassant les 28 IRL par mois, sauf en cas de protection complète.

Pour les prothèses, l'optique et l'acoustique, aucune participation n'est exigée dans le cadre de la protection complète et pour les enfants de moins de 6 ans et les élèves des écoles primaires; pour les assurés sociaux remplissant certaines conditions de cotisation, il n'est exigé qu'une participation limitée.

Sont gratuits: les traitements médicaux ambulatoire et hospitalier pour enfants souffrant de certaines maladies et incapacités de longue durée, ainsi que les analyses de labo en vue du dépistage du cancer du col de l'utérus des femmes. Enfin il est pourvu en la gratuité des services d'aide à domicile et du transport à l'hôpital.

Assurance maladie - maternité

Sur la base de concernant la loi de 1981 la protection sociale (texte unifié), toutes les personnes âgées de 16 ans ou plus, employées en vertu d'un contrat de travail ou d'apprentissage, bénéficient de prestations forfaitaires et d'un supplément proportionnel aux gains en cas de maladie. Les conditions exigées sont une incapacité réelle de travail, 26 cotisations hebdomadaires payées et 48 semaines de cotisations payées ou créditées pendant la dernière année de cotisation précédant le début de l'année de prestation; pour avoir droit au supplément, il faut avoir gagné plus de 43 IRL par semaine pendant l'année de cotisation.

Après 3 jours de carence, on reçoit 37,25 IRL par semaine (la femme dépendant de son mari et jeune de moins de 18 ans, sans charge de famille, n'obtient que 32,75 IRL), et ce pour une durée illimitée en cas de 156 semaines de cotisation, ou limitée à 52 semaines en cas de cotisation pendant plus de 25 mais moins de 156 semaines. Il existe également des suppléments familiaux de 24,15 IRL (pour un adulte à charge), 8,85 IRL (pour le 1er enfant à

charge), 9,90 (pour le 2nd), 8,20 IRL (pour le 3me au 5me enfant) et de 6,55 IRL (pour les enfants suivants).

Le supplément proportionnel aux gains n'est payé qu'après 18 jours de carence, pour une durée limitée à 375 jours; il s'élève à 25% du salaire hebdomadaire pris en compte entre 43 et 220 IRL, pour les 141 premiers jours et à 20% pour les 234 jours suivants. Le montant total des indemnités forfaitaires et proportionnelles ne peut cependant excéder 75% du salaire hebdomadaire pris en compte.

Les services de maternité et les soins hospitaliers pour les bébés de moins de 6 semaines sont gratuitement accessibles pour tous les résidents, sauf pour ceux dont le revenu annuel est égal ou supérieur à 12 500 IRL, et qui doivent payer les honoraires des médecins.

Toutes les femmes assurées bénéficient d'une indemnité de maternité, la condition pour l'ouverture du droit, dans le régime des femmes salariées (a) étant fixée à 26 semaines de cotisation, payées pendant les 12 mois précédant le premier jour du congé de maternité, et dans le régime général (b) à 26 semaines de cotisations payées et 26 semaines de cotisations payées ou créditées pendant la dernière année de cotisation précédant l'année de prestation pendant laquelle l'indemnité est susceptible de prendre cours ou pendant une année de cotisation complète suivante, s'il y en a, avant le début de l'indemnité.

L'indemnité du régime (a), s'élève à 70% du salaire moyen hebdomadaire de l'année fiscale en question (minimum: 64,88 IRL par semaine), et dure 14 semaines dont 4 au moins avant et 4 après l'accouchement; celle du régime (b) s'élève à 37,25 IRL par semaine (en plus, le cas échéant, un supplément proportionnel aux gains) et est payé pendant 12 semaines, dont 6 avant et 6 après l'accouchement.

Il existe aussi une prime de maternité de 8 IRL pour les personnes bénéficiant de la protection complète.

Assurance invalidité

La loi de 1981 considère comme invalide tout assuré incapable de travailler depuis au moins 12 mois et dont l'incapacité durera vraisemblablement encore au moins 12 mois.

A quelques exceptions près, toutes les personnes âgées de 16 ans ou plus, employées en vertu d'un contrat de travail ou d'apprentissage, ont droit à une pension en cas d'invalidité, à condition que soient remplies les conditions suivantes: ils doivent avoir payé au moins 156 cotisations hebdomadaires et 48 cotisations hebdomadaires au moins doivent avoir été payées ou créditées au cours de l'année de cotisation précédant l'incapacité de travail permanente.

Dès la date à laquelle est apprécié l'état d'invalidité (normalement après la période d'indemnité maladie), une pension de 42,55 IRL par semaine (à partir de 66 ans: 43,40 IRL) ou de 37,45 IRL (à partir de 66 ans: 38,10 IRL) pour une femme mariée dépendant de son mari est payée. Il existe aussi des majorations pour personnes à charge: 27,60 IRL par semaine pour un adulte à charge, 9,80 pour un 1er enfant, 10,80 pour le second, 8,95 pour le 3^{me} au 5^{me} et 7,30 pour chaque enfant suivant à charge. En outre, un montant de 3,20 IRL par semaine est dû au pensionné de 66 ans ou plus qui vit seul (allocation d'isolé), ainsi qu'une allocation pour membre de famille de 23,10 IRL par semaine, payable au pensionné invalide qui reçoit les soins d'un membre de la famille.

Les pensions d'invalidité sont normalement augmentées une fois par an. Aucun cumul avec d'autres pensions sociales n'est possible.

Pensions

La même loi de 1981, avec le même champ d'application, organise la protection sociale en cas de vieillesse, se composant d'une pension de retraite et d'une pension de vieillesse.

La pension de retraite en faveur des hommes et femmes de 65 ans ou plus, exigeant que le début de l'assurance se situe avant que l'âge de 55 ans soit atteint et qu'au moins 156 cotisations hebdomadaires soient payées et qu'au moins 24 cotisations hebdomadaires en moyenne par an soient payées ou créditées, s'élève à 48,25 IRL par semaine (51,55 IRL pour un pensionné de 80 ans au moins) si la moyenne des cotisations annuelles est de 48 ou plus; si la moyenne est inférieure à 48, une pension réduite est payée.

La pension de vieillesse est du même montant, mais les conditions sont un peu moins rigides: le début de l'assurance doit se situer avant l'âge de 56 ans (allant jusqu'à 60 ans en certains cas), au moins 156 cotisations hebdomadaires payées et au moins 20 de ces cotisations payées ou créditées en moyenne par an; en plus, cette pension n'est recevable qu'à partir de 66 ans.

Pour un conjoint à charge ayant moins de 66 ans, on reçoit une majoration de 30,80 IRL par semaine, pour un conjoint ayant 66 ans ou plus, une majoration de 36 IRL par semaine. Pour des enfants à charge, on peut obtenir une majoration de 9,95 IRL (1er enfant), 11 IRL (second enfant), 9,15 (du 3^{me} au 5^{me} enfant) et de 7,50 (par enfant suivant) par semaine.

Ces pensions sont également augmentées une fois par an.

Le cumul du salaire avec la pension de retraite n'est pas autorisé, mais le cumul avec la pension de vieillesse est possible.

Dans le cadre de la protection des survivants, il est exigé de l'assuré décédé au moins 156 cotisations hebdomadaires payées, une moyenne annuelle de 39 cotisations hebdomadaires payées ou créditées pour les 3 ou 5 années de cotisations précédant la date du décès ou du 60^{ème} anniversaire ou une moyenne de 48 cotisations depuis l'affiliation à l'assurance. La pension sera réduite si la

moyenne annuelle des cotisations hebdomadaires est inférieure à 48, mais égale ou supérieure à 24.

Ces conditions peuvent être remplies soit au titre de l'assurance du mari, soit au titre de l'assurance de l'épouse. Le conjoint survivant doit être veuve ou bien veuf invalide à charge, dont l'épouse, immédiatement avant son décès, touchait une pension de retraite ou de vieillesse incluant une allocation d'adulte à charge, en sa faveur.

Une indemnité de 43,45 IRL (pour les moins de 66 ans), de 44,30 IRL (66 à 79 ans) ou 47,30 IRL (80 ans ou plus) par semaine est prévue. Il existe aussi une allocation 'pour membre de famille'. Quand la veuve se remarie, la pension est supprimée.

Cette pension de veuve est majorée pour chaque enfant à charge de moins de 18 ans (21 ans en cas d'études à plein temps), d'un montant hebdomadaire de 11,65 IRL (bénéficiaire de moins de 66 ans = (a)) ou de 11,95 IRL (bénéficiaire de 66 ans ou plus = (b)) pour le 1er enfant, de 12,80 (a) ou 12,95 (b) pour le second au cinquième enfant et de 11,05 (a) ou 11,30 (b) pour les enfants suivants.

Une allocation d'orphelin de père et de mère est octroyée à l'orphelin de moins de 18 ans (21 ans en cas d'études à temps plein) et à condition que 26 cotisations hebdomadaires au moins aient été versées au titre de l'un de ses parents ou beaux-parents. Cette allocation s'élève à 27,45 IRL par semaine et par enfant.

En outre, les prestations et pensions qui prévoient une majoration pour un adulte à charge continuent à être versées pendant 6 semaines après le décès de l'assuré, du conjoint, du veuf ou de la veuve de l'assuré, d'un enfant de moins de 18 ans à condition qu'avant le décès 26 cotisations hebdomadaires aient été payées depuis le 1er octobre 1970 et 48 cotisations hebdomadaires aient été payées ou créditées pendant la dernière année de cotisation de référence ou une moyenne de 48 cotisations à partir de l'affiliation à l'assurance ou du 1er octobre 1970 (la date la plus récente étant prise en compte); le montant varie entre 20 IRL (enfant de moins de 5 ans), 60 IRL (enfant de 5 à 18 ans) et 100 IRL (adulte). Une allocation réduite est versée si la moyenne annuelle des cotisations hebdomadaires est inférieure à 48, mais égale ou supérieure à 26.

La loi de 1981 a prévu d'une part la couverture des risques d'un accident survenu du fait et au cours de l'emploi. Les accidents de trajet ne sont, en règle générale, pas couverts. D'autre part il existe une liste de 52 maladies figurant dans la réglementation de 1983, relative à la prévoyance sociale, en vue des emplois entraînant l'exposition aux risques indiqués, et n'exigeant pas de délais d'exposition aux risques, à condition d'avoir assumé une occupation spécifiée pendant une période quelconque depuis le 1er mai 1967. Cependant, il existe des conditions spéciales pour les cas de pneumoconiose, byssinose et de surdité (délai d'exposition

de 10 ans) ainsi que pour l'asthme professionnel (délai de prise en charge de 10 ans). Les maladies qui ne font pas partie de la liste ne sont pas couvertes, à l'exception de celles couvertes en tant qu'accidents du travail.

En cas d'incapacité temporaire, les frais médicaux non couverts par le régime général de santé, sont, le cas échéant, pris en charge par l'assurance, s'ils sont considérés nécessaires et raisonnables. Concernant les prestations en espèces, l'indemnité d'accident de travail est versée après 3 jours de carence, supprimés si l'incapacité dure au moins 12 jours; le supplément proportionnel aux gains est payé après 13 jours. Leur durée ne dépasse pas les 156 jours. L'indemnité s'élève alors à 51,25 IRL par semaine ou à 40,55 IRL pour certaines femmes mariées et adolescents de moins de 18 ans; le supplément est à payer si le bénéficiaire a droit à l'indemnité en cas de maladie.

Le taux d'incapacité (t) permanente est fixé par le Ministère de la Prévoyance Sociale à la suite d'un examen médical et peut être révisé au terme de chaque période de fixation provisoire ou plus tôt encore, si les circonstances ont changé. Si ce taux est inférieur à 20%, une indemnité globale unique est normalement versée en fonction du degré d'incapacité et de sa durée probable; une pension hebdomadaire est prévue si l'incapacité (physique ou mentale) varie entre 20 et 100%: 11,36 IRL (t=20%), 28,40 (t=50%) ou 56,80 (t=100%); des montants plus élevés pour les bénéficiaires de 66 ans ou plus.

Il y a aussi une 'allocation pour soins constants' si le bénéficiaire reçoit une pension d'incapacité de 100% et a besoin de soins constants; le minimum est fixé à 11,36 IRL par semaine, le maximum normal à 22,70 IRL, exceptionnellement à 34,05 IRL et pour les cas particulièrement graves à 45,40 IRL par semaine. Les bénéficiaires d'une pension d'accident du travail également le supplément d'incapacité de travail (voir ci-dessous), ont en sus droit à des majorations pour personnes à charge. Un cumul intégral avec un nouveau salaire ou autres pensions est possible, mais limité au salaire avant l'accident en cas de cumul avec la pension d'invalidité ou de retraite. Une révision périodique suivant l'augmentation des salaires est prévue.

Si l'assuré (accidenté ou malade) meurt, la veuve reçoit une pension de 55,05 IRL par semaine, tandis que le veuf en bénéficie seulement si, pour des raisons d'infirmité, il est incapable de subvenir à ses besoins. S'il était à charge de l'épouse décédée, le veuf reçoit un montant forfaitaire unique de 2870 IRL. Une allocation spéciale de 3,20 IRL par semaine est accordée au bénéficiaire d'une pension, âgé de 66 ans ou plus et qui vit seul.

Les allocations d'orphelin prévues pour les survivants ont déjà été rapportés. En outre, les parents à charge, entretenus par le décédé, reçoivent par semaine, dans le cas d'un travailleur défunt non marié 55,05 IRL pour un parent et 24,55 IRL pour l'autre, et dans le cas d'un travailleur défunt marié, 24,55 IRL pour chacun

des parents. Enfin, une allocation funéraire de maximum 220 IRL peut être octroyée.

Normalement les montants cités ci-dessus doivent être augmentés une fois par an.

La loi sur les services de santé prévoit également, à titre gratuit, des services de réadaptation et de rééducation professionnelle en faveur des handicapés. Le cas échéant, l'assurance-accidents du travail intervient dans les frais. Les autorités publiques réservent aussi jusqu'à 3% des emplois appropriés aux personnes handicapées.

La protection sociale prévoit aussi des allocations familiales pour les enfants âgés jusqu'à 16 ans ou 18 ans (en cas d'études ou d'infirmité grave).

Chaque mois un montant de 12,05 IRL (pour le 1er au 5me enfant) ou de 18,75 IRL (pour chaque enfant suivant) est payé; pour les triplés ou quadruplés, les allocations pour chaque enfant se trouvent doublées. La mère célibataire avec un enfant à charge, dont le revenu ne dépasse les 6 IRL par semaine, reçoit 51,05 IRL par semaine; par enfant en plus, une majoration est prévue: 11,60 IRL pour le second au 5me enfant, 9,95 IRL pour chaque enfant suivant. Ces montants sont réduits si le revenu est supérieur à 6 IRL par semaine.

En cas de naissance de triplés, une allocation de naissance de 300 IRL est octroyée; pour les quadruplés ou quintuplés l'allocation s'élève à 400 IRL.

Pour les enfants handicapés entre 2 et 16 ans et vivant à la maison, une allocation spéciale de 66 IRL par mois est prévue. Les allocations familiales sont versées en sus des allocations de chômage et des majorations pour enfants y afférentes; elles peuvent également être cumulées avec les pensions et les prestations pour orphelins.

La loi de 1981 sur la protection sociale organise une assurance chômage, à côté de l'assistance en cas de chômage. A quelques exceptions près, toutes les personnes âgées de 16 ans et plus, employées en vertu d'un contrat de travail ou d'apprentissage, bénéficient de l'assurance, tandis que pour avoir droit à l'assistance-chômage il faut avoir atteint l'âge de 18 ans.

En cas de chômage complet (involontaire), il est requis du chômeur qu'il soit apte au travail, disponible et à la recherche d'un emploi, inscrit au bureau de placement; le chômage ne peut pas être dû à la mauvaise conduite du chômeur. Le chômeur doit avoir moins de 66 ans et avoir payé 26 cotisations hebdomadaires et 48 cotisations hebdomadaires doivent avoir été payé ou crédité pendant l'année précédant l'année de prestation.

Les chômeurs reçoivent alors une indemnité forfaitaire; pour avoir droit, en plus, au supplément proportionnel aux gains, il faut avoir droit aux prestations forfaitaires et avoir obtenu des

gains de plus de 43 IRL par semaine pendant l'année fiscale en question; il faut aussi manquer de ressources suffisantes. Les prestations forfaitaires sont versées pendant 6 jours par semaine et ce après 3 jours de carence; les prestations durent 390 jours (312 jours pour la femme mariée dépendant de son mari/ 156 jours pour un jeune de moins de 18 ans). Le supplément versé après 18 jours de carence, est limité à 375 jours. La durée de l'assistance est illimitée.

Les prestations forfaitaires sont fixées à 37,25 IRL par semaine (32,75 IRL pour la femme mariée dépendant de son mari ou le jeune de moins de 18 ans), avec la possibilité de suppléments familiaux. Le supplément s'élève à 25% ou 20% des gains hebdomadaires pris en compte entre 43 et 220 IRL, pendant respectivement les 141 premiers jours et les 234 jours suivants. Le montant total des deux prestations d'assurance ne peut excéder les 85% du gain hebdomadaire net de l'année fiscale en cours.

L'assistance s'élève à 30,90 IRL au maximum dans les zones urbaines et à 29,95 au maximum ailleurs. L'assistance dépend d'une enquête des ressources. Les montants sont majorés en fonction du nombre d'enfants à charge.

Lorsque la durée hebdomadaire d'un travail est inférieure à la durée normale du travail dans l'emploi considéré (c.à.d. en cas de chômage partiel), un cinquième du montant hebdomadaire de l'indemnité de chômage peut être attribué, le total des jours travaillés et des jours couverts par l'indemnité de chômage ne pouvant dépasser les 5 par semaine.

En règle générale, un cumul avec d'autres prestations de l'assurance sociale n'est pas autorisé.

II. APERCU DES LIMITATIONS LES PLUS IMPORTANTES DANS LA PROTECTION DE LA SECURITE SOCIALE DEPUIS 1980

L'année 1980 a été choisie comme première année pour la période examinée, parce que la récession économique, pour autant qu'elle affecte les revenus du travail, a commencé en cet année. Pour un couple marié avec deux enfants, avec un des époux travaillant, et à un salaire moyen pour l'industrie, le revenu réel après impôts a diminué de 15,8 % dans la période 1979-1984. Par contraste, dans la même période, les montants de base des prestations de chômage (forfaitaires) ont augmenté de 15 % et la prestation de base de la pension vieillesse contributive a augmenté de 30 % en termes réels. En général il y a eu très peu de réduction dans la protection de la sécurité sociale depuis 1979. Nous comptons comme réduction aussi bien l'exclusion de certains groupes, ou l'imposition de conditions plus restrictives, que la réduction du montant des prestations en termes réels.

Ceci est le résultat d'un soutien double, qui est spécialement clair dans le parti le plus important de l'opposition, en faveur d'un maintien de la protection existante et du niveau de protection actuelle sous la sécurité sociale, et même pour améliorer la protection et le niveau de prestations si possible. Les restrictions depuis 1979 ont été faites uniquement dans le système des prestations proportionnelles au salaire. Ces prestations sont payées comme un supplément aux allocations forfaitaires en cas de chômage, d'incapacité de travail, d'accidents et de maternité. Le supplément proportionnel au salaire est calculé sur la base du salaire hebdomadaire des travailleurs. Les restrictions visaient principalement une réduction du niveau des prestations pour les personnes sans travail.

Une limitation importante antérieure date de 1976, quand une limitation de prestations a été introduite. Ceci a été dû à la préoccupation que le niveau de prestations pour les chômeurs pourrait résulter en un revenu disponible égal à, ou même dépassant le revenu net du travail. Par la limitation des prestations, le résultat net des prestations de chômage et des exemptions fiscales ne peut pas dépasser 85 % du salaire net après impôts dans la période précédant immédiatement le chômage. Une telle limitation des prestations a également été appliquée à d'autres prestations comportant un élément proportionnel au salaire.

Prestations proportionnelles au salaire

Dans la déclaration sur le budget du ministre des finances en février 1983 une certaine inquiétude était exprimée en matière de la différence entre le revenu du travail et les prestations en cas

de chômage et d'incapacité de travail : "L'incitation au travail manque, et on est encouragé à exploiter le système de la sécurité sociale". En vue de restaurer ce que le ministre appelait "un équilibre raisonnable" entre revenus disponibles du travail et les prestations maximales en cas de chômage ou d'incapacité de travail, le taux de paiement était réduit en avril 1983 de 40 % du salaire à 25 %, et de 30 ou 25 % à 20 %, et en plus la prestation proportionnelle au salaire n'était pas payée pour les premiers 18 jours, ce qui signifie une augmentation de 6 jours de la période d'attente.

En plus à partir d'avril 1983, la limite des prestations en cas d'incapacité de travail, de maternité et d'accidents était réduite de 100 % du revenu brut servant de base aux prestations proportionnelles au salaire, à 80 %. Cette limite était réduite encore à 75 % en avril 1984.

D'autres amendements concernaient le "plancher" du salaire qui n'est pas pris en compte dans le calcul des prestations proportionnelles au salaire. Le plancher original était fixé en 1974, et restait inchangé jusqu'en 1981 : depuis cette période il a été régulièrement augmenté.

Travailleurs à prestations réduites

Il y a eu certaines modifications concernant le système du chômage partiel pour les travailleurs à prestations réduites, p.e. travaillant 3 jours par semaine. Jusqu'en 1983 ces travailleurs pouvaient, à partir de la 4ème semaine du chômage partiel, être avantagés par rapport à leur période de travail à temps plein. Ceci était dû au fait que ces travailleurs pouvaient travailler pendant trois jours, et demander l'allocation de chômage et la prestation proportionnelle au salaire pour les autres trois journées. A partir d'avril 1983 les prestations de chômage pour ceux qui travaillent régulièrement à prestations réduites ont été basées sur une semaine de 5 jours au lieu de 6, et en plus la prestation proportionnelle au salaire leur a été refusée.

Prestations d'incapacité de travail

Un régime plus sévère a été introduit en 1986 pour la prestation pour incapacité de travail. On a prolongé la période de suspension des prestations dans le cas où une personne néglige de se présenter à un contrôle médical. En plus, la prestation n'est plus payable aux personnes en congé payé.

Impôts sur les prestations de sécurité sociale

La soumission aux impôts des prestations à court terme de la sécurité sociale était prévue, en 1979, pour commencer à partir d'avril 1980. (Les prestations à court terme comprennent les prestations de chômage, d'incapacité de travail et de maternité. Les prestations à long terme sont la pension de retraite et la pension de survie). Dans son discours sur le budget en février

1980, le ministre des finances a annoncé que cette imposition des prestations n'entrerait pas en vigueur, en partie parce qu'un changement dans la structure des impôts pourrait réduire le revenu pour l'état, et parce que la nouvelle structure des impôts pourrait améliorer l'incitation au travail.

Cette question est revenue à l'ordre du jour dans le discours sur le budget de janvier 1982, où l'on proposait l'introduction de l'impôt sur les prestations à court terme de la sécurité sociale à partir de l'année fiscale 1982-1983. Mais le gouvernement est tombé sur ce budget, et la nouvelle administration a décidé de ne pas imposer les prestations à court terme, en partie parce que cela pourrait créer des charges inéquitable, et en partie à cause de difficultés d'administration.

Allocations d'enfant

En avril 1986 une nouvelle allocation d'enfant a été introduite. Elle remplace l'allocation familiale (un transfert en espèces à base universelle, non-imposable) et elle s'accompagne de l'abolition de l'exemption fiscale pour enfants à charge. Le résultat est une perte nette pour les familles payant des impôts à des taux élevés, et un gain net pour les familles à revenu modeste. L'intention originale (annoncée dans le programme "construire sur la réalité" ("building on reality") en octobre 1984) était de soumettre la nouvelle allocation d'enfant à l'impôt sur les revenus. Cette imposition a été remise à plus tard pour des raisons administratives et techniques.

III. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE EN IRLANDE

Dans ce rapport "privatisation" signifie la tendance à limiter la protection offerte par les systèmes publics de sécurité sociale, en la réduisant au rôle de protection de base, et de la compléter par les arrangements d'ordre privé, collectifs ou individuels. Ces arrangements privés peuvent être facilités par des avantages fiscaux. En Irlande l'état organise la sécurité sociale à travers une combinaison de prestations "d'assurance" (dans laquelle des prestations contributives sont dues si les bénéficiaires peuvent démontrer un nombre suffisant de cotisations) et d'assistance. Dans ce dernier cas, les paiements sont faits sur base d'une enquête sur les ressources. L'état attribue directement les prestations, et parfois il donne simplement des subsides. Plus particulièrement, l'état offre des dégrèvements fiscaux pour les primes d'assurance en matière de soins de santé. Jusqu'à maintenant l'état ne s'est pas beaucoup occupé d'une réglementation des systèmes de protection privés (par exemple des pensions professionnelles).

Contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays des communautés européennes, il n'y a pas eu beaucoup de débats publics ou au niveau politique sur la privatisation en matière de sécurité sociale. Ceci est du partielle au fait que la sécurité sociale en Irlande est moins développée que dans d'autres pays européens. Cela reflète aussi le fait qu'un nombre considérable de travailleurs sont indépendants (y compris une proportion relativement élevée dans l'agriculture), qui ne sont pas couverts par les systèmes existants d'assurance sociale. Par conséquent la plus grande partie du débat politique dans les années récentes s'est concentré sur la question de l'extension du champ d'application de la sécurité sociale à ces personnes, et sur les conditions de cet extension.

Depuis longtemps l'état a encouragé la mise en place de systèmes de pension professionnelle privés par le système de dégrèvement fiscal sur les cotisations payées sous des régimes approuvés par les employeurs et les travailleurs, et sur le revenu de ces régimes provenant d'investissements ou de dépôts. A ce moment le régime des pensions de la sécurité sociale couvre tous les travailleurs salariés, mais les prestations ne sont pas proportionnelles au salaire. Les pensions professionnelles, par contre, sont généralement proportionnelles au salaire. Il n'y a aucune obligation pour les entreprises de prévoir des pensions professionnelles pour leurs travailleurs. Mais ces systèmes se sont développés avec le temps. En 1978 les pensions professionnelles dans le secteur public couvraient déjà 85 % des travailleurs. Dans le secteur privé elles sont moins développées; à ce moment

quelque 50 % des travailleurs sont membres des Caisses de pension privées des entreprises (pour l'ensemble du secteur public et privé). Ce chiffre n'a pas beaucoup changé depuis celui d'il y a 7 ou 8 ans, ce qui reflète partiellement l'impact de la récession sur l'économie irlandaise depuis 1979.

Pour autant qu'il y a eu un débat politique dans les années récentes, celui-ci s'est concentré sur les secteurs des pensions et des prestations d'incapacité de travail. La privatisation dans le secteur du chômage n'a jamais été à l'ordre du jour. Pour cela la discussion plus détaillée dans ce rapport ne s'étend pas au secteur du chômage. Le terme de "privatisation" comme tel n'a pas été beaucoup utilisé dans le contexte de la sécurité sociale, et même en général - même si le problème de la privatisation a été sujet à une discussion au moins implicitement.

Dans les deux dernières années le gouvernement a réconsidéré son attitude envers les pensions de l'état, en partie à cause des restrictions budgétaires, en partie aussi à cause du coût pour l'industrie, et à cause de l'inquiétude dans d'autres pays sur les obligations de l'état à long terme dans des systèmes de pensions proportionnelles au salaire.

Dans une déclaration récente du gouvernement les priorités en ce qui concerne les pensions pour les trois à cinq années à venir sont les suivantes :

- compléter le champ d'application de l'assurance sociale par l'extension du système des pensions aux travailleurs indépendants
- introduire une réglementation sur les systèmes de pensions professionnelles, à fin de les obliger à suivre certaines normes, et à satisfaire les exigences économiques et du marché du travail
- trouver un accord avec les partis intéressés concernant l'accès du plus grand nombre possible des travailleurs à une pension proportionnelle au salaire.

Il existe un secteur libre, qui a joué un certain rôle dans l'attribution de prestations en espèces et en nature à des personnes avec peu ou pas de revenus. Il faut mentionner surtout la société de Saint-Vincent de Paul. En comparaison avec la sécurité sociale de l'état, le montant des prestations par ces organisations privées est relativement réduit. Par exemple, les dépenses pour l'année 1984 de la société en prestations en espèces et autres (y compris les aides outre mer et les frais d'administration) étaient de 6,3 millions de livres irlandaises. Ceci doit être comparé avec les dépenses de l'état pour toutes les formes d'assistance sociale d'un montant de 887 millions de livres dans la même année. La fonction du système libre c'est modifiée considérablement dans le temps. A une certaine période les organisations libres jouaient un rôle dominant dans la protection du bien-être. A présent leur rôle est vu plutôt comme complémentaire à celui de l'état, ou comme présentant une alternative au système d'état. Tout de même, son importance potentielle a été reconnue au niveau

politique. Par exemple, dans le programme électoral pour 1984 du Fine Gael on dit qu' "un encouragement positif sera donné au développement des organisations libres".

En 1982 le comité national du service social (national social service board), une institution gouvernementale, a publié un document de discussion sur le développement des services sociaux libres en Irlande. Le rapport s'occupait du support et de l'encouragement nécessaires aux services libres pour réaliser pleinement leur potentialité. Parmi les conclusions du comité était une structure à trois niveaux pour la prestation des services sociaux personnels, en vue de réaliser une coopération entre organismes légaux et libres avec un maximum d'efficacité. Le comité a également recommandé certains avantages fiscaux pour les activités de bienfaisance, qui encourageraient des donations par le secteur privé.

D'une certaine manière ce rapport est présenté juste avant qu'un nombre de documents politiques d'une importance cruciale est attendu. Premièrement, on attend pour la fin de cet année le rapport de la commission sur le bien-être public (commission on social welfare), installée par le gouvernement en août 1983. Le mandat de cet commission était, entre autres, "d'évaluer le système de l'assistance sociale et des services sociaux connexes, et de formuler des recommandations pour leur développement". En deuxième lieu on attend un document sur la politique de pensions de la part du département du bien-être social (department of social welfare). Ce département a fait ordonner une enquête sur les pensions professionnelles, mais les résultats de cette enquête n'ont pas encore été publiés, bien que l'enquête soit terminée. En troisième lieu le département du bien-être social a ordonné l'enquête nationale sur les systèmes professionnels de prestations maladie et les résultats sont attendus bientôt. En plus la fédération des employeurs (federated union of employers) a mis sur pied un groupe de travail sur les prestations d'incapacité de travail, qui va bientôt arriver à ses conclusions, mais rien n'a encore été rendu publique par ce groupe de travail.

Dans le programme commun du gouvernement de la coalition actuelle Fine Gael-Labour on trouve un engagement à la création d' un régime national de pensions proportionnelles au salaire "qui, en plus de ces avantages sociaux, contribuerait à augmenter le volume de l'épargne nationale, et la mobilité de l'emploi". Ceci faisait écho à un engagement par Fianna Fail dans son programme électoral de 1981, qui disait que le gouvernement était conscient du besoin d'une protection adéquate de pension pour tous les travailleurs et les indépendants, et que le gouvernement présenterait un plan de pension pour les travailleurs et les indépendants.

Le plan économique et social du gouvernement, building on reality (construire sur la réalité) disait que "le gouvernement a l'intention de publier une esquisse d'un plan national de pension. Cette esquisse porterait sur la question de l'extension du champ d'application de l'assurance sociale de pension aux indépendants. Le

conseil national économique et social (national economic and social council), qui comprend des représentants des employeurs, des organisations des agriculteurs, des syndicats des travailleurs et d'autres, et qui joue un rôle consultatif auprès du gouvernement sur des matières de politique économique et sociale, croit qu'il faudrait une discussion explicite dans la proposition gouvernementale (white paper) sur les pensions en ce qui concerne le coût et les avantages d'un plan national de pension proportionnelle au salaire.

Les pensions

Dans notre aperçu général nous avons mentionné le fait que l'assurance sociale ne s'étend pas aux indépendants. La protection du revenu des indépendants se fait ou bien par des systèmes d'assistance avec examen des ressources, ou par des contrats d'assurance privée individuels. Le gouvernement considère cette situation comme peu satisfaisante, en partie parce que la protection sociale prévue par l'état pour les indépendants pour les risques tel que le veuvage est inadéquate en comparaison avec les prestations d'assurance sociale pour les travailleurs salariés, et en partie parce que le financement des pensions de sécurité sociale pèse plus lourdement sur les travailleurs salariés. Dans le cadre de l'esquisse d'un plan de pension national par le département du bien-être social, le problème de l'extension du champ d'application des assurances sociales, - au moins pour le secteur des pensions - sera analysé. On a déjà déclaré que "les indépendants gagneront dans le domaine de la qualité du service, de l'éventail des risques couverts et du niveau des prestations, et ils économiseront le coût parfois élevé des contrats d'assurance privée".

En octobre 1985, les ministres de la sécurité sociale de l'époque parlaient du développement des pensions professionnelles dans les dernières 20 années, en disant que cela menait à "la réalisation que la politique du gouvernement en matière de pension doit s'étendre aux activités du secteur public aussi bien que du secteur privé, et doit les considérer comme partenaires pour les développements futurs". Ces commentaires se référaient à une conception des pensions, selon laquelle la pension de sécurité sociale devrait rester du type forfaitaire, laissant aux pensions professionnelles le soin de pourvoir dans un supplément proportionnel aux salaires. "Cette conception créera-t-elle une 'élite' dans les pensions ? Y-a-t-il une troisième alternative viable par laquelle les employeurs auraient l'obligation légale d'assurer des pensions professionnelles pour tous leurs travailleurs sous certaines conditions de qualification ? Y-aurait-il une quatrième alternative sous laquelle l'employeur aurait l'obligation ou bien d'organiser une Caisse de pension d'entreprise ou bien de cotiser à un niveau déterminé pour une pension personnelle pour chaque travailleur ? Et quelle serait l'action supplémentaire nécessaire de la part du gouvernement, pour réglementer la qualité et la sécurité des pensions professionnelles ?"

La question d'un régime national de pension proportionnelle aux salaires a été dans l'actualité depuis un document de discussion publié en 1976. Ce document (green paper) montrait les lacunes existantes dans le champ d'application des pensions de l'état et des pensions professionnelles, et particulièrement que des nombres considérables de travailleurs n'étaient couverts par aucun système de pension proportionnelle au salaire. Le document identifiait un certain nombre de déficiences majeures dans la protection offerte par les systèmes de pension - des manquements dans les types et le niveau des pensions, un manque de protection du droit à pension en cas de changement d'emploi, absence de protection de la valeur des pensions en cas d'inflation, et généralement manque de coordination dans les différents systèmes de pension.

Le document identifie certaines exigences fondamentales pour une pension proportionnelle au salaire, et suggère qu'un tel système devrait protéger tous les travailleurs salariés pour les risques de vieillesse, invalidité et survivance, avec un âge de la retraite fixé à 65 ans pour les hommes et pour les femmes. Le niveau des pensions, la nature des revenus à prendre en considération, et la question du plafond de salaire pour le calcul de la pension et des cotisations sont également discutés.

Le green paper s'occupe aussi des implications de différentes formules dans le nouveau système pour les pensions professionnelles existantes. Il s'agit notamment de la question de l'exclusion de certains travailleurs du système, ou de permettre à certains emplois couverts par des pensions professionnelles favorables de "contract out" du nouveau système, en tout ou en partie. On mentionne également les problèmes administratifs. Le green paper discute des types possibles du nouveau système de pension, et esquisse à titre d'illustration, trois modèles pour un tel nouveau système.

Le premier serait un pur système de pension proportionnelle au salaire, tandis que les deux autres consisteraient en deux parties, une pension forfaitaire et un supplément proportionnel au salaire. Les deux premiers modèles offrent des prestations à des niveaux qui rendraient virtuellement les pensions professionnelles superflues, mais tous les deux pourraient être modifiés dans le sens d'un droit à "contract out" en faveur d'un système professionnel. Le troisième modèle évite la question du "contracting out", les prestations étaient fixées à un niveau tel que les tranches des revenus plus élevées devraient être couvertes par des pensions professionnelles supplémentaires.

Finalement, le green paper discute brièvement les aspects les plus importants d'une extension des pensions proportionnelles aux revenus aux travailleurs indépendants. Le document considère les problèmes considérables que comporterait l'introduction de tel système en Irlande, où les indépendants constituent une part beaucoup plus importante de la population active que dans n'importe quel autre pays des communautés européennes, à l'exception de l'Italie.

Ce document doit être lu conjointement avec un autre document de discussion du département du bien-être social, concernant la sécurité sociale pour les indépendants. Ce document discute la manière de laquelle la sécurité sociale pourrait couvrir les indépendants. Le document traite de questions telles que l'application de la sécurité sociale à tous les indépendants, ou seulement à des groupes particuliers, et le caractère obligatoire ou volontaire de l'assurance. Les trois catégories principales de prestations prises en considération pour les indépendants sont les pensions de vieillesse, les pensions de survie pour veuves et orphelins et les prestations pour invalidité de longue durée ou pour incapacité de travail. Le document constate que ce serait nier un principe fondamental de l'assurance sociale, à savoir la répartition des risques et du coût de la protection contre les risques de la vie sur une base aussi large que possible, si la participation au système était complètement volontaire. Pour des considérations de viabilité financière on exige également que l'étendue du système soit aussi large que possible, pour arriver à une répartition minimale des risques et des coûts du système.

Si l'on considère que le dernier document gouvernemental en matière de pension était le green paper de 1976, il y a une certaine incertitude en ce qui concerne les plans du gouvernement pour un nouveau système de pension, et quant au rôle qui serait laissé aux pensions professionnelles. Une de ces incertitudes porte sur la question si l'état permettrait le "contracting out", et si le système de l'état serait accompagné d'une législation imposant certaines normes aux systèmes professionnels. Cette dernière législation pourrait être considérée comme faisant partie d'une possibilité de "contracting out". En plus, puisque l'attraction des systèmes privés serait qu'ils peuvent offrir des pensions couvrant une proportion plus grande du dernier salaire que dans le système de l'état, la demande future pour des pensions privées dépendra en grande partie de la mesure dans laquelle le nouveau système de l'état remplacera le revenu perdu. Dans l'état actuel des restrictions en matière de finances publiques en Irlande, il semble peu probable qu'un nouveau système de pension de l'état pourrait offrir des avantages comparables aux pensions professionnelles existantes, particulièrement pour les personnes à revenu élevé.

En plus, le green paper de 1976 reconnaît que les systèmes professionnels existants ne pourraient pas facilement être éliminés par voie législative, et il reconnaît que des problèmes très difficiles pourraient être créés par un règlement permettant le transfert des droits acquis des pensions professionnelles existantes vers un nouveau système d'état. Le green paper admet que la plupart des travailleurs couverts à ce moment par des pensions professionnelles satisfaisantes ne verraient pas beaucoup d'avantage dans le fait d'être obligés à participer dans un régime d'état, et que de bons régimes professionnels sont utiles du point de vue des relations de travail et de l'attraction d'une main-d'oeuvre qualifiée. Il semble probable, par conséquent, qu'il y aura toujours une

demande pour des systèmes de pensions privés, même après l'institution d'un nouveau système d'état.

Un certain nombre de ces problèmes sur la relation entre les pensions professionnelles et le système de pensions d'état ont été discuté dans un rapport récent sur le rôle des pensions professionnelles en Irlande (The role of occupational pension schemes in Ireland) par le professeur John Bristow et Monsieur Terence Ryan. Le rapport dit : "Des pensions d'état proportionnelles au salaire, basées entièrement ou en grande partie sur le principe de la répartition, imposent des charges très lourdes sur la fiscalité, et tous les gouvernements européens cherchent des moyens de réduire ces charges. Il y a des signes que dans plusieurs pays les pensions de l'état vont devenir - en comparaison avec les revenus moyens - un peu moins généreuses qu'elles n'ont été dans le passé. Ceci pourrait fournir un stimulant pour l'industrie des pensions professionnelles, et ceci peut donner à penser à ceux qui en Irlande, (où les problèmes fiscaux sont aussi graves que n'importe où en Europe) veulent argumenter en faveur d'augmentations considérables dans les dépenses publiques sur la base de la comparabilité avec les autres pays européens".

Le rapport indique qu'un facteur important dans le développement des systèmes privés dans la plupart des pays a été le fait que le système de l'état typiquement n'a pas suffisamment tenu compte du fait que les gens ne désirent pas rencontrer un déclin trop fort dans leurs revenus au moment de la retraite. L'avantage principal offert par les systèmes privés à toujours été leur possibilité de prévoir des pensions proportionnelles au revenu non assujetties à des plafonds arbitraires. Pour cela la création d'un régime de pensions proportionnelles aux salaires de l'état en Irlande changerait de manière dramatique le milieu dans lequel les systèmes de pensions privés doivent opérer.

Le rapport donne une estimation du champ d'application des pensions privées. Dans cette estimation on a exclu l'agriculture, ainsi que les systèmes pour les fonctionnaires publics, pour les employés des autorités locales et du système de santé, le personnel enseignant de l'enseignement primaire et secondaire, la police et l'armée. Comme un nombre considérable des travailleurs se trouve encore en-dessous de l'âge d'entrée au système, il est suggéré que la vraie proportion de la population active travaillant sous un système de pension est au-dessus de 60 %.

Un autre rapport sur les pensions doit être mentionné : le rapport du Conseil national pour les personnes âgées (national council for the aged) - qui a une fonction consultative auprès du ministre de la santé pour tous les aspects de la protection des personnes âgées - sur la protection du revenu des personnes âgées. Ce rapport formule un certain nombre de recommandations sur la protection du revenu, et particulièrement pour une pension d'état pour les personnes âgées. Il parle aussi brièvement de la relation entre les pensions professionnelles et la pension de l'état pour dire que cette relation doit être examinée avec grand soin.

Bien que dans ce rapport il soit montré qu'en règle générale les pensions professionnelles ne constituent qu'une partie très limitée du revenu total des personnes âgées, le rapport croit que leur importance va aller en augmentant, puisque la génération actuelle des travailleurs jouit d'une plus grande couverture dans les systèmes privés. Mais les pensions professionnelles privées sont et resteront vraisemblablement une source de revenus peu digne de confiance. Pour cela il y a un certain nombre de raisons, et notamment le fait que les droits à pension dans les systèmes privés ne sont pas garantis (p.e. en cas de liquidation de l'entreprise), le fait que les prestations peuvent varier selon que le travailleur est resté chez le même employeur, et le fait que la protection contre l'inflation est très différente d'un système à l'autre. Le rapport propose les options suivantes, sans que cette énumération soit considérée comme exhaustive :

- (i) La structure des régimes actuels peut être acceptée, avec des améliorations pour ceux qui quittent avant l'âge de la retraite, et pour les pensionnés actuels;
- (ii) Puisque les moyens financiers pour réaliser les améliorations indiquées sous (i) sont limités, on pourrait les financer par une réduction de la pension normale, notamment par la réduction de la fraction par année de service du salaire final qui constitue la pension;
- (iii) Une option par laquelle les travailleurs auraient le droit de choisir de participer dans le régime de pension offert par l'employeur, ou bien de souscrire à une assurance de pension individuelle, avec une contribution minimale garantie de la part de l'employeur.

Réglementation des pensions professionnelles

Jusqu'à maintenant les pensions privées ont été largement autonomes. Mais dans ces dernières années le gouvernement a cru de plus en plus dans la nécessité d'une réglementation de contrôle effective du secteur des pensions professionnelles. Ceci a été causé en partie par des cas où des Caisses de pension d'entreprises ont été utilisés à secourir des entreprises en difficultés, avec le risque de laisser les travailleurs sans couverture de pension si l'entreprise faisait faillite. Il était aussi considéré que de grandes différences existent en termes de prestations et de protection contre l'inflation entre les différents systèmes de pensions professionnelles. Généralement le gouvernement a senti la nécessité de développer des méthodes de financement plus sûres, d'améliorer la protection des travailleurs dans les petites entreprises, de prévoir des transferts des droits à pension en cas de changement d'emploi, et de prévoir de meilleures garanties pour l'indexation des pensions professionnelles dans le futur. Tout ceci a suggéré la nécessité d'un contrôle accru par l'état.

Ces considérations ont été développées par le ministre du bien-être social de l'époque en octobre 1983, quand il a dit que les droits d'un membre d'un système de pension professionnelle n'était pas toujours aussi bien garantis que les gens s'imaginent, les

droits à pension des travailleurs étant vulnérables sous plusieurs aspects, parmi lesquels :

- insolvabilité de l'employeur
- paiement insuffisant des cotisations de l'employeur
- manque de garantie de l'indexation des pensions
- manque de transférabilité entre les systèmes en cas de changement d'emploi.

Le ministre disait que certains de ces risques pouvaient être réduits par voie législative, ou par l'adoption d'un code de bonne conduite volontaire par les administrateurs des Caisses de pension. Les domaines qui nécessitaient une attention immédiate étaient :

- l'information des travailleurs sur la nature et l'étendue de leurs droits à pension dans le cadre de l'entreprise
- des normes minimales de financement, et en particulier l'obligation pour l'employeur de garantir les droits à pension dans le cas de liquidation de l'entreprise.

En décembre 1983 le ministre de la santé et de la sécurité sociale a annoncé la création d'une commission nationale pour les pensions (national pension board). La commission comprendra des représentants du gouvernement, des syndicats, des employeurs, des agriculteurs et de l'industrie de pension. La première priorité de la commission sera de proposer aux ministres des projets détaillés de législation pour définir des normes de qualité, et ensuite d'évaluer et de contrôler la législation. Les projets de législation doivent couvrir au moins les points suivants :

- les normes d'administration des systèmes (y compris les devoirs, le statut et les qualifications des mandataires)
- les normes de financement des systèmes et les exigences pour assurer la sécurité financière des systèmes de pensions professionnelles et de leurs fonds (y compris leur sécurité en cas de fermeture, de cession, de reprise et d'insolvabilité)
- l'information des membres des systèmes
- le transfert des pensions.

La commission sera priée de préparer des propositions futures sur les normes qualitatives dans d'autres domaines, tels que l'égalité de traitement des hommes et des femmes dans les pensions privées, et les droits à pension des travailleurs à temps partiel. La commission devra également conseiller les ministres sur la question de la meilleure manière d'étendre l'accès aux pensions proportionnelles au salaire à tous les travailleurs, elle devra en particulier évaluer les possibilités des pensions professionnelles dans ce domaine.

Prestations d'incapacité de travail

La loi sur le bien-être social (social welfare act) de 1952 a remplacé par une prestation unique, appelée allocation d'incapacité de travail (disability benefit), les prestations de maladie

et d'invalidité préexistantes sous le régime de l'assurance nationale contre la maladie.

Dans les dernières 30 années on a remarqué une augmentation assez forte dans la fréquence et la durée des périodes d'incapacité de travail par personne sujette aux risques et dans le taux d'incapacité. Une recherche par Hughes est consacrée à l'absence du travail et l'allocation d'incapacité de travail. Cette recherche utilise des données sur les absences justifiées pour incapacité de travail. Une analyse du modèle de l'incapacité de travail indique que, bien que la consommation de l'alcool et les intempéries affectent certainement l'absence pour incapacité de travail, leur influence est très faible comparée à celle du taux de remplacement (qui mesure le degré de remplacement du salaire perdu par la prestation de la sécurité sociale lorsque le travailleur devient malade), du taux de salaire réel, et du chômage à long terme. Hughes suggère que la raison principale pour l'augmentation dans le nombre des demandes qui s'est manifestée avec le temps, est que le supplément proportionnel au salaire constitue un investissement supplémentaire dans la santé de la main-d'oeuvre, parce qu'il permet aux travailleurs de s'absenter pendant une période de maladie en vue d'obtenir le traitement dont ils ont besoin, ce qu'ils ne pourraient pas se permettre sur la base de la seule prestation forfaitaire.

A plusieurs occasions dans les années récentes des suggestions ont été faites pour une réforme du système de l'allocation d'incapacité de travail, dans lequel l'employeur pourrait être chargé d'une partie de la responsabilité pour le maintien des travailleurs dans la période initiale de la maladie. Hughes, dans sa discussion sur les options pour la politique à suivre, propose que l'employeur serait rendu légalement responsable pour le paiement du salaire dans les premières semaines de la maladie : ce paiement en cas de maladie serait considéré comme une partie du salaire, et serait traité comme un salaire normal pour les taxes et impôts. Hughes se réfère au fait qu'un nombre de pays européens connaissent déjà des systèmes de continuation des salaires en cas de maladie dans ce sens. Hughes note que les données disponibles suggèrent que la proportion de la main-d'oeuvre assurée en Irlande couverte par des systèmes professionnels de paiement du salaire en cas de maladie est d'environ 75 % des travailleurs. Il considère que la possibilité de rendre l'employeur responsable pour la continuation du salaire en cas de maladie pour une certaine période en Irlande vaut la peine d'être examinée plus en détail "parce qu'en plus de faciliter l'impôt sur les prestations de maladie, ce système :

- a. éliminerait le double emploi dans les systèmes actuels, et de ce fait réduirait les dépenses publiques pour les prestations de maladie
- b. qualifierait le problème dans chaque entreprise, et encouragerait les employeurs et les travailleurs à prendre leur responsabilité;

c. inciterait les employeurs à réduire le taux de l'absentéisme pour maladie par l'introduction, p.e., de meilleures méthodes de sélection, et de meilleures mesures de santé de sécurité."

Dans un article de 1983 Fitzgerald dit que l'état ne devrait pas être trop engagé dans la protection du revenu en cas d'absence pour maladie de courte durée, vu le développement du syndicalisme et l'extension des systèmes professionnels de paiements pour maladie. Elle cite le fait qu'un tiers de toutes les demandes pour allocations d'incapacité de travail concerne des cas d'absence de moins de deux semaines, et qu'environ une moitié n'excède pas trois semaines, et elle dit qu'on peut argumenter que la couverture de telles absences de courte durée devrait faire partie intégrante des conditions normales de travail. Selon elle les employeurs seraient mieux placés pour décider si les demandes sont sérieuses ou non; les employeurs pourraient se voir attribuer la possibilité de prendre sur eux l'attribution et le contrôle de ces allocations, et ils devraient avoir la responsabilité de payer pour les premières deux ou trois semaines de maladie. Elle admet qu'une telle proposition pourrait causer des problèmes pour des petites entreprises, qui devraient être amenées à amalgamer les risques par la voie de l'assurance privée.

La discussion sur la protection des travailleurs en cas de maladie est en partie concentrée sur la question si un transfert de la responsabilité vers les employeurs aurait comme résultat un meilleur contrôle et une réduction des demandes par les travailleurs, ce qui amènerait des économies administratives de la part du département du bien-être social.

Cette discussion a été reprise par la commission nationale de la planification (national planning board) - créée en mars 1983 pour adviser le gouvernement et en particulier pour préparer une proposition de programme économique à moyen terme - dans son rapport d'avril 1984. La commission croyait qu'elle avait de bonnes raisons pour revoir le système de l'allocation d'incapacité de travail, qui devrait être payable seulement depuis la 15ème journée de maladie, plutôt que depuis la troisième. Les employeurs devraient être pleinement responsables pour la protection du revenu du travailleur dans les premières deux semaines de la maladie. La moindre nécessité, comparée à la période où le système avait été établi, pour un système centralisé de protection du revenu pour les semaines initiales de la maladie apparaît des estimations selon lesquelles 80 % des employeurs privés pratiquent déjà des systèmes professionnels de paiement en cas de maladie couvrant les deux premières semaines ou plus; et que 96 % des travailleurs assurés dans le secteur privé, et presque tous les employés du secteur public sont couverts par de tels systèmes. Les employeurs devraient être compensés pour leur responsabilité accrue par une réduction dans la cotisation générale pour l'assurance sociale. La position des personnes travaillant dans des entreprises de petite envergure devrait être protégée par l'exigence pour les petits employeurs de prévoir des arrangements pour

assurer leur responsabilité pour le paiement de leurs travailleurs , en cas de maladie.

Les développements les plus récents proviennent de la déclaration sur l'emploi et sur la réforme fiscale du premier ministre (The Taoiseach) au parlement (Dail) le 23 octobre 1985. Le gouvernement propose, entre autres, de revoir le système des prestations d'incapacité de travail en vue de réduire le coût de l'absentéisme. Le premier ministre a consulté le conseil national économique et social sur ces propositions, et celui-ci a répondu à ces propositions en mars 1986. La proposition spécifique en matière de prestations d'incapacité de travail était que la responsabilité pour les premières dix semaines de maladie devrait être transférée de l'état aux employeurs, avec en même temps une réduction de 1 % dans le taux des cotisations des employeurs à l'assurance sociale, et la création d'obligation pour l'employeur en droit du travail. La réduction de l'absentéisme n'était pas présentée comme l'objectif principal de la réforme proposée, mais plutôt une allocation plus efficace des ressources par une définition claire et simple des responsabilités. Ce qui n'empêche pas qu'une réduction de l'absentéisme serait attendue.

L'avis unanime du conseil national économique et social est que le système des prestations pour incapacité de travail a besoin d'une réforme, en partie parce que le système peut encourager l'absentéisme, en partie aussi parce que le taux de remplacement pour personnes isolées peut être très bas, ce qui veut dire qu'ils reçoivent une proportion très basse de leur salaire en cas de maladie. Mais le conseil prévoit de grandes difficultés pour la mise en pratique de cette réforme. En particulier le conseil croit que ce serait trop difficile de faire respecter une telle obligation légale dans les petites entreprises. Les travailleurs de ces petites entreprises ont à présent la garantie d'un certain revenu en cas de maladie sous le système des prestations d'incapacité de travail, ils pourraient bien se trouver sans revenu dans la maladie après la réforme. En plus, le coût du système serait réparti très inégalement entre les entreprises et pèserait plus lourdement sur certaines entreprises, p.e. celles qui à présent n'ont pas de système professionnel pour paiement en cas de maladie, ou qui possèdent un tel système mais avec une prestation très basse en relation avec le salaire complet.

En vue de ces problèmes potentiels, qui pourraient survenir en cas de réalisation des propositions envisagées, certaines solutions sont suggérées parmi lesquelles :

- (i) l'exclusion du système des employeurs occupant moins qu'un certain nombre requis de travailleurs; et
- (ii) un système par lequel les économies réalisées par l'état dans l'administration du système de prestations pour incapacité de travail seraient réparties sur les employeurs.

On avait le sentiment que la notion même d'une obligation légale de payer pour la première période de maladie serait inacceptable pour certaines entreprises hostiles à toute intervention de l'état

dans ce domaine. Ceci crée un problème particulier, parce que les syndicats des travailleurs sont d'avis que tout système à introduire devrait comporter une obligation légale pour les employeurs, avec des taux de paiements en cas de maladie déterminés par la loi. Il ne serait pas acceptable pour les syndicats de voir la détermination du taux de paiement en cas de maladie laissée au mécanisme des négociations collectives.

En conclusion, le conseil accepte que le système actuel de prestations pour incapacité de travail a besoin d'une réforme. En ce qui concerne le problème de l'absentéisme, c'est un problème surtout d'administration des entreprises. Le conseil estime que la proposition du gouvernement mérite un examen plus approfondi. Mais le conseil aura besoin de beaucoup plus d'information, aussi bien sur les résultats du système actuel (y compris l'interaction entre le système de prestations d'incapacité de travail et les systèmes professionnels de paiement en cas de maladie) et sur les conséquences probables de la réforme proposée, avant de pouvoir se décider à l'approuver.

Un dernier point sur le système de prestations d'incapacité de travail. Un janvier 1986 le conseil national de l'union des employeurs (national executive council of de federated union of employers) a publié une déclaration politique, qui se référait également à la sécurité sociale. Selon les employeurs la combinaison de prestations de sécurité sociale exemptes d'impôts et des systèmes professionnels de paiements en cas de maladie contribue au niveau relativement élevé de l'absentéisme, et exerce par moment une influence négative sur les négociations sur les salaires. La proposition selon laquelle les employeurs devraient prendre la responsabilité pour les absences de maladie de courte durée, en échange pour une réduction de la cotisation sociale des employeurs, dans cette forme actuelle n'est pas pratique et est inacceptable pour les employeurs. Un comité de la fédération des employeurs examine la possibilité de formuler une proposition alternative.

Prestations pour soins de santé et exemption d'impôts

Peuvent-êtré déduits du revenu imposable :

- (i) le montant total des primes pour assurances soins de santé payé par des individus à une assurance reconnue, normalement le conseil de l'assurance maladie volontaire (voluntary health insurance board - V.H.I.);
- (ii) les dépenses médicales pour certains types de soins de santé;
- (iii) des primes payées sous un contrat d'assurance maladie reconnue, qui paie des prestations à un individu dans le cas de perte de revenu à cause de maladie.

En ce qui concerne (i), cette règle est introduite en 1955 pour encourager le développement du V.H.I.-board. Le V.H.I. est une organisation d'assurance mutuelle pour la maladie, sans but lucratif. L'état n'a pas octroyé et n'octroie pas encore d'assistance

directe au V.H.I., mais l'assistance indirecte de l'état est considérable. A part les avantages fiscaux pour les assurés (mentionnés ci-dessus) le board ne paie pas d'impôts sur le revenu provenant de ces investissements.

Le V.H.I. est destiné à remplir une fonction "résiduaire", comblant la lacune laissée par le fait que les services de santé de l'état ne couvrent pas toute la population, et n'offrent pas une couverture complète. En général le V.H.I. est complémentaire aux services de l'état. Le V.H.I. recrute ses membres surtout dans les groupes à revenu relativement élevé.

Il est estimé que le montant de l'impôts perdu à cause de l'assurance pour soins de santé en 1985-1986 est de 30 millions de livres Irlandaises; ceci doit être comparé au volume total de l'impôt pour 1985, qui est de 2.177 livres Irlandaises.

Depuis 1955 le système public de services de santé s'est étendu. En partie pour cette raison, et en partie parce que l'organisation du V.H.I. est devenue bien établie et largement utilisée, et que la valeur de cette assurance est universellement appréciée, la commission pour les impôts (commission on taxation) a recommandé en 1982 l'abolition de cette exemption fiscale. Cette abolition n'a pas encore eu lieu.

Pour le point (ii), la commission a formulé la recommandation que, jusqu'au moment où une protection adéquate sera réalisée par des prestations directes sous le service de santé, l'exemption fiscale pour coûts de soins de santé devrait être maintenue pour des personnes qui encourent des dépenses substantielles à cause de maladie de longue durée et ou d'une nature chronique.

Pour le point (iii), la commission a recommandé que l'exemption fiscale pour les primes payées serait abolie, mais que les prestations payées par ces assurances seraient exemptes d'impôts. Ces recommandations n'ont pas encore été réalisées.

Une question qui a apparue récemment est celle des paiements par le V.H.I. pour traitement privé dans de nouvelles institutions hospitalières très coûteuses, notamment Blackrock Clinic et le nouveau Mater Hospital. On attend une déclaration de la part de V.H.I. sur la mesure dans laquelle ce traitement sera couvert.

Chapitre III

ROYAUME-UNI

Le Royaume-Uni de Grande Bretagne et de l'Irlande du Nord n'ayant pas de constitution écrite, aucune disposition d'ordre constitutionnelle n'est vouée au droit de la sécurité sociale; s'agissant d'une branche assez récente du droit aucune tradition constitutionnelle n'y fait directement référence.

Administration

L'organisation de la sécurité sociale est aux mains du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale (DHSS) et, en ce qui concerne le chômage, du Ministère du Travail. En outre, il y a un Office pour le Pays de Galles, un Office pour l'Ecosse et un Office pour l'Irlande du Nord.

Le Service National de la Santé, ainsi que les autorités régionales et locales de la santé (sous la direction du DHSS) sont responsables pour les soins de santé. En ce qui concerne le chômage, ce sont les bureaux régionaux et locaux du Ministère du Travail qui sont compétents. Pour le reste, les bureaux régionaux et locaux du DHSS sont responsables. Les structures que nous décrivons ici ne se rapportent qu'à l'Angleterre et au Pays de Galles, l'Ecosse et l'Irlande du Nord ressortant d'une structure différente.

Financement

En vue du financement de la sécurité sociale, les travailleurs paient 9%, les employeurs 10,45% du salaire hebdomadaire, à condition que celui-ci ne dépasse les UKL 34; en cas d'affiliation au régime d'une entreprise agréée, les mêmes taux sont prévus pour la partie du salaire atteignant les UKL 34. En plus, les travailleurs cotisent 6,85%, les employeurs 6,35% de la partie du salaire hebdomadaire supérieure à UKL 34.

Les prestations en nature en cas de maladie sont presque entièrement financées par voie d'impôts: l'état contribue environ 88% aux soins de santé. Il existe également une subvention étatique en faveur des autres branches, égale à environ 11% du produit des cotisations; en plus, une subvention de l'état couvre la totalité des dépenses faites au titre de pension d'invalidité non contributive, d'allocation pour soins constants et pour personnes incapables de marcher, ainsi qu'à titre de pension de retraite non contributive. Les prestations familiales sont intégralement financées par l'état.

Aux prestations à long terme, un système financier est applicable, qui combine la répartition et l'intervention de l'état.

Soins de santé

Conformément à la loi de 1946, instituant le Service National de la Santé, telle que modifiée par après, tous les résidents bénéficient des soins de santé dès le début de leur maladie et ce pour une durée illimitée. La pension des personnes retraitées est cependant diminuée après 8 semaines d'hospitalisation.

L'assuré doit s'adresser aux médecins sous contrat avec le Comité local des médecins de famille. La rémunération du médecin est généralement composée de'une rémunération de base, d'un montant per capita et d'une rémunération spéciale. La majorité des hôpitaux, étant gérés par le Service National de la Santé, font également partie du système. Toute personne âgée de 16 ans au moins peut choisir librement son médecin et s'inscrire sur la liste de celui-ci. Les parents ou tuteurs choisissent pour les enfants de moins de 16 ans. Il n'y a pas d'honoraire à payer et l'assuré ne doit pas participer aux frais d'hospitalisation, sauf si le patient demande des dispositions spéciales ou des soins plus coûteux qui ne sont pas cliniquement nécessaires.

En ce qui concerne les soins dentaires, une participation de l'assuré est exigée, pouvant aller jusqu'à UKL 14 1/2 par traitement au maximum (ou UKL 110 pour des traitements importants, y compris les couronnes ou dentiers). Sont exclus de la participation aux frais: les femmes enceintes et les femmes ayant eu un enfant au cours de l'année précédente, les personnes à faible revenu et les jeunes de moins de 18 ans (moins de 19 ans pour les étudiants à temps plein).

Pour les produits pharmaceutiques, l'assuré cotise UKL 1,60 par médicament prescrit; des exceptions sont faites pour les enfants de moins de 16 ans, les hommes de 65 ans ou plus et les femmes de 60 ans ou plus, les femmes enceintes, les mères d'un enfant de moins d'un an, certains pensionnés de guerre, les personnes à faible revenu et les personnes souffrant de certaines maladies chroniques ou devant garder la chambre. En outre, il est possible d'obtenir tous les médicaments prescrits par le médecin en acquittant un droit fixe de UKL 24 par an.

En ce qui concerne les lunettes, une participation de l'assuré, limitée selon les barèmes du Service National de la Santé, est exigée, sauf des enfants de moins de 16 ans, les étudiants de plus de 16 ans faisant des études à temps plein et les personnes à faible revenu. Aucune participation n'est demandée pour les appareils auditifs prévus par le Service National de la Santé, ni pour leur ajustage.

En plus, diverses autres prestations sont prévues par le Service National ainsi que par les autorités locales, telles que par exemple le transport gratuit à l'hôpital.

Assurance maladie maternité

La loi de 1975 concernant les indemnités pécuniaires en cas de maladie est applicable aux salariés et aux travailleurs indépendants, à l'exception des femmes mariées ayant choisi avant avril 1977 de ne pas être assurées; le paiement par l'employeur n'est évidemment fait que pour les salariés.

Pour avoir droit aux indemnités d'incapacité de travail, il faut avoir cotisé pendant l'année fiscale en question et ce pour au moins 50 fois la cotisation hebdomadaire minimum de l'année. L'indemnité est réduite si ce nombre n'est pas atteint, mais si les cotisations payées pendant une année fiscale à partir du 6 avril 1975 correspondent à au moins 25 fois la cotisation hebdomadaire minimum de l'année.

Après 3 jours de carence, les prestations sont versées pendant 168 jours d'interruption de travail; ensuite les personnes concernées émergent aux prestations d'invalidité. Les 8 premières semaines sont payées par l'employeur et leur niveau est en fonction du salaire perdu (entre UKL 42,25 et 28,55 par semaine). Ensuite, les prestations s'élèvent à 25,95 par semaine, avec des suppléments familiaux de UKL 16 pour adulte à charge et de UKL 0,15 par enfant à charge. Il existe également une allocation de décès.

Toutes les femmes résidant au Royaume-Uni bénéficient des prestations en nature en cas de maternité. L'indemnité de maternité est prévue pour les femmes assurées salariées ou indépendantes, ayant payé ou crédité des cotisations pendant l'année fiscale en question, et ce pour un montant correspondant au moins à 50 fois la cotisation hebdomadaire minimum de l'année. Cette prestation est réduite dans la même hypothèse que celle décrite ci-dessus pour l'indemnité de maladie.

La prime de maternité cependant est payée à toutes les femmes qui ont résidé au Royaume plus de 182 jours pendant les 52 semaines précédant la date de l'accouchement.

Les prestations en nature consistent en la gratuité des soins fournis par le Service National de la Santé.

En plus il est payé une indemnité de maternité en cas de suppression du salaire, dont le montant équivaut à l'indemnité de maladie. Cette indemnité est payée à partir de la 11ème semaine précédant la date présumée de l'accouchement et ce pendant 1228 semaines au total. Une extension de la durée de paiement préalable à l'accouchement est possible, au cas où l'accouchement intervient plus tard que prévu.

Enfin, il existe aussi une prime de maternité d'un montant forfaitaire de UKL 25.

Assurance invalidité

La loi de 1975 précitée couvre également, le cas échéant, le risque d'incapacité professionnelle par suite de maladie ou d'incapacité physique ou mentale après la période d'incapacité primaire, couverte par l'indemnité de maladie, décrite ci-dessus. Les salariés et indépendants (à l'exception des femmes mariées ayant choisi avant avril 1977, de ne pas être assurées) bénéficient d'une pension et d'une allocation, dès le jour suivant la fin de la période d'incapacité primaire et ce jusqu'à l'âge de la mise à la retraite. Une prorogation d'au maximum 5 ans est possible. Pour avoir droit à l'allocation l'incapacité doit avoir commencé 5 ans au moins avant l'âge de la retraite.

La pension d'invalidité s'élève à UKL 32,60 par semaine, une réduction étant prévue en cas de séjour à l'hôpital de plus de 8 semaines.

En ce qui est de l'allocation d'invalidité, il existe 3 taux d'après l'âge auquel survient l'incapacité totale: UKL 7,15, 4,60 ou 2,30 pour les victimes ou malades à l'âge de respectivement moins de 40 ans, de moins de 50 ans ou de moins de 60 ans. Il existe également une pension proportionnelle additionnelle au salaire, correspondant à 1,25 % du salaire compris entre une limite inférieure et une limite supérieure, réévaluées annuellement. Ces limites correspondent aux plancher et plafond de cotisation.

Une majoration de UKL 19,55 est versée pour un adulte à charge; en faveur de chaque enfant bénéficiaire d'allocations familiales, un surplus de UKL 7,60 par semaine est également prévu.

En outre une pension non-contributive peut être accordée à ceux qui ne peuvent obtenir la pension normale; cette pension s'élève à UKL 20,45 par semaine, plus majorations pour personnes à charge. Il y a aussi une allocation de soins de UKL 27,20 par semaine pour une personne nécessitant la surveillance constante ou fréquente, respectivement de UKL 18,15 pour une personne nécessitant des soins le jour ou la nuit. Une 'allocation de soins dispensés à personne handicapée' de UKL 20,45 par semaine peut être payée à la personne qui ne peut travailler parce qu'elle reste à la maison pour soigner un membre de la famille gravement handicapé et bénéficiant de l'allocation de soins. Enfin, il existe une allocation de mobilité pour les personnes incapables ou presque incapables de marcher de UKL 19 par semaine.

Pour tous ces montants une révalorisation légale est prévue au moins une fois par an, en liaison avec l'évolution du niveau général de prix.

L'allocation pour soins constants peut s'ajouter à toutes les autres prestations à l'exception d'autres allocations payées dans le même but.

En outre, des soins médicaux préventifs et la réadaptation médicale sont assurés par le Service National de la Santé; la réadaptation et la formation professionnelles, ainsi que le travail protégé et un service de placement spécialisé, sont assurés conformément à des lois de 1944 et de 1958 relatives aux personnes handicapées (et leur emploi). Des allocations sont payées pendant la période de réadaptation.

Pensions de retraite et de survie

Conformément à la loi de 1975 précitée, toutes les personnes ayant dépassé l'âge de la scolarité obligatoire et résidant au Royaume-Uni (à l'exception des femmes mariées ayant choisi avant avril 1977 de ne pas être assurées) ont droit à la pension nationale 'flat-rate' uniforme, après, en principe, au moins 50 cotisations hebdomadaires uniformes payées avant le 5 avril 1975 ou des cotisations payées au cours de l'année fiscale correspondant à au moins 52 fois la cotisation minimum de l'année. Il existe également une pension proportionnelle, sans condition de cotisation, en faveur de tous les salariés, couverts par le régime et qui ont eu un salaire supérieur à UKL 9 par semaine entre le 6 avril 1961 et le 5 avril 1975. Les hommes bénéficient de la pension dès l'âge de 65 ans, les femmes dès l'âge de 60 ans. La 'flat-rate' s'élève à UKL 34,05 par semaine. La pension proportionnelle est fixée à UKL 0,0444 par semaine pour chaque tranche de UKL 7,50 (hommes) ou 9,00 (femmes) de cotisation. En outre, il existe une pension additionnelle proportionnelle égale à 1,25% du salaire compris entre une limite inférieure et une limite supérieure correspondant aux plancher et plafond de cotisation.

Il existe aussi une majoration (de la pension uniforme) de UKL 20,45 par semaine pour conjoint à charge et de UKL 7,60 par enfant, bénéficiaire d'allocations familiales, à charge.

Il est également prévu une réévaluation législative au moins une fois par an, en liaison avec l'évolution du niveau général des prix. Il existe également un supplément de pension (uniforme) d'environ 7,50% par année de prorogation.

En cas de cumul avec un salaire, la pension uniforme est réduite de UKL 0,05 par UKL 0,10 de gagné, si les gains sont supérieurs à UKL 65 par semaine; une réduction de cette pension de UKL 0,05 par 0,05 de gagné est prévu pour les gains supérieurs à UKL 69 par semaine. Après l'âge de 70 ans (ou 65 ans pour les femmes) le cumul est libre.

Le cumul entre une pension proportionnelle et un salaire est toujours autorisé.

Pour obtenir la pension de veuve et/ou l'allocation de mère veuve, l'assuré décédé doit avoir fait au moins 50 cotisations hebdomadaires uniformes payées avant le 6 avril 1975, ou à partir de cette date des cotisations payées dans une année fiscale correspondant au moins à 52 fois la cotisation hebdomadaire minimum de l'année en question. A la prestation complète on a droit après un nombre requis d'années admissibles durant la vie active de l'assuré. En plus la bénéficiaire doit avoir 50 ans ou plus au décès de l'assuré ou à l'expiration du droit à l'allocation de mère-veuve. La pension est réduite si la bénéficiaire est âgée de 40 à 50 ans. L'allocation de veuve est due quand il y a 25 cotisations payées avant le 6 avril 1975 ou des cotisations payées dans une année fiscale à partir de cette date et correspondant à au moins 25 fois la cotisation hebdomadaire minimum de l'année; la veuve doit être âgée de moins de 60 ans à la date du décès du conjoint (sauf si son mari n'avait pas droit à une pension de retraite).

La pension de veuve est versée à l'expiration du droit à l'allocation de veuve ou à l'expiration du droit à l'allocation de veuve-mère, pourvu que dans les deux cas la veuve satisfasse à certaines conditions d'âge. La pension complète est accordée à la veuve âgée de 50 ans ou plus; elle reçoit UKL 34,05 par semaine. Si la veuve a entre les 40 et 50 ans, la pension est réduite de 7% pour chaque année en dessous de 50 ans. En outre, l'allocation de veuve est payable pendant les 26 semaines consécutives au décès du conjoint; elle s'élève à UKL 47,65 par semaine. Enfin, l'allocation de mère-veuve est allouée dès l'expiration des 26 semaines à la veuve enceinte ou ayant un ou plusieurs enfants à charge ou ayant un enfant de moins de 19 ans, vivant avec elle. Cette allocation s'élève à UKL 34,05 par semaine et est versée aussi longtemps que la veuve a la charge d'un enfant. En cas de remariage de la veuve, les pensions sont toutefois supprimées.

En ce qui concerne les orphelins de père ou de mère, le montant de l'allocation de mère veuve est majoré de UKL 7,60 par semaine par enfant, bénéficiaire d'allocations familiales. En plus, une allocation spéciale d'enfant est versée à la femme dont le mariage a été dissous ou annulé et qui a un enfant à l'entretien duquel le défunt contribuait; il s'agit d'un montant de UKL 7,60 par semaine par enfant (pas de prestations en cas de remariage). En outre, une allocation de tutelle est payable aux personnes qui accueillent au sein de leur famille des orphelins de père et de mère, à condition que l'un des parents de l'orphelin ait satisfait à la condition de résidence; cette allocation est de UKL 7,60 par enfant par semaine.

Enfin, un montant forfaitaire est versé lors du décès d'une personne assurée ou de la femme, du mari ou de l'enfant d'une personne assurée. Cette allocation de décès peut également être accordée au titre de l'assurance d'un membre de famille proche pour une personne handicapée depuis l'âge de 19 ans qui était incapable de travailler et de contribuer à l'assurance. Le montant normal est de UKL 30 pour un adulte et d'un peu moins pour un enfant, les conditions étant les mêmes que pour les autres allocations.

Accidents du travail et maladies professionnelles

La loi de 1975 définit l'accident du travail comme le dommage corporel survenu accidentellement du fait et au cours de l'emploi assuré (en règle générale, l'accident de trajet n'est pas couvert). Elle contient aussi une liste de 50 maladies professionnelles reconnues, - il existe une loi spéciale pour la byssinose et la pneumoconiose -, la protection contre ces maladies étant limitée à des emplois entraînant l'exposition à des substances spécifiées. Il n'y a pas de délai de prise en charge, à condition qu'il soit prouvé que la maladie est due à la nature du travail exécuté dans un emploi assujéti à l'assurance depuis le 5 juillet 1948. Les maladies non prévues par la liste ne sont pas couvertes sauf si elles répondent à la définition d'accident du travail. Tous les salariés bénéficient du système.

En cas d'incapacité temporaire, les mêmes prestations sont prévues que dans les branches 'soins de santé' et 'indemnités pécuniaires en cas de maladie'.

Par contre en cas d'incapacité permanente, le taux d'incapacité est d'abord fixé par une commission médicale et par le tribunal d'appel. Alors, le montant de la prestation dépend du degré d'incapacité: jusqu'à 19% il y a paiement forfaitaire d'une somme unique, de 20 à 100%, il est payé une pension dont le montant dépend du taux d'incapacité et qui commence dès le 91ème jour après la survenance du risque (montant de respectivement UKL 55,6, 27,80 ou 11,12 d'après que le taux d'incapacité est de 100, 50 ou 20 %).

En outre, il existe une 'allocation de soins permanents' si une personne incapable à 100% a besoin de façon régulière de l'assistance d'une tierce personne; il est prévu un montant minimum de UKL 11,15 par semaine et un montant maximum de UKL 22,30 par semaine (exceptionnellement il est payé UKL 44,60 par semaine); aux personnes ne pouvant travailler du fait qu'elles doivent rester à la maison pour soigner un parent gravement invalide, bénéficiaire de l'allocation pour soins permanents au taux maximum, il est accordé une allocation pour soins à invalide d'un montant de UKL 17,75 par semaine.

Il existe également une 'allocation d'incapacité particulièrement grave' de UKL 22,30 par semaine à condition d'avoir droit à l'allocation de soins permanents, supérieure à UKL 22,30 par semaine et que la nécessité de tels soins semble être de longue durée.

Si le taux d'incapacité ne dépasse pas 19%, un montant forfaitaire unique est normalement payé en fonction du taux d'incapacité et de sa durée probable. Le cumul avec un nouveau salaire ou avec d'autres pensions, est intégralement possible.

La pension peut être majorée pour divers motifs. Ainsi, il existe une 'allocation spéciale pour préjudice subi', servie à l'assuré

qui est incapable de poursuivre l'emploi régulier assumé avant l'accident, ou d'exécuter un travail équivalent. Le montant de cette allocation équivaut à la différence entre le salaire obtenu à l'emploi régulier et celui d'une occupation alternative appropriée, avec un maximum de UKL 22,24 par semaine. Il est également prévu un supplément d'incapacité de travail et une allocation d'hospitalisation, portant la pension au montant maximum lorsque le bénéficiaire doit être hospitalisé pour le traitement de l'accident ou de la maladie en cause.

En cas de décès de l'assuré, une pension de veuve est prévue, s'élevant à UKL 47,65 par semaine, pendant les 26 premières semaines; après cette période, il est payé UKL 34,60 par semaine si la veuve a la charge d'un enfant ou d'un jeune de moins de 19 ans, est enceinte, est frappée d'une incapacité permanente de subvenir à ses besoins, est âgée de plus de 40 ans et a cessé d'avoir la charge d'un enfant, ou a plus de 50 ans au moment du décès de son mari; dans tous les autres cas le montant est fixé à UKL 10,22. La pension de veuf, par contre, s'élève à UKL 34,60 par semaine si au moment du décès de l'épouse, l'intéressé était incapable en permanence de subvenir à ses besoins et si son entretien était pour plus de la moitié à charge de la défunte.

En outre, en cas de décès d'un assuré, il est attribué un montant de UKL 7,60 par semaine à chaque enfant, et ce à côté des allocations familiales. Les parents et certains autres membres de la famille peuvent également recevoir une indemnisation, si le défunt a contribué à leur entretien.

Les prestations à long terme et à court terme subissent périodiquement une revalorisation légale en liaison avec l'évolution du niveau général des prix.

Il existe aussi des centres de réadaptation professionnelle, des fonctionnaires préposés au reclassement des invalides et des organismes de formation professionnelle partout dans le pays, tous financés par le gouvernement. Les employeurs de plus de 20 personnes sont obligés d'employer 3% d'invalides enregistrés; les surveillants de parking et les conducteurs d'ascenseurs sont obligatoirement des invalides.

Prestations familiales

Les prestations familiales sont régies par des lois du 5 août 1965 et du 7 août 1975. L'âge limite étant fixé à 16 ans (19 ans en cas de formation professionnelle et en cas d'études, c.à.d. seulement les élèves à temps plein de l'enseignement secondaire). Il est attribué un montant de UKL 28,17 par enfant. Un parent isolé a droit à une allocation en plus de UKL 17,55 par mois pour le 1er enfant.

Les allocations familiales sont versées en sus de toutes les prestations des assurances nationales, et de celles de l'assurance des accidents du travail, y compris les suppléments pour enfants à

charge. Les titulaires de pension, ainsi que les orphelins ont droit aux allocations familiales normales.

Conformément à la loi de 1975, déjà citée maintes fois ci-dessus, l'assurance en cas de chômage est garantie à tous les salariés, à l'exception des femmes mariées qui ont choisi avant avril 1977 de ne pas être assurées.

Chômage

En cas de chômage complet, c.à.d. si la personne intéressée est apte au travail, disposée à travailler pour un employeur, inscrite au bureau de placement et ne chôme pas par suite de départ volontaire, de mauvaise conduite ou de grève, le chômeur bénéficie de l'assurance chômage, les hommes jusqu'à l'âge de 65 ans, les femmes jusqu'à l'âge de 60 ans. Le chômeur devra bien avoir payé ou s'être fait créditer auparavant des cotisations hebdomadaires pendant l'année fiscale en question, correspondant à au moins 50 fois la cotisation minimale de cette année. Toutefois, la prestation est réduite si ce nombre n'est pas atteint, mais si les cotisations payées dans une année fiscale à partir du 6 avril 1975 correspondent quand-même, au moins, à 25 fois la cotisation minimale de cette année.

Après 3 jours de carence, l'indemnité uniforme est versée six jours par semaine pendant une période limitée de 312 jours. L'assuré a droit à une nouvelle période de 312 jours s'il a travaillé pendant 13 semaines (pas nécessairement consécutives), chacune comportant au moins 16 heures de travail. Cette indemnité s'élève à UKL 27,05 par semaine, avec, le cas échéant, un supplément familial de UKL 16,70 pour un adulte à charge et de UKL 0,15 par enfant à charge, ouvrant droit aux allocations familiales.

Il est prévu un régime de cessation volontaire d'emploi, le 'job release scheme'; ce régime n'est cependant pas considéré comme faisant partie de la sécurité sociale. Les hommes d'au moins 64 ans et les femmes d'au moins 59 ans reçoivent alors UKL 45,70 par semaine (pour isolé) ou UKL 57,45 (pour couple marié); ces prestations ne sont pas imposables. Les hommes d'au moins 63 ans et les hommes handicapés de 60 à 62 ans, qui ont travaillé pendant au moins 30 heures par semaine, ont droit à un montant de UKL 54,60 (isolé) ou 67,20 (homme marié) par semaine, à condition d'avoir demandé son préavis en accord avec l'employeur et le syndicat compétent et d'être remplacé par un chômeur enregistré. Ces derniers montants sont imposables. en tout cas, le revenu de l'épouse ne peut excéder les UKL 13 par semaine.

Les mêmes indemnités qu'en cas de chômage complet sont prévues pour toute journée de chômage qu'il aurait dû travailler normalement.

Il n'y a pas de cumul possible avec d'autres prestations de l'assurance sociale.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE AU ROYAUME UNI

Introduction

Il est peut-être utile de clarifier d'abord certains points préliminaires. Le gouvernement du Royaume Uni semble chercher un équilibre précaire entre d'un côté un programme de réformes radicales comportant notamment des changements importants dans la sécurité sociale britannique (the British welfare state) et de l'autre côté un désir d'éviter toute action qui peut apparaître comme un démantèlement du British welfare state, particulièrement le service national de santé, ce qui mettrait en danger sa position dans les élections prochaines. Il semble que cette position pousse souvent le gouvernement à voiler la signification de ces actions.

Paradoxalement, on doit constater qu'une discussion sérieuse et des recherches importantes dans les problèmes soulevés par le changement d'attitude du gouvernement britannique en matière de sécurité sociale ne se sont pas développés jusqu'à maintenant à un niveau important. D'une manière le débat est déjà très ancien, du temps des ouvrages du professeur F.A. Hayek, dans lesquels il défend sa thèse que l'expansion moderne de la sécurité sociale doit être considérée comme une menace à la liberté. Ensuite il est difficile de séparer le débat immédiat sur la réforme de la sécurité sociale de la conviction fondamentale du gouvernement britannique selon laquelle le marché du travail doit être ordonné en premier lieu, si non exclusivement, par les lois du marché libre. Il y a une attitude très répandue selon laquelle les problèmes de l'économie britannique sont causés largement par des coûts élevés de la main d'oeuvre, et que pour y remédier il faut enlever ou réduire toutes les institutions légales (p.e. les conseils en matière de salaires ou 'wages councils), les syndicats, les politiques gouvernementales (p.e. la résolution sur les salaires équitables de 1946), etc.. Les réformes proposées en matière de sécurité sociale doivent être considérées, au moins en partie, comme une contribution à la libération du marché du travail, pour arriver à une situation où les salaires seraient déterminés par le marché libre.

Le "institute of directors" qui semble exercer une influence considérable sur les plans du gouvernement, a exprimé très clairement cette vision des choses dans ses rapports au gouvernement sur la réforme de la sécurité sociale. Cet institut a dit notamment :

"les travailleurs doivent être libres de fixer leurs prix de manière à obtenir un emploi. Puisque sur la base du principe de

la non-préférabilité ("less eligibility") le revenu d'un travailleur à salaire bas doit être plus élevé (ou au moins égal) à celui d'un bénéficiaire de prestations sociales qui ne travaille pas, le marché du travail impose un plafond au montant qui peut être payé en prestations sociales. Un certain nombre de réformes institutionnelles (abolition du salaire minimum et du contrôle des loyers, nouvelles réformes de la loi sur les syndicats) sont nécessaires pour permettre aux travailleurs d'accepter des salaires plus bas, s'ils le désirent, pour obtenir des emplois." (voir bibliographie, n° 18, page 5).

Le gouvernement britannique partage ce point de vue. Il a dit : "De nouveaux emplois seront créés dans la mesure où les gens sont prêts à travailler à des salaires que les employeurs peuvent payer". (voir bibliographie, n° 7).

Plus particulièrement dans son plan de réforme de la sécurité sociale ("green paper on reform of social security") en 1985 le gouvernement présentait comme un de ses trois objectifs principaux (les autres étant l'orientation prioritaire du système de sécurité sociale envers les besoins les plus urgents, et la réalisation d'un système compréhensible et facile à administrer) que le système de sécurité sociale soit en accordance avec des objectifs généraux du gouvernement en matière d'économie. Dans ce plan il est dit :

"..même s'il est une des fonctions du système de sécurité sociale d'aider les chômeurs, ce système ne peut être maintenu s'il crée lui-même des barrières à la création d'emplois, à la mobilité professionnelle ou à la rentrée de certaines personnes à la main-d'oeuvre active. De tels obstacles existent certainement si les gens croient que leur situation est meilleure en chômage qu'au travail; ou si des employeurs considèrent les charges des assurances sociales comme un découragement à créer de nouveaux emplois. De même des conditions restrictives dans des domaines comme les pensions peuvent décourager des personnes à changer d'emploi." (voir bibliographie, n° 13).

Nous devons fournir également une petite explication sur le terme de "privatisation". Le terme est utilisé dans un certain nombre de significations différentes. En premier lieu il peut être utilisé pour décrire la vente de biens publics, tels que des installations portuaires. Ceci est fait en Grande-Bretagne en partie par loyauté au principe que l'activité économique est mieux gérée par les entreprises privées, et en partie pour réduire la charge fiscale. En deuxième lieu le terme peut être utilisé pour décrire l'attribution à une entreprise privée d'un service traditionnellement fourni par les autorités publiques, pour le faire gérer sur une base commerciale. Un exemple est le règlement selon lesquels les hôpitaux du service national de santé ne doivent plus s'occuper de leurs propres services de lessive, mais doivent contracter pour cela des entreprises privées. En troisième lieu on peut parler de "privatisation" dans le cas des facilités aux praticiens privés, par exemple, d'utiliser les installations des

hôpitaux du service national de santé pour des lits privés ("pay beds").

Une quatrième signification de "privatisation" peut être le retrait des autorités publiques de la fourniture d'un certain service public, p.e. les pensions de vieillesse, et l'incitation aux individus à prendre leurs propres arrangements avec une compagnie d'assurances privée.

Limitation de la protection par la sécurité sociale

Peu de temps après sa formation en 1979 le gouvernement de Mrs. Thatcher a pris les premières mesures pour réduire le coût des prestations de sécurité sociale, en modifiant les critères pour l'adaptation annuelle des montants de base des prestations. Depuis un certain nombre d'années les prestations de sécurité sociale étaient adaptées à l'indice des prix ou des salaires, selon lequel des deux était le plus élevé. Depuis 1980 l'augmentation n'était plus faite que d'après l'indice des prix. Le ministre avait même le pouvoir de restreindre l'augmentation des prestations à un peu moins que l'augmentation des prix. En 1980 également le montant des prestations d'assistance (supplementary benefit) payé aux membres de famille des travailleurs qui ne recevaient pas de prestations de chômage parce que le chômage était causé par un conflit du travail, était amputé d'un montant considérable (16 livres en Novembre 1984), ceci sur un montant de base estimé nécessaire pour la simple survivance.

Après un débat prolongé sur la question si les prestations d'assistance devraient être essentiellement discrétionnaires ou si elles devraient être ordonnées par des règles légales détaillées, le gouvernement a décidé contre la discrétion, et a élaboré une série de règles extrêmement détaillées sur l'attribution des prestations d'assistance.

Après une révision du système de sécurité sociale, le gouvernement a présenté en 1985 ses propositions pour une réforme du système dans son entier (voir bibliographie, n° 13). Le débat sur ces propositions a été dans une certaine mesure inhibé par le fait que ni les calculs du gouvernement sur les économies financières qui devraient être réalisées par ces réformes, ni les différents rapports détaillés présentés aux différentes commissions de réforme créées par le gouvernement pour étudier des aspects particuliers du système, n'ont été publiés.

La base des proposition de réforme du gouvernement était que "le système de sécurité sociale britannique s'est égaré" (bibliographie, n° 13, paragraphe 1.1.). Le gouvernement se soucie du besoin de freiner l'augmentation du coût du système, de réduire le nombre de fonctionnaires employés dans son administration, de concentrer les ressources sur les besoins les plus urgents, de simplifier les systèmes et de "renforcer l'indépendance de l'individu plutôt que détendre le pouvoir de l'état; d'élargir, au lieu de la limiter, la liberté de choix des gens; d'encourager, et non

pas de décourager, les revenus et l'épargne. Ceci est un rôle important pour l'état, mais également pour les individus. Nous voulons instituer une nouvelle relation entre ces deux partenaires" (bibliographie, n° 13, paragraphe 6.6.).

Les propositions originelles du gouvernement ont été réalisées, moyennant quelques modifications, dans la loi sur la sécurité sociale de 1986. La loi abolit le système actuel de prestations d'assistance (supplementary benefits) à partir d'avril 1988. Il est remplacé par un nouveau système d'assistance appelé "income support scheme", qui fournira des prestations personnelles aux indigents, complétées par des primes pour des catégories avec des besoins particuliers, telles que les parents isolés. Ces prestations et primes seront considérées généralement comme un plafond de ce qui peut être reçu, et non pas comme un plancher. Le système actuel par lequel les bénéficiaires des prestations d'assistance peuvent recevoir des paiements additionnels pour des besoins urgents ne sera pas continué. Au lieu de cela un fonds social ("social fund") sera créé avec un budget annuel limité, qui pourra payer certaines sommes, normalement dans la forme d'un prêt, sur une base discrétionnaire. Contrairement à ce qui était la règle dans le passé il n'y aura pas de possibilité d'appel contre un refus ou contre le calcul du montant attribué. Une allocation de logement sera encore possible sur une base plus restrictive, mais tous les bénéficiaires auront à payer au moins une partie du loyer de leur logement, quel que soit le niveau de leur revenu.

Le complément de revenu familial (family income supplement) sera aboli et remplacé par un "family credit scheme" qui, selon le gouvernement, sera aussi avantageux pour les familles à revenu modeste que le family income supplement actuel. La réforme prévoit également l'abolition des allocations de maternité et des allocations de décès, payées maintenant pour les frais funéraires. Ces dernières seront remplacées par un prêt du fonds social, qui devra être remboursé sur les biens laissés par la personne décédée.

A partir d'octobre 1986 la période de suspension des prestations de chômage pour les travailleurs ayant perdu leur emploi par leur propre faute sera prolongée du maximum actuel de 6 semaines à un maximum de 13 semaines.

A ce moment les personnes qui n'ont pas droit aux prestations de chômage, de maladie et de maternité à cause d'un nombre insuffisant de cotisations dans l'année fiscale précédente peuvent recevoir des prestations à un taux réduit, plus ou moins en proportion avec leurs cotisations. La loi sur la sécurité sociale de 1986 abolit ce droit aux prestations réduites, à partir d'une date qui doit encore être précisée.

Dans les années 1970 un supplément de prestations proportionnel au salaire était introduit dans les pensions de retraite. Le plan du gouvernement était originellement d'abolir ce supplément (connu sous le nom de S.E.R.P.S.); mais à cause de l'opposition très

large à ce plan, il s'est contenté de réduire le montant du SERPS.

Des organisations privées n'ont pas été admises à jouer un rôle plus large dans l'administration du système de sécurité sociale de l'état. Bien entendu, dans la mesure où le gouvernement encourage (voir plus loin) des individus à contracter avec des compagnies d'assurances privées pour leur pension de retraite etc., ceci implique nécessairement que ces compagnies d'assurances joueront un rôle plus important dans "la sécurité sociale".

Vers une plus grande responsabilité des employeurs

Depuis un certain nombre d'années les employeurs recevaient un remboursement de la part du gouvernement pour les montants qu'ils payaient aux travailleurs licenciés, sous la loi dite "employment protection act" de 1978. Le remboursement se chiffrait d'abord à 41 %. Ce chiffre était réduit par le gouvernement actuel à 35 %, et à partir d'une date à fixer dans le futur ces remboursements seront abolis complètement, excepté pour les employeurs occupant moins de 10 travailleurs (wages act 1986).

En 1983 le gouvernement a transféré aux employeurs la charge de payer des prestations en cas de maladie, sous le nom de "salaire légal de maladie" ("statutory sick pay"), avec l'intention de réduire le nombre de fonctionnaires nécessaires pour administrer le système de sécurité sociale, et pour réduire généralement le coût des prestations. En même temps ce paiement pendant la période de maladie était assujéti à l'impôt sur les revenus. L'employeur aurait droit à un remboursement de la part de l'état des montants payés aux titres de salaire légal de maladie. Dans la première période, l'obligation de l'employeur était de payer pour les premières 8 semaines de maladie; à présent l'employeur a l'obligation de payer le salaire légal de maladie pour les premières 26 semaines de maladie. A la différence des anciennes prestations de maladie les bénéficiaires du salaire légal de maladie ne reçoivent pas de paiements supplémentaires pour leurs personnes à charge.

La loi de sécurité sociale de 1986 prévoit que l'obligation de payer des allocations de maternité sera également transférée aux employeurs. Les prestations de maternité seront à ce moment rebaptisées salaire légal de maternité ("statutory maternity pay"). On procédera certainement de même manière que pour le salaire légal de maladie. L'employeur aura droit au remboursement complet par l'état des sommes payées à ce titre.

Encouragement du secteur privé

Depuis un certain nombre d'années les gouvernements ont exhorté les employeurs à instituer des systèmes de pensions professionnelles. C'est-à-dire que l'employeur contracterait avec une compagnie d'assurances privée pour le paiement de pensions à ses travailleurs, surtout pour des pensions de retraite. Le financement

serait basé sur des cotisations régulières de l'employeur et des travailleurs. Si cette pension professionnelle offrait des avantages au moins égaux à ceux de la pension de retraite du S.E.R.P.S., ce contrat libérerait l'employeur et le travailleur du paiement des cotisations proportionnelles au salaire qui sont dues normalement par les employeurs et les travailleurs par dessus les cotisations forfaitaires de base ("contracting-out"). L'état donne un subside à ces contrats privés pour leur permettre d'adapter les prestations à l'inflation. Ce subside sera maintenant aboli, et les parties au contrat doivent garantir elle-mêmes la protection des prestations contre l'inflation, ce qui signifiera une augmentation des primes.

Le gouvernement, d'un autre côté, essaie d'encourager des contrats dits "money purchase", qui consistent en l'accumulation d'un fonds qui permet aux travailleurs de se financer une rente au moment de la retraite. Le montant de cette rente n'est pas garanti d'avance, mais dépendra entièrement des résultats de la gestion du fonds. Le gouvernement (department of health and social security) fournira un subside modeste à de tels contrats. Et le gouvernement veut prendre la responsabilité pour l'administration du paiement des cotisations à la compagnie qui gère le contrat.

En plus de cette possibilité pour les employeurs et les travailleurs de se libérer des cotisations pour le S.E.R.P.S. par un contrat garantissant un niveau minimum de cotisations, un travailleur individuel aura la possibilité de se libérer ("opt out") d'un système de pension professionnelle en contractant une pension personnelle avec une compagnie d'assurances ou une autre compagnie commerciale. Cette compagnie recevra le subside de la part du département de la santé de la sécurité sociale.

Mis à part les encouragements verbaux, le gouvernement encourage l'employeur et l'employée à choisir des contrats "money purchase" en offrant un subside égal à 2 % du salaire du travailleur pour une période de 5 ans. Le même subside est donné à un travailleur qui se sépare d'un système de pension professionnelle commun, pour contracter sa propre pension.

Le débat

Les propositions de réforme du gouvernement se retrouvent dans les numéros 6, 7, 11, 12, 13, 17 de la bibliographie. Elles ont été réalisées pour la plus grande partie par la loi sur la sécurité sociale de 1986. Cette loi continue sur la lancée des réformes législatives précédentes en réduisant à la fois le montant des prestations payées aux bénéficiaires de la sécurité sociale, et le choix des prestations disponibles pour ces personnes. Des économies financières considérables seront réalisées dans des domaines tels que le S.E.R.P.S., de telle manière que vers l'an 2003 le montant total payé pour le S.E.R.P.S. sera de 13,2 millions de livres au lieu de 25,5 millions si la réglementation n'avait pas été changée. Le total des économies est difficile à estimer, d'autant plus que le gouvernement insiste que son but est de

concentrer les ressources limitées vers les besoins les plus urgents.

Par la prise de position idéologique du gouvernement en faveur de l'initiative privée, le retrait ou la réduction de la protection offerte par les systèmes de sécurité sociale de l'état aura l'effet, renforcé dans certains cas par des subsides ouverts du gouvernement, d'encourager les gens à conclure des contrats privés complémentaires.

Le gouvernement a joué un rôle prépondérant dans le débat sur la réforme de la sécurité sociale. On ne peut pas nier les problèmes causés par l'augmentation du coût de la sécurité sociale dans une période de récession économique. Les critiques se concentrent généralement au niveau politique, où le gouvernement est accusé de négliger le problème du chômage croissant, et des avantages fiscaux pour les sections plus affluentes de la communauté. Les partis de l'opposition semblent unis dans l'exigence que la charge fiscale pour les revenus élevés soit augmentée. Pour la plus grande partie les syndicats des travailleurs et les groupes de pression en faveur des bénéficiaires de la sécurité sociale, tels que le Child Poverty Action Group, sont presque totalement unis dans l'opposition complète à la plupart des réformes instituées ou proposées par le gouvernement. Des organisations patronales ont été concernées en premier lieu par la réduction du coût des cotisations à la sécurité sociale et des dépenses d'administration liées au rôle des employeurs dans le recouvrement des cotisations. Une organisation des employeurs, appelée "institute of directors" (voir bibliographie, n° 18 et 19) va même plus loin que le gouvernement dans son argumentation en faveur d'une plus forte incitation au travail par la voie d'une diminution du montant et du nombre des prestations de sécurité sociale.

Même s'il y a eu un grand nombre d'études sur la nécessité ou la prétendue nécessité d'une réforme de la sécurité sociale (voir la liste suivante), il est trop tôt maintenant pour que des études soient déjà faites sur les effets des réformes réalisées par le gouvernement (pour une exception, voir n° 23 dans la bibliographie).

BIBLIOGRAPHIE

Principales lois de réforme

1. Social security act 1980
2. Social security act (n° 2) 1980
3. Social security and housing benefits act 1982
4. Social security act 1986
5. Wages act 1986.

Principaux documents gouvernementaux

6. Burdens on Business : Report of a Scrutiny of Administrative and Legislative Requirements London, Her Majesty's Stationery Office, Mars 1985.
7. Employment: The Challenge for the Nation, London, H.M.S.O., 1985.
8. Review of the Industrial Injuries Scheme, London, Dept. of Health and Social Security, Février 1980.
9. Income during Initial Sickness: a new Strategy, London, H.M.S.O., Cmnd. 7864, 1980.
10. Compensating Employers for Statutory Sick Pay: a Consultative Document, Dept. of Health and Social Security, Juin 1981.
11. Lifting the Burden, London, H.M.S.O., Cmnd. 9571, 1985.
12. Building Business ... Not Barriers, London, H.M.S.O., Cmnd. 9794, 1986.
13. Reform for Social Security, Vol. 1, London, H.M.S.O., Cmnd. 9517, 1985.
14. Reform of Social Security: Programme for Change, Volume 2, London, H.M.S.O., Cmnd. 9518, 1985.
15. Reform of Social Security: Background Papers, Vol. 3; London, H.M.S.O., Cmnd. 9519, 1985.
16. Housing Benefit Review: Report of the Review Team, London, H.M.S.O., Cmnd. 9520, 1985.
17. Reform of Social Security: Programme for Action, London, H.M.S.O., Décembre 1985.

Etudes et contributions au débat.

18. Institute of Directors, Submission to the Review of Benefits for Children and Young People, London, 1984.

19. Institute of Directors, Submission to the Supplementary Benefit Review, London, 1984.

20. Carl James, Occupational Pensions: The Failure of Private Welfare, London, Fabian Society, 1984, Tract n° 497.

21. Wendy Leedham, "The Privatisation of NHS Ancillary Services", Studies for Trade Unionists, vol 12, n° 45, Mars 1986.

22. Hermione Parker, The Moral Hazard of Social Benefits, London, Institute of Economic Affairs, 1982.

23. S. Baloo e.a., Statutory Sick Pay: the Failure of Privatisation in Social Security, Leicester, 1986.

Chapitre IV.

PAYS-BAS

I. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

La constitution néerlandaise dans sa version de 1983, reconnaît aux Néerlandais qui ne sont pas à même de pourvoir dans leur subsistance, un droit à l'aide publique établie par la loi (art. 20 § 3). Conformément à l'article 19 § 1 et l'article 20 § 1 de la constitution la promotion de l'emploi, respectivement la sécurité d'existence de la population et la répartition de la prospérité font l'objet de la sollicitude des pouvoirs publics. Le pouvoir prend des mesures en vue de la promotion de la santé publique (art. 22 §1). L'article 20 établit tout généralement en son 2^{me} §: "La loi établit des règles concernant les droits à la sécurité sociale".

Administration et financement

La sécurité sociale ressort principalement de la compétence du Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi; les prestations en nature cependant, sont fournies par le Ministère du Bien-Etre, de la Santé Publique et de la Culture.

Les prestations en nature en cas de maladie et de maternité sont administrées par le Conseil des Caisses de Maladie, c.à.d. la Caisse de Compensation, la Caisse Générale d'Assurance-Maladie (risques graves) et les Caisses de Maladies. Pour toute autre protection, le Conseil des Assurances Sociales est compétent. Il faut s'adresser ou aux deux Fonds d'Incapacité de Travail (Assurance Salariés / Assurance Nationale) en cas d'invalidité, ou au Fonds Général de Chômage en cas de chômage, ou bien, en ce qui concerne encore les deux risques précités, aux Associations Professionnelles (dont certaines gérées par un office commun de gestion administrative), ou aux Communes (prestations d'assistance-chômage). Il existe aussi une Banque des Assurances Sociales qui a pour mission de gérer les Fonds de Vieillesse, de Survivants et d'Allocations Familiales et des différents Conseils du Travail.

Néanmoins, il n'existe pas d'assurance particulière en matière d'accidents du travail/maladies professionnelles: ces risques sont couverts par l'assurance-maladie (prestations en nature et en espèces), l'assurance-incapacité de travail (invalidité) et l'assurance-survivants.

Pour les branches "maladie" et "maternité", les travailleurs paient 4,85% (prestations en nature) + 1% (prestations en espèces) de leur salaire, tandis que les employeurs cotisent 4,85% + 4,8% + 3,95% (assurance générale-risques graves); les plafonds sont fixés, en même ordre, à HFL 40 560, HFL 68 120 et HFL 62 850 (par année). Pour la branche "invalidité", les uns paient 17,6% (assurance-salariés, avec une franchise de HFL 91 par jour = a) et les autres 1,5% (a) + 6,5% (assurance générale = b), plafonnés à HFL 68 120 (a) et HFL 62 850 (b). En plus, les travailleurs cotisent 11,65% (vieillesse) + 1,45% (survivants), avec un plafond de salaire de HFL 62 850, et 3,01% pour alimenter la branche "chômage". Des employeurs, on exige encore des cotisations de 0,56% (chômage) et de 3,95% (prestations familiales). Les plafonds des deux dernières branches sont fixés à, respectivement, HFL 68 120 et HFL 62 850.

La participation des pouvoirs publics se situe à trois niveaux : une subvention annuelle fixe (indexée) pour l'assurance générale (risques graves) dans les branches "maladie" et "maternité", une subvention annuelle pour couvrir les dépenses en faveur des jeunes handicapés ("invalidité") et un financement de l'assistance-chômage.

Le système financier applicable aux prestations à long terme est celui de la répartition.

Soins de santé

La loi du 15 octobre 1964 et celle du 14 décembre 1967 instituant l'assurance générale 'risques graves' règlent la branche des soins de santé. Tous les travailleurs de moins de 65 ans exerçant une activité rémunérée, les pensionnés, les chômeurs et, pour l'assurance générale, tous les résidents, ainsi que les membres de famille à charge bénéficient du système, l'affiliation étant plafonnée à HFL 47 850 par an. Les bénéficiaires d'une pension d'incapacité, si l'incapacité est supérieure à 45%, ou d'une pension de veuve ou d'orphelin doivent payer une cotisation, à condition qu'ils aient été assujettis obligatoirement avant l'octroi de la pension. Un temps de travail ou d'immatriculation n'est pas exigé, à condition de se faire inscrire en temps opportun à une Caisse-maladie; la prise en charge commence dès le début de la maladie et ce pour une durée illimitée.

L'agrément des caisses est obtenu par contrat, fixant en outre les droits et les obligations des médecins agréés, ainsi que leurs honoraires pour assistance aux assurés des caisses. La rémunération est réglée directement par la Caisse selon des forfaits par assuré suivant le système des listes (système d'inscription auprès du médecin de famille). Il existe également des conventions particulières passées entre les établissements hospitaliers et les Caisses Régionales compétentes.

L'assuré a le libre choix du médecin (2 fois par an) par inscription chez un médecin de caisse et ne doit aucune participation aux

frais médicaux. Il existe aussi un libre choix des établissements hospitaliers et psychiatriques ayant conclu un accord avec la Caisse d'assurance-maladie et situés à proximité du lieu de résidence. Les soins sont entièrement gratuits pour les assurés et les membres de leur famille en classe inférieure, et ce pour une durée illimitée (après 1 an, prise en charge par l'assurance générale). En cas de soins dans un sanatorium anti-tuberculeux, les frais sont remboursés correspondant à la classe inférieure d'un sanatorium "agrée". Toutefois, concernant l'assurance générale 'risques graves', une participation est exigée des assurés âgés de plus de 18 ans.

Une gratuité complète de soins dentaires (soins conservateurs, extractions, prothèses dentaires, orthodontie) est prévue à condition d'un examen semestriel de contrôle obligatoire, alors qu'il existe une contribution aux frais pour les appareillages. En matière de produits pharmaceutiques, l'assuré participe de HFL 2,50 par médicament (maximum par an: HFL 125) après inscription dans une pharmacie sous contrat; le décompte se passe directement entre la pharmacie et la Caisse. Prothèses et acoustique sont possible après autorisation préalable et avec une prise en charge de 70 à 100%.

Enfin, l'assuré sait jouir d'un transport des malades et, dans le cadre de l'assurance générale, d'un traitement dans des institutions pour malades mentaux et handicapés, d'un séjour dans des homes et de certaines mesures de médecine préventive en faveur des enfants.

Assurance maladie - maternité

Selon la loi du 5 juin 1913 sur l'assurance-maladie, modifiée et complétée, tous les travailleurs de moins de 65 ans exerçant une activité rémunérée, bénéficient de prestations pécuniaires en cas de maladie, quand ils sont incapables de travail et après 2 jours de délai de carence (supprimés si l'association professionnelle a prévu une telle disposition dans son règlement). Ces prestations durent 12 mois (52 semaines) et s'élèvent à 80% du salaire journalier (salaire maximum pris en compte: HFL 262,28). Avec l'accord du ministre ce pourcentage peut être fixé plus haut par les associations professionnelles.

Il y a aussi une allocation de décès, à savoir le salaire journalier multiplié par le nombre de jours compris entre le jour du décès et le dernier jour du deuxième mois qui suit celui-ci. Les femmes assurées elles-mêmes, ainsi que l'épouse et les filles d'un assuré bénéficient des prestations en nature en cas de maternité, mais c'est seulement le premier groupe qui a droit aux prestations en espèces. Les prestations en nature comprennent les soins de médecin et hospitaliers (en cas de complications) ainsi que la prise en charge des soins à domicile pendant 10 jours (avec participation personnelle); les prestations en espèce comprennent une indemnité d'accouchement pendant 12 semaines (uniquement en cas de suppression du salaire!) à concurrence de 100% du salaire (salaire maximum: HFL 262,28 par jour).

Assurance invalidité

La branche "invalidité" se trouve régie d'un côté par la loi du 13 février 1966 (=a) et de l'autre côté par la loi du 11 décembre 1975 instituant une assurance nationale (=b).

Ainsi est considéré comme incapable de travailler, totalement ou partiellement, celui qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne peut plus, par un travail correspondant à ses forces et à ses aptitudes en tenant compte de sa formation et de sa situation professionnelle antérieure, gagner ce que quelqu'un de même situation gagne normalement. Il n'est pas fait de distinction quant à l'origine de l'incapacité (invalidité ou accident du travail).

Toutes les personnes salariées de moins de 65 ans avec une incapacité minimum de 15% (loi a), respectivement tous les résidents de moins de 65 ans, sans considération de revenu ou de nationalité avec une incapacité de 25% (loi b) ont droit à une pension d'invalidité, commençant après la fin de la période pour laquelle sont payées les indemnités de maladie (jusqu'à l'âge de 65 ans), respectivement après 52 semaines d'incapacité (aussi jusqu'à l'âge de 65 ans). Le premier groupe reçoit une indemnité (et en plus une allocation de vacances égale à 7,5%) variant avec le taux d'incapacité: 10% x S (S = rémunération journalière - temporairement, le salaire journalier subit une réduction de 6%) (si 15-25% d'incapacité), 20% x S (25-35%), 30% x S (35-45%), 40% x S (45-55%), 50% x S (55-65%), 65% x S (65-80%) ou 80% x S (80% et plus). Le salaire annuel plafonné est HFL 68 192. Le deuxième groupe reçoit, selon le taux d'incapacité, 20% (25-35%), 30% (35-45%), 40% (45-55%), 50% (55-65%), 65% (65-80%) ou 80% (80% et plus) du montant de base, égal à HFL 80,33. Ce montant de base est toutefois porté à HFL 114,02 pour les personnes mariées dont les revenus cumulés sont inférieurs à HFL 17,10 par jour (HFL 93,26 s'ils sont inférieurs à HFL 34,20 par jour), ainsi que dans le cas où les deux conjoints bénéficient de la prestation (il s'agit alors d'une réduction!). L'allocation de décès s'élève pour le premier groupe à 100/107,5 % du salaire journalier et pour le deuxième groupe à 100% du montant de base (à partir du jour du décès jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit celui-ci, pour autant que le taux d'incapacité préalable soit supérieur à 80%).

Les deux lois connaissent l'adaptation obligatoire (au premier janvier et au premier juillet) à l'évolution de l'indice des salaires (pendant la période comprise entre le 30 avril et le 31 octobre respectivement le 31 octobre et le 30 avril précédents). Dans des cas particuliers, une adaptation supplémentaire est possible entre ces dates.

Une réduction de la pension d'invalidité est prévue en cas de cumul avec une prestation accordée par une législation étrangère. Le montant de l'indemnité due en vertu de la loi (a) est diminué du montant dû en vertu de la loi (b) d'assurance générale.

Enfin, seule la deuxième loi prévoit que l'intéressé peut bénéficier de mesures destinées à maintenir, restituer ou promouvoir sa capacité de travail (mesures de réadaptation, réorientation ou enseignement). De plus, il peut bénéficier de mesures tendant à améliorer ses conditions de vie.

Pensions de retraite et de survie

L'assurance "vieillesse" générale est organisée par la loi du 31 mai 1956. Elle est applicable à tous les résidents âgés de 15 à 65 ans, quels que soient le revenu et la nationalité; l'âge légal de la retraite est de 65 ans (pour hommes et femmes).

Les mariés bénéficient d'une pension de 1/50 de HFL 18 648 par année d'assurance et les célibataires d'une même pension de 1/50 de HFL 13 000. En plus, il existe une allocation de vacances égale à HFL 63,34 par mois pour couples mariés et HFL 90,48 par mois pour personnes isolées.

Les pensions sont adaptées le 1er janvier et le 1er juillet, par disposition ministérielle suivant l'évolution du salaire minimum légal.

Alors qu'une anticipation ou une prorogation ne sont pas prévues, un cumul est toujours possible.

L'assurance générale "veuves et orphelins" est applicable aux mêmes personnes que l'assurance "vieillesse", à condition que le décédé soit assuré au moment du décès et que le conjoint survivant ait enfants non mariés à charge ou qu'il soit invalide ou âgé de 40 ans au moins lors du décès du mari. A 65 ans, cependant, la pension de survie est remplacée par la pension de vieillesse.

La veuve seule reçoit HFL 13 000 par an, la veuve avec enfants à charge de moins de 18 ans HFL 18 648 par an. en plus, ici aussi, une allocation de vacances est prévue, égale à HFL 63,34 par mois pour veuves sans enfants et HFL 90,48 pour veuves avec enfants. En cas de remariage, ces pensions sont supprimées et remplacées par une annuité d'indemnité. Les orphelins ont droit à un montant de HFL 346,68 par mois (moins de 10 ans), HFL 520,02 (de 10 à 16 ans) ou HFL 693,36 (de 16 à 27 ans pour enfant s'occupant du foyer ou étudiant; de 16 à 17 ans en cas d'invalidité). Tout cumul avec les allocations familiales ou de vacances est possible.

Sous certaines conditions, la femme divorcée peut également bénéficier d'une indemnité de survivante. En outre, la pension complète de l'assuré est payée à sa veuve pendant les deux mois suivant le décès, comme il existe aussi une prestation temporaire (de 6 à 19 mois) en faveur des veuves n'ayant pas droit à la pension: HFL 13 000 par an. En plus, il y a une allocation de vacances.

Allocations familiales

Conformément à la loi du 26 avril 1962, l'âge limite normal pour bénéficiaire des prestations familiales est 16 ans, augmenté à 27 ans en cas de formation professionnelle, d'études ou de jeunes gens au foyer et à 18 ans en cas d'infirmités graves.

Le montant de base par enfant de 6 à 11 ans dans une famille est fixé à HFL 96,77 (1 enfant), 126,92 (2 enf.), 135,91 (3 enf.), 148,45 (4 enf.), 155,98 (5 enf.), 164,18 (6 enf.), 170,04 (7 enf.) ou HFL 177,04 (8 enfants).

En cas d'enfants de 0 à 5 ans, il y a une modulation en fonction de l'âge et du nombre d'enfants à 60% à 90% du montant de base; une modulation à 115% et à 101,18% du montant de base existe en cas de, respectivement, enfants de 12 à 17 ans et de 18 à 26 ans. Les enfants de moins de 16 ans ne vivant plus au foyer et les enfants de 16 à 17 ans ne vivant plus ni au foyer du demandeur, ni dans un autre foyer, comptent pour deux enfants en cas d'études ou d'invalidité à condition qu'ils soient pour la plus grande partie à charge du demandeur. Valent également pour un nombre d'enfants doublé les enfants de 18 à 26 ans étudiants, suivant une formation professionnelle ou encore appartenant à la catégorie des "jeunes gens au foyer", à condition qu'ils soient pour la plus grande partie à charge du demandeur. Enfin, sont comptés pour trois enfants, les enfants dans la même situation, mais qui n'habitent plus au foyer et qui sont pour 90% ou plus à charge du demandeur.

Les enfants invalides de 18 ans ou plus ont, le cas échéant, droit à une prestation à titre d'incapacité de travail.

Les chômeurs, les titulaires d'une pension et les orphelins ont droit aux allocations familiales tout comme les autres résidents.

Chômage

En matière de chômage, il existe aux Pays-Bas trois régimes: une indemnité d'attente (a), une assurance-chômage (b) et une assistance-chômage (c). Les deux premiers sont organisés par la loi du 9 septembre 1949 (modifiée) et concernent tous les travailleurs salariés, le troisième par la loi du 10 décembre 1964 concerne les salariés qui ne remplissent pas ou plus les conditions nécessaires pour l'octroi des indemnités de l'assurance-chômage.

En cas de chômage total (involontaire), le chômeur doit être à la disposition du bureau de placement et bénéficie alors du système jusqu'à l'âge de 65 ans, après au moins 130 jours d'emploi salarié dans la même branche professionnelle pendant les 12 derniers mois (a), ou 130 jours d'emploi salarié pendant la même période (b + c). Les allocations sont octroyées pour 5 jours par semaine, avec une durée de 40 jours par an (a), 130 jours par an (b) ou 2 ans (c); cette dernière période est prolongée jusqu'à 65 ans pour les

chômeurs de 60 ans et plus. Les travailleurs bénéficiant de l'indemnité d'attente, sont considérés comme étant encore attachés à la branche professionnelle. Les associations professionnelles sont habilitées à accorder cette indemnité pendant une plus longue période. Les travailleurs peuvent ensuite, dans la même année, percevoir l'indemnité de chômage pendant 90 jours.

Le salaire journalier perdu constitue le salaire de référence (temporairement réduit de 6% ou 3%), avec un plafond de HFL 262,28 par jour. Les taux s'élèvent à 80% du salaire de réf. (a + b) ou 75% (c), avec un minimum pour soutien de famille de, respectivement, 80% de HFL 123,24 et 75% de HFL 131,52.

Le chômage partiel pour autant qu'accepté par l'Office Régional de Placement, est soumis à une réglementation similaire à celui du chômage total.

En cas de cumul de revenus, il sera opéré une déduction des compensations éventuelles accordées par les employeurs (a + b) ou une déduction partielle des revenus accessoires (c), du montant de l'indemnité .

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE AUX PAYS-BAS

Depuis le début de la crise économique dans les années septante le gouvernement néerlandais a pris un grand nombre de mesures dans le secteur "collectif" pour réduire le volume des dépenses. Une partie importante de ce secteur collectif est constituée par les salaires des fonctionnaires publics, une autre par le système des assurances sociales. Nous décrivons ici quelles économies ont été déjà réalisées et lesquelles sont envisagées dans un proche avenir.

Limitation dans le domaine des frais de maladie (soins de santé).

Le système néerlandais, qui consiste en deux assurances soins de santé (loi sur les caisses de maladie - ziekenfondswet - et loi générale sur les frais de maladie extraordinaires - algemene wet bijzondere ziektekosten), est basé sur le principe des prestations en nature. Le bénéficiaire ne paie pas la note d'honoraires du prestataire de soins, mais ce dernier est payé directement pour les soins donnés par la Caisse de maladie, selon une convention conclue entre ce prestataire de soins et cette Caisse.

Des arrêtés royaux ont défini de manière très précise quelles prestations peuvent être servies et quels médicaments et autres produits peuvent être fournis sous quelles conditions.

Une première série d'économies dans les dépenses a été réalisée par une limitation des prestations et du choix des médicaments à prescrire (limitation de la liberté de prescription).

Une deuxième mesure d'économie a été réalisée par l'introduction ou l'augmentation de différentes formes de ticket modérateur pour le bénéficiaire. Ainsi l'assuré doit-il maintenant payer pour médicament fourni par les pharmaciens 2,5 Fl par prescription, avec un maximum de 125 Fl par an. En cas d'hospitalisation ou d'admission dans une maison de soins, le ticket modérateur ou la part du coût à payer par l'assuré a été augmenté.

Dans une troisième série de mesures d'économie, on a conclu des accords avec les associations nationales des médecins généralistes, des spécialistes, des physiothérapeutes, et d'autres, pour réduire graduellement le tarif d'honoraires, particulièrement pour les groupes de praticiens à très grand revenu. Bien entendu, cela a donné lieu à des actions de protestation, comme celle des médecins spécialistes du 3 février 1986, quand ils ont fermé leurs cabinets de consultation pour une journée, par protestation contre les accusations du gouvernement selon lesquelles ils ne respecteraient pas les engagements pris.

Les tarifs des hôpitaux et des maisons de soins, qui sont déterminés par une commission spécialisée sous la loi sur les tarifs dans les soins de santé (wet tarieven gezondheidszorg), sont en principe gelés pour un certain temps. Dorénavant il faudra une permission préalable pour tous les investissements importants dans la construction d'hôpitaux et dans l'achat d'appareillages coûteux. De nouvelles techniques, telles que la fertilisation in vitro, ne peuvent être utilisées pour le compte des Caisses de maladie que moyennant une permission spéciale.

Ces premières mesures d'économie seront suivies par d'autres, si le parlement accepte les propositions actuelles du gouvernement. Le premier grand pas dans cette direction est la proposition de loi sur l'accès aux assurances soins de santé (wet toegang ziektekostenverzekeringen), qui se rapporte surtout à la loi sur les caisses de maladie, dans laquelle est organisée une assurance obligatoire pour les travailleurs et les membres de leur famille, une assurance supplémentaire, et une assurance particulière pour les personnes âgées. Le nouveau projet de loi abolit cette assurance volontaire et cette assurance pour les personnes âgées. Nous revenons sur cette proposition plus loin.

Limitation dans le domaine des allocations de maladie, de l'allocation d'incapacité de travail et des allocations de chômage.

Les premières mesures législatives dans le domaine des prestations en espèce avaient surtout comme objet une limitation des possibilités d'abus et d'utilisation incorrecte de ces prestations. Par ces mesures les possibilités de recouvrement des prestations payées indûment étaient améliorées, notamment par une compensation possible avec des prestations pour la même période de la part d'autres institutions sociales. Ces mesures ne rencontraient presque pas d'objections.

Le pas suivant consistait en une réforme du calcul des prestations. Ces prestations sont calculées dans le système des travailleurs salariés sur la base du salaire gagné par le travailleur dans la période précédente. Dans l'assurance générale contre l'incapacité de travail, (algemene arbeidsongeschiktheidswet), par contre, la base de calcul consiste en le salaire minimum prévu par la loi sur le salaire minimum. Dans cette dernière loi il y a une disposition selon laquelle le Ministre des Affaires Sociales doit adapter deux fois par an le montant du salaire minimum pour l'adapter à l'évolution de l'indice des salaires. Un mécanisme identique d'adaptation à l'index se trouve dans la loi sur l'incapacité de travail pour les travailleurs salariés, en ce qui concerne le salaire journalier qui sert de base au calcul de la prestation (article 15). La loi sur les allocations de maladie (ziektewet) et la loi sur les allocations de chômage (werkloosheidswet) prévoient dans le calcul du salaire journalier de base un montant minimum (article 15, al. 3 et article 12, al. 3 respectivement), montant minimum qui est lié au salaire minimum

légal, et qui doit donc également être adapté à l'index des salaires deux fois par an.

Le calcul des salaires de base pour les prestations par les institutions des assurances sociales a été soumis à des règles plus strictes. La loi charge le ministre de déterminer quels paiements reçus par le travailleur peuvent être considérés comme salaire dans le sens de la loi. Il a fait usage de cette autorisation, par exemple, en éliminant les compensations pour déplacements et les primes pour heures supplémentaires. Il en résulte qu'un grand nombre de prestations individuelles seront désormais moins élevées.

Le lien entre le salaire de base dans les assurances pour les travailleurs salariés, ainsi que la base de calcul dans la loi générale sur l'incapacité de travail, d'une part, et le salaire minimum légal, d'autre part, a été maintenu, mais la fixation de l'indice des salaires a été réformé de telle manière qu'il ne reflète que les changements réels dans le pouvoir d'achat. En plus de cela, il a été décidé d'instaurer des cotisations de sécurité sociale à retenir sur les prestations, ce qui a évidemment comme résultat que les prestations nettes pour les bénéficiaires sont réduites d'autant. Finalement dans les années récentes il a été décidé plusieurs fois par voie légale que le salaire minimum ne serait pas adapté à l'indice des salaires. Comme la crise économique, l'inflation a continué, ceci veut dire en fait que le salaire minimum, et par conséquent aussi les prestations sociales qui y sont liées, ont été réduits de fait. On est allé encore plus loin dans le processus d'économisation par une décision du législateur de réduire le pourcentage de la prestation. Dans la plupart des assurances sociales la prestation a été réduite de 80 % à 70 % du salaire journalier ou de la base de calcul. Comme mesure supplémentaire il a été décidé que dans le système des allocations de chômage le droit aux allocations est soumis à la condition que le bénéficiaire ait accompli au moins 130 journées de travail, ce qui double le nombre qui était requis auparavant.

Pensions

Les pensions de vieillesse et de survie sont régies aux Pays-Bas par la loi générale sur les pensions de vieillesse (algemene ouderdomswet) et la loi générale sur les pensions de veuves et d'orphelins (algemene weduwen en wezen wet). Il faut d'abord savoir quelles sont les prestations prévues par le système au début de la période de crise.

La pension de vieillesse pour un homme marié et ayant l'âge de 65 ans était égale au salaire minimum légal. Un ou une célibataire obtenait au même âge une pension égale à 70 % de ce salaire minimum légal. Pour les pensions de survie les prestations étaient similaires : une veuve avec enfant à charge en-dessous de 18 ans avait droit à la pension au montant plus élevé, une veuve sans enfant au montant moindre.

La directive des communautés européennes sur l'égalité de traitement des hommes et des femmes en matière de sécurité sociale a rendu nécessaire une réforme de cette législation, pour donner à la femme mariée une égalité de droit avec l'homme marié. Mais la crise économique rendait impossible une augmentation des dépenses globales de l'assurance vieillesse. Parmi un certain nombre de solutions alternatives qui étaient proposées, on a retenu la suivante :

Chaque habitant qui a été assuré et qui a atteint l'âge de 65 ans a droit à une pension de vieillesse. Mais ce droit a maintenant comme contrepartie l'obligation pour chaque habitant, (la femme mariée incluse) de payer une cotisation jusqu'à l'âge de 65 ans.

Pour un ou une célibataire de 65 ans la prestation a été maintenue à 70 % du salaire minimum légal, pour une personne mariée qui a 65 ans, et dont l'époux ou l'épouse a également 65 ans, la prestation est maintenant de 50 % du salaire minimum légale. Si un assuré marié de 65 ans a un époux ou une épouse qui n'a pas encore atteint cet âge-là, la prestation sera augmentée d'un supplément qui peut atteindre au maximum 50 % du salaire minimum légal, mais qui sera diminué en rapport avec les revenus de l'époux ou de l'épouse.

Par l'introduction d'une obligation de cotisation pour tous les habitants du pays, ce qui fait que dans l'avenir beaucoup plus de cotisations seront payées par les femmes mariées ayant des revenus propres, et par la limitation des prestations aux hommes mariés à la moitié du salaire minimum légal, le gouvernement a réalisé une économie énorme dans les dépenses de cette assurance. Et par fait de la non-adaptation, pendant certaines années, du salaire minimum légal à l'index, le pouvoir d'achat de toutes les pensions a considérablement diminué.

Par rapport aux pensions de survie il n'y a pas encore de réforme en vue. Mais certaines propositions de réforme sont déjà envisagées. Il y a en effet de plus en plus de réactions contre le fait qu'une veuve a toujours droit à une pension de survie, même si elle a un revenu ou une fortune propre, ce qui devrait donner lieu à des réductions dans le montant des prestations.

Nouveau plan d'économie et de réforme

On trouve dans l'assurance soins de santé une tendance générale à éviter la surconsommation des soins médicaux et des médicaments, et à augmenter l'efficacité de la prestation de soins. La conviction est de plus en plus répandue que se sont les prestataires de soins, plutôt que les bénéficiaires, qui peuvent freiner la consommation médicale. C'est pourquoi on évolue de plus en plus vers la fixation de budgets annuels pour les hôpitaux et les maisons de soins, dans la limite desquelles ces institutions doivent fonctionner pendant une année. Aux autres prestataires de soins, et particulièrement aux médecins spécialistes, il a été proposé dans

le cadre des accords déjà mentionnés, de fixer la rémunération pour leurs services au de la d'un certain nombre, d'une manière dégressive. Ceci fournirait une incitation à une limitation des prestations à fournir. Ceci pourrait amener les prestataires de soins à réduire leurs horaires de travail, ce qui faciliterait aux jeunes médecins l'accès à une clientèle propre. Une augmentation du nombre de prestataires de soins signifierait pour les assurés une réduction des délais d'attente.

Une réforme d'une ampleur plus grande et d'une signification plus importante a été commencée en 1983. Cette réforme a reçu le nom de "Révision du système" (stelsel herziening), même si elle a trait essentiellement aux allocations de chômage et aux assurances incapacité de travail. Les motifs pour cette réforme du système ne sont pas uniquement des mesures d'économie : il s'agit également de réaliser l'égalité de traitement des hommes et des femmes, et de mieux adapter le système à la nouvelle situation qui est créée par le fait de l'augmentation des nombres des non-actifs et de la longue durée de la non-activité. Le gouvernement aurait voulu réaliser cette révision du système déjà en 1986. Mais on a présenté tant d'objections, tant réelles qu'émotionnelles, que le parlement n'a pas réussi à terminer la discussion des projets dans le délai prévu.

En ce qui concerne les allocations de chômage les propositions du gouvernement contiennent les mesures suivantes. La loi actuelle sur les allocations de chômage qui donne droit après 130 jours de travail à des allocations de chômage (70 % du salaire journalier) pendant 6 mois, et la loi actuelle sur les prestations de chômage, qui à l'expiration du droit aux allocations de chômage donne encore pendant 2 ans une versation égale à 70 % de salaire journalier à des personnes considérées comme gagne-pain d'un ménage. Dans le nouveau système la durée de la prestation, après la première période de 6 mois, dépendra de l'âge et de la carrière de travail. La versation commencera à un niveau égal à 70 % du salaire journalier, mais elle sera réduite en étapes semestrielles vers un niveau considéré comme un minimum social. Après l'expiration de la période pendant laquelle la versation est encore relatée au salaire journalier qui avait été gagné auparavant, la prestation au niveau du minimum social sera encore fournie pendant un an.

Pour les cas où la prestation relative au salaire journalier antérieur serait inférieure au minimum social, on prévoit une loi de supplémentation (toeslagenwet) qui compléterait les prestations calculées selon les lois sur les allocations de chômage et d'incapacité de travail jusqu'au niveau du minimum social fixé. Ces suppléments seraient financés par les autorités publiques.

En plus il y aurait une nouvelle loi dite loi sur les revenus pour les chômeurs âgés (wet inkomensvoorziening voor oudere werkloze werknemers). Des chômeurs au-dessus de 50 ans, qui restent dans le chômage après l'expiration de leur droit aux allocations, pourront recevoir par cette loi une versation au niveau du minimum

social. Mais pour cette prestation, comme pour celles de la loi de supplémentation, on tiendra compte de tous les revenus de travail où provenant du travail du bénéficiaire ou de son partenaire.

Dans les assurances incapacité de travail la loi générale sur l'incapacité de travail - algemene arbeidsongeschiktheidswet - et la loi sur l'incapacité de travail pour travailleurs salariés - wet op de arbeidsongeschiktheidsverzekering) le point le plus important est constitué par la proposition de redéfinition du concept d'incapacité de travail. En ce moment ce concept est défini à partir du salaire, dans ce sens qu'est considéré comme en état d'incapacité de travail toute personne qui par cause de maladie ou de lésions est incapable de gagner un revenu complet ou partiel par le travail. Ce concept a été interprété de telle manière par les institutions de la sécurité sociale, que lorsque la capacité de gain était réduite par cause de maladie ou de lésion, et que la capacité restante ne pouvait pas être utilisée par manque de travail convenable, le bénéficiaire était considéré comme en état d'incapacité complète jusqu'au moment où un travail convenable pourrait être trouvé. Il s'agissait en fait de l'introduction partielle du risque de chômage dans l'assurance d'incapacité de travail.

Le gouvernement propose de mettre un terme à cette pratique en donnant une nouvelle rédaction à la définition de l'incapacité de travail, de telle manière que seulement l'incapacité "médicale" ne pourra être prise en compte. On attend de cette réforme des économies énormes pour le système, surtout à cause du fait que les prestations de chômage sont de courte durée, tandis que les prestations d'incapacité de travail peuvent être fournies jusqu'à l'âge de 65 ans. Il y a d'autres et de meilleurs arguments pour cette réforme, notamment le fait qu'il ne faut pas trop vite étiqueter les gens comme inaptes au travail, lorsqu'ils sont en fait encore capables de travailler. Le désavantage de cette réforme sera que le dommage subi par des personnes devra être divisé sur des législations différentes selon les causes différentes. Dans pas mal de cas une telle répartition est presque impossible. La tentation pourrait être grande de retourner à des barèmes médicaux, qui en fait ne donnent qu'un simulacre de fondement objectif à l'évaluation médicale.

Augmentation de la responsabilité de l'employeur ?

Quelques tentatives de transférer la responsabilité pour les risques sociaux dans une certaine mesure à l'employeur ont échoué, ou ne sont pas encore réalisées.

Le 12 mars 1982 un projet de loi (n° 17.348) a été introduit en vue d'obliger l'employeur à payer pendant les 5 premières journées 100 %, et par la suite 80 % du salaire aux travailleurs frappés de maladie. Des réactions véhémentes de la part tant des organisa-

tions syndicales que des employeurs ont amené le retrait de ce projet après une première discussion au parlement.

Par la suite la réduction, déjà mentionnée sous le point 1.1., du pourcentage de l'allocation de maladie de 80 % à 75 %, et plus tard à 70 % a été acceptée. Ceci a amené les syndicats des travailleurs à exiger dans les négociations pour le renouvellement des conventions collectives une augmentation de l'indemnité complémentaire à l'allocation de maladie, pour maintenir la tradition existante dans la plupart des industries de garantir en fait en cas de maladie le salaire net par le paiement d'une indemnité égale à la différence entre ce salaire net et l'allocation de maladie. Dans la plupart des branches d'industries les employeurs ont donné suite à cette exigence.

Un autre projet de loi, qui concerne les "travailleurs handicapés", a pour objectif d'obliger les employeurs à réserver un certain nombre d'emplois aux personnes atteintes d'une incapacité de travail partielle par suite d'une maladie ou d'une lésion. Le projet est inspiré par la loi allemande sur les travailleurs handicapés (Schwerbehindertengesetz). Le projet original mentionnait un pourcentage déterminé, 5 % des emplois existants, qui devraient être réservés aux handicapés. Sous la pression des organisations patronales le projet n'a pas été retiré, mais il a été modifié dans un certain nombre de points pendant la discussion parlementaire. On parle maintenant d'un pourcentage variant entre 3 et 7. Le projet prévoit également la possibilité pour les employeurs de réaliser volontairement ce pourcentage, la loi n'entrant en vigueur que si après une période transitoire de 3 ans cet objectif ne serait pas atteint par l'action volontaire. Le projet semble avoir toutes les chances d'être adopté, mais le parlement voudrait que les autorités publiques donnent le bon exemple en réservant dans le cadre des fonctionnaires publics un nombre au moins équivalent d'emplois pour des personnes handicapées.

Le même projet incite, d'autre part, les employeurs à réemployer les travailleurs handicapés par la suite d'un accident ou d'une maladie causé par le travail. Si l'employeur néglige de le faire, les dépenses pour les allocations de maladie pourraient être mises à sa charge.

Le projet 17.648, déjà mentionné comme tant rejeté par le parlement, est entre temps revenu à l'actualité par le fait d'un projet de loi qui veut régler l'attribution de suppléments aux allocations de maladie, d'incapacité de travail ou de chômage aux bénéficiaires ayant une ou plusieurs personnes à charge. Ce projet prévoit que ce supplément ne sera attribué qu'après 6 semaines de maladie; dans cette première période l'employeur aurait l'obligation de payer au moins le salaire minimum légal. Si le parlement adopte ce projet, le risque de maladie sera partiellement mis à la charge de l'employeur.

Un rôle plus important pour les organisations privées dans l'administration de la sécurité sociale

Sur ce point on peut constater qu'aux Pays-Bas la discussion sur le rôle relatif de l'Etat et des partenaires sociaux n'est pas encore arrivée à un terme. Le gouvernement a clairement indiqué dès le début de la crise économique que, dans le but d'arriver à un contrôle de dépenses, il devrait d'abord arriver être mieux informé des activités des organisations chargées de l'exécution de la sécurité sociale, et de leurs résultats, et qu'il lui faudrait de plus amples compétences à intervenir dans ces activités. Par la voie de modifications à la législation existante, il s'est donné certaines attributions qui jusque là appartenaient à la compétence des organes de gestion. Dans les propositions actuelles pour la révision du système dans le secteur du chômage et de l'incapacité de travail on constate une continuation de cette politique.

D'autre part on observe dans ces propositions également une extension des attributions des organes de la sécurité sociale gérés par les organisations des employeurs et des travailleurs. Dans les propositions de prolongation de la durée des allocations de chômage, l'introduction d'une loi sur les revenus des chômeurs âgés et d'une loi de supplémentation, un rôle plus important est prévu pour ces organes d'exécution. Ceci pour la plus grande partie au détriment des communes. Les communes restent chargées de l'exécution de la loi générale sur l'assistance (algemene bijstandswet), mais un grand nombre de personnes ne devront plus, sous le nouveau système, s'adresser à l'assistance, ou ne le feront que beaucoup plus tard.

Accroissement des arrangements de droits privés

Nous avons déjà mentionné le projet de loi sur l'accès aux assurances de soins de santé. Ce projet tend à abolir les assurances volontaires et l'assurance spéciale pour les personnes âgées existantes actuellement dans le cadre de la loi sur les Caisses de maladie (ziekenfondswet). Les Caisses de maladie ne s'occuperont plus que des soins de santé pour les assurés obligatoires, qui sont les travailleurs salariés jusqu'à un plafond de salaire. Les anciens bénéficiaires de l'assurance volontaire (surtout des indépendants à revenu modeste, et des travailleurs salariés aux salaires élevés) devront dans le futur s'assurer auprès d'un assureur privé. Les personnes âgées qui étaient des assurés obligatoires pourront à l'avenir rester sous l'assurance obligatoire après l'âge de la retraite.

Cette réforme apportera une clientèle plus importante aux assureurs privés. En échange ces assureurs devront assumer un certain nombre d'obligations imposées par la loi. Ainsi ils devront offrir une couverture satisfaisante à certaines exigences, et ils devront accepter les assurés sans sélection, et sans différenciation de tarifs selon l'âge de l'assuré.

Les limitations dans le calcul de l'allocation de maladie et de l'allocation d'incapacité de travail ont déjà amené les employeurs et les syndicats à revoir les indemnités complémentaires dans le cas de maladie dans les conventions collectives. La technique la plus usuelle consiste à prescrire par convention collective la continuation du salaire, tandis que l'employeur encaissera les allocations (maintenant 60 % du salaire) payées par l'organe de gestion de l'assurance maladie. Une autre technique, utilisée plutôt dans le cas de l'assurance d'incapacité de travail, consiste en une supplémentation par l'employeur ou par une caisse privée des montants payés par l'organe de gestion de l'assurance d'incapacité de travail, jusqu'à un niveau indiqué par convention collective ou par convention individuelle de travail.

Les assureurs privés ne semblent pas intéressés dans l'assurance chômage. La conception générale est que ce risque est difficile à délimiter, et que le calcul adéquat des primes est impossible.

Des employeurs qui se voient obligés de réduire leur personnel parviennent généralement à un accord sur les indemnités d'éviction avec les organisations syndicales. Certaines conventions collectives ont déjà fixé les taux de ces indemnités pour des branches d'industries, telles que par exemple les imprimeries. Ces indemnités complètent les allocations prévues par la loi. Les assurances privées ni jouent aucun rôle : ce sont les employeurs eux-mêmes, ou des caisses particulières financées par les employeurs, qui s'occupent de ces indemnités.

Les réformes dans la loi générale sur les pensions de vieillesse (algemene ouderdomswet), déjà mentionnée, auront certainement leur influence sur les pensions payées par les industries et par certaines entreprises particulières. Ces pensions d'ordre professionnel tiennent généralement compte du niveau de la pension légale, qui forme la base de leur système. Maintenant que cette pension de vieillesse légale a été individualisée sur la base de la troisième directive des communautés européennes, et qu'elle a été réduite par la non-adaptation du salaire minimum légal à l'index, toutes les caisses de pension professionnelles doivent envisager des modifications dans le calcul de leurs prestations. La même chose vaut pour les prestations de vieillesse prévues par des contrats d'assurances collectifs ou individuels avec des compagnies d'assurances privées. La nouvelle législation a prévu une période de transition jusqu'à 1988.

Les autorités publiques veulent encourager les arrangements d'ordre privé, notamment dans le cas des soins de santé. Mais cette politique est dictée surtout par le souci de réduire les dépenses publiques. Elle n'est pas considérée comme une amélioration de la sécurité sociale des citoyens.

Le débat sur la privatisation

Le gouvernement Lubbers qui a été installé en 1982 et qui après les élections de 1986 a reçu un nouveau mandat, a présenté et partiellement réalisé des plans pour une réforme sérieuse de la sécurité sociale.

Dans la branche des soins de santé la loi sur l'accès aux assurances soins de santé (wet toegang ziektekostenverzekeringen) a aboli les assurances volontaires et l'assurance spéciale pour les personnes âgées existantes jusqu'à présent dans la loi sur les caisses de maladie (ziekenfondswet). Il ne restera que l'assurance obligatoire pour les travailleurs salariés jusqu'à un certain plafond de salaire, et les membres de leur famille. Par la même loi le champ d'application de la loi sur les Caisses de maladie est élargi, par le fait que les personnes âgées qui étaient des assurés obligatoires auparavant, resteront assurés obligatoires après l'âge de la pension, et par le fait également que les personnes recevant une allocation de chômage ou d'incapacité de travail seront également assurés obligatoirement dans le cadre de cette loi.

Les travailleurs avec un revenu dépassant le plafond de la loi sur les Caisses de maladie et les travailleurs indépendants pourront toujours conclure une assurance soins de santé avec une compagnie d'assurances. Celle-ci sera obligée de les accepter sans discrimination, et de leur offrir une protection correspondante aux exigences faites par la loi, et il lui sera interdit de charger des primes plus élevées selon l'âge de l'assuré.

En même temps une loi a été acceptée qui prescrit la compensation des charges entre assureurs privés résultant des différences dans la pyramide d'âge des différentes clientèles. Une troisième loi veut compenser les charges entre les assureurs privés d'un côté et les institutions de l'assurance obligatoire de l'autre côté, par le fait que les assurés d'âge élevé seront surreprésentés dans l'assurance obligatoire.

D'autres plans du gouvernement Lubbers ne sont pas encore concrétisés, mais le seront bientôt.

En ce qui concerne les assurances incapacité de travail et chômage nous avons déjà mentionné plus haut. la révision du système proposée actuellement. Celle-ci a des conséquences des plus profondes pour les chômeurs. La nouvelle loi sur le chômage, qui, en réunissant en un système les deux lois précédentes sur les allocations de chômage et sur les prestations de chômage, prévoit une indemnisation plus longue du risque de chômage, règle la durée de cette prestation selon l'âge et la carrière de travail du travailleur, et réduit le niveau de la prestation assez rapidement de 70 % du dernier salaire vers une prestation au niveau du minimum social. Ce système sera complété par la loi de supplémentation (toeslagenwet) et la loi sur les revenus des chômeurs âgés (wet inkomensvoorziening oudere werknemers) déjà mentionnées. Le tout

est appelé un système d'assurance de perte du salaire, avec filet de sauvetage.

L'idée d'une assurance chômage pour les indépendants a été exprimée. Elle pourrait être réalisée sous deux formes différentes. On pourrait créer une assurance chômage spéciale pour les indépendants, pour des groupes clairement définis d'indépendants, avec une administration et un financement spécial. On pourrait aussi, dans la voie des assurances générales créées aux Pays-Bas pour toute la population, songer à une assurance générale garantissant à tous les habitants une prestation égale au minimum social en cas de chômage. Ceci offrirait un modèle semblable à celui qui existe pour l'incapacité de travail : une assurance incapacité de travail générale pour toute la population (algemene arbeidsongeschiktheidswet - AAW), complétée par une loi sur l'incapacité de travail pour les travailleurs salariés (wet arbeidsongeschiktheidsverzekering - WAO).

Débat politique

Dans notre système parlementaire, basé sur la représentation proportionnelle, on peut distinguer - en laissant de côté certaines tendances extrémistes d'importance réduite - trois groupes: les libéraux à la droite, les socialistes à la gauche, et les chrétiens démocrates au centre.

Les conceptions de la droite sont basées sur la plus grande liberté personnelle et la responsabilité individuelle. Pour les soins de santé ils sont partisans d'une couverture de base limitée, accomplée par des assurances complémentaires (éventuellement obligatoires). Les prestataires de soins devraient travailler dans une concurrence plus ouverte, et les hôpitaux et les maisons de soins devraient opérer sur la base d'un budget annuel. Dans les assurances à prestation en espèces, le niveau des prestations obligatoires pourrait être réduit. Elles devraient être complétées par la voie de la négociation collective ou individuelle entre travailleurs et employeurs.

Les politiciens du groupe du centre sont en général favorables au maintien des contours du système actuel. Mais ils désirent des réformes en vue de réduire le montant des prestations et d'augmenter la responsabilité individuelle des citoyens. La solidarité sociale doit être maintenue, mais ne doit pas être exagérée. On a l'impression que les limites de cette solidarité sociale ont été dépassées, et que des mesures collectives sont nécessaires.

La gauche se prononce pour le maintien du système actuel. Les socialistes sont bien d'accord que les prestations devront être temporairement réduites en raison de la crise économique et de la baisse dans l'accroissement du revenu national, mais ils estiment que la solidarité des travailleurs avec les non-actifs devra être accrue par la voie d'une augmentation des cotisations. Les entreprises à grande intensité de capital devront supporter une part

plus importante de la charge, par exemple par une cotisation calculée sur la valeur ajoutée plutôt que sur le salaire.

Les partenaires sociaux

Les employeurs privés et leurs organisations sont presque unanimement convaincus que le système de la sécurité sociale devrait être réduit à un système de base, qui pourrait être complété par la voie de négociations collectives, par des contrats individuels, et par des avantages prévus par les entreprises. Ils désirent un maximum de liberté pour le monde des affaires.

Les organisations syndicales des salariés du secteur privé se prononcent plutôt pour le maintien du système actuel. Elles sont hostiles à toutes mesures qui entraîneraient une réduction des droits acquis. Elles désirent un accroissement de la solidarité sociale entre travailleurs et les personnes sans emploi, et elles estiment que ceux qui sont privés d'emploi par incapacité de travail ou par chômage devraient avoir des droits égaux.

On peut remarquer que les organisations des travailleurs du secteur public veulent garder le système de protection sociale qui leur est propre. Cette protection sociale tombe aussi sous le coup des mesures d'économie du gouvernement, mais dans l'ensemble les fonctionnaires publics trouvent ce système de protection préférable à celui des assurances sociales pour le secteur privé.

Le conseil scientifique pour la politique gouvernementale (wetenschappelijke raad voor het regeringsbeleid) a présenté des plans pour le futur d'une portée plus radicale. Il s'est basé sur la conception que dans le futur il pourrait ne pas être utile ou possible de faire accomplir du travail rémunéré par toute la population. Le conseil propose l'introduction d'une assurance générale de perte du revenu en cas de chômage et d'incapacité de travail. La prestation devrait être égale au minimum social pour une personne isolée. La perte du revenu au-dessus du niveau du minimum social pourrait être assurée par une assurance volontaire qui serait ouverte à chaque individu.

Dans ce système chaque personne recevrait à partir de l'âge de 18 ans un revenu de base partiel, indépendamment du fait qu'il jouit d'un revenu propre ou d'une fortune. Ce revenu de base servirait de seuil pour le salaire minimum et pour les prestations sociales garanties par l'assurance ou par l'assistance.

Ce plan tend à offrir à tous citoyens une base de sécurité d'existence, même à ceux qui ne peuvent ou ne désirent pas travailler. Pour ceux qui travaillent cette base serait augmentée par un revenu du travail. La perte de ce revenu serait compensée par l'assurance générale contre la perte du revenu, jusqu'au minimum social. Pour ceux qui ne participent pas au monde du travail ce revenu de base ne pourra être supplémenté que par l'assistance ou par les ressources propres du bénéficiaire. Le rôle de l'état n'irait pas plus loin que la garantie de ce minimum social.

Puisque ce plan ne prévoit pas l'assurance en cas d'incapacité de travail et de chômage d'une sécurité sociale garantissant autant que possible le niveau de vie déjà atteint, principe admis dans des conventions internationales, on ne peut pas s'attendre à ce qu'il soit bientôt accepté ou réalisé.

Chapitre V.

BELGIQUE

.. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

La constitution belge ne contient aucune disposition relative à la sécurité sociale. Une loi du 29 juin 1981 portant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs, énonce les droits considérés comme étant fondamentaux à la couverture des risques sociaux dans le chef des travailleurs dépendants du secteur privé. Le caractère normatif de cette charte de droits a d'emblée été mis en question par la doctrine et les articles relatifs à l'énoncé des droits (arts.3-13) n'ont toujours pas été mis en vigueur.

Administration et financement

La sécurité sociale est principalement organisée sous la tutelle du Ministère de la Prévoyance Sociale; le chômage se trouve toutefois sous la direction du Ministère de l'Emploi et du Travail. L'organisme de coordination en ce qui concerne la perception et la répartition des cotisations (sauf pour les accidents du travail) est l'Office National de Sécurité Sociale. Pour les secteurs "maladie", "maternité", et "invalidité" c'est l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (I.N.A.M.I.) qui est responsable, avec une gestion séparée des soins de santé et des indemnités. Mais aussi les Unions Nationales des Fédérations de Mutualités reconnues, la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité et les Mutualités se partagent les compétences administratives en cette matière. Pour la vieillesse et les survivants, c'est l'Office National de Pensions pour Travailleurs Salariés (O.N.P.T.S.) qui est responsable, alors que la Caisse Nationale des Pensions de Retraite et de Survie est l'organisme de paiement. Les accidents du travail et les maladies professionnelles se trouvent sous la compétence du Fonds des Accidents du Travail (F.A.T.), ayant le contrôle des sociétés privées d'assurance agréées ainsi que de Caisses communes des employeurs, respectivement du Fonds des Maladies Professionnelles (F.M.P.). En matière d'allocations familiales, l'administration est aux mains de l'Office National d'Allocations Familiales pour Travailleurs Salariés (O.N.A.F.T.S.); le contact avec les personnes intéressées se

déroule par les Caisses de Compensation pour Allocations Familiales, ou bien par les Bureaux Régionaux de l'O.N.A.F.T.S., ou encore pour quelques professions par des caisses spéciales. Enfin, le chômage se trouve sous la direction de l'Office National de l'Emploi (O.N.E.M.); l'administration en est confiée à des organisations professionnelles des travailleurs, à la Caisse Auxiliaire de Paiement des Allocations de Chômage ainsi qu'à leurs sections locales et aux bureaux de la Caisse Auxiliaire.

Pour la protection en cas de maladie, maternité ou invalidité, les travailleurs paient 2,55% + 1,15% de leur salaire et les employeurs 3,80% + 2,20%, en vue de, respectivement, les prestations en nature + les prestations en espèces. En outre, une cotisation de 10% est perçue sur les primes d'assurance automobile. Les branches "vieillesse" et "survivants" sont alimentées par des cotisations de 7,50% pour les travailleurs et 8,86% pour les employeurs. Les cotisations pour la branche "chômage" s'élèvent respectivement à 0,87% et 2,83% (pour les entreprises de 10 travailleurs ou moins, la cotisation de l'employeur est ramenée à 1,23%), alors que seuls les employeurs paient 7% en matière de prestations familiales. Dans aucune de ces branches un plafond est prévu. En ce qui concerne les secteurs "accidents du travail et maladies professionnelles", on a opté pour un système de primes d'assurance fixées par contrat, et de cotisations de solidarité au F.A.T. (0,30% pour les employeurs), respectivement de cotisations obligatoires au F.M.P. (0,65% pour les employeurs).

La participation des pouvoirs publics varie selon la branche. Ils paient 80% des dépenses pour soins de santé fournis aux veuves, orphelins, pensionnés et aux bénéficiaires d'indemnités d'invalidité ainsi qu'aux personnes à leur charge dans les branches "maladie" et "maternité"; 50% des dépenses pour la 2e année d'invalidité et 75% et 95% pour, respectivement, la 3e et 4e année d'invalidité, ainsi que 100% des frais funéraires dans la branche "invalidité"; il existe également des subventions annuelles de l'état pour les secteurs "vieillesse" et "survivants" ainsi que pour celui des "prestations familiales"; 60% des dépenses d'indemnisation de la silicose en matière d'"accidents du travail/maladies professionnelles"; une couverture étatique du déficit éventuel pour le secteur "chômage" est prévue. Les prestations à long terme en cas d'invalidité, de vieillesse et de survie ainsi qu'en cas de maladie professionnelles, sont financées selon un système de répartition. Uniquement en cas d'accidents du travail, un système de capitalisation (= celui des compagnies d'assurance commerciales!) est applicable.

Soins de santé

Conformément à des lois de 1963 (depuis lors modifiées), ont droit à des soins de santé, tous les travailleurs liés par un contrat de louage de services et les catégories assimilées, les pensionnés (y compris les invalides et orphelins), les chômeurs, les handicapés, les étudiants de l'enseignement supérieur, les personnes non encore protégées et, dans certaines conditions, les personnes à la

charge de l'assuré. Afin de financer (partiellement) la couverture des pensionnés, il est opéré une retenue de 2,55 % sur les pensions pour autant que celle-ci n'ait pas pour effet de réduire la pension à un montant mensuel inférieur à BFR 33 139 (BFR 27 963 s'il n'y a pas de personnes à charge).

Les conditions nécessaires pour jouir des soins sont: un temps de travail et d'immatriculation de 6 mois, dont 120 jours de travail effectif ou périodes assimilées (chômage, congés annuels etc.) - des conditions particulières existent pour les travailleurs à temps partiel et saisonniers - , une justification du paiement des cotisations minima et une justification de l'existence d'une affection couverte par l'assurance. Dans ces conditions, on bénéficie de la prise en charge dès le début de la maladie et pendant une durée illimitée (ou jusqu'à l'achèvement du 2ème trimestre qui suit celui au cours duquel l'affiliation prend fin).

Tous les médecins inscrits à l'Ordre participent au système. Les honoraires fixés sont fixés par conventions conclues entre organismes assureurs et organisations de médecins, ou, à défaut, fixés d' autorité. Si ceci n'est pas le cas, ils reçoivent des honoraires librement fixés par eux-mêmes, l'intervention de l'assurance étant prévue par arrêté royal. Les établissements hospitaliers agréés par le Ministère de la Santé Publique travaillent à des tarifs fixés par convention ou par les pouvoirs publics.

Ayant un libre choix du médecin, l'assuré avance les honoraires, mais sera remboursé au tarif conventionnel ou fixé d'autorité. La participation de l'assuré ne doit pas être supérieure à 25% pour les soins de médecine générale, mais elle est supprimée en cas d'intervention de spécialistes et de traitement des maladies sociales. Il existe aussi un régime préférentiel pour invalides, pensionnés, veuves et orphelins dont les revenus sont inférieurs à un maximum annuel de BFR 335 560 + BFR 62 121 par personne à charge.

En matière d'hospitalisation et de sanatorium, il y a aussi un libre choix entre les établissements agréés. Le prix normal de la journée (pour une chambre commune), variable selon la catégorie d'établissement, est remboursé intégralement, à l'exception d'une participation de BFR 168 par jour (BFR 67 par jour quand il s'agit d'enfants à charge, invalides, veuves, orphelins et pensionnés). La participation augmente à partir du 91ème jour.

Pour les cures dans un préventorium et des colonies pour enfants on reçoit une intervention forfaitaire de l'assurance, avec un maximum de BFR 646 par jour ; en outre, il y a certains forfaits journaliers tenant compte des dépenses réelles de l'exercice précédent.

Les frais de soins dentaires, y compris les soins conservateurs, les extractions, les prothèses et l'orthodontie, sont remboursés selon le système des soins médicaux. Les frais d'appareillage, après accord d'un médecin-conseil, peuvent être remboursés jusqu'à

100%, à condition que le patient ait atteint l'âge de 50 ans ou (avant cet âge) lorsqu'il est atteint de maladies spécifiques qui justifient l'intervention de l'assurance.

La participation de l'assuré en ce qui concerne les produits pharmaceutiques est limitée pour la cat. A (maladies graves) à 0%, pour la cat. B (médicaments utiles) à 25%, avec un plafond de BFR 300 (VIPO: 15%-BFR 200), pour la cat. C (médicaments moins utiles) à 50%, avec un plafond de BFR 500 (VIPO: BFR 300) et la cat. CS (médicaments de confort) à 60% (VIPO= veuves, invalides, pensionnés, orphelins). Les assurés hospitalisés paient BFR 25 par jour. La participation pour préparations magistrales s'élève à maximum BFR 50 (VIPO: 100%), pour quelques produits à BFR 70. Il existe enfin un remboursement de 100% des tarifs conventionnels pour les prothèses, l'optique et l'acoustique.

D' autres prestations peuvent également être prévues par les statuts des mutualités agréées.

Assurance maladie et maternité

Les prestations pécuniaires en cas de maladie sont régies par les lois précitées de 1963. Sont bénéficiaires tous les travailleurs liés par un contrat de louage de services et les catégories assimilées. Les bénéficiaires doivent remplir les conditions précisées pour les prestations en nature (temps d'immatriculation exigé, période de travail minimum, cotisations minima, maintien des droits acquis, origine de l'affection), avoir cessé toute activité en raison d'une réduction de la capacité de gain de 66% au moins et avoir remis dans les 2 jours un "avis d'arrêt de travail" au médecin-conseil de la Caisse. Le délai de carence est un jour ouvrable, mais peut être supprimé: - s'il y a eu au moins 9 jours de chômage pendant une période de 21 jours précédant l'incapacité de travail; - si l'incapacité est due à la grossesse ou à l'accouchement; - pour les chômeurs occupés par les pouvoirs publics; ainsi que pour le travailleur ayant été en contact avec une personne atteinte d'une maladie contagieuse.

Les prestations durent 1 an maximum (= période de l'"incapacité de travail primaire") et s'élèvent à 60% du salaire (salaire maximum pris en compte: BFR 2 802,68 par jour), sans ou avec hospitalisation. En outre, il faut tenir compte, pour les ouvriers, de la loi sur le salaire hebdomadaire garanti (à raison de 80%) - les conventions collectives étendant cette garantie à 30 jours et à 100% - et, pour les employés, de la loi sur le contrat d'emploi (100% pendant 1 mois).

En cas de maternité, les femmes assurées peuvent faire appel aux prestations en nature ou en espèces, tandis que les membres de la famille ne peuvent invoquer que le premier groupe de prestations. De plus, le deuxième groupe exige une cotisation pendant 6 mois: il s'agit d'une indemnité d'accouchement (uniquement en cas de suppression du salaire) de 79,5% de la rémunération perdue pendant

14 semaines au maximum - dont 8 après l'accouchement - (ces indemnités majorées ne sont payées que pour les jours où l'intéressée ne bénéficie pas du salaire garanti), ensuite éventuellement d'une indemnité de maladie de 60%, et d'une allocation de naissance.

Assurance invalidité

Conformément aux lois de 1963, est considéré comme invalide, le travailleur qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne peut plus gagner qu'un tiers du gain normal d'un travailleur de même catégorie et formation.

Les ouvriers et employés, affiliés depuis au moins 6 mois (alors que le travail est effectué pendant 120 jours) et frappés d'une incapacité de 66,66%, ont droit à une indemnité d'invalidité dès le jour suivant la fin de la période d'incapacité primaire (avant: indemnité de maladie) et ce jusqu'à l'âge de la mise à la retraite. Cette allocation s'élève à 65% de la rémunération perdue (plafonnée) s'il y a charge de famille (minimum de BFR 845 par jour pour un travailleur régulier) et à 43,5% s'il n'y a pas de charge de famille (minimum de BFR 756 par jour). Un salaire annuel plafonné de BFR 874 436 est prévu.

Enfin, une allocation pour frais funéraires est prévue: BEF 19 282 (non indexée).

Quand l'indice des prix à la consommation varie de 2% par rapport à l'indice pivot antérieur, une réévaluation des indemnités de 2% aura lieu automatiquement, ainsi qu'une adaptation du montant à l'évolution du bien-être général par la fixation annuelle d'un coefficient de réévaluation ou par l'adaptation forfaitaire sous la forme d'une allocation.

Un cumul avec une pension d'accident du travail / maladie professionnelle est possible à concurrence d'un maximum variable; mais de toute manière, les pensions d'invalidité et de vieillesse s'excluent mutuellement.

Il existe aussi des possibilités de rééducation fonctionnelle et professionnelle après une décision du collège des médecins-directeurs, ce dans des établissements spécialisés.

Pensions de retraite et de survie

Selon l'arrêté royal n° 50 du 24 octobre 1967, tous les ouvriers et employés, ainsi que toutes les personnes salariées peuvent jouir d'une pension de vieillesse, les hommes à partir de l'âge de 65 ans, les femmes à 60 ans. Pour chaque année prise en considération, il est accordé une part de pension égale à:

- pour isolés ou mariés sans conjoint à charge:
 - homme: $S \times 60\% \times 1/45$
 - femme: $S \times 60\% \times 1/40$
- pour mariés avec conjoint à charge:
 - homme: $S \times 75\% \times 1/45$ (S = salaire considéré)
 - femme: $S \times 75\% \times 1/40$

Les montants du salaire varient suivant les années considérées: pour celles antérieures au 1.1.1955 il s'agit d'un montant forfaitaire de BFR 317 003; pour celles postérieures au 1.1.1955 et antérieures au 1.1.1981 il s'agit du salaire brut non plafonné (ouvriers) ou du salaire brut plafonné (employés) (sauf pour les années 1955-57: montant forfaitaire); pour les années après 1980 on prend le salaire brut plafonné. Le salaire annuel plafonné est fixé à BFR 1 039 393. Une majoration éventuelle pour personnes à charge est prévue comme dans la branche "prestations familiales".

Comme chez les pensions d'invalidité, une révalorisation (quand l'indice varie de 2% !) ou une adaptation des montants sont prévues.

Sur demande de l'intéressé (homme ou femme) et à condition d'une certaine durée de carrière, une anticipation est permise, avec une réduction de 5% par année d'anticipation (sauf pour les bénéficiaires d'un statut de reconnaissance nationale, les prisonniers de guerre et les prisonniers politiques), avec un maximum de 5 années d'anticipation. Une anticipation est également permise aux hommes à l'âge de 64 ans lorsqu'une carrière de 45 ans en tant que salarié est prouvée ou en cas de travail pénible ou insalubre. Enfin, une prépension de retraite peut être accordée à l'âge de 60 ans, sans réductions, aux travailleurs masculins, à condition que l'employeur s'engage à les remplacer par un demandeur d'emploi.

De l'autre côté, une prorogation est possible, mais après 1980 sans majoration de la pension. Auparavant, une majoration était octroyée par année supplémentaire de travail (avec un maximum de cinq années) égale à 1/45 (hommes) ou 1/40 (femmes) de 60% des rémunérations perçues pendant l'année (75% en cas de ménage).

Tout cumul avec un salaire est interdit, à l'exception du travail autorisé, ce pour autant que le revenu professionnel brut en découlant ne dépasse BFR 211 104 par an et BFR 16 947 par mois (travailleur salarié) ou BFR 168 884 par an (travailleur indépendant). Ces montants sont majorés de 50% quand le pensionné a charge d'enfants. Si le revenu professionnel dépasse les montants susvisés sans être plus élevé que le double, la pension n'est payable qu'à concurrence des 2/3.

La législation et le champ d'application de la pension de survie étant les mêmes que ceux de la branche "vieillesse", chaque conjoint survivant d'un assuré décédé bénéficie d'une pension de survie, à condition d'avoir été marié au décédé au moins 1 année (sauf s'il y a un enfant à charge ou si le décès est dû à un accident postérieur à la date du mariage) et d'être âgé de 45 ans

au moins, d'avoir la charge d'un enfant ou d'être invalide et à condition enfin d'avoir cessé toute activité professionnelle, à l'exception du travail autorisé.

Il ou elle reçoit alors 80% de la pension de retraite réelle ou hypothétique de l'assuré, calculée au taux pour mariés. En cas de remariage de la veuve, la pension est maintenue pendant 12 mois. Pour les orphelins (de père ou/et de mère) il n'existe pas de pension, mais bien une allocation familiale spéciale.

Un octroi ou le maintien d'une pension de survie pendant 12 mois est prévu au conjoint qui ne réunit pas ou plus les conditions d'octroi d'une pension de survie (illimitée), p.ex. par ce qu'elle est âgée de moins de 45 ans, est valide et n'a pas d'enfants.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Les textes fondamentaux en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles sont, respectivement, la loi du 10 avril 1971 et les lois coordonnées par l'arrêté royal du 3 juin 1970, tels que modifiées plus tard. Il y a accident du travail en cas d'un accident survenu dans le cours et par le fait de l'exécution du contrat de louage de travail et qui produit une lésion (y inclus les accidents du trajet); pour les maladies professionnelles, il existe une liste (arrêtés royaux du 28 mars 1969, 28 mai 1969, 10 juillet 1973 et 26 juin 1979), mais il est nécessaire que la victime ait été exposé au risque (présumé si l'intéressé a travaillé dans une entreprise citée sur une liste fixée par arrêté royal) et qu'elle respecte les délais éventuels de déclaration.

Concernant les accidents du travail, ce sont les travailleurs assujettis à la sécurité sociale et apprentis et les personnes auxquelles le Roi a étendu le bénéfice de la loi, qui bénéficient de la protection, alors que pour les maladies professionnelles, ce sont les mêmes (sauf les personnes auxquelles le Roi a étendu le bénéfice de la loi sur les accidents du travail), les stagiaires, même non rémunérés, les élèves et étudiants exposés au risque du fait de leur instruction.

En cas d'incapacité temporaire, la victime a droit à la protection illimitée suivante. Elle a un libre choix de médecin et d'établissement (remboursement des frais dans les limites d'un barème officiel, et une nomenclature spécifique pour les maladies professionnelles) sauf si l'entreprise dispose d'un service médical complet et reconnu (gratuité des soins). Les prestations en espèces jusqu'à la guérison ou la consolidation se font sur base de la rémunération annuelle effective de l'année précédant l'accident du travail ou le début de l'incapacité, avec un maximum de BFR 731 370 et un minimum (pour les mineurs d'âge et apprentis) de BFR 146 274 (au moins 15 jours d'incapacité sont exigés comme délai de carence pour les maladies professionnelles). Une incapacité totale donne droit à 90% de la rémunération quotidienne moyenne, c.à.d. 1/365e du salaire de base par jour de calendrier, et une incapacité partielle à une indemnité égale à la

différence entre le salaire avant l'accident et le salaire pour travail partiel.

En cas d'incapacité permanente, une autre protection est prévue. D'abord, le taux d'incapacité doit être fixé: un accord entre l'organisme assureur intéressé et la victime, avec homologation par le juge (pour les accidents du travail) ou une notification administrative (pour les maladies professionnelles) est nécessaire. Un recours près du tribunal du travail est prévu, ainsi qu'une révision, respectivement, pendant trois ans à dater de l'accord (ou du jugement définitif) ou à tout moment. La rente est calculée à base de la rémunération de l'année précédant la cessation de travail (rente maximum: BFR 731 370, aussi pour les mineurs). Le montant est calculé en multipliant la rente avec le taux d'incapacité (à partir du 1.4.1984: de 0% à 5% d'incapacité, une allocation diminuée de 50%; de 5% à 10%, une allocation diminuée de 25%). Des majorations sont possibles, e.a. pour l'assistance d'une tierce personne (allocation annuelle augmentée jusqu'à 150% maximum, sauf durant l'hospitalisation) et pour personnes à charge (cfr. la branche "prestations familiales"). Un rachat est également possible (seulement pour les accidents du travail) sur demande de l'intéressé, pour 1/3 ou plus de la rente et seulement pour les rentes d'incapacité de 10% au moins. Pour les accidents mortels après le 1.4.84 le rachat est uniquement possible pour le conjoint. Enfin, un cumul intégral est possible avec un nouveau salaire, mais des limitations sont imposées pour le cumul avec d'autres pensions.

Lorsque la victime du risque professionnel meurt, son conjoint a droit à une pension (en cas de remariage, la pension est cependant remplacée par plusieurs annuités de la pension) d'un montant égal à la rente du décédé multiplié par 30%, chaque orphelin de père ou de mère (jusqu'à 18 ans) reçoit la rente x 15% (avec au total maximum x 45%), chaque orphelin de père et de mère la rente x 20% (60% au maximum) et chaque père et mère à charge la rente x 20% ou la rente x 15%, s'il existe encore un conjoint sans enfant. En outre, sous des conditions particulières, les petits-enfants, frères, soeurs et grands-parents du défunt bénéficient aussi d'une pension. Cependant, le montant maximum pour l'ensemble des ayants droit s'élève au total à un montant égal à 75% de la rente. Le capital décès est 30 fois le salaire quotidien moyen.

Des révalorisations sont prévues pour les rentes qui, pour des classes de taux d'invalidité définies, n'atteignent pas un montant déterminé. Cette révalorisation est égale à la différence entre la rente et les montants précités. Ces montants sont fixés par arrêté royal, indexés et réévalués chaque année. Une réévaluation annuelle et indexation est également possible dans d'autres cas. Il existe aussi une possibilité de réaffectation et des mesures d'adaptation sociale et professionnelle.

Le "Fonds National de Réclassement Social des Handicapés" s'occupe de la réadaptation et de la rééducation des travailleurs handicapés, atteints d'une incapacité physique de 30% au moins (en cas

d'incapacité mentale: 20%). Le Fonds peut créer ou participer à la création de centres de rééducation (depuis longtemps prévus en faveur des mutilés de guerre et d'autres groupes de travailleurs handicapés). La réadaptation peut également être prise en charge par le Fonds des Maladies Professionnelles.

Les entreprises employant plus de 20 personnes sont obligées d'embaucher un certain nombre de handicapés enregistrés auprès du Fonds. Pendant la période de réadaptation, des allocations et des compléments de rémunération leur sont payés par le Fonds.

En cas de risque de maladie professionnelle, un changement d'emploi peut s'opérer sur avis du médecin du travail et avec l'accord du travailleur (qui peut se faire assister par un médecin de son choix). Alors, des indemnités d'incapacité temporaire ou permanente sont prévues, respectivement, pendant cette période ou pendant 90 jours, quand il y a une cessation de travail. L'intéressé peut également bénéficier d'une réadaptation professionnelle pendant laquelle il reçoit un salaire et une indemnité dont le total est égal à l'indemnité d'incapacité permanente totale.

Allocations familiales

La branche "prestations familiales" est réglée par des lois coordonnées par l'arrêté royal du 19 décembre 1939. Ouvrent droit aux allocations familiales: les enfants, ainsi que les frères, soeurs, neveux et nièces, tant qu'ils soient à charge. L'âge limite, normalement 16 ans, est augmenté jusqu'à 21 ans en cas de formation professionnelle, à 25 ans en cas d'études ou jeunes gens au foyer; des allocations familiales de durée illimitée sont prévues pour certains infirmes graves.

Les montants mensuels s'élèvent à BFR 2 051 pour le premier enfant, à BFR 3 795 pour le 2e, à BFR 5 301 pour le 3e, à BFR 5.406 pour le 4e et à BFR 5 446 pour le 5e et les suivants. Il existe aussi une supplémentation en fonction de l'âge: pour le premier enfant BFR 384 (6 à 12 ans), BFR 677 (12 à 16 ans) et BFR 1 095 (plus de 16 ans); pour les autres enfants, dans le même ordre, BFR 448, 790 et 1 278.

En outre, une allocation de BFR 26 705 à la première naissance, de BFR 18 418 à la seconde et de BFR 9 908 aux suivantes peut être obtenue anticipativement, 2 mois avant la date probable de naissance.

On bénéficie aussi d'une allocation supplémentaire de BFR 8 868 par mois par enfant handicapé âgé de moins de 25 ans, alors que les handicapés adultes bénéficient éventuellement d'allocations spéciales.

Enfin, quelques cas spéciaux sont définis. Les chômeurs et les titulaires d'une pension ont droit à un taux plus élevé pour le premier enfant (BFR 2 440) et le 2e enfant (BFR 3 871), à partir du 7e mois, à condition que la pension ou l'indemnité de chômage

constitue le principal revenu du ménage. De même, les titulaires d'une pension sont favorisés, en cas d'enfants invalides: pour eux vaut un taux plus élevé pour le 1er et le 2e enfant (BFR 4 048 par enfant). Les allocations d'orphelins s'élèvent pour chaque enfant à BFR 7 572.

Chômage

L'assurance-chômage, organisée par l'arrêté du 20 décembre 1963 (modifié), est applicable à tous les travailleurs assujettis à la sécurité sociale, ainsi qu'à tous les jeunes qui, à la fin de leur formation, se trouvent sans emploi.

En cas de chômage total (être sans travail et sans rémunération, alors qu'apte au travail et inscrit comme demandeur d'emploi), les hommes (âge de moins de 65 ans) et les femmes (âge max. de 60 ans) peuvent bénéficier des indemnités après un stage, variable selon l'âge de l'assuré, d'entre 75 jours de travail au cours des 10 derniers mois et 600 jours de travail au cours des 36 derniers mois.

L'attribution de l'indemnité est calculée par jour ouvrable ou férié non payé et pour une durée illimitée (sauf pour certains cas où le chômage se prolonge ou se renouvelle anormalement ainsi que pour handicapés occupés en atelier protégé et travailleurs à temps réduit volontaire). Le montant est calculé sur base du salaire moyen journalier (avec un plafond de BFR 1 694,55 par jour). Le chômeur complet touche alors:

- 60% du salaire de référence pendant la première année
 - 60% (chefs de ménage) ou 40% (non-chefs de ménage) pendant la 2e année, avec un maximum de BFR 1 017 par jour et un minimum variable de BFR 846 (chefs de ménage), BFR 595 (autres), BFR 417 (jeunes de 18 à 20 ans) ou BFR 264 (jeunes de moins de 18 ans). La période de 2 ans est augmentée en fonction du passé professionnel à raison de 78 jours par 312 jours de travail.
 - à partir de la 3e année: 60% du salaire de réf. (chef de ménage), BFR 404 par jour (cohabitants) - éventuellement BFR 484 s'ils font partie d'un ménage ne disposant que de revenus de remplacement - ou BFR 605 par jour (isolés).
- (Ces chiffres sont basés sur la semaine de 6 jours!)

Il existe également des régimes spéciaux de prépension ou de prépension de retraite pour les chômeurs âgés. En principe les intéressés devront avoir atteint l'âge de 55 ans, avoir droit aux allocations de chômage, avoir été licencié et se retirer du marché de l'emploi. Ils bénéficieront alors d'une indemnité complémentaire (de chômage) égale à la moitié de la différence entre la rémunération nette plafonnée et l'allocation de chômage.

En cas de chômage partiel (journées ou demi-journées au cours desquelles l'exécution du contrat est suspendue), les mêmes conditions et indemnisations qu'en cas de chômage total sont appliquées.

Ceux qui bénéficient déjà d'une pension anticipée complète, ne reçoivent pas d'allocation de chômage, mais en cas de bénéfice d'une pension anticipée incomplète, l'allocation n'est réduite qu'à concurrence du montant du cumul dépassant 140% du montant de l'allocation de chômage.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE EN BELGIQUE.

Limitation de la protection de la sécurité sociale

Depuis la crise économique les gouvernements belges ont de plus en plus fait appel à la sécurité sociale comme moyen au service de la politique économique. La sécurité sociale apparaît en effet comme un gigantesque flux de moyens financiers, ayant des incidences directes et très fortes sur l'économie du pays, et dont l'intensité et la direction peut être directement influencé ou dirigé par les pouvoirs publics. Un grand nombre des mesures prises dans la période récente ne s'expliquent que par des objectifs de politique économique, sans rapport avec les objectifs propres de la sécurité sociale.

D'un autre côté il faut mentionner l'influence de l'école sélectiviste, représentée en Belgique notamment par le professeur H. Deleeck, qui a partir de 1966 a attiré l'attention sur les effets inversement redistributifs de la sécurité sociale (diminués depuis par des mesures inspirées par ces données), et qui depuis les années 1970 insiste sur la nécessité d'orienter les ressources de la sécurité sociale vers ceux qui en ont le plus besoin. Ce dernier point de vue est, bien entendu, d'une grande actualité en période de crise des finances publiques, lorsque toute extension de la protection sociale semble exclue, bien que de pressants besoins se font toujours - et de plus en plus - sentir. Au lieu d'un développement linéaire de tout le système, comme dans le passé, il faudra opter pour un réaménagement, qui réduit des avantages profitant aux mieux nantis, pour améliorer la protection des plus déshérités.

La même crise économique qui a causé la crise financière du gouvernement et les difficultés de financement de la sécurité sociale a également eu comme effet de rendre plus visible et plus grave le problème de la pauvreté résiduelle dans nos sociétés. Le chômage a réduit le revenu de bon nombre de familles. Les mesures d'austérité du gouvernement ont encore touché leurs revenus de remplacement. Il y a tout un phénomène de pauvreté nouvelle qui réclame l'attention des pouvoirs publics, et qui appelle une politique sélective de sécurité sociale.

C'est en fait la politique que les gouvernements Martens successifs ont mené. Par des mesures timides d'abord, plus hardies ensuite, ils ont érosé les sommets - et parfois aussi le sol - de l'édifice de la sécurité sociale, mais ils n'ont pas touché à la protection sociale des couches les plus faibles de la popula-

tion. Au contraire : les prestations de garantie minimale ont été sérieusement augmentées.

Parlons d'abord de la limitation des prestations de sécurité sociale. Celle-ci a commencé vraiment en 1981, déjà quelques années après le début de la crise, quand l'espoir d'un renversement rapide de la situation économique commençait à se dissiper définitivement.

En 1982 un prélèvement "temporaire" est opéré sur les allocations familiales, d'un montant de 500 FB par famille. En sont exemptés les bénéficiaires à bas revenus, les chômeurs, invalides et pensionnés et les familles avec des enfants handicapés. Ce prélèvement sera plus tard réduit à 375 FB, mais il prendra sa place dans la réglementation ordinaire, perdant ainsi son caractère temporaire.

Plus tard les enfants étrangers de la famille seront rayés des rangs des bénéficiaires, saufs s'ils sont 'placés' par une autorité publique ou par une organisation reconnue. Les majorations d'âge seront déplacés vers des âges supérieurs. Les suppléments dits "de 13e et 14e mois" seront abolis pour le premier enfant. Et les majorations d'allocations pour enfants de pensionnés, d'invalides et de chômeurs ne seront plus attribuées qu'à ces bénéficiaires qui ont la qualité de chef de ménage.

A partir de la même époque s'est dessiné un mouvement vers une limitation assez sévère en matière de soins de santé, un secteur qui a toujours été suspecté de gaspillage et de "surconsommation". Le 'ticket modérateur' est sérieusement augmenté, surtout dans le secteur - pourtant relativement bon marché - de la kinésithérapie, où jusqu'à 50% du coût peut être laissé au bénéficiaire (en fait on s'est limité à un ticket modérateur de 40%, avec des réductions pour les personnes âgées et invalides et pour les soins postopératoires). L'augmentation était très sensible aussi dans les médicaments, classés dorénavant en quatre catégories, dont seule la première (pas très nombreuse) donne droit au remboursement intégral, la deuxième et la troisième a un remboursement de 75% et 50% respectivement (avec quelques exceptions), et la quatrième (contenant notamment les anticonceptifs) à aucune prise en charge.

Le principe de la gratuité des soins en milieu hospitalier en salle commune a été abandonné. Un ticket modérateur hospitalier a été introduit en plusieurs étapes. Il est censé couvrir les frais des repas à l'hôpital, qui normalement viendraient toujours à la charge du bénéficiaire ou de sa famille.

Une autre nouveauté, non moins inquiétante, est l'inscription dans la loi du principe d'une limitation de la durée de l'hospitalisation, jusque là dépendante uniquement des indications médicales. Le gouvernement veut forcer les patients hospitalisés depuis longtemps à quitter les hôpitaux très coûteux, pour trouver une

place dans une institution de soins moins équipée. Tout un programme de création de maisons de repos et de soins a été mis sur pied, avec obligation parallèle pour les hôpitaux de réduire leur nombre de lits. Dans la même lignée se situe la réglementation controversée sur l'équipement médical lourd, qui interdit d'installer des tomographes et autres équipements coûteux sans l'autorisation du ministre.

Un autre principe important de la loi de base de 1963 était la gratuité des soins pour les veuves, invalides, pensionnés et orphelins (appelés les V.I.P.O.). Ce principe a également succombé au besoin d'économies du gouvernement. Les groupes "privilegiés" paient maintenant des tickets modérateurs pour toutes sortes de prestations, comme les autres assurés, mais à un tarif moins élevé.

Ce sont ces différentes économies dans le secteur des soins de santé qui ont surtout éveillé l'intérêt des compagnies d'assurances privées. On voit de plus en plus de publicité pour des assurances complémentaires, surtout en ce qui concerne le coût d'une chambre privée à l'hôpital. Bon nombre d'employeurs sont tentés d'offrir cette protection complémentaire en tant que "fringe benefit" ou 'avantage extra-légal' à leurs salariés, surtout les cadres supérieurs.

Le plus durement touchées ont été les prestations de chômage. Les chômeurs ne jouissent pas de la sympathie du public. Il y a une tendance à les rendre responsables de leur propre situation, en les accusant de manque de volonté de travail ou de s'"installer dans le chômage". Le résultat a été que les prestations de chômage, en 1971 encore relevées presque au niveau de l'assurance incapacité de travail, sont maintenant fortement limitées, et se trouvent, dans pas mal de cas, à mi-chemin entre la sécurité sociale et l'assistance.

Une première mesure dans ce domaine concernait les chômeurs de longue durée. Après une période de deux ans (prolongée en proportion avec la carrière professionnelle antécédente) ils perdaient, s'ils n'avaient pas la qualité de 'chef de famille', le droit à une allocation proportionnelle au salaire perdu, pour ne percevoir qu'une prestation forfaitaire proche du minimum d'existence (mais sans examen des ressources); cette prestation est différente pour les chômeurs vivant seuls et pour les 'cohabitants' - catégorie empruntée à la loi sur le minimum d'existence ("minimex"). Ensuite les prestations pour les cohabitants se trouvaient réduites de 6% dès le début du chômage. Puis c'était aux jeunes chercheurs d'emploi de voir leurs allocations amputées : pour les non-chef de ménage elles étaient très fortement réduites, jusqu'à tenir le milieu entre une allocation familiale et une prestation de chômage. Venait s'ajouter à cela une rédéfinition du concept de "chef de ménage" en 'assuré ayant des personnes à charge', ce qui veut dire que des membres de la famille ayant des revenus propres (au-dessus d'un certain montant) entraînent la disqualification de

l'assuré pour ce traitement privilégié. Ainsi la plupart des familles n'ont plus de 'chef de ménage'.

Tout récemment une nouvelle mesure de restriction des allocations de chômage est venue s'ajouter aux précédents : désormais la prestation de base n'est plus que de 35% du salaire (plafonné) perdu, augmenté dans certaines conditions pour les assurés ayant des personnes à charge et pour ceux qui ne disposent pas d'autres revenus. Après 18 mois de chômage ces allocations peuvent déjà être remplacées par une allocation forfaitaire, proche du minimum d'existence.

Ces mesures d'économie ne peuvent pas être considérées vraiment comme des pas vers la privatisation. Elles n'ont pas attiré l'attention des compagnies d'assurances privées, qui considèrent le chômage comme un risque difficilement assurable. Il n'y a qu'un seul aspect de cette matière que s'est refété en un accroissement d'activité sur le marché de l'assurance : c'est une assurance contre la perte de l'emploi dans le cadre des prêts hypothécaires. Il était, en effet, apparu qu'un certain nombre de chômeurs perdaient tellement de revenus qu'ils n'étaient plus capables de maintenir les paiements réguliers dans le cadre du financement de leur maison. A l'assurance-vie qui accompagnait normalement ces prêts est venue s'ajouter l'assurance-emploi.

Le secteur des accidents du travail - lui-même privatisé, puisque géré par des compagnies d'assurance et des caisses privées - n'a pas été épargné. Les rentes des petites incapacités ont été amputées d'un quart en dessous de 10% et de la moitié en dessous de 5%. Le paiement en capital est interdit pour les petites incapacités. Les paiements en capital seront redevables de cotisations sociales (tout comme les rentes). Le cumul d'une rente et d'une pension est limitée. Et les rentes de survie pour les ascendants sont limitées dans le temps jusqu'au moment où la victime aurait eu 25 ans (sauf s'il était le principal gagne-pain du ménage).

Dans le secteur des pensions il n'y a que peu de mesures restrictives. En fait pendant la période de crise les pensions ont été sensiblement améliorées sous plusieurs aspects. Dans le secteur public les pensions de survie sont amenées à égalité avec celles des travailleurs du secteur privé. Dans les pensions de survie en général on signale l'introduction des pensions de veuf. Pour les indépendants la pension forfaitaire très basse est remplacée par une pension proportionnelle aux gains. Mais il y a aussi des mesures en sens contraire, comme l'introduction du principe de l'unité de carrière, qui fait qu'une même année ne peut pas être prise en compte pour le calcul de deux pensions, et l'introduction d'un plafond de salaire pour le calcul des pensions des travailleurs manuels, pour qui la pension était toujours calculée sur le salaire complet.

Mais la mesure d'économie de loin la plus importante est d'une nature plus générale. Elle concerne l'adaptation des prestations

sociales à l'indice des prix. Dans les années 1984, 1985 et 1986 une adaptation pour toutes les prestations sociales est "sautee", ce qui entraîne un effet cumulatif d'économie de 2% d'abord, 4% ensuite et finalement 6%. Ce dernier chiffre se fait encore attendre. L'inflation en Belgique est tellement ralentie en 1986 que le "saut" de l'adaptation à l'index doit être remis à 1987.

Encouragement de la protection privée

Les assurances complémentaires ne sont pas aussi développées en Belgique que dans bon nombre d'autres pays européens. La raison en est le niveau relativement élevé de la protection de la sécurité sociale, sauf en des secteurs qui se prêtent peu à une assurance privée, comme le chômage.

Traditionnellement les pouvoirs publics reconnaissent et encouragent l'assurance libre mutualiste, organisée par les sociétés de secours mutuels ou "mutuelles", dont les confédérations nationales gèrent l'assurance maladie - invalidité officielle. Depuis le début du siècle cette assurance reçoit des subsides, qui sont maintenus jusqu'à maintenant, mais qui sont assez strictement limités par des mesures récentes. Le montant des subsides a été lié aux possibilités budgétaires, et le nombre de postes subsidiés est très réduit. En ce moment il n'en reste que deux : l'assurance soins de santé complémentaire (surtout pour les indépendants qui ne sont protégés que pour les grands risques), et un secteur traditionnel : l'épargne prénuptiale.

En fait les assurances complémentaires subsidiées des mutuelles ne correspondaient plus, depuis longtemps, aux besoins de notre temps. Les mutuelles se sont engagées depuis quelques décennies dans des voies différentes, d'abord avec des services de soins à domicile et des services sociaux, ensuite avec de vraies assurances complémentaires comme en offrent les compagnies d'assurance : assurance de garantie de revenus en cas d'hospitalisation ou d'incapacité de travail, et récemment aussi une assurance de voyage.

Une forme de protection complémentaire bien connue est celle des "fonds de sécurité d'existence", créés dans certains secteurs par convention collective, notamment dans l'industrie de la construction, les ports, l'industrie du diamant, etc. Ils fournissent des prestations complémentaires à la plupart des prestations de la sécurité sociale, particulièrement les allocations de chômage et d'incapacité de travail, les pensions de retraite et de survie, mais aussi les soins de santé et les allocations familiales. Ils sont gérés paritairement par les employeurs et les travailleurs, ou par les représentants des travailleurs, et leurs cotisations sont souvent recueillies par l'organisme de recouvrement de la sécurité sociale publique, l'O.N.S.S. Il s'agit d'une véritable sécurité sociale parallèle qui dans certains secteurs revêt une importance considérable.

Les formes "modernes" des assurances complémentaires, caisses de pensions d'entreprises et assurances de groupe existent, mais ne connaissent pas le même succès que dans d'autres pays. Elles jouissent pourtant du soutien des pouvoirs publics, tant par une réglementation portant certaines garanties de solvabilité et de fiabilité, que par des avantages fiscaux intéressants.

Une tentative a été entreprise pour stimuler activement les pensions complémentaires dans le cas des travailleurs indépendants, dont le régime de pension officiel est notoirement insuffisant. L'arrêté royal n° 1 du 26 mars 1981 a instauré la possibilité pour les indépendants de verser par l'intermédiaire de leurs caisses d'assurances sociales des cotisations complémentaires volontaires, à choisir entre 1% et 7% du revenu imposable plafonné; ces versements serviraient à fonder une assurance-vie chez une compagnie privée à des conditions avantageuses, et avec déductibilité complète en matière fiscale. Le succès de cette formule a été bien modeste.

La vraie incitation à créer des pensions privées, tant individuelles que collectives, est venue, apparemment, de la publication des prévisions budgétaires peu souriantes de l'Office des Pensions pour Travailleurs Salariés. Le déficit projeté de cette institution, joint aux prévisions concernant les charges de pensions pour les pouvoirs publics, ont fait naître dans le pays un sentiment d'insécurité quant aux pensions de sécurité sociale, qui ne semblent pas "tenables" à long ou même à moyen terme. Le sénateur Cooreman, auteur d'une proposition de loi dont nous devons reparler, a bien résumé ces sentiments dans les développements pour cette proposition de loi en parlant en premier lieu des problèmes des pensions publiques, avant de développer ses arguments en matière économique et financière (Sénat de Belgique, Session 1982-83, 26 avril 1983, doc. 484, n° 1).

Dans la déclaration gouvernementale du gouvernement Martens VI il était dit que le gouvernement prendrait des mesures pour encourager la formation de pensions privées. Une proposition de loi a été déposée par le sénateur Cooreman et cs., inspirée sur les Individual Retirement Accounts ou IRA américains et les Additional Voluntary Contributions au Royaume Uni, qui prévoit une possibilité de retraites complémentaires collectives, constituées par l'intermédiaire d'organismes agréés sectoriels ou d'entreprise ou de retraites complémentaires individuelles chez des fonds d'épargne-retraite. On pourrait verser des sommes déterminées selon le nombre de personnes à charge dans ces fonds, avec exemption fiscale complète pour les versements et pour le rendement des investissements, l'impôt n'intervenant qu'au moment du versement des prestations de retraite. Une contre-proposition serait élaborée par le ministre des affaires économiques. Aucune proposition n'a abouti jusqu'à maintenant.

Un plan de privatisation concret du gouvernement se situe dans un domaine assez inattendu : les maladies professionnelles. Ce secteur est géré par un organisme public, à côté des compagnies et

caisses mutuelles privées qui s'occupent des accidents du travail. Depuis longtemps on réclame l'unification de ce secteur et son intégration dans la sécurité sociale. Le gouvernement a entrepris d'unifier le secteur dans l'autre sens, en écartant les maladies professionnelles davantage de la sécurité sociale et les intégrant dans le secteur du risque professionnel à responsabilité patronale. On n'aperçoit guère d'autre motif pour cette initiative qu'idéologique : la croyance dans l'efficacité du secteur privé. Mais il semble que cette efficacité a bien du mal à se montrer dans ce secteur, où les difficultés techniques sont grandes et où les risques sont fortement prévisibles.

Le débat

En matière de privatisation en Belgique on ne trouve que très peu de mesures pratiques. Les positions des partis politiques sont très classiques.

Le parti socialiste est le grand défenseur de la sécurité sociale classique contre les attaques du patronat et des (néo)libéraux, et contre le gouvernement qui ne veut pas respecter ses engagements en la matière. Le parti social chrétien désire maintenir et développer l'institution de la sécurité sociale, mais en la réorientant vers les besoins les plus pressants, et en y accentuant davantage l'élément familial. Les libéraux, de leur côté, sont les champions de la privatisation. Ils veulent proposer un revenu garanti pour tous dans des conditions très sélectives, une assurance sociale classique comme deuxième pilier de la protection sociale (mais avec des pensions basées sur un système de capitalisation), et par-dessus tout le troisième pilier de la protection privée.

Une étude publiée par le professeur E. Van Broekhoven de l'université d'Anvers ("Pensioen en Spaarstrategie", Antwerpen, 1983) a eu un grand retentissement, et a servi de base aux calculs des propositions de la pension individuelle d'épargne. Les milieux patronaux se rangent fortement de ce côté, et sont clairement disposés à jouer leur rôle dans la création de fonds d'épargne-retraite. Mais les grands syndicats restent de fidèles défenseurs de "leur" sécurité sociale, qu'ils ne laisseront pas mettre en danger, même si leurs membres se laissent tenter par les rêves dorés des pensions capitalisées.

Chapitre VI²

GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG

I. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

La constitution se borne à déclarer en son article 11, §5: "La loi organise la sécurité sociale, la protection de la santé et le repos des travailleurs et garantit les libertés syndicales".

Administration et financement

La sécurité sociale ressort principalement de la compétence du Ministère de la Sécurité Sociale et de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale. Pour les allocations familiales, c'est le Ministère de la famille, du Logement Social et de la Solidarité Sociale qui est compétent.

En cas de maladie ou de maternité, l'organisation de l'assurance sociale a été confiée à la Caisse de Maladie des Employés Privés, à la Caisse nationale d'Assurance Maladie des Ouvriers et aux Caisses d'Entreprises. Les prestations en cas de chômage sont administrées par l'Administration de l'Emploi, les Agences locales de cette administration et les secrétariats communaux. La compétence administrative en toutes les autres matières a été confiée à l'Office des Assurances Sociales, regroupant l'Association d'assurance contre les accidents (employés+ouvriers), l'Etablissement d'Assurance contre la Vieillesse et l'Invalidité (ouvriers) et la Caisse de pension des employés privés (invalidité, vieillesse et décès des employés). L'Etablissement et la Caisse sont également chargés de gérer la Caisse d'Allocations Familiales, qui à son tour, verse les allocations de naissance qui relèvent de la compétence du 'Fonds des Allocations de Naissance'.

Les travailleurs paient 2,35% + 1,80% de leur salaire pour les prestations en nature et en espèces des branches maladie et maternité (sur un salaire plafonné à 1 507 440 LFR). Les employeurs cotisent pour ces branches les mêmes pourcentages. Pour les branches 'invalidité', 'vieillesse' et 'survivants', travailleur et employeur paient chacun 8% du salaire, plafonné à 1205 952 LFR. En matière d'accidents du travail et maladies professionnelles, il existe une tarification collective suivant un barème de risques, ainsi qu'une cotisation fixée par l'Association d'Assurance et calculée sur la base de la masse des salaires bruts, compte tenu

d'un minimum correspondant au salaire minimum d'un ouvrier adulte et d'un maximum de 1205 952 LFR par an. Pour la branche 'prestations familiales' les employeurs paient 2,5% du salaire, avec un plafond de 1205 952 LFR.

L'assurance chômage puise d'un Fonds de Chômage, notamment alimenté par les impôts de solidarité à charge des personnes physiques et des collectivités ainsi que par une contribution des communes.

L'état prend en charge 50% des frais d'administration et du personnel de l'organisation de la sécurité sociale, sauf pour ce qui est des frais des caisses d'entreprise; le Fonds National de Solidarité intervient financièrement en faveur des pensionnés. L'état et les communes paient la totalité des charges correspondant à la part fixe des pensions; 1/3 des dépenses d'adaptation et d'ajustement des rentes, ainsi que 50% des frais d'administration viennent pour le compte de l'état. L'adaptation des pensions à l'indice du coût de la vie donne lieu à la capitalisation, mais non à l'ajustement des pensions au niveau des salaires.

L'état prend en charge la différence entre le montant global des allocations familiales et celui des cotisations; il paie également les allocations de naissance, les frais d'administration et les allocations aux enfants handicapés.

Les prestations à long terme sont financé par la capitalisation des rentes allouées pendant un exercice. L'adaptation des rentes au coût de la vie et leur ajustement au niveau des salaires se fait par répartition annuelle.

Soins de santé

Les soins de santé se trouvent régis par les livres I et IV du Code des Assurances Sociales, consécutifs à la loi de 1974. Tous les travailleurs exerçant une activité rémunérée, les pensionnés, les chômeurs, les personnes ne recevant que l'entretien comme rémunération, ainsi que les membres de famille qui font partie du ménage de l'assuré et qui sont à sa charge, peuvent bénéficier des prestations en cette matière.

Les bénéficiaires d'une pension cotisent obligatoirement 4,7% de leur pension, la moitié étant à charge de l'organisme débiteur.

Il n'est pas exigé de stage de travail ou d'immatriculation préalable. L'assuré bénéficie des soins dès le début de la maladie et ce pour une durée illimitée.

Il est possible de s'adresser à tout médecin agréé par l'état; les honoraires des médecins sont fixés suivant des conventions collectives ou par voie d'arbitrage par la Commission de conciliation et d'arbitrage, après homologation ministérielle. Les tarifs sont adaptés à l'évolution de la masse salariale cotisable. Le choix de médecin est libre; un traitement à l'étranger est même possib-

le, après consentement de la caisse. Les honoraires payés sont remboursés à l'assuré par les Caisses. Il existe également des conventions passées avec les hôpitaux. Le choix d'hôpital est libre; avec autorisation de la caisse, il est même possible de s'hospitaliser à l'étranger.

L'assuré participe aux frais médicaux en payant 20% du tarif de la visite ordinaire pour la première visite médicale prestée par période de 28 jours, et 5% du tarif pour les autres visites et consultations. La participation aux frais d'entretien à l'hôpital s'élève à 160 LFR par jour.

Les frais pour soins dentaires, soins conservateurs, extractions et orthodontie, sont remboursés suivant des conventions collectives. Cependant, la contribution aux frais pour prothèses dentaires ne peut dépasser les 20%. Une participation aux consultations de 5% du tarif est prévue.

Les produits pharmaceutiques sont divisés en trois catégories: les médicaments et produits non remboursables, les médicaments à remboursement normal de 80% (en cas d'hospitalisation 100%) et les médicaments à remboursement préférentiel de 100%. Après autorisation préalable de la caisse, il y a prise en charge du montant conventionnellement fixé des tarifs pour acoustique, prothèses et optique.

Assurance maladie et maternité

Les mêmes livres du Code des assurances sociales organisent les indemnités pécuniaires en cas de maladie. Tous les travailleurs exerçant une activité rémunérée bénéficient des prestations pécuniaires en cas d'incapacité de travail et ce sans aucun délai de carence. Ces prestations, payées pendant 52 semaines au plus, sont égales au salaire brut que l'assuré aurait gagné en cas de continuation du travail. Il existe également une indemnité funéraire de 28 139 LFR (pour enfants âgés de moins de 6 ans, 50% de ce montant; pour enfants morts-nés, 20%).

Les femmes assurées elles-mêmes, ainsi que les épouses des assurés, peuvent faire appel aux prestations en nature en cas de maternité. Il s'agit des mêmes prestations qu'en cas de maladie et, en outre, de l'approvisionnement d'une sage-femme et d'assistance médicale; le séjour en maternité, les fournitures pharmaceutiques et les produits diététiques pour nourrissons sont également couverts, éventuellement moyennant un forfait.

Il existe aussi une indemnité de maternité pour les femmes assurées qui ont été affiliées pendant au moins 6 mois au cours de l'année précédant l'accouchement.

L'indemnité est uniquement payée en cas de suppression du salaire et est due pendant 16 semaines, dont 8 avant l'accouchement. Le montant en est le même que celui de l'indemnité pécuniaire de maladie. En outre, une allocation de maternité est prévue pour

toutes les femmes domiciliées au Luxembourg, y résidant pendant au moins 1 an et n'ayant pas droit à l'indemnité de maternité. Son montant est de 3216 LFR par semaine. Pour l'allocation de naissance, voir ci-dessous.

Invalidité

Conformément au livre III du Code des assurances sociales, est considéré comme invalide, l'ouvrier qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne peut plus gagner le tiers du gain normal d'un travailleur de même catégorie et formation, de la même région et pour qui ne peut être trouvé un emploi approprié à ses forces et aptitudes répondant dans une mesure convenable à sa formation. D'autre part la loi du 29 août 1951 (telle que modifiée) considère comme invalide, l'employé qui, par suite de maladie ou d'infirmité, n'est plus capable d'exercer la profession qu'il a exercée en dernier lieu ou une autre occupation correspondant à ses capacités, et dans une mesure raisonnable, à sa formation.

Toutes les personnes salariées ou assimilées, assurées pendant au moins 270 jours (ouvriers) ou 12 mois (employés) bénéficient du système. Les ouvriers doivent avoir une incapacité de 66,66%, alors que pour les employés aucun taux n'est prévu; ils est seulement requis que l'employé soit incapable d'exercer de façon permanente sa profession. La prise en charge commence immédiatement en cas d'incapacité permanente et dès le 7ème mois en cas d'incapacité provisoire. A 65 ans il y a reconduction en tant que pension de vieillesse.

La pension d'invalidité est composée d'une part fixe et d'une majoration. La part fixe, à savoir 60 297 LFR par an, est payée sous condition de 180 mois de résidence au moins; sinon, il existe un octroi d'une part fixe partielle. Cette condition de résidence ne vaut pas en cas d'accident professionnel, ayant entraîné l'invalidité. La majoration est de 12 864 LFR par an et par enfant.

Les pensions sont en principe adaptées automatiquement à l'indice des prix; elles sont également ajustées au niveau des salaires. Il est aussi prévu en l'adaptation des pensions au salaire social minimum.

En cas de concours avec une pension d'accident du travail, la pension d'invalidité est parfois réduite.

En matière de prévention, l'assurance peut faire intervenir un traitement curatif pour rétablir la capacité de travail d'un pensionné ou conjurer l'incapacité imminente d'un assuré; pendant la durée d'un tel traitement, la pension peut être suspendue totalement ou partiellement.

Pensions de retraite et de survie

La législation en matière d'assurance vieillesse est la même que celle citée ci-dessus. Après 1350 jours d'assurance pour les

ouvriers, et 60 mois d'assurance pour les employés, toutes les personnes salariées ou assimilées (hommes et femmes) peuvent se retirer à l'âge de 65 ans. Une allocation est cependant octroyée aux assurés qui à l'âge de 65 ne remplissent pas les conditions prescrites, mais ont cotisé pendant 1080 jours, soit 4 ans d'assurance.

La pension de vieillesse se compose de la même manière que la pension d'invalidité. Le minimum s'élève à 125 016 LFR pour 2700 journées d'assurance et à 251 238 LFR pour 35 années d'assurance. Une majoration de 12 864 LFR par an et par enfant est également prévue, ainsi que les deux possibilités de réévaluation. Les ouvriers, hommes et femmes à l'âge de 60 ans, et les employés, hommes à 60 ans et femmes à 55 ans, ont droit à l'anticipation de la pension, à condition de cesser toute activité et de réunir un nombre suffisant d'années d'affiliation (ouvriers: 10 800 journées; employés: 180 mois).

Le cumul avec un salaire est possible, si le montant de la pension est inférieur au taux du salaire social minimum.

Les ouvriers et les employés ouvrent un droit à des prestations sociales en faveur de certains survivants, ce après respectivement 270 jours d'assurance ou 12 mois d'affiliation. Aucun stage n'est néanmoins requis en cas d'accident professionnel ayant entraîné la mort de l'assuré.

La veuve (ou le veuf à charge) devra avoir été mariée avec le défunt pendant au moins 1 année, sauf s'il est issu un enfant de ce mariage ou si le décès a été causé par un accident. Le conjoint survivant reçoit alors la part fixe de la pension + 66,66% de majoration + un supplément de 8 844 LFR par an et par enfant à charge. En cas de décès de l'assuré avant 55 ans, la veuve bénéficie d'un surplus de 66,66 des majorations spéciales, à condition qu'elle ait atteint l'âge de 45 ans ou qu'elle soit atteinte d'incapacité de travail de 50% au moins ou qu'elle ait élevé un enfant. En cas de remariage de la veuve, une suppression de la pension est prévue; elle est remplacée par une indemnité de 60 soit 36 mensualités si ce remariage a lieu avant soit après l'âge de 50 ans (non compris les majorations spéciales).

Les orphelins de père ou de mère reçoivent 1/3 de la part fixe + 20% de la majoration + un supplément de 4422 LFR par an; un surplus de 20% des majorations spéciales est prévue en cas de décès de l'assuré avant 55 ans. Les orphelins de père et de mère ont droit à un montant de 2 fois la pension d'orphelin de père ou de mère.

En outre, les personnes assimilées aux veuves et les enfants assimilés aux orphelins (enfants adoptifs,...) bénéficient du système pour autant que l'ensemble des allocations ne dépasse 100% de la pension de l'assuré.

A côté des pensions précitées, une pension complète d'assuré est payée pendant 3 mois aux survivants qui ont vécu avec lui en ménage commun.

Il existe une indemnité funéraire en cas de décès avant la pension: les ouvriers touchent 1/15ème de leur dernière rémunération annuelle effective (au moins 20 099 LFR), les employés - s'il n'y a pas d'ayants droit à une pension de survivant et si les conditions de stage sont remplies- 50% de la rémunération annuelle cotisable, la plus élevée.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Les risques professionnels sont régis par les livres III et IV du Code des assurances sociales.

L'accident du travail est défini comme un accident survenu par le fait du travail ou à l'occasion du travail, y inclus l'accident du trajet.

Les 35 maladies professionnelles et agents nocifs reconnus sont énumérés dans un arrêté grand-ducal du 26 mai 1965; on y trouve également, le plus souvent en termes généraux, l'indication des entreprises et travaux dangereux.

Il s'agit d'un système mixte.

Ont droit à toutes les prestations spécifiées ci-dessous, les ouvriers, aides, compagnons, apprentis, domestiques, employés de bureau et d'exploitation, les contremaîtres et employés techniques, ainsi que ceux qui font des activités (pré)scolaires ou universitaires.

En cas d'incapacité temporaire, le bénéficiaire a le libre choix du médecin et de l'établissement; l'association d'assurance paie les frais et les honoraires pendant une période illimitée. Il bénéficie en outre des prestations en espèces, jusqu'à la guérison ou la consolidation, avec une rente obligatoire après 13 semaines. Le montant est identique au salaire brut que l'assuré aurait gagné en cas de continuation du travail, calculé sur base du salaire effectif au cours d'une période déterminée (maximum: salaire cotisable plafonné).

En cas d'incapacité permanente, une évaluation est donnée par la Commission paritaire des rentes, sur avis du contrôle médical de la sécurité sociale. Une révision des taux d'incapacité est possible seulement pendant les 3 années suivant la fixation de la rente, à moins d'une aggravation de plus de 10%. Le calcul de la rente se fait sur base de la rémunération effective de l'année précédant la cessation du travail ou, si plus favorable, sur base du gain journalier habituel du dernier emploi, multiplié par le nombre moyen de journées de travail effectuées dans l'entreprise (pour les employés: 12 fois le traitement plafonné au moment de l'accident). Le salaire minimum légal applicable aux personnes du même âge et sexe est majoré de 20% pour un travailleur qualifié (minimum de référence).

Le montant de la pension s'obtient en multipliant le salaire de base (S) avec le taux d'incapacité (t) et 80%. Une majoration à concurrence de $S \times 100\%$ pour l'assistance d'une tierce personne est possible, ainsi qu'une majoration de 10% par enfant à charge si le 't' est d'au moins 50 %; la majoration ne dépasse le maximum de $100\% \times S$.

Il y a possibilité de rachat (sous conditions particulières), si 't' est inférieur à 40%; le rachat s'opère d'office si le 't' est inférieur à 10%. Le cumul avec un nouveau salaire est autorisé, celui avec d'autres pensions, mène vers la réduction de la pension d'invalidité dans certains cas.

En cas de décès, la veuve reçoit 40% de 'S', voir même 50% si elle est touchée d'incapacité de travail pour au moins 50% ; le veuf obtient 50% s'il est invalide. Les orphelins (jusqu'à l'âge de 18 ans ou de 25 ans en cas d'études ou de formation professionnelle/sans limite d'âge si l'orphelin est infirme) ont droit à un montant de $20\% \times 'S'$; pour l'ensemble des ascendants ayant été à charge de la victime, il est prévu une allocation de $30\% \times 'S'$; pour certaines autres personnes à charge, remplissant des conditions déterminées, il s'agit de $20\% \times 'S'$. En tout cas, le maximum pour l'ensemble des ayants droit s'élève à $80\% \times 'S'$, le capital-décès de 1/15ème de la rémunération annuelle non compris.

Un ajustement par voie réglementaire est prévu, au moins tous les 5ans; l'ajustement se réfère à l'évolution du niveau des salaires. Les montants ainsi ajustés sont adaptés à l'indice du coût de la vie. Aucune mensualité ne peut être payée sur une base inférieure aux minima de référence du 1er mois de son échéance.

L'association d'assurances peut prescrire un traitement médical pour améliorer la capacité de travail du bénéficiaire d'une rente. L'Office de placement et de rééducation professionnelle des travailleurs handicapés se prononce sur l'opportunité des mesures à prendre. Il y a aussi certains emplois réservés aux victimes du travail: contre juste et équitable rémunération les intéressés peuvent alors exercer un emploi approprié à leurs facultés.

En cas de risque de maladie professionnelle, d'aggravation ou de rechute, une indemnité peut être accordée au travailleur en vue de faciliter son reclassement. Enfin, une rente transitoire destinée à compenser la perte de gain par changement d'emploi, peut être accordée.

Allocations familiales

Conformément à des législations de 1964 et 1977 (depuis lors modifiées), il est payé des allocations familiales pour tout enfant de moins de 18 ans (cas normal) ou moins de 25 ans (en cas de formation professionnelle ou d'études); en cas d'infirmité grave, il n'y a pas de limite d'âge.

Les montants mensuels sont de 1648 LFR (1er enfant), 2472 (2ème), 5768 (3ème) ou 4977 (enfants suivants); ces montants sont majorés en fonction de l'âge (+ 164 LFR à partir de 6 ans; + 535 LFR à partir de 12 ans).

En outre, une allocation prénatale de 14421 LFR est prévue à condition que la mère justifie avoir fait l'objet des examens médicaux prescrits, et qu'elle ait eu son domicile légal au Grand-Duché pendant l'année précédant la naissance. Une allocation de naissance du même montant est également possible, à condition (secondaire) que la mère se soumette à l'examen prénatal prescrit; en plus, il existe aussi une allocation prénatale à condition que l'enfant ait été soumis aux examens prescrits.

Pour tout enfant âgé de moins de 18 ans et atteint, à 50% au moins, d'une insuffisance ou d'une réduction permanente de la capacité physique ou mentale d'un enfant du même âge, il existe une allocation supplémentaire de 1648 LFR. Cette allocation sera maintenue sans limite d'âge si l'enfant est hors d'état de subvenir à ses besoins.

Les chômeurs et les titulaires de pension ont droit aux allocations familiales, tout comme les autres résidents. En cas de décès d'un attributaire, les allocations sont maintenues et peuvent être cumulées avec les pensions d'orphelin.

Chômage

L'assurance chômage est régie par la loi du 30 juin 1976, telle que modifiée. Elle bénéficie aux travailleurs salariés, aux jeunes se retrouvant sans emploi à l'issue de leur formation professionnelle, et aux indépendants qui ont dû cesser leur activité et qui sont à la recherche d'un emploi salarié.

En cas de chômage total, l'indemnisation est soumise à la condition que les intéressés soient des chômeurs involontaires, aptes au travail et inscrits comme demandeurs d'emploi, ayant travaillé au moins durant 26 semaines au cours de l'année écoulée. Les indemnités ne sont pas payées au-delà de l'âge de 64 ans. Elles sont payées tous les jours, et ce pendant 365 jours calendriers, par période de 24 mois; cette durée d'allocation est prorogée de 182 jours pour les personnes particulièrement difficiles à placer.

Sans que l'indemnité puisse être supérieure à 2,5 fois le salaire social minimum, ou 2 fois ce salaire social minimum si la durée du chômage dépasse les 182 jours calendriers, au cours d'une période de 12 mois, l'indemnité de chômage s'élève à 80% du salaire de référence, étant le salaire brut au cours des 3 mois ayant précédé le chômage. Pour la période d'indemnisation complémentaire le plafond est fixé à 1,5 fois le salaire social minimum. Le montant est réduit à 60% du salaire de référence, si le conjoint non séparé du chômeur ou la personne avec laquelle il vit en

communauté de ménage, dispose d'un revenu dépassant de 2,5 fois le salaire social minimum.

Il existe également une indemnité d'attente en cas de pré-retraite, payée par les employeurs et remboursée en partie par le Fonds de chômage. Le système de pré-retraite vise les travailleurs de la sidérurgie occupés en 1985 et 1986 (extension possible à d'autres travailleurs). Pour bénéficier de cette indemnité, il faut remplir, au cours des deux années consécutives au 1er janvier 1985, les conditions requises pour une pension de vieillesse ou de retraite anticipée et ne pas exercer d'activité professionnelle. Il leur est attribué un pourcentage de leur rémunération brute antérieure, soit: 85% pendant les 12 premiers mois, 80% pendant l'année suivante et 75% au cours de l'année suivant cette dernière. Ces prestations sont soumises aux charges sociales et fiscales, comme un salaire.

En cas de chômage partiel, -il s'agit alors d'une réduction de l'horaire normal ou de l'introduction de plusieurs journées de chômage au cours de la semaine ordinaire du travail-, les travailleurs régulièrement occupés par l'entreprise lors de la survenance du chômage partiel, ont droit à un montant égal à 80% du salaire horaire brut, sans que l'indemnité puisse dépasser 2,5 fois le salaire social minimum horaire. Une première tranche de 8 heures par mois n'est cependant pas indemnisée.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE AU LUXEMBOURG

1. Mesures prises par les autorités publiques

1.1. Limitation de la sécurité sociale

1.1.1. Limitation des prestations

Depuis la crise économique il n'y a eu que des mesures limitatives dans le domaine de l'assurance-maladie qui se débattent dans des difficultés financières notamment en raison de l'explosion des coûts.1). Ces mesures se restreignent au domaine des prestations en nature en introduisant une participation plus grande de l'assuré social et certaines mesures restrictives en matière d'ordonnement 2).

Il s'agit de :

1. participation de l'assuré aux frais d'entretien en milieu hospitalier;
2. maintien du relèvement du maximum cotisable au quintuple du salaire social minimum;
3. abattement de 5% accordé par les pharmaciens sur le prix des médicaments 3).
4. réduction des tarifs médicaux.
5. participation de 5% pour consultations et visites, sauf en cas d'hospitalisation et en cas de maternité;
6. augmentation de 5% de la participation dans les frais de médicaments à taux de remboursement normal;
7. limitation du nombre de médicaments à trois par ordonnance, sauf justification médicale.

1.1.2. Glissement vers une plus grande responsabilité patronale.

Il n'y a pas eu de glissement vers une plus grande responsabilité patronale en matière de prestations en espèces en cas d'incapacité de travail et de chômage.

1) v. A. Thill : "Kostensteigerung und Kostenentwicklung in Luxemburg", Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, Bd 2, S. 57 u. ff.

2) v. Règt gr.-d. 31 déc. 1982

3) v. Règt gr.-d. 28 déc. 1983

Administration de la sécurité sociale.

L'administration et la gestion des organismes de la sécurité sociale est restée la même, bien que depuis la création de l'Inspection Générale de la Sécurité Sociale (L. 25 avril 1979) relevant du Ministère de la Sécurité Sociale, l'autonomie des organismes de sécurité sociale gérés par des organes élus et composés de représentants des employeurs et des assurés (commission, délégation et comité-directeur) se trouve restreinte par l'action active de contrôle et de conception exercée par l'Inspection sur quelque 20 institutions. Il convient donc de constater que le rôle de l'Etat dans l'administration de la sécurité sociale prend de plus en plus de poids.

1.2. Mesures de protection sociale d'ordre privé.

Les problèmes de financement de la sécurité sociale moderne en temps de récessions économique et démographique ont amené certains à poser la question du rôle futur du "welfare state" dans la société future. La sécurité sociale doit-elle continuer dans la voie de l'assurance sociale basée sur une idée de la responsabilité solidaire ou revenir à la responsabilité individuelle et laisser à des initiatives privées le soin de garantir certains risques sociaux ou partie de ceux-ci.

1.2.1. Mesures de protection d'ordre privé.

Les tenants du dernier courant d'idées et notamment les assureurs privés développent la théorie suivante : La réalisation du besoin de sécurité de l'homme se traduit dans l'étendue de sa couverture sociale. Celle-ci repose sur trois piliers :

- Le 1er pilier est constitué par la sécurité sociale appelée à garantir un minimum d'existence à chaque citoyen en cas de réalisation d'un risque social.
- Le 2e pilier est l'entreprise appelée à garantir son personnel par un complément d'assurance contre les risques d'accident du travail, d'invalidité et de vieillesse.
- Le 3e pilier se retrouve dans la prévoyance individuelle où l'individu affecte par prélèvement sur son revenu une certaine somme à sa protection et à celle de sa famille en cas de décès, d'accident et de maladie.

4) v. A. Thill : "Economie et couverture sociale" in : Cahiers économiques BIL No 4/1985, p. 29 et 34-38.

Si tel est le mécanisme préconisé, il convient d'en développer l'application pratique.

A. Assurance complémentaire sur le plan de l'entreprise.

- Il convient d'abord de remarquer que si pareil plan est prévu dans une convention collective déclarée d'application générale, il constitue une obligation inéluctable pour les entreprises du secteur professionnel concerné.
- Les risques garantis concernent la retraite, le décès et l'invalidité.
- La pension complémentaire tend notamment à faire face aux imperfections du système légal, qui consistent notamment en ce que d'une part la pension de sécurité sociale se trouve calculée sur une rémunération plafonnée, de sorte que les cadres se trouvent en cas de retraite en face d'une différence sensible de revenu et que d'autre part la pension légale est d'autant plus importante que la carrière d'assurance est longue, ce qui peut désavantager les veuves d'assurer en cas de réalisation précoce du risque. Aussi en vue d'attirer et de garder les bons employés, l'entrepreneur offre-t-il des avantages de pension complémentaires par un plan de pensions.

Comment réaliser le plan de couverture complémentaire ? Cinq systèmes sont possibles :

- 1) Service direct des prestations par l'entreprise.
Dans ce système l'employeur effectue lui-même le paiement des pensions en prélevant les montants nécessaires sur les résultats de son entreprise.
Ce système n'est réalisable que dans les entreprises de forte taille économique.
- 2) Création d'un fonds de pension.
Une caisse de pension d'entreprise assure le personnel. Le fonds se trouve sous le contrôle du Commissariat aux assurances. Les réserves financières sont soumises à une réglementation stricte et ne constituent pas en avoir de l'entreprise.
- 3) Conclusion d'une assurance de groupe directe.
L'entreprise conclut avec une compagnie d'assurances privée un contrat d'assurance garantissant des prestations complémentaires en faveur de son personnel.
L'assureur privé gère le risque, perçoit des primes et une taxe de 2 %.
- 4) Promesse de pension.
L'entreprise promet une pension complémentaire à son personnel. Elle inscrira au passif de son bilan une provision dite "Book Reserve", destinée à lui permettre de payer les pensions futures.

Cette réserve est établie grâce à la technique actuarielle et se base sur une prime annuelle constante (taux d'intérêt de 5 %).

Ce système a l'avantage de permettre à l'entreprise de placer sa "Book Reserve".

5) Système "Book Reserve" avec réassurance.

Cette réassurance auprès d'une assurance privée de la promesse de pension de l'employeur peut être totale ou partielle.

Les réserves mathématiques de l'assureur sont considérées comme un actif de l'entreprise.

Les assurances de groupe peuvent être divisées en deux sortes :

a) Système du calcul de la prime en fonction du niveau de la prestation choisie.

On détermine d'abord le niveau des prestations et on établit ensuite le montant des primes.

Examinons les diverses prestations :

1. Pension de retraite

Le plan de pension complémentaire présente les caractéristiques suivantes

- affiliation au plan

les employés sont assurés dès leur entrée au service contre les risques décès et invalidité et seulement après un certain nombre d'années de service contre le risque retraite.

- conditions d'âge

l'âge normal de la retraite est de 65 ans pour les hommes et de 60 ans pour les femmes. Il existe une possibilité de prendre une retraite anticipée à 60 pour les hommes et à 55 ans pour les femmes.

- salaire de référence

le salaire de base pour le calcul de la pension est la moyenne des 3 ou des 5 derniers salaires annuels.

- formule de pension

deux modèles de formule se rencontrent en pratique, savoir :

$$60 \% \text{ à } 80 \% (\text{SR}-\text{PC}) \frac{n}{40}$$

SR = salaire de référence
PC = plafond cotisable à la Caisse de pension
n = années de service

ou

$$(60 \% \text{ à } 80 \% \text{ de SR}) - \text{EPL} \frac{n}{40}$$

EPL = montant estimatif de la pension du régime légal

2. Pension de veuve.

La pension de veuve s'élève à 60 % à 65 % du montant de la pension de retraite du conjoint prédécédé.

Cette pension est versée peu importe que le décès ait eu lieu avant ou après l'âge normal de la retraite.

3. Pension d'orphelin.

La pension d'orphelin s'élève à 10 % à 20 % du montant de la pension de retraite.

Elle est payée jusqu'à la majorité de l'enfant (18 ans) et jusqu'à 25 ans si l'orphelin est invalide ou continue ses études.

Si l'enfant est orphelin de père et de mère, la pension est portée au double.

4. Pension d'invalidité.

La pension d'invalidité se calcule comme la pension de retraite.

La prestation est proportionnelle au taux d'invalidité médicalement constaté. Si le taux n'atteint pas 25 %, aucune pension n'est versée et si le taux est de 66 2/3 % et plus, la pension totale est due.

5. Capital décès.

En cas de décès le versement d'un capital décès peut être prévu qui est de un à deux fois le salaire annuel pour les hommes célibataires et pour les femmes.

Le financement du plan se fait en principe à charge exclusive de l'entreprise, de sorte qu'il est dit non contributif.

b) Système des primes fixées.

Dans ce système on détermine d'abord les pensions et on calcule ensuite le niveau des prestations. Ceci permet donc de connaître à l'avance le coût du plan.

Ce système présente deux désavantages en ce que la relation entre prestations liquidées et primes payées est susceptible de varier d'un employé à l'autre de la même entreprise et que les prévisions peuvent se trouver minorées par le phénomène de l'inflation.

Les prestations assurées sont les suivantes :

- un capital décès en cas de mort avant l'âge normal de la retraite,

- un capital vie à l'âge de la retraite.

Le rapport entre le capital vie et le capital décès varie comme suit :

Si le bénéficiaire est célibataire, le capital vie vaut 2,5 fois le capital décès.

Si le bénéficiaire est marié, le capital vie vaut 2 fois le capital décès.

Si le bénéficiaire est marié et a 1 ou 2 enfants, le capital vie vaut 1,5 fois le capital décès.

Si le bénéficiaire est marié et a 3 enfants, le capital vie vaut 1 fois le capital décès.

S'il a été prévu une clause de participation aux bénéfices, celle-ci permet d'augmenter le capital assuré. Le

financement se fait à charge de l'employé qui supporte notamment un montant fixé en pourcentage du salaire et le solde du montant de la prime est à charge de l'employeur.

1.2.2. Moyens tendant à encourager les mesures d'ordre privé.

Mesures fiscales.

Ces mesures de protection sociale complémentaire par des plans de pensions sont bien vues par le pouvoir exécutif, puisqu'elles sont soumises à un traitement fiscal favorable. Du point de vue de l'entrepreneur, la situation se caractérise comme suit :

a) En cas de paiement de pensions sans constitution de provisions, les paiements s'imputent sur l'exercice pendant lequel ils sont faits et sont déductibles fiscalement comme dépenses d'exploitation.

b) La constitution de réserves au profit du fonds de provision est une charge d'exploitation déductible, si l'entreprise est tenue juridiquement à respecter le plan de pension, soit en raison d'un contrat de travail individuel, soit en vertu d'une convention collective de travail.

Toute modification du plan de pension dans le sens d'une amélioration du niveau des prestations est considérée comme une obligation patronale nouvelle.

c) Les primes versées par l'entreprise à une assurance de groupe directe sont déductibles comme charges d'exploitation.

d) Dans le système de la "Book Reserve" ou d'un fonds de pension auquel l'employeur contribue, les versements patronaux sont établis suivant des dispositions strictes de l'Administration fiscale. 5)

Dans le chef du salarié la situation fiscale se présente comme suit :

a) La charge de l'entreprise à un fonds de pension ou à une assurance de groupe directe est considérée comme un revenu supplémentaire imposable pour le salarié, peu importe si le plan de pension est devenu ou non obligatoire pour l'employeur.

(R. gr.-d. 9 août 1973 relat. art. 95 et 110 no 3)

Cependant un montant (3.600. - frs) est déductible par exercice à titre de déduction préférentielle, le surplus pouvant être déduit à titre de dépenses spéciales.

5) Ces règles sont consignées par l'Administration des Contributions, v. Circ. L.I.R. no 40

b) La charge de l'employé à un fonds de pension ou à une assurance de groupe directe est déductible du revenu imposable dans le cadre des dispositions relatives aux dépenses spéciales (existence de plafonds déductibles, v. in fine).

Remarquons que les versements effectués par l'entreprise dans le système "Book Reserve" avec ou sans réassurance n'ont aucune répercussion fiscale sur l'employé assuré.

Si l'employé a épuisé ses facultés de déduction selon les dispositions réglant les dépenses spéciales, l'intérêt d'une assurance groupe à un fonds de pension perd en intérêt.

Si l'on procède au rachat de l'assurance complémentaire de retraite financée par l'employeur, le capital racheté devient imposable dans de chef du salarié à titre de produit provenant d'une occupation salariée.

Après l'échéance du risque et cessation de l'activité professionnelle, le paiement de la pension donne lieu à imposition sur base du barème impôt rente (L.I.R. art. 96).

B. Assurance complémentaire sur le plan des mutuelles.

Les sociétés de secours mutuels se trouvent sous la haute tutelle du Ministre de la Sécurité sociale et le contrôle de la commission supérieure d'encouragement des sociétés de secours mutuels. 6)

Aux termes de l'article 1er de la loi du 7 juillet 1961 ces sociétés de secours mutuels ont notamment pour objet :

- de payer aux sociétaires et aux membres de leur famille des secours en cas de maladie, d'accident, d'infirmité, de vieillesse et en cas de survenance d'un enfant ;
- de contribuer aux frais funéraires ;
- d'accorder une indemnité funéraire en cas de décès d'un sociétaire ou d'un membre de sa famille ;
- de payer aux sociétaires une indemnité extraordinaire pendant une incapacité de travail prolongée ;
- d'assurer des pensions de retraite ;
- de contracter des assurances contre les risques de la responsabilité civile des sociétaires.

C'est surtout en rapport avec l'avant-dernier objet que l'assurance complémentaire par les mutuelles nous intéresse ici.

Il convient d'abord de relever que l'adhésion à une mutuelle est libre, l'article 2 de la loi du 7 juillet 1961 disposant que toute personne âgée de 18 ans peut faire partie des sociétés de secours mutuels, y contracter les engagements et y exercer les droits inhérents à la qualité d'associé.

Si tel est le cadre tracé par la loi aux activités poursuivies par les sociétés de secours mutuels, il convient de souligner que celles-ci se trouvent généralement limitées dans la pratique aux buts ci-après.

a) payer des indemnités de décès aux survivants de ses membres et aux membres de leur famille.

Cette indemnité de décès est payée en totalité si l'intéressé était membre durant une année.

Si le décès a été la suite d'un accident, le double du montant de l'indemnité de décès prévue est liquidé.

Cette indemnité est touchée par les ayant-droit dans l'ordre suivant : 1) le veuf ou la veuve, 2) les enfants, 3) les parents, 4) les frères et soeurs et 5) les héritiers légaux.

L'indemnité de décès est fonction de l'âge d'entrée du sociétaire. 8)

Chaque membre peut assurer une somme plus élevée à soi-même et aux membres de sa famille moyennant paiement d'une cotisation supplémentaire . 9)

6) v. Règt gr. - d. 19 juillet 1961; Mémorial 1961; p. 704

7) v. L. 7 juillet 1961 concernant les sociétés de secours mutuels, art. 2, 11 et 12, Mémorial, p. 680 et ss.

8) p. ex.

Age au moment de l'entrée	Indemnité de décès - francs	Age au moment de l'entrée	Indemnité de décès - francs	Age au moment de l'entrée	Indemnité de décès - francs
15	27.381	31	18.239	47	10.644
16	26.527	32	17.713	48	10.238
17	25.838	33	17.183	49	9.789
18	25.188	34	16.657	50	9.383
19	24.619	35	16.127	51	8.977
20	24.098	36	15.639	52	8.571
21	23.563	37	15.152	53	8.207
22	23.075	38	14.664	54	7.839
23	22.588	39	14.219	55	7.475
24	22.058	40	13.771	56	7.150
25	21.532	41	13.325	57	6.825
26	21.002	42	12.877	58	6.500
27	20.433	43	12.432	59	6.175
28	19.907	44	11.983	60	5.850
29	19.338	45	11.538		
30	18.769	46	11.098		

9) p.e. maximum assurable 40.000-frs. Moyennant cotisation supplémentaire d'un franc par mois l'indemnité de décès par vue au tableau ci-dessus est augmentée de 5 %.

b) offrir aux sociétaires des prestations supplémentaires, p. e. une prestation bénévole complémentaire en cas de survenance d'accidents privés personnels.

Le plafond de cette indemnité s'élève à 75.000.- frs.

S'il se produit pendant les deux ans à partir de l'accident une invalidité totale permanente, l'assuré recevra la totalité du montant prévu.

S'il n'y a qu'invalidité partielle, le sociétaire recevra un pourcentage basé sur un barème fixant des taux médicaux d'incapacité de travail sans tenir compte de la profession du preneur d'assurance.

S'il y a lésion de plusieurs membres, la société de secours mutuels indemniserà chaque membre ou organe, comme si ce membre ou organe avait été seul touché. Le montant total des indemnisations ne peut dépasser 100 % de la somme assurée en cas d'invalidité totale permanente.

Le délai de consolidation est fixé à deux ans à partir de l'accident.

Le paiement de l'indemnité se fait par versement unique dans le mois qui suit la fixation du montant rendu.

Si les prestations supplémentaires sont bénévoles, elles sont allouées, à titre gracieux et un recours judiciaire est exclu.

c) permettre à ses membres d'adhérer à la Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste du Grand-Duché de Luxembourg.

La Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste.

1) Nature

La Caisse Médico-Chirurgicale Mutualiste est une mutualité basée sur le principe du secours mutuel, en vue de secourir ses membres en cas de maladie, d'intervention chirurgicale et de traitement dentaire.

2) Objet

Cette mutualité fonctionne étant que caisse complémentaire au régime légal général obligatoire (notamment le Livre 1er du code des assurances sociales).

Elle a pour objet de garantir en cas de réalisation des risques sociaux prévus des prestations fixées statutairement.

3) Champ d'application personnel.

La qualité de membre est réservée aux membres des sociétés mutuelles de base reconnues par le Ministre compétent à condition qu'ils habitent le Luxembourg ou une région limitrophe.

Les personnes suivantes ont également droit aux prestations statutaires :

a) le conjoint, les parents et alliées en ligne directe à condition que ces personnes fassent partie du ménage du membre effectif, qu'elles soient à sa charge et ne soient pas assurées personnellement contre les mêmes risques.

b) les enfants adoptifs et tous les autres enfants recueillis d'une façon durable dans le ménage de l'assuré et auxquels celui-ci assume les frais d'éducation et d'entretien.

c) le parent ou allié en ligne collatérale de sexe féminin jusqu'au 3e degré inclusivement qui, à défaut de conjoint, tient le ménage de l'assuré.

En cas de décès de l'assuré, les ayants-droit du membre effectif continuent à être membres de la Caisse mutualiste en respectant les conditions statutaires de celle-ci.

Les membres effectifs se répartissent en deux groupes :

a) groupe A comprend les membres qui ne sont pas assurés auprès d'une caisse de maladie luxembourgeoise ou assimilée.

b) groupe B comprend les membres assurés auprès d'une caisse de maladie luxembourgeoise ou soumis au régime commun de l'assurance maladie des Communautés Economiques Européennes.

4) Stage

L'assuré doit être affilié à la Caisse pendant une durée de 12 mois.

5) Cotisations

Les cotisations varient suivant le groupe.

Les cotisations du groupe A s'élèvent à 13.430.- frs (1986) et celles du groupe B à 2.810.- frs (1986).

6) Prestations

La Caisse prend notamment à charge en cas d'intervention chirurgicale.

1. - un montant forfaitaire de 100.- frs (indice 100) pour une durée d'hospitalisation maximum variant selon la nature de l'intervention.

2. - les frais jusqu'à 600.- frs par jour d'hospitalisation pour une personne accompagnant l'enfant âgé de moins de 14 ans.

3. - le prix de journée et de supplément d'honoraires médicaux en cas d'hospitalisation en chambre à un lit et non remboursé par la Caisse de maladie.

4. - les frais non remboursés par les Caisses de Maladie du chef de traitement pré- et postopératoire pour une période de 3 mois.

5. - le séjour hospitalier prolongé pendant une durée de 40 jours en cas de complications qui n'est pas pris en charge par la Caisse de Maladie.

6. - le remboursement de prothèses et de frais de transport.

7. - le remboursement statutaire partiel ou total des frais dentaires dans la mesure où la caisse de maladie ne les a pas pris en charge.

8. - une participation aux frais hospitaliers et médicaux en cas de traitement coûteux à condition que les dépenses non prises en charge s'élèvent à au moins 30.000.- francs. Ces dépenses sont prélevées par la Caisse sur un fonds spécial constitué à cet effet.

9. - une participation statutaire et forfaitaire de 75.-francs (indice 100) pour une période maximum de 21 jours et endéans un délai de 6 mois à partir de la sortie d'hôpital aux frais d'une

cure de convalescence dans la mesure où ces frais dépassent ceux pris en charge par la caisse de maladie.

10. - assistance par une avance de 6.000.- francs lux. en vue de garantir les frais d'hospitalisation et les honoraires médicaux en cas de maladie ou d'accident survenus à l'étranger. Le plafond de cette prestation s'élève à 180.000.- francs lux., montant qui couvre une hospitalisation de 30 jours.

Il s'ajoute à cette prestation les prestations supplémentaires offertes par "MUTEX assistance" avec siège à Paris, comme p. ex. frais de rapatriement du blessé ou du malade par voie aérienne, frais de transport du corps, frais de remorquage de la voiture jusqu'à concurrence de 200.-francs français jusqu'au prochain garage; mise à la disposition d'un chauffeur, lorsque le membre assuré se trouve dans l'impossibilité physique de conduire la voiture.

7) Financement.

Le financement de la "Caisse médico-chirurgicale" s'opère grâce aux :

- cotisations des membres effectifs
- droits d'entrée
- subventions accordées par l'Etat et les communes
- revenus des fonds placés

8) Caractéristiques.

Il ressort de l'exposé ci-dessus que les risques de l'assurance-maladie, notamment les débours du chef des prestations en nature, sont largement couverts par l'assurance-maladie légale (caisse de maladie). La Caisse médico-chirurgicale mutualiste joue le rôle d'assurance complémentaire. C'est dire que les compagnies d'assurance privées trouvent un champ d'action restreint quant au risque maladie.

A cet égard les compagnies d'assurance privées se limitent généralement à offrir des indemnités pécuniaires en cas de maladie, indemnités journalières que le client fixe librement et ce indépendamment des prestations en espèces garanties par le régime légal. Ces polices peuvent avoir un intérêt pour les professions libérales et artisanales.

1.2.2. Moyens tendant à encourager les mesures d'ordre privé.

1.2.2.1. Déductibilité fiscale.

La législation fiscale encourage la prévoyance individuelle dans la mesure où elle prévoit la déductibilité fiscale des primes payées jusqu'à certains plafonds en tenant compte de la situation familiale du contribuable suivant le tableau ci-après en vigueur :

	Montants maximaux déductibles	
	Sans épouse	Avec épouse
Contribuable	27.000	54.000
" avec 1 enfant	43.200	70.200
" " 2 enfants	64.800	91.800
" " 3 enfants	91.800	118.800
" " 4 enfants	124.200	151.200

1.2.2.2. Subventions aux sociétés de secours mutuels.

Le gouvernement encourage les sociétés de secours mutuels en leur allouant des subventions.

2. Débat

2.1. Il n'y a pas de plan de réforme actuellement devant les instances ni au niveau gouvernemental ni au niveau de la Chambre des Députés.

2.2. Les partis actuellement au pouvoir (chrétien social et socialiste) sont dans leur large majorité pour le maintien d'une sécurité sociale basés sur l'idée de solidarité telle qu'elle existe à l'heure actuelle. Le parti démocratique à tendance libérale pourrait, le cas échéant, se prononcer à un système de couverture sociale à base privée.

2.3. Les partenaires sociaux et surtout les syndicats de toute obédience se prononcent pour le système légal actuel.

2.4. Il n'existe point d'étude important dans ce domaine précis. L'attention sur les problèmes qui se posent en matière de sécurité sociale a été attirée dans une étude intitulée "Problèmes de la sécurité sociale" éditée dans la série des cahiers économiques de la Banque Internationale (no 4/1985). Il y est insisté sur le rôle de l'Etat, les causes profondes des difficultés de la sécurité sociale et les limites des prélèvements obligatoires.

Chapitre VII.

FRANCE

I. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE.

La constitution du 4 octobre 1958, actuellement en vigueur (Constitution de la Ve République), proclame dans son préambule l'attachement du peuple français aux Droits de l'homme et aux principes de la souveraineté nationale tels qu'ils ont été définis par la Déclaration de 1789, confirmée et complétée par le préambule de la Constitution de 1946. Ce dernier proclame "comme particulièrement nécessaires à notre temps, les principes politiques, économiques et sociaux ci-après: (...)

La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement;

Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.

La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les Français devant les charges qui résultent des calamités nationales. ...)

Administration et financement

La sécurité sociale ressort principalement de la compétence du ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale; le Ministère du Travail et de la participation a la tutelle de l'assurance chômage.

Une tâche de coordination est assignée à l'Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale (sauf en ce qui concerne le chômage). L'Agence est chargée de la gestion de la trésorerie, le recouvrement des cotisations étant confié aux unions de recouvrement. La Caisse Nationale d'Assurance-Maladie, ainsi que les caisses régionales et les caisses primaires, organisent la protection en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de décès et des risques professionnels. En ce qui concerne les pensions de vieillesse, c'est la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse qui est compétente (il existe une caisse régionale pour les départements d'Alsace-Lorraine). Les allocations familiales sont versées

par la Caisse Nationale d'Allocations Familiales et par différentes caisses régionales.

L' Union Nationale Interprofessionnelle pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce (UNEDIC) est compétente en matière de chômage, assistée en cela par les Associations pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce ASSEDIC).

En vue du financement de la sécurité sociale en cas de maladie ou d'invalidité, les travailleurs paient 5,5% du salaire, les employeurs 23,6%. Une cotisation de 1% est prélevée sur les allocations de chômage, supérieures au salaire minimum légal, ainsi que sur les pensions de retraite légales. En outre, une cotisation de 6% est perçue sur les primes d'assurance automobile. En plus, les travailleurs cotisent 5,8%, les employeurs 8,2% du salaire, avec un plafond salarial annuel de 101 880 FF pour les branches 'vieillesse' et 'survivants'.

Il existe également une tarification collective, individuelle ou mixte, suivant d'une part les effectifs des établissements, et d'autre part l'importance des risques. Cette cotisation est assise sur la somme des salaires et des gains bruts, compte tenu d'un plafond de 101 880.

L'assurance chômage est financé par une cotisation des travailleurs de 1,92% + 0,50% (avec un plafond de 407 520 FF et un surplus) et une des employeurs de 4,08 (plafond de 407 520 FF). En plus, une subvention globale forfaitaire de l'état est prévue.

Enfin, les employeurs doivent encore payer 9% du salaire (avec un plafond salarial de 101 880 FF) pour les prestations familiales.

Le système applicable aux prestations à long terme est celui de la répartition.

Soins de santé

Conformément au Code de la Sécurité Sociale (Livre III) et au décret du 29 décembre 1945 (tel que modifié), toutes les personnes salariées ou assimilées, les pensionnés et les chômeurs, ainsi que tous les membres de la famille à charge de l'assuré (et certains parents) bénéficient des soins de santé. Les titulaires d'une pension d'invalidité et les membres de leur famille doivent toutefois payer 1% de cotisation obligatoire, les prestations en nature comportant un remboursement intégral pour le pensionné lui-même; les bénéficiaires d'une pension ou d'une allocation non contributive de vieillesse et les membres de leurs familles ont droit à un remboursement normal (en cas de prestations en nature), après le paiement de la cotisation obligatoire de 1%.

Le temps de travail et d'immatriculation exigé s'élève à 1200 heures dans l'année ou 600 heures par semestre ou 200 heures par trimestre. On a droit aux soins dès le début de la maladie et pour une durée illimitée.

L'assuré peut s'adresser à tous les médecins habilités à exercer leur profession, les tarifs des honoraires étant fixés soit par convention nationale, soit par arrêté ministériel. Néanmoins, il existe la possibilité de dépassement des tarifs en cas d'une situation de fortune du malade, d'exigences particulières de la part du malade ou d'une qualification particulière du praticien. En outre, il y a des hôpitaux publics aux tarifs fixés par les pouvoirs publics, ainsi que des établissements privés, agréés par la Commission régionale et ayant signé la convention tarifaire avec les caisses.

Ayant le libre choix du médecin, l'assuré avance les honoraires, et est ensuite remboursé au tarif conventionnel ou fixé par les autorités. La participation de l'assuré (légalement prévue) est fixée à 25%; elle est de 20% pour les soins dispensés en cours d'hospitalisation et pour les consultations dans les établissements hospitaliers; la participation de l'assuré est nulle en cas de traitement onéreux, de maladie prolongée ou de certaines affections.

Il y a également le libre choix d'établissement hospitalier (public ou privé et agréé); il est requis une participation de l'assuré de 20% (voir ci-dessus); un forfait hospitalier de 21 FF par jour (mais imputable sur les 20%) est également dû. En principe, la prise en charge est sans limitation pour ce qui est de sa durée.

En ce qui concerne les sanatoriums, il n'y a pas de ticket modérateur si la caisse reconnaît le bien-fondé du traitement en sanatorium.

Egalement après autorisation préalable de la caisse, les honoraires médicaux et les frais de traitement dans les établissements thermaux sont remboursés aux curistes. En principe, il y a suppression des indemnités journalières en ces cas, sauf pour les assurés les plus défavorisés.

Les frais des soins dentaires, y compris les soins conservateurs, les extractions, les prothèses et l'orthodontie, sont remboursés suivant un tarif fixé comme pour les soins médicaux. En certains cas le ticket modérateur de 25% est supprimé.

La participation de l'assuré dans le coût des produits pharmaceutiques est établie à 30%; pour les médicaments dits 'de confort' il est contribué 60%. Aucune participation n'est demandée des assurés, malades de longue durée.

Pour les prothèses, l'optique et l'acoustique, 70% du prix est remboursé; après accord préalable de la caisse, le grand appareillage est remboursé à 100%

D'autres prestations peuvent également être accordées sous condition d'examen de ressources et sur avis de la caisse d'assurance maladie.

Assurance maladie - maternité

Les prestations pécuniaires sont régies par la même législation que les prestations de soins, citée ci-dessus. Sont bénéficiaires des prestations pécuniaires toutes les personnes salariées ou assimilées, ayant rempli les conditions suivantes: pour les 6 premiers mois, la période de travail doit s'élever à 200 heures au cours des 3 mois précédant l'incapacité de travail; pour la période postérieure, l'immatriculation depuis au moins 12 mois est requise, ainsi que 800 heures de travail pendant ces 12 mois, dont 200 heures de travail au cours du premier des 4 trimestres précédant la cessation de travail. Le délai de carence est de 3 jours.

En principe les prestations durent 12 mois par période de 3 années consécutives; cependant elles durent jusqu'à la fin du 36ème mois en cas de 'maladie de longue durée'. Néanmoins, il est fait exception en faveur de l'assuré faisant l'objet d'une réadaptation ou rééducation professionnelle: les prestations ne prennent alors fin qu'après le 48ème mois révolu.

Lorsqu'il n'y a pas d'hospitalisation, les prestations s'élèvent à 50% du salaire cotisable ou à 66 2/3 % à partir du 31ème jour dans le chef de l'assuré ayant 3 enfants au moins en charge. En cas d'affection de longue durée un minimum de 1/365 du montant minimum de la pension d'invalidité, intervient après le 7ème mois. Lorsqu'il y a hospitalisation, les prestations ne s'élèvent qu'à 20% si l'on a pas de charge de famille et à 50% quand on a deux enfants au moins à charge.

En cas de prolongation de l'incapacité de travail au-delà de 3 mois, on a droit à une révision de l'indemnité de maladie par alignement sur l'augmentation générale des salaires. Enfin, il est accordé une allocation en faveur des handicapés adultes, de 2388 FF par mois, sous condition d'examen des ressources.

En cas de maternité, les femmes assurées peuvent faire appel aux prestations en nature ou en espèces, tandis que l'épouse et les filles d'un assuré ne peuvent invoquer que le premier groupe de prestations. De plus, l'assuré du deuxième groupe devra avoir occupé un emploi pendant 1200 heures pendant l'année concernée et devra avoir été immatriculé pendant au moins 10 mois à la date présumée de l'accouchement.

Les prestations en nature peuvent être faites par une sage-femme ou par un médecin, en maternité (gratuite pendant 12 jours) ou en clinique privée (indemnité forfaitaire couvrant un séjour de 12 jours. Les produits pharmaceutiques sont alors fournis gratuite-

ment dans un hôpital public; un forfait sera remboursé en cas d'accouchement à domicile ou en clinique privée.

Les prestations en espèces constituent une indemnité journalière en cas de suppression de salaire, durant 16 semaines, dont 6 avant. En cas d'adoption la durée du paiement est de 10 semaines. Pour les enfants nés ou adoptés, après deux autres ces périodes de paiement sont augmenté à respectivement 26 semaines ou 18 semaines.

Les primes pour accouchement se décomposent en une prime d'allaitement (4 mois), des bons de lait (4 mois) et des primes pour surveillance médicale de l'enfant, jusqu'à l'âge de 6 ans. L'indemnité journalière est fixée à 90% du salaire; les primes d'allaitement à 42,50 FF par mois et les bons de lait à 5 FF par mois.

Assurance invalidité

Conformément à la loi du 5 avril 1930, au R.A.P. du 29 décembre 1945, au Code de la Sécurité Sociale, au décret du 12 septembre 1960 et au décret du 28 mars 1961, est considéré comme invalide, le travailleur qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne peut plus gagner dans une profession quelconque, plus du tiers du gain normal d'un travailleur de même catégorie et formation dans la même région. Le travailleur est classé dans le premier groupe s'il est néanmoins considéré comme capable d'exercer une activité rémunérée, dans le 2ème groupe dans le cas contraire. Il est considéré appartenir au 3ème groupe s'il a besoin d'une tierce personne.

Les ouvriers et employés et toutes les personnes salariées, affiliées depuis au moins 12 mois, qui ont travaillé pendant 800 heures, dont 200 heures au cours du trimestre précédant la cessation du travail ont droit à une indemnité dès la date qu'est apprécié leur état d'invalidité à condition qu'ils soient frappés d'une incapacité de 66 2/3 %. La pension est supprimée à l'âge de 60 ans et est alors remplacée par une pension de vieillesse.

Les montants de la pension s'élèvent à :

-30% S pour le premier groupe d'invalides;

-50% S " " deuxième " " " " ;

-la pension du deuxième groupe majoré de 40% pour les invalides du 3me groupe; 'S' étant la rémunération annuelle moyenne des 10 années d'assurance, précédant l'interruption du travail ou, le cas échéant, d'une période plus brève; ce salaire annuel est plafonné à 101 880 FF.

Il y a une révalorisation au premier janvier et au premier juillet par voie d'arrêté, fixant le coefficient de majoration.

Les pensions d'invalidité et de vieillesse s'excluent mutuellement; le cumul avec une pension en cas de risque professionnel est limité au salaire normal d'un travailleur de la même catégorie.

Il est possible de participer à un programme de rééducation professionnelle dans des établissements ou centres de rééducation professionnelle spécialisés, ce sous réserve d'un examen psychotechnique. Les caisses de sécurité sociale participent aux frais; les pensions d'invalidité sont intégralement ou partiellement maintenues.

Pensions de retraite et de survie

Conformément à la législation en vigueur, dont la première loi date de 1910, tous les ouvriers et employés, toutes les personnes salariées peuvent jouir d'une pension de vieillesse à partir de 60 ans (pour les deux sexes).

Après 37 1/2 ans de cotisation, il est obtenu la pension complète à 60 ans; cette pension s'élève à 50% du salaire annuel, plafonné à 101 880 FF. En cas de moins de 37 1/2 années de cotisation, la pension est calculée à raison d'autant de 1/150 de trimestres d'assurance; diminuant la pension de 5% par année manquante. Il y a une pension minimum, après examen des ressources, de 12 220 FF par an.

A l'assuré ayant un conjoint âgé de plus de 65 ans à charge (ou de 60 ans si celui-ci est inapte au travail), une majoration de 12 220 FF par an est attribuée, sous condition d'examen de ressources. Lorsqu'il y a des enfants à charge, la majoration est de 10% de la pension, si le pensionné a eu au moins 3 enfants à charge. Les mères de famille bénéficient d'une bonification de 2 années d'assurance par enfant.

Les revalorisations annuelles sont faites deux fois par an, par voie d'arrêté, fixant le coefficient de majoration. Si les 150 trimestres d'assurance n'ont pas été atteints, il y a, en cas de prorogation, une majoration de la pension de 2,5% par trimestre, à partir de 65 ans. Le cumul avec un salaire est normalement interdit.

La législation et son champ d'application, en matière de pensions aux survivants, sont les mêmes que ceux relatifs aux pensions d'invalidité ou de vieillesse. Pour ouvrir un droit aux survivants, l'assuré décédé devra avoir été assuré pendant au moins 600 heures au cours des 6 mois civils, ou 200 heures au cours du trimestre, précédant son décès. La veuve (ou le veuf à charge) âgée de 55 ans au moins bénéficie d'une pension de réversion si son époux était titulaire de droit ou bénéficiaire d'une pension, le mariage ayant duré 2 ans au moins. La veuve (ou le veuf à charge) âgée de moins de 55 ans et invalide bénéficie d'une pension de veuvage, si son époux-assuré est décédé avant son 60ème anniversaire.

Le conjoint survivant reçoit 52% de la pension ou de la rente dont bénéficiait le décédé (ce avec un minimum de 12 220 FF par an; des majorations de 10% étant accordées si l'intéressé a eu la charge d'au moins 3 enfants) ou de 52% de la pension de vieillesse dont

bénéficiait le titulaire. En cas de remariage de la veuve, la pension de veuve invalide est supprimée; la pension de réversion par contre n'est pas supprimée en cas de remariage.

Après examen de ressources, une allocation de veuvage est attribué au conjoint survivant, âgé de moins de 55 ans, ayant élevé au moins 1 enfant pendant 9 années et ne s'étant pas remarié (ou vivant comme personne remariée). L'allocation de veuvage est dégressive et s'élève à 2191 FF la 1ère année, 1438 FF la 2ème année et 1097 FF la 3ème année.

Un capital-décès de 90 fois le gain journalier de base est payé aux survivants des assurés, ayant occupé un emploi salarié ou assimilé (chômeur, malades indemnisés ...) pendant 200 heures au cours des 3 mois précédant le décès ou 120 heures au cours du dernier mois. Reçoivent par ordre de préférence le capital-décès: le conjoint, les enfants, les ascendants. Le montant du capital-décès est au maximum égal à 3 fois le salaire mensuel plafonné, et est pour le moins égal à 1% du salaire annuel plafonné.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Les textes fondamentaux concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles sont repris au Code de la Sécurité Sociale, livre VI.

Est considéré comme accident du travail, tout accident survenu quelle qu'en soit la cause, par le fait ou à l'occasion du travail. Les accidents de trajet sont également couverts. Sont considérées comme maladies professionnelles, les maladies reconnues dans les 82 tableaux de maladies professionnelles, agents nocifs ou groupes, repris au décret du 31 décembre 1946, tel que modifié ultérieurement. Les entreprises et les travaux et les maladies correspondantes sont énumérés limitativement dans ces tableaux.

Un délai d'exposition aux risques n'a pas été fixé, sauf pour la pneumoconiose (5 ans en principe), les maladies engendrées par la streptomycine (51 mois) et la surdité (2 ans, sauf en certains cas 30 jours). Toutefois, les tableaux contiennent des délais impératifs de prise en charge (délais à partir de la cessation de l'exposition aux risques, jusqu'à la constatation de la maladie) d'entre 3 jours et 20 ans.

Le délai de déclaration (après les premières manifestations de la maladie) est fixé à 2 ans (délai de prescription).

Le système mixte est limité aux cas de pneumoconiose.

En cas d'incapacité temporaire de travail, il y a libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier. Les frais et honoraires sont directement payés par la caisse primaire de sécurité sociale (pour les travailleurs agricoles par les caisses mutuelles agricoles).

Il n'est demandé aucune participation de la victime, sauf en certains cas, résultant de son propre choix: soins d'un médecin d'une autre commune, établissement hospitalier plus luxueux,... La durée des prestations est illimitée.

Les prestations en espèces ne connaissent aucun délai de carence. Ces prestations durent jusqu'à la guérison ou la consolidation. Le salaire de base pris en considération pour le calcul est le gain effectif de la période de paye précédant la cessation du travail divisé par le nombre de jours ouvrables dans cette période. Le montant est fixé à 50% du salaire de base pendant 28 jours, puis à 66 2/3%. Il n'y a pas de réduction en cas d'hospitalisation.

En cas d'incapacité permanente, le taux d'incapacité (t) est fixé par le Conseil d'administration ou par un comité restreint de la caisse primaire, après avis du médecin conseil. Une révision du taux (t) est possible à tout moment au cours des deux premières années après sa fixation; ensuite à des intervalles d'au moins un an (en principe).

Le salaire de base pris en considération pour le calcul de la rente (S) est la rémunération effective reçue pendant les 12 mois précédant la cessation du travail. Le 'S' minimum est de 66 062 FF; le 'S' maximum de 528 502 FF. La fraction de la rémunération effective excédant le double du minimum, n'est comptée que pour un tiers jusqu'à concurrence du maximum. Si le taux d'incapacité (t) est inférieur à 10%, il n'y a pas de minimum de 'S'. Le montant de l'indemnité se calcule selon la formule suivante: S(réduit) multiplié par t (réduit), le t réduit étant établi de la façon suivante:

t=100%	vaut pour un t réduit de	100%;
t= 75%	" " " "	62,5%;
t= 50%	" " " "	25%;
t= 25%	" " " "	12,5%.

Il y a une majoration pour l'assistance d'une tierce personne, de l'ordre de 40% de la rente avec un minimum de 47 880 FF par an. Concernant les majorations pour personnes à charge, voir notre exposé concernant les allocations familiales.

Un rachat immédiat est obligatoire si le taux d'incapacité est inférieur à 10% et si la rente est inférieure à 1/80ème du salaire minimum. Un rachat facultatif, partiel ou intégral est possible sous certaines conditions, le plus tôt 5 ans après la consolidation.

Un cumul intégral avec un nouveau salaire est possible. Le cumul avec une pension d'invalidité est limité à 80% du salaire effectif perçu au moment de l'accident, si ladite pension est allouée en raison des suites de l'accident. Il n'y a pas de limites pour la

pension de vieillesse.

En cas de décès, le conjoint survivant, veuve âgée de moins de 60 ans, reçoit comme pension un montant équivalant à 30% du 'S'réduit. La veuve âgée de plus de 60 ans, ou atteinte d'une incapacité de 50% au moins, reçoit une pension équivalant à 50% du 'S'réduit.

Les orphelins de père ou de mère reçoivent un montant équivalant à 15% du 'S'réduit quand il y a 1 enfant; ce pourcentage est de 30% s'il y a deux enfants, de 40% s'il y en a 3, ... Les orphelins de père et de mère reçoivent chacun 20%. Un cumul avec les allocations familiales est possible.

Les parents ou ascendants à charge, reçoivent 10% par personne, avec un total de maximum 30% pour l'ensemble des ascendants. Le maximum pour l'ensemble des ayants-droit est établi à 85%.

Le remboursement des frais funéraires est limité à un montant maximum.

Une révalorisation des prestations de survie a lieu deux fois par, par voie d'arrêté, fixant le coefficient de majoration.

En vue d'obtenir la réintégration dans la vie active, une réadaptation fonctionnelle est possible, après avis médical; les frais en incombent à la caisse primaire. Il est également pourvu en la possibilité d'une rééducation professionnelle dans des établissements ou centres de rééducation professionnelle spéciaux.

Ici aussi les frais viennent à charge de la caisse primaire. Les indemnités ou rentes sont maintenues, voir dans certains cas même augmentées.

Des emplois prioritaires sont réservés aux handicapés, à concurrence d'un certain pourcentage de l'effectif fixé par arrêté ministériel, pour chaque activité ou groupe d'activités. Un changement d'emploi est possible en cas de danger de silicose ou asbestose. Une indemnité pour changement d'emploi est alors allouée. L'indemnité est forfaitaire et payée en 25 mensualités au maximum. Le bénéficiaire doit quitter son emploi dans les 6 mois et changer d'occupation. Il ne peut avoir droit à une rente au titre de la pneumoconiose; si, par la suite, il obtient une telle rente ou indemnité, l'indemnité de changement d'emploi en sera déduite pour la période correspondante.

Allocations familiales

La branche 'prestations familiales' est réglée par le Livre V du Code de la Sécurité Sociale, ainsi que par d'autres actes législatifs.

Ouvrent droit aux allocations familiales les enfants, frères et soeurs, neveux et nièces, tant qu'ils sont à charge de l'assuré.

L'âge limite est normalement de 17 ans, mais est augmenté à 20 ans en cas de formation professionnelle ou études, ainsi que pour les jeunes filles au foyer et les infirmes graves.

Pour le deuxième enfant, il est payé 495 FF, pour les suivants 619 FF (pour le premier enfant, voir le 'complément familial'). A partir du second enfant, il y a une majoration de 139 FF pour les enfants de plus de 10 ans, et de 247 FF pour les enfants de plus de 15 ans.

Il y a un complément familial, sous condition d'examen de ressources, d'un montant de 645 FF pour les familles ayant 1 enfant de moins de 3 ans ou au moins 3 enfants.

Il existe également un revenu minimum familial, accordé après examen des ressources de la famille. Pour les personnes qui assurent seules la charge d'au moins 1 enfant, il y a une garantie de revenu familial minimum d'un montant de 2323 FF + 774 FF par enfant à charge, par mois. L'allocation équivaut à la différence entre ce montant et les ressources de l'allocataire.

Les allocations prénatales s'élèvent à 317 FF par mois, payées à raison de 2 mensualités après le premier examen prénatal, 4 mensualités après le 2ème examen prénatal et 3 mensualités après le 3ème examen prénatal.

L'allocation de naissance est payable en 3 fractions: 2649 FF à la naissance, 550 FF au 9ème mois et le même montant encore une fois au 24ème mois. A partir du 3ème enfant, la première fraction est majorée de 3300 FF. Une majoration est également prévue en cas de naissances multiples.

Sont bénéficiaires de l'allocation de logement, les titulaires d'une des diverses prestations familiales, les personnes âgées, les infirmes, les jeunes travailleurs et les jeunes ménages. L'allocation est versée pour les loyers supérieurs à un minimum variable suivant le revenu de l'intéressé et le nombre d'enfants. Elle peut être majorée pour les bénéficiaires à faible revenu. La prime de déménagement est versée aux personnes qui, après déménagement, bénéficient de l'allocation de logement. Les deux dernières catégories de prestations sont versées par les caisses d'allocations familiales.

Il existe également une allocation d'éducation spéciale pour handicapés d'au moins 50% jusqu'à l'âge de 20 ans, d'un montant de 495 FF par mois, ainsi qu'un complément pour enfants dont l'incapacité est d'au moins 80% et qui ne sont pas pris en charge par les services d'éducation spéciale, d'un montant de 1115 FF pour l'aide constante d'une tierce personne, ou de 371 FF pour aide quotidienne, mais discontinue de 371 FF par mois.

Il y a aussi une allocation d'assistante maternelle, aidant les familles à payer les cotisations d'employeur pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée, et ce pour un enfant de moins de 3

ans; l'allocation est de 666FF par trimestre . Elle ne dépend pas de conditions de ressources.

L'allocation de rentrée scolaire est payée pour les enfants de 6 à 16 ans; son montant est de 309 FF par an. Il y a un examen des ressources.

Les chômeurs ont, sous certaines conditions, droit aux allocations familiales. Les titulaires de pension ont droit aux allocations familiales, ce sous certaines conditions en ce qui concerne les titulaires d'une pension d'invalidité ou de rentes d'accident du travail.

L'allocation en faveur des orphelins et de certains enfants à la charge d'un parent isolé s'élève à 464 FF par mois pour l'orphelin de père et de mère, respectivement à 348 FF par mois pour l'enfant dont un seul parent est décédé ou dont la filiation n'est établie qu'à l'égard de la mère.

Chômage

Le régime d'assurance-chômage comporte une allocation de base et une allocation de fin de droit. En faveur de certaines catégories de personnes (chômeurs de longue durée, jeunes , femmes isolées ayant charge d'enfants,...), il existe un régime de solidarité (assistance).

Les textes fondamentaux réglant le système de chômage sont la Convention du 24 février 1984 et l'Ordonnance du 21 mars 1984. Le système s'applique à tous les travailleurs salariés.

Pour bénéficier du statut de chômage total involontaire, on doit être à la recherche d'un emploi et physiquement apte à l'exercer. Jusqu'à l'âge maximum de 60 ans, on reçoit une allocation de base après 3 mois d'affiliation dans les 12 derniers mois, ou une allocation de fin de droit (sous des conditions particulières).

L'attribution de l'indemnité a lieu tous les jours et ce pour une durée minimum de 3 et maximum de 18 mois (prolongations possibles), la durée exacte de l'allocation de base dépendant de la durée de l'affiliation et de l'âge. La durée du versement pour le régime de solidarité est indéterminée.

Le salaire de référence pour le calcul de l'allocation de base, est le salaire cotisable des 12 derniers mois, avec un plafond salarial de 33 960 FF par mois.

Le chômeur reçoit en tant qu'allocation de base, un montant égal à 40FF + 42% du salaire de référence, avec un minimum journalier de 95FF. L'allocation de fin de droit est de 40 FF par jour. Après examen des ressources, le chômeur bénéficiaire du régime de solidarité reçoit également 40 FF par jour, éventuellement majoré suivant la situation et l'âge.

Les préretraites, prises en charge par l'état bénéficient aux salariés de 55 ans ou plus, ayant travaillé au moins un an dans les 5 dernières années, appartenant au moins déjà 10 ans à la sécurité sociale, n'ayant pas droit avant l'âge de 60 ans à une pension de vieillesse (anticipée) au montant intégral, et n'ayant pas demandé la liquidation d'une pension de retraite. Les préretraités reçoivent un montant équivalant à 65% du salaire journalier de référence et ce jusqu'à l'âge de 60 ans.

En cas de chômage partiel, c.à d. de fermeture temporaire ou d'une réduction de l'horaire (moins de 40 heures par semaine), affectant au moins 20% du personnel, il est payé une indemnité égale à 9 FF par heure ou égale à 50% du salaire horaire brut perdu.

L'allocation de base ne peut être cumulée avec l'assistance chômage. Le régime de solidarité ne peut être cumulé avec les allocations aux vieux travailleurs, ni avec les pensions d'invalidité. Normalement il n'y a en outre pas de cumul possible avec d'autres prestations de l'assurance sociale.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE EN FRANCE.

INTRODUCTION

Le système français de sécurité sociale, tout en constituant un service public, ne dispose pas du monopole de la protection sociale. Il co-existe avec d'autres institutions de caractère privé qui assument une protection sociale ou individuelle complémentaire : la mutualité, les institutions de prévoyance privées et les compagnies d'assurance.

En effet, en faisant supporter aux assurés sociaux le ticket modérateur en matière de prestations en nature, et en limitant les prestations en espèces par l'existence d'un plafond de cotisations devenu d'ailleurs fictif en matière d'assurance maladie, la sécurité sociale a laissé, dès son origine en 1945, un espace libre pour le développement d'une protection complémentaire de nature facultative et privée.

La mutualité, après avoir servi de matrice au système de sécurité sociale et dont on soupçonnait le déclin, a connu, à partir de 1960, un essor considérable en prenant en charge le remboursement du ticket modérateur et permettant ainsi aux assurés sociaux mutualistes d'accéder à la gratuité des soins de santé. Actuellement une population de 25 millions de personnes bénéficie d'une couverture mutualiste complémentaire et milite pour le principe du "droit à la santé".

Les institutions de prévoyance privées, elles-mêmes prévues par le code de sécurité sociale (1) ont été constituées, le cas échéant, par voie conventionnelle sur une base professionnelle ou interprofessionnelle, plus rarement sur une base d'entreprise, afin de compléter ou suppléer certaines prestations de sécurité sociale. Les régimes de retraite complémentaires des cadres (A.G.I.R.C.) et des autres salariés (A.R.R.C.O.), ainsi que l'assurance chômage gérée par l'U.N.E.D.I.C. ont été institués sur des bases professionnelles et inte. professionnelles avant que le législateur n'intervienne pour rendre ces régimes obligatoires (retraites complémentaires) ou coordonner leur activité (assurance chômage et aide sociale aux chômeurs).

Les compagnies d'assurances ont dans un premier temps, exploité le filon de l'assurance-vie laisser pratiquement à découvrir par l'insignifiance de l'assurance-décès de la sécurité sociale. Puis, profitant du concours par elles apporté au fonctionnement des régimes de retraite complémentaires, (gestion des réserves

financières) et à la gestion de la sécurité sociale des exploitants agricoles (assurance maladie, maternité et accidents) et des travailleurs indépendants non agricoles (assurance maladie, maternité) elles se sont avisées de concurrencer les sociétés mutualistes en offrant aux entreprises des contrats d'assurance-groupe notamment en matière de maladie, invalidité et décès. (2)

A ses débuts, la crise économique a engendré une situation contrastée et marquée notamment :

- d'une part, par la généralisation de la sécurité sociale à la frange de la population jusqu'alors exclue (2 % environ), la quelle est devenue quasiment effective au 1er janvier 1978;
- d'autre part, par des ajustements successifs tendant, outre une compensation interrégime, à réaliser ponctuellement l'équilibre financier du système de sécurité sociale à l'aide de majorations des cotisations plus ou moins acceptées et de réductions des prestations assez généralement compensées par le réseau des prestations complémentaires.

Mais l'ampleur de la crise qui se traduit par 3 millions de personnes sans emploi (chômeurs, préretraités, stagiaires en formation, etc. ...), conduit à une dégradation sensible de la protection sociale financée par des cotisations obligatoires (3) prélevées, à partir des revenus professionnels, sur les assurés sociaux en activité et les entreprises. Cette situation favorise notamment, sous l'impulsion du patronat (C.N.P.F.) et des idées libérales qui préconisent un allègement des charges sociales des entreprises afin de les rendre plus compétitives sur le plan international, un processus de privatisation de la protection sociale, néanmoins très feutré et fort timide en raison d'une forte opposition syndicale et des forces politiques qui la soutiennent.

C'est donc dans ce contexte qu'il convient de situer les mesures prises par les autorités publiques à cet effet et le débat qui se déroule à ce propos en France dans le cadre d'une campagne électorale législative et régionale.

I. LES MESURES PRISES PAR LES AUTORITES PUBLIQUES

Les mesures intervenues jusqu'ici ne procèdent pas d'une logique clairement affirmée mais d'interventions ponctuelles qui reflètent les difficultés politiques à limiter la protection sociale obligatoire et étendre une protection d'ordre privé.

Comme le système français de sécurité sociale est assorti de deux importantes institutions complémentaires ayant acquis un caractère obligatoire soit par voie législative (retraites complémentaires) ou conventionnelle (assurance-chômage) et pratiquant le même mode de financement (prélèvement des cotisations à partir des revenus professionnels), l'utilisation du vocable de protection sociale obligatoire paria ici plus judicieuse que celui de sécurité sociale dont la consonnance organique risquerait de prêter à confusion.

A - LES LIMITES DE LA PROTECTION SOCIALE OBLIGATOIRE

Jusqu'ici on n'a guère assisté en France à une limitation importante de la protection sociale obligatoire en raison de la conjoncture politique, mais plutôt à un grignotage des prestations sociales parfois inquiétant comme en matière de chômage. En effet, la mise en oeuvre de la généralisation de la sécurité sociale qui a coïncidé avec le début de la crise économique et les avancées sociales réalisées au cours des années 1981 - 1983, avec notamment l'avancement de l'âge normal de la retraite à 60 ans, ont permis d'éviter des dérapages dangereux.

Dans ce contexte, les problèmes posés par la crise se sont d'avantage cristallisés sur le financement de la protection sociale obligatoire que sur ses limitations provoquant d'ailleurs un regain d'allergie du patronat. Celui-ci cherche, en effet à profiter de la crise économique pour obtenir une réduction des charges sociales qui pèsent sur les coûts de la main-d'oeuvre.

Par contre les organisations privées n'ont pas été appelées à jouer, depuis la crise économique, un rôle plus important dans l'administration de la sécurité sociale qu'auparavant. Elles semblent plutôt destinées à opérer à la périphérie de la sécurité sociale du moins pour l'instant.

a) Le grignotage de la sécurité sociale

Dans le cadre des ajustements successifs consistant à augmenter les cotisations et à réduire les prestations afin de rétablir périodiquement l'équilibre financier de la sécurité sociale, la réduction des prestations a été pratiquement limitée à

- d'une part, à une majoration du ticket modérateur jadis fixé uniformément à 20 % et qui actuellement varie de 20 % (frais d'hospitalisation), à 60 % (médicaments dits de "confort"),
- d'autre part, à une revalorisation périodique des prestations familiales et des pensions et rentes viagères d'invalidité, de vieillesse et d'accidents du travail, très souvent inférieure à l'évolution du coût de la vie.

Au cours des années 1979-1980, une phase de limitations plus importantes devait être amorcée d'une part avec la proposition de loi Berger (4) laquelle doit être retirée devant le tollé de protestations qu'elle avait soulevé au profit du plan Barrot (5) et d'autre part, la convention médicale conclue en 1980 (6).

Le Plan Barrot prévoyait principalement :

- l'instauration d'un ticket modérateur d'ordre public c'est-à-dire obligatoirement laissé à la charge des assurés sociaux sans pouvoir être remboursé par aucun système d'assurance complémentaire, mais qui n'a jamais pu être mis en oeuvre en raison de son impopularité;

- l'imposition d'une franchise, non remboursable par la sécurité sociale, pour certains grands malades jusqu'alors exonérés du ticket modérateur,
- la déconnexion de la sécurité sociale de l'inscription comme demandeur d'emploi, rejetant ainsi les chômeurs non indemnisés du champ de la protection sociale obligatoire, sauf à adhérer à l'assurance personnelle à leur charge exclusive ou, le cas échéant, à la charge de l'aide sociale;
- le renforcement du contrôle médical de la sécurité sociale afin de surveiller étroitement les incidences financières des prescriptions médicales plutôt que la santé des malades (7).

La convention médicale conclue en 1980 a ajouté à l'arsenal précédent : système de self-contrôle des prescriptions médicales par le corps médical lui-même et réglementation du droit à dépassement permanent des honoraires médicaux, l'institution d'un double secteur en matière d'honoraires médicaux permettant aux médecins conventionnés qui le désirent de pratiquer des tarifs libres remboursés aux assurés sociaux sur la base des tarifs conventionnés, ce qui ouvre la porte à un déconventionnement progressif du corps médical pour peu que les pouvoirs publics freinent ou bloquent les tarifs conventionnés.

Les changements politiques intervenus en 1981 ont freiné dans un premier temps cette évolution. Les revalorisations substantielles des prestations familiales, du minimum vieillesse et de l'allocation aux handicapés adultes, ainsi que l'avancement de l'âge de la retraite, ont pu laisser croire à un renversement des perspectives avant de retomber progressivement dans la logique antérieure. Le plan Barrot n'a pas été totalement remis en question : le droit des chômeurs non indemnisés à la sécurité sociale n'a été rétabli qu'en matière d'assurance-maladie et maternité (8), et le ticket modérateur, d'ordre public, supprimé d'autant plus facilement qu'il était mort-né, à été remplacé par un forfait hospitalier laissé, réserve faite de quelques exceptions, à la charge des assurés sociaux au motif que l'hôpital assume aussi les frais d'hôtellerie. La convention médicale, a été renouvelée en 1985 en pérennisant le double secteur médical au détriment des assurés sociaux (9) et des centaines de produits pharmaceutiques ont été exclus de la nomenclature des médicaments remboursables.

Toutefois l'atteinte la plus grave portée à la protection sociale concerne néanmoins l'indemnisation du chômage en raison de l'état de détresse qui peut en résulter pour les chômeurs de longue durée. Au 1er avril 1984, les prestations d'assurance-chômage ont subi une réduction importante, laquelle sera encore partiellement aggravée à compter du 1er avril 1986. Depuis le 1er janvier 1984, les allocations de ressources et les contrats de solidarité permettant le départ anticipé à la retraite ont été mis en voie d'extinction en raison de l'avancement à 60 ans de l'âge normal à la retraite. Seul subsiste un système de pré-retraite à partir de 55 ans, désormais à la charge de l'Etat et limité, dans le cadre

des conventions conclues à cet effet avec le Fonds national pour l'emploi, aux entreprises en difficulté qui cessent totalement ou partiellement leurs activités. Le montant des pré-retraites F.N.E. est réduit, de 70 % du salaire antérieur, à 65 % dans la limite du plafond de sécurité sociale et à 50 % pour la fraction supérieure.

Le grignotage des prestations sociales a ainsi repris, après une brève parenthèse, son bonhomme de chemin, et ce, à défaut d'un financement à hauteur des besoins.

- b) Les effets de l'allergie patronale aux charges sociales
En règle générale, le patronat est allergique à tout système de cotisations sociales dès lorsqu'il ne contrôle pas l'utilisation des fonds. Cette allergie s'est encore accrue, ces dernières années, face au besoin de financement de la protection sociale que la compensation inter-régime instituée dans le cadre de la généralisation de la sécurité sociale n'a pas résolu. Il en est résulté un glissement de la charge financière des entreprises vers les assurés sociaux par transfert et extension des cotisations sociales et la recherche d'une fiscalisation des ressources de la sécurité sociale. Devant l'impossibilité matérielle de dresser un tableau exhaustif à ce sujet, nous ne retiendrons ici que les faits les plus significatifs (10).

C'est ainsi que la cotisation salariale d'assurance-maladie a été unilatéralement portée de 4,5 à 5,5 % à compter du 1er août 1979 et entièrement déplafonnée à partir du 1er janvier 1980, alors que la cotisation patronale n'a été totalement déplafonnée qu'à compter du 1er janvier 1984 en contre partie d'une réduction du taux de cotisation de 13,45 à 12,60 %. La cotisation salariale d'assurance-vieillesse a également été portée de 4,7 à 5,7 % à compter du 1er juillet 1984, sans contre-partie patronale. Le financement de l'assurance-veuvage a été entièrement mis à la charge des assurés sociaux (0,1 % du salaire déplafonné).

En outre, les retraités, pré-retraités et chômeurs ont été mis à contribution pour faire face aux conséquences de la crise économique. Depuis le 1er juillet 1980 des cotisations de 1 % sur les pensions vieillesse de sécurité sociale et de 2 % sur les retraites complémentaires et les pré-retraites ont été instituées, ce taux ayant été porté à partir du 1er avril 1983 à 5,5 % pour les pré-retraites dont le montant est supérieur au salaire minimum (S.M.I.C.). Depuis le 1er avril 1982 une cotisation de 1 % est également prélevée sur les allocations de chômage dont le montant est supérieur au S.M.I.C.. Et depuis le 1er novembre 1982 une contribution de solidarité de 1 % des rémunérations a été mise à la charge des agents publics pour aider au financement de l'assurance chômage.

Cette politique de désengagement des entreprises en matière de financement de la protection sociale obligatoire coûte cher aux assurés sociaux. Et, comme elle n'a pas réussi à colmater les brèches d'une crise économique profonde, quelques mesures fiscales sont venues à l'appui : relèvements successifs de 3 % en 1967 à 15 % actuellement de la taxe additionnelle perçue sur les primes d'assurance des véhicules terrestres à moteur, création d'une taxe sur les alcools et la publicité pharmaceutique. La fiscalisation des prestations familiales dont le financement (9 % des salaires plafonnés) pèse uniquement sur les entreprises a été un moment envisagé, et en 1983 et 1984, une contribution de 1 % sur le revenu des personnes physiques avait été instituée dans ce sens au profit de la Caisse nationale des allocations familiales. Ce projet et son commencement d'exécution ont été par la suite abandonnés en raison de la saturation du système fiscal et d'une autre option politique.

En juin 1983, un livre blanc sur la protection sociale avait été publié par les pouvoirs publics afin de donner lieu à un vaste débat. Des hypothèses de travail y étaient envisagées notamment en vue d'une réforme du financement de la sécurité sociale : recours à la fiscalité de l'Etat, modulation des cotisations en fonction de la valeur ajoutée; institution d'un prélèvement exceptionnel sur l'ensemble des revenus. Ce plan a été brusquement abandonné pour un autre centre d'intérêt : la protection sociale complémentaire susceptible d'être d'autant plus étendue que la sécurité sociale serait réduite à une protection obligatoire minimum.

B - L'EXTENSION DES MESURES DE PROTECTION PRIVEE

L'insuffisance des prestations sociales obligatoires ont conduit, bien avant la crise économique, les assurés sociaux à rechercher une protection complémentaire d'ordre privé. Au fil des années tout un dispositif juridique et institutionnel a été mis en place à cet effet, avec ou sans la contribution financière des entreprises, mais bénéficiant rarement d'incitations financières publiques.

a) Le dispositif existant

Ce dispositif que nous avons déjà décrit dans l'introduction s'entend des sociétés mutualistes, des institutions de prévoyance dites en jargon technique "les institutions L 4 (11) et des compagnies d'assurances. Ces diverses institutions qui, en l'état actuel des choses assument un rôle complémentaire de la sécurité sociale, développent leur activité en ordre dispersé obéissant à leur propre dynamique :

- la mutualité, directement gérée par ses ressortissants, relève d'une optique auto-gestionnaire,
- les institutions L 4, gérées paritairement par des représentants des employeurs et des salariés, présentent un caractère cogestionnaire,

- les compagnies d'assurances, parmi lesquelles on peut classer la Caisse nationale de prévoyance (C.N.P.), déplaient selon les règles commerciales une activité lucrative.

Ce réseau d'institutions privées de la protection sociale ou individuelle offre, pour peu qu'il soit mieux harmonisé, le moyen d'alléger le système obligatoire de sécurité sociale, dont le mode de financement est mal supporté par les entreprises, en faisant glisser une fraction plus ou moins importante de la protection sociale obligatoire vers la protection privée que celle-ci soit individuelle à la charge exclusive des bénéficiaires, ou sociale avec un financement paritaire mieux contrôlé par le patronat.

Cette perspective est loin de faire l'unanimité car elle heurte de front les intérêts d'une population très fortement attachée à la sécurité sociale comme le confirment les sondages d'opinion. D'où la tactique permanente des pouvoirs publics de n'envisager aucune réforme globale de la sécurité sociale, mais d'agir par petites touches successives en matière de réduction des prestations sociales ce qui permet à la fois de contribuer à rééquilibrer les comptes financiers et "à pousser" discrètement les assurés sociaux en direction du réseau de prévoyance privée, quitte à monayer quelques hésitations afin de provoquer un phénomène d'entraînement.

b) Les incitations financières

En ce qui concerne notre propos les incitations financières concernent principalement :

- d'une part, la prise en charge conjoncturelle de tout ou partie des cotisations patronales de sécurité sociale soit pour aider des entreprises en détresse, soit pour favoriser l'emploi des jeunes,
- d'autre part, l'octroi d'exemptions fiscales destinées à encourager l'épargne et à la canaliser vers des objectifs économiques ou sociaux considérés comme prioritaires.

En matière sociale, si les institutions privées qui pratiquent une activité de solidarité, et notamment la mutualité, bénéficient d'un régime fiscal plus favorable que celui des compagnies d'assurances lesquelles poursuivent une activité lucrative, l'assurance-vie et les diverses formes d'épargne retraite dites rentes-survie font l'objet de déductions d'impôts de la part des souscripteurs (12). Or l'assurance-vie notamment dans sa forme populaire est loin de jouer le rôle de prévoyance qu'on lui prête. Deux auteurs D. Kessler et D. Strauss-Kahn écrivent dans leur étude sur l'épargne et la retraite (13) :

"L'assurance-vie "populaire" a été introduite en France en 1910 pour permettre aux couches modestes de constituer une épargne (en cas de vie) ou de se prémunir contre certains risques (en cas de décès). On compte à l'heure actuelle près de huit millions de contrats. Les encaissements annuels atteignent 2,8 milliards de francs et les provisions mathématiques près de 14 milliards.

Les contrats de l'assurance populaire sont particuliers : non seulement les garanties sont plafonnées (14), mais les formalités du contrat sont simplifiées et les primes, de périodicité rapprochées sont payables au domicile du souscripteur.

Ces contrats populaires portent bien leur nom. En effet, les souscripteurs appartiennent aux couches les plus défavorisées, ouvriers, chômeurs, femmes seules, disposant d'une éducation qui leur permet rarement de comprendre les termes du contrat d'assurance que vient leur présenter un démarché appartenant souvent au même milieu qu'eux. La plupart des souscripteurs sont très jeunes et ils signent des contrats qui les engagent souvent sur plus de 35 ans à verser des primes mensuelles de 100 à 500 frs qui viennent amputer un salaire dont la moyenne est de l'ordre d'une fois en demie le S.M.I.C..

Véritable rente pour les compagnies d'assurances, ces contrats sont dans la très grande majorité très défavorables aux souscripteurs. Les chargements sont extrêmement élevés. La surtarification de l'assurance-vie populaire par rapport aux assurances-vie de la grande branche varie de 45 % à 80 %.

Les contrats n'arrivent quasiment jamais à leur terme. On peut estimer qu'un contrat sur deux est rompu au bout de deux ans. Or si l'assuré n'a pas versé au minimum trois années de primes (15), le contrat est annulé sans compensation pour l'assuré. Autrement dit, deux personnes sur trois qui versent une prime d'assurance-vie populaire la versent en pure perte.

Et même lorsque l'assuré ne rompt pas son contrat la rentabilité de l'assurance populaire est très faible en raison d'une participation aux bénéfices très limitée et de chargements extrêmement lourds. Enfin, en raison de la modicité de leur revenu, les souscripteurs d'assurance-vie populaire bénéficient peu de la déduction fiscale des primes qu'ils versent.

Signalons que trois sociétés nationalisées après la guerre, l'A.G.F., l'U.A.P. et le G.A.N.; font 63 % du chiffre d'affaires de la branche populaire de l'assurance-vie.

Plus loin les mêmes auteurs soulignent qu'il existe d'autres produits d'assurance-vie et de retraite par capitalisation plus attrayante, qui s'adressent à des catégories sociales plus aisées et par conséquent, plus à même de bénéficier des exemptions fiscales.

L'utilisation ainsi faite de l'assurance-vie et de la rente survie par les compagnies d'assurances donne un relief particulier au débat relatif à la privatisation de la protection sociale.

II. LE DEBAT SUR LA PRIVATISATION EN MATIERE DE PROTECTION SOCIALE

L'attachement de la population à la sécurité sociale, surtout en période de crise économique où le caractère obligatoire de cette institution sociale étant encore mieux ressentie comme une garantie indispensable, tout débat à ce sujet est particulièrement scabreux. Ni les pouvoirs publics, ni les partis politiques n'entendent heurter de front une population inquiète de son devenir et préfèrent aux grands projets de réforme, un pilotage à vue. Dans ces conditions à souvent plus d'importance que les propos affichés surtout en période électorale et il est très difficile d'établir un inventaire réellement fiable d'un débat souvent fuyant. Par la force des choses nous nous limiterons ici à en relever les principales tendances aux niveaux des pouvoirs publics, des partis politiques, des partenaires sociaux ainsi que dans le domaine de la recherche.

A. L'ATTITUDE DES POUVOIRS PUBLICS

L'attitude des pouvoirs publics est toute empreinte d'ambiguïté et il n'est pas facile d'en saisir les intentions surtout lorsqu'elles sont sujettes à variations. Certes le Président de la République a tenu des propos chaleureux à l'égard de la sécurité sociale lors de la célébration de son 40ème anniversaire: "Je dis non au démantèlement de la sécurité sociale, au rejet des plus pauvres, à la sélection des risques". (16) Mais il n'en demeure pas moins que le grand débat jadis envisagé autour du Livre Blanc de la protection sociale (17) a été purement et simplement escamoté au profit d'un groupe de travail interministériel sur la protection sociale complémentaire, lequel a produit le rapport Gisserot axé sur la privatisation et projetant en filigrane l'idée d'un Code de la prévoyance destiné à harmoniser l'activité des institutions privées en faisant notamment la part belle aux compagnies d'assurances au détriment des sociétés mutualistes (18). La récente réforme du code de la mutualité (19) a, dans cette perspective, refusé de consacrer le monopole aux sociétés mutualistes de la prévoyance complémentaire en matière de santé.

Si le premier projet de loi, relatif aux opérations de prévoyance, élaboré à partir du rapport Gisserot (20) a été retiré à défaut de pouvoir être discuté au cours de la législature qui vient de s'achever, un autre sujet de controverse est apparu : les conditions dans lesquelles il a été procédé à la recodification de la sécurité sociale. La ratification du nouveau code destiné à clarifier la répartition des compétences entre le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif et initialement prévue dans un projet de loi, (21) est intervenue sans débat parlementaire par simple décret. Sans préjuger de sa légalité, un tel procédé qui consiste à établir la partie législative du code de sécurité sociale par voie réglementaire et à rejeter, par exemple, la détermination de l'âge de la retraite dans la partie réglementaire, c'est-à-dire à

la discrétion du seul pouvoir exécutif, alors qu'il s'agit en fait, sinon en droit, d'une question fondamentale par excellence (22); est de nature à éveiller des suspensions. Il a entraîné en l'occurrence, la protestation de toutes les organisations syndicales de salariés (23).

Les initiatives désordonnées des pouvoirs publics soufflant le chaud, pratiquant le froid, désorientent une opinion publique inquiète.

B. LA POSITION DES PARTIS POLITIQUES

Dans le débat actuel, surtout électoral (24) la position des partis politiques se divise selon le clivage traditionnel gauche/droite même s'il existe parfois plus que des nuances dans les camps respectifs. Toutefois une constatation frappante s'impose : aucun parti politique quel qu'il soit ne dispose d'un projet de réforme de la sécurité sociale. Tous se positionnent sur de grands principes dont les conditions et les moyens de mise en oeuvre demeurent plus ou moins flous afin de ne pas liguer contre eux des intérêts opposés.

A gauche, les partis socialistes et communistes se prononcent, par principe, contre toute privatisation de la sécurité sociale, mais se comportent sur le fond de manière différente.

Le parti socialiste qui est, au moment où ces lignes sont écrites, massivement représenté au gouvernement et majoritaire à l'Assemblée nationale se trouve parfois en contradiction entre son discours classique et les compromis inévitables imposés par l'exercice du pouvoir au gré des rapports de force en présence. Aussi le divorce qui émerge entre les positions affirmées et la réalité vécue laisse toujours l'observateur perplexe sur la part des choses : duplicité, contradictions internes, pressions extérieures ? La tendance aux compromis risque encore de s'accroître au cas d'un futur gouvernement de cohabitation et la résistance du parti socialiste de faiblir encore face à une pression, parfois même interne, des idées libérales en faveur d'une large privatisation de la protection sociale. Mais en politique, rien n'est jamais joué à l'avance !

Le parti communiste bien qu'ayant beaucoup perdu de son influence ces dernières années maintient sa volonté de conserver à la sécurité sociale sa dynamique originelle et d'accroître son champ d'activité pour faire face aux dégâts sociaux causés par la crise économique. Cette perspective implique selon lui, outre une politique impérative de l'emploi et de la relance économique, la nécessité de dégager des ressources nouvelles notamment en modulant les cotisations prélevées sur les entreprises en fonction de la valeur ajoutée et de la création d'emplois, et en taxant les autres valeurs mobilières ou immobilières en fonction de leur propension spéculative.

Avec ses deux fers au feu et les valeurs traditionnelles qu'elle représente, la gauche demeure malgré ses désaccords, et en raison des sursauts dont elle est capable, le seul rempart de la sécurité sociale susceptible d'éviter une trop grande dérive vers la privatisation et la multiplication des inégalités sociales.

La droite, malgré sa querelle des trois chefs (25), se retrouve unie sur la base de la plate-forme du R.P.R. et de l'U.D.F.. Sans remettre fondamentalement en cause de la sécurité sociale, cette plate-forme (26) se prononce pour une large privatisation de la protection sociale en matière de santé et de retraite en ces termes :

- Santé : "L'objectif est de préserver la qualité des soins, de maîtriser les coûts et de limiter les charges obligatoires résultant du système. Dans le cadre de la solidarité qui est celui de l'assurance maladie obligatoire, chacun doit pouvoir s'adresser à l'organisme de son choix pour la protection complémentaire qu'il souhaite; les conditions de prises en charge étant alors définies entre organismes de garantie et dispensateurs de soins." (...)
- Retraite : "Le régime de protection vieillesse doit permettre à chaque Français de choisir l'âge de son départ en retraite et de bénéficier de ressources en relation avec les cotisations versées.

Partir à soixante ans est un droit qui sera maintenu pour tous ceux qui le désirent, mais les conditions d'une vraie retraite à la carte devront être créées par la diversification des formules et la garantie de véritables conditions de choix.

La solidarité restera naturellement assurée dans le cadre du régime général obligatoire, financé par cotisations et redistribué suivant le principe de répartition. Mais, prolongeant ce système, la responsabilité individuelle doit trouver à s'exercer par le moyen de régimes complémentaires volontaires, gérés par l'ensemble des organismes de prévoyance. Il convient à cet effet, d'encourager la constitution de systèmes de retraite facultatifs fondés sur la capitalisation et sur l'épargne.

Ses formes diversifiées d'aide aux plus défavorisés seront mises en place."

La couleur des intentions est ainsi clairement annoncée.

C. LA REACTION DES PARTENAIRES SOCIAUX

Aux partenaires sociaux classiques, c'est-à-dire le patronat représenté majoritairement par le C.N.P.F. et les organisations syndicales de salariés nous ajouterons la mutualité qui, pour des

raisons historiques, constitue le partenaire privilégié de la sécurité sociale et du monde syndical.

Le C.N.P.F. adhère pleinement à la perspective d'une large privatisation de la protection sociale dont il a soufflé l'esprit et qui correspond à son souhait d'alléger les charges sociales afin de réduire les coûts de main-d'oeuvre et de rendre les entreprises plus compétitives au plan international.

A l'inverse, les organisations syndicales des travailleurs demeurent dans leur diversité très profondément attachées à l'institution de la sécurité sociale dont le caractère obligatoire constitue son impact social essentiel et prennent sa défense avec leur approche particulière. Il s'agit en effet, pour le monde du travail d'une conquête sociale désormais ancrée dans les moeurs. Certes elle peut impliquer, le cas échéant, quelques sacrifices pour conserver son efficacité mais il serait nuisible de réduire son champ d'activité au profit de la prévoyance privée qui sous prétexte de responsabilisation des intéressés conduit inéluctablement à une protection sélective fondée sur l'argent et le rejet des infortunés au ban de l'assistance. A cette position fondamentale, s'ajoute une raison affective, la représentation majoritaire des organisations syndicales au sein des organismes du régime général de la sécurité sociale. Dans ce contexte, toute remise en cause de la sécurité sociale ne peut que lier le ciment d'une opposition syndicale.

De son côté, la mutualité placée devant la concurrence des compagnies d'assurances s'est longtemps appuyée sur les organisations syndicales des salariés afin de "soustraire la prévoyance, au secteur du profit", et de "délimiter le rôle des institutions de prévoyance, en laissant en particulier à la mutualité l'exclusivité de la couverture complémentaire des prestations en nature." (27) Par la suite, la Fédération nationale de la mutualité française (F.N.M.F.) a abandonné cette position pour l'idée d'un code de bonne conduite opposable aux compagnies d'assurances, ce qui a pratiquement consommé une "scission" plus ou moins latente, au sein de la mutualité (28). Toutefois, la F.N.M.F. et sa rivale n'en continuent pas moins séparément à défendre, tout comme les organisations syndicales, la sécurité sociale contre un extension de la prévoyance privée. La sécurité sociale constitue, en effet le socle déterminant qui permet à la grande masse des mutualistes d'accéder à une protection complémentaire; si ce socle vient à être ébranlé, c'est tout l'édifice mutualiste qui risque d'être compromis (29).

Ainsi à l'exception du C.N.P.F. (patronat) et de la position ambiguë de la Confédération générale des cadres (C.G.C.) (30), l'ensemble des organisations syndicales des salariés est plutôt réfractaire à une extension de la prévoyance privée au détriment des prestations obligatoires de la sécurité sociale, et plus particulièrement au profit des compagnies d'assurances qui ont une mauvaise image de marque dans l'opinion publique.

D. LE DOMAINE DE LA RECHERCHE

Le domaine de la recherche sur le problème de la privatisation de la protection sociale est plus particulièrement investi par les compagnies d'assurances qui animent, commanditent et publient avec le secret espoir d'en percevoir les dividendes. Par exemple, l'étude "L'épargne et la retraite" publiée sous la signature de D. Kessler et D. Strauss-Kahn déjà signalée si-dessus a été réalisée par le Centre de recherche économique sur l'Epargne (C.R.E.P.) pour l'Association internationale pour l'étude et l'économie de l'assurance dite "Association de Genève".

Par ailleurs plusieurs colloques ont déjà été organisés autour de ce thème, particulièrement à la mode, dont deux d'importance le même jour (31) :

- l'un par la revue Droit social sur l'entreprise et la protection sociale complémentaire (aspects juridiques).
- l'autre par l'Association internationale Futurible et le Comité d'action pour la productivité dans l'assurance (C.A.P.A.) sur l'avenir de la protection sociale et l'assurance (prospective).

Du côté des pouvoirs publics, les recherches entreprises conjointement par le Commissariat général du Plan et par la mission recherche-expérimentation du Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale demeurent plus sereines dès lorsqu'il s'agit de prévoir l'impact des transferts sociaux susceptibles de résulter d'une plus large privatisation de la protection sociale.

Il est vrai que les experts du Plan, dans un document sur l'an 2000 : "Faire gagner la France", écrivent à ce propos : "Tout déplacement d'activité de la sphère collective vers le marchand conduirait certes à une baisse des prélèvements obligatoires, mais au prix de poussées inflationnistes non négligeables. Il est clair que ce choix n'est pas d'ordre économique (...). L'ajustement par le marché a le mérite de laisser s'exprimer la demande, de dispenser le pouvoir politique de certains arbitrages éventuellement gênants et mobiliser les vertus stimulantes et la concurrence... En revanche, il est par nature inapte à toute redistribution horizontale ou verticale, et, plus généralement, à toute action volontariste tendant à modifier les structures sociales."

Dans ce domaine si convoité, l'aspect militant de la recherche semble, du moins pour l'instant, prendre le pas sur son aspect scientifique même, si parfois, ces deux aspects peuvent harmonieusement se compléter.

NOTES

1. - Article L.4 du code de la sécurité sociale.
2. - Articles L.44. et suivants du code des assurances.
3. - Les cotisations obligatoires plus de 75 % du financement de la sécurité sociale et très probablement plus de 90 % de l'ensemble de la protection sociale.
4. - Proposition n° 1164 enregistrée le 14 juin 1979. Voir Henry Berger : La sécurité sociale pendant le VIII° plan : comment faire face ? Droit Social 1981.24.
5. - Le plan Barrot a notamment donné lieu à deux lois n° 79.1129 et 1130 du 28 décembre 1979 et deux décrets n° 80.8 du 8 janvier 1980 et n° 80.24 du 15 janvier 1980.
6. - Voir notamment Michèle Harichaux-Machu : La convention médicale. La semaine juridique 1982.1.3068.
7. - Voir notamment F. Perdriel : Réflexion sur le contrôle médical de la sécurité sociale. Revue droit sanitaire et social 1984.135.
8. - En vertu de la combinaison des articles L.242.4 et L.253 du code de sécurité sociale. Toutefois le droit à l'assurance invalidité vient d'être rétablie par la loi n° 86.76 du 17 janvier 1986.
9. - Au 31 décembre 1984 on estimait officiellement à 0,80 % le nombre de médecins placés hors convention et à 11,20 % ce lui des médecins pratiquant des "honoraires libres" sous couvert de la convention médicale et 8,3 % les médecins bénéficiaires d'un droit à dépassement permanent.
10. - Pour une documentation plus précise voir notamment Yves Saint-Jours : Le droit de la sécurité sociale. L.G.D.J. 1984
11. - En raison de leur légitimation par l'article L.4 du code de la sécurité sociale.
12. - Il s'agit en l'occurrence d'une réduction annuelle d'impôts égaux à 25 % des primes annuelles versées dans la limite de 1000 francs plus 250 francs par enfant à charge en assurance-vie et de 1750 francs plus 375 francs par enfant en assurance-survie.
13. - D. Kessler et D. Strauss-Kahn : L'épargne et la retraite. Economica 1982 pages 108 et 109.
14. - Les garanties sont fixées à une fois et demi le plafond de la sécurité sociale soit au 1er janvier 1985, la somme de 18.830 francs.
15. - Délai ramené à deux ans à compter du 1er janvier 1982.
16. - Allocation de F. Mitterand, président de la République le 4 octobre 1985 au Palais des Congrès. Droit social 1985.781
17. - Publié en juin 1983 par le Ministère des Affaires Sociales et de la Solidarité Nationale.
18. - Loi n° 85.773 du 25 juillet 1985 portant réforme du code de la mutualité.

19. - Le rapport Gisserot, daté de janvier 1985 a été rendu public au début de l'été 1985, sans avoir été officiellement publié à ce jour.
20. - Voir l'analyse de ce projet de loi dans les Liaisons sociales. Documents n° 122/85 du 28 octobre 1985.
21. - Projet de loi n° 3097 du 20 novembre 1985, portant aménagements et simplifications relatifs à la protection sociale et portant ratification du code de la sécurité sociale.
22. - L'âge de la retraite dans les divers régimes légaux d'assurance-vieillesse est, en règle générale, fixé par voie législative.
23. - En l'occurrence toutes les organisations syndicales représentatives en la matière : C.G.T., C.G.T. Force-Ouvrière, C.F.D.T., C.F.T.C. et C.G.C..
24. - Dans le cadre des élections législatives et régionales du 16 mars 1986.
25. - MM. Giscard d'Estaing, J. Chirac et R. Barre dont chacun d'eux a des visées personnelles pour l'élection présidentielle de 1988.
26. - "Plate-forme pour gouverner ensemble" signée par J. Chirac et J. Lecanuet et approuvée par R. Barre.
27. - Déclaration commune du 20 février 1978 de la F.N.M.F. et de la F.N.M.T., et des organisations syndicales : C.G.T., C.G.T. Force-Ouvrière, C.F.D.T., C.F.T.C. et F.E.N. (à l'exception de la C.G.C. (cadres) qui n'a jamais caché ses préférences pour les compagnies d'assurances).
28. - Les opposants très minoritaires se sont pour la plupart d'entre eux, regroupés au sein de la Fédération des mutuelles de France, issue de la Fédération nationale des mutuelles de travailleurs (F.N.M.T.) proche à l'origine de la C.G.T..
29. - La baisse des revenus résultant de la crise et une majoration des coûts de la protection complémentaire sont très susceptibles d'entraîner un phénomène de désaffection de la mutualité.
30. - La C.G.C. demeure attachée à la sécurité sociale pour la bonne raison que toute régression de celle-ci rend plus problématique l'accès à la "complémentarité".
31. - Le 31 janvier 1986, et dont une séance de chacun d'eux; a été présidée par Michel Albert, Président des Assurances Générales de France ce qui ne manque pas de signification.

Chapitre VIII.

REPUBLIQUE FEDERALE ALLEMANDE

I. LE SYSTEME DE LA SECURITE SOCIALE.

Plus que dans aucun autre pays de la Communauté européenne, le droit de la sécurité sociale de la République fédérale est imprégné du droit constitutionnel. Ne mentionnons ici que l'importance attribuée à certains droits fondamentaux, tels que: la protection de la dignité humaine (art.1), la liberté personnelle et le droit à l'intégrité corporelle (art.2), le principe d'égalité (art.3), la liberté du choix de l'emploi (art.12), la protection de la propriété (art.14),...Une mention spéciale mérite l'article 6 plaçant le mariage et la famille sous la protection spéciale de l'Etat (§1), donnant à chaque mère un droit à la protection et à l'aide sociale de la communauté (§5) et proclamant le principe de l'égalité des enfants naturels et légitimes (§6).

L'article 20 de la loi fondamentale proclame en son § 1: "La République fédérale allemande est un état fédéral, social et démocratique". Partant de cette disposition (ainsi que de la disposition similaire de l'art.28 relative aux états membres de la Fédération), la jurisprudence et la doctrine ont élaboré le très important principe de l'Etat social ('Sozialstaatsprinzip'), dont la signification ne se laisse pas résumer dans le présent aperçu du droit de la sécurité sociale allemande. Tant importants que se sont avérés pour le droit de la sécurité sociale les dispositions constitutionnelles à portée assez générale susmentionnées, tant peu importantes sont les dispositions relatives aux droits sociaux des constitutions des états, ou encore, les droits de sécurité sociale énoncés aux §§ 2-10 du Code de sécurité sociale - Partie générale (SGB-AT).

Administration et financement

La sécurité sociale ressort de la compétence du Ministère du Travail et des Affaires Sociales, de l'Office Fédéral d'Assurance et des Ministères du Travail des Länder. L'Office Fédéral d'Assurance est un organisme public, contrôlant les organismes d'assurance dont la compétence territoriale dépasse les limites d'un Land; si cela n'est pas le cas, l'organisme d'assurance est sous le contrôle du Land. En ce qui concerne les allocations familiales, les compétences sont partagées entre le Ministère du Travail

et des Affaires Sociales (exécution) et le Ministère de la Jeunesse, de la Famille et de la Santé (réglementation).

Les prestations en cas de maladie/maternité sont administrées par la Confédération des Caisses de Maladie, c.à.d. l'association des caisses locales, des caisses d'entreprise, des caisses de l'artisanat et des caisses subsidiaires.

L'Institut Fédéral d'Assurance des Employés ou les Organismes Régionaux d'Assurance pour Ouvriers organisent la protection en cas d'invalidité et de vieillesse ou en faveur des survivants; les associations professionnelles ou les organismes fédéraux ou régionaux (pour fonctionnaires) le font en cas d'accidents du travail ou maladies professionnelles. Enfin, les allocations familiales et l'assurance chômage sont aux mains de l'Office Fédéral du Travail et de ses offices régionaux ou locaux.

Les travailleurs paient en moyenne 5,73% de leur salaire pour la branche 'maladie', les employeurs en faisant de même. Les taux exacts varient selon les statuts des caisses. Il y a un plafond annuel de 46 800 DM, correspondant à 75% du plafond de l'assurance-pension des ouvriers. En outre, les deux partenaires sociaux paient chacun 9,25% du salaire, plafonné à 62 400 DM, pour les branches 'invalidité', 'vieillesse' et 'survivants'. Ils paient 2,3% (même plafond) pour l'assurance chômage.

Pour les risques professionnels, il est payé une cotisation calculée sur la masse salariale brute et tenant compte du degré du risque d'accident dans la branche industrielle concernée (plafond entre les 60 000 et 96 000 DM par travailleur).

L'état rembourse un forfait de 400 DM pour chaque indemnité de maternité versée, ainsi que l'indemnité de congé de maternité prolongé. Il y a aussi des subventions annuelles de l'état en faveur des branches 'invalidité', 'vieillesse' et 'survivants' établies en fonction des fluctuations du salaire de base général. En outre, l'état couvre le déficit éventuel de l'assurance et de l'assistance en cas de chômage. Les allocations familiales sont financées par le budget fédéral.

En principe le régime de répartition est applicable aux prestations à long terme; il est complété par la constitution d'une réserve.

Soins de santé

Les soins de santé sont régis par la 'Versicherungsordnung' du 19 juillet 1911 (maintes fois modifiée). Sont bénéficiaires du régime de soins de santé, tous les travailleurs exerçant une activité rémunérée et les personnes en formation professionnelle, les pensionnés, les chômeurs, les personnes qui - en vertu de mesures de formation professionnelle - touchent des indemnités transitoires, les handicapés occupés dans des ateliers protégés et les étudiants de l'enseignement supérieur,

ainsi que leurs conjoints, enfants et autres membres de la famille à charge, pour autant que leurs revenus mensuels soient inférieurs à 455 DM. Pour les employés, il existe un plafond d'affiliation de 46 800 DM par an. Les pensionnés bénéficient des prestations en nature pour eux-mêmes et les membres de leur famille, payant aujourd'hui une cotisation de 5% de leur pension.

Les soins sont attribués dès le début de la maladie et ce pour une durée illimitée. Lorsque le salarié quitte l'assurance, le versement des prestations prend fin 26 semaines après la date à laquelle le salarié cesse d'être assuré.

L'assuré doit s'adresser aux médecins agréés par les caisses, groupés dans les 'Associations de Médecins de Caisse' régionales et fédérales, et éventuellement, aux médecins d'hôpital. Il existe une rétribution générale de l'Association sur base d'un montant forfaitaire par acte médical, d'un forfait par tête, d'un forfait par cas de maladie ou d'une combinaison des systèmes forfaitaires précités. L'Association répartit la rémunération globale entre les médecins de caisse d'après une clef de répartition convenue avec les fédérations de caisses. En outre, les caisses-maladie concluent des conventions avec certains établissements hospitaliers. Un libre choix de médecin (de caisse) est garanti à l'assuré, qui n'a pas d'honoraires à payer. Ce libre choix est également garanti en ce qui est des hôpitaux ayant passé un contrat avec la caisse-maladie. L'hospitalisation en chambre commune est gratuite, à l'exception d'une participation de 5 DM par jour de calendrier pendant 14 jours au maximum. La durée de la prise en charge est, en principe, illimitée.

Un traitement dans un sanatorium peut être accordé, si nécessaire, à condition d'une participation de l'assuré de 10 DM par jour. Pour ce qui est des cures, une contribution aux frais ou, le cas échéant, une prise en charge totale des frais est prévue, ainsi qu'une assistance aux convalescents, avec une participation de l'assuré de 10 DM par jour.

Les soins dentaires comprennent une prise en charge totale des frais par la caisse et une participation financière pour prothèses et couronnes dentaires. Dans certains cas, il s'agit d'une prise en charge totale ou partielle du solde à payer par l'assuré.

Une participation de l'assuré aux frais des produits pharmaceutiques, égale à 2 DM par médicament prescrit ou demandé, a été établie, sauf pour enfants ou dans des cas spéciaux. Les médicaments 'de confort' ne doivent plus être prescrits.

Une participation limitée à 4 DM par ordonnance est demandée en matière de prothèses, d'acoustique et d'optique.

En outre, des soins à domicile sont prévus, consistant d'une aide et de soins dispensés par infirmier. Il est également pourvu dans des examens de dépistage précoce de maladies d'enfant (jusqu'à 4 ans) et du cancer (examen annuel à partir de 20 ans pour les

femmes, à partir de 45 ans pour les hommes). Une aide de ménage peut être obtenue en cas d'hospitalisation; l'aide peut consister de l'aide d'une ménagère ou prendre la forme d'une subvention.

Assurance maladie maternité

Tous les travailleurs exerçant une activité rémunérée bénéficient d'indemnités pécuniaires en cas d'incapacité de travail après 1 jour de carence. Ce délai de carence est cependant supprimé si l'incapacité de travail résulte d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

La durée de l'indemnisation est limitée par maladie, à 78 semaines dans une période de 3 ans. Le montant des prestations s'élève à 80% du salaire normal (= le salaire des 4 dernières semaines soumises à cotisation, et ce jusqu'à un certain plafond); le montant ne peut être supérieur au salaire net. La loi sur le maintien du salaire prescrit le paiement continué du salaire par l'employeur pendant 6 semaines. Après 1 an, il y a adaptation des montants, comme décrit ci-dessous pour les pensions.

D'autres prestations peuvent être prévues par les statuts des caisses, allant au-delà des normes minima légales. Il existe une indemnité de maladie de maximum 5 jours par an, en cas de maladie d'un enfant. Enfin, il est pourvu en une allocation pour frais funéraires de 20 fois le salaire de base (minimum: 100 DM).

En cas de maternité, les femmes assurées ou l'épouse et les filles d'un assuré ont droit aux prestations en nature, c.à.d. les soins d'une sage-femme ou d'un médecin, de médicaments, etc..

Seules les femmes assurées elles-mêmes peuvent bénéficier d'une indemnité de maternité pendant le congé légal (de maternité) (a) à condition que se soient passées 12 semaines d'assurance entre le 10ème et le 4ème mois précédant à l'accouchement; les femmes salariées qui veulent recevoir l'indemnité pendant la prolongation (facultative) du congé légal (b) doivent être employées pendant 9 mois dans l'année précédant la naissance (7 mois en cas d'accouchement prématuré).

L'indemnité de maternité (payée uniquement en cas de suppression du salaire!) est versée 6 semaines avant et 8 semaines après l'accouchement (12 semaines en cas de naissance avant le terme ou en cas de naissances multiples) (a) ou jusqu'au jour où l'enfant a six mois (b).

Il y a maintien du salaire net (minimum de 3,5 DM par jour) ou paiement d'une indemnité de maladie ou d'un montant forfaitaire. Ce montant est de 150 DM pour les femmes assurées, les femmes salariées n'étant pas obligatoirement assurées, touchant au maximum 400 DM, plus un montant forfaitaire de 35 à 150 DM pour les cobénéficiaires (a). En cas de prolongation du congé (b), l'indemnité varie entre 3,5 et 17 DM par jour.

Il y a une prime d'accouchement de 100 DM.

Assurance invalidité

La branche 'invalidité' est organisée pour les ouvriers par la 'Reichsversicherungsordnung' de 1911 et pour les employés, par une loi du 20 décembre 1911, tous deux telles que modifiées ultérieurement.

Est considéré comme invalide, le travailleur qui, par suite de maladie ou d'infirmité, ne peut gagner que la moitié du gain normal d'un travailleur de même catégorie en formation et à qui ne peut être trouvé un emploi correspondant à sa situation professionnelle et sociale antérieure. Il s'agit alors d'un cas de 'Berufsunfähigkeit' (invalidité professionnelle) (a). Dans le régime de la 'Erwerbsunfähigkeit' (invalidité générale), est considéré comme incapable au travail, celui qui n'est plus capable d'exercer qu'une occupation lui procurant des revenus irréguliers ou infimes (b).

Les ouvriers et employés doivent être affiliés durant 60 mois dont 36 mois de cotisations obligatoires immédiatement précédant la survenance du risque. Cette condition est supposée être remplie quand l'assuré est devenu invalide ou est décédé à la suite de certaines circonstances. Les handicapés doivent totaliser au moins 240 mois d'assurance.

En plus un taux minimum d'incapacité de 50% (a) ou de 100% (b) est exigé. La prise en charge commence alors à partir de la fin du mois au courant duquel les conditions sont remplies. A l'âge de 65 ans au plus tôt, une conversion de la pension en une pension de vieillesse est possible, à condition que la personne intéressée ait rempli la durée minimum d'affiliation.

Le montant de la pension d'invalidité professionnelle (a) est calculé selon la formule suivante: $1\% \times n \times S \times c$; celui de la pension d'invalidité générale (b) selon la formule: $1,5\% \times n \times S \times c$; les symboles n, S et c correspondant respectivement au nombre d'années d'assurance (= les périodes de cotisation, les périodes complémentaires et les périodes équivalentes fictives, telles que des périodes de maladie de plus de 4 semaines, de réadaptation, de chômage, d'études au-delà de l'âge de 16 ans,...); le salaire de base général de 26 310 DM; et le coefficient individuel, correspondant à la moyenne du rapport pour chaque année entre le salaire brut de l'intéressé et le salaire brut moyen de tous les assurés (maximum de 2).

Le salaire annuel pris en compte, est plafonné à 62 400 DM. En outre, une double adaptation à la situation économique est prévue: la première par l'incidence automatique du salaire de base général dans la détermination du montant de la pension à sa liquidation, et la deuxième par la réévaluation de la pension suivant un coefficient déterminé par voie législative une fois par an.

En cas de cumul avec une pension d'accident du travail, la pension d'invalidité est suspendue pour autant que la somme des deux pensions dépasse 80% du salaire de base le plus haut.

Une réhabilitation est stimulée, si possible, par des prestations médicales et de formation professionnelle, ainsi que par d'autres mesures complémentaires, notamment des indemnités transitoires.

Pensions de retraite et de survie

Les mêmes textes que ceux qui régissent la branche 'invalidité', sont applicables en cas de vieillesse. Après au moins 60 mois d'assurance, les ouvriers et employés peuvent se retirer, à leur choix, entre leur 63ème et 67ème anniversaire (sinon l'âge de la retraite est fixé à 65 ans).

La formule pour calculer le montant de la pension est de $1,5\% \times n \times S \times c$; les symboles et le plafond salarial étant les mêmes que ceux décrits ci-dessus en matière de pensions d'invalidité. A l'âge de 63 ans (avec, jusqu'à l'âge de 65 ans, une activité limitée à un revenu de 1000 DM par mois) ou de 60 ans (en cas d'invalidité de guerre, d'incapacité générale ou professionnelle), une anticipation est possible pour hommes et femmes, ayant rempli 35 années d'assurance (avec, jusqu'à l'âge de 63 ans, une activité limitée à un revenu de 425 DM par mois). Cette anticipation est également possible, à l'âge de 60 ans, s'il y a eu un an de chômage au cours des 18 derniers mois et 8 années d'assurance au cours des 10 dernières années.

Les femmes ont encore une possibilité d'anticipation à l'âge de 60 ans si elles se sont assurées obligatoirement pendant au moins la moitié des 20 dernières années.

En cas de prorogation, la pension de vieillesse est majorée de 0,6% par mois civil entre 65 et 67 ans.

Le cumul avec un salaire est possible.

Pour que les survivants bénéficient de prestations, l'assuré décédé doit avoir été assuré pendant au moins 60 mois et le conjoint survivant doit avoir été marié au décédé et à charge de celui-ci. En cas de divorce après le 30 juin 1977, il est effectué une répartition d'office entre les époux, des droits acquis pendant le mariage.

Le conjoint survivant a droit à 6/10 de la pension d'invalidité professionnelle, compte tenu de la durée réelle d'affiliation pour une veuve de moins de 45 ans d'âge; le conjoint a également droit à 6/10 de la pension d'invalidité générale, en tenant compte, le cas échéant, d'une durée d'affiliation fictive supérieure à la durée réelle, en faveur du conjoint ayant plus de 45 ans d'âge, invalide ou ayant des enfants à charge. En cas de remariage de la veuve, la pension est limitée à une indemnité de 2 annuités.

Pour les orphelins de père ou de mère, on a prévu une indemnisation de 10% de la pension d'invalidité générale, ainsi qu'une

majoration d'enfant, selon le régime général (de vieillesse ou d'invalidité), tout cumul avec les allocations familiales étant possible. Ces prestations sont limitées jusqu'à l'âge de 18 ans ou de 25 ans, en cas d'études ou de formation professionnelle. Il n'y a pas de cumul possible avec des revenus provenant d'un contrat de formation ou des revenus semblables, pour autant que ceux-ci dépassent un certain montant.

Le montant maximum pour l'ensemble des bénéficiaires est fixé à 100% de la pension en cas d'invalidité totale de l'assuré (sans majorations pour enfants).

En outre, la pension complète de l'assuré est payée à son conjoint survivant pendant les 3 mois suivant le décès de l'assuré. Le conjoint divorcé (après le 30 juin 1977) et non remarié, a droit au moment du décès de l'ex-conjoint et pour toute la période d'éducation des enfants communs, à une pension, fondée sur sa propre assurance. Il faut alors que 60 mois d'assurance soient accomplis avant le décès et qu'il y ait une impossibilité d'exercer un emploi à cause des enfants.

Accidents du travail et maladies professionnelles

En matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles, c'est également la version actuelle de la 'Reichsversicherungsordnung' qui devra être consultée.

Les accidents du travail sont définis comme des accidents survenus dans l'entreprise et/ou à l'occasion d'une occupation relevant de l'entreprise sur base d'un contrat de louage de services ou d'apprentissage, ou d'encore une autre activité assurée; les accidents de trajet sont également couverts.

Pour les maladies professionnelles, une liste de 55 maladies et agents nocifs a été établie. Il n'y a pas de délai d'exposition au risque ou de prise en charge de prévus; par contre il y a un délai pour l'examen des circonstances (de la maladie) et un délai de prescription pour la rétroactivité de 2 ans.

Ont alors droit aux prestations, les salariés, certains travailleurs indépendants, les écoliers, les étudiants, les enfants d'un jardin d'enfants, les personnes en réadaptation et quelques autres personnes encore.

En cas d'incapacité temporaire, la victime est en principe tenue de se présenter aussitôt que possible au spécialiste désigné par l'association professionnelle (le 'Durchgangsarzt'). Le traitement ultérieur est aussi effectué par des spécialistes agréés. Le médecin ayant constaté la maladie professionnelle doit en faire immédiatement la déclaration auprès du médecin-inspecteur du travail ou des services compétents pour la protection sanitaire sur les lieux du travail.

Pendant les 18 premiers jours, le paiement des frais est assuré par la caisse de maladie de la victime, ensuite par l'association

professionnelle; s'il n'y a pas de caisse, l'association professionnelle paie dès le début. Jusqu'à la guérison ou la consolidation, et ce durant 78 semaines au maximum, la personne incapable de travail reçoit une indemnité pécuniaire sur base du salaire (de base) appliqué dans l'assurance -maladie; après quoi une rente permanente est attribuée.

L'incapacité permanente doit être constatée dans chaque cas, par une expertise médicale exigée par l'association professionnelle; une révision est possible à tout moment pendant les 2 premières années après l'accident, et après la fixation de la rente permanente à des intervalles d'au moins 1 an. A cet effet, le taux d'incapacité (t) doit changer d'au moins 10%. Le 't' minimum ouvrant droit à l'indemnisation est fixé à 20%.

Comme salaire de base (S) pour le calcul de la rente, il est fait usage de la rémunération effective reçue pendant les 12 mois précédant la cessation du travail, ou, en tout cas, de 60% (40% pour les jeunes de 18 ans ou moins) du montant de référence de l'année (en 1984: 32760 DM). Le 'S' maximum est de 36000 DM, ou plus encore s'il est prévu ainsi dans les statuts ou par un décret. Le montant de l'indemnisation est alors calculé selon la formule: $S \times t \times 66,7\%$.

En outre, il existe des majorations pour l'assistance d'une tierce personne, qui varie, selon le cas, entre 389 et 1551 DM par mois.

Le rachat de la rente est possible avec l'accord de l'assuré, si le 't' est inférieur à 30%. Si le taux est de 30% ou plus, le rachat n'est possible que sous certaines conditions restrictives. Le cumul intégral avec un nouveau salaire est permis, mais en cas de cumul avec une pension de vieillesse ou d'invalidité, cette dernière est réduite lorsque la somme des pensions dépasse 80% du salaire annuel, ayant servi de base au calcul de la rente d'accident du travail ou 80% du salaire de base individuel de l'assurance-invalidité/vieillesse.

En cas de décès de l'assuré, une veuve âgée de moins de 45 ans, reçoit $S \times 30\%$. Si la veuve a plus de 45 ans ou est touchée d'une incapacité de 50% au moins ou ayant un enfant bénéficiant d'une pension d'orphelin, elle obtient $S \times 40\%$. Le veuf reçoit les mêmes montants, pour autant que l'épouse décédée ait eu la charge principale du ménage.

Chaque orphelin de père ou de mère a droit, jusqu'à l'âge de 18 ans, ou de 25 ans en cas de formation professionnelle, à une indemnisation de $S \times 20\%$; l'orphelin de père et de mère reçoit 30% de S et ce sans limite d'âge. Le cumul avec des revenus provenant d'un contrat de formation ou de revenus semblables n'est pas permis aux orphelins si ces revenus dépassent un certain montant.

En faveur des parents et grands-parents, avec priorité pour les premiers, une indemnisation est également prévue, à savoir de 20% de S, ou s'il s'agit d'un couple de 30%.

Le montant maximum pour l'ensemble des ayants droit est fixé à 80% x S (à l'exclusion, le cas échéant, des parents, etc.).

Le capital décès, enfin, s'élève à 1/12ème de la rémunération annuelle (avec un minimum de 400 DM); les frais de transport du corps au lieu d'enterrement sont également pris en charge.

En outre, une adaptation annuelle (par décret) des indemnisations est prévue en fonction des fluctuations du niveau des salaires.

Dans le cadre des soins médicaux, une réadaptation fonctionnelle peut être commencée à l'initiative de l'association professionnelle, qui en paie les frais; l'adaptation à une nouvelle profession est également possible, sur base de l'orientation professionnelle, un secours financier étant prévu pour la victime et sa famille, pendant la rééducation.

Toutes les entreprises sont obligées d'employer des personnes gravement mutilées, à un taux de 6% des effectifs, ou de verser compensatoirement un montant de 100 DM par mois par emploi réservé, non occupé.

Dans le cas de risque de maladies professionnelles, d'aggravation ou de rechute, en particulier lorsqu'il s'agit de dermatose professionnelle et de silicose, l'association professionnelle est tenue, le cas échéant, de recommander à l'assuré un changement d'emploi. Alors, il existe une indemnité transitoire, en cas de maladie professionnelle, à concurrence de la rente plénière (2/3 de S) pendant 5 années au maximum ou un forfait d'une annuité de la rente plénière; en cas d'accident du travail, il est pourvu en une indemnité équivalente à l'indemnité de maladie.

Allocations familiales

Les prestations familiales sont régies par une loi du 21 janvier 1982.

L'âge limite des enfants est normalement de 16 ans, mais une prolongation est possible jusqu'à 18 ans pour ceux qui sont enregistrés comme candidats à un contrat de formation professionnelle et dont les revenus provenant soit d'une activité rémunérée, soit d'allocations ou d'assistance en matière de chômage, sont inférieurs à 240 DM par mois. En cas de formation professionnelle effective (sauf si le cumul avec les ressources provenant d'un contrat de formation professionnelle ou des revenus semblables dépasse un certain montant), d'études ou de jeunes filles au foyer, l'âge limite est de 27 ans. Pour les infirmes graves, il n'y a pas de limite d'âge.

Il est payé par mois , pour le 1er enfant : 50DM , pour le 2nd 100 DM, por le 3ème 220 DM, pour le 4ème et les suivants 240 DM. Il existe cependant une réduction progressive jusqu'à un montant de 70 DM (2nd enfant) et 140 DM (par enfant suivant) si le revenu annuel des parents dépasse 42 000 DM (+ 7800 DM par enfant au-delà du 2nd).

Une allocation de logement est octroyée au locataire ou au propriétaire d'un logement habité par ce dernier, lorsque les dépenses pour un logement correspondant aux normes, ne peuvent être supportées.

Les chômeurs et les titulaires de pensions ont droit aux allocations familiales normales, ainsi que d'ailleurs leurs orphelins.

Chômage

L'assurance-chômage (a) et l'assistance-chômage (b) se trouvent régis par une législation de 1969, depuis modifiée.

De l'assurance bénéficient tous les travailleurs salariés, y compris les jeunes handicapés, ainsi que les personnes qui, par suite de mesures de réhabilitation, obtiennent des indemnités transitoires; de l'assistance bénéficie seulement la première catégorie.

En cas de chômage total (involontaire), ceux qui sont à la disposition du bureau de placement et qui se sont déclaré chômeur et demandeur de prestations, ont droit aux prestations jusqu'à l'âge de 65 ans. Les stages exigés s'élèvent à au moins 12 mois d'emploi assujetti à l'assurance pendant les 3 dernières années (a) et à au moins 150 jours de calendrier d'emploi assujetti à l'assurance pendant la dernière année (b); ont également droit à l'assistance, ceux qui font preuve d'au moins 1 jour d'allocations de l'assurance-chômage. L'assistance n'est accordée qu'aux indigents.

L'indemnité (a) est attribuée pendant 6 jours par semaine; la durée du versement est limitée en fonction des périodes d'emploi pendant les dernières années: 104 jours pour 12 mois d'emploi au cours des 3 dernières années, 156 jours pour 18 mois au cours des 4 dernières années, 208 jours pour 24 mois pendant la même période, 260 jours en cas de 30 mois et 312 jours pour 36 mois, tous jours pendant les 4 dernières années.

Le salaire de référence est le salaire horaire moyen des 20 derniers jours, avec un plafond de 5200 DM par mois. Les bénéficiaires avec enfants reçoivent alors soit 68% du salaire net (prestations fixées selon barème) (a), soit 58% (b); ceux sans enfants reçoivent respectivement 63% et 50%.

En outre, il existe une mise à la retraite de chômeurs âgés de 60 ans; un régime conventionnel de préretraite pour salariés de 58 ans, est également prévu pour autant que ces salariés soient en chômage depuis un an au moins, au cours des derniers 18 mois et qu'ils aient eu au moins 8 ans d'emploi assujetti à l'assurance pendant les 10 dernières années. En cas de carrière prologée dans une entreprise, celle-ci est tenue de rembourser les prestations touchées par l'intéressé.

En cas de chômage partiel, c.à.d. d'une réduction temporaire inévitable de la durée du travail de 10% au moins, affectant au moins un tiers du personnel, il n'y a que l'assurance (dans le

bâtiment, en cas de chômage dû aux conditions atmosphériques - du 1er novembre au 31 mars- il y a une indemnisation, comme pour le chômage partiel). L'indemnisation est alors versée par heure de chômage.
Le cumul avec des pensions ou avec l'indemnité maladie, n'est pas permis.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE EN ALLEMAGNE.

1. Notion de la privatisation.

La notion de privatisation n'est pratiquement pas utilisée en Allemagne. Cela ne veut pas dire pour autant qu'il n'y a pas de privatisation. L'idée de dérégulation y est familière comme dans la plupart des pays industrialisés, et les problèmes économiques et financiers liés à la crise économique y suscitent les mêmes réactions, bien qu'une terminologie différente est souvent utilisée.

Les tendances vers la privatisation se trouvent dans différents milieux et s'exercent dans différents domaines. On songe d'abord au législateur, mais il faut porter l'attention également sur les partis politiques et les organisations sociales qui développent des propositions dans ce sens. Il y a en plus un certain nombre d'auteurs qui proposent dans leurs écrits - et parfois aussi dans l'action politique - une réduction du rôle de l'état dans le domaine du droit social, comme dans celui de la politique économique.

Mis à part les différents acteurs qui se trouvent sur la scène de la privatisation, on peut distinguer différents domaines dans lesquels une action privatisante peut s'exercer. En ce qui concerne le terrain de la sécurité sociale, de tels domaines sont:

(1) le risque à couvrir

Dans un certain nombre de cas la liberté est laissée au citoyen en tant qu'individu de se protéger contre certains risques ou non. Plusieurs systèmes des assurances sociales allemandes connaissent des règles de "libération" de l'obligation d'assurance, pour ceux qui jouissent déjà d'une couverture suffisante par une autre voie. Mais il est possible aussi que certaines catégories soient forcées à s'assurer chez une compagnie privée, parce que le système de l'état ne les couvre pas. Pour certaines gens il n'y pas d'assurance sociale publique, pour d'autres elle ne prévoit que des prestations minimales tout à fait insuffisantes. Ainsi des réductions de la protection de la sécurité sociale risquent-elles de forcer des individus ou des groupes à se tourner vers le marché de l'assurance. Une réduction du champ d'application de système obligatoire d'état ne signifie pas toujours moins d'obligation.

(2) L'organisation de l'institution chargée du service des prestations de sécurité sociale

En règle générale il s'agit, en Allemagne, d'institutions de droit public, même si elles sont dans certains cas d'origine privée et largement autonomes.

(3) Le statut des relations des institutions

a) avec les bénéficiaires des prestations : cette relation appartient normalement au domaine du droit public;

b) avec les prestataires des services (médecins, hôpitaux, pharmaciens, opticiens, prothésistes, etc.) : de telles relations peuvent être réglées par un statut de droit public, mais elles peuvent également se situer dans un cadre contractuel de droit privé.

2. Droit privé et droit public dans la sécurité sociale allemande

Lorsqu'on parle de privatisation en matière de sécurité sociale, il s'agit d'un changement dans l'aménagement du système, qui implique un mouvement vers une plus grande part de responsabilité individuelle pour la protection personnelle contre les risques sociaux, et vers une utilisation plus fréquente des formes d'organisation appartenantes au secteur privé.

Le système de sécurité sociale en Allemagne, tel qu'il s'est développé après la deuxième guerre mondiale, peut, dans ce contexte, être caractérisé comme suit :

1) Les institutions de la sécurité sociale, pour autant qu'elle est instituée par la loi, sont de nature publique et appartiennent au domaine du droit public. Les relations juridiques entre ces institutions et les bénéficiaires des prestations se situent également dans le droit public. Les relations entre ces institutions et les personnes ou organisations qui délivrent les services dont les bénéficiaires ont besoin, surtout en matière de soins de santé, sont réglées partiellement par un statut de droit public, mais partiellement aussi par des contrats de droit privé.

2) Dans l'assurance maladie le système d'état prend en principe la responsabilité de la protection complète des assurés. Une assurance privée complémentaire ne peut être nécessaire que pour autant que des prestations sont demandées qui n'appartiennent pas au champ d'action de l'assurance publique. De telles prestations peuvent être, par exemple, l'hospitalisation dans une chambre privée, si cela n'est pas indiqué pour des raisons d'ordre médical.

3) Dans le secteur des accidents du travail l'assurance d'état prévoit normalement toutes les prestations qui peuvent être nécessaires. Bien entendu, cette protection est limitée aux accidents survenus en relations avec l'exercice d'un emploi. D'autres accidents, p.ex. pendant les vacances, ne tombent pas sous la protection de ce système légal. Pour de tels cas une protection privée peut être indiquée.

4) En ce qui concerne l'assurance vieillesse et invalidité le système de l'état prévoit pour presque toute la population au moins une protection à un niveau qu'on pourrait appeler 'normal' ("Regelleistung"). Dans ce domaine on trouve des formes de protection complémentaires, notamment les pensions d'entreprises ("Betriebliche Altersversorgung") et la prévoyance individuelle ("private Vorsorge"). Dans ce contexte on parle, ici aussi, d'un concept des trois piliers ("Dreisäulenkonzept").

Ces formes de protection complémentaire sont organisées pour la plus grande partie par le secteur privé. Elles requièrent des accords particuliers, généralement dans le cadre des conventions collectives entre employeurs et organisations de travailleurs. Une partie seulement de la population jouit d'une telle protection complémentaire, dont le contenu est, naturellement, très différent d'un cas à l'autre.

Les fonctionnaires et les employés d'institutions publiques autres que l'état possèdent un système de retraite qui leur est propre, et qui garantit un tel niveau de protection qu'ils n'ont pas besoin d'assurances complémentaires. Dans le secteur privé on estime qu'environ 25% des pensionnés actuels reçoivent une pension complémentaire quelconque, et que 65% des travailleurs sont occupés dans un emploi leur promettant une pension complémentaire lors de leur retraite. Pour les professions indépendantes il n'y a pas ou peu de possibilités de retraites professionnelles. Mais un grand nombre de ces personnes prennent des assurances-pension individuelles.

Ces pensions complémentaires sont souvent calculées de manière à garantir au pensionné un revenu égal à 75% de son dernier salaire brut. La part de la pension publique dans ce total est de 60 à 65% du dernier salaire net, ce qui représente environ 50% du dernier salaire brut.

Là où elles existent les pensions complémentaires sont obligatoires pour tous les travailleurs de l'entreprise ou du secteur couvert par la convention collective. La base juridique peut être le contrat d'emploi, une convention collective, un contrat d'entreprise ou un engagement unilatéral de la part de l'employeur. Plusieurs aspects tels que l'adaptation au coût de la vie, le maintien des droits, etc. sont réglés par une loi (loi sur l'amélioration des pensions d'entreprise du 19 décembre 1974).

5) Dans le secteur du chômage les formes de protection privée ne jouent pratiquement aucun rôle. Ceci veut dire, en fait, que le chômeur qui ne reçoit pas de prestations de la part du système d'assurance sociale doit vivre de ses propres moyens ou s'adresser à l'assistance publique, s'il ne veut pas devenir dépendant de l'aide de ses proches.

6) Certains risques ne sont pas couverts par le système existant de la sécurité sociale. Nous avons déjà mentionné le risque

d'accident en dehors du contexte du travail. Il y a aussi le risque du besoin d'hébergement ou de soins personnels pour les handicapés ou les personnes âgées, dont l'état ne nécessite pas une hospitalisation. Ce risque - bien grave pour certaines familles - n'est pas couvert par l'assurance maladie, ni par le système des pensions de retraite. Une personne qui a besoin de l'aide d'une autre personne pour les actes de la vie courante, ou qui ne peut rester dans son habitaton individuelle, doit financer elle-même les frais parfois énormes que cela comporte, ou doit être assistée par l'aide sociale.

Les compagnies d'assurances privées offrent, depuis la deuxième moitié de 1985, des assurances privées pour ce risque, approuvées par l'Office fédéral des assurances, tant dans le secteur des assurances-maladie que des assurances-vie. Mais ces assurances sont assez coûteuses, n'offrent qu'une protection partielle et, surtout, ne garantissent pas l'adaptation des prestations au coût de la vie, qui dans de tels cas est d'une importance capitale (voir : H. Nesecker, "Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Zum aktuellen Stand der Diskussion beim Europäischen Schlusspflicht", Nachrichtendienst des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge, Frankfurt a. Main, April 1986; U. Reschke, "Zur Absicherung des Risikos der Pflegebedürftigkeit. Der aktuelle Stand der Diskussion", in Knappschaftsversicherung, 1985, 9, 374).

3. Réformes dans les dernières années

La sécurité sociale et la protection sociale en général ont donné lieu a un très grand nombre de modifications de la législation. Si on essaierait de les analyser, on pourrait dégager certaines tendances, comme par exemple :

1) Les difficultés financières de l'état et des institutions de la sécurité sociale ont amené des mesures d'économie dans le système, avec notamment des réductions dans le droit aux prestations des bénéficiaires. Ces restrictions ont été opérées surtout dans la branche de l'assurance chômage, où le montant des prestations a été réduit, et où les conditions d'accès à certaines prestations ont été rendues plus difficiles, notamment dans le domaine de la rééducation professionnelle. Mais en même temps il y a eu des améliorations dans le droit aux prestations, par exemple une prolongation de la durée maximale des prestations de chômage.

2) La crise financière du régime et la nécessité de mesures d'économie explique aussi la tendance dans la branche de l'assurance soins de santé d'enlever certaines prestations des listes des soins pris en charge par l'assurance (par ex. certains médicaments d'usage courant ("Bagatellmittel")).

3) Les mêmes circonstances ont amené des charges supplémentaires pour les assurés. Les cotisations normales pour la sécurité sociale se sont accrues par une augmentation générale des revenus,

mais en plus on a introduit une nouvelle cotisation des pensionnés pour leur assurance maladie, dans laquelle d'autres formes de retraite, et notamment les retraites professionnelles sont pris en compte pour le calcul du montant de la cotisation.

De nouvelles formes de paiement des assurés pour les soins reçus dans le cadre de l'assurance maladie ont été introduites, mais dans une mesure assez limitée. Ainsi par ex. le ticket modérateur pour fournitures pharmaceutiques a été augmenté, et un paiement de 5,- DM par jour d'hospitalisation ou de cure a été introduit.

4) Dans le secteur des pensions de retraite, d'invalidité et de survie il n'y a pas eu beaucoup de mesures d'économie. Une exception se trouve dans la branche de l'invalidité, où les conditions d'obtention d'une rente d'invalidité ont été rendues plus sévères. Désormais un assuré devra avoir payé au moins trois ans de cotisations sous l'assurance obligatoire dans les cinq ans avant le début de l'invalidité pour avoir droit aux prestations. Par cette mesure les rentes sont refusées aux personnes qui - comme les femmes au foyer - ne paient que des cotisations dans une assurance volontaire.

En même temps on trouve des améliorations sensibles dans le secteur des pensions, notamment la réforme des pensions de survie, et la prise en compte comme périodes d'assurance de périodes consacrées à l'éducation des enfants.

5) On a beaucoup parlé d'une modification du système d'adaptation des prestations à l'évolution des salaires ou du coût de la vie. Mais finalement il n'y a eu qu'un déplacement en 1983 de la date d'entrée de l'adaptation annuelle de janvier à juillet de l'année en question.

6) Les longues discussions sur une intégration dans la sécurité sociale du risque de besoin de soins ("Pflegefall") n'ont encore abouti à rien. Les offres de contrats d'assurances pour ce risque par les assurances-vie et les assurances-soins de santé n'ont pas rencontré de succès auprès de la population.

7) Les modifications de la législation dans les dernières années avaient surtout pour but de réaliser des économies dans le coût de la sécurité sociale. Ces réductions ont été plutôt réduites. Le coût total en pourcentage du produit national brut n'a certainement pas diminué.

Ces mesures n'avaient pas pour objet d'opérer une privatisation de la sécurité sociale. Pour autant qu'elles ont frappé les économiquement faibles, elles ont surtout causé une augmentation du nombre de personnes faisant appel à l'aide sociale.

4. Plans, propositions, discussions sur la privatisation

1) Réduction générale du rôle social de l'état, idée de la subsidiarité

On parle de plus en plus d'une crise de l'état social, qui doit mener vers une plus grande responsabilité individuelle pour la protection personnelle contre les risques dits 'sociaux'. Cette vision est fondée très souvent sur l'idée de la subsidiarité de l'état, pierre angulaire de la philosophie sociale catholique. Voir : D. Heier, "Grundrente statt Lebensstandardsicherung - Wiederbelebung oder Ueberspannung des Subsidiaritätsprinzips ?", Sozialer Fortschritt, 1986, 5-6, 137.

2) Application de cette discussion fondamentale dans différentes branches du droit social

Dans la discussion sur la réforme sociale l'accent est mis sur des questions concrètes appartenant à des branches particulières de la sécurité sociale. Les deux questions prédominantes se trouvent dans l'assurance soins de santé et dans les pensions de retraite.

a) Assurance soins de santé.

Dans le cadre de la lutte constante contre l'augmentation des coûts des soins de santé une multitude de possibilités sont discutées tout le temps. La discussion s'est cristallisée dernièrement sur les propositions présentées par un comité d'experts en matière de développement économique global ("Sachverständigenrat zur Begutachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung"), qui ont notamment proposé d'introduire l'économie de marché dans le secteur des soins de santé dans une mesure plus large que dans le passé (voir : P. Rosenberg, "Die vier 'Weisen' und der Gesundheitsmarkt", Sozialer Fortschritt, 1986, 5-6, 125). Selon ce comité cette proposition devrait se réaliser par l'importation en Allemagne de l'institution Américaine de la "Health Maintenance Organization" ou HMO, une organisation qui offre aux usagers une garantie de soins de qualité moyennant un prix d'abonnement convenu, et qui aux Etats-Unis a montré son abilité à fournir des soins de bonne qualité, en donnant toute satisfaction à la clientèle, à un prix de revient nettement moins élevé que la médecine privée.

Ces propositions ne rencontrent pas l'approbation générale, et sont fortement discutées (voir : W. Schmeinck, "Die Vorschläge des Sachverständigenrates aus der Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung", Sozialer Fortschritt, 1986, 5-6, 120; G. Brenner, "Vorschläge des Sachverständigenrates zur Begutachtung der wirtschaftlichen Entwicklung aus der Sicht der Aerzte", Sozialer Fortschritt, 1986, 5-6, 123; M. Pfaff, "Einige Auswirkungen einer Uebertragung marktwirtschaftlicher Steuerungs- und Organisationsformen auf die Gesetzliche Krankenversicherung", Sozialer Fortschritt, 1986, 5-6, 105).

b) Pensions de retraite.

Les pensions de retraite connaîtront des difficultés sérieuses dans l'avenir. Il ne semble pas y avoir de doute que le système ne pourra pas être maintenu tel qu'il est. Il faudra revoir les cotisations et les prestations.

Une réduction des prestations ouvrirait la voie à un développement plus grand des assurances complémentaires et des autres formes de protection privée. Celles-ci deviendraient davantage nécessaires dans la mesure où les prestations réduites de l'assurance sociale ne suffiraient plus à fournir aux bénéficiaires une protection raisonnable contre la perte de revenus pendant la vieillesse. De là se dessine une tendance à accroître le nombre de personnes couvertes par de tels systèmes complémentaires, notamment en encourageant leur institution par des avantages fiscaux.

Ceci est vu dans une perspective de maintien du système actuel d'assurance vieillesse. Mais il y a aussi des propositions pour remplacer cette assurance par une pension de base minimale, financée directement par l'état. Ceci ouvrirait la voie à un développement très large des assurances privées complémentaires. Voir : M. Miegel et S. Wahl, Gesetzliche Grundsicherung, Private Vorsorge - Der Weg aus der Rentenkrise, Stuttgart, Verlag Bonn Aktuell, 1985. Mais la plupart des commentaires sont critiques d'une telle proposition (voir p. ex. P. Rosenberg, "Die Freiheit unter den Brücken zu schlafen ... oder?" Sozialer Fortschritt, 1985, 9, 205; B. von Maydell, "Harmonisierung der Alterssicherungssysteme durch Schaffung einer Staatsbürgerversorgung?", in: Wissenschaftler zur Strukturreform der Rentenversicherung, Schriftenreihe der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -Gestaltung, Köln, 1986).

Chapitre IX.

ITALIE

I. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

La constitution de la république italienne contient un assez grand nombre de dispositions relatives à (certains aspects de) la sécurité sociale. Nous en mentionnons ici que quelques-unes.

Au 2^{me} § de l'article 3 de la constitution, la république reçoit pour mission de remouvoir les obstacles d'ordre économique et social, qui limitant de fait la liberté et l'égalité des citoyens, empêchent le plein développement de la personne humaine et la participation effective de tous les travailleurs à l'organisation politique, économique et sociale du pays. Un droit au travail se trouve reconnu à l'article 4. Conformément à l'article 31 de la constitution la république a la charge de la promotion de la formation de familles et soutient tout particulièrement les familles nombreuses, et ce par des moyens économiques et autres provisions. L'article 32 met la santé, en tant que droit fondamental de l'individu et intérêt de la collectivité, sous la tutelle de la république; des soins médicaux gratuits sont garantis aux indigents.

L'article-clé en matière de sécurité sociale, l'article 38, dispose en son 1^{er} § que chaque citoyen inapte au travail et dépourvu des moyens nécessaires pour vivre, a le droit au maintien et à l'assistance sociale. Le 2^{me} § de l'article 38 reconnaît le droit des travailleurs qu'il leur soit assuré les moyens adéquats à leurs besoins en cas d'accident, de maladie, d'invalidité, de vieillesse et de chômage involontaire.

Administration et financement

La sécurité sociale ressort de la compétence du Ministère du Travail et de la Prévoyance Sociale, ainsi que du Ministère de la Santé.

La protection en cas de maladie (+ maternité) est organisée par les régions, les Unités Locales de Santé (USL) et l'Institut National de la Prévoyance Sociale (chargé provisoirement des prestations en espèces et de la perception des cotisations).

En ce qui concerne les accidents du travail et les maladies professionnelles, c'est l'Institut National d' Assurance Accidents du Travail (INAIL) qui est responsable, ainsi que les inspections régionales et les sièges provinciaux de l'INAIL (compétents également pour la perception des cotisations) et quelques bureaux locaux. Les autres branches se trouvent gérées par l'Institut National de la Prévoyance Sociale CINPS), les sièges régionaux, provinciaux et de zones urbaines et extra-urbaines de l' INPS (compétents également pour la perception des cotisations), ainsi que par les bureaux locaux et les centres d'information.

Pour la branche 'maladie', les employeurs paient 18,12 % (dans l'industrie) ou 16,4% (dans le commerce) du salaire d'un travailleur manuel et 15,89% (dans l'industrie) ou 16,4 % (dans le commerce et le crédit) du salaire d'un employé. Les travailleurs et les employés ne paient que 1% . Y sont compris les cotisations pour l'assurance maternité, contre la tuberculose, l'assurance maladie des pensionnés, le fonds de solidarité de l'agriculture et le Fonds d'hospitalisation. Pour certaines catégories de cotisations, une exonération a été accordée aux entreprises industrielles et artisanales, manufacturières et extractives, aux entreprises exportatrices et à certains services, notamment celui des transports et du tourisme. Il existe des cotisations spéciales pour les personnes qui s'assurent volontairement au Service National de la Santé. En plus, le Fonds National de Santé est alimenté par les régions, provinces et communes et d'autres organismes publics, ainsi que par l'excédent de l'assurance contre la tuberculose.

En outre les employeurs paient 17,97% (dans l'industrie) ou 17,82 % (dans le commerce) des salaires, les travailleurs et les employés 7,15% pour financer les branches 'invalidité', 'survivants' et 'vieillesse' (y compris le supplément du Fonds-pensions, l'assistance-orphelins et le financement des crèches communales). L'état règle le financement du fonds social.

Il existe aussi une tarification collective suivant l'importance des risques dans les diverses branches professionnelles. Le taux, qui varie entre 3% et 5% (en moyenne le taux est de 3,9%), est calculé sur la base de la masse des salaires. En plus, une contribution additionnelle égale à 20% du montant des cotisations est prévue pour le financement de l'aide en cas de maladies professionnelles ou d'accidents du travail.

L'assurance chômage est financé par une cotisation de l'employeur, s'élevant à 3,81% (dans l'industrie) ou 1,61 % (dans le commerce) du salaire du travailleur et à 1,61% du salaire de l'employé (y compris la cotisation de base, celle pour les compléments de gains en cas de chômage partiel et un supplément pour l'assurance chômage); il y a aussi des subventions annuelles de l'état.

Enfin, les employeurs cotisent 6,2% du salaire pour financer les prestations familiales; il existe cependant des cotisations infé-

rieures pour certaines catégories. L'état les subventionne annuellement.

On applique le système de la répartition en ce qui concerne les prestations à long terme ; en ce qui est des risques professionnels , il existe un système mixte de répartition et de capitalisation, à côté d'une constitution de réserves mathématiques représentant les valeurs actuelles des rentes permanentes.

Soins de santé

Conformément à la loi du 23 décembre 1978 instituant le Service National de Santé, tous les résidents, y compris les étrangers résidant en Italie, bénéficient des soins de santé pendant toute la durée de leur maladie. Il faut s'adresser à cet effet selon son libre choix, à un médecin sous contrat avec la région. En vue de la rémunération des médecins, il existe un système forfaitaire pro capita en rapport avec l'âge du bénéficiaire et l'expérience du médecin. Les barèmes sont établis par des conventions entre le Ministère de la Santé, les régions et les organisations de médecins, le maximum de personnes inscrites par médecin étant fixé à 1500. Pour les spécialistes des dispensaires, il existe un contrat particulier, avec paiement à forfait horaire et par acte. Les médecins hospitaliers reçoivent un traitement fixe de l'établissement qui les occupe. En outre, les soins hospitaliers sont servis par les régions dans des hôpitaux publics et des cliniques privées conventionnées.

L'assuré doit participer aux frais des analyses cliniques et autres examens de diagnostic, payant 20% du tarif officiel avec un minimum de LIT 1000 et un maximum de LIT 15 000. Si une ordonnance contient plusieurs médicaments, le maximum est porté à LIT 50 000.

En outre, une assistance directe gratuite en salle commune est garantie en cas d'hospitalisation, avec libre choix de l'hôpital ou de clinique conventionnée; des cures thermales sont possibles, après l'autorisation préalable de l'unité locale de santé; elles sont gratuites dans les établissements conventionnés. Dans les autres, le remboursement ne peut dépasser les tarifs des établissements conventionnés.

Les soins dentaires sont gratuits dans les centres du Service National de la Santé et auprès des dentistes conventionnés. Pour certains produits pharmaceutiques figurant à la 'liste thérapeutique' (thérapie d'urgence, de longue durée) une participation de l'assuré n'est pas exigée; pour les autres, il est exigé une participation de 15% + LIT 1000 par ordonnance (avec un maximum de 3 médicaments). Les 15% sont supprimés pour les médicaments de chimiothérapie et les antibiotiques. En tout cas, la participation ne peut dépasser LIT 21000 par ordonnance, alors que, pour les grands invalides et ceux dont le revenu annuel est inférieur à LIT 4 500 000, elle n'est pas exigée.

Après accord préalable, les frais de prothèse, d'optique et d'acoustique sont remboursés sous la forme d'une 'prestation supplémentaire', et ce selon un barème établi, variant selon le type de prestation; le nombre de prothèses est limité.

Assurance maladie - maternité

Seuls les ouvriers et assimilés ont droit à des indemnités pécuniaires en cas d'incapacité de travail. Les employés n'en bénéficient pas, mais ils ont droit au paiement par leur employeur de leur rémunération au cours des 3 premiers mois de leur incapacité de travail.

Après 3 jours de carence, les prestations sont payées pendant 6 mois (180 jours) par an au maximum; l'indemnité post-sanatoriale et l'allocation de cure cessent après 2 ans. Si l'hospitalisation n'est pas requise, le montant des prestations s'élève à 50% du salaire réel et à 66% à partir du 21ème jour. Il y a également une indemnité journalière post-sanatoriale, à condition que la cure en sanatorium ait duré 2 mois au moins. En cas d'hospitalisation, l'indemnité de maladie est réduite à 2/5 pour l'assuré n'ayant pas de charge de famille.

Il existe une allocation funéraire de LIT 20 000. La couverture du risque de tuberculose se trouve régie par des normes particulières.

En cas de maternité, toutes les femmes résidant en Italie bénéficient de prestations en nature, mais seules les femmes assurées ont droit aux prestations en espèces (alternativement aussi les pères).

Les prestations en nature comprennent l'assistance d'une sage-femme ou d'un médecin en cas de complications, d'un séjour gratuit en maternité ou en clinique conventionnée et de produits pharmaceutiques gratuits.

En outre, une indemnité de maternité est versée en cas de suppression du salaire, pendant les deux mois précédant la date présumée de l'accouchement et les trois mois suivant l'accouchement; un congé facultatif supplémentaire peut être demandé. L'indemnité s'élève à 80% du salaire pour la période obligatoire et à 30 % pour la période facultative.

Assurance invalidité

L'assurance invalidité se trouve régie par des décrets-lois des 4 octobre 1935 et 14 avril 1939, des lois des 4 avril 1952 et 20 février 1958, un décret du 27 avril 1968 et des lois des 30 avril 1969, 11 août 1972, 3 juin 1975 et 12 juin 1984.

Est considéré comme invalide aux fins de l'octroi d'une allocation d'invalidité, l'assuré dont la capacité de travail dans les em-

plais correspondant à ses capacités est réduite de façon permanente, par suite de maladie ou d'infirmité physique ou mentale, à moins d'un tiers. Par contre, en vue de l'octroi de la pension d'incapacité, est considéré comme inapte, l'assuré ou le titulaire de l'allocation d'invalidité qui, par suite de maladie ou d'infirmité physique ou mentale, se trouve dans l'impossibilité absolue et permanente de poursuivre n'importe quelle activité professionnelle.

Toutes les personnes salariées bénéficient des prestations après 5 années de cotisations dont une année au cours des 5 dernières années (invalidité/régime général); en cas d'invalidité professionnelle, il n'y a pas de condition de cotisation. Le taux minimum d'incapacité est fixé à 66% pour l'allocation et à 100 % pour la pension; la prise en charge des prestations commence dès le mois suivant la demande de l'intéressé et continue jusqu'à l'âge de la retraite, au plus.

L'allocation se calcule selon la formule: $2\% \times n \times S$ (n = nombre d'années d'assurance, avec un maximum de 40/ S = salaire moyen annuel cotisable des 5 dernières années, revalorisé selon l'indice des prix à la consommation des 4 premières années). Dans les limites de la pension minimum garantie, l'allocation est complétée par un montant égal à la pension sociale (la pension à charge de l'état en faveur des citoyens de plus de 65 ans se trouvant dans le besoin), lorsque le revenu annuel imposable de l'intéressé est inférieur à 2 fois cette pension sociale.

La pension d'incapacité est calculée selon la même formule; sont considérées comme années d'assurance, les années effectives ainsi que les années comprises entre la date de la liquidation de la pension et l'âge de la retraite.

En tout cas, le salaire pris en considération, est plafonné à LIT 21 271 000 par an.

Les pensionnés au titre d'incapacité qui ont besoin de l'aide d'une tierce personne pour se déplacer ou qui nécessitent de l'assistance permanente pour accomplir les actes de la vie quotidienne ont droit à une allocation mensuelle égale à celle prévue par l'assurance contre les accidents du travail (cfr. infra).

Une adaptation trimestrielle des pensions et allocations au coût de la vie est prévue. Pour les pensions supérieures au minimum, cette adaptation n'est que partielle: 100% de l'adaptation normale, pour les pensions jusqu'à 2 fois le minimum, 90% de 2 à 3 fois le minimum et 75% pour la part excédant 3 fois le minimum. Il existe également une adaptation annuelle au 1er janvier, égale à l'augmentation moyenne des salaires des ouvriers de l'industrie.

Le cumul de la pension d'invalidité du régime général avec une pension pour risque professionnel encouru, est permis dans les

limites de la rémunération, compte tenu du maximum quand les deux pensions sont octroyées pour la même invalidité.

En outre, l'INPS a la possibilité d'octroyer des soins médicaux etc. pour prévenir ou atténuer l'invalidité ou pour rétablir la capacité de travail; en cas d'hospitalisation, celle-ci est gratuite et vient à la charge de la région.

Pensions de retraite et de survie

Conformément aux décrets des 4 octobre 1935, 14 avril 1939, 27 avril 1968 et aux lois des 30 avril 1969, 11 août 1972 et 3 juin 1975, toutes les personnes salariées bénéficient d'une pension de vieillesse, après 15 ans de cotisation, les hommes à partir de 60 ans, les femmes à partir de 55 ans. Les travailleurs qui à cet âge n'ont pas encore droit à la pension complète (40 ans de cotisations) peuvent continuer à travailler jusqu'à ce qu'ils aient atteint ce droit, mais tout au plus jusqu'à 65 ans. Il existe aussi une pension 'd'ancienneté', quel que soit l'âge, après 35 années de cotisation et pour autant que le pensionné ne travaille plus.

La pension est calculée selon la même formule que dans la branche 'invalidité' avec un minimum de LIT 5 712 000 par an ou de LIT 4 435 850 en cas de moins de 15 années effectives. La pension n'est pas portée au minimum lorsque le titulaire bénéficie de revenus, non compris les loyers, deux fois supérieurs à la pension minimum. Du montant de la pension contributive annuelle, LIT 156 000 sont à la charge du Fonds Social et ce au titre de pension sociale. Aux personnes âgées de plus de 65 ans et privées de revenus, il est payé, à charge du Fonds social, une pension sociale de LIT 2 650 000 par an. Le salaire pris en considération pour le calcul de la pension, est plafonné à LIT 21 271 000. Comme dans la branche 'invalidité', une double adaptation (trimestrielle et annuelle) est prévue.

En outre, les travailleurs des entreprises en crise économique peuvent demander la retraite anticipée, au maximum 5 ans avant l'âge normal de la retraite. Les années manquantes jusqu'à cet âge sont alors calculées comme étant couvertes par des cotisations. Il existe également une possibilité d'obtenir des suppléments de pension tous les deux ans, quand le pensionné continue à travailler et à verser des cotisations. Le cumul avec un salaire est intégralement possible pour la pension minimum; il n'y a pas de cumul permis pour la partie de la pension supérieure à la pension minimale.

En faveur des survivants, il existe une pension normale, exigeant 5 années de cotisations, dont 1 année au moins pendant les 5 dernières années, ainsi qu'une pension privilégiée en cas de décès survenu par raison de service et non indemnisé en tant qu'accident

du travail.

La veuve ou le veuf reçoit 60% de la pension d'invalidité/vieillesse de l'assuré décédé, en tenant compte du minimum et du maximum établis pour ces pensions. En cas de divorce, le veuf bénéficiaire d'une pension alimentaire, peut obtenir par décision judiciaire la pension de survivant intégrale ou partielle. Si la veuve se remarie, la pension est supprimée; il est alors accordé une indemnité de 2 annuités.

Pour les orphelins de père ou de mère, on a prévu en cas de 'concours' avec le conjoint survivant, un montant de 20% par enfant; à partir de 3 enfants, il n'est attribué que 40% au total, à diviser entre les enfants. Il n'y a alors pas de droit aux allocations familiales, sauf si le conjoint survivant travaille. Si le conjoint survivant n'a pas de pension, 40% sont versés pour chaque enfant; à partir de 3 enfants les 100% de la pension sont divisés entre les enfants. Les mêmes pourcentages valent pour les orphelins de père et de mère.

S'il n'existe pas d'autres survivants, 15% de la pension de l'assuré sont prévus pour les parents, frères ou soeurs, le maximum pour l'ensemble des bénéficiaires étant fixé à 100% de la pension de l'assuré.

En outre, une indemnité est versée aux survivants de l'assuré n'ayant pas encore droit à une pension; il s'agit alors d'un montant de 45 fois la somme des cotisations payées, avec un minimum de LIT 43 200 et un maximum de LIT 129 000. En ordre de préférence, en sont bénéficiaires: le conjoint, les enfants et les ascendants.

Accidents du travail et maladies professionnelles

La protection contre les accidents du travail et les maladies professionnelles est réglée par le décret royal du 17 août 1935, tel que modifié e. a. par le décret du 30 juin 1965.

Est considéré comme un accident du travail l'accident provoqué par une cause violente à l'occasion du travail. Les accidents survenus pendant le trajet entre le lieu du travail et la résidence ne donnent en général pas lieu à une indemnisation; il existe cependant une exception pour l'usage inévitable d'un chemin extrêmement long, mauvais ou dangereux, pour le transport d'outils lourds, pour les activités portuaires,...

Un décret de 1975 contient une liste des maladies professionnelles; concernant la silicose et l'asbestose une loi de 1943 est intervenue. Les travaux bénéficiant de la protection sont strictement limités aux travaux indiqués dans la liste. Des délais de prise en charge (à partir de la cessation de l'exposition au risque jusqu'à la constatation de la maladie) sont prévus impérativement dans la liste (à partir d'un délai minimum de 2 mois), sauf pour ce qui est de la silicose et de l'asbestose; il y a un délai de prescription de 3 ans.

Sont alors bénéficiaires, les travailleurs prêtant leurs services rémunérés à des tiers pour effectuer des travaux manuels (à l'exclusion donc de la majorité des employés).

En cas d'incapacité temporaire, l'assuré est tenu d'avoir recours aux médecins indiqués par l'INAIL et à se soumettre à leurs prescriptions, y compris les actes opératoires, ce sous peine de perdre le droit à l'indemnisation. L'hospitalisation est assurée par les régions et payée par l'INAIL, sans participation de l'assuré s'il séjourne en salle commune.

Les prestations en espèces sont versées, après 3 jours de carence (à partir du jour qui suit l'accident; en pratique, l'employeur indemnise cette période, à savoir en payant 100% de la rémunération pour le jour de l'accident et 60% pour les 3 jours suivants) jusqu'à la guérison ou la consolidation. Sur base du salaire journalier moyen perçu pendant les 15 jours ouvrables précédant la cessation du travail, on indemnise un montant égal à 60% du salaire de base pendant 96 jours, égal à 75% de ce salaire par après.

En cas d'incapacité permanente, causée par un accident du travail, un taux d'incapacité est fixé suivant un tableau d'évaluation, tandis que cette fixation est faite par un médecin-conseil de l'INAIL en cas de maladie professionnelle. Pendant les 4 années suivant la fixation de la rente, une révision est possible, à intervalle d'une année au moins, ensuite, à intervalles de 3 années au moins; après 10 ans, la révision n'est plus permise, exception faite pour les cas d'asbestose et de silicose.

On a droit à une indemnisation à condition que le taux d'incapacité (t) est d'au moins 11% (sauf en cas d'asbestose et de silicose, associés à la tuberculose).

Comme salaire de base pris en considération pour le calcul de la rente (s), c'est la rémunération moyenne annuelle de l'année précédant la cessation du travail, qui est pris en compte, ce avec un minimum de LIT 4 319 000 et un maximum de LIT 8 020 000. Ce salaire est réduit suivant un tableau de pourcentages de base, correspondant aux taux d'incapacité, conformément à la formule suivante:

10% \leq t \leq 65% : un pourcentage variant entre 50 et 98%;

64% \leq t \leq 101% : " " de 100%.

Le montant de l'indemnisation se calcule alors en multipliant le taux d'incapacité par la rente réduite.

Cette indemnité est majorée de LIT 35 000 par mois en cas d'assistance d'une tierce personne et de 5% (du montant) pour un conjoint ou des enfants à charge (cumulation éventuelle avec les allocations familiales).

Des dispositions particulières permettent le rachat de certaines rentes; le rachat est toujours obligatoire si le 't' est fixé

entre 11 et 16%, après un délai de 10 ans depuis la constitution de la rente.

Le cumul intégral avec un nouveau salaire est possible; il en est de même pour le cumul avec les pensions d'invalidité et de vieillesse. Le total des pensions cumulées ne peut cependant dépasser le montant du dernier salaire quand la pension d'invalidité est payée pour le même motif que la rente d'accident.

Enfin, en cas d'invalidité permanente totale, une allocation d'assistance personnelle de LIT 250 000 par mois est prévue. Si l'assuré décède, le conjoint survivant, veuf ou veuve, reçoit 50% de la rente (en cas de divorce, le bénéficiaire d'une pension alimentaire peut se voir attribuer par le juge la rente intégrale ou partielle de survivant). Pour chaque orphelin de père ou de mère, 20% de la rente est versé; pour chaque orphelin de père et de mère, 40%. En outre, on a prévu 20 % de la rente pour chaque ascendant, petit-enfant, frère ou soeur, s'il n'y a aucune autre personne ayant droit; l'ensemble versé à tous les ayants-droit ne peut dépasser les 100% de la rente, base de calcul, exception faite pour les LIT 1 000 000 du capital décès.

Il existe également une révalorisation automatique annuelle, liée aux variations des salaires de l'industrie.

La réadaptation fonctionnelle et la rééducation professionnelle sont possibles dans les instituts sanitaires spécialisés, la convalescence dans les hôpitaux ou maisons de cure agréées pour la réadaptation étant à la charge des régions.

Aux invalides du travail ayant un taux d'incapacité d'au moins 40% l'emploi est également garanti, à raison d'un invalide par 50 travailleurs.

En cas de silicose ou d'asbestose, le changement d'emploi est lié à une rente temporaire pour les invalides dont l'incapacité n'est pas supérieure à 80%; elle est payée pendant une année et équivaut aux 2/3 de la différence entre le salaire moyen journalier gagné antérieurement et celui qui est perçu dans le nouvel emploi si ce dernier salaire est inférieur au premier.

Allocations familiales

Les prestations familiales se trouvent régies par un décret du 30 mai 1955 et une loi du 17 octobre 1961.

Ouvrent droit aux prestations les enfants, dont l'âge est inférieur à 18 ans, à 21 ans en cas de formation professionnelle et à 26 ans en cas d'études; en cas d'infirmité grave, il n'y a pas de limite.

Le montant mensuel s'élève à LIT 19 760 par enfant (l'allocation n'étant pas due si l'enfant dispose d'un revenu supérieur à LIT 479 500 par mois) et se trouve complété par une allocation en

rapport inverse au revenu et en rapport direct au nombre des enfants.

En outre, le conjoint à charge, n'ayant pas de revenu propre supérieur à LIT 479 500 par mois ouvre le même droit qu'un enfant à charge; pour des parents ou grand-parents à charge, l'allocation est fixée à LIT 2340 par mois sous condition d'âge (60 ans pour les hommes; 55 ans pour les femmes) sauf en cas d'invalidité, et sous condition de ressources (avec un maximum de LIT 479 5000 s'il s'agit d'un isolé et 839 100 pour des couples). La prestation susmentionnée est réduite si le revenu familial annuel est supérieur à LIT 28 millions et supprimé lorsqu'il dépasse les LIT 34 millions.

Les chômeurs tout comme les titulaires d'une pensions ont droit aux allocations familiales.

Chômage

L'assurance-chômage, de même que l'allocation 'extraordinaire', se trouvent régis par un décret-loi du 4 octobre 1935, tel que modifié ultérieurement.

De l'assurance chômage (a) bénéficient tous les travailleurs salariés, de l'allocation extraordinaire (b) les travailleurs de certaines catégories ou localités, ne satisfaisant pas aux conditions pour le régime (a).

En cas de chômage total et involontaire, la condition principale est que l'on soit à la disposition du bureau de placement; en plus, au moins 2 ans d'assurance et 52 semaines de cotisation pendant les 2 dernières années sont exigés pour l'assurance (a) et au moins 5 semaines ou un mois de cotisation avant 1949 ou pendant les 2 dernières années sont requis pour l'allocation extraordinaire (b). Un délai de carence de 7 (a), respectivement 1 (b) jour(s) a été établi.

Les indemnités de l'assurance (a) sont payées pendant tous les jours et ce pendant 180 par an au plus. Un régime transitoire permet cependant l'octroi des prestations pendant 360 jours dans le secteur du bâtiment. Par contre, l'allocation extraordinaire est également versée tous les jours et ce au maximum au cours de 90 jours, avec une possibilité de prolongation jusqu'à 180 jours. Dans les deux cas, il s'agit d'un forfait de LIT 800 par jour. En cas de chômage par suite de licenciement en raison d'une cessation de l'activité d'une entreprise ou d'une réduction du personnel, il existe une allocation spéciale de chômage pendant 180 jours, d'un montant égal aux 2/3 du dernier salaire journalier, les conditions de cotisation étant réduites à 13 semaines.

En cas de réduction ou d'arrêt temporaires de l'activité de l'entreprise en raison de causes propres à celle-ci ou en raison de la crise économique sectorielle ou locale, en cas de restructuration ou de reconversion de l'entreprise, un complément ordinaire ou

extraordinaire de salaire est dû. Après demande motivée de l'employeur et l'autorisation émanant de l'INPS ou d'un décret, 80% de la rémunération globale est payé pour les heures non travaillées (entre les 0 et 40 heures) et ce pendant 3 ou 5 mois, cette durée pouvant être prolongée. Il est payé LIT 828 902 au maximum par mois.

Il n'y a pas de cumul possible entre les allocations-chômage et les allocations extraordinaires, d'une part et les indemnités de maladie, les pensions d'incapacité et les pensions supérieures au minimum garanti, de l'autre.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE - ITALIE

Assurances sociales complémentaires et plans de réforme de la sécurité sociale italienne.

A partir de la moitié de 1975 la tendance à l'expansion, qui avait jusqu'alors caractérisé le système de sécurité sociale, ne pouvait plus être maintenue. Les syndicats se trouvaient dans la position difficile, d'être en même temps représentants des intérêts des personnes assurées, et administrateurs du système d'assurances sociales (particulièrement dans l'administration de l'institut national de la sécurité sociale I.N.P.S.).

Devant une crise, qui est déjà devenue une crise de la solvabilité du système public de sécurité sociale, il n'y a jamais eu de plans de réforme à long terme. On n'a procédé qu'à des corrections limitées là où elles étaient inévitables. Ainsi, les conditions d'accès aux prestations sont devenues plus strictes, les conditions d'octroi ont été restreintes, le système d'indexation automatique des pensions a été changé en vue de remédier au nivellement des prestations sociales et pour réévaluer le rôle de la professionnalité; finalement on a essayé de réaliser une égalisation des normes concernant les cotisations et les prestations dans les différents régimes du système.

Tout récemment un grand débat s'est ouvert sur les prestations sociales complémentaires. Ceci s'est fait à l'occasion de la complétion du projet de réforme des pensions par la commission spéciale de la Chambre. La proposition a donné lieu tout de suite à une série d'amendements par le Ministre du Travail.

La réforme avait comme objectif de remodeler la protection garantie par le système public de sécurité sociale. En substance on a voulu redéfinir les dimensions des prestations prévues par l'assurance obligatoire, en ajoutant à l'assurance publique un système d'assurance sociale libre.

Dans ce but les lignes d'action principales étaient les suivantes :

- 1) fixation d'un plafond de pension pour toutes les catégories de travailleurs concernées par la réforme. Ce plafond coïnciderait (excepté pour une cotisation de solidarité) avec le plafond de calcul pour les cotisations. Ce plafond serait lié à l'index pour 75 %.

Il est évident que c'est surtout le plafond pour les pensions qui est important pour l'assurance sociale complémentaire. En particulier l'indexation partielle du plafond signifie sa réduction en termes réels pour le futur. Ceci doit favoriser

de plus en plus l'introduction d'une assurance sociale libre.

- 2) L'augmentation de l'âge de la retraite. Pour les femmes il monterait jusqu'à 60 ans. Sur ce point il y a de fortes divergences de vue entre la commission et le Ministre du Travail, qui voudrait accélérer l'introduction de la réforme.
- 3) Une augmentation de 15 à 20 ans du seuil de cotisations nécessaire pour ouvrir le droit aux prestations de retraite.
- 4) Séparation de l'assurance sociale et de l'assistance. En fait, à l'heure actuelle, l'I.N.P.S. attribue à côté des prestations de l'assurance sociale également des prestations d'assistance.

La réforme devrait toucher tous les travailleurs ayant moins de 15 ans de cotisations à leur actif. Elle affectera également un certain nombre de régimes de pension spéciaux pour travailleurs salariés (environ 26). Il y a de grandes différences de vue entre la commission et le Ministre du Travail concernant certains types de travailleurs (pilotes, médecins, journalistes, et cadres). Le projet de la commission les exclut de la réforme générale. Le Ministre, de son côté, voudrait étendre le système général à ces catégories, tout en respectant leurs particularités et l'administration indépendante des différentes Caisses d'assurance sociale. Ces catégories représentent, en effet, des zones privilégiées dans le domaine de l'assurance sociale, par manque d'un bon mécanisme de solidarité générale dans le système d'assurances administrées par l'I.N.P.S..

A ce moment la réforme reste à l'état de projet. Ceci est surtout causé par les différences de vue existantes entre la commission responsable et le Ministre du Travail, ce dernier étant persuadé de la nécessité d'une limitation du coût du système public de sécurité sociale. Mais l'incertitude quant au destin de ce projet trouve surtout son origine dans le désaccord profond existant entre les différents partis politiques, et même au sein de la majorité gouvernementale.

Le projet du Ministre du Travail donne une importance très grande au système d'assurance sociale complémentaire. Il prévoit la création de régimes complémentaires ou bien par la voie de l'I.N.P.S. et des autres institutions de sécurité sociale, ou par d'autres institutions publiques ou par des associations privées sans but lucratif, ayant la personnalité juridique.

Les prestations complémentaires seraient proportionnelles au nombre d'années de cotisation; elles ne peuvent en aucun cas être supérieures à la différence entre le dernier salaire et la pension publique. Le droit à la pension dépendra du même âge et du même nombre d'années de cotisation que dans le système public.

Les Caisses complémentaires ne doivent pas être une charge pour l'état, mais elles doivent être contrôlées par l'état.

Le point le plus remarquable de la réforme proposée concerne les avantages fiscaux pour les régimes complémentaires. Il est prévu que ceux qui gagnent des salaires au-dessus du plafond pour la pension publique peuvent déduire les cotisations payées à la Caisse complémentaire de leur revenu imposable jusqu'à 20 % du montant du salaire excédentaire. Et en outre pour ceux dont le salaire est inférieur au plafond; la déductibilité partielle des cotisations volontaires du revenu imposable dans le cadre du régime public d'assurance sociale est maintenue.

En substance la position du Ministre est clairement faveur de l'insertion d'une assurance complémentaire dans le cadre de la réforme générale du système. Aussi la possibilité d'accès au marché de l'assurance complémentaire doit-elle être réglementée.

Une analyse de la diffusion de la sécurité sociale complémentaire en Italie n'est pas possible. On ne dispose que d'une liste incomplète de 150 Caisses. La majeure partie de ces Caisses concerne les banques. Selon des estimations récentes, seulement 5 % des travailleurs italiens (environ 450.000, sont membres d'une assurance complémentaire.

Le débat sur la privatisation de la sécurité sociale n'a commencé que récemment, mais avec une violence extrême, sous la pression de la menace d'un démantèlement imminent du système public de sécurité sociale. Les compagnies d'assurances privées, les entreprises et l'I.N.P.S. lui-même entrent en ligne pour ce procurer de bonnes positions de départ pour ce qui s'annonce comme une grosse affaire.

Les syndicats des travailleurs sont en train de revoir leur position quant à leur attitude de méfiance traditionnelle envers des systèmes d'assurances en dehors la sécurité sociale publique. C.G.I.L., C.I.S.L. et U.I.L. ont décidé de participer à la conclusion de conventions collectives prévoyant des Caisses complémentaires, et à leur gestion. C.G.I.L. a proposé de destiner l'allocation normalement payée à la terminaison du contrat de travail (allocation de départ) à la création de systèmes de pension complémentaires, et à inviter des institutions privées, l'I.N.P.S. et d'autres à faire des offres pour réaliser la meilleure pension complémentaire pour les travailleurs.

U.I.L. a formulé un projet qui envisage parmi d'autres points :

- que la pension serait payée à la collectivité des travailleurs, et non pas à l'individu,
- que la pension serait financée aussi bien par une partie des augmentations de salaires, que par une partie de la somme payée au départ de l'entreprise;
- que les différentes catégories de travailleurs décideraient d'attribuer l'administration des différents systèmes - basés sur la capitalisation - à des institutions gérées par les membres, à

des institutions d'assurances, ou à des compagnies d'assurances.

L'administration des réserves financières présente un sérieux problème pour les syndicats. Les syndicats italiens, en effet, ne disposent pas des ressources organisatoires nécessaires pour l'administration de telles sommes.

Pour Cofindustria - l'association des employeurs - ni le plan de réforme de la commission de la Chambre, ni celui du Ministre ne sont capables de restaurer l'équilibre de la sécurité sociale publique, et ni l'un ni l'autre ne réserve d'espace suffisant pour l'assurance complémentaire. Cofindustria est d'avis qu'il faut réduire les cotisations obligatoires et encourager l'assurance privée.

Mais dans Cofindustria il y a aussi une certaine méfiance envers les Caisses complémentaires. On craint notamment qu'elles finissent par augmenter leur coût d'administration. Et on craint aussi que la gestion des réserves financières pourrait mettre en danger la position de leurs propres actionnaires.

La première proposition pour la création d'une assurance complémentaire était faite par le multinational Montedison. Le système - le premier de son genre en Italie - est basé sur un modèle de Caisse ouverte : les travailleurs peuvent transférer leur pension d'entreprise, de sorte que la mobilité n'est pas limitée par l'existence de cette Caisse; d'autres entreprises de petite ou moyenne envergure peuvent devenir membre.

La Caisse serait financée par des cotisations des employeurs et des travailleurs. Par la Caisse, Montedison veut prendre soin du revenu futur des travailleurs, et, par la même occasion, créer un nouvel instrument financier. Le projet Montedison doit encore être présenté aux syndicats; il sera également proposé à des banques et à des associations, en vue d'élaborer le projet définitif à présenter au gouvernement.

L'I.N.P.S. aura de grands problèmes à jouer un rôle dans la gestion des Caisses complémentaires. L'institution de sécurité sociale publique, en effet, se doit d'une part de maintenir la règle de la solidarité sur laquelle elle est basée, et d'autre part a besoin d'une réforme complète pour la rendre plus efficace. La réforme de l'administration de l'I.N.P.S. est toujours à l'étude.

Le monde économique et financier est peut-être le plus sensible au sujet de l'assurance sociale. Des études et des recherches ont été effectuées par la Banca d'Italia, par l'Istituto Nazionale Assicurazioni, l'association nationale des assurances, par le F.O.R. (centre d'études Futuro Organizzazione Risorse), et par des groupes financiers. Elles ont montré le besoin de :

- la création de systèmes de pension professionnelle et d'épargne individuelle;
- l'introduction de dégrèvements fiscaux pour encourager la création de Caisses;
- la permission d'investir les ressources financières des Caisses en titre des entreprises, sous le contrôle des autorités compétentes.

Les experts considèrent que les Caisses complémentaires ont été souvent une alternative aux formes traditionnelles d'investissements dans des fonds d'investissement et des contrats d'assurance-vie.

Le président de l'organisation immobilière italienne a montré récemment les effets positifs que les Caisses pourraient avoir sur l'économie. Les Caisses, en effet, peuvent contribuer à l'élargissement du marché des capitaux. En garantissant une certaine stabilité aux investissements, elles permettraient l'émission de titres à longue durée pour le financement de grands travaux. Pour les entreprises elles pourraient représenter (si leurs investissements dans des actions des entreprises sont permis) un moyen de renforcer leur structure financière, et de financer leurs investissements productifs d'une manière plus directe et moins coûteuse.

L'état aussi, selon le président de l'Istituto Nazionale Assicurazioni, pourrait tirer profit des Caisses, si leurs fonds étaient utilisés pour une certaine partie acheter des titres publics à long terme et à un taux d'intérêt réduit.

Le président du C.O.N.S.O.P. (l'organisme de contrôle de la bourse des valeurs) a dit que les Caisses pourraient représenter un moyen réel de stabilisation du marché.

Le Ministre du Travail, en réplique à la proposition de la C.G.I.L. de destiner l'allocation de départ à la création de Caisses de pension, a précisé la nécessité de diriger vers les Caisses, et par là vers des activités productives, de nouvelles ressources sur la masse des liquidités, déjà gérée, en fait, par les entreprises.

Au cours du débat sur l'assurance complémentaire privée, un groupe de parlementaires de la Democrazia Cristiana a présenté un projet de loi sur la création de comptes d'épargne-pension. Ceci serait un institution totalement nouvelle, destinée à l'accumulation d'une pension privée individuelle. Tout travailleur qui se trouve entre certaines limites d'âge pourrait payer 10 % de son salaire (mais pas plus que 5 millions de lire) dans ce compte. La somme plus les intérêts cumulés pourraient être retirés après l'âge de 50 ans. Au lieu de ce capital on pourrait recevoir un revenu régulier.

L'assurance sociale et les systèmes publics, article 38 de la constitution. Les types de Caisses d'assurance privée. Les articles 2117 et 2123 du code civil : problèmes d'interprétation et de nature juridique des Caisses d'assurance sociale. Loi n° 297/1982 et la relation entre les Caisses d'assurance sociale et l'allocation de départ.

Au niveau de la législation on trouve très peu de références aux assurances sociales privées. L'article 38 de la constitution garantit "la liberté de l'assistance privée". Cette expression est comprise comme incluant l'assurance sociale privée, mais non pas les compagnies d'assurances privées, parce que ces entreprises ont un but lucratif.

La relation entre l'assurance sociale privée et l'assurance sociale publique est basée sur la règle de la stricte séparation.

L'assurance sociale privée, en fait, ajoute simplement de nouvelles hypothèses de besoin à celles qui sont déjà protégées par l'assurance sociale publique, ou bien elle améliore simplement les prestations déjà fournies. La Cour de cassation a souvent utilisé l'expression "cumulative" pour l'assurance sociale privée, pour exprimer les relations d'irrélevance entre les secteurs publics et privés de l'assurance sociale. La situation indépendante substantielle de l'assurance sociale privée est d'écrite théoriquement par le terme de Caisses "additionnelles" ou "complémentaires" à l'assurance sociale obligatoire.

Il faut noter, toutefois, que les règles concernant les prestations familiales, les pensions sociales pour les personnes âgées de plus de 65 ans vivantes en des conditions de pauvreté, et concernant l'augmentation des pensions jusqu'à un minimum légal, tiennent compte, tout au moins d'une manière indirecte, du droit aux prestations d'assurance sociale privée.

Ainsi l'augmentation du montant de la pension à un niveau minimum ne s'applique pas aux personnes qui possèdent des revenus excédant deux fois le montant du salaire minimum (article 6 L.N.463/1983). Et la pension sociale n'est octroyée qu'à des personnes qui ne possèdent pas de "revenus à quelque titre que ce soit" (article 26 L.N.153/1969). Et même l'octroi des prestations familiales est relaté d'une certaine manière au revenu familial (L.N.79/1983 et L.N.730/1983). Dans toutes ces dispositions on tiendra compte des prestations de l'assurance sociale privée pour calculer le revenu qui doit être pris en compte.

Toujours à propos de la relation entre les deux systèmes, une proposition récente de loi interprétative a éclairé un aspect particulier de la problématique.

L'alinéa premier de l'article 19 de la loi n° 843/1978 dispose que pour le titulaire de plusieurs pensions sous le régime général de l'assurance sociale obligatoire ou des régimes particuliers, l'adaptation des prestations au taux de l'inflation ne se fera

qu'une seule fois. Sur la base des directives du Ministre des Finances et du Ministre du Travail, l'I.N.P.S. a appliqué cette règle également aux Caisses complémentaires, créées dans le cadre des relations de travail dans un grand nombre d'institutions publiques. Les Caisses complémentaires des institutions publiques gouvernées par la loi n° 70/1975 ont été particulièrement touchées par ces directives.

La jurisprudence, pourtant, est restée fidèle à une interprétation restrictive de l'article 19, et refuse l'interprétation de l'I.N.P.S..

La proposition de la loi interprétative veut clarifier la question, en excluant explicitement les Caisses complémentaires créées sur base contractuelle ou réglementaire dans les institutions publiques de l'application de l'article 19.

Article 2117 du code civil dispose : "Les Caisses spéciales d'assurance et d'assistance constituées par l'entrepreneur, même sans cotisations de la part du travailleur, ne peuvent être détournées des fins auxquelles elles sont destinées, et ne peuvent pas faire l'objet d'une saisie de la part des créanciers de l'entrepreneur ou du travailleur".

Article 2123 dit que : "Sauf stipulation contraire, les employeurs qui ont constitué volontairement des formes d'assurance sociale, ont le droit de déduire des sommes dues en vertu des articles 2110, 2111 et 2120 le montant auquel les travailleurs ont droit par le fait de cette assurance sociale.

Si les Caisses d'assurances ont été constituées avec des cotisations des travailleurs, ces travailleurs ont droit à la liquidation de leurs cotisations, quelle que soit la cause de la terminaison du contrat."

L'article 2117, selon la lettre du texte, se réfère à des Caisses d'entreprise créées par les employeurs. Mais l'interdiction de saisie et de cession de la Caisse instituée par cet article, vu sa finalité d'assurance sociale, devrait s'appliquer à tous les types de Caisses sociales qui n'ont pas la personnalité juridique, et qui ont été créés en faveur des travailleurs. Selon une partie de la doctrine, l'article 2117 ne s'appliquerait toutefois pas aux Caisses des travailleurs indépendants et à celles des catégories non-assujetties aux assurances sociales obligatoires.

Dans le domaine de l'assurance sociale privée on trouve unemultitude de types différents, parmi lesquels : les Caisses créées par négociation collective et gérées uniquement par les syndicats ou avec leur collaboration; celles créées à partir de l'autonomie individuelle, par contrat ou par un règlement d'entreprise, ou d'une institution publique; et finalement les Caisses créées par les employeurs pour satisfaire certaines obligations imposées par la loi.

Les normes d'organisation des conventions collectives peuvent être utilisées pour la constitution et le fonctionnement de Caisses spéciales de type complémentaire. Le soin pour les assurances sociales rentre bien dans la compétence des associations syndicales. Dans un tel cas, le lien entre la Caisse et les membres des organisations syndicales est fait par la conclusion de la convention collective. Pour les non-membres il se pose des problèmes. Pour eux l'inscription auprès de la Caisse est nécessaire pour créer un lien, parce que la convention collective n'a pas de valeur erga omnes. Et en plus il peut être nécessaire pour l'employeur, qui doit payer les cotisations, de joindre la Caisse. Le principe de l'acceptation libre du contrat doit, sans doute, s'appliquer aussi en cette manière.

Dans le domaine des assurances sociales basées sur l'autonomie individuelle, le type le plus important est celui des Caisses d'entreprise. La participation à de telles Caisses peut être obligatoire, en vertu d'une stipulation explicite dans un règlement d'entreprise, qui en fait une conséquence automatique de la conclusion d'un contrat de travail. Dans un tel cas l'assurance privée vaut pratiquement erga omnes, puisqu'elle s'adresse à tous les travailleurs présents et futurs de l'entreprise en question.

Naturellement, il existe aussi des Caisses d'entreprise facultatives.

La création de Caisses privées d'entreprise est fortement répandue, même dans le domaine des institutions publiques, tant de nature économique que non-économique. L'article 14 de la loi n° 70/1975, pourtant, a prévu l'abolition de toutes les Caisses complémentaires d'assurances des institutions publiques pour leur nouveau personnel.

Le dernier type de Caisse est celui qui est créé par des employeurs pour satisfaire aux obligations légales envers leurs travailleurs. L'article 2117 semble applicable à de telles Caisses, vu leur esprit d'assurance sociale.

Les risques couverts par de telles Caisses peuvent être de nature diverse, et ne se limitent pas à ceux qui sont explicitement énumérés par l'article 2123 de la loi : l'allocation de départ (article 2120), les prestations en cas d'accident, de maladie, de maternité (article 2110), service militaire (article 2111).

Les Caisses d'assurance sociale pour les travailleurs d'une entreprise peuvent être gérées de différentes manières.

Tout d'abord l'assurance sociale peut être réalisée par la création de comptes particuliers contenant les cotisations des employeurs et des travailleurs. Dans ce cas la Caisse est administrée par l'employeur et n'a pas de gestion séparée. En plus il n'y a pas d'identification séparée du patrimoine de la Caisse. En fait la Caisse se compose du total des droits inscrits au crédit du compte en provenance des cotisations payées.

Un autre système prévoit la création d'une gestion spéciale, avec séparation de patrimoine entre l'entreprise et la Caisse. Dans cette hypothèse l'administration de la Caisse est distincte de celle de l'entreprise, et il y a une obligation pour l'employeur d'investir le produit des cotisations dans des placements stables ou tout au moins identifiables.

Dans ce cas il est possible pour la Caisse d'avoir la personnalité juridique. Il y a essentiellement deux raisons pour lesquelles les Caisses devraient avoir cette personnalité juridique. La première est la possibilité qu'elle donne d'acquérir des biens immobiliers. La deuxième est le besoin de créer un patrimoine parfaitement autonome, qui supporte la responsabilité pour les obligations contractées par la Caisse.

La procédure juridique pour obtenir la personnalité juridique (prévue par l'article 12 du code civil) exige que la Caisse se soumette à un contrôle de la part des autorités publiques sur le but poursuivi et sur la fiabilité des moyens patrimoniaux engagés. Il ne fait pas de doute que le fait d'organiser une assurance sociale soit considéré comme un but valable. Mais en plus les autorités publiques doivent contrôler la capacité économique de la Caisse pour assurer les prestations promises.

La reconnaissance comme personne juridique peut être donnée sous deux formes distinctes : la fondation ou l'association. La fondation est un patrimoine consacré à une finalité qui ne coïncide pas avec celle du ou des fondateurs. Pour cette raison elle ne semble pas particulièrement adaptée au domaine de l'assurance sociale, dans laquelle les intérêts du groupe sont suprêmes. Il est évident que c'est seulement pour les Caisses qui n'ont pas la personnalité juridique que le risque existe d'une confusion entre le patrimoine de la Caisse et celui de l'employeur, ce qui nécessite une norme telle que l'article 2117. L'article 2117 a causé de nombreuses disputes sur la définition de la nature juridique des Caisses d'assurance sociale n'ayant pas la personnalité juridique.

Ainsi certaines personnes maintiennent la théorie que ces Caisses sont des patrimoines séparés liés à un but d'assurance sociale. Un tel patrimoine resterait la propriété de l'employeur, même si les cotisations viennent des travailleurs. Dans ce cas l'employeur prendrait, en fait, le rôle de titulaire d'un dépôt "irrégulier" (deposito irregolare, article 1782 code civil). Dans le cas d'un dépôt irrégulier le dépositaire acquiert la propriété des sommes déposées, avec obligation de les restituer avec les intérêts accumulés.

Une autre hypothèse qui est formulée maintient que ces Caisses doivent être considérées comme propriété commune. Encore une autre hypothèse est que ces Caisses seraient à considérer comme des fondations de fait (non-reconnues par la loi). Selon encore

une autre hypothèse les différences de structure qui caractérisent les Caisses sans personnalité juridique sont telles qu'on ne peut pas les saisir sous un seul concept juridique.

L'hypothèse la plus populaire considère ces Caisses comme des associations non-reconnues, c'est-à-dire des associations n'ayant pas la personnalité juridique. Les théories qui considèrent ces Caisses comme des fondations de fait ou des patrimoines séparés semblent incapables de fournir une description juridique correcte de ces phénomènes. En réalité ces hypothèses ne prennent pas en considération la participation des travailleurs dans les Caisses par les cotisations des travailleurs. Pourtant la participation des travailleurs est un élément typique de la grande majorité des Caisses spéciales d'assurance sociale. En d'autres termes elles ne tiennent pas compte de l'existence d'une pluralité de volontés dirigées vers un intérêt commun. En plus, si l'employeur était considéré comme le dépositaire et le propriétaire des sommes déposées dans la Caisse, il pourrait en disposer comme il voudrait, ce qui apparaît comme contraire à l'esprit de l'article 2117.

L'hypothèse qui considère les Caisses comme propriété commune n'est pas tenable en vue du fait que ces fonds ne sont pas susceptibles de saisie de la part des créiteurs ni de l'employeur ni des travailleurs.

D'un autre côté tous les éléments nécessaires et essentiels semblent être réunis pour identifier les Caisses comme des associations non-reconnues (associazione non riconosciuta). Les Caisses, en effet, ont une structure associative et une organisation assez complexe. Mais surtout elles jouissent d'une certaine autonomie patrimoniale qui, selon l'article 2117, doit exister dans tous types de Caisses, quelle que soit son organisation.

Les Caisses d'assurance sociale sont essentiellement des centres autonomes de relations juridiques destinées à des objectifs spécifiques. Leur autonomie se révèle aussi bien sur le plan interne (les relations entre les membres) que sur le plan externe, ce qui rend possible la configuration d'une responsabilité patrimoniale dans les relations avec les membres aussi bien qu'avec les personnes en dehors de la Caisse.

Les associations non-reconnues sont soumises aux règles contenues dans l'article 36 et suivants du code civil.

Encore une autre théorie précise la nature des Caisses comme étant des associations d'assurance mutuelle non reconnues.

Une telle vision sur le problème ne semble pas ajouter des conséquences particulières sur le plan légal. De telles institutions seraient de nouveau soumises aux règles concernant les associations non-reconnues. D'un point de vue purement théorique le fait de combiner le caractère de l'association non-reconnue avec l'objectif de mutualité devrait obliger la Caisse à une activité

économique d'un type purement conservatif. En d'autres termes l'activité poursuivie par les Caisses devrait être orientée exclusivement vers la gestion normale du patrimoine et la collection de ces revenus, mais non pas vers une activité lucrative. Ce point pourrait être intéressant dans la mesure où il permettrait de contrôler l'usage des fonds investis dans la Caisse.

Pour autant qu'elle est considérée comme une association non-reconnue, la Caisse spéciale doit avoir une base contractuelle.

Le statut juridique de la Caisse dépendra, bien entendu, de la nature juridique qu'on lui reconnaît. Cette nature juridique influencera aussi l'interprétation des règles juridiques qui s'appliquent expressément aux Caisses spéciales.

L'article 2123 du code civil, en particulier, pose un certain nombre de problèmes d'interprétation. En fait cet article, dans son deuxième alinéa, accepte la liquidation et le paiement de la part du travailleur dans la Caisse au moment où il cesse d'être membre de celle-ci. Ceci est en contradiction ouverte avec le principe rigoureux de l'intégrité du patrimoine commun des associations non-reconnues, exprimé à l'article 37 du code civil. Ceux qui attribuent aux Caisses la nature juridique d'associations non-reconnues reconnaîtront les dispositions de l'article 2123 comme une loi spéciale révoquant la règle énoncée ci-dessus en vue d'une meilleure protection des travailleurs, ou bien ils chercheront à restreindre son champ d'application. Dans ce dernier cas on limiterait l'application de la règle au seul cas où la terminaison de la participation dans la Caisse résulterait de la terminaison du contrat de travail pour une raison inhérente à ce contrat. La règle ne s'appliquerait donc pas à tous les cas de retraite de la Caisse. Ainsi, dans des cas de terminaison de la participation dans la Caisse ou d'exclusion de la Caisse sans relation avec le contrat du travail, l'article 37 du code civil devrait être appliqué au lieu de l'article 2123.

Même dans plusieurs cas de retraite de la Caisse liés à une terminaison du contrat de travail, l'article 2123 ne sera quand même pas appliqué. Cet article ne trouvera pas d'application lorsque la Caisse poursuit des objectifs de pure assurance (p.e. protection contre les accidents, la maladie, etc.). Dans de tels cas la Caisse aura déjà fourni sa protection aux travailleurs pendant leur période de travail en les protégeant contre les risques spécifiés. Le travailleur, pour cette raison, n'aura plus droit à quote-part dans la Caisse, même s'il n'a jamais fait appel à ses prestations.

Un autre cas d'inapplicabilité de l'article 2123 serait celui auquel la Caisse paie des pensions, et les conditions pour l'obtention de ces pensions sont remplies. Dans ce cas le travailleur aurait droit à la pension, mais n'aurait pas droit à la liquidation de ses cotisations.

D'un autre côté, ceux qui soutiennent une application plus large de l'article 2123 prétendent qu'il couvre tous ceux qui sont protégés par des assurances privées, et non seulement les travailleurs salariés.

La loi ne dit rien sur un éventuel remboursement des cotisations des employeurs qui se retirent de la Caisse. Dans l'absence de règles spécifiques l'article 37 du code civil semble applicable, pour autant qu'on reconnait le caractère associatif de la Caisse.

L'article 2120 du code civil italien prévoyait la possibilité de substituer aux obligations de l'employeur envers les travailleurs en cas de maladie des formes équivalentes d'assurance sociale. L'article 2120 avait déjà auparavant prévu un tel mécanisme pour l'indemnité d'ancienneté.

L'alinéa premier de l'article 2123 prévoit la possibilité pour l'employeur, qui a institué une assurance sociale libre, de déduire les prestations de cette assurance des sommes dues aux travailleurs en vertu des articles 2110, 2111 et 2120, pour autant qu'il n'y a pas de stipulation contraire.

Il faut distinguer les cas où la Caisse d'assurance sociale créée par l'employeur tend à se substituer aux obligations légales de l'employeur sous les articles 2110, 2111 et 2120, et celui où cette assurance sociale libre a pour but de compléter ces garanties légales. C'est seulement dans le second cas que la déductibilité prévue par l'article 2123 sera applicable.

Sur le point de la déductibilité la nature juridique de l'assurance sociale libre est d'une grande importance.

Selon une tendance ancienne dans la jurisprudence, maintenant périmée, seules les assurances sociales qui ne dépendaient d'aucune sorte d'obligation pour l'employeur, même pas des obligations contractuelles, étaient considérées comme des assurances sociales volontaires, et donc déductibles.

Mais un concept plus récent et généralement accepté identifie le concept d'assurance volontaire avec celui d'assurance privée ou libre. En d'autres termes, toutes les assurances sociales imposées par la loi sont obligatoires, et celles qui sont créées par des actes consensuels sont des assurances libres, que ces actes soient des conventions collectives, des règlements d'entreprise, ou des contrats individuels.

La loi n° 297/1982 a complètement remodelé l'article 2120 du code civil, mais sans toucher aux formes équivalentes d'assurance sociale en matière d'indemnités de départ.

L'indemnité de départ est une sorte de salaire différé, due aux travailleurs dans les différents cas de terminaison du contrat de travail. Elle a essentiellement un caractère d'assurance sociale

rétributive. En effet, l'indemnité couvre les risques que comporte le licenciement pour le travailleur.

La loi n° 297 impose une nouvelle formule de calcul de l'allocation de départ. D'autres types d'allocations concernant la cessation du travail ne sont pas concernés par cette stipulation légale. D'un autre côté, les normes des articles 2117 et 2123 ne semblent pas être abrogées.

L'article 3 de la nouvelle loi semble confirmer l'existence de formes d'assurance sociale qui se substituent à l'allocation de départ. L'article 3, en effet, dispose que la cotisation additionnelle due par l'employeur à la caisse de pension, peut être déduite de la cotisation due pour financer les indemnités de départ, lorsque cette dernière est attribuée à travers un système d'assurance sociale.

Le problème maintenant est de juger de l'effet de cette nouvelle loi concernant l'indemnité de départ sur les caisses spéciales d'assurance sociale. Selon l'opinion la plus répandue la constitution de caisses d'entreprise qui se substituent à la nouvelle obligation d'indemnité de départ n'est pas empêchée par cette nouvelle loi, bien que évidemment les prestations doivent se conformer aux règles imposées par la nouvelle loi. Le problème des caisses d'assurance sociale complémentaire est différent et plus complexe. Ces caisses, qui paient des prestations complémentaires à l'allocation de départ, même si elle est négociée par les syndicats, entrent en conflit avec le système de détermination de l'allocation de départ selon la loi n° 297. Seules les caisses qui offrent des prestations complémentaires d'une nature différente de l'allocation de départ sont admissibles.

Selon une autre théorie, les caisses qui sont simplement complémentaires à la pension d'assurance sociale seraient également contraires avec la nouvelle loi. En effet ces prestations représenteraient une forme de salaire différée qui trouve son origine dans les relations de travail, et de cette manière cette allocation serait loin d'avoir la même nature juridique que celle de la pension I.N.P.S.. Selon cette théorie, seules les caisses ayant une fonction entièrement différente de celle de l'allocation de départ seraient compatibles avec la nouvelle loi.

C'est cette dernière attitude qui domine en ce moment le débat sur la déductibilité qui a donné lieu aux théories mentionnées ci-dessus. En effet, la possibilité de déduire de l'indemnité de départ les assurances sociales volontaires créées par l'employeur détermine la possibilité d'inclure l'allocation de départ et les caisses volontaires dans une seule nature juridique (qui est d'assurance sociale rétributive). Il est important de rappeler ici que toutes les assurances sociales libres qui ne sont pas obligatoires par la loi, sont volontaires.

Mais la théorie la plus répandue admet la survivance des caisses complémentaires basées sur les seules cotisations des travail-

leurs, à cause de leur similitude aux assurances privées collectives. Mais la survivance des caisses complémentaires financées par des cotisations des employeurs et des travailleurs semble incertaine, vu la potentialité de fraude envers la loi n° 297.

Caisses complémentaires d'assurance sociale : Tutelle et contrôle.

Dans l'absence de normes législatives, le problème de la règle applicable aux caisses privées d'assurance sociale se pose particulièrement en vue de la tutelle et du contrôle de ces caisses. Non seulement la politique d'investissements des capitaux poursuivie par la Caisse peut être plus ou moins conforme avec la finalité d'assurance sociale qui, selon l'article 2117 du Code civil doit être celle de la Caisse, mais également la relation au niveau de la gestion entre la Caisse et l'entreprise, dans le cas des Caisses d'entreprise, peut donner à l'employeur une marge de manoeuvre dangereuse.

Dans le cas des Caisses complémentaires spéciales le choix jusqu'à maintenant a été en faveur d'un contrôle des investissements, plutôt que d'une tutelle externe ou d'un contrôle des travailleurs sur la gestion.

Les Caisses d'assurance sociale pour les travailleurs sont placées sous la tutelle du Ministre du Travail, selon le "texte unique" (testo unico) concernant l'assurance-vie (article 64 D.P.R. n° 494/1959 et article 3 L. n° 511/1962). Selon une interprétation restrictive, le champ d'application de cette norme serait limité aux seules Caisses de pension opérant selon les principes de l'assurance.

La validité de la norme a été mise en doute à cause de l'acceptation de la loi n° 576/1982, qui a établi l'I.S.V.A.P. pour contrôler les compagnies d'assurances. Il serait possible pour le Ministre du Travail de déléguer sa fonction de tutelle sur les Caisses d'assurance sociale à l'I.S.V.A.P., pour les Caisses qui ont une caractère d'assurance.

Selon une théorie plus large la norme de l'article 64 c'est applicable à tous les types de Caisses complémentaires, y compris les Caisses privées.

L'article 65 de la loi n° 153/1969 présente une autre norme applicable aux Caisses complémentaires spéciales. Cet article oblige les institutions publiques et les entreprises privées qui gèrent des formes d'assurance sociale et d'assistance sociale à dresser des plans annuels pour l'investissement des fonds disponibles. Le Ministère du Travail, en coopération avec le Ministère du Bilan et de la Programmation Economique, et le Ministère des Finances doit approuver ce plan. Cet article fixe également une limite aux investissements immobiliers pour ces Caisses.

Un grand débat s'est déclenché sur la question du contrôle des Caisses privées, selon l'article 65. Les thèses contraires sont toutes basées sur une interprétation rigidement littérale du texte. D'une manière plus générale on attire l'attention sur l'inconstitutionnalité du contrôle selon l'article 65, déterminé en termes de mérite ou d'opportunité des

investissements, ce qui serait contraire à la liberté d'assistance privée protégée par l'article 38 de la constitution.

L'appliquabilité de l'article 65 aux Caisses d'assurance sociale privée était défendue, il y a des années déjà, par le Ministre du Travail.

En ce qui concerne un contrôle qui, de manière peut-être plus opportune, substituée à la tutelle sur le type d'investissement une participation importante au niveau de la gestion pour les travailleurs, on doit se tourner vers l'article 11 de la loi n° 300/1970. Cet article dit : "Les activités culturelles, récréatives et sociales de la part de l'entreprise sont gérées par des organismes constitués en majorité des représentants des travailleurs".

L'application de cet article aux Caisses d'assurance sociale est disputée.

Le système de contrôle des Caisses complémentaires d'assurance sociale est considéré largement comme insatisfaisant. Par le fait de se concentrer exclusivement sur une limitation de certaines formes d'investissement, le système de contrôle ignore dangereusement la question d'une gestion correcte des fonds. Du rapport du Ministre du Travail inséré annuellement dans le rapport économique général, il apparaît, en outre, que la majeure partie des Caisses complémentaires n'est pas même regardée. On ne connaît pas leurs particularités sur le plan économique. Les syndicats non plus n'exercent aucun contrôle.

Finalement, en ce qui concerne la garantie pour les bénéficiaires des Caisses d'assurance sociale, il faut souligner que le régime juridique de la non-disponibilité des prestations ne s'applique pas, selon une doctrine et une jurisprudence uniforme, dans le cas des prestations d'assurance sociale à caractère privé. Les droits en matière d'assurance sociale privée sont librement négociables par les parties concernées. Elles peuvent disposer de ces droits sans aucune restriction, ce qui n'est pas le cas dans le domaine de l'assurance sociale publique.

Les quelques voix qui ont plaidé en faveur d'une limitation de la disponibilité des prestations sociales privées ont essayé d'établir un lien entre les prestations des Caisses d'entreprise et le droit garanti par la Constitution à une rétribution suffisante et proportionnelle à la qualité et à la quantité du travail fourni.

Assurances privées et assurances sociales complémentaires

A part les Caisses de pension, il y a d'autres formes possibles d'assurance sociale privée complémentaire. Le meilleur instrument juridique pour cela est celui de l'assurance-vie dans un sens large, dans ses deux formes d'assurance à primes fixes, et d'assurance mutuelle.

La tendance à l'heure actuelle, stimulée par le taux d'inflation élevé, est celui de combiner dans le contrat d'assurance à la fois l'assurance sociale et un investissement financier. En vue de la diffusion d'une multitude de formes d'investissements lucratifs et suffisamment sûs (p.e. les fonds d'investissements communs) on a essayé de révaluer l'instrument de l'assurance par une participation de la personne assurée dans l'investissement des primes et des revenus accrus. En substance on cherche à transformer les contrats d'assurance en un instrument d'investissement financier, par l'investissement des réserves mathématiques.

Cette tendance s'exprime dans l'existence de contrats révaluables et variables, ces derniers dépendant d'un fonds d'investissement interne ou externe.

La protection des intérêts et du capital contre l'inflation se réalise également par la création de contrats d'assurances indexés.

La forme d'assurance la plus adaptée à l'assurance sociale complémentaire est un contrat mixte (rentes différées et capital en cas de décès prématuré) qui profite en même temps à la personne assurée et à ses ayants droit. Pour cette raison des prestations complémentaires (accidents, incapacité de travail, maladie...) sont également importantes.

L'assurance-vie peut, en outre, assumer une fonction qui se substitue à celle des Caisses d'assurance sociale d'entreprise. L'article 44 du "Texte Unique" qui règle les assurances privées prévoit en effet qu'il est possible pour l'employeur de conclure une assurance collective en faveur de ses travailleurs au lieu de créer une Caisse d'entreprise. Un contrat d'assurance collective peut même être conclu par une Caisse sociale d'entreprise, même si elle est financée par des cotisations des travailleurs.

Les contrats d'assurance collective ne connaissent qu'une diffusion assez limitée, due au fait que les employeurs ont une préférence très marquée pour les Caisses d'entreprise. Dans l'absence d'un contrôle efficace, ces Caisses sont fréquemment utilisées par les employeurs pour le financement de l'entreprise elle-même.

Bien que le secteur approprié des assurances collectives soit la relation du travail, il n'est pas exclu qu'elle soit liée à d'autres types du contrat.

Le projet de loi de réforme des assurances-vie privées déjà approuvé par le Sénat et à l'ordre du jour de la Chambre, prévoit

encore une possibilité de relation entre les mécanismes de l'assurance et les Caisses de prévoyance (point VI, tableau A). Il s'agit de la gestion fiduciaire des Caisses de pension, qui consiste à confier la gestion des Caisses de pension à des investisseurs professionnels qualifiés, comme le sont les entreprises d'assurance.

Finalement un autre instrument pour réaliser des formes d'assurance sociale complémentaire est l'assurance mutuelle (assicurazione mutua). D'un intérêt particulier dans ce domaine de la parassurance est celui des sociétés de secours mutuel (società di mutuo soccorso) et des petites assurances mutuelles. Ces mutualités, qui prévoient une variabilité des cotisations et des prestations, et qui remplissent une fonction essentiellement intermédiaire entre les membres et les systèmes d'assurance, sont d'un grand service pour les personnes appartenant aux classes défavorisées. Ces catégories de personnes, en fait, ne sont généralement pas capables de supporter les charges d'une assurance à primes fixes.

Plus une Caisse est petite, moins elle offrira de garanties à ses contributeurs. Ce risque ne doit pas être sous-estimé.

Les sociétés d'assurance mutuelle ne possèdent pas un statut juridique clairement défini en ce qui concerne l'activité d'assurance. Selon la loi n° 295/1978 et le projet de réforme sur l'assurance privée elles sont autorisées à poursuivre des activités dans le domaine de l'assurance, mais elles ne sont pas soumises au contrôle établi pour les compagnies d'assurances. Les précisions ultérieures sur leurs possibilités d'action dans ce domaine ont été renvoyées à un autre instrument législatif, qui n'a pas encore vu le jour.

Il est clair que les associations de secours mutuel ne sont pas des entreprises d'assurance dans le sens technique, tel qu'il est défini par l'article 5 de la loi n° 295/1978. La portée et les limites de l'activité d'assurance que peuvent poursuivre les sociétés de secours mutuel doivent être examinées à la lumière de leur structure propre. En fait ces sociétés sont des entités juridiques organisées par et pour un groupe d'associés en vue de réaliser un objectif d'assistance et de mutualité.

Assistance sociale, soins de santé et privatisation

Deux textes juridiques seulement en matière d'assistance sociale et de soins de santé ont un lien avec le thème de la privatisation.

L'article 46 de la loi n° 833/1978 instituant le service national de santé sanctionne, tout d'abord, la liberté des mutualités volontaires, confirmant ainsi au niveau de l'association la garantie constitutionnelle de la liberté d'assistance privée. Cet article interdit à toutes les institutions publiques et toutes les entreprises de contribuer au financement des associations mutualistes qui offrent des prestations complémentaires aux soins de santé fournis par le service national de santé. Le motif de cette règle est évidemment une interdiction du financement d'associations mutualistes pour le personnel dépendant, à travers des cotisations à charge des institutions publiques.

En matière d'assistance sociale on doit tenir compte du D.P.R. n° 616/1977, sur le transfert aux régions des fonctions administratives concernant les matières de l'article 117 de la Constitution. L'article 114, en particulier, prévoit une procédure de privatisation des fonctions et des biens des institutions d'assistance pour certaines catégories professionnelles (institutions financées par des cotisations à charge des personnes physiques et des personnes juridiques distinctes de l'état, des régions et des administrations locales), lorsque 30 % des utilisateurs décident de se constituer en une association volontaire d'assistance. En substance, pour de telles institutions et dans le domaine de la répartition entre les administrations locales et le système de sécurité sociale des fonctions des institutions d'assistance supprimée, on a inséré la possibilité d'une troisième solution, celle de la privatisation, pour laquelle les conditions ne sont pas encore déterminées.

Chapitre X.

ESPAGNE

I. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

La constitution espagnole garantit en son article 41 que les pouvoirs publics maintiendront un régime de sécurité sociale pour tous les citoyens, qui garantit l'assistance et les prestations sociales suffisantes face à des situations de nécessité, tout spécialement en cas de chômage. Ce même article garantit également la liberté de l'assistance et des prestations complémentaires. Outre cet article expressément voué à la sécurité sociale, la Constitution contient également des dispositions relatives à la protection de la famille et de l'enfance (art.39), à la politique du plein emploi (art.40.1), à la protection de la santé (art. 43), à l'attention pour les handicapés et à la défense du troisième âge.

Administration et financement

La sécurité sociale ressort de la compétence du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale. Son organisation a principalement été confiée à l'Institut National de la Sécurité Sociale (INSS); les prestations en nature en cas de maladie, de maternité, de maladies professionnelles ou d'accidents du travail sont administrées par l'Institut National de la Santé (INSALUD). Il existe également un Institut National de l'Emploi (INEM) compétent en matière d'emploi.

Les travailleurs paient 4,8% de leur salaire pour les branches 'maladie', 'invalidité', 'vieillesse', 'survivants' et 'prestations familiales' (plafond mensuel de 214.260 ptas en 1984). Les employeurs paient une cotisation de 24,3%. Pour la couverture du risque de chômage les travailleurs paient 1,1%, les employeurs 5,2% (même plafond). Les employeurs financent seuls les prestations en cas d'occurrence d'un risque professionnel. Ils paient à cet effet, selon la catégorie professionnelle, c.à.d. selon le risque encouru, une cotisation d'entre 0,9 et 15,3% des salaires. L'état participe progressivement au financement de la sécurité sociale, à savoir en 1984 à raison de 20%. Alors que les risques professionnels sont financés selon un système de capitalisation, les prestations à long terme en cas d'invalidité, de vieillesse et de survie sont financées conformément à un système de répartition, assorti d'un Fonds de roulement ou de garantie.

Soins de santé

Les soins de santé se trouvent régis par des lois de 1966, 1972 et du 30 mai 1974. Tout travailleur bénéficie des prestations en matière de soins de santé, ainsi que les pensionnés, les bénéficiaires de prestations de chômage et les personnes à leur charge. Les affiliés au système bénéficient de la prise en charge des soins dès le début de la maladie et ce pour une durée illimitée.

Il existe des médecins et hôpitaux de la sécurité sociale; outre ceux-ci collaborent également des hôpitaux publics et privés ayant passé une convention avec la sécurité sociale.

Les affiliés ne paient en principe rien lorsqu'ils consultent un médecin de la sécurité sociale ou se trouvent hospitalisés dans un hôpital de la sécurité sociale ou conventionné. Ils ont droit au libre choix du médecin traitant parmi les médecins de la sécurité sociale du district. Ils ont également droit aux soins dentaires (extractions), à des prestations de rétablissement et de réadaptation ainsi qu'à certains frais de déplacement. Les affiliés, à l'exception des pensionnés et des personnes hospitalisées, participent en principe à raison de 40% aux prix des prestations pharmaceutiques.

Assurance maladie - maternité

Les prestations pécuniaires en cas de maladie sont régies par des lois de 1966 et 1972. Bénéficient des prestations les travailleurs salariés de l'industrie et du commerce, ayant cotisé au moins 180 jours au cours des cinq dernières années.

Les 3 premières journées d'incapacité de travail ne sont pas couvertes par la sécurité sociale (délai de carence), mais sont rémunérés par l'employeur. Le bénéficiaire a droit à 60% du salaire brut du 4e au 20e jour, ensuite à 75 %, avec une durée maximum des prestations de 12 mois, pouvant éventuellement être prolongée jusqu'à 18 mois, voire 72 mois en cas d'invalidité temporaire.

Les femmes salariées ou pensionnées, ainsi que les personnes à charge, peuvent faire appel aux prestations en cas de maternité. Pour avoir droit aux prestations une affiliation de 9 mois au moins, avant l'accouchement, ainsi qu'une durée de cotisation d'au moins 180 jours au cours de l'année précédente sont requises. Les bénéficiaires reçoivent alors assistance, soins ambulatoires, hospitalisation et médicaments gratuits; elles touchent 75% de leur salaire au cours des 6 semaines avant l'accouchement et des 8 semaines après.

Assurance invalidité

Conformément à des lois de 1966 et de 1972, est considéré être invalide tout travailleur dont la capacité de travail est réduite ou annulée de façon probablement permanente, même après avoir subi un traitement médical. Pour être admis à une pension d'invalidité le

salarié fera preuve de 1800 jours de cotisations dans les 10 dernières années antérieures.

Le régime espagnol connaît un taux minimum d'incapacité de travail de 33%. L'invalidé touchera pendant toute la durée de son incapacité de travail une pension d'invalidité dont le montant est établi de façon suivante:

- 50% du salaire, avec majoration de 20% pour les travailleurs de 55 ans, en cas d'incapacité totale et permanente pour la profession habituelle;
- 100% du salaire, en cas d'incapacité absolue pour tout travail;
- un versement forfaitaire de 24 mensualités de la base de calcul, en cas d'incapacité partielle permanente.

Outre ces pensions la sécurité sociale espagnole connaît des allocations d'attente et d'assistance en cas de réadaptation. Les prestations de réadaptation fonctionnelle comprennent les soins médicaux, ainsi que l'hospitalisation, des mesures d'orientation et de formation professionnelle, le recyclage et le placement des invalides.

Il est opéré chaque année une révalorisation sur la base des dispositions générales sur la révalorisation des pensions. Les pensions d'invalidité sont cumulables avec les prestations de famille, de maternité, de veuve et d'orphelin.

Pensions de retraite et de survie

Conformément à des lois de 1966 et 1972, tout salarié(e) ayant cotisé au moins pendant 10 années, dont 700 jours au moins dans les 7 années immédiatement antérieures au 65e anniversaire, aura droit à une pension de viellesse dès qu'il (elle) aura atteint l'âge de 65 ans. Le pensionné ne pourra exercer aucun travail donnant lieu à une affiliation à un régime obligatoire de sécurité sociale.

Pour les 10 premières années de cotisation, le pensionné touche 50% de la base de calcul; pour chaque année de cotisation supplémentaire, la pension sera majorée de 2% de la base de calcul, jusqu'à un plafond de 100% (équivalant à 35 années de cotisation). Une revalorisation annuelle des pensions est prévue.

En vertu d'une législation de transition les travailleurs soumis au régime général de sécurité sociale et ayant appartenu à une mutuelle professionnelle avant l'entrée en vigueur de la Loi générale sur la sécurité sociale, pourront anticiper l'âge de leur pension (jusqu'à 60 ans) moyennant une réduction de la pension à raison de 8% par année anticipée.

Conformément aux lois de 1966 et de 1972, le salarié ouvre un droit à des prestations sociales en faveur de certains survivants, à condition qu'il ait payé des cotisations de sécurité sociale pendant au moins 500 jours lors des dernières années précédant son décès. Cette dernière condition de cotisation ne vaut pas en cas de décès par accident ou maladie professionnelle.

Pour avoir droit à une pension de survie la veuve devra répondre à une de ces 3 conditions:

- être âgée de plus de 40 ans;
- avoir des enfants à charge; ou
- être invalide.

Une allocation temporaire est octroyée pendant 2 ans si la veuve a moins de 40 ans et n'a pas d'enfant à charge ou si elle n'est pas invalide. Elle perdra sa pension si elle se remarie; si elle a alors moins de 60 ans, elle aura droit à une compensation de 24 mois.

Le veuf d'une salariée a droit à une pension de survie s'il est invalide ou a des personnes à charge.

Il est également prévu une pension d'orphelin de père ou de mère; l'orphelin de père et de mère touchera une pension d'orphelin + la pension de veuve. Les prestations aux orphelins prennent fin à l'âge de 18 ans, sauf si l'orphelin est invalide et totalement incapable de travailler.

La pension de survie d'un conjoint est de 45% du salaire du décédé. La pension d'orphelin est de 20% de ce salaire. Une même pension de 20% est versée aux :

- petits-enfants et frères de moins de 18 ans ou invalides;
- mère et grand-mère veuves, célibataires ou mariées avec un invalide;
- père ou grand-père de plus de 60 ans ou invalide; et
- filles et soeurs du titulaire d'une pension de viellissement ou d'invalidité, âgées de plus de 45 ans, célibataires ou veuves sans ressources ayant vécu avec le décédé.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Les risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles) se trouvent régis par des lois de 1916, 1972 et 1974.

Constitue un accident du travail toute lésion corporelle subie au cours ou à la suite de tout travail réalisé pour le compte d'autrui, y inclus l'accident de trajet. Constitue une maladie professionnelle toute maladie due à la réalisation d'un travail pour le compte d'autrui dans l'industrie et à l'action de substances établies dans les listes officielles.

Le salarié, victime d'un risque professionnel, aura droit à tous les soins de santé spécifiés ci-dessus, sans aucune participation financière de sa part et pour une durée illimitée. En cas d'incapacité temporaire la victime touchera 75% de son salaire total (incluant toutes les rétributions perçues au moment de l'éventualité). En cas d'incapacité permanente un taux d'incapacité sera fixé par une commission technique de l'INSS (sous contrôle éventuel des tribunaux du travail). En cas de modifications, ce taux pourra être révisé à tout moment. Il est payé à toute victime d'un accident de travail ou de maladie professionnelle, ayant une incapacité permanente d'au moins 33%, une indemnité de:

- 24 mois de salaire, forfait en cas d'incapacité partielle;
- 55% du salaire en cas d'incapacité totale pour la profession habituelle; ou
- 100% du salaire en cas d'incapacité pour tout travail.

Le salaire de base pris en considération pour le calcul de la rente, est la moyenne mensuelle du salaire réel obtenu par l'assuré pendant la dernière année.

Les indemnités susmentionnées se voient majorées de 35% à 50% à charge de l'employeur si l'éventualité s'est produite par défaut d'application des dispositions établies en matière de sécurité et d'hygiène. Lorsque l'incapacité survenue suscite la nécessité de l'assistance d'une tierce personne, l'indemnité est majorée de 50%.

Ces indemnités pourront faire l'objet d'un rachat, selon un barème préétabli, en cas d'incapacité totale pour la profession habituelle et si la personne a moins de 60 ans. Les indemnités en cas de risque professionnel sont cumulables avec la pension de veuve et d'orphelin, ainsi qu'avec, pour ce qui est de l'indemnité pour incapacité totale pour la profession habituelle, avec le nouveau salaire provenant d'une autre activité.

Outre les soins et indemnités précités, les victimes d'un risque professionnel, ont droit, le cas échéant, à la fourniture d'appareils de prothèse et d'orthopédie et de véhicules. Ils bénéficieront également de mesures de réadaptation fonctionnelle, d'orientation et de formation professionnelle en vue de leur réintégration dans la vie active.

Les entreprises de plus de 50 travailleurs sont obligées d'employer un nombre d'handicapés au moins égal à 2% du nombre total de travailleurs. Des aides aux entreprises destinées à favoriser l'emploi d'handicapés sont également prévues.

En cas de décès de la victime du risque professionnel, son conjoint survivant, respectivement son orphelin, touchera outre une pension de survie, respectivement d'orphelin, une indemnité de 6, respectivement 1 mois du salaire de la victime. Au cas où les parents ou ascendants à charge de la victime, n'auraient pas droit à une pension, il leur est accordé une indemnité de 9 ou 12 mois de salaire.

Allocations familiales

Ouvrent droit aux allocations familiales: les enfants légitimes, légitimés, naturels et adoptés (non les enfants recueillis). Celui ayant la charge d'un tel enfant percevra chaque mois 250 Ptas par enfant + 375 Ptas pour l'épouse. Il y a une allocation spéciale pour enfant handicapé de 1500 Ptas par mois. Il existe également une allocation de mariage de 6000 Ptas et une allocation de naissance de 3000 Ptas.

Assurance chômage

L'assurance chômage se trouve réglée par la loi no.51 du 5 octobre 1980. En cas de chômage complet, le salarié, inscrit auprès d'un bureau de l'emploi, aura droit à des indemnités de chômage, s'il a été salarié au moins pendant 6 mois au cours des 4 années précédant la situation légale de chômage. La durée des versements d'indemnités de chômage dépend de la période de cotisation préalable: à chaque période de cotisation de 6 mois correspond une durée de l'indemnité de 3 mois avec une durée maximum de versement de 18 mois.

Le chômeur complet touche:

- 80% de la moyenne du salaire soumis à cotisation au cours des 6 mois précédents (heures supplémentaires etc. incluses) pendant les 180 premiers jours de chômage;
- 70% de cette moyenne à partir du 181e jour jusqu'au 360e jour;
- 60% de cette moyenne à partir du 361e jour.

Le montant de l'indemnité calculée ainsi, ne pourra cependant être supérieure à 122% du salaire minimum interprofessionnel en vigueur. Les chômeurs qui ont épuisé leur droit aux prestations et qui ont des charges familiales, perçoivent une allocation de 75% du salaire minimum interprofessionnel, pendant 6 mois, qui peuvent être prolongés de 3 autres mois.

Les salariés qui ont vu leur temps de travail réduit d'au moins un tiers par rapport à la norme, seront considérés comme chômeurs partiels. L'indemnisation pour chômage partiel est la fraction de l'indemnité pour chômage complet, correspondant à la fraction avec laquelle la durée de travail a été réduite. Les prestations pour chômage partiel sont payables après 3 jours, pour une période de 6 mois.

Les indemnités de chômage pourront être cumulées avec les prestations familiales, les pensions de survie et d'orphelin, ainsi qu'avec les indemnités pour incapacité totale pour la profession habituelle. Ils pourront également être cumulées avec les indemnités de licenciement ainsi qu'avec les bourses ou aides pour des cours de formation.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE EN ESPAGNE

Mesures de limitation et d'amélioration de la sécurité sociale

Depuis la crise économique un certain nombre de mesures ont été prises en vue de limiter les dépenses de la sécurité sociale. Et en même temps certaines réformes ont été faites qui ont amélioré la protection pour les bénéficiaires. Les mesures les plus importantes de ces derniers temps sont les suivants :

A) Une loi modifiant les conditions d'accès aux pensions de vieillesse et aux pensions d'invalidité, ainsi que la base de calcul des prestations y afférentes, a été approuvée (en vigueur à partir du 1er août 1986.

Le stage a passé de 10 à 15 ans pour les pensions de vieillesse et de 5 ans à une échelle variable en fonction de l'âge de l'assuré au commencement de l'état d'invalidité (seulement pour l'invalidité dérivée de maladie non-professionnelle) : par exemple, 7,5 ans de stage à 50 ans ou 10 ans de stage à 60 ans.

Le calcul des prestations se fait dorénavant à partir de l'assiette des cotisations des 8 années précédentes, sauf si le stage exigé a été inférieur (avant, le calcul se faisait à partir de l'assiette des cotisations de deux années).

B) Le champ d'application a été légèrement élargi en matière de soins de santé : dorénavant y ont droit les enfants de l'assuré jusqu'à 26 ans. Avant, seulement jusqu'à 18 ans.

C) En ce qui concerne la protection du chômage, la législation a fluctué. D'abord, le champ d'application a été restreint, puis il a du être de nouveau un peu élargi, à cause de l'ampleur du taux de chômage (plus de 22% de la population active) et de la pression syndicale. Le taux de couverture de la prestation de chômage reste encore très faible (environ 30%-40% des chômeurs sont indemnisés). Le montant des prestations de chômage a été plafonné; par contre, on a introduit les "prestations assistentielles de chômage" (en fait une prolongation des prestations contributives).

Contrairement à ce qui se passe dans d'autres pays, il n'y a pas eu de mesures tendant à imposer aux employeurs une plus grande part de responsabilité pour le maintien du revenu des travailleurs, par exemple en cas de maladie, de maternité ou d'accident.

On ne trouve pas non plus de tendance à incorporer davantage des organisations privées dans l'administration de la sécurité sociale, bien que des voix en faveur de la privatisation se font fréquemment entendre.

Mesures d'encouragement de la protection privée

Après une nouvelle loi sur l'Assurance privée (ou l'on inclut pour la première fois les Mutualités Libres de Prévoyance sociale, qui auparavant relevaient d'une législation spécifique, déjà en vigueur), on annonce une loi sur les Fonds de Pensions.

On annonce aussi des déductions fiscales assez importantes pour encourager ces formules volontaires de prévoyance (ainsi que les assurances ordinaires). En outre, le gouvernement a participé activement (surtout de la part du Ministère des Finances) à la campagne de propagande qui a présenté l'avenir de la sécurité sociale comme incertain.

Le débat sur la réforme de la sécurité sociale

A part les lois et règlements approuvés ou annoncés, il y a eu de nombreux projets, qui se heurtent pourtant à une vive opposition sociale. Il est à prévoir une extension des mesures de protection d'ordre privé.

En décembre 1981 le gouvernement a remis aux partenaires sociaux un "Livre vert" contenant des propositions de réforme de la sécurité sociale. Ce livre vert analyse d'abord les problèmes actuels de la sécurité sociale en relation avec la crise économique. A part des contrôles plus sévères en matière de soins de santé, il propose comme solutions à ces problèmes :

- une extension de la période de carence exigée avant l'attribution des prestations,
- l'incorporation dans la loi du principe de l'incompatibilité réciproque des prestations semblables de différents régimes,
- l'élimination des discriminations dans le niveau des prestations selon le risque couvert, et notamment l'abolition de la protection privilégiée pour le risque professionnel,
- limitation de la durée maximale de la prestation en cas d'incapacité temporaire
- une révision plus flexible de l'état d'incapacité permanente,
- l'introduction de coefficients de réduction de la prestation de chômage en fonction de la durée du chômage et de l'existence d'autres revenus de remplacement au sein de la famille de l'assuré,
- allocations familiales : suppression de l'allocation pour l'épouse, et application d'une limite de revenus pour l'attribution des allocations pour enfants, qui seront majorées par la même occasion;

- flexibilisation de l'âge de la retraite.

Dans sa dernière partie le livre vert s'adresse directement au thème controversiel des régimes de protection complémentaire libres. Le gouvernement annonce son intention de rendre obligatoire pour ces régimes d'une reconnaissance réciproque des cotisations versées, de la constitution de fonds de compensations entre les régimes; et la reconnaissance d'un droit d'option pour les assurés entre une continuation volontaire de l'assurance ou le remboursement de la valeur des droits.

Après une discussion mouvementée au sein de la commission tripartite chargée de l'examen de ces propositions, un "Livre jaune" a été publié par le gouvernement comme document parlementaire, en avril 1982. Celui-ci contient 63 propositions concrètes de réforme de la sécurité sociale. Le grand objectif de ces réformes est l'absorption du déficit financier, qui est perçu comme une menace pour l'existence même de la sécurité sociale en Espagne.

Les syndicats des travailleurs ont réagi fortement contre les propositions du livre jaune, dans lesquelles ils voyaient une expression de la tendance à la reprivatisation, qui veut réduire les prestations de la sécurité sociale pour ouvrir la voie à un développement du secteur privé.

Le patronat, de son côté, a pris une position plus nuancée. Dans deux documents consacrés aux propositions du gouvernement ("Ideas basicas para un programa y posicion empresarial sobre la Seguridad Social en España", nov. 1980 et "Posicion de la Confederacion Española de Organizaciones Empresariales", 1982), il expose les principes qui doivent être à la base de la réforme de la sécurité sociale :

- réduction des coûts de la sécurité sociale, de manière à ramener son taux de croissance au niveau de celui de la production,

- développement des principes de liberté, de pluralisme et de liberté de choix pour augmenter l'efficacité; démonopolisation de la sécurité sociale et accès plus large au secteur privé,

- transfert à la communauté dans son ensemble d'une partie du coût actuellement supporté par la sécurité sociale des travailleurs, mais qui incombe en fait à l'état.

Néanmoins, il faut reconnaître une confusion non négligeable tant dans les rangs des partis de droite que dans ceux du parti socialiste (au pouvoir). Mais il faut avouer que la défense du système public de sécurité sociale incombe surtout aux syndicats. La défense de la privatisation a été très forte de la part de la grande organisation patronale (CEOE), ainsi que des groupes financiers (compagnies d'assurances, banques, institutions boursières).

Dans le parti le plus important de droite on remarque l'existence d'une tendance minoritaire, qui défend la protection sociale, et d'une autre tendance qui suit la théorie du démantèlement partiel du Welfare State et d'autres thèses du "mysticisme néo-libéral".

Dans le parti socialiste, deux tendances s'affrontent aussi : celle qui défend les thèses néolibérales et celle, plus proche du syndicalisme, qui défend la sécurité sociale publique.

Le grand patronat (et surtout) certains groupes du secteur financier) défend la privatisation partielle de la sécurité sociale. Les syndicats défendent le régime public de sécurité sociale, dûment rationalisé et consolidé. Les positions des petits patrons sont moins claires.

Des milliers de pages ont été écrites, de nombreuses réunions, des campagnes de propagande, ont eu lieu à cet égard. Plus encore, la seule grève générale pendant les premières quatre années du gouvernement socialiste a été directement motivée par le projet de loi des pensions (finalement promulguée, bien qu'avec quelques assouplissements); d'autre part, certains affrontements ont eu lieu au sein de la "famille socialiste" (parti et syndicat). Les revues spécialisées les plus importantes du pays ont dédié des numéros monographiques à la "crise de la sécurité sociale" et aux solutions pour la résoudre.

BIBLIOGRAPHIE

1. E. Gonzalez-Sancho Lopez, "Crisis economica y crisis de la seguridad social", Revista de Trabajo, 78, 1985, p.9 - 24.
2. A. Desdentado Bonete, "Las prestaciones de desempleo 1974-1985", ICE, n° 630-631, 1986, p. 152 - 164.
3. E. Gonzalez-Sancho Lopez, "El sindicalismo ante las mutualidades de prevision social y los fondos de pensiones", Revista de Seguridad Social, 1984, n° 2, p. 127 - 158.
4. A. Garcia de Blas, Bernardo Gonzalo, "Seguridad social y crisis economica : su evolucion entre el ANE y el AES", Papeles de Economia Espa ola, 1984, n° 21, p. 90 - 113.
5. M. Rodriguez Pi ero, "La seguridad social ante la crisis economica", Papeles de Economia Espa ola, 1982, 12 - 13, p. 139 - 154.
6. A. Garcia de Blas, B. Gonzalo Gonzalez, "Las medidas de reforma del sistema de pensiones y su influencia en el deficit de la seguridad social", Papeles de Economia Espa ola, 1985 n° 23, p. 134 - 156.
7. A. Garcia de Blas, "Factores determinantes del deficit de la seguridad social", Papeles de Economia Espa ola, 1985, n° 23, p. 120 - 133.
8. I. Cruz Roche, A. Desdentado Bonete, G. Rodriguez Cabrero, Politica social y crisis economica - Aproximación a la experiencia Espa ola, Consejo General de Colegios Oficiales de Diplomados en Trabajo Social y Asistentes Sociales, Madrid, 1985, 213 p.

Chapitre XI.

PORTUGAL

I. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE

Le titre III de la Partie I 'Droits et devoirs fondamentaux' de la Constitution portugaise est entièrement voué aux droits et devoirs économiques, sociaux et culturels (arts. 50-79 Constitution). S' y trouvent en outre garantis des droits concernant l'assurance sociale, la santé, le logement, la famille, la maternité, l'enfance, la jeunesse, les handicapés, le troisième âge, l'éducation ...

Ne citons ici que l'art. 63, traitant de la sécurité sociale en général:

"1. Chacun a droit à l'assurance sociale.

2. Il incombe à l'Etat d'organiser, de coordonner et de subventionner un système d'assurance sociale unifié et décentralisé, avec l'accord et la participation des associations syndicales et autres organisations des classes laborieuses.

3. L'organisation du système d'assurance sociale ne porte pas atteinte à l'existence d'institutions privées de solidarité sociale à but non lucratif, qui seront autorisées, réglementées par la loi et placées sous la surveillance de l'Etat.

4. Le système d'assurance sociale protégera les citoyens en cas de maladie, de vieillesse, d'infirmité, de veuvage, d'orphelinage, de chômage et dans tous les autres cas de perte ou de diminution des moyens d'existence ou de la capacité de travail."

Administration et financement

La sécurité sociale ressort principalement de la compétence du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale; en matière de santé, le Ministère de la Santé est compétent; en ce qui est des risques professionnels (accidents du travail et maladies professionnelles), le Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale et le Ministère des Finances et du Plan se partagent la tutelle.

Les prestations en espèce en cas de maladie, de maternité, d'invalidité, de vieillesse, les prestations aux survivants et les allocations familiales, ainsi que l'assurance chômage sont administrés par des centres régionaux de la sécurité sociale. Il existe également un Centre national des pensions et un Institut de l'Emploi et de la Formation professionnelle. Un service national de la santé

régit les services de santé. L'organisation de la couverture des risques professionnels se partagent la Caisse Nationale d'Assurance des Maladies Professionnelles, les compagnies d'assurance et les employeurs (dans les cas où l'assurance n'est pas obligatoire).

Employeurs et travailleurs financent par leur cotisations les prestations en espèce des assurances sociales. A cet effet les travailleurs contribuent 8%, les employeurs 21% des salaires. Il n'y a pas de plafond. En plus les travailleurs contribuent 3,5%, les employeurs 4% des salaires pour la couverture du risque de chômage et le financement de la politique de promotion de l'emploi poursuivie par le Ministère du Travail. Les accidents du travail ne sont pas couverts par le taux global susmentionné: ils sont entièrement à la charge des employeurs, qui paient une prime pouvant varier selon le risque encouru. Les soins médicaux sont financés par l'Etat. La participation de l'Etat au financement du système de la sécurité sociale (outre les soins de santé) n'a pas encore été établie d'une façon régulière. Les prestations en cas d'invalidité, de maladies professionnelles et de vieillesse-survivants suivent un système de financement par répartition; aux accidents du travail s'applique un régime de capitalisation.

Soins de santé

Les soins de santé, régis par des lois assez récentes (1962, 1979, 1984), couvrent toute la population, à l'exception des catégories ressortant de systèmes spéciaux de santé.

Les soins de santé sont pris à charge de l'Etat dès le début de la maladie et ce pour une période illimitée.

Participent au service national de santé:

- les médecins sous contrat de travail avec le Service National de Santé et payés par ce dernier;
- les médecins des services publics de santé (y compris les centres de santé et les établissements hospitaliers), recevant un traitement de ces services publics; et
- les médecins ayant adhéré aux conventions passées avec l'ordre des médecins, et rémunérés par acte médical selon des tarifs établis; ainsi que
- les établissements hospitaliers officiels et les établissements hospitaliers privés conventionnés.

Les soins de santé sont en principe dispensés directement et gratuitement. Le remboursement est une exception et le tarif de remboursement se trouve alors fixé par le gouvernement. Les usagers des soins de santé, et notamment des soins dentaires, participent aux frais en payant un ticket modérateur, dont le montant est variable. Certaines catégories de la population sont exonérées du paiement du ticket modérateur. Les soins de médecine préventive sont également accordés gratuitement, à savoir dans les centres de santé. En cas d'hospitalisation aucune participation aux frais

n'est exigée dans les établissements officiels en régime d'infirmierie. Il en va de même pour les soins dispensés en sanatorium. Les frais des traitements de cure thermale sont remboursés conformément aux barèmes en vigueur. La participation au coût des produits pharmaceutiques varie entre 20 et 65 % de leur prix; certains produits sont cependant payés intégralement par l'Etat. Il existe une liste officielle des médicaments. La participation des usagers au coût de prothèses, optiques et acoustiques, est très variable selon la nature de ces prothèses. Certains frais de déplacement pour soins de santé se trouvent remboursés.

Assurance maladie - maternité

Les prestations pécuniaires en cas de maladie, d'invalidité et de vieillesse se trouvent régis par des lois de 1963 et 1983.

Les indemnités pécuniaires en cas de maladie bénéficient à tout membre de la population active, à l'exception des travailleurs agricoles non qualifiés et occasionnels et des travailleurs de la fonction publique qui sont soumis à des régimes spéciaux de protection, à condition que l'intéressé soit incapable au travail, qu'il ait été affilié à la sécurité sociale pendant au moins 6 mois et qu'il ait payé au moins 8 jours de cotisation pendant les trois mois précédant la maladie. Il existe un délai de carence de 3 jours (sauf en cas d'hospitalisation ou de tuberculose); le délai de carence est de 90 jours pour les travailleurs indépendants.

Les bénéficiaires ont droit à 1095 jours d'indemnité maladie, après quoi ils passent au régime d'invalidité. La durée des prestations est illimitée en cas de tuberculose, mais se trouve réduite à 365 jours pour les travailleurs indépendants. L'indemnité maladie couvre 60% du salaire de référence (étant le salaire moyen des deux mois précédant le second mois antérieur à celui de l'incapacité pour maladie). Les bénéficiaires ont en outre droit à une indemnité-maladie l'occurrence de 15 jours par année civile (à partir de 1984 en principe 30 jours) et pour chaque enfant, lorsqu'ils doivent s'occuper d'un enfant malade de moins de 3 ans (à partir de 1984 en principe de moins de 10 ans). Cette indemnité n'est cependant accordée que sous condition de ressources.

Les femmes résidentes de nationalité portugaise, à l'exception des catégories couvertes par des systèmes spéciaux de santé, ont droit aux soins médicaux gratuits pendant la grossesse, pendant et après l'accouchement; il n'y a pas de participation aux frais en régime d'infirmierie.

Les travailleuses, ayant 6 mois d'immatriculation au moins et faisant preuve de 8 jours de cotisations dans les trois mois précédant celui de la demande, ont droit à 90 jours d'indemnités journalières d'un montant égal à 100% de leur salaire de référence.

Pensions d'invalidité, de retraite et de survie

L'assurance invalidité et l'assurance vieillesse couvrent toute la population active, à l'exception des travailleurs agricoles non spécialisés et occasionnels et des travailleurs de la fonction publique qui sont soumis à des régimes spéciaux. Pour avoir droit aux prestations en cas d'invalidité, il faut faire preuve de 60 mois de versement de cotisations; 120 mois avec versement de cotisations sont requis pour la pension de retraite. Est considéré comme invalide tout travailleur qui pour cause de maladie ou d'accident (autre que par accident du travail) se trouve incapable de percevoir plus du tiers de la rémunération correspondant à l'exercice normal de sa profession. Cette réduction de la capacité de travail est considérée définitive si le travailleur ne voit pas son état s'améliorer dans les trois années suivantes et s'il ne peut se procurer plus de 50% de la rémunération correspondant à l'exercice normal de sa profession. Le taux minimum d'incapacité de travail est donc de 66,66%. La pension d'invalidité est payée pendant toute la durée de l'éventualité; elle se transforme en pension de vieillesse à l'âge de la retraite.

L'âge légal de la retraite est de 65 ans pour les hommes et de 62 ans pour les femmes. Il y a possibilité de pension anticipée pour les travailleurs de l'industrie minière, les pêcheurs, les travailleurs de la marine marchande, les dockers et les chômeurs de plus de 62 ans, dont la période de 720 jours d'octroi des indemnités de chômage est écoulée. Le droit à la pension de retraite est ouvert au moment de la demande.

Le montant de la pension (d'invalidité ou de retraite) se calcule en fonction de la durée de la période de cotisation et de la rétribution moyenne précédente. La pension correspond à 2,2% de la rétribution moyenne antérieure, pour chaque année civile avec cotisations; il y a un minimum de 30% et un maximum de 80% de la dite rétribution. Le salaire servant de base de calcul pour la rétribution moyenne ne se trouve pas plafonné; les revenus des travailleurs indépendants par contre connaissent un plafond. Si le pensionné a un conjoint à charge, son indemnité se verra majorée de 1400 Esc. (invalides) ou de 1200 Esc. (retraités), ou de la différence entre cette somme et les revenus propres du conjoint. Le bénéficiaire d'une pension d'invalidité ne pouvant se passer de l'assistance d'une tierce personne, a droit à une majoration de 3000 Esc. par mois. Un mois de pension d'invalidité supplémentaire est annuellement accordée en guise de prime de Noël.

Les montants des pensions sont généralement révisés une fois par an. La pension d'invalidité ne peut pas être cumulée avec les indemnités de maladie. La pension d'invalidité, éventuellement cumulée avec d'autres prestations sociales, ne peut dépasser le traitement mensuel fixé légalement pour le poste de Ministre. La pension de retraite peut être cumulée avec un salaire jusqu'à concurrence du traitement fixé pour le poste de Ministre. Le

retraité ne peut pas continuer à exercer son activité professionnelle dans les mêmes conditions: il lui faudra modifier le lien juridique qui l'attache à l'employeur, ainsi que la durée du travail.

Des services de rééducation et de réadaptation professionnelles sont également prévus pour les invalides.

Les prestations sociales aux survivants se trouvent régies par une loi de 1970. Toute la population active est couverte, à l'exception des travailleurs agricoles non spécialisés et occasionnels et des travailleurs de la fonction publique qui sont soumis à des régimes spéciaux. Pour avoir droit à une pension de conjoint survivant, il faudra apporter la preuve de 36 mois avec versement de cotisation, ainsi que d'une année de mariage au moins, sauf s'il y a des enfants ou si la mort est causée par un accident. Pour avoir droit à la pension, le veuf (m.) sera âgé de 65 ans au plus à la date du décès de son épouse; cette condition ne vaut cependant pas en cas d'incapacité permanente de travail. Le droit aux prestations sera limité à 5 ans dans le cas de la veuve (f.), ayant moins de 35 ans d'âge, sauf si elle est en état d'incapacité ou si elle a des enfants à charge.

Le veuf ou la veuve reçoit une pension dont le montant est égal à 60% de la pension d'invalidité ou de vieillesse que l'assuré recevait ou à laquelle il aurait droit à la date du décès. En cas de remariage, la veuve perd le droit à la pension et reçoit un versement équivalant à trois années de pension. Dans les cas où le droit à la pension est limité à 5 ans, ce versement devra être réduit à l'équivalent des prestations qui sont encore exigibles.

Les orphelins ont également droit à une pension, à condition qu'ils aient:

- 18 ans ou moins; ou
 - 21 ou 24 ans ou moins, s'ils poursuivent des études secondaires ou supérieures; ou
 - une incapacité totale et permanente (donc sans limite d'âge).
- L'orphelin de père ou de mère reçoit 20, 30 ou 40 % de la pension d'invalidité ou de vieillesse à laquelle l'assuré aurait eu droit, s'il y a respectivement 1, 2 ou plus d'enfants. L'orphelin de père et de mère reçoit le double.

En outre, une allocation-décès est en principe accordée aux personnes qui ont droit à une pension de survivant. L'allocation-décès n'est octroyée qu'une fois et correspond à six fois le salaire de référence; elle est cumulée avec la pension de survivant.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Alors que la première loi sur les risques professionnels date déjà de 1913, la matière se trouve actuellement régie par une loi de 1965.

Constitue un accident du travail, l'accident qui se produit sur le lieu de travail et pendant le travail et qui provoque une lésion corporelle, une perturbation fonctionnelle ou une maladie suivie d'une réduction de la capacité de travail ou de gain, ou de la mort. Les accidents de trajet y sont inclus dans un nombre limité de cas.

Une liste établie par le Gouvernement détermine les maladies reconnues comme maladies professionnelles, les conditions d'octroi des prestations (nature de l'entreprise ou des travaux, délais à partir de la cessation de l'exposition aux risques, jusqu'à la constatation de la maladie,...). Un délai d'exposition aux risques n'est exigé qu'en cas de surdité professionnelle, à savoir un délai variant entre 3 mois et 3 années d'exposition au risque. La maladie devra être déclarée dans l'année suivant la date de la communication à la victime du diagnostic définitif de la maladie, pour que cette maladie puisse être reconnue comme maladie professionnelle.

Le régime (mixte) des prestations en cas de risque professionnel recouvre tous les salariés.

Examinons d'abord la situation en cas d'incapacité temporaire, résultant d'un risque professionnel. La durée de l'incapacité temporaire ne peut pas être supérieure à 18 mois. Le tribunal peut proroger cette durée jusqu'à 30 mois. Passé ce délai, l'incapacité est considérée comme permanente. En cas d'incapacité temporaire, la victime a droit à la gratuité complète des soins médicaux, dispensés par le médecin ou l'établissement indiqués par l'institution responsable. Le paiement des frais, honoraires, ... est pris en charge par l'institution responsable. Aucune participation aux frais n'est exigée de la victime. En cas d'incapacité totale, la victime du risque professionnel obtient 33 1/3 % du salaire de base, pendant les trois premiers jours d'incapacité; 66 2/3 % du salaire de base par la suite. En cas d'incapacité partielle les montants des indemnités correspondent à l'incapacité totale multipliée par le degré d'incapacité. Le salaire de base susmentionné équivaut à un montant égal à celui du salaire minimum national, plus 70% (pour les accidents du travail parfois 80%) de la différence entre le salaire réel et le montant qui dépasse le salaire minimum national.

Venons-en alors à l'incapacité permanente. Le taux d'incapacité permanente est établi et éventuellement révisé par le Tribunal du Travail, pour ce qui est des accidents du travail, ou par la Caisse Nationale d'Assurance des Maladies Professionnelles, pour ce qui est des maladies professionnelles. Il n'y a pas de taux d'incapacité minimum. En cas d'incapacité permanente et totale, la victime reçoit une indemnité d'entre 80 et 50 % du salaire de base, selon qu'il s'agit d'une incapacité pour tous les travaux ou d'une incapacité pour le travail habituel. La victime ayant une incapacité permanente partielle, touche 66 2/3 du salaire de base, multiplié par le degré d'incapacité. En outre, il est prévu une majoration allant jusqu'à 25 % de la pension, pour l'assistance

d'une tierce personne. La personne ayant une incapacité permanente et totale, recevra 10% du salaire de base en plus, pour chaque enfant à sa charge, remplissant les conditions d'ouverture du droit aux allocations familiales, et ce jusqu'à la limite globale de 100% du salaire de base.

En principe, les pensions d'accidents du travail correspondant à une incapacité permanente égale ou inférieure à 10 % sont obligatoirement rachetées. Le rachat est facultatif pour les pensions correspondant à des incapacités supérieures à 10% et inférieures à 20 %. La pension pour incapacité permanente peut être cumulée avec un nouveau salaire, ainsi qu'avec les pensions de vieillesse. En cas de cumul avec les pensions d'invalidité, celles-ci sont réduites, le total ne pouvant dépasser les rétributions moyennes qui servent de base au calcul des pensions d'invalidité.

Outre les prestations susmentionnées, les victimes d'un risque professionnel ont droit au remboursement des frais de logement et de transport, occasionnés par le risque, ainsi qu'à la fourniture d'appareils de prothèse et d'orthopédie et à la réadaptation fonctionnelle.

Lorsque le risque professionnel entraîne la mort de la victime, il est payé :

- à la veuve, une pension égale à un montant de 30% du salaire de base de la victime, jusqu'à l'âge de 65 ans, et de 40 % après cet âge ou si la veuve souffre d'une maladie physique ou mentale qui diminue sensiblement sa capacité de gain;
- aux orphelins de père ou de mère, 20 % du salaire de base pour un premier enfant, 40% pour deux enfants et 50% pour trois enfants ou plus; aux orphelins de père et de mère, il est attribué le double de ces montants, avec une limite de 80% du salaire de base;
- aux ascendants et autres ayants droit, 10% du salaire de base à chacun, le total ne pouvant dépasser 30% de la rétribution de base.

Pour l'ensemble des ayants droit il ne sera jamais payé plus de 80% du salaire de base. Une allocation pour frais funéraires égale à 30 jours de rémunération est également attribuée. Depuis 1975 les pensions correspondant à des incapacités non inférieures à 30% ont été révalorisées en fonction du salaire minimum national. Les rentes de maladies professionnelles correspondant à des incapacités inférieures à 30% sont aussi révalorisées en fonction du montant équivalant à la moitié du salaire minimum national.

Allocations familiales

Les prestations familiales se trouvent régies par des lois de 1977 et 1980.

Il est accordé une allocation familiale pour tout enfant:

- de 14 ans ou moins;
- de 24 ans ou moins, qui fait des études; et
- ayant une infirmité grave (sauf si l'intéressé a droit à l'allocation mensuelle viagère ou à la pension sociale).

Il est payé 550 Esc. pour 1 enfant, 1100 Esc. pour 2 enfants, 1750 Esc. pour 3 enfants et 750 Esc pour chaque enfant en plus (950 Esc. par enfant en plus, à condition d'examen de ressources).

Les enfants sous tutelle, adoptés et les mineurs confiés par décision judiciaire ou par une institution d'assistance en vue d'une future adoption, sont assimilés aux descendants. Les descendants au-delà du premier degré ouvrent droit aux allocations s'ils sont orphelins ou si leurs parents ne sont pas couverts par le régime d'allocations familiales.

Une allocation de naissance de 7000 Esc. est prévue, ainsi qu'une allocation d'allaitement de 1350 Esc. par mois pendant les dix premiers mois de la vie de l'enfant.

Les enfants handicapés de moins de 24 ans peuvent ouvrir un droit à une allocation complémentaire d'entre 1200 et 2400 Esc. par mois, ainsi qu'à une allocation d'éducation spéciale d'un montant variable. Sous condition de ressources, une allocation mensuelle viagère de 3000 Esc. par mois est accordée aux personnes handicapées de plus de 24 ans.

Le régime des allocations familiales prévoit également une allocation funéraire.

Assurance chômage

Les allocations de chômage font l'objet d'une législation assez récente (lois de 1977, 1979 et 1983), instaurant un régime contributif, sous condition de ressources. Il étend son champ d'application à tous les salariés affiliés au régime général de sécurité sociale ou au régime spécial des ruraux.

Le chômeur doit être inscrit au Centre de l'emploi, être disponible et apte pour un emploi; il doit demander les indemnités dans un délai de 90 jours à partir de la date du chômage. Il doit en moyenne avoir exercé une activité professionnelle à temps complet et avoir effectué les cotisations correspondantes, pendant 180 jours au cours des derniers 360 jours, précédant la date du chômage. Il n'y a pas de protection en cas de chômage partiel. Le chômeur n'aura droit aux indemnités de chômage que si ses ressources personnelles sont inférieures à 70 % du salaire minimum garanti.

Les allocations de chômage sont payées pendant 450 jours, respectivement 540 jours pour chômeurs de 50 ans ou plus, ou 720 jours pour ceux de 55 ans ou plus.

Le montant de l'allocation est égale à 70 % du salaire minimum national ou de 80%, 90% ou 100% du salaire minimum national pour les assurés ayant des personnes à charge et ce selon le nombre de ces personnes.

Les indemnités de chômage ne peuvent pas être accordées aux pensionnés ou aux bénéficiaires d'indemnités de maladie ou de maternité.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE - PORTUGAL

Le Portugal a été un des derniers pays européens à accepter explicitement le modèle de l'état providence. Ceci ne c'est fait qu'après la révolution de 1974, avec l'adoption de la constitution de 1976. Cette acceptation du modèle de l'état providence est vraiment très tardive, comparée aux autres pays européens, où ce modèle était accepté depuis longtemps (depuis la deuxième guerre mondiale) et où déjà des voix s'élevaient contre la légitimité et l'efficacité de ce modèle. Le Portugal n'a accédé à ce modèle qu'au moment où les autres pays commençaient à en douter.

Le système moderne de la protection sociale au Portugal a été conçu dans un courant de socialisation de la sécurité sociale et de la protection de la santé, tout à fait contraire à l'idée de privatisation, qui à la même époque est devenu un courant idéologique d'une certaine force dans le monde Occidental. On peut considérer cette idée comme une mode, mais on ne peut pas nier que les modes peuvent changer les aspects et les formes les plus visibles des mentalités, même si leur action est passagère.

Néanmoins il y a au Portugal des centres de résistance aux influences et au modèle de l'état protecteur, qui sont basés sur une longue tradition historique. Le secteur bancaire en est un exemple. La protection sociale des employés des banques est assurée depuis les années 30 par un régime basé sur des conventions collectives, avec des prestations contributives à charge des employeurs. Les allocations familiales dans ce secteur sont encore payées par une caisse d'allocations familiales, qui est la seule qui soit restée au Portugal après la révolution. Pour les soins de santé également le secteur bancaire est resté à l'écart du service national de santé. Les soins de santé y sont fournis par les syndicats, sous un système d'assurance-maladie avec des cotisations du travailleur et de l'employeur. Tout ce régime particulier a été maintenu à côté du régime général de la sécurité sociale. Il offre une protection bien supérieure aux prestations de ce régime, sauf peut-être pour les allocations familiales, qui sont au même niveau.

Un deuxième noyau de résistance consiste en la branche assurance-accidents du travail, qu'on n'a pas réussi à intégrer dans les assurances sociales. Il ressemble en cela à l'assurance-accidents du travail en Belgique. Les accidents de travail sont couverts par un régime de responsabilité patronale, cette responsabilité étant transférée aux compagnies d'assurances; les maladies professionnelles sont couvertes par une institution d'assurance sociale.

Une sorte de privatisation est née paradoxalement de la révolution même, qui était perçue également comme une forme de lutte

sociale, adressée contre les employeurs. Les travailleurs ont exigé des conventions collectives de travail où les employeurs garantiraient des prestations complémentaires au régime général de la sécurité sociale. Une loi de 1976 a interdit des prestations complémentaires dans les conventions collectives. Cette loi a encore été confirmée par une loi du 1979. Pourtant les conventions d'avant ces lois sont restées en vigueur, et en fait de nouvelles conventions prévoyant des prestations complémentaires ont été conclues depuis. Ainsi les conventions collectives ont créé un système de protection complémentaire de nature privée, qui est acceptée comme une réalité de fait contre la loi.

La constitution de 1976 a prévu l'organisation ou la création de deux grands réseaux de services publics de protection sociale : le régime général de sécurité sociale, et le service national de santé.

Le système de sécurité sociale est géré par des établissements publics. La participation des bénéficiaires dans la gestion de ces établissements est généralement considérée comme insatisfaisante. Il s'agit bien d'un système d'état.

Cependant, la constitution admet l'existence d'organismes privés dans la périphérie du système. Il s'agit d'oeuvres de charité appelées fondations ou associations de bienfaisance, et aussi de mutuelles, qui peuvent offrir des prestations complémentaires (capital décès, pension) et qui peuvent fournir des soins de santé, malgré l'existence du service national de santé. Les membres s'assurent auprès de leur mutuelle surtout pour éviter des listes d'attente dans le service national de santé.

On doit donc reconnaître que la constitution, et par la suite la loi sur la sécurité sociale de 1984, ont admis un espace privé de protection sociale. Cet espace est occupé surtout par l'action sociale. Les organismes de sécurité sociale ont une fonction officielle d'action sociale, mais ils n'en ont pas le monopole. Les institutions privées peuvent donc coopérer avec le système de sécurité sociale dans le développement de cette action sociale.

La loi de 1984 a essayé également de régler le problème des prestations complémentaires, qui étaient interdites après la révolution comme étant contraires à l'égalité des citoyens. Cette loi a accepté que des prestations complémentaires peuvent exister; elles pourraient être gérées par des compagnies d'assurances, par les mutuelles et par d'autres organismes privés. On a publié une première réglementation concernant les fonds de pension gérés par les compagnies d'assurances. Pour d'autres formes de prestations complémentaires il n'y a pas encore d'arrêté d'exécution (p.e. : les fonds de pension des entreprises).

Après l'adoption de la loi de sécurité sociale de 1984 on a entendu au Portugal pour la première fois des critiques contre le système de la sécurité sociale, de la part d'un courant de pensée néo-libéral. Ces critiques provenaient surtout des milieux liés

au Centre démocratique et social, qui se déclare inspiré par les idéaux de la démocratie chrétienne. En tout cas, personne n'a osé proposer le démantèlement du système, mais simplement la réduction de ces responsabilités.

Les élections d'octobre 1985 ont donné la victoire au parti social démocrate. Certains responsables du parti avaient exprimé des doutes sur les limites de l'état providence. Mais le gouvernement n'a pris aucune mesure qui soit directement incluse dans un plan de reprivatisation de la sécurité sociale. Au contraire : on a récemment revalorisé la pension minimale, et le gouvernement a développé à ce sujet une campagne de publicité en faveur du système de sécurité sociale qui ne paraît pas être compatible avec des projets immédiats de privatisation.

En ce qui concerne le service national de santé, il faut d'abord admettre qu'il a beaucoup plus d'ennemis que le système de sécurité sociale.

La constitution de 1976 a prévu la création d'un service national de santé universel, général et gratuit. Ce service a été mis en place par la loi de 1979, mais cette institution était la cause d'une nouvelle rupture politique. La loi du service national de santé a été adoptée avec les voix des partis de la gauche, contre les partis censés représentés la droite.

Le service national de santé constitue un réseau de services publics de soins de santé, financés par le budget de l'état. Au niveau local les services de santé publics et les services de soins individualisés ont été intégrés dans des centres de santé. Outre les centres de santé qui ont à leur charge les soins de santé primaires, le réseau inclut aussi les hôpitaux, qui s'occupent des soins de santé spécialisés.

L'organisation du service national de santé n'a pas encore été achevée, et elle a connu des hésitations et des fluctuations. Il est difficile de définir aujourd'hui rigoureusement ses structures.

Contrairement à ce qui s'est passé avec le système de sécurité sociale, le service national de santé a suscité dès son début bien des contestations. Depuis la réforme de 1981 - dont nous reparlerons - les autorités officielles ont déjà prôné la réforme du système. Mais les dispositions constitutionnelles ne permettent pas l'abandon de l'idée du service national de santé. Un remplacement de ce service national par une nouvelle assurance-maladie n'est pas admissible dans le cadre constitutionnel existant.

L'ordre des médecins s'est manifesté à plusieurs reprises contre les solutions institutionnelles du type du service public pour les problèmes des soins de santé. La loi de 1979 ne laissait aucune marge de liberté aux initiatives privées dans la distribution de soins de santé, quoi qu'elle a été forcée d'accepter l'exercice

privée de la médecine. Depuis la réforme de 1981 des initiatives privées à caractère non-lucratif sont admises à distribuer des soins de santé, mais leur encadrement légal est imparfait. Il s'agit surtout des mutuelles, qui organisent des soins de santé pour leurs propres membres, mais également d'institutions caritatives de nature diverse.

L'organisation du service national de santé a laissé l'existence à certains sous-systèmes de protection basés sur la médecine privée, comme c'est le cas des employés des banques déjà mentionnés, et celui des fonctionnaires publics. Le sous-système des fonctionnaires permet aussi l'accès au service public de soins de santé.

Les insuffisances et les défauts du service national de santé sont fréquemment suppléés par des conventions ou des accords passés avec des médecins, des centres de diagnostic ou des laboratoires privés. Ce système a favorisé l'expansion des unités privées de prestation de soins de santé. On a même accusé le service national de santé de transférer des fonds qui proviennent du budget de l'état vers le secteur privé. On pourrait parler à ce sujet d'une privatisation indirecte.

Le gouvernement a pris récemment des mesures pour éviter une utilisation abusive des services privés par les bénéficiaires du service national de santé. Mais il a augmenté en même temps le ticket modérateur dans le service national de santé, ce qui veut dire que les bénéficiaires doivent participer davantage aux frais des soins de santé.

La correction des imperfections actuelles du service national de santé ne doit pas représenter nécessairement le sacrifice du réseau des services publics de santé, mais il faut chercher un juste équilibre entre le secteur public et le secteur privé. Au Portugal on craint dans certains milieux que la correction des imperfections indéniables du service national de santé ne serait qu'un prétexte pour introduire la privatisation. L'organisation du service national de santé n'a pas atteint au Portugal un développement qui soit irréversible.

Les particularités de la situation au Portugal sont dues, d'une certaine façon, aux différences de niveau existantes entre le système portugais de protection sociale et les autres systèmes européens plus développés. Le décalage qui se manifeste dans la part du produit intérieur brut des pays voué au régime public de protection sociale explique qu'au Portugal on songe moins à reprivatiser que dans d'autres pays, où ce chiffre est beaucoup plus élevé. Le problème de la privatisation n'est donc pas d'une très grande actualité au Portugal. Il ne le sera que au moment où les dépenses pour la sécurité sociale auront atteint un niveau comparable à celui des autres pays européens.

Chapitre XII.

GRECE

I. DESCRIPTION DU SYSTEME DE SECURITE SOCIALE.

L'article 21 de la constitution hellénique du 9 juin 1975 touche aux plus importants aspects de la sécurité sociale:

"1. La famille, en tant que fondement du maintien et de la progression de la nation, ainsi que le mariage, la maternité, et l'enfance sont sous la protection de l'Etat.

2. Les familles nombreuses, les invalides de guerre ou de la période de paix, les victimes de guerre, les veuves et orphelins de guerre, ainsi que les personnes qui souffrent d'une maladie incurable corporelle ou mentale, ont droit à un soin particulier de la part de l'Etat.

3. L'Etat veille à la santé des citoyens et prend des mesures spéciales pour la protection de la jeunesse, de la vieillesse, des invalides ainsi que pour l'assistance aux indigents.

4. L'acquisition d'un logement par ceux qui en sont privés ou qui sont insuffisamment logés, fait l'objet d'un soin particulier de la part de l'Etat."

L'article 22 voué au travail, dispose en son quatrième et dernier alinéa: "L'Etat veille à l'assurance sociale des travailleurs, ainsi qu'il est prescrit par la loi".

Administration et financement

La sécurité sociale ressort principalement de la compétence du Ministère des Assurances Sociales; en matière de chômage et d'allocations familiales c'est le Ministère du Travail qui est compétent. L'administration de ces deux branches est confiée à l'Office de l'Emploi et de la Main-d'Oeuvre (O.A.E.D.) et aux bureaux de l'O.A.E.D. des grandes villes, et à ceux de l'Institut des Assurances Sociales (I.K.A.) dans les autres villes. C'est I.K.A. qui organise les autres branches et qui est également chargé du recouvrement des cotisations, y compris celles en matière d'assurance

chômage et d'allocations familiales. Il y a des bureaux locaux de l'I.K.A. dans tout le pays.

En vue d'être protégé en cas de maladie, de maternité, d'accidents du travail et de maladies professionnelles, il est payé une cotisation de 5,55 % du salaire (travailleurs: 1,85%/ employeurs: 3,70%) pour les prestations en nature, et 1,20% (travailleurs: 0,40%/ employeurs: 0,80%) pour les prestations en espèce. La protection en cas d'invalidité, de vieillesse ou de survie se trouve financée par une cotisation de 14,25% (travailleurs: 4,75/ employeurs: 9,50%); dans le secteur chômage les travailleurs côtisent 1%, les employeurs 2% du salaire (total:3%). Les prestations familiales sont financées par une cotisation de 2% du salaire, partagée entre employeurs et travailleurs (chacun 1%). Une majoration des taux est prévue en cas de travaux pénibles et insalubres. Il y a un plafond mensuel pour toutes les branches, fixé à 105 275 DRA.

L'état se limite à payer des subventions annuelles pour couvrir le déficit éventuel des diverses branches. Le système financier applicable aux prestations à long terme est celui de la répartition.

Soins de santé

Conformément à la loi du 14 juin 1951 (tel que modifiée), ont droit aux soins de santé, les salariés et assimilés, les pensionnés, les chômeurs, ainsi que les membres de la famille de l'assuré, étant à sa charge. Ils ont droit aux prestations après au moins 50 jours de travail ayant donné lieu à cotisation au cours de l'année précédant la maladie, et ce dès le début de la maladie et pour une durée illimitée.

Il existe des médecins engagés et rémunérés par l'I.K.A., des hôpitaux publics, des cliniques privées conventionnées et des hôpitaux de l'I.K.A. L'assuré s'adresse au médecin local de l'I.K.A., sans qu'il ait des honoraires à payer. L'assuré a aussi droit à l'hospitalisation dans un des établissements susnommés, ou dans un sanatorium, sans aucune participation financière aux frais. Seulement pour les cures il y a une contribution partielle à payer par l'assuré; ceci est également le cas pour les prothèses, dentaires ou autres, l'optique, l'acoustique et les produits pharmaceutiques prescrits par le médecin. En ce dernier cas la contribution personnelle s'élève à 20% du coût.

Assurance maladie - maternité

La loi susmentionnée de 1951 stipule que les salariés et assimilés peuvent bénéficier d'indemnités pécuniaires en cas d'incapacité de travail attestée par le médecin de l'institution et ce après 100 jours de travail ayant donné lieu à cotisation au cours de la

dernière année ou au cours des 12 premiers mois des 15 mois précédant la maladie.

La prise en charge commence après 3 jours de carence et dure 120 jours, éventuellement suivis d'indemnités d'invalidité. L'indemnité maladie s'élève à 50% du salaire moyen de l'une des 22 classes d'assurance, à laquelle correspond le salaire réel, avec une majoration de 10% pour chaque membre de la famille à charge (max. 4). En tous cas, le plafond pour le total des prestations est fixé à DRA 1670 par jour.

Il existe aussi une allocation funéraire, s'élevant à (au moins) 8 fois le salaire fictif journalier de la dernière classe, soit DRA 35 592.

En cas de maternité, les femmes assurées, ainsi que, le cas échéant, l'épouse ou une personne à charge de l'assuré, ont droit aux prestations en nature, s'élevant, au maximum à DRA 38 550 (pour les frais d'accouchement). La seule condition est d'avoir rempli les 50 jours d'assurance, comme c'est également exigé pour les soins de santé.

Seules les femmes assurées elles-mêmes peuvent bénéficier des prestations en espèces, ce après 200 jours de travail ayant donné lieu à cotisation au cours des 2 dernières années. Cette indemnité de maternité est payée durant 42 jours avant et 42 jours après l'accouchement; elle s'élève à 50% du salaire, avec un maximum de DRA 2 948 par jour.

Assurance invalidité

Selon la même loi de 1951, est considéré comme étant invalide, le travailleur qui, par suite de maladie ou d'infirmité physique ou mentale, ne peut plus gagner que le tiers du gain normal d'un travailleur de même catégorie ou formation, pendant au moins 6 mois (a). Toutefois, celui qui ne peut plus gagner que la moitié du gain normal obtient 75% de la pension et celui qui ne peut plus gagner que les deux tiers, un montant équivalant à la pension pendant 2 ans (allocation de réadaptation) (b).

Les salariés et personnes assimilées, avec un taux minimum d'incapacité de 33% bénéficient du système, après 1500 journées de travail (dont 300 pendant les 5 années précédant l'invalidité), sauf en cas d'accident du travail (en cas d'accident non professionnel: 750 journées de travail sont exigées, dont 150 au cours des 5 années précédentes). Ils ont alors droit à partir de la constatation de l'invalidité et sans limitation de durée, sauf si l'intéressé a droit à une pension de vieillesse(a) ou pour une durée limitée à 2 ans en cas d'incapacité de 33% (b).

Le montant de la pension est le même que celui de la pension de vieillesse. En cas d'incapacité de 50%, le montant est réduit de 25%; en cas d'incapacité de 100%, la pension est majorée de 50 %.

pour l'assistance d'une tierce personne, la majoration ne pouvant dépasser toutefois les DRA 25 700 par mois. Le salaire mensuel est plafonné à DRA 105 275. Un cumul avec la pension de veuve est possible.

Pensions de retraite et de survie

Toujours selon la loi de 1951, tous les salariés et personnes assimilées peuvent bénéficier d'une pension de vieillesse après 4050 journées de travail ayant donné lieu à cotisation; les hommes à 65 ans, les femmes à 60 ans.

La pension de base est fixée à un pourcentage du salaire de l'une des 22 classes d'assurance, à laquelle correspond le salaire brut moyen des deux dernières années. Ce pourcentage varie entre 70% et 30% en raison inverse de l'importance du salaire. Au-delà des 3000 jours d'assurance, une majoration de 1% du salaire est prévue par chaque tranche de 300 journées de cotisation; au-delà des 7800 journées, ce pourcentage s'élève de 1,5 à 2,5% du salaire, en fonction de l'importance de celui-ci. Le plafond mensuel s'élève à DRA 105 275.

Il existe une majoration pour conjoint à charge, de 1 1/2 % du salaire minimum, soit DRA 1930 par jour; les majorations pour enfant à charge s'élèvent à 20% (1er enfant), 15% (2me) et 10% (3me) de la pension. Le montant pour l'ensemble des enfants ne peut dépasser les DRA 22 196.

Trois fois par an une révalorisation automatique s'effectue en fonction de l'indice des prix à la consommation.

Les personnes ayant une pension complète, peuvent anticiper leur retraite, à partir de 60 ans (55 ans pour les femmes) en cas de travaux pénibles ou insalubres; à partir de 62 ans (femmes:57 ans) à condition d'avoir 10 000 jours d'assurance; à partir de 58 ans pour 10 500 jours d'assurance.

Avec une réduction de la pension de 6% par an, il est possible d'anticiper sa pension dans tous les autres cas, ce toujours à partir de 60 ans pour les hommes, et de 55 ans pour les femmes.

Le cumul est possible avec un salaire, tout en étant limité à 35 fois le salaire minimum journalier.

En cas de décès de l'assuré, les survivants sont protégés conformément la loi de 1951, que nous avons déjà cité à plusieurs reprises. Les conditions exigées de l'assuré (décédé) sont les mêmes qu'en cas d'invalidité ou de vieillesse, selon le cas.

Le conjoint survivant doit être veuve ou un veuf invalide sans ressources, dont le mariage a duré au moins 6 mois (ou 2 ans s'il s'agit de la veuve d'un pensionné). Le survivant reçoit 70% de la

pension de vieillesse. En cas de remariage , la pension est supprimée.

20% de la pension de vieillesse est prévu pour chaque orphelin de père ou de mère et ce jusqu'à 18 ans (sauf s'ils'agit d'un enfant invalide); 60% pour un orphelin de père et de mère, avec au total 80% quand il y a plusieurs orphelins. Pour les parents à charge ou petits-enfants l'indemnité s'élève à 20% de la pension, mais le maximum pour l'ensemble des bénéficiaires est fixé à 100% de la pension de vieillesse. En outre, il existe une contribution de l'organisme assureur aux frais généraux.

Accidents du travail et maladies professionnelles

Il n'existe pas d'assurance particulière concernant les accidents du travail et les maladies professionnelles, le risque étant couvert par les assurances maladie, invalidité et survie, ce sous réserve de modalités spécifiques.

L'accident du travail est défini comme un accident survenu du fait et au cours de l'emploi (accidents du trajet y inclus); il existe une liste des maladies professionnelles.

En ce qui concerne les soins et les prestations en espèces en cas d'incapacité temporaire il suffit de renvoyer respectivement au système des soins de santé et à celui des indemnités pécuniaires (maladie). En cas d'incapacité permanente le taux d'incapacité est fixé par l'institution compétente après avis du comité médical, avec possibilité de révision , tous les 6 mois, sur demande de l'intéressé. Un taux de minimum 33% ouvre droit à l'indemnisation, calculée selon les mêmes formules utilisées dans la branche 'invalidité'; un minimum de 60% du salaire fictif de la classe d'assurance à laquelle appartient l'intéressé est toutefois prévu.

Le décès de l'accidenté ou du malade ouvre droit, en faveur des survivants, aux prestations de la branche 'survivants', ainsi qu'à une allocation funéraire.

Enfin, pour certaines catégories (p.ex. les aveugles) il existe des emplois prioritaires d'handicapés.

Allocations familiales

Conformément aux décrets du 28 janvier 1961 et de date postérieure, ouvrent droit aux allocations familiales tous les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans (cas normal), de 22 ans (étudiants) ou sans limite d'âge pour les infirmes graves. Les montants mensuels varient de DRA 520 (1er enfant) à DRA 1820 (2ème) et DRA 3250 (3ème); en plus, pour chaque enfant suivant on ajoute chaque fois DRA 1430 + DRA 1000 pour le 3ème enfant né après le 1er janvier 1982. En outre, il existe un complément familial de DRA 500 (3ème

enfant) ou de DRA 750 (4ème enfant et suivants) par enfant jusqu'à l'âge de 15 ans, ainsi qu'une majoration de 100 % pour le 1er et le 2ème enfant et de 50 % pour les suivants, en faveur des veuves ou des femmes dont l'époux est handicapé ou en service militaire. Les chômeurs reçoivent les allocations normales s'ils ont accompli 50 jours de travail l'année précédente; les titulaires d'une pension, ont droit à des majoration de pension.

Assurance chômage

Le décret-loi de 1954 organise un régime d'assurance en cas de chômage des salariés assurés contre la maladie auprès d'un organisme de sécurité sociale.

Un chômeur (complet) involontaire, apte au travail, inscrit au bureau de placement et à la disposition de ce bureau, bénéficie de l'indemnité jusqu'à l'âge de 65 ans au maximum, à condition de faire preuve d'au moins 125 jours de travail pendant les 14 derniers mois précédant le licenciement ou, pour ceux qui bénéficient du droit pour la première fois, de 80 jours de travail par an pendant les 3 années précédentes. Après 6 jours de carance, l'indemnité est attribuée 25 jours par mois pendant 5 mois (pour 180 jours de travail), 3 mois (pour 150 jours) ou 2 mois (pour 125 jours). Du montant du salaire journalier au moment du licenciement, les ouvriers reçoivent 40%, les employés 50%, avec un minimum de 2/3 du salaire minimum et un maximum de 70% du salaire fictif de la classe d'assurance de l'assuré. Une majoration de 10 % de l'indemnité est prévue par personne à charge. Le maximum des prestations est cependant fixé à 70% du salaire journalier de référence.

II. PRIVATISATION ET SECURITE SOCIALE EN GRECE

1. Mesures prises par les autorités publiques

1.1. Restrictions de la sécurité sociale

La crise économique ne semble pas avoir eu des conséquences négatives pour le développement des assurances sociales en Grèce. Au contraire, avec le développement considérablement ralenti des salaires pour la population active, les prestations sociales ont gagné en importance de manière significative. Le pourcentage du produit national brut voué aux prestations sociales, s'est accru de 15,69 % en 1980 à 22,4 % à 1984. Spécialement dans le secteur des soins de santé ce pourcentage a augmenté de 3,5 % (1980) à 5,5 % (1984).

Non seulement on n'aperçoit pas de mesures prises dans le sens d'une limitation du champ d'application de la sécurité sociale, mais le système a été généralisé en tant que régime général subsidiaire pour tous les salariés du pays; il y avait déjà une protection de base généralisée, mais par la nouvelle réforme l'assurance complémentaire a été étendue à tous les travailleurs (article 3, loi 1305/ 82). D'un autre côté, par le fait de la nouvelle assurance pension et soins de santé pour les agriculteurs, tous les habitants âgés qui n'appartenaient pas encore à une assurance sociale, sont maintenant assurés pour les prestations de vieillesse et de maladie (article 1, loi 1296/82). En même temps un système unique et décentralisé pour les soins de santé a été créé (service national de santé - ESY), dans lequel tous les régimes de soins de santé et de maternité existants seront intégrés. Les prestations de soins de santé sont en ce moment différents d'un régime à l'autre. La réforme prévoit qu'ils devront au moins fournir toutes la même protection que le régime général (article 16 par.1 loi 1397/83).

La notion d'accident du travail a continué à être interprétée par les cours de justice dans le sens le plus large.

L'accès aux prestations de chômage a été étendu par le fait d'une allocation spéciale aux jeunes entre 20 et 29 ans, qui entrent pour la première fois au marché du travail (article 2, loi 1545/85).

Finalement on peut considérer comme remarquable l'augmentation jusqu'à 300 % pour les pensions minimales, dont jouissent presque 80 % des personnes âgées.

Pourtant certaines mesures en vue de réaliser des économies dans les prestations de sécurité sociale en réduisant les montants ou en les soumettant à un examen des ressources, ont été réalisées. Un exemple du premier cas est l'introduction d'un certain nombre

de plafond de calcul pour les pensions, dont certains sont considérés anti-constitutionnels (p.e. Cour suprême 2103/1984, session plénière). Un exemple du second cas se trouve dans les allocations familiales (article 1, P.R.D. 412/1985).

Le problème du financement de la sécurité sociale en temps de crise économique a amené, comme il était attendu, une limitation de l'adaptation des prestations au coût de la vie. Au lieu d'adapter les prestations à l'évolution des salaires on a préféré les lier à l'indice des prix. Mais cette situation n'a pas entraîné une limitation générale de la protection de la sécurité sociale. Il n'y a pas eu de réductions dans les montants des prestations ni de restrictions dans les conditions d'attribution.

Il n'y a pas eu non plus de glissement vers une plus grande responsabilité du patron pour le paiement du travailleur en cas d'incapacité de travail, de chômage ou d'autre risque social.

En matière d'administration de la sécurité sociale la lutte des organisations professionnelles pour une représentation plus organisée dans la sécurité sociale a mené à des concessions importantes de la part de l'état, il y a un an. Le pouvoir exécutif a été autorisé par la loi (article 20, loi 1539/85) de procéder par décision ministérielle à la composition et la recomposition du conseil d'administration et des commissions des institutions de sécurité sociale après l'expiration de leur mandat actuel. Dans chaque nouvelle composition de ces conseils et comités la majorité des membres consistera de représentants des assurés et des pensionnés. La priorité donnée à une politique sociale centralisée, nécessaire à cause de la crise économique, a permis la satisfaction d'une exigence constante des syndicats.

Il est certainement trop tôt pour évaluer l'efficacité de cette mesure législative. Même dans le passé le législateur se prononçait en faveur de la représentativité des autorités compétentes de la sécurité sociale, mais le pouvoir exécutif a manqué à sa réalisation.

Il n'y a pas d'indications que des organisations privées, telles que les compagnies d'assurances, pourraient être admises à jouer un rôle plus important dans l'administration de la sécurité sociale. La stratégie politique des gouvernements et des partis politiques n'a jamais considéré les organisations d'assurances privées comme complémentaires aux efforts de l'état en vue d'assurer le bien-être de la population.

1.2. Extension des mesures de protection d'ordre privé.

Au cours des dernières années un nombre croissant d'entreprises privées ont contracté des assurances de groupe en faveur de leur personnel. La plupart de ces polices d'assurances sont non contributives, ce qui résulte en un transfert net en faveur de

l'assuré. Le total des primes en assurances-vie pour des contrats individuels et de groupe se chiffrait en 1984 à 10,3 milliards de drachmes, ce qui représente 24 % du total des primes dans le marché des assurances grecques.

- Les prestations servies par la majorité de ces contrats d'assurances-groupe sont les suivantes :
 - soins de santé : en ce qui concerne les prestations médicales et d'hospitalisation. C'est la prestation la plus populaire, qui a gagné en attrait depuis l'installation du service national de santé (ESY).
 - l'incapacité de travail : pour accidents du travail ou accidents de droit commun. Cette prestation est d'un intérêt particulier pour les travailleurs manuels et pour les professionnels. Les prestations sont payées en supplément aux prestations analogues de la sécurité sociale.
 - les caisses de pension privées : ne sont pas très fréquentes chez les entreprises privées, à l'exception des grandes sociétés. Elles sont par leur nature des systèmes contributifs. Elles s'adressent généralement au personnel permanent de la compagnie. Le type le plus populaire est le "deposit administration fund".
 - les contrats d'assurance privés : c'est-à-dire les contrats individuels d'assurance-vie, comprennent, en plus de l'assurance-vie elle-même, des assurances supplémentaires avec des prestations médicales, d'hospitalisation et d'incapacité de travail. On estime qu'environ 300.000 de contrats d'assurance-vie actuellement en vigueur fournissent ces prestations complémentaires. Mais la prime par personnes assurée pour l'assurance-vie et les assurances complémentaires est très réduite; elle ne s'élève qu'à 6,90 dollar, et l'ensemble des dépenses pour l'assurance-vie et les assurances complémentaires n'excède pas 1 % du produit national brut.
 - des associations d'assurances volontaires mutuelles : peuvent maintenant être créées, mais seulement en vue de prévoir des prestations en cas de maladie et d'accidents (décret loi 400/70 article 35, en conjonction avec l'article 13 par. 1, modifié).

Malgré les avantages de l'assurance privée - individuelle ou de groupe - pour l'économie nationale et pour la protection sociale, le gouvernement a pris très peu de mesures pour l'encourager.

Ces mesures sont surtout d'ordre fiscal :

- a) les primes payées pour l'assurance-vie, accidents et incapacité de travail sont exemptes d'impôts. Le montant maximum du dégrèvement est fixé à 40.000 drachmes par contrat (D.L. 400/70 article 42 par. 2, modifié par L. 1473/74, article 4).
- b) les primes payées par les entreprises privées pour des assurances-groupe sont considérées comme des dépenses générales,

et pour cette raison exemptes d'impôts (D.L. 400/70 art. 52 par. 4).

- c) les contrats d'assurance-vie (sans les contrats complémentaires) - dont la durée excède 10 ans sont complètement exemptes de la taxe dite "turn-over-tax" (D.L. 400/70, article 52, par. 1).
- d) en cas de rachat d'un contrat d'assurance-vie ou de paiement de la prestation-vie, il n'y a pas d'impôts. Ceci est un encouragement "inconscient". Selon les principes du droit fiscal les revenus sujets aux impôts sont indiqués nominativement dans la loi, et cette énumération ne comprend pas ce type de revenus.

Depuis longtemps il y a eu une règle générale qu'il était interdit pour une personne d'être en même temps assurée par plusieurs assurances soins de santé et maternité (article 14 par. 1, L.D. 4277/62). Cette interdiction était largement appliquée. Le résultat était qu'il était souvent impossible de combiner l'assurance privée avec l'assurance sociale pour améliorer la protection en matière de santé. La personne intéressée était obligée de choisir pour l'une ou l'autre institution. Depuis une règle législative récente (article 17, par 1, L. 1469/84) il n'est plus nécessaire maintenant de sélectionner une assurance. Il est maintenant permis pour toutes personnes d'être couvertes en matière de soins de santé en même temps par une assurance publique et une assurance privée. La nouvelle règle favorise certainement la conclusion de contrats avec des sociétés d'assurance pour le risque de maladie. Parfois même des personnes assurées prétendent que leur contrat d'assurance privée devrait être une raison pour être libérés de l'assurance obligatoire dans le régime de l'assurance maladie, et d'avoir leurs cotisations sociales réduites proportionnellement.

2. Le débat

2.1. Au niveau gouvernemental

On trouve souvent dans les conventions collectives des clauses obligeant les employeurs à assurer leur personnel auprès d'une compagnie d'assurances agréée ou d'une autre institution choisie par l'employeur pour le risque de décès (assurance-vie) ou pour le risque d'incapacité complète et permanente (par exemple : la convention collective spéciale du 8 mars 1985 pour les pilotes d'avion, et le régime d'assurance volontaire pour les Grecs travaillant à l'étranger, art. 1, § 1, Loi 1469/ 84).

Il n'y a pas d'indication que le gouvernement aurait l'intention de prendre des mesures pour encourager des mesures d'ordre privé complémentaires au système de sécurité sociale ou du service national de santé.

2.2. Au niveau politique

Il n'y a pas de plans précis qui seraient proposés dans le sens d'une privatisation de la sécurité sociale. La matière fait l'objet d'une discussion intense. Le parti libéral "Nea Demokratia" se prononce en faveur d'une reprivatisation, notamment dans le domaine des soins de santé, où il s'oppose au service national de santé. Le patronnat, bien entendu, prend des positions très claires pour une réduction des charges sociales et des cotisations de la sécurité sociale. Mais un plan de privatisation n'est pas formulé.

2.3. Partenaires sociaux

Il y a un mécontentement général auprès des syndicats et des autres organisations professionnelles envers le système existant, particulièrement le service national de santé. A l'ordre du jour de la prochaine conférence nationale du conseil national des entreprises libres figure notamment la politique de santé et "la faillite" de la sécurité sociale en Grèce. Des mesures d'austérité proposées par le gouvernement au mois d'octobre ont produit des réactions divergentes parmi les employeurs. D'un côté un nombre d'employeurs veut contracter des assurances-groupe, ou améliorer les prestations des assurances-groupe existantes. D'un autre côté cette intention pourrait être en contradiction avec les mesures d'austérité, et pénalisé par des amendes. Une circulaire récente du Ministère du Travail a précisé qu'une amélioration des prestations prévues par des contrats existants d'assurances-groupe n'est pas en violation de la politique des revenus du gouvernement.

DEUXIEME PARTIE

CONCEPT GLOBAL DE LA PRIVATISATION

Chapitre I.

DEFINITIONS

Dans la problématique de la privatisation de la sécurité sociale il n'y a pas de définitions consacrées par la loi, les traités ou des textes officiels au plan communautaire, ni, pour la plupart des cas, dans les pays-membres. Le concept de "privatisation" est nouveau et très vague. D'origine journalistique, il peut être compris dans un grand nombre de significations différentes. Mais même un terme ancien et bien établi comme "sécurité sociale" prête à des interprétations très différentes, par le fait qu'il est utilisé dans les différents pays pour désigner des contenus qui sont très variés. Il en va de même pour les autres termes qui dans cette étude auront une certaine importance, tels que "assistance", "assurances", "social", "public", et "privé".

Les auteurs de cette étude n'ont pas autorité pour imposer des définitions strictes et uniformes aux pays-membres, ni aux instances privées concernées par cette problématique. Les définitions que nous voulons proposer ici n'ont de valeur que scientifique. Elles n'auront d'utilité que pour autant qu'elles seront reprises par les services de la Commission, et par les pays-membres des Communautés Européennes pour être utilisées dans le débat sur la privatisation de la sécurité sociale, et peut être plus largement dans le cadre de la politique sociale.

Pour convaincre ces autorités à les utiliser, nous n'avons d'autres arguments que le caractère raisonnable du choix des définitions, et leur justification intrinsèque et historique, que nous essayons d'indiquer ici.

1. Sécurité sociale

La sécurité sociale ne couvre pas la même réalité dans les différents pays européens. En Belgique et au Portugal les accidents du travail ne font pas partie du système légal de la sécurité sociale; en Allemagne les allocations familiales n'appartiennent pas à la sécurité sociale, mais sont organisées par un service public direct; l'assurance chômage au Danemark est une assurance sociale libre, et en France elle est organisée comme un "effort complémentaire" sur la base de conventions collectives, intégrées dans une législation distincte de celle de la sécurité sociale; et les soins de santé font l'objet, dans plusieurs pays européens, d'un service national de santé organisé en dehors de l'institution de la sécurité sociale (Grande-Bretagne, Irlande, Danemark, Italie et

Grèce). D'un autre côté l'assistance publique est considérée dans plusieurs pays comme faisant partie intégrante de la sécurité sociale et même comme sa prestation de base (Grande-Bretagne, Irlande), tandis que dans la plupart des pays elle est considérée un peu comme l'anti-thèse de la sécurité sociale, et certainement différente par nature.

Les éventualités couvertes, et les prestations fournies sont extrêmement diverses dans les différents pays d'Europe. Il y a des prestations forfaitaires de base, d'un niveau parfois très bas, des prestations proportionnelles, et des prestations de remplacement presque total du dommage causé. Il y a des prestations liées à certaines causes (p.e. accidents du travail et maladies professionnelles), ou liées à certains effets (charge familiale, coût d'un handicap, perte d'un revenu). Les prestations peuvent inclure des fournitures en nature (soins de santé, hébergement dans des institutions, fourniture de prothèses et d'appareils) et même des prestations de services personnels (services de conseil ou d'orientation, aide d'une tierce personne, parfois même remplacement d'un travailleur pendant son incapacité de travail). L'action de la sécurité sociale peut s'étendre dans le domaine de la prévention, surtout en matière de risques professionnels, mais également dans le secteur du chômage (service d'emploi, réadaptation professionnelle, aide à l'emploi...), et aussi dans d'autres domaines (p.e. cures et soins de la santé). La sécurité sociale peut même être active dans le domaine dit de "l'action sociale", par lequel il mettra à la disposition de la population des services et des institutions dont le développement ne serait pas suffisamment assuré par les initiatives libres du marché.

Dans l'objet des prestations il y a aussi une diversité qui va sans cesse croissante : les différents régimes de la sécurité sociale offrent des allocations pour des risques aussi divergents que le logement, l'éducation, l'anti-conception, les frais funéraires, la faillite de l'entreprise, et même le mauvais temps ("Schlechtwettergeld" en Allemagne).

Tout ceci signifie qu'une définition ne pourra jamais correspondre au système actuel de la sécurité sociale dans tous les pays de la communauté à la fois. Une définition impliquera toujours un choix contraire à la pratique dans la plupart des pays-membres.

La base pour ce choix est offerte par la convention n° 102 de 1952, de l'Organisation Internationale du Travail. Celle-ci définit la sécurité sociale par les risques couverts, et par les prestations fournies. Les risques couverts sont les suivants :

1. les soins médicaux,
2. la maladie,
3. le chômage,
4. la vieillesse,
5. l'accident du travail ou la maladie professionnelle,
6. les charges de famille,
7. la maternité,

8. l'invalidité,
9. le décès prématuré.

Dans le cas des soins de santé, de la maternité, de l'accident du travail et de la maladie professionnelle, les soins de santé doivent tendre à rétablir, à préserver ou à améliorer la santé de la personne protégée, ce qui inclut l'action préventive dans le cadre de la sécurité sociale. Mais selon la convention l'action préventive ne fait pas partie des normes de la sécurité sociale en ce qui concerne le chômage. D'un autre côté la convention ne fait aucune distinction selon le mode de distribution des soins de santé, ce qui fait que les différents types de service national de santé sont inclus dans son champ d'application.

Pour la plupart des risques, tels que le chômage, la maladie, la vieillesse, l'accident du travail et la maladie professionnelle, l'invalidité, la maternité, et le décès prématuré, les prestations, selon la convention, consistent en des paiements périodiques de sommes d'argent. Les formes d'indemnisation en nature et les prestations de services, qui accompagnent souvent dans plusieurs régimes les prestations en espèces, ne sont donc pas considérées comme appartenant à la sécurité sociale.

Il faut remarquer que selon la convention les prestations peuvent être de deux types, selon que le champ d'application soit constitué par des catégories prescrites de la population active, ou bien par les résidents dont les ressources n'excèdent pas une limite prescrite : dans le premier cas les prestations doivent être au moins égales à un pourcentage déterminé du salaire du manoeuvre ordinaire adulte masculin, dans le deuxième cas le montant de la prestation doit être fixé selon un barème prescrit, et ne pourra être réduit que dans la mesure où les autres ressources de la famille du bénéficiaire dépassent des montants substantiels prescrits, de telle manière que la prestation et les autres ressources de la famille doivent être suffisantes pour assurer à la famille des conditions de vie saines et convenables. Ce dernier point indique que des prestations dites "d'assistance" sont comprises dans le champ d'application de la sécurité sociale, selon la convention n° 102.

Le Code européen de sécurité sociale du Conseil de l'Europe (1964) a repris les mêmes risques et à peu près les mêmes prestations (d'un niveau légèrement plus élevé) que la convention n° 102 de l'Organisation Internationale du Travail, confirmant ainsi la délimitation du concept de la sécurité sociale en droit international sur le plan européen. Cette convention a été signée par 5 états-membres : les Pays-Bas, le Royaume Uni, le Luxembourg, la Belgique et l'Allemagne.

Au niveau des Communautés Européennes une définition plus exacte de la sécurité sociale a été rendue nécessaire par les règlements concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants, pris en application de l'article 51 du traité constitutif de la communauté Economique Européenne. Toutefois, dans l'article premier du

règlement 1408/71 du 14 juin 1971, qui comprend une longue liste de définitions, le terme de "sécurité sociale" n'est pas mentionné. Sa définition devra découler de l'interprétation des articles 2 et 4, qui déterminent le champ d'application personnel et matériel du règlement.

L'article deux dit que le règlement s'applique aux travailleurs, ainsi qu'à leurs survivants et aux fonctionnaires et au personnel assimilé, qui ont été soumis à la législation d'un état-membre. Ce champ d'application a été ultérieurement étendu aux travailleurs indépendants (règlement n° 1.390/81 du 12 mai 1981 et 3.795/81 du 8 décembre 1981). Le champ d'application matériel de l'article 4 inclut les 9 risques couverts par la convention n° 102 de l'O.I.T., confirmant encore une fois le consensus international sur cette circonscription de la sécurité sociale. Le texte continue en précisant que sont inclus dans ce concept de la sécurité sociale tous les régimes généraux et spéciaux, contributifs et non-contributifs, ainsi que les régimes d'obligation de l'employeur, comme p.e. celui des accidents du travail en Belgique et au Portugal.

Contrairement à la convention n° 102, qui admet des prestations du type de l'assistance, le règlement sur la sécurité sociale des travailleurs migrants ne s'applique pas à l'assistance sociale, ni à l'assistance médicale, ni au régime en faveur des victimes de la guerre ou aux régimes spéciaux des fonctionnaires ou du personnel assimilé.

Ces dispositions ne sont pas d'une clarté parfaite. Elles seront précisées par les états-membres eux-mêmes, dans des notifications, publiées au Journal Officiel des Communautés Européennes, dans lesquelles ils mentionnent la législation et les régimes qu'ils considèrent comme faisant partie de leur système de sécurité sociale soumis au règlement.

La Cour de Justice des Communautés Européennes a développé une jurisprudence intéressante au delà des notifications des gouvernements, pour étendre le champ d'application à certains régimes dont la nature pouvait être douteuse.

Ainsi la Cour de Justice a-t-elle décidé que les pré-retraites françaises, dites "garantie de ressources", qui sont instituées par voie de conventions collectives ne sont pas des régimes de sécurité sociale soumis aux règlements, bien qu'elles ressemblent aux prestations de sécurité sociale (arrêt Valentini, 171/82, 5 juillet 1983). D'autre part la Cour a considéré l'allocation d'aide sociale, prévue par l'article 26 de la loi italienne n° 153 du 30 avril 1969 comme une prestation de sécurité sociale, parce que, malgré son nom, elle était légalement définie en dehors de toute appréciation individuelle et discrétionnaire des situations et besoins personnels (139/82, arrêt du 5 mai 1983). Dans un arrêt similaire elle a considéré comme une prestation soumise aux règlements le minimum de moyens d'existence ("minimex") octroyé

par la loi belge du 7 août 1974 (arrêt Scrivner, 122/84, du 27 mars 1985).

De ce qui précède résultera notre définition de la sécurité sociale, comme étant l'ensemble des régimes légaux, contributifs ou non, offrant des prestations essentiellement en espèces et individuelles aux bénéficiaires qui remplissent les conditions prévues par la loi et les règlements, pour autant qu'il s'agit de la protection contre un des 9 risques énumérés par la convention n° 102 de l'O.I.T. Cette définition comprendra donc des services nationaux de santé, des pensions nationales de base, des prestations non-contributives, même avec condition de ressources et des régimes d'assurances libres prévus par la loi. Resteront en dehors de la définition de la sécurité sociale : les services offerts au public, même s'ils sont organisés par les institutions de la sécurité sociale, les prestations collectives, les prestations préventives en dehors du secteur des soins de santé, les régimes basés sur des conventions collectives et les mesures de protection basées sur des contrats individuels, et finalement les régimes d'assistance proprement dits.

2. Assistance

La définition de l'assistance est beaucoup moins claire que celle de la sécurité sociale. On ne dispose pas d'instruments internationaux permettant de dégager une définition plus ou moins largement acceptée de cette notion en droit international.

Dans l'affaire Piscitello précitée (131/82, 5 mai 1983) la Cour de Justice des communautés européennes a défini une prestation d'assistance comme dépendant d'une appréciation individuelle et discrétionnaire des situations et besoins personnels, mais elle ne s'est pas référée à une source de droit pour justifier cette prise de position.

L'assistance peut avoir des significations très différentes. Dans un sens très général elle peut désigner toute forme d'aide apportée à une personne et même à une collectivité. Cette aide peut être de nature matérielle ou immatérielle, elle peut être octroyée de la part des instances privées ou des instances publiques, avec plus ou moins de critères objectifs de distribution et elle peut être soumise ou non à certaines conditions.

Dans la terminologie italienne le mot "assistenza" est souvent utilisé dans ce sens très large, qui comprend aussi bien la charité privée que les prestations de sécurité sociale et qui se traduit le mieux par le mot "aide".

Le terme moderne "assistance" doit sa signification surtout à son contexte historique. Dans toute société où les niveaux de revenus sont différents, les pauvres se sont toujours tournés vers les riches pour recevoir l'aumône. Cette charité privée a été canalisée vers les deux structures essentielles du pouvoir dans les

sociétés traditionnelles : les églises et la noblesse, pour qui l'exercice de la charité devenait un devoir naturel, parce qu'ils étaient les seuls à pouvoir secourir les indigents, mais aussi une politique nécessaire pour préserver la société contre le banditisme. Avec la constitution des états nationaux ce devoir est devenu une "dette sacrée" de l'état. Tous les états développés, et particulièrement les membres des Communautés Européennes, ont organisé un système public d'aide sociale, qui continue dans le temps présent cette double fonction de l'assistance nécessaire aux indigents pour leur procurer les moyens de mener une vie décente, et de contrôler le mode de vie des éléments marginaux dans la société.

Comment définir cette "assistance" ?

Elle a deux composantes : d'un côté l'élément d'indigence, indiquant l'état de besoin qui nécessite l'intervention des pouvoirs publics (ou d'organisations privées qui s'attachent au même but) pour éviter que des personnes dans la société ne tombent en dessous de certaines limites considérées comme essentielles pour une vie décente, et d'un autre côté le contrôle social, qui se traduit par une certaine autorité des instances qui attribuent l'assistance sur l'assisté, qui peuvent juger de son attitude et le sanctionner par un retrait de l'assistance.

Les deux critères peuvent se présenter sous des aspects très différents. L'indigence peut être laissée à l'évaluation subjective d'un agent de l'assistance ou d'un organe compétent. Elle peut aussi être décrite dans des directives plus ou moins précises qui permettront de mesurer l'état d'indigence de manière objective et égale pour tous. De même, le contrôle social peut s'exercer par la voie discrétionnaire en laissant aux autorités compétentes le pouvoir de décider sur l'attribution ou le retrait de l'assistance et la détermination de son montant, sans qu'il y ait des critères à observer ou de normes juridiques, telles que l'égalité de traitement, à obéir. Ou bien cette fonction de contrôle social peut s'exercer de manière ordonnée, en fixant les conditions imposées aux bénéficiaires de l'assistance dans un code de conduite ou une réglementation objective.

Le fait qu'un droit à l'assistance soit reconnu par la législation ne change rien aux éléments de cette définition. Le droit peut être reconnu tout en gardant la nature discrétionnaire du mode de calcul et de l'attribution ou du retrait des prestations. La nature juridique du droit à l'assistance n'apparaîtra que dans l'existence d'une structure d'appel, qui permettra d'utiliser des moyens juridiques pour combattre une décision d'un organisme d'assistance. Si l'assistance est du type réglementaire, cet appel pourra se fonder sur la réglementation prévue; si elle est du type discrétionnaire, elle pourra être fondée sur les règles de la procédure, sur le texte de la loi d'assistance, et sur les principes généraux du droit.

Si l'on se tient à la définition de la Cour de Justice des Communautés Européennes, l'assistance tombera en partie sous la définition de la sécurité sociale, et en partie en dehors de cette définition. Pour autant qu'elle repose sur des appréciations discrétionnaires de la part des autorités compétentes, l'assistance sera considérée comme étrangère à la sécurité sociale, mais pour autant que ses modes d'attributions et le calcul de ses prestations soient définis par la loi de manière objective, elle pourra faire partie de la notion de sécurité sociale.

3. Assistance mutuelle

"Assistance mutuelle" est un concept développé dans un certain nombre de pays européens dans la première moitié du 19^e siècle, comme une forme particulière d'entr'aide volontaire des travailleurs en vue d'échapper aux rigueurs de l'assistance publique. Elle a trouvé son inspiration dans les Caisses d'entr'aide existantes dans les corporations de l'ancien régime, qui elles-mêmes étaient une continuation d'une tradition en fait très ancienne.

A leur début les associations d'assistance mutuelle étaient des organisations locales de petite envergure, groupant des membres d'une même profession ou parfois des personnes d'une même localité, en vue de donner un fondement financier et organique au devoir d'aide et de solidarité entre collègues et voisins qui avait toujours existé, et qui était resenti de plus en plus comme une nécessité. Dans la deuxième moitié du 19^e siècle ces organisations se sont développées sous une protection croissante des autorités publiques, qui allaient bientôt commencer à donner des subsides pour favoriser leur développement. Au début du 20^e siècle nous retrouvons les associations mutualistes dans une situation tout à fait différente : elles sont devenues de grandes institutions, bien organisées et bien financées, s'adressant à une large majorité des travailleurs, groupés en des fédérations et sur le plan régional et national, alliés aux syndicats et aux partis politiques, et formant une puissance dans l'état, qui sera désignée par le vocable : "la Mutualité".

C'est surtout en Italie, en France et en Belgique que cette "liberté subsidiée" a dominé pendant longtemps la politique sociale. Dans d'autres pays, comme l'Allemagne, ces Caisses d'entr'aide ("Hilfsskassen") ont été intégrées beaucoup plus tôt dans le système public d'administration de la sécurité sociale, ou en Grande-Bretagne ces associations ("Friendly Societies") n'ont joué qu'un rôle moins important.

Selon la conception traditionnelle l'assistance mutuelle serait une forme d'aide, basée sur la solidarité entre les membres de l'association, qui serait différente à la fois de l'assistance et de l'assurance. Elle se distinguerait de l'assistance par le fait que l'aide ne serait pas octroyée unilatéralement sur la base de la bonne volonté des institutions d'assistance, mais sur la base d'un contrat entre les membres, et par le fait qu'elle serait liée

aux tarifs et conditions convenues dans le cadre de l'association.

Elle se distinguerait de l'assurance par le fait que les cotisations des membres ne seraient pas liées aux risques mais au simple fait d'être membre. Cela implique que le paiement des cotisations ne peut pas s'arrêter au moment de la réalisation du risque (p.e. au moment de l'interruption du travail pour cause d'incapacité de travail); l'aide n'est octroyée qu'aux membres de l'association, et donc les membres doivent continuer à payer leurs cotisations même pendant la période où ils reçoivent l'aide prévue par l'association au malade ou invalide. Le contrat entre les membres n'aurait pas comme composante essentielle la prime, le risque et la prestation, mais porterait uniquement sur l'association en vue de l'entr'aide. Le règlement de l'association sur les cotisations et sur les prestations à fournir pourrait donc être changé à tout moment par accord entre les membres, ce qui ne serait pas le cas pour des contrats d'assurance.

Cette conception historique de l'assistance mutuelle ne joue plus aujourd'hui un rôle bien important. Dans la pratique les associations mutualistes se rapprochent beaucoup plus de l'assurance proprement dite, notamment de l'assurance mutuelle, qui en est une forme particulière.

4. L'assurance

Le principe de l'assurance n'est pas difficile à définir. Cette définition consiste en trois éléments : le risque, la prime et la prestation.

Le risque est un événement fortuit, dont la survenance ne dépend pas comme telle de la volonté de l'assuré. Dans ce sens on peut douter du caractère d'assurance de prestations de retraite et d'allocations familiales. Le fait d'atteindre l'âge de la retraite n'est pas imprévisible. Ce n'est pas une certitude non plus : on peut décéder avant cet âge. C'est ce décès qui est le vrai risque, et l'octroi d'une rente à la retraite apparaît beaucoup plus comme un rachat du contrat de l'assurance à une certaine date dans le futur. De même pour les allocations familiales, la naissance d'un enfant n'est plus une occurrence fortuite, mais un fait voulu par les parents. L'enfant pourrait être mort-né, ou handicapé : cela constituerait un vrai risque, et des allocations pour de tels événements pourraient être considérées comme des prestations d'assurance.

Le deuxième élément est la prime, calculée en fonction du risque. Il n'est pas nécessaire qu'elle soit payée par l'assuré lui-même; on peut contracter une assurance pour autrui, et il n'est donc pas contraire à l'idée d'assurance de voir un employeur payer pour l'assurance de son travailleur. Il n'est pas nécessaire non plus que la prime soit équivalente au risque dans le cas individuel. Dans les assurances de groupe la prime sera calculée sur un risque

global pour l'ensemble du groupe; rien ne s'oppose à ce qu'une prime d'assurance soit calculée sur la moyenne du risque d'une collectivité, même si elle devait s'étendre à toute une catégorie sociale sur le plan national. Mais pour la notion d'assurance il est essentiel que la prime soit calculée de manière à couvrir le coût du risque, calculé selon les méthodes actuarielles, et augmenté du coût d'administration de l'assurance. Ce coût peut être réduit artificiellement par des subsides. Cela n'empêcherait pas de reconnaître la nature de l'assurance, pour autant que la prime reste calculée de manière à couvrir la totalité du coût futur des risques assurés.

Le troisième élément est la prestation, qui peut revêtir toutes les formes possibles. Normalement la prestation d'une assurance consistera en une somme d'argent, ou bien un capital, ou bien une rente, mais rien ne s'oppose à ce que cette prestation soit complétée ou remplacée par des services en nature ou même par des prestations directes de service (p.e. hébergement de la personne assurée dans une institution spécialisée appartenant à l'assurance). L'essentiel, pour qu'il y ait assurance, est que le droit à la prestation trouve son fondement dans le paiement de la prime. Le droit à la prestation doit être pleinement acquis au moment de la réalisation du risque, si le preneur de l'assurance a payé toutes les primes qu'il devait. La nature et le montant des prestations à payer seront déterminés par le paiement de la prime, et par le contrat ou le règlement sous lequel ces primes sont payées. Ceci peut avoir la fâcheuse conséquence que les prestations soient inadéquates par rapport aux besoins réels du bénéficiaire au moment où le risque est réalisé; ou bien elles peuvent dépasser ces besoins en lui octroyant une compensation, là où il n'y a pas de perte réelle. Les prestations seront celles prévues lors du paiement des primes, quels que soient les besoins réels au moment de la réalisation du risque.

L'assurance peut être définie en tant qu'institution, en tant que technique, ou en tant que contrat.

Dans la définition contractuelle, l'assurance ne peut qu'être libre et privée. Un contrat ne peut qu'être conclu librement. On trouve bien dans nos sociétés un grand nombre d'assurances obligatoires, qui pourtant sont considérées comme contractuelles. Mais ceci n'est possible que pour autant que l'obligation soit accessoire à une activité librement choisie, p.e. l'usage d'une automobile ou l'utilisation d'une installation nucléaire. La liberté dans les contrats ne doit pas être comprise dans un sens absolu. Toute activité humaine obéit à certaines influences et pressions, ce qui n'exclut pas la liberté. Prétendre le contraire serait nier la possibilité d'existence d'un contrat librement engagé. Le contrat de travail lui-même est rarement accepté tout à fait librement: le travailleur aurait préféré de meilleures conditions ou un travail dans des circonstances différentes, mais il est bien obligé d'accepter l'offre qui lui est faite parce qu'il a besoin du revenu du travail, ou parce qu'en refusant il

perdrait son droit à la protection sociale. Les assurances sociales qui sont accessoires au contrat du travail pourraient donc garder leur caractère contractuel, tant que les intéressés auraient le choix d'y participer ou non, en choisissant de travailler comme travailleur salarié ou non.

On doit bien reconnaître que la liberté réelle dans l'affiliation aux assurances sociales est encore plus réduite que dans la conclusion d'un contrat de travail. Dans ce dernier cas le travailleur a encore un certain choix entre les différents employeurs et les différents types d'emploi auxquels il pourrait s'adresser (sauf, bien entendu, s'il est adressé à cet employeur par l'office public de l'emploi), mais dans le cas des assurances sociales son affiliation découlera directement de son emploi, sans qu'il y ait d'autre possibilité de choix (à l'exception de certaines possibilités de contracter en dehors de l'assurance sociale obligatoire, comme les pensions d'entreprise en Grande-Bretagne, ou comme les Caisses de rechange ou "Ersatzkassen" en Allemagne.

Dans le cas classique de l'assurance sociale obligatoire pour une grande catégorie de travailleurs, personne ne défendra encore le caractère contractuel d'une telle institution. Mais qu'en sera-t-il dans le cas de régimes plus petits, pour certaines professions particulières, comme on en trouve un si grand nombre en Italie et plus encore en Grèce ? Ces organismes d'assurances existaient avant qu'elles soient devenues obligatoires. La relation entre leurs membres et l'organisation aurait-elle cessé d'être de nature contractuelle par le fait de l'obligation ? C'est une question qui peut se poser. Elle se posera d'autant plus dans les cas où les assurés ont le choix entre différentes Caisses auxquelles ils peuvent s'affilier, et de plus forte raison dans les cas où les assurés peuvent exercer une option pour s'assurer ou non, ou pour continuer ou compléter leur assurance.

On remarquera donc que le caractère contractuel de l'assurance ne peut pas être lié simplement à la présence ou l'absence d'une liberté contractuelle dans le chef de l'assuré. Cette liberté n'existera jamais complètement, et n'aura jamais complètement disparu. Dans beaucoup de cas il sera difficile de distinguer le point de rupture à partir duquel l'un des deux éléments, la contrainte ou la liberté l'emportera sur l'autre.

Et même si l'affiliation à l'assurance peut être considérée comme libre de la part de l'assuré, la relation entre l'assurance et l'assuré peut perdre son caractère contractuel par le contexte dans lequel ce choix s'opère. En Allemagne on considère généralement que l'ensemble des assurances sociales se trouve dans le domaine du droit public (K. Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Asgard-Verlag, Sankt-Augustin, 1984, 81M-W), ce qui veut dire que l'affiliation ne constitue pas un contrat de droit privé, mais qu'elle est constitutive de droits et d'obligations dans le cadre du droit public. C'est dire que la volonté des partis n'est - et ne peut pas être - dirigée vers la conclusion d'un contrat synallagmatique, l'un des partenaires n'ayant pas la

capacité juridique d'entrer dans un telle relation. Dans ce contexte l'affiliation de l'assuré ne peut avoir le caractère que d'une adhésion à un système réglementaire.

Si l'on considère l'assurance comme une institution, elle s'accommode parfaitement de ce caractère de droit public. Une institution est un ensemble de règles dirigées vers un objectif déterminé. L'objectif est d'assurer aux bénéficiaires des prestations prédéterminées sur la base de primes payées pendant la période d'assurance en vue de couvrir les frais de celle-ci. Cette institution peut être de nature contractuelle ou réglementaire, privée ou publique. Elle peut être simple ou complexe, concentrée ou décentralisée, participative ou autoritaire, statique ou dynamique : elle peut apparaître sous un grand nombre de formes différentes.

Si on accepte la définition institutionnelle de l'assurance, il n'y aura aucune difficulté à reconnaître le caractère assicratif des assurances sociales, même si elles appartiennent au domaine du droit public, et même s'il n'y a que peu ou pas de liberté de la part des assurés envers cette institution.

On peut aller encore plus loin, et ne retenir de l'assurance que la technique. La technique de l'assurance consiste à calculer la probabilité de l'occurrence de certains risques dans le futur, et sur la base de celle-ci la valeur actuelle des primes à payer en vue de couvrir des prestations d'un certain montant liées à ces risques dans le futur. C'est une technique essentiellement actuarielle.

Si la notion d'assurance est réduite à cette définition strictement technique, elle peut être retrouvée dans beaucoup d'institutions et d'organisations, qui ne sont certainement pas des assurances dans le sens contractuel du terme. Mais en même temps elle éliminerait la notion d'assurance d'un certain nombre d'institutions qui enprennent le nom et utilisent la terminologie, bien qu'elles n'utilisent pas vraiment le calcul actuariel pour équilibrer le coût actuel des primes et le coût futur des prestations. Il s'agit notamment des Caisses de prévoyance basées sur le principe de la répartition, où le coût des prestations d'un certain exercice est simplement divisé sur l'ensemble des assurés actifs de la même période. Pour la plus grande partie les assurances sociales utilisent cette technique, mais elle se retrouve également dans certains régimes complémentaires obligatoires (les pensions complémentaires A.R.R.C.O. en France) et même dans certains régimes facultatifs (la Caisse de prévoyance des médecins en Belgique).

5. Assurance sociale

Les assurances sociales ne sont ni des assurances ni sociales. Les deux parties de leur nom ont des origines historiques, qui sont liées à l'histoire sociale du 19e siècle.

Comme on le sait le terme "social" utilisé souvent en relation avec tout ce qui touche à la position des travailleurs dans la société (p.e. conflit social, partenaires sociaux, organisations sociales...) et à la protection des personnes économiquement faibles (p.e. tarifs sociaux, tourisme social, service social etc.) n'a pas la signification habituelle de "ce qui a trait à la vie des hommes en société" mais se réfère à ce qu'on a appelé le "problème social" dans le 19ième siècle. Ce problème était posé par la position de la classe ouvrière dans l'état, classe qui par ses mauvaises conditions sociales et économiques et par sa concentration dans les grandes villes constituait un danger pour la stabilité du régime politique. Après de vains efforts de contrôle répressif, les états ont, les uns après les autres, pris la voie des réformes législatives pour conjurer ce danger en améliorant le sort des masses laborieuses. Toute cette législation dans sa grande diversité (suffrage universel, réformes judiciaires, encouragement de l'épargne, habitations sociales, hygiène publique, réglementation du travail, répression de l'ivresse, encouragement des coopératives et des associations mutualistes, éducation publique, assurances sociales, etc.) était désignée par le vocable "social". Une grande partie de ces mesures législatives ont par la suite perdu cette appellation, et ont été intégrés dans d'autres domaines du droit, comme p.e. le droit économique, le droit administratif, le droit pénal ou judiciaire et le droit du travail. Mais il en est resté un domaine du droit appelé "social" qui regroupe toutes ces matières qui forment la conséquence actuelle de certaines des mesures les plus importantes prises au 19e siècle dans le cadre du problème social, et qui sont censées continuer aujourd'hui la même inspiration.

L'objet des mesures sociales au 19e siècle était la protection de la classe ouvrière, qui était caractérisée par la conjonction de deux éléments : la pauvreté et le statut de travailleur salarié. Le développement social et économique par la suite a amené une dissociation entre ces deux éléments. Il est clair qu'en ce moment les travailleurs salariés ne sont pas nécessairement des pauvres, et que les (ou la plupart des) pauvres ne sont pas des travailleurs salariés. Le droit social a pu suivre l'une ou l'autre de ces deux lignées. S'il a suivi celle des travailleurs salariés, il se sera développée en un droit réglant tous les statuts particuliers attribués par la loi au travail salarié dans la société, ce qui inclura un grand nombre d'institutions importantes qui n'existaient pas encore au 19e siècle, telles que la participation ouvrière à la gestion des entreprises, les retraites complémentaires, les vacances payées, et d'autres. Si elle a suivi la lignée de la pauvreté, la législation sociale s'occupera maintenant beaucoup plus de la sécurité sociale et l'aide sociale, du logement, de la protection de la santé, des personnes handicapées et des mesures d'intégration des marginaux dans la société. Cette dernière conception se trouve concrétisée dans le "Sozialgesetzbuch" allemand (dont le livre premier a été approuvé par la loi du 11 décembre 1975). La première conception se retrouve

surtout dans les pays socialistes où la protection sociale coïncide pratiquement avec la protection du travail, mais également dans des pays comme la Belgique et la France, où le droit social se compose toujours de droit du travail et de la sécurité sociale.

Les assurances sociales sont nées des insuffisances de l'entraide mutualiste, et des abus de l'assurance privée. Les sociétés mutualistes étaient trop petites et trop mal gérées pour offrir une garantie sérieuse à leurs membres, surtout pour les prestations à long terme. Elle devait d'abord s'organiser en des structures plus solides et prendre la forme de véritables assurances mutuelles, pour pouvoir jouer un rôle important dans la protection sociale. Ceci s'est fait dans la deuxième moitié du 19^{ième} siècle. Mais il restait le problème des mauvais risques et des risques inassurables (personnes en mauvaise santé, handicapés de naissance) pour lesquels la mutualité ne pouvait pas offrir des solutions; et il restait également le problème des périodes de chômage, de la vieillesse, et en général des périodes où les ménages manquaient de revenus pour pouvoir payer les cotisations aux mutuelles, aussi modestes qu'elles soient.

L'assurance sociale est née au moment où l'état est intervenu afin de rendre cette assurance accessible à tous ceux qui en avaient besoin et qui n'étaient pas en mesure de les procurer. Cette intervention s'était d'abord faite avec des subsides, qui devaient permettre aux mutuelles d'accepter les mauvais risques et de réduire les cotisations pour des personnes à revenu très bas; par la suite il a pris la voie de l'obligation, qui a étendu le champ d'application de l'assurance aux larges groupes de travailleurs à revenu modeste, avec des cotisations adaptées au niveau des salaires ou réduites dans le cas des bas salaires, et avec obligation pour les mutuelles d'accepter les mauvais risques et les risques inassurables.

Les assurances sociales se sont développées au cours du 20^{ième} siècle dans les deux directions déjà citées : du moment où les pauvres et la classe ouvrière ne coïncidaient plus, elle a pu suivre les uns ou les autres. Dans la plupart des pays les assurances sociales sont des assurances ouvrières, liées au contrat du travail et étroitement associées à la structure du travail dans les entreprises. Les employeurs paient une grande partie de la cotisation et retiennent le reste des salaires des travailleurs. L'ensemble apparaît comme un salaire indirect plutôt que comme une assurance des travailleurs. A côté de ce "régime général" se développeront des régimes analogues pour les travailleurs indépendants et pour certaines occupations particulières, qui resteront plus proches du modèle de l'assurance sociale proprement dite.

Dans d'autres pays comme dans la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et le Danemark, plus fortement influencés par le modèle américain de sécurité sociale et par le plan "Beveridge" l'assurance sociale sera consue plutôt comme une assurance minimale pour l'ensemble de la population, destiné à sauvegarder celle-ci contre la pauvreté.

Dans ce cas elle tend à se confondre avec un service public de sécurité sociale, voir même avec l'assistance, qui dans ces pays est fortement intégrée dans la sécurité sociale, ce qui lui ferait perdre le caractère d'assurance.

Les anciennes assurances sociales ont gardé dans les systèmes actuels de sécurité sociale leur présence, au moins par leur nom. Dans certains cas il s'agit sans aucune doute encore d'assurance sociale. Nous pouvons mentionner les exemples de l'assurance-accident du travail en Belgique, de l'assurance-chômage au Danemark et d'un certain nombre de régimes particuliers dans les pays méridionaux de l'Europe. Mais dans la plupart des régimes dits d'assurance sociale on ne peut plus vraiment parler d'une assurance, dans le sens donné ici à cette expression. Le droit aux prestations de ces "assurances sociales" découle normalement de la loi, et non pas du paiement des primes. Les vraies "assurances sociales" sont devenues très rares en Europe.

6. Public et privé

Le débat sur la privatisation sera dominé par l'antithèse entre le public et le privé. Encore faut-il préciser ce qui est entendu par ces termes. Dans le langage commun "public" veut dire ce qui est ouvert à la communauté, et "privé" veut dire ce qui est réservé à l'individu ou au cercle des personnes concernées. Cette signification n'a aucune relevance pour la problématique que nous étudions ici.

En termes juridiques on fait la distinction entre le droit public et le droit privé, qui dans une certaine tradition juridique, particulièrement vivante en Allemagne et en France, est considérée comme la *suma divisio* du droit (voir : R. David, Les grands systèmes de droit contemporains, Paris, Dalloz, 1973, 81-82). Selon cette tradition le droit se divise en deux parties, l'une réglant les relations des citoyens (et de leurs associations) entre eux, l'autre déterminant les relations entre les citoyens et l'Etat, ou entre les différentes structures des autorités publiques. Dans ce sens "privatisation" pourrait signifier : reléguer dans le domaine du droit privé de ce qui était réglé par le droit public.

Mais ces deux domaines ne sont pas toujours aussi clairement divisés qu'on croirait. D'un côté l'Etat et d'autres autorités publiques prennent régulièrement part dans le commerce entre les personnes et organisations privées, en achetant et vendant des immeubles et des biens, en concluant des contrats de travail et toutes sortes d'autres contrats appartenant normalement au droit privé. Il est admis que dans de tels cas les autorités publiques agissent en tant qu'organisations privées, et le droit privé s'applique à elles, notamment en matière de responsabilité civile et contractuelle. D'autre part les structures des sociétés modernes sont tellement complexes, qu'il n'est pas toujours aisé de distinguer entre le public et le privé. Notamment dans le cas des

institutions de la sécurité sociale il peut y avoir souvent des doutes quant à leur appartenance à l'un ou à l'autre secteur. En France, par exemple, les caisses de sécurité sociale autres que les organismes nationaux sont considérées comme des organismes privés chargés de la gestion d'un service public (voir : N. Voirin, "Les organes des caisses de sécurité sociale et leurs pouvoirs", L.G.D.J., 1961), bien que leur constitution et leur gestion soient déterminées par la loi et que leur rôle se limite à l'administration d'un système légal de sécurité sociale où elles n'ont aucune liberté de décision.

D'autre part en Allemagne les caisses de sécurité sociale sont considérées comme des organismes de droit public (K. Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Asgard-Verlag, 1984, 81 w), bien que certains de ces organismes ont - théoriquement au moins - le pouvoir autonome de déterminer le montant des cotisations de leurs membres et le niveau des prestations, et sont responsables de leur propre équilibre financier. En Espagne la nature juridique des mutualités de travailleurs, qui gèrent sous des institutions nationales les différentes prestations de la sécurité sociale, est sujet d'une discussion : les uns les considèrent comme des organismes privés chargés de la gestion d'un service public, d'autres les rangent dans le secteur du droit public (J.M. Almansa Pastor, Derecho de la seguridad social, Editorial Tecnos, Madrid, 1973, 221).

La distinction entre public et privé peut également être définie en termes économiques. Dans ce sens le secteur privé est celui qui est soumis à la loi de l'offre et de la demande sur le marché. Le secteur public sera celui qui est soustrait au mécanisme du marché, et où les investissements, les dépenses, les prix et la production sont déterminés par les pouvoirs publics, ou sous leur autorité. Le statut juridique des acteurs importe peu. L'état ou une instance publique peut agir en tant que producteur ou consommateur privé et se soumettre à la loi du marché; et des agents privés peuvent agir en tant que gestionnaires d'un service public.

Si cette distinction apparaît comme plus claire et nette que la distinction juridique, cette apparence peut être trompeuse. En fait dans les économies modernes il n'y a que peu de domaines où opère un marché vraiment libre. La plupart des productions sont réglementées et organisées de telle manière qu'on doit parler d'une "économie mixte", qui est mi-publique mi-privée. Les assurances sociales appartiendront typiquement à cette économie mixte. En principe, elles opèrent selon les lois du marché, mais les autorités publiques interviennent avec des mesures contraignantes en matière de prix et de conditions de production pour éviter certaines conséquences du marché qui seraient inacceptables. On se trouvera devant une situation où les prix et les quantités de production ne sont plus clairement déterminés par le marché ni tout à fait par les autorités publiques. Selon que l'on considère l'un ou l'autre aspect comme étant dominant cette activité sera classée dans le secteur privé ou public.

Dans ce sens le concept de "privatisation" est beaucoup plus facile à définir. Il y aurait privatisation, lorsque l'évolution irait dans le sens d'une plus grande partie d'éléments privés dans l'ensemble du système. Des éléments privés sont tous des éléments constitutifs du statut de droit privé, ou du secteur privé dans l'économie.

Essentiellement il s'agit des éléments de la relation contractuelle, ou du mécanisme du marché. Les éléments de la relation contractuelle auxquelles on pourrait songer sont par exemple : la libre volonté, le choix, la réciprocité des obligations et la force obligatoire du contrat qui vaut pour les deux parties jusqu'à sa résignation d'un accord commun, ou jusqu'à la dénonciation unilatérale prévue par le contrat ou par la loi.

Les éléments du mécanisme du marché sont bien connus : le jeu de l'offre et de la demande, la libre détermination de la nature et de la quantité de la production par le producteur, la fluctuation des prix, la liberté de la production et de la consommation et la libre concurrence. On parlera de privatisation chaque fois qu'un de ces éléments est introduit dans le système, même si celui-ci reste dans le domaine du droit public ou de l'économie publique.

Chapitre II.

ELEMENTS DE LA PROBLEMATIQUE

La sécurité sociale est une fonction de l'état, mais qui trouve son origine dans des institutions anciennes et respectables d'ordre privé qui ont été maintenues et qui l'entourent encore. Dans ses structures et dans son fonctionnement la sécurité sociale s'est efforcée de réaliser autant que possible la continuité avec les techniques pré-existantes. De ce fait les structures d'ordre privé se retrouvent encore largement à l'intérieur de la sécurité sociale publique. C'est ce qui donne aux problèmes de la privatisation une certaine complexité.

A. La sécurité sociale, fonction publique

Le terme "sécurité sociale" a toujours été utilisé en relation avec la politique de l'état envers ses citoyens. Selon le grand spécialiste G. Perrin la première apparition du terme se situerait dans une allocution de Simon Bolivar le 15 février 1819, dans lequel la sécurité sociale était liée au système du gouvernement : "El sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de feleicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad politica" (G. Perrin, "Les fondements du droit international de la sécurité sociale", Droit Social, 1974, 12, 480). Les premières apparitions de ce terme dans les actes législatifs étaient du même ordre : la "Social security act" américaine de 1935 et la loi néo-zélandaise du même nom de 1938. Les textes internationaux, tels que la Charte Atlantique, et la Déclaration de Philadelphie de l'Organisation Internationale du Travail ont, à la fin de la deuxième guerre mondiale, proclamé cette fonction de l'état sur un plan universel. Elle a été reconnue et inscrite dans presque toutes les constitutions nationales rédigées après 1945.

En quoi consiste cette fonction ? Elle fait partie de la fonction protectrice de l'état, qui est liée à sa nature même. Les hommes vivants en société sont conduits et contraints à créer des états en vue de s'assurer une protection qu'ils ne peuvent pas se donner eux-mêmes, ni par leurs propres moyens, ni par l'intermédiaire de collectivités ou d'associations particulières. Le champ d'application de cette fonction de protection est aussi vaste que celle de la vulnérabilité de l'existence humaine.

Historiquement l'état a été créé d'abord pour défendre les citoyens contre le danger le plus imminent et le plus grave : les agressions par des communautés avoisinantes. Un danger semblable

venait de l'intérieur : l'état devait protéger les citoyens contre les attaques de leur prochain. Ainsi l'armée, la diplomatie, la police et la justice sont-elles les fonctions primaires de tout état, quel qu'il soit.

Mais il y a beaucoup d'autres domaines dans lesquels les personnes, les familles et les collectivités naturelles sont soumises à des dangers contre lesquels elles ne peuvent pas se défendre efficacement. Ces dangers concernent leur santé, leurs moyens de production, leur possession, leurs habitations, leur liberté d'action et d'expression, leur possibilité de développement, et en général leurs moyens d'existence. Jusqu'à un certain point les personnes concernées et leurs collectivités et associations sont amenées à eux-mêmes pourvoir dans leurs besoins dans tous ces domaines; mais il y a certains aspects de ces problématiques qui échappent au contrôle des individus et des collectivités et associations privées, et qui ne peuvent être ordonnés efficacement que par l'Etat.

Pendant les premières époques du développement des états ceux-ci n'avaient pas les moyens d'assumer d'autres fonctions que les fonctions primaires décrites plus haut. Avec l'évolution du développement économique et social les moyens d'action des états se sont multipliés. Les moyens financiers à la disposition des autorités publiques ont fortement augmenté, et des techniques d'organisation sociale se sont développées (l'administration publique, les écoles, l'assistance privée et publique, les institutions médicales et sociales, les assurances privées et sociales...) qui rendaient possible une intervention efficace des pouvoirs publics. Du moment qu'une protection par l'Etat devenait possible, elle s'imposait immédiatement comme un devoir et une fonction essentielle de l'Etat. De même, lorsque les états ont eu le moyen de remédier à l'état la pauvreté dans la société, la politique sociale est devenue une fonction importante de l'état.

Ceci n'est que l'application pratique de la théorie bien connue de la subsidiarité : l'état doit faire ce que les citoyens, par des efforts individuels et collectifs, ne peuvent pas faire eux-mêmes. Dans cette formulation positive cet adage est accepté généralement par tous - à l'exception possible des personnes de tendance anarchiste. Dans une formulation négative elle devient un des principes de ce qu'on appelle dans le monde politique "la droite": l'état ne peut faire que ce que les citoyens, par leurs efforts individuels et collectifs, ne peuvent pas faire eux-mêmes. "La gauche" politique soutiendra que l'état doit étendre son activité aux domaines où les individus et les collectivités et associations privées peuvent bien réaliser certaines choses, mais où l'état peut agir avec plus de justice ou d'efficacité. (Voir: E.-U. Huster, "Subsidiarität - Historische und systematische Aspekte zu einem Leitprinzip in der Sozialpolitik", WSJ-Mitteilungen, 1985, 370.) Cette dispute ce retrouvera dans la problématique de la privatisation.

Garantie d'un revenu minimum

Mais toutes les tendances politiques seront d'accord pour dire qu'il appartient à l'état de réaliser les formes de protection que les citoyens, individuellement ou collectivement ne sont pas capables de se procurer eux-mêmes. En matière de protection de revenu, ce qui est la matière de la sécurité sociale, la question se pose donc : quelle est la fonction de l'état? La réponse à cette question dépendra de l'appréciation des possibilités des individus et des collectivités privées pour assurer à chacun un revenu suffisant à ses besoins. Dans cette appréciation il y a trois points qui prêtent à interprétation : le niveau de revenu considéré comme nécessaire, les possibilités des individus de s'assurer un revenu, et les possibilités des collectivités privées pour les protéger. Ces trois points échappent à toute méthode de mesuration exacte; on ne peut faire que des estimations, qui doivent beaucoup aux convictions personnelles de leurs auteurs, et au conviction collective de certains groupes sociaux. Ceci fera également partie de la problématique de la privatisation.

En ce qui concerne le premier point : une conception minimaliste verrait le rôle de l'état réduit à la garantie d'un revenu de subsistance, tout juste suffisant pour maintenir en vie et en bonne santé les citoyens dans le besoin. Dans une conception plus clémentine, le minimum de moyens d'existence à garantir à chaque citoyen devrait rendre possible une vie "décente"; ce dernier concept est assez vague. Sa définition dépendra d'un phénomène de conscience collective : il s'agira du niveau de vie qui est considéré comme "décent" dans la perception de la majorité de la population. Une troisième tendance, plus moderne, considérera qu'il est du devoir de l'état de fournir à tous les citoyens la possibilité de participer à la vie de la société, ce qui implique la possibilité de se déplacer, de s'informer, et de prendre part à la vie culturelle et sociale. Cette dernière conception se retrouve dans le rapport Beveridge, qui est considéré comme étant à la base de l'état providence moderne.

Le deuxième point : les possibilités de l'individu de s'assurer son propre revenu, est tout aussi controversiel. Il s'agit d'un des points les plus difficiles dans le grand débat qui domine la politique sociale : celle de la délimitation entre la responsabilité individuelle et la responsabilité de la collectivité. L'une position extrême pourrait consister à contraindre toutes les personnes, qui ont besoin de prestations sociales, à accepter n'importe quel travail qu'ils sont en mesure d'accomplir; l'autre position extrême se retrouve dans les propositions d'un revenu social sans obligation à travailler. Les systèmes de sécurité sociale existants prennent des positions intermédiaires, en contraignant les bénéficiaires des prestations à accepter du travail s'ils en sont capables, mais en limitant cette obligation aux offres d'emploi qui sont "convenables" pour eux. Selon que la définition du travail convenable soit plus large ou plus restrictive, on se rapprochera de la première ou de la deuxième thèse extrême.

Ces définitions de l'emploi convenable ne tiennent pas seulement compte d'éléments propres à l'emploi offert (qualification, exigences physiques, rémunération, distances, horaires, ...), mais également des éléments propres à la situation de la personne concernée, comme ses charges de famille, son âge, sa carrière passée, la durée de son inactivité, les possibilités de communication dans sa région, etc.. Souvent il s'agit de mettre dans la balance l'obligation de la personne concernée à travailler, et ses obligations envers sa famille, ainsi que son droit au libre choix d'un emploi, au libre choix de son domicile, et généralement à une vie normale dans la société. D'après que ces dernières valeurs sont considérées comme plus importantes ou que l'obligation de travail sera considérée comme prépondérante, on se trouvera plus près de la deuxième ou de la première des deux thèses extrêmes.

Le troisième point nous amène au cœur même de la question de la privatisation. Longtemps avant l'intervention de l'état la protection contre la pauvreté était organisée par des organisations privées, oeuvres de charité, organisations philanthropiques, associations d'assistance mutuelle et autres, qui ont accompli une oeuvre remarquable. Elles n'ont jamais réussi, bien entendu, à secourir toutes les personnes dans le besoin, et elles ne pouvaient, dans beaucoup de cas, donner qu'une aide minimale ne couvrant pas le besoin réel. Nul n'a contesté les raisons pour l'intervention de l'état dans ce domaine. Mais où se trouve la limite de cette intervention ? L'état doit-il se limiter à un rôle complémentaire envers l'initiative privée, bouchant les trous laissés par cette dernière ? Doit-il, au contraire, créer un réseau complet de prestations et de services destinés à protéger la population entière contre la pauvreté, ne laissant à l'initiative privée que le soin de perfectionner ces prestations au delà d'un niveau que l'état considère comme la limite de la pauvreté ? Si l'on ne laisse à l'état qu'un rôle complémentaire vis-à-vis de l'initiative privée, il se retrouvera avec les cas les plus ingrats et les plus difficiles, tandis que le secteur privé s'occupera des cas moins onéreux et plus satisfaisants; c'est l'expérience que l'on fait quotidiennement dans les homes pour vieillards, les institutions pour handicapés, les hôpitaux, les oeuvres pour la jeunesse, etc.. Mais va-t-on, d'autre part, interdire à l'initiative privée de s'engager pour fournir des services et des prestations à ceux qui en ont besoin ? Mettra-t-on à charge du budget public ce que certaines associations privées veulent offrir à leur propre coût ? Et, même si ces organisations privées ne portent pas elles-mêmes les frais de leurs services, s'opposera-t-on à ce qu'elles coopèrent à l'oeuvre que l'état veut garantir en faveur des nécessiteux ? Dans la mesure où des options seront prises en faveur d'un retour vers la participation des organisations privées dans cette forme de protection sociale, on se retrouvera devant un cas de privatisation.

Protection du revenu du travail

Mais la fonction de l'état ne se limite pas à la sauvegarde d'un minimum de moyens d'existence pour les citoyens. Dans des sociétés plus développées, l'état peut se voir confier d'autres tâches dans le domaine de la protection des revenus, notamment celle de la protection du revenu du travail, et même de la redistribution des revenus.

La protection du revenu du travail n'est pas une tâche primaire de l'état. Le revenu du travailleur lui appartient, et c'est en premier lieu à lui-même de le protéger. S'il veut le dépenser de manière irréfléchie, l'état ne peut et ne doit pas l'en empêcher. On voit pourtant dans tous les pays industrialisés, et dans tous les pays-membres des communautés européennes, que l'état prend la responsabilité pour un système d'assurance sociale, afin de garantir aux travailleurs un certain pourcentage de leurs salaires - ou tout au moins des prestations forfaitaires de remplacement - dans les cas de perte de salaire à cause de certains risques, dits "sociaux" (accident, maladie, chômage, vieillesse, décès). Ces risques sont censés échapper au contrôle du travailleur. C'est la communauté toute entière, représentée par l'état, qui doit le protéger contre leurs incidences.

Ce raisonnement n'est pas tout à fait conclusif. Le travailleur peut perdre le fruit de son travail par d'autres catastrophes également incontrôlables, comme un incendie, une inondation, un vol, la faillite d'une entreprise dans laquelle il avait investi son épargne, etc.. L'état, dans la plupart des cas (il y a des exceptions ...), ne songe pas à le protéger contre ces événements, pourtant parfaitement incontrôlables pour lui; on considère qu'il n'a qu'à s'assurer lui-même contre ces risques. En quoi les risques dits "sociaux" sont-ils différents? On pourrait considérer qu'ils ne le sont pas, et que le travailleur n'a qu'à s'assurer lui-même contre ces pertes. Dans ce cas on irait dans le sens de la privatisation. Dans l'autre optique on considérerait ces risques comme étant liés intimement à la personne humaine, objet de la protection de l'état. On voudra les socialiser, au moins dans la mesure où le bien commun exige qu'ils soient protégés.

Le désir d'une assurance contre la perte du salaire est très grand chez les travailleurs. Dans leur très grande majorité les travailleurs ne désirent pas seulement gagner un salaire au moment même de leur travail, mais ils veulent établir un niveau de vie d'une certaine stabilité pour eux et pour leur famille. Les risques dits "sociaux" sont précisément ceux qui mettent en danger l'obtention d'un salaire par le travail dans le futur. Les travailleurs veulent s'assurer contre ces risques, et l'ont fait dans une très large mesure dans le passé: on n'a qu'à observer le développement des sociétés mutualistes et des assurances populaires.

Certains travailleurs, pourtant, n'ont pas la possibilité de prendre une telle assurance, soit que leurs revenus sont trop bas

pour en pouvoir payer le prix, soit que leurs situations de risques sont tels qu'une assurance n'est pas possible. Le rôle de l'état pourrait alors être conçu comme celui d'offrir un accès égal pour tous les travailleurs à l'assurance contre la perte du salaire.

Afin d'ouvrir le système des assurances aux mauvais risques, l'état peut contraindre les assureurs à globaliser les risques et à calculer les primes sur le risque du groupe dans son ensemble, au lieu du risque individuel. Si l'on veut ouvrir l'assurance également aux personnes à revenu modeste, il faudra des subsides afin de réduire les primes pour ce groupe d'assurés, ou bien contraindre les assureurs à calculer les primes proportionnellement au salaire.

Cette fonction de l'état peut apparaître mal fondée à certains, elle se trouve pourtant réalisée dans la pratique dans la très grande majorité des pays industrialisés et dans tous les pays membres du marché commun. Les protagonistes de la privatisation ne songent pas à nier cette fonction de l'état, simplement à en réduire l'ampleur, en réduisant le pourcentage du salaire ou le niveau des prestations à garantir par ces assurances socialisées.

Redistribution des revenus

On peut encore aller plus loin dans la fonction de l'état en matière de politique des revenus, c'est en le chargeant d'une redistribution des revenus. Un tel objectif n'apparaît que très tard dans l'évolution de la politique sociale. Ce n'est pas un but évident à atteindre pour cette politique, qui, si elle a à s'occuper d'un relèvement des revenus les plus bas, n'en doit pas pour autant s'attacher à réduire les revenus les plus élevés. Ce dernier aspect n'est apparu que comme un moyen pour réaliser le premier. La politique sociale envers les bas revenus nécessite des moyens financiers pour alimenter les prestations sociales à octroyer. Les autorités publiques sont responsables de l'octroi de ces prestations, mais l'état ne peut payer que ce qu'il reçoit: il doit trouver lui-même le financement pour sa politique sociale. La justice sociale exige que le financement des fonctions de l'état soit réparti sur les citoyens selon leur capacité financière. C'est pourquoi l'impôt sur le revenu est progressif selon le niveau de ce revenu. Pour autant que les dépenses de l'état ne profitent pas dans la même mesure aux revenus élevés (ce qui est le cas dans certains secteurs, comme p.e. les subsides à l'opéra, mais très peu dans d'autres, comme p.e. le financement des prisons) ceci institue une certaine redistribution des revenus par la voie fiscale.

Certains auteurs n'ont pas manqué de relever le fait que des cotisations sociales qui fournissent le financement pour les prestations des assurances sociales, ne sont pas progressives selon le niveau du revenu, mais proportionnelles, ou même dégressives si elles sont limitées par un plafond de salaire. Non

seulement ce système crée-t-il une absence de redistribution du revenu, mais pour autant que les prestations soient égales pour tous, ou profitent même plus aux revenus élevés (H. Deleeck, "Sécurité sociale et distribution des revenus", in Annuaire E.I.S.S., 1974-1977, première partie, 65-78). Dans la période après la deuxième guerre mondiale, pendant laquelle les institutions de la sécurité sociale ont connu une extension extraordinaire, l'intérêt des économistes a été attiré par ce nouveau secteur important dans les dépenses publiques. Un des aspects qui a été étudié est l'effet de ce système de transferts sociaux sur la (re)distribution des revenus (p.e. : H. Henzen, "Die Finanzen der sozialen Sicherung im Kreislauf der Wirtschaft", Kiel, 1955; E. Kaiser, "La redistribution des revenus dans la technique de la sécurité sociale", Bern, 1950; J. Lecaillon, "Sécurité sociale et répartition du revenu national", in Droit Social, 1961, n° 9-10; Bureau International du Travail, Redistribution des revenus par la sécurité sociale dans les pays de l'Europe Occidentale, Genève, B.I.T., 1966).

De là il n'y avait qu'un pas à franchir : celui de la politique active des revenus, axée sur une plus grande égalité entre les citoyens. C'est un concept qui domine depuis longtemps la politique sociale dans un pays comme la Suède (voir les oeuvres de G. Myrdal) et qui a trouvé pas mal de support dans les pays de l'Europe Occidentale (voir : B. de Jouvenel, The ethics of redistribution, Cambridge, 1951, et les oeuvres de R. Titmuss: Income distribution and social change, London, Allen and Unwin, 1962, et Commitment to welfare, Ibidem, 1968).

Mais cette politique est loin de faire l'unanimité. Les tendances neo-libérales dans la société estiment que le nivellement des revenus est déjà allé trop loin, et produit des effets négatifs sur la productivité, en décourageant l'initiative et l'effort. Notamment les organisations des cadres s'érigent contre une politique de redistribution des revenus qui décourage les cadres à prendre leur responsabilité. Cette plainte s'adresse aussi bien à la fiscalité qu'à la sécurité sociale : la charge combinée de ces deux systèmes devrait être réduite, ce qui implique que le volume des activités de l'état et des prestations de la sécurité sociale doivent être également réduits. La réduction des charges devrait encourager l'initiative privée et l'activité économique, ce qui rendrait superflu un certain nombre d'interventions de l'état et de la sécurité sociale. Il s'agit bien, comme on le voit, d'une tendance vers la privatisation.

En conclusion on peut remarquer que la fonction de l'état en matière de sécurité sociale s'établit à trois niveaux : la protection d'un niveau minimal de revenus, l'égalité d'accès à l'assurance du revenu du travail, et la redistribution des revenus. Chacun de ces aspects prête à discussion, laquelle discussion portera notamment sur la question de la privatisation.

B. Les origines privées de la sécurité sociale

La politique de protection sociale comme fonction de l'état se développe très tardivement. Auparavant, comme nous l'avons dit, il était considéré impossible pour l'état de jouer un rôle de quelque importance dans la protection des citoyens contre la pauvreté. Celle-ci a été pour la plus grande partie de l'histoire de l'humanité - et est encore pour une grande partie de la population mondiale actuelle - un fléau naturel, voir même une punition de dieu, contre laquelle la société humaine ne peut rien faire, et dont les conséquences ne peuvent être combattues que sur le plan individuel. Le rôle de l'état dans ce domaine n'a commencé qu'avec le développement de l'assistance publique, dont la première apparition sérieuse était la loi sur la pauvreté (Poor relief act) de 1601; elle sera suivie par la constitution française du 3 septembre 1791, et ensuite par des lois sur l'assistance publique dans la plupart des pays européens au cours du 19ième siècle. Les assurances sociales ne dateront que de la fin du 19ième siècle (les lois de Bismark 1881-1889), et la naissance de la sécurité sociale au sens moderne ne se situera qu'au cours de la deuxième guerre mondiale.

Avant cette intervention de l'état, le risque de perte de revenu et de pauvreté était laissé simplement à la personne qui en était touchée. Celle-ci, a moins d'appartenir à la petite minorité des riches et puissants n'avait que sa force de travail pour se procurer les moyens de vivre. Si cette force de travail venait à disparaître, ou si par les circonstances de la production, elle perdrait son efficacité, l'homme pourrait se trouver sans moyens d'existence. Pour se prémunir contre ces risques il a développé certaines structures de protection, qui ont pu se développer au rythme du développement économique et sociale. On peut distinguer dans ces efforts deux niveaux : celui des structures naturelles ou traditionnelles, et celui des structures plus développées qu'on pourrait appeler intermédiaire entre les structures primitives et la sécurité sociale moderne.

Les structures traditionnelles sont au nombre de 4 : la famille, la propriété, la charité et la responsabilité.

La famille

La première structure de protection que le genre humain a développé est, sans doute, la famille. Dans les sociétés les plus primitives, elle est toujours la seule. Elle est liée au mode de procréation du genre humain. Les enfants humains restent longtemps dépendants des soins de leurs parents, beaucoup plus qu'on le voit généralement dans le monde animal. L'obligation naturelle des parents de s'occuper des enfants trouvera sa contre-partie dans l'obligation réciproque des enfants à assurer l'entretien des parents lorsque ceux-ci seront incapables de travailler ou seront autrement dans le besoin. Ainsi dans les sociétés primitives la famille n'est-elle pas seulement une communauté de vie, mais

également une unité économique et une cellule de solidarité obligeant ses membres à se garantir mutuellement contre les besoins.

Cette solidarité naturelle dans la famille est vantée par certains comme la forme la plus parfaite de la sécurité sociale. Certainement en ce qui concerne les pays en voie de développement, l'on se demande souvent si l'instauration d'une sécurité sociale étatique et administrative ne détruira pas la solidarité familiale naturelle, qui offre en fait une plus grande sécurité. Il est important de ne pas perdre de vue les désavantages de la famille comme structure de sécurité. Tout d'abord il s'agit de constater que cette structure n'est pas à la portée de tout le monde : certaines personnes n'appartiennent pas à une famille ou ont été rejetées par elle, ou appartiennent à une famille qui est elle-même tellement pauvre qu'elle est incapable de lui apporter aucun secours. Une assistance extra-familiale reste donc toujours nécessaire. D'un autre côté la structure familiale a un prix : c'est celui de la dépendance. Ceux qui dépendent de leur famille pour leur sécurité économique doivent se soumettre aux règles de conduite dictées par cette famille; ils y perdent une partie de leur identité, et risquent d'entrer en conflit avec la famille, ce qui entraînerait la perte de leur sécurité. Le relâchement de ce lien familial, et son remplacement par la sécurité sociale moderne peut signifier pour l'individu une libération sur le plan du mode de vie personnelle.

L'épargne et la propriété

Les individus ont toujours cherché à se libérer des contraintes familiales, en se procurant les moyens de pourvoir en leurs propres besoins en cas de perte de la capacité de travail dans le futur. Le moyen de le faire est l'épargne, qui consiste à mettre de côté une partie de la production actuelle en vue d'une consommation future. Elle exige un niveau minimal de développement économique, pour qu'il y ait un certain excès de production, qui puisse être soustrait à la consommation immédiate. Encore faut-il trouver un moyen suffisamment sûr pour conserver la valeur de cette épargne pour le futur. Il s'agira de convertir la production en des biens durables, qui conservent leur valeur et qui sont reconvertibles directement ou indirectement en biens de consommation dans le futur. Encore faut-il reconnaître le droit de propriété du titulaire sur ces biens, et les protéger contre la cupidité des autres, et contre les causes naturelles qui pourraient les détruire ou leur faire perdre leur valeur.

L'encouragement de l'épargne a été dans notre histoire sociale un thème favori, qui se traduit par des contes et des dictons populaires. Mais elle ne peut certainement pas être une solution réelle pour le problème de la pauvreté. Depuis les théories de Keynes elle est même devenue un peu suspecte, comme cause possible de crise économique. A ce moment elle est conseillée plutôt aux états qu'aux individus.

La charité

La troisième structure naturelle est la charité. Elle nécessite un développement économique plus avancé, qui aura donné naissance à des différences de fortune entre les individus et les familles. Dans une telle constellation les personnes dans le besoin s'adresseront tout naturellement à ceux qui apparaissent suffisamment riches pour faire l'aumône. On retrouve en fait cette charité dans toutes les sociétés où des différences considérables de fortune existent.

Qu'elle ne peut pas constituer une vraie solution au problème de la pauvreté, est évident. D'un côté le nombre de riches sera souvent très réduit comparé à la masse des pauvres (on songera à l'exemple de l'Inde). En suite la charité dépendra du bon vouloir des riches. On ne peut pas toujours compter sur l'existence et la continuation du sentiment de charité. Et encore la charité peut-elle s'opérer de manière discrétionnaire, donnant à l'un mais négligeant l'autre. Et elle reste toujours momentanée, ce qui n'offre aucune forme de solution pour le futur.

A cela faut-il ajouter l'élément de contrôle social. Les riches feront souvent la charité pour se débarrasser de l'insistance des pauvres, et pour ce prémunir contre les réactions désagréables, voir même les attaques physiques par des indigents désespérés. Par l'exercice de la charité les riches non seulement combattent le banditisme, mais ils se créeront aussi une clientèle de gens dépendants d'eux et sur lesquels ils peuvent compter pour les protéger, voter pour eux et les acclamer. Cet élément de dépendance contribue beaucoup au caractère humiliant de la charité, qui empêche de la considérer comme une solution possible au problème de la pauvreté.

La responsabilité

Une quatrième structure traditionnelle est celle de la responsabilité. Elle demande un développement social plus avancé, comportant un système judiciaire capable de rechercher les coupables de certaines actions et de les contraindre à subir les conséquences de leurs actes. Elle est, de ce fait, limitée aux seuls cas de perte des moyens d'existence qui sont causés par des actes fautifs d'autres personnes. Si la capacité de travail ou le fruit du travail est perdu par une cause naturelle ou fortuite, la victime n'a qu'à couvrir elle-même ses pertes, ou chercher du secours chez sa famille ou dans la charité; mais si cette perte est occasionnée par la faute d'un tiers, celui-ci pourra être traduit en justice et obligé à réparer le dommage causé. Cette structure qui était d'abord fortement liée au droit pénal, comme une sorte de peine privée, en est détachée par la suite et devenue la responsabilité civile, que nous connaissons dans toutes nos législations.

On sait également quelles sont les limites de son efficacité. D'abord il faut prouver que le dommage est causé par une certaine personne et par un acte fautif. Ensuite cette personne doit-être

retrouvée et traduite en justice, si elle ne veut pas volontairement réparer sa faute. Et troisièmement le coupable doit être en mesure de payer pour la réparation du dommage, c'est dire que sa fortune personnelle doit-être au moins aussi grande que la perte subie par la victime. On sait que c'est justement dans ces insuffisances du système de la responsabilité civile qu'a résidé l'origine historique des systèmes de réparation pour les accidents du travail, créés à la fin du 19ième et au début du 20ième siècle dans les différents pays d'Europe.

Après ces techniques traditionnelles de portée générale, dont nous avons souligné les insuffisances, l'on a vu se développer dans la période récente de l'histoire européenne des structures plus perfectionnées destinées à apporter un remède plus spécifique au problème de la pauvreté et de la perte du revenu. Ces techniques sont au nombre de cinq : l'assistance, l'assurance, la responsabilité patronale, l'assistance mutuelle et l'assurance mutuelle.

L'assistance

L'assistance se distingue de la charité par son caractère systématique et ouvert. La charité n'est qu'une réponse à une demande ou à une pression, l'assistance est une offre bien déterminée, concrétisée dans une organisation, pour donner des secours dans des conditions plus ou moins précises. Cette assistance a d'abord été privée, de la part des princes et des églises. Elle a continué pendant longtemps à exister dans cette forme, notamment dans les institutions hospitalières et les institutions d'hébergement pour vieillards, handicapés, orphelins et personnes sans abris. Depuis que l'attention des états s'est portée sur l'assistance aux indigents, elle a pris de plus en plus un caractère public, perdant en même temps certaines caractéristiques de la charité. Le sentiment en est largement exclu, et l'attribution discrétionnaire sera remplacée par un examen objectif des besoins, dirigé souvent par des critères généraux imposés à tous les services d'assistance.

Néanmoins l'assistance est toujours ressentie comme humiliante. Elle exerce un effet "stigmatisant" sur ces bénéficiaires, les caractérisant comme appartenant à la marge de la société. La dépendance de ces personnes envers l'assistance est ressentie comme un aspect très négatif. Et le contrôle social qui accompagne l'assistance est resté aussi fort qu'au temps de la charité, et parfois même plus fort. Les prestations d'assistance s'accompagneront de visites d'assistants sociaux, qui conseilleront l'assisté pour l'amener à mener une vie normale et indépendante; et dans les cas où il ne veut pas adapter son comportement, son état de pauvreté pourra être attribué à sa propre faute, et les prestations pourront lui être refusées ou diminuées.

Bien qu'une nouvelle génération semble se manifester qui, à l'exemple d'une certaine communauté noire aux Etats-Unis ne dédaigne pas vivre par l'assistance, pour la très grande majorité de la population, l'assistance ne peut être qu'une formule provisoire

qu'on veut éviter à tout prix, ou qu'on veut fuir aussi tôt que possible.

Les services d'assistance moderne essayent de modifier leur image dans les yeux du public, en octroyant aux citoyens un droit subjectif à l'assistance, et en mettant l'accent sur les formes immatérielles d'assistance, comme l'aide psychologique, administrative et juridique, qui peut être attribuée à tout citoyen qui en a besoin, sans distinction de l'état de fortune ou de revenu. Dans la réalité, pourtant, ces prestations restent un accessoire d'importance limitée aux prestations d'assistance matérielle, qui sont réservées naturellement aux indigents. Pour ces prestations le contrôle des ressources reste nécessaire, et c'est lui qui est responsable pour l'attitude négative de la population envers l'assistance.

L'assistance mutuelle

L'assistance mutuelle a été développée par des groupes de personnes dans la communauté pour échapper aux humiliations de l'assistance publique. Elle trouvait généralement son origine dans la solidarité d'un certain nombre de travailleurs dans la même occupation, selon le modèle des Caisses d'entraide des corporations du moyen âge (abolies par la loi le Chapelier de 1791 dans les pays sous la domination française). Ces associations combinaient deux éléments : d'un côté la promesse réciproque de solidarité et d'entraide entre collègues ou voisins, et de l'autre côté une épargne systématique concrétisée par la cotisation régulière des membres, pour donner un substrat économique à cette promesse. Ainsi un fonds particulier était constitué pour garantir aux membres de l'association l'assistance dont ils auraient besoin dans certaines circonstances.

Ces associations n'étaient pas toujours bien vues des gouvernements. D'un côté elles rappelaient les corporations interdites, et elles se rapprochaient souvent de Caisses de résistance des syndicats, ce qui était encore plus fortement interdit; de l'autre côté elles étaient petites, faibles et mal gérées, ce qui rendait souvent leur protection illusoire. A partir de la moitié du 19ième siècle les gouvernements ont changé leur attitude, et se sont mis à protéger et à promouvoir ces associations. On voyait dans cette formule un moyen pour la classe ouvrière d'échapper de sa misère, dont la société se mettait à se rendre compte. Vers la fin du 19ième siècle les gouvernements, précédés en cela par les autorités locales, se mettaient à octroyer des subsides aux associations mutualistes, ce qui a précipité un essort grandiose de ce mouvement, qui devait couvrir la très grande majorité des travailleurs dans la première moitié du 20ième siècle.

Entre-temps ces associations avaient changé profondément leur structure et leur nature-même. Dans la deuxième moitié du 19ième siècle les actuaire et les financiers se sont intéressés à la gestion des mutuelles, pour leur donner une base financière solide. A partir de cette période les notions de risque, de primes et

d'assurance ont fait leur entrée, ce qui a amené les mutuelles à changer leur activité de l'assistance vers l'assurance. Dès le début du 20^{ème} siècle, on ne peut plus dire que les mutuelles sont des sociétés d'assistance mutuelle : elles sont devenues des sociétés d'assurance mutuelle.

A ce moment les associations mutualistes - ou les institutions qui portent leur nom et qui sont dérivées des anciennes associations mutualistes - jouent encore un rôle important dans la gestion de la sécurité sociale dans des pays comme l'Allemagne, les Pays-Bas, la Belgique, l'Espagne, l'Italie et la Grèce. En Allemagne et aux Pays-Bas elles gèrent encore avec une certaine autonomie (fortement contrôlée par les pouvoirs publics) le secteur de l'assurance soins de santé, y compris, pour l'Allemagne les allocations de maladie. En Belgique également elles gèrent le secteur de l'assurance-maladie - invalidité, mais avec moins d'autonomie. En Espagne elles forment des organes d'attribution des prestations, soumis à des institutions nationales. En Italie et en Grèce elles se retrouvent surtout dans des nombreux régimes particuliers pour toutes sortes de catégories de travailleurs et d'indépendants. En Angleterre, en France et au Danemark on a vu les associations mutualistes (appelées "friendly societies" en Grande-Bretagne) associées pendant un certain temps à l'administration de l'assurance sociale, mais écartées à l'époque de la deuxième guerre mondiale (plus tard pour le Danemark) et remplacées par des institutions publiques. Leur rôle se limite depuis cette époque à celui des prestations complémentaires.

La mutualité jouit encore d'un grand prestige en Europe, qui trouve son origine dans les idéaux élevés de solidarité qui animaient ses créateurs et dans l'appui moral et financier considérable que lui ont fourni les autorités publiques. A ce moment le rôle de la mutualité passe un peu au second plan dans la politique sociale. Elle participe de moins en moins à la gestion et à l'administration de la sécurité sociale dans les différents pays, et dans le domaine des prestations complémentaires elle subit la concurrence très active des assurances privées et des prestations extra-légales servies par les employeurs.

La responsabilité patronale

Dans la deuxième moitié du 19^{ème} siècle des initiatives se sont développées chez une partie du patronat qui de montrait préoccupé par le sort des travailleurs. On peut condamner ces initiatives comme étant paternalistes, parfois même opportunistes - des prestations de protection pour les travailleurs dans le besoin coûtant moins que des relèvements de salaires - mais on ne peut pas douter que dans un certain nombre de cas elles portaient d'un sentiment humaniste certain.

Ces initiatives se situaient d'abord dans le domaine du logement et de la nourriture des travailleurs, plus tard s'y ajouteraient des allocations familiales et d'autres formes de prestations sociales. A notre époque elles ont donné lieu à tout un secteur

de services et de prestations prévues et gérées de la part de l'entreprise en faveur des travailleurs, où les prestations complémentaires de la sécurité sociale se retrouvent à côté de garderies d'enfants, de colonies de vacances, de maisons de repos pour les victimes d'accidents, et d'un service social de compétence générale.

Tout cela appartient au rôle moderne du patronat et de l'entreprise envers les travailleurs. Mais ce n'est pas une solution pour les problèmes de l'insécurité de l'existence.

Tout d'abord il faut remarquer que tout le monde n'est pas travailleur. Cette technique de sécurisation ne touche pas les indépendants, ni ceux qui sont handicapés de naissance et ne pourront jamais travailler. Ensuite, sa protection est très inégale d'une entreprise à l'autre. Bien développée dans les grandes entreprises et les secteurs de pointe, elle n'existe presque pas dans les petites entreprises. Et finalement elle crée aussi une forme de dépendance du travailleur envers l'entreprise, le liant à son employeur par le risque de perte de droits en cas de licenciement ou de changement d'emploi.

Le développement du droit du travail depuis la fin du 19e siècle a rendu obligatoire pour tous les patrons une certaine forme de responsabilité patronale en cas de licenciement, d'accident et de maladie. Il y a une tendance en ce moment à étendre ces obligations, pour réduire les charges financières de la sécurité sociale et la charge administrative du nombre de cas à traiter. Mais si on allège les charges de la sécurité sociale, on alourdira celles des entreprises, ce qui en temps de crise peut aggraver le problème du chômage. Et aussi : pour autant qu'on améliore la protection typique des travailleurs salariés, on creuse l'écart existant avec la protection sociale des indépendants et des non-actifs.

L'assurance

La quatrième technique est celle de l'assurance. Son origine se situe en Italie au 13ième-14ième siècle, lors du grand essor du commerce international dans les villes italiennes. L'assurance était au début un contrat aléatoire, conclu par celui qui prenait un grand risque commercial en envoyant un bateau ou une caravane à grande distance avec un financier qui promettait de rembourser une partie des pertes si l'expédition ratait, et qui demandait en contrepartie une partie des bénéfices si elle réussissait. Bientôt l'assurance allait prendre une forme commerciale régulière, mais elle serait limitée pendant longtemps aux marchandises. Dans la société théocratique du moyen âge on n'aurait pas pu l'appliquer à la destinée humaine : c'aurait été mettre en doute le dogme de la providence divine.

Ce n'est que par suite des idées éclairées du 18ième siècle, et notamment des travaux de Diderot, qu'il est devenu possible d'appliquer l'assurance aux risques de la vie humaine. L'assurance-vie, et surtout l'assurance-décès, après des débuts hésitants, a

connu au 19ième siècle un développement très large, surtout dans la forme de l'assurance "populaire", qui fournissait des prestations forfaitaires modestes (surtout en matière de frais funéraires) contre des primes qui étaient à la portée de la plupart des ménages ouvriers.

On a pu croire à un certain moment que l'assurance fournirait la solution aux problèmes de l'insécurité de l'existence. La sécurité apparaissait comme une commodité qui pouvait s'acheter, tout comme le pain et le logement. Si certaines personnes étaient incapables de se payer cette assurance, l'assistance pourrait prendre la relève et payer les primes, comme elle payait les vêtements, le loyer, etc.. Ce sont des vues qu'on rencontre encore dans les milieux de ceux qui prônent la privatisation des risques couverts par les assurances sociales.

Malheureusement l'assurance est caractérisée par deux phénomènes, qui sont celui de la sélection et de l'anti-sélection. La sélection des risques s'opère du côté de l'assureur, qui ne désire pas assurer ceux qui présentent un trop mauvais risque, et qui ne peut pas accepter ceux chez qui le risque s'est déjà réalisé. Par l'anti-sélection les consommateurs hésiteront à prendre une assurance pour des risques qu'ils croient, à juste titre ou non, très éloignés. De cette manière les meilleurs risques seront absents de l'assurance, et celle-ci deviendra plus chère pour tous les assurés, relevant ainsi le seuil d'assurabilité pour tous. Par la combinaison de ces deux phénomènes l'assurance ne sera pas accessible à ceux qui en ont le plus besoin. C'est la raison même pour laquelle les autorités publiques sont intervenues et ont instauré les assurances sociales.

Il arrive que dans un régime d'assurance sociale les assurances privées jouent encore un certain rôle. Pendant la première période des assurances sociales en Angleterre, de 1911 à la deuxième guerre mondiale, les compagnies privées d'assurances étaient habilitées au même titre que les mutuelles et d'autres organisations privées à gérer les assurances sociales sous les conditions de la loi. Et à l'heure actuelle on retrouve encore les assurances privées comme gestionnaires d'une assurance sociale dans le secteur des accidents du travail au Portugal et en Belgique, et pour l'assurance maladie des indépendants en France et aux Pays-Bas.

Le rôle de l'assurance sera, cependant, relégué plutôt vers l'extérieur de l'assurance sociale. D'un côté elle pourra garantir les obligations de ceux qui sont responsables pour des risques qui ne sont pas pris en charge par l'assurance sociale : les employeurs obligés de payer le salaire pour certaines périodes d'inactivité, et les personnes civilement responsables pour les pertes subies par des victimes d'accident. D'un autre côté l'assurance peut offrir des garanties complémentaires qui s'ajouteront à la protection de la sécurité sociale. Il peut s'agir d'assurances de groupe, contractées par des employeurs, ou par des organismes

créés par les conventions collectives, ou bien d'assurances individuelles couvrant les soins de santé, la perte de revenu pour incapacité de travail, la vieillesse et le décès. Le champ d'activité des assurances privées dans ces domaines dépend donc étroitement du champ d'application des assurances sociales, les conditions d'octroi des prestations et du niveau de ces prestations. Lorsque certains groupes de la population sont exclus du champ d'application de la sécurité sociale, lorsque les prestations sont diminuées ou les conditions d'octroi sont déterminées de manière plus restrictive, le champ d'action des assurances privées est étendu. On pourra parler à ce moment là de "privatisation".

L'assurance mutuelle.

Lorsque nous avons parlé d'assurance dans le sens d'assurance privée ce terme désignait toutes les sortes d'assurances possibles, ce qui inclut normalement l'assurance mutuelle.

Cette forme d'assurance a été créée à la fin du 19ième siècle comme réaction aux abus des assurances commerciales. Celles-ci s'efforçaient de vendre des contrats d'assurance à des personnes qui n'étaient pas vraiment capables de soutenir le paiement des primes et offraient des garanties parfois illusoires. Elles avaient souvent des frais d'administration extrêmement élevés et ne payaient qu'une partie remarquablement petite des fonds recueillis par voie de primes comme prestations aux assurés. Une grande partie des contrats n'arrivaient jamais à leur terme.

Dans la forme mutuelle des assurances le profit irait aux souscripteurs eux-mêmes, qui de ce fait auraient un contrôle plus étroit sur la gestion de leur assurance. Les assurances pourraient être moins chères et mieux adaptées aux besoins des assurés. En fait il s'agissait de l'application au domaine de l'assurance de la formule coopérative, qui en cette période connaissait tant de succès dans beaucoup d'autres domaines.

A ce moment ces raisons historiques ont disparu, et les assurances mutuelles co-existent côte à côte avec les assurances commerciales, dites "à primes fixes". Les deux jouissent du même statut et sont contrôlées de la même manière. Le public ne fait pas de différence entre les deux. Ce qui était dit ici concernant la délimitation du champ d'action entre l'assurance privée et l'assurance sociale ou la sécurité sociale vaut aussi bien pour l'assurance mutuelle que pour les assurances commerciales.

Nous avons tracé dans ces quelques lignes l'historique des efforts de l'humanité à se protéger contre l'insécurité immanente de la vie. Ces efforts, qui sont d'abord primitifs et diffus, et en suite plus précis et mieux organisés, appartiennent tous au domaine du secteur privé, jusqu'à l'avènement des assurances sociales qui marquent l'entrée en matière de l'état. Ces assurances socia-

les s'intégreront dans un effort plus vaste d'une fonction étatique de protection des revenus, qui s'appellera la sécurité sociale. Là s'arrête provisoirement l'évolution. La sécurité sociale elle-même peut encore être perfectionnée, mais l'humanité n'est pas en mesure, à l'heure actuelle, de trouver une autre instance, une autre technique mieux capable que les gouvernements d'assurer la sécurité d'existence des hommes.

La conclusion est que tout effort tendant à réduire le champ d'application ou l'étendue de la protection de la sécurité sociale doit être un effort vers la privatisation. Il n'y a pas d'au delà de la sécurité sociale, il n'y a qu'un retour vers les techniques précédentes. Ce qui n'est plus assuré par la sécurité sociale, le sera par les assurances privées, par le patronat ou par l'assistance, ou retombera dans le domaine de la responsabilité civile, de la charité, voir même de la famille ou de l'épargne personnelle.

C. La difficile co-existence de la sécurité sociale et des techniques privées pré-existantes

Les techniques privées antérieures à la sécurité sociale, que nous avons décrites plus haut, n'ont jamais été éliminées et remplacées par les assurances sociales et la sécurité sociale. Elles ont continué à exister dans la société à côté des structures des assurances sociales et de la sécurité sociale. La co-existence de ces différentes techniques dans la problématique de la sécurité de l'existence a toujours créé et crée encore bien des problèmes. La privatisation s'inscrira dans cette problématique, puisqu'elle consiste à déplacer vers le côté des arrangements privés la ligne de démarcation entre les structures traditionnelles et les structures mises en place par l'état.

1. Famille et sécurité sociale

Dans tous les pays européens où la sécurité sociale a été instaurée, la responsabilité de la famille pour ses membres, concrétisée dans le devoir d'alimentation réciproque entre les membres de la famille, est restée une des institutions fondamentales du droit civil. Ce n'est que plusieurs générations après les premières assurances sociales que le sens de la responsabilité familiale commence à s'affaiblir. Le droit civil suivra ce mouvement avec prudence. A ce moment le devoir d'alimentation entre époux pendant le mariage, et après le divorce a perdu beaucoup de sa signification, et a déjà été partiellement aboli dans certains pays.

La démarcation entre les fonctions de la responsabilité familiale et la sécurité sociale a toujours été difficile. Dans la plupart des pays, la sécurité sociale n'offre qu'une protection de base, tandis que la responsabilité familiale devra maintenir le niveau de vie habituel des membres de la famille, parfois bien au delà du niveau des prestations sociales. Mais les prestations sociales sont parfois modulées selon la situation familiale de l'intéressé, avec des majorations pour personnes à charge, mais également avec des diminutions pour des personnes appartenant à une famille qui a d'autres revenus, ou cohabitant avec des personnes ayant un revenu. Là où la sécurité sociale utilise les techniques de l'assistance, et particulièrement l'enquête sur les ressources, les moyens d'existence de l'ensemble de la famille seront pris en compte, et non seulement ceux du bénéficiaire lui-même. De cette manière la sécurité sociale laissera-t-elle à la famille son domaine de responsabilité propre, et se réservera-t-elle un rôle résiduaire, là où la famille ne dispose pas de ressources suffisantes.

La crise économique a amené certains gouvernements à reconsidérer ce partage des responsabilités, et à repousser une certaine partie de la fonction de protection sociale vers la famille. Au moment où les états traversent des crises financières aiguës, et où le

financement de la sécurité sociale est rendu très difficile, on ne voit pas pourquoi certaines prestations devraient être payées aux personnes faisant partie d'une famille aisée, qui a suffisamment de moyens pour les entretenir. Ainsi au Danemark les allocations familiales ont-elles été soumises à une condition de ressource, et les prestations minimales en Belgique étaient rendues subsidiaires à l'obligation alimentaire entre les proches parents.

Cette tendance, pourtant, n'est pas universellement acceptée. On ferait valoir, à juste titre, que les débiteurs d'obligations alimentaires dans le cadre familial sont ainsi appelés à payer deux fois : une fois par leurs cotisations de sécurité sociale et leurs impôts, qui dans ce cas ne leur profiteront pas, et une deuxième fois par la pension alimentaire.

Les charges de la sécurité sociale ne sont pas des charges nouvelles, elles consistent en une répartition plus équitable sur un plus grand nombre de têtes des charges qui autrement pèseraient sur les familles frappées par des risques sociaux. Un refoulement de la protection sociale vers les familles aboutit à une moindre répartition de ces charges, et donc à des charges plus lourdes pour les familles chez qui le risque c'est réalisé. Dans ce cas la privatisation équivaut très clairement à une plus grande inégalité.

2. Sécurité sociale et propriété

Des considérations semblables peuvent être faites sur le thème de la sécurité sociale et la propriété. Il est évident que dans les pays où la sécurité sociale a été instaurée, l'épargne et la propriété n'ont pas été abolies. Il est certain que les cotisations de la sécurité sociale réduisent la possibilité des citoyens et des familles d'économiser et de constituer un capital; il est vrai également que l'existence même de la sécurité sociale réduit fortement l'incitation à l'épargne; mais d'un autre côté la sécurité sociale peut être considérée elle-même comme un vaste système d'épargne collective, et peut constituer des capitaux énormes qui pourront être mis à la disposition de l'économie.

Ici aussi la crise économique fait poser la question s'il faut verser des prestations, aux frais de la communauté ou de l'ensemble des cotisants, aux personnes qui disposent de ressources personnelles suffisantes pour assumer ces risques. En termes populaires : pourquoi payer des prestations sociales aux riches ? Les moyens financiers de la collectivité sont rares, et de plus en plus on entend des appels à une plus grande sélectivité dans les prestations sociales. Les adhérents de cette tendance voudraient que les moyens financiers de la collectivité soient utilisés de la manière la plus efficace, en les dirigeant vers les besoins les plus pressants (voir H. Deleeck, "Efficacité et réforme de la sécurité sociale" Droit Social, 1981, 660).

A l'opposé de cette tendance se trouve celle de l'universalisme, qui était surtout populaire pendant les années soixantes (voir : R.M. Titmuss, *Essays on the welfare state*, London, Allan and Unwin, 1958). Dans cette vision la sécurité sociale se doit d'offrir des prestations sous des conditions uniformes et objectives à tous les citoyens, sans distinction aucune, simplement sur la base de leur droit acquis par le paiement de leurs cotisations. C'est le principe de l'assurance, qui était cher à Beveridge, et qui doit donner une plus grande dignité au bénéficiaire, qui pourra réclamer les prestations comme sa propriété, qu'il a achetée avec ses cotisations.

En Allemagne l'on considérera que les prestations sociales octroyées sous ce principe de l'assurance sont protégées par la constitution comme étant une forme de propriété. On parle, dans ce contexte, de "propriété nouvelle" ("new property"), pour désigner un ensemble de droits basés sur la législation, mais qui ont la même importance et la même valeur qu'une propriété.

3. Sécurité sociale et assistance

La sécurité sociale utilise essentiellement deux techniques : celle de l'assurance sociale, et celle de l'assistance. Des assurances sociales offriront des prestations en relation mathématique avec les cotisations payées par ou créditées au bénéficiaire, tandis que les prestations du type de l'assistance seront octroyées à une population plus large, sur la base d'une enquête sur leurs ressources. A côté de cette sécurité sociale il peut exister une assistance publique ou privée, qui se distinguera des prestations sous conditions de ressources par le fait qu'elle est attribuée de manière discrétionnaire, sans règles légales sur le calcul des prestations et les conditions d'attribution.

Les problèmes de délimitation se retrouveront surtout entre ces deux types de prestations. Il s'agira de décider si les aides offertes par l'assistance discrétionnaire (publique ou privée) doivent être prises en compte dans le calcul des ressources qui déterminera le droit à certaines prestations de la sécurité sociale. En temps de crise la tendance existera à repousser vers la charité privée et vers l'assistance proprement dite des prestations qui relevaient de la sécurité sociale. Mais si le niveau de ces prestations à condition de ressources est très bas, il devient difficile d'interdire aux associations charitables et à l'assistance publique (généralement octroyée par les autorités locales) de fournir une aide supplémentaire, qui ne sera pas déduite des montants des prestations de la sécurité sociale.

On trouve ici un aspect du problème de la privatisation, mais on aurait de la peine à le considérer comme le plus important.

4. Sécurité sociale et responsabilité civile

La responsabilité civile joue encore un rôle important dans la société actuelle dans le règlement du coût des accidents, les mêmes accidents qui donnent lieu à l'incapacité de travail ou au décès prématuré qui sont les risques sociaux les plus importants pour la sécurité sociale. La solution classique au problème de la co-existence de ces deux systèmes de réparation consiste à reconnaître une certaine primauté à la responsabilité civile, laissant à la sécurité sociale le rôle subsidiaire de garantir un minimum de protection aux victimes; les procédures devant les juridictions civiles qui retardent souvent la détermination de la responsabilité et la fixation des dommages à payer, amèneront les victimes à s'adresser d'abord à la sécurité sociale, qui sera subrogée dans ses droits envers le tiers responsable.

Cette solution classique n'en est pas toujours une. Elle amène de très fortes inégalités de réparation entre les victimes selon qu'un responsable peut être trouvé et qu'il soit solvable, ou non, et elle soulève un grand nombre de difficultés techniques dans le calcul des montants exigibles de la part de la sécurité sociale envers le tiers responsable. Ces difficultés, ainsi que les problèmes d'équité et d'efficacité liés à l'utilisation de la responsabilité civile pour la réparation des dommages d'accidents, ont amené un certain nombre de pays à éliminer cette responsabilité civile en faveur d'un système de réparation directe du dommage causé par les accidents. Tel est le cas, pour une protection de base, dans 24 états américains et quelques provinces canadiennes, et pour une protection complète, mais limitée aux dommages humains en Suède et en Israël. Une loi plus générale de compensation du dommage d'accidents de toute nature existe en Nouvelle-Zélande. Des projets de loi semblables sont faits en Angleterre, aux Pays-Bas, et dans nombreux autres pays. Des réformes se rapprochant de ce modèle ont été réalisées en Pologne et en France.

Il est à noter que la création de la loi Suédoise sur les accidents de circulation a été rendue possible notamment par l'abolition du recours des institutions de la sécurité sociale contre le tiers responsable. Celui-ci se révèle onéreux et peu efficace dans la pratique. En matière de responsabilité civile les frais d'administration sont souvent très élevés, et les délais pour obtenir une décision très longs. Aussi les institutions de la sécurité sociale hésitent-elles à s'engager dans une procédure juridique longue et coûteuse, qui ne leur permettra pas de récupérer des sommes souvent décevantes. On a vu récemment en Belgique des mesures particulières prises par le Ministre de la Prévoyance sociale en vue d'encourager, par des incitations financières, les institutions de gestion de l'assurance-maladie à exercer leur droit de recours envers le tiers responsable. Dans d'autres pays des voix s'élèvent pour une abolition de ce recours, (p.e. le projet Barrot en France).

Le retour éventuel vers une plus grande part de la responsabilité

civile dans la réparation des risques incapacité de travail et décès, causés par les accidents, ne semble donc pas une voie très prometteuse. Il s'agirait d'une forme de privatisation des risques de la sécurité sociale destinée à se heurter à bien des obstacles et de résistance.

5. Sécurité sociale et responsabilité patronale

La protection des travailleurs s'opère notamment par les deux grandes branches du droit social classique : le droit du travail et celui de la sécurité sociale. En certaines matières la protection de ces deux branches du droit recouvre les mêmes risques : notamment les risques maladies, accident, maternité, vieillesse et décès. Pour ces risques le droit du travail prévoit une certaine protection à charge de l'employeur et les conventions collectives ou les contrats individuels conclus sous le droit du travail peuvent prévoir des formes de compensation pour ces risques. Même les allocations familiales peuvent appartenir à cette catégorie, pour autant que le droit du travail ou les conventions collectives ou individuelles prévoient des suppléments au salaire ou aux prestations sociales pour les enfants à charge.

Dans des périodes de crise dans les finances publics et dans celle de la sécurité sociale, il y aura une tendance à repousser vers la responsabilité patronale une partie des dépenses normalement à charge de la sécurité sociale. Cette tendance suivra normalement deux voies : l'une étendant l'obligation de l'employeur à payer le salaire en cas d'interruption de travail pour incapacité de travail (accidents ou maladies), l'autre rendant l'employeur responsable du paiement du salaire ou d'une indemnité spéciale en cas de licenciement, ce qui lui fera porter une partie du risque du chômage.

Le Danemark a fait l'expérience d'une telle réforme dans le domaine du risque incapacité de travail. En 1983 on a introduit une journée de carence aussi bien pour les prestations de maladie dans la sécurité sociale que pour l'obligation de l'employeur de continuer le salaire en cas de maladie. En même temps l'obligation de l'employeur était prolongée de 5 à 13 semaines. Cette réforme a été fortement contestée, et le gouvernement a maintenant annoncé son plan d'abolir de nouveau le jour de carence à partir de 1987. Le salaire continué pendant 13 semaines resterait.

En matière de chômage on peut citer l'expérience belge, où l'on a prolongé le délai de préavis pour les ouvriers manuels, et où l'on a instauré, par une convention collective du 17 décembre 1974 un système de pré-retraite, offrant aux travailleurs licenciés après l'âge de 60 ans (âge à baisser ensuite par un grand nombre de collections collectives particulières) un supplément à leurs allocations de chômage à charge des employeurs. Des préavis prolongés réduisent certainement la période du chômage à prendre en charge par la sécurité sociale. Les pré-retraites à charge du patronat ont bientôt été suivies par un système de pré-retraites

volontaires à charge de l'état, consécutif qui en ont bien montré le caractère problématique.

Repousser les charges de la sécurité sociale vers la responsabilité patronale, c'est certainement s'engager dans une voie de privatisation, puisque des charges qui étaient auparavant supportées par la sécurité sociale publique seront maintenant la responsabilité des employeurs ou des partenaires sociaux. Mais ce n'est qu'une privatisation partielle, parce qu'un certain nombre des employeurs appartiennent eux-mêmes au secteur public : les institutions publiques, et les entreprises nationalisées ou contrôlées par l'état ou les autorités publiques. Dans une certaine mesure il s'agirait d'une ré-allocation de ces charges d'une autorité publique à l'autre.

D'un point de vue économique une telle "privatisation" ne serait pas sans soulever des objections sérieuses. Si les milieux patronaux seront d'accord pour réduire les charges sociales, ils n'accepteront pas facilement de voir leurs charges salariales directes augmentées par une responsabilité accrue envers leurs travailleurs. La trop grande rigidité des obligations des employeurs peut être elle-même un frein à l'emploi. En outre les charges accrues pour l'entreprise peuvent mettre en danger leur rentabilité, ce qui peut provoquer à son tour une baisse de l'emploi.

6. Sécurité sociale et assurance

Nous ne parlerons pas ici de la présence au sein de la sécurité sociale de formes d'assurance dans le sens institutionnel du terme, par l'utilisation de la technique de l'assurance dans les assurances sociales, qui forment l'essentiel des systèmes européens de sécurité sociale. Nous ne parlerons que des relations de la sécurité sociale avec les formes d'assurance qui se trouvent en dehors de cette sécurité sociale, essentiellement donc avec les assurances privées, dans leurs deux types : les assurances commerciales à primes fixes et les assurances mutuelles.

Certains types d'assurance qui appartiennent au domaine d'action des assurances privées couvrent des risques qui font partie du champ d'application de la sécurité sociale. Les assurances privées prévoient notamment des assurances pour soins de santé, des assurances incapacité de travail, et des assurances-vie, qui couvrent à la fois le risque vieillesse et le risque de décès prématuré. Même les assurances concernant la responsabilité civile (aussi bien familiale qu'automobile) recoupent en fait le terrain de la sécurité sociale, par leurs incidences sur la réparation de l'incapacité de travail et du décès, et du paiement des soins de santé. Il en va de même pour des assurances concernant la responsabilité patronale en cas d'accident, de maladie ou de maternité.

Il est évident que le champ d'action de ces assurances privées sera influencé par l'étendue de la protection de la sécurité

sociale. Lorsque cette protection est de plus en plus généralisée, et que les prestations sont améliorées et accordées avec moins de conditions restrictives, les risques à couvrir par l'assurance privée seront réduits d'autant. Ainsi tout un secteur de l'activité économique a un intérêt direct à une limitation du nombre des personnes couvertes, à une limitation des prestations, et à des conditions plus restrictives dans la sécurité sociale. C'est ce secteur qui accueillera le plus favorablement des mesures dites de "privatisation".

Mais cette privatisation n'aura pas que des avantages pour ce secteur. Dans certains cas les prestations des assurances privées seront complémentaires à celles de la sécurité sociale, dans ce sens qu'un niveau de protection global est garanti, qui se composera de la prestation de la sécurité sociale complétée par une prestation de l'assurance privée. Dans un tel cas, une mesure de privatisation qui consisterait à réduire les prestations de la sécurité sociale ou à en reserrer les conditions, pourrait aboutir à une augmentation sensible des obligations des assurances privées afin de remplir leur contrat. C'est un aspect qui joue particulièrement dans les assurances de groupe conclues avec des entreprises en faveur de leur personnel (surtout les cadres), garantissant à la retraite un certain pourcentage du dernier salaire; si la sécurité sociale réduit ces prestations, p.e. par une moindre adaptation à l'évolution des prix et des salaires, les charges de la compagnie d'assurances en seront fortement augmentées.

En conclusion on peut dire que la problématique de la privatisation se situe partout sur la ligne de démarcation entre la sécurité sociale et les techniques pré-existantes de protection. Une diminution du rôle de la sécurité sociale doit fatalement repousser une partie du risque vers les individus (épargne, propriété), les familles, l'assistance, la responsabilité civile, la responsabilité patronale, ou l'assurance privée. A cause des différentes interactions entre ces structures, il n'est pas toujours évident quel sera l'effet privatisant d'une mesure de restriction en matière de sécurité sociale. Le même risque qui n'est plus couvert par la sécurité sociale, sera dans certains cas supporté par les individus et leur famille, dans d'autres cas par l'assistance et dans d'autres cas encore par l'assurance privée. La responsabilité patronale et la responsabilité civile ne couvriront toujours que les risques qui tombent dans leur domaine spécifique. Il sera toujours difficile de prévoir dans quelles mesures le champ laissé libre par la sécurité sociale sera occupé par l'une ou l'autre des techniques traditionnelles pré-existantes.

De toutes les formes de "privatisation" c'est celle qui est assumée par les assurances privées (tant commerciales que mutuelles) qui semble la plus favorable. Ces assurances sont une forme de répartition de l'impact du risque sur le plus grand nombre de têtes possibles. Elles réalisent ainsi, à un niveau moins général, et selon des critères socialement moins indiqués, un effort similaire à celui de la sécurité sociale. Dans tous les autres cas l'impact du risque touchera un individu ou un groupe plutôt

que les autres. Si la charge du risque est repoussée vers les individus et les familles, le risque restera où il s'est manifesté. Par la technique de la responsabilité civile ou la responsabilité patronale, il sera transféré à un autre individu ou une autre collectivité, qui devra le supporter dans son entier. C'est creuser un puits pour en combler un autre. L'assurance consistera à niveler le terrain à un niveau légèrement plus bas. Lorsque'on parlera de "privatisation" on parlera donc surtout du transfert des risques vers les assurances privées.

D. Différents degrés de privatisation.

1. Privatisation au sens propre

Il y a deux problèmes distincts dans la privatisation, qui se situent respectivement en dehors et en dedans de la sécurité sociale. La privatisation en dehors la sécurité sociale consiste à transférer totalement ou partiellement aux instances privées des fonctions qui étaient remplies auparavant par la sécurité sociale publique. L'exemple type sera un nivellement des prestations de retraite, qui pourront être complétées par des systèmes de pension professionnelle, des assurances de groupe ou des formes de prévoyance individuelle. Un exemple encore plus clair sera la technique du "contracting out" par laquelle, comme en Grande-Bretagne, les employeurs et/ou les travailleurs peuvent se libérer de leur participation au système public de sécurité sociale en contractant une forme de protection privée équivalente.

Ces formes de protection dites "privées" peuvent être de nature très différente. On parlera de privatisation dans le sens le plus strict, lorsque des fonctions de la sécurité sociale sont transférées aux compagnies d'assurances commerciales. A ce moment là c'est le secteur privé qui gère, selon les modalités du marché libre, les risques couverts auparavant par la sécurité sociale, de la même manière qu'elle produit tous les autres biens et services dont les consommateurs ont besoin.

De la même nature serait une forme de protection privée autre que l'assurance, p.e. la constitution d'un fonds auprès d'une banque ou d'un investisseur professionnel pour constituer une rente lors de la retraite ou du décès. Dans ce cas également c'est le secteur privé qui selon ses propres modes de production fournit au bénéficiaire la sécurité qu'il demande; et qui auparavant était du domaine de la sécurité sociale publique.

Les compagnies d'assurances, les banques et les autres investisseurs professionnels qui s'occupent de tels contrats sont normalement des compagnies privées à but lucratif. Il peut en être autrement, lorsqu'elles ont un statut de coopératives. Il n'y a pas de doute que ce type d'activités est aussi bien d'ordre privé que celle des compagnies à but lucratif, mais on aura le sentiment que ce caractère privé est moins prononcé. C'est une privatisation différente que celle qui s'opère vers des organisations privées sans but lucratif, qui fonctionnent dans le marché mais non pas pour le marché.

Le degré de privacité sera encore moindre dans le cas où le contrat a été conclu non pas par l'intéressé lui-même et pour son propre bénéfice, mais par une organisation, telle qu'un syndicat de travailleurs, ou par un employeur comme une forme de prévoyance pour les travailleurs, ou encore dans le cadre des conventions collectives entre les employeurs et les représentants des travail-

leurs. De tels arrangements font bien entendu partie des mécanismes économiques qui constituent le cycle de production et de consommation dans notre société, mais ils s'éloignent quand-même du modèle type de l'économie du marché où l'offre aussi bien que la demande est en principe individualisée. Dans ces dernières formes de privatisation on reconnaît un élément collectif qui est différent en soi de l'idée de privatisation.

Le caractère privé sera encore moins clair dans les cas où les organisations privées sont supportées activement par les pouvoirs publics, par des mesures législatives d'encouragement (reconnaissance officielle, exemption de certaines obligations, garantie de l'état...) ou par des subsides directs ou indirects. Dans ce sens les associations mutualistes, avec leur longue histoire de reconnaissance officielle et d'encouragement par l'état, apparaissent-elles comme des organismes semi-officiels parfois reconnus comme appartenant au secteur public (p.e. l'Espagne).

On notera en passant que ce ne sont pas seulement les organisations sans but lucratif qui peuvent bénéficier de subsides de l'état. En termes de subsides indirects, notamment par des avantages sur le plan fiscal, les compagnies d'assurances privées jouissent d'un support très actif de la part du gouvernement; le manque à gagner des états à cause des avantages fiscaux concédés aux contrats d'assurance privés est dans beaucoup de cas égal ou même supérieur à celui des subsides de l'état à la sécurité sociale publique. Privatisation n'équivaut donc pas tout à fait à économie pour le budget de l'état !

2. Privatisation dans la sécurité sociale.

L'autre type de privatisation se situe en dedans du système de la sécurité sociale. La sécurité sociale est une fonction de l'état, et comme telle elle est naturellement de la responsabilité de l'administration de l'état. Dans nos pays à démocratie parlementaire, cette responsabilité incombera au pouvoir exécutif, et dans celui-ci au Ministre des Affaires Sociales ou de la Sécurité Sociale.

Mais un service public peut être administré de différentes manières, qui peuvent se rapprocher, dans des degrés variables, du modèle du secteur privé.

La forme de privatisation la plus extrême dans le cadre de la sécurité sociale publique consiste en la concession pure et simple de la gestion d'un risque déterminé à une instance privée. Cette instance peut être une entreprise commerciale (comme p.e. les compagnies d'assurances qui gèrent le risque d'accidents du travail au Danemark, en Belgique et au Portugal) ou bien une assurance mutuelle (comme les caisses patronales d'assurance accidents du travail en Belgique), ou bien des associations mutualistes (comme les caisses de maladie en Allemagne).

Par la concession l'état charge le concessionnaire de la gestion complète du risque et de son financement, dans le cadre des conditions contenues dans un cahier de charges établi d'avance. Les compagnies ou institutions privées qui se chargeront de ces risques sociaux devront donc elles-mêmes déterminer les primes ou cotisations à payer par les assurés et déterminer les prestations auxquelles les assurés auront droit. La mesure dans laquelle il y a réellement privatisation dépendra beaucoup des conditions posées par les pouvoirs publics, et du contrôle exercé sur le concessionnaire. Dans le cas des caisses de maladie allemandes, p.e., la liberté laissée aux caisses est très limitée, par le fait qu'elles sont obligées à fournir des prestations minimales à un niveau tellement élevé, qu'en fait elles doivent s'aligner toutes sur le minimum légal, et qu'elles ont besoin de l'autorisation du Ministre pour augmenter les cotisations au dessus d'un certain niveau, qui est dépassé depuis longtemps par toutes les caisses; c'est-à-dire qu'en fait les prestations et les cotisations sont depuis longtemps déterminées par la loi et par le pouvoir exécutif. Il n'est pas étonnant que ces caisses soient reconnues en Allemagne comme ayant un caractère de droit public.

Si la gestion du service public n'est pas concédée à une instance privée, il peut encore y avoir privatisation dans ce sens que des associations privées sont chargées de l'administration du système. La gestion et l'administration se distinguent par le fait que la gestion comporte la responsabilité pour les décisions concernant les revenus et les prestations du système, et son équilibre financier, tandis que l'administration consiste en des activités nécessaires pour exécuter ce qui est prévu dans la loi et dans les règlements. En matière de sécurité sociale les fonctions administratives comporteront notamment la registration des employeurs et des travailleurs et des autres bénéficiaires, le calcul et le recouvrement des cotisations, la constitution de dossiers et de banques de données, les transferts de fonds nécessaires pour le flux des moyens financiers dans le système, l'investissement des réserves, le recueil des informations nécessaires, le calcul et l'attribution des prestations, le contrôle des conditions d'attribution et des données servant de base aux calculs, et d'une manière plus générale la gestion du personnel et de locaux. Toutes ces fonctions peuvent être plus ou moins privatisées.

Ici également on peut distinguer des degrés dans la privatisation. La forme la plus radicale de privatisation consistera à concéder à une compagnie privée, ou à une instance privée à but non lucratif certaines de ces fonctions administratives, ou même l'ensemble de ces fonctions. Le traitement des données, p.e., pourrait être laissé à une entreprise privée; la même chose pourrait se faire avec l'investissement des réserves. Il n'est pas rare pour la sécurité sociale de charger des organisations privées des fonctions administratives se rapportant aux calculs et à l'attribution des prestations. Ainsi, p.e. en France les sociétés mutualistes ont-elles le droit d'agir comme intermédiaire entre la sécurité sociale et leurs membres pour le service des prestations; en Belgique les mutuelles jouent ce rôle pour presque la totalité de

la population en ce qui concerne l'assurance maladie - invalidité, et les caisses de chômage des syndicats font de même pour la grande majorité des travailleurs.

Une pratique quasiment générale de la sécurité sociale consiste à laisser la charge d'une partie importante des fonctions administratives en matière de recouvrement des cotisations aux employeurs, qui sont chargés de retenir les cotisations des travailleurs sur les salaires, de calculer l'ensemble des cotisations dues à la sécurité sociale, et de les verser dans les délais réglementaires. Les employeurs peuvent, à juste titre, être considérés comme un organe de la sécurité sociale, ce qui constitue une forme de privatisation traditionnelle. Les bénéficiaires eux-mêmes ont généralement aussi des tâches administratives à accomplir, au service du contrôle administratif dans la sécurité sociale. Très souvent ils doivent fournir des renseignements et des données nécessaires au calcul des prestations, que la sécurité sociale pourrait recueillir elle-même chez des instances officielles. On pourrait appeler ceci une privatisation invisible ou inconsciente.

Si la sécurité sociale ne charge pas des instances privées de certaines fonctions administratives, elle peut encore "privatiser" en utilisant dans son administration des techniques auxquelles on reconnaît un caractère privé.

Il en sera ainsi chaque fois qu'un élément de libre choix ou même de concurrence est introduit dans le système. On trouve des exemples dans certains pays où les bénéficiaires ont le choix de s'affilier à l'organisme d'exécution qu'ils préfèrent : c'est le cas pour les caisses de maladie aux Pays-Bas, et dans des limites assez étroites pour les caisses de maladie en Allemagne, c'est le cas très largement en Belgique, dans les branches maladie - invalidité, allocations familiales, accidents du travail et chômage, c'est le cas pour les assurances sociales des indépendants en France et dans un certain nombre de régimes particuliers dans d'autres pays.

Qui dit choix dit concurrence. La concurrence entre les différentes organisations concernera le nombre de leurs affiliés. Leur objectif sera de s'attribuer la plus grande part possible du marché de l'administration de la sécurité sociale. Même si elles ne peuvent pas avoir de but lucratif, elles pourront certainement aggrandir leur puissance et leur influence. Puisque par hypothèse elles auront à attribuer les prestations aux mêmes conditions à tous les bénéficiaires de la sécurité sociale, elles auront comme principal argument dans cette concurrence la qualité du service offert aux affiliés. Ainsi cette concurrence est appelée à servir les intérêts des affiliés.

Une autre forme de privatisation à l'intérieur de l'administration de la sécurité sociale consiste en la participation des personnes concernées dans la gestion des organismes. La sécurité sociale est une fonction de l'état, mais qui dans un grand nombre de cas

(excepté la Grande-Bretagne, le Danemark et l'Irlande) fait l'objet d'une décentralisation fonctionnelle vers des institutions autonomes, distinctes de l'état, ayant leur propre personnalité juridique. Dans la plupart des cas la gestion de ces organisations est entre les mains des organisations des employeurs et des travailleurs, ou dans le cas des régimes d'indépendants, des représentants des organisations professionnelles concernées. C'est dire que la gestion de ces organismes publics est elle-même "privatisée", puisqu'elle est entre les mains des partenaires sociaux du secteur privé, ou des organisations professionnelles du secteur privé. Cette composition des conseils d'administration n'enlève, bien entendu, en rien son caractère public à l'institution de sécurité sociale concernée, mais elle y apporte certainement un élément privé, de la même manière que la présence de représentants du pouvoir public dans le conseil d'administration d'une entreprise ne lui enlève pas son caractère privé, mais en fait tout de même une entreprise nationalisée, qui a une certaine relation avec le secteur public. Il est vrai que les pouvoirs de décisions des organes de gestion de la sécurité sociale sont en général très limités (ce qui n'est pas le cas pour les conseils d'administration des entreprises nationalisées), et aussi que les autorités publiques exercent dans la plupart des cas une tutelle très stricte sur ces organismes. Cette forme de "privatisation" n'a donc pas une portée très grande. Mais les syndicats et le patronat y sont fortement attachés, ce qui apparaît clairement chaque fois qu'on parle d'une réforme de cette formule de gestion. En Allemagne, p.e., cette gestion participative ("Selbstverwaltung") est considérée comme un des principes de base de la sécurité sociale.

En dehors de ces éléments privatifs dans la structure des organes de gestion, on peut trouver des formes de "privatisation" dans l'utilisation de techniques de gestion appartenant normalement au secteur privé. En tant que fonction publique, la sécurité sociale opère normalement selon le système budgétaire de l'état. C'est-à-dire que les dépenses pour chaque année doivent être prévues dans un budget, et que les revenus doivent être trouvés pour financer ces dépenses. S'il y a un déficit il devra être repris sur le budget de l'année suivante. Ce système financier n'est pas d'application générale. Dans certains cas on trouve des exemples de financement se rapprochant plutôt des méthodes de secteur privé. Ainsi, p.e., certains régimes de pension utilisent-ils toujours le système de capitalisation des compagnies d'assurances, par lesquelles les prestations futures seront financées par le capital accumulé sur la base des cotisations versées dans le passé. De la même manière, certaines institutions de la sécurité sociale reçoivent-elles une certaine liberté de gérer des réserves, et d'en encaisser les revenus. Cette dernière liberté est généralement très restreinte, les gouvernements ont plutôt tendance à régler très strictement le placement des réserves de la sécurité sociale; même en Allemagne, où les caisses, en principe, sont elles-mêmes responsables de leur équilibre financier sur la base de cotisations et de prestations définies par elles-mêmes.

Puisque les institutions de la sécurité sociale sont en général autonomes et distinctes de l'état, leur personnel ne doit pas nécessairement avoir le statut des fonctionnaires de l'état. Cette situation devrait permettre aux institutions d'opter pour une gestion du personnel semblable à celle d'organisations privées ou d'entreprises privées. Ceci pourrait impliquer une motivation plus forte au travail, et l'incitation à l'initiative et à améliorer leur service au public. Le revers d'une telle politique est une moindre sécurité d'emploi et une moindre protection sociale pour le personnel. Souvent, puisque les syndicats sont eux-mêmes gestionnaires des institutions, elles auront tendance à s'ériger en patron modèle pour leurs employés, ce qui peut les amener à protéger mieux les intérêts de leurs employés que ceux de leurs assurés (voir : A. Catrice-Lorey, "Recherches sociologiques et sécurité sociale dans la société française", in : Annuaire E.I.S.S., 1982-1983, Kluwer, Deventer, 1984, 14).

Finalement il y a une forme de "privatisation" qui consiste à appliquer au contact avec le public et avec les usagers des techniques de gestion qui sont habituellement propres au secteur privé. Les institutions de la sécurité sociale veulent quitter leur image traditionnelle de labyrinthe inaccessible, dépositaire d'une réglementation incompréhensible. Elles mettent en oeuvre des techniques d'information du public en général et des bénéficiaires en particulier tant sur le plan national que sur le plan local, de manière à réduire la distance entre les usagers et les institutions, et pour changer l'attitude du public envers la sécurité sociale. En même temps des techniques modernes d'informatisation sont utilisées systématiquement pour raccourcir les délais de calcul et d'attribution des prestations, et pour alléger le fardeau des obligations administratives imposées aux bénéficiaires dans la gestion classique des assurances sociales. Voir : R. Poirrier, "Orientation récente des institutions de sécurité sociale en matière d'information du public", Revue internationale de sécurité sociale, 1985, 2, 221-236.

Chapitre III.

LE DEBAT

Le débat concernant le rôle de l'état dans la protection sociale est aussi ancien que l'existence des systèmes d'assurance sociale. Les argumentations autour du concept de (re)privatisation à l'heure actuelle sont essentiellement les mêmes qui ont alimenté le débat sur l'introduction des premières assurances obligatoires. Nous distinguerons - d'une manière quelque peu artificielle - quatre niveaux dans ce débat : le niveau social, le niveau économique, l'administratif et le politique. Nous nous sommes bien conscients des interactions entre ces différents niveaux. Nous les distinguons simplement pour clarifier et systématiser le débat.

1. Le débat social

A. Les arguments en faveur du secteur privé

Sur le plan social, les arguments en faveur de la privatisation sont essentiellement basés sur les critiques essentielles contre le système de la sécurité sociale, qui sont dirigées vers deux aspects particuliers : l'insuffisance des prestations de la sécurité sociale, et leur insécurité.

a. L'insuffisance de la sécurité sociale

Les systèmes de protection privée ne peuvent se développer que là où la protection de la sécurité sociale publique est insuffisante. Les citoyens et les entreprises ne voudront payer de l'argent pour constituer une protection complémentaire, que si la protection de base offerte par les systèmes publics laisse à désirer. Le fait du développement important des systèmes de protection privée dans tous les pays européens démontre donc clairement que les prestations de la sécurité sociale sont considérées comme insuffisantes dans un grand nombre de cas.

Personne ne cherche à nier cet état de fait. Les besoins de protection des populations sont infinis, tandis que les ressources de la sécurité sociale sont toujours limitées. La sécurité sociale ne peut offrir qu'une protection de base, soit par des prestations forfaitaires restant en deçà du coût réel des pertes ou

charges qu'elles veulent remplacer, soit en fournissant des prestations de remplacement couvrant une certaine proportion des revenus perdus. Les bénéficiaires aspireront, tout naturellement, à une compensation complète de leurs pertes ou charges. Il y aura donc toujours une demande pour une protection complémentaire.

Toutes les insuffisances de la protection de la sécurité sociale ne prêtent pas à privatisation. Les allocations familiales ne couvrent pas le coût réel d'un enfant supplémentaire, les prestations aux handicapés ne compensent pas tout à fait le coût d'un handicap, et les prestations de revenu minimal ne sont pas vraiment suffisantes à assurer une vie décente dans notre société, mais le secteur public répond très peu à ces besoins. Il s'agit de risques ou des groupes de la population qui ne sont pas assurables.

La protection sociale d'ordre privé se concentrera surtout sur le maintien du revenu du travail dans la vieillesse, et en cas de maladie, d'accident ou de chômage, ainsi que sur les soins de santé. Ce sont des risques qui se prêtent plus facilement à une technique d'assurance. Généralement aussi ces besoins sont déjà couverts pour les groupes les plus défavorisés de la population, ce qui laisse aux efforts privés une clientèle mieux capable de supporter les frais d'une protection complémentaire privée. Par exemple en ce qui concerne les soins de santé en Allemagne et aux Pays-Bas, se seront les travailleurs au-dessus d'un certain niveau de salaire, les fonctionnaires publics et les indépendants également au-dessus d'un certain niveau de revenu qui feront la clientèle de l'assurance privée, étant exclus de l'assurance sociale.

Les mesures récentes d'économie dans les systèmes de sécurité sociale, résultant de la crise économique, ont ainsi élargi le champ d'application des formes de protection privée, là où elles ont réduit des prestations de la sécurité sociale ou rendu plus strictes les conditions d'attribution. Comme ces mesures ont touché particulièrement le secteur des soins de santé, c'est dans ce secteur qu'on peut s'attendre au développement le plus important des assurances privées.

b. Insécurité

Un aspect particulièrement inquiétant des mesures qui accompagnent dans tous les pays la crise économique et son incidence sur le financement de la sécurité sociale, est le sentiment d'insécurité qui en résulte pour les bénéficiaires de la sécurité sociale. Cette insécurité est basée sur les prévisions budgétaires qui sont loin d'être encourageantes. Bien sûr, les populations étaient déjà habituées aux déficits chroniques des assurances soins de santé dans tous les pays. Aussi longtemps qu'il ne s'agissait que d'un secteur dans l'ensemble de la sécurité sociale, ces déficits pouvaient être compensés par les réserves des autres branches. Petit à petit ces autres branches ont rejoint les soins de santé

dans les chiffres rouges. D'abord c'étaient les systèmes de prestations en cas de maladie et les pensions d'invalidité qui souffraient de la plus grande fréquence des cas d'incapacité de travail dans nos sociétés. Ensuite, bien entendu, depuis la crise économique, se sont les systèmes de compensation du chômage qui sont devenus intenable sur la base de leur financement classique, et qui absorbent de plus en plus de subsides de l'état. Mais depuis quelques années se sont également les systèmes de pensions de retraite et de survie qui semblent menacés. Dans ces systèmes à répartition, le déséquilibre croissant entre le nombre de pensionnés et les travailleurs actifs, accéléré encore par l'encouragement des retraites anticipées en vue de libérer des emplois sur le marché du travail, a alourdi très fortement la charge financière des systèmes pour le futur.

C'est une constatation qu'on fait, à l'heure actuelle dans presque tous les pays : les populations perdent confiance dans la sécurité sociale surtout pour les prestations à long terme. Ils se rendent compte du déséquilibre croissant entre la population active et les inactifs, et croient que la génération suivante ne sera plus à même de payer pour les pensions au moment où les actifs d'aujourd'hui accéderont à la retraite. Les systèmes d'épargne ou d'assurance privée, à base de capitalisation, semblent fournir une plus grande sécurité : au moins les capitaux accumulés seront là pour fournir le financement des prestations futures.

Même si cet argument peut être rencontré par des argumentations contraires pertinents, et même si l'accumulation de capitaux n'offre pas toujours une sécurité à toute épreuve à long terme, le sentiment d'insécurité existe, et il faut en tenir compte.

c. Inégalité

Il peut paraître surprenant de trouver l'égalité sociale parmi les arguments en faveur de la privatisation. N'est-ce pas justement la sécurité sociale qui veut garantir un traitement égalitaire pour tous, et la protection privée qui instaurent l'inégalité ?

En fait il faut reconnaître que dans la plupart des pays les régimes de sécurité sociale sont très différents d'un groupe de la population à l'autre. Il y a dans ce phénomène un gradient qui va du Nord vers le Sud. Les systèmes des pays nordiques sont plus égalitaires, prévoyant des prestations semblables pour l'ensemble de la population, tandis que dans les pays méridionaux on retrouve une multitude de régimes différents, à prestations très inégales (plus que 300 en Grèce).

Là où la protection sociale pour un groupe est nettement moindre que pour un autre groupe à qui il peut se comparer, et le développement de la sécurité sociale dans le pays ne permet pas d'harmoniser les deux régimes, les membres du deuxième groupe qui en ont les moyens tendront à s'assurer une protection d'un niveau égal à celui du premier groupe par des initiatives privées. Ainsi dans

beaucoup de pays les efforts dans le domaine des pensions d'entreprise ou professionnelles ont-ils été inspirés dans une large mesure par les systèmes de retraite des fonctionnaires publics, qui étaient beaucoup plus avantageux. Dans le même sens on remarquera que les travailleurs indépendants en Belgique, pour qui l'assurance maladie nationale ne prévoit la couverture que des "grands risques", prendront dans une très large majorité une assurance volontaire complémentaire auprès des mutuelles pour les "petits risques".

Dans ce sens se sont les inégalités de traitement de la sécurité sociale concernant les différentes catégories professionnelles qui sont à la base d'un certain développement des mesures de protection d'ordre privé.

d. Inconfort et attente

Les secteurs publics et privés dans l'économie se distinguent souvent par les degrés de confortabilité et d'agrément des produits et services pour le consommateur. Le secteur public est souvent tenu par son budget à une certaine austérité, se limitant à fournir un service essentiel, sans trop se soucier de rendre ce service attractif à la clientèle.

Ceci se remarque souvent dans les contacts des institutions sociales avec le public, qui sont d'une nature administrative, et qui supportent mal la comparaison avec celles d'une compagnie d'assurances ou d'une banque avec sa clientèle. Le public appréciera certainement les efforts de "privatisation" qui consisteront à reprendre dans le service public les techniques de gestion de la clientèle et des relations publiques en vigueur dans le secteur privé. Les utilisateurs ont une préférence très marquée pour des organisations d'ordre privé leur servir d'intermédiaire entre eux et la sécurité sociale.

C'est surtout en matière de soins de santé que ce phénomène se manifeste. L'assurance maladie publique, surtout dans sa forme la plus développée qui est le service national de santé, n'aura pas toujours la faveur des consommateurs, qui ont tendance à croire que les services médicaux privés sont d'une meilleure qualité. Si la qualité du service est difficile à juger, les conditions extérieures dans lesquelles le service est fourni sont bien clairement ressenties par les usagers. Dans les services nationaux de santé il y a souvent des délais d'attente, nécessités par des restrictions budgétaires, et généralement organisés de telle manière que des prestations urgentes peuvent toujours être exécutées sans délai, mais qui néanmoins suscitent des réactions très fortes de la part des patients. C'est le grand argument des assurances privées en Grande-Bretagne et des mutuelles au Portugal: les gens veulent payer pour outre-passer les listes d'attente et être soignés quand ils le désirent.

En cas d'hospitalisation les systèmes d'assurances sociales ne fourniront que l'hébergement en salle commune à l'hôpital, sauf en cas d'indication médicale pour une chambre privée. Les assurés sociaux qui désirent une chambre privée ou certains éléments de confort (repas à la carte, télévision, etc.) devront payer un supplément par jour d'hospitalisation, qui peut être assez élevé. Cette situation fournit un autre argument important aux assurances privées. Apparemment les gens aspirent à un certain niveau de privauté et de confort pendant leur séjour à l'hôpital, et ils veulent bien payer des primes pour l'obtenir. Les employeurs, en tout cas, montrent une grande disposition à fournir ces avantages à leurs employés.

B. Les arguments contre le secteur privé

On peut opposer à ces arguments un certain nombre d'inconvénients des arrangements privés, qui correspondent aux avantages qui sont la raison d'être des assurances sociales. Il s'agit de la protection des mauvais risques et des groupes défavorisés de la population, de la répartition des charges, de l'égalité de traitement, de la transférabilité des droits, la protection contre l'inflation, la garantie de l'état, la participation des intéressés à la gestion, et des procédures d'appel et autres garanties des droits.

a. Protection des mauvais risques et des groupes défavorisés

Les assurances sociales, on s'en souvient, ont été créées parce que les arrangements d'ordre privé (compagnies d'assurances, mutuelles et autres) ne pouvaient pas protéger ceux qui en avaient le plus besoin : les handicapés de naissance, les gens présentant un risque très élevé, et les groupes à très bas revenus. L'assurance sociale avait pour but d'ouvrir le système de protection sociale à ces groupes défavorisés, qui autrement n'auraient d'autres ressources que de s'adresser à l'assistance.

Il est évident qu'un mouvement de (re)privatisation résultera toujours dans une certaine mesure en une exclusion des plus défavorisés. Une assurance privée ne pourra pas accepter les risques déjà réalisés, ni les risques trop élevés ou les personnes incapables de payer les primes. Les seules formes de "privatisation" susceptibles de fournir une aide à de tels cas sont la responsabilité civile, la responsabilité patronale et la solidarité familiale. Mais on sait que la responsabilité civile ne fonctionne que dans des circonstances très précises, et ne donne des résultats que si l'auteur de la faute est identifié et solvable; la responsabilité patronale ne s'exerce qu'envers des personnes qui occupent un emploi, ce qui est peu probable pour les handicapés de naissance; et la solidarité familiale ne présente une solution que dans les cas où la famille est assez affluente pour venir en aide à ces membres dans le besoin, et où la volonté existe pour le faire.

C'est, croyons nous, l'argument le plus significatif contre la privatisation : que le développement de celle-ci mène vers un système de protection sociale à deux niveaux, avec une protection supérieure pour ceux qui sont en mesure de s'assurer une couverture complémentaire d'ordre privé, et une protection de base pour les autres. Surtout en matière de soins de santé cette différence de traitement sera ressentie comme une discrimination. Les populations n'accepteront pas facilement qu'il y ait une médecine pour les riches et une autre pour les pauvres. Les réactions contre les lits privatisés dans le service national de santé britannique ("pay beds") illustrent bien ce sentiment.

b. Répartition des charges

La sécurité sociale est un système de répartition des charges occasionnées par les risques sociaux sur l'ensemble de la communauté nationale. Dans la plupart des pays ces charges sont réparties par une combinaison de deux systèmes : des cotisations sociales et des impôts. Les cotisations sociales distribuent les charges proportionnellement au revenu du travail, les impôts sont destinés à les répartir selon les capacités financières des ménages. Dans les deux cas il s'agit d'un système de distribution des charges sur le plus grand nombre possible de têtes, selon un système basé sur une certaine conception de la justice sociale.

Les formes de protection sociale d'ordre privé ne peuvent jamais réaliser un tel objectif. Elles ne sont capables de répartir les charges de la protection offerte que sur les seules personnes qui participent aux systèmes. Elles tendront pour cela à s'adresser à des catégories économiquement fortes; elles ne pourront pas fonctionner si leur public se compose uniquement de personnes à revenu modeste.

c. Périodes créditées

La plus grande différence entre les assurances sociales et les assurances privées consiste en la prise en compte pour l'ouverture du droit et pour le calcul des prestations de périodes d'inactivité ou d'absence de cotisations dans lesquelles l'intéressé se trouvait dans une situation digne d'intérêt pour les autorités publiques, qui veulent lui assurer une protection similaire que s'il avait travaillé.

Ainsi des périodes de maladie, de chômage, d'incapacité de travail pour accident ou invalidité, de grève ou de lock-out sont généralement considérés comme des périodes de travail ouvrant un droit à des prestations dans les assurances vieillesse, maladie, invalidité, accidents, et chômage. De la même manière les chômeurs, les malades, les invalides, les pensionnés, et même les veuves et les veufs auront droit aux soins de santé et allocations familiales, comme s'ils étaient au travail et payaient des cotisations. Dans les assurances privées on ne peut, évidemment, se constituer un

droit aux prestations qu'en payant les primes. Une période d'inactivité et de perte de revenu peut entraîner l'interruption de ces paiements, et par là la caducité de l'assurance.

L'effet des périodes imputées se manifeste très clairement dans les régimes d'assurance contre le décès prématuré, dans lesquels les veuves ou les veufs pourront recevoir une pension de survie sur la base d'une carrière présumée complète de l'assuré décédé, même si la carrière réelle n'a comporté que quelques années. Il est évident que sans l'application de ce mécanisme les pensions de survie pour les ayants droit des personnes décédées à un jeune âge n'arriveraient qu'à un montant très modeste. Dans des systèmes de protection privée basés sur l'épargne et l'accumulation de capitaux, tels que les fonds de pension, un tel résultat ne peut certainement pas être atteint.

Un autre aspect non moins important est celui du "back-service" lors de l'introduction d'une nouvelle législation apportant des avantages nouveaux ou majorés pour l'ensemble ou une certaine partie de la population, notamment en matière de pension d'invalidité, de retraite ou de survie. Pour autant que le droit à ces prestations et leur calcul repose sur une carrière de travail ou le paiement de cotisations sous le régime de la loi, les prestations sous le nouveau régime ne pourront être payées au taux plein qu'après une assez longue période de transition, jusqu'à ce que le premier travailleur accomplit une carrière complète sous la nouvelle loi. Dans bien des cas les assurances sociales ne prennent pas cette attitude conservatrice, mais veulent introduire tout de suite les nouveaux avantages pour les personnes devenant invalides ou prenant leur retraite après l'introduction de la nouvelle loi, ce qui veut dire que les périodes antérieures seront créditées aux bénéficiaires comme s'ils avaient payé les cotisations sous la nouvelle loi. Généralement les pouvoirs publics paient des subsides au régime des pensions pour compenser les charges extraordinaires résultant de cette politique.

Dans les assurances privées, bien entendu, les périodes passées sans paiement de primes ne peuvent jamais être prises en compte pour l'ouverture du droit ou pour le calcul des prestations. L'introduction d'un nouveau régime a toujours besoin d'une longue période de transition avant de pouvoir fournir des prestations à long terme d'une valeur suffisante.

d. Transférabilité des droits

Un handicap sérieux des régimes privés de protection consiste en leur manque de flexibilité, résultant du cadre contractuel dans lequel ils sont constitués. Le problème se posera surtout dans les régimes d'entreprise ou d'industrie, basés sur des conventions collectives ou sur des initiatives d'un employeur ou d'un groupe d'employeurs. Si un travailleur est licencié, s'il quitte son emploi et change d'employeur ou, inversement, si son employeur cesse d'être membre du groupement d'employeurs gérant un système

particulier de protection, les droits acquis par le travailleur dans ce régime peuvent être perdus. Dans de tels régimes il y a souvent une période minimale d'emploi dans l'entreprise, pour que le travailleur ait quelque droit que se soit envers la caisse d'entreprise, à l'exception du remboursement de ces propres cotisations (et encore !). De telles dispositions peuvent amener les employeurs à terminer les contrats d'emploi juste avant l'expiration de cette période. Une loi allemande ("Betriebsrentengesetz" 1974) comporte une protection des travailleurs contre le licenciement dans de telles conditions : l'employeur sera forcé de continuer le contrat de travail. Dans les autres pays on ne retrouve pas toujours une telle protection légale. Sous les législations anglaises et néerlandaises le transfert des droits à pension est prévu par la loi en cas de changement d'emploi. En Allemagne un tel transfert ne s'opère pas, mais les travailleurs gardent leur droit à pension envers la caisse de leur employeur précédent. Dans l'absence de telles règles légales, et dans les cas où elles ne s'appliquent pas, l'existence de régimes de pensions d'entreprise peut constituer un frein réel à la mobilité de la main-d'oeuvre, et peut occasionner des pertes de droits des travailleurs.

Il y a également le problème du transfert des droits en cas de migration du travailleur pour occuper un travail dans un autre pays, ou pour retourner dans son pays d'origine après l'arrêt du travail. Le règlement 1408/71 du conseil des communautés européennes, complété par certains règlements ultérieurs, règle cette question dans les communautés européennes pour les assurances sociales. D'autres conventions internationales multilatérales ou bilatérales forment un réseau de reconnaissance réciproque de ces droits dans la plupart des pays du monde, permettant leur paiement d'un pays à l'autre.

Certains régimes complémentaires sont déjà reconnus comme faisant partie de cette structure, tel que le régime des pensions complémentaires danois et les régimes complémentaires des cadres et des salariés en France. Mais pour les prestations des caisses d'entreprise ou les régimes professionnels basés sur des conventions collectives locales ou sectorielles, il peut y avoir perte du droit lorsque le bénéficiaire se déplace à l'étranger. Ce problème n'existe pas, en principe, dans les contrats individuels avec des compagnies d'assurances, mais le paiement des prestations à l'étranger peut causer des problèmes dans la pratique.

e. Protection contre l'inflation

Depuis les années 50 tous les régimes d'assurances sociales dans les pays européens ont adopté l'une ou l'autre forme d'adaptation des prestations automatique ou semi-automatique à l'évolution des salaires ou à celle des prix, ou parfois aux deux à la fois. L'importance de cette adaptation est considérable. Dans les périodes de forte inflation des années 60 et 70 le montant nominal des prestations était doublé en moins de 10 ans (dans certains

pays et à certains périodes même en moins de 5 ans), pour en garder la valeur réelle. Dans le cas de l'adaptation à l'indice des prix c'est la valeur d'achat des prestations à long terme qu'on veut maintenir, dans le cas de l'adaptation à l'évolution des salaires, c'est la position relative du travailleur dans son groupe de référence qu'on veut sauvegarder.

L'importance de ce mécanisme d'adaptation est très grande pour les bénéficiaires des prestations à long terme, mais le coût pour les systèmes de sécurité sociale est très élevé. On a vu dans la période de crise récente une série de mesures dans la plupart des pays européens pour ralentir cette adaptation automatique, ou pour en diminuer l'effet. Néanmoins le mécanisme d'adaptation a été maintenu pour l'essentiel, comme étant une des caractéristiques les plus importantes des systèmes d'assurance sociale.

Dans les systèmes d'ordre privé il est très difficile de prévoir un tel mécanisme d'adaptation. Les contrats d'assurance peuvent bien être protégés contre l'inflation pendant la durée du contrat; tant que les primes sont payées régulièrement leur montant et celui du capital assuré peuvent être adaptés continuellement à l'indice des prix; mais une fois le risque réalisé et le capital payé, la valeur de ce capital et la rente qui peut en être déduite ne sont plus adaptables aux changements de la valeur de l'argent. Certains régimes d'ordre privé prévoient des formes d'accroissement des prestations, sur la base d'une inflation hypothétique dans le futur. Mais de telles prévisions alourdissent fortement les charges financières pour les systèmes, et risquent en même temps de rester bien en deçà de l'inflation réelle qui peut se manifester.

Dans les régimes complémentaires organisés sur un plan national, tels que les retraites complémentaires des salariés et des cadres en France, et les retraites complémentaires au Danemark, la réévaluation automatique des prestations est prévue. En Angleterre le gouvernement paie un subside spécial au système professionnel choisi par l'employeur pour se libérer de l'assurance légale pour la pension proportionnelle au revenu, pour lui permettre d'adapter les prestations à l'inflation. D'autres systèmes professionnels dans différents pays connaissent des formes d'indexation, ou de révision périodique des prestations. Mais la protection des prestations à long terme contre l'inflation reste un point faible des formes de protection privée. Et c'est un point important. Si les prestations ne sont pas adaptées à l'indice des prix ou des salaires, elles peuvent avoir perdu toute leur valeur après 10 ou 20 ans.

f. Garantie de l'état

Les assurances sociales sont des assurances garanties par l'état, par le fait que l'état prend la responsabilité pour la réalisation de ces assurances. Parfois cette garantie est écrite explicitement dans le texte de la loi, p.e. par une obligation de l'état

de couvrir les déficits éventuels des régimes. Dans d'autres cas ces garanties ne se trouvent pas exprimées de cette manière, mais elles existent par le fait de l'obligation de l'état de pourvoir en la sécurité sociale des citoyens, obligation prévue généralement dans la constitution, qui oblige l'état à maintenir les systèmes de sécurité sociale, quelles que soient les conditions économiques et financières.

Les régimes privés, bien entendu, ne jouissent pas d'une telle garantie. Leur garantie se trouve dans le capital accumulé et investi, ou dans l'entreprise ou le groupe d'entreprises qui supportent le régime. La sécurité offerte par ces régimes dépend de cette garantie. Dans le cas de régimes reposant sur des fonds accumulés la sécurité pour les bénéficiaires dépendra du sort des investissements choisis par les responsables du fonds. Le résultat n'est pas à l'abri de mouvements inattendus de la bourse ou de faillites spectaculaires. En cas de faillite ou de disparition de l'entreprise qui supporte des régimes d'entreprises tout dépendra des conditions dans lesquelles l'entreprise sera reprise par un successeur. Dans certains pays la loi prévoit l'obligation pour le successeur de continuer la caisse de pension de l'entreprise (p.e. Pays-Bas), mais dans la plupart des cas le sort des telles caisses seraient très incertain.

Psychologiquement les gens doutent parfois de l'avenir des pensions publiques dans la conjoncture économique et démographique actuelle, mais en fait les régimes privés professionnels sont beaucoup moins certains dans un avenir même nettement plus rapproché.

g. Participation

Un élément auquel on reconnaît une grande importance dans la plupart des pays est celui de la participation des travailleurs et des employeurs, et parfois d'autres milieux intéressés, dans la gestion des systèmes d'assurance sociale. Cette "gestion paritaire" ou "gestion autonome" est considérée comme un élément de démocratie sociale, typique pour nos sociétés (à l'exception de la Grande-Bretagne et du Danemark). Cette structure est considérée comme un compromis entre la gestion étatique des systèmes et la gestion privée, en ce que les institutions sont de nature publique, mais indépendantes de l'état et gérées par des représentants du secteur privé.

On connaît les critiques sur ce système, notamment sur la représentativité des délégués des syndicats et des organisations d'employeurs dans ces comités de gestion, et sur les limites du pouvoir réel de ces administrateurs sociaux, compte tenu de la réglementation très détaillée et de la tutelle très stricte de l'état.

Les régimes privés sont parfois gérés de la même manière. Les régimes professionnels créés par conventions collectives sont

souvent entre les mains d'une institution gérée par des représentants des travailleurs, ou bien de manière paritaire par des représentants du ou des employeur(s) et des travailleurs.

Il n'en va pas ainsi dans les assurances privées individuelles ou de groupe, gérées par des compagnies d'assurances commerciales ou mutuelles. Dans la structure de décision de ces compagnies les consommateurs que sont les bénéficiaires de l'assurance n'ont aucune voix. S'il y a une certaine démocratie sociale dans les entreprises, elle ne s'étend qu'à ses propres travailleurs, mais non pas aux travailleurs des autres entreprises, assurés auprès de cette société.

h. Procédure d'appel

Les assurances sociales publiques ont l'avantage d'être basées sur une loi qui confère une protection juridique aux droits qui en sont dérivés. Ceci ne constitue pas en soi une différence avec le secteur privé, où les droits garantis par les contrats ont une valeur juridique indiscutable, dont la réalisation peut être exigée devant les tribunaux.

La différence essentielle sera qu'en matière de droit social la plupart des pays ont organisé un système particulier de tribunaux du travail ou tribunaux sociaux, qui présentent un grand nombre d'avantages pour les bénéficiaires. La procédure est gratuite ou très peu coûteuse, elle est expéditive et peu formaliste, souvent le bénéficiaire est assisté par le Ministère Public dans la constitution de son dossier, et les décisions sont rendues dans des délais plus courts. L'appel aux tribunaux ordinaires présente pour le bénéficiaire une alternative incertaine et coûteuse, à laquelle il ne peut pas se risquer trop facilement.

Heureusement que certains régimes complémentaires dans certains pays (France, Angleterre, Pays-Bas, Danemark, certains régimes en Allemagne, en Italie, en Espagne et en Grèce) ouvrent l'accès pour leurs bénéficiaires aux tribunaux particuliers compétents pour les affaires de la sécurité sociale. Pour les bénéficiaires d'un contrat d'assurance individuelle ou de groupe ou de régimes d'entreprises il sera beaucoup plus difficile de réaliser leurs droits par la voie des tribunaux ordinaires.

B. Le débat économique

Le débat sur la privatisation comporte une composante économique très marquée. Les champions de la privatisation appartenant au courant de pensée neo-libérale moderne peuvent se réclamer d'une tradition ancienne et respectables dans la théorie économique préconisant la fidélité au mécanisme du marché et s'opposant à toute ingérence de l'état dans le fonctionnement de l'économie. A la base de cette tendance se trouve le fameux théorème de Pareto, selon lequel la production et la consommation optimale de biens et

de services sera obtenue si tous les producteurs et consommateurs peuvent agir librement dans leur propre intérêt dans un marché parfait. Hayek, Rueff et autres ont appliqué cette vision des choses à la sécurité sociale, soulignant que toute obligation imposée par l'état doit nécessairement aboutir à des distortions dans le fonctionnement du marché, et donc à des résultats économiquement négatifs (voir pour un ouvrage typique : W. Claussen, Kein Verlass auf Vater Staat, Soziale Sicherheit heute und morgen, Oldenburg, Staling, 1967).

Dans une période plus récente l'étude de l'économie de la sécurité sociale a connu un développement important, avec les travaux notamment de R.M. Titmuss (Essays on the welfare state, London, Alan and Unwin, 1958) et J. Pechman, H. Aaron, et M. Taussig, Social security : perspectives for reform, Brookings Institution, Washington, 1968. En 1970 le prof. M.A. Coppini rédigeait pour le compte de la Commission des Communautés Européennes un rapport sur "Les incidences économique de la sécurité sociale". Dans les dernières années on trouve un nombre impressionnant d'études importantes sur cette matière, notamment : C. Mills, "L'économie de la sécurité sociale", in : Y. Saint-Jours, Traité de sécurité sociale, L.G.D.J., t. II, 1982; H. Aaron, Economic effects of social security, Washington, Brookings Institution, 1982; H. Deleeck, "Le financement de la sécurité sociale et son effet sur l'emploi", R.B.S.S., 1983, 308-327; L.H. Thompson, "The social security reform debate", Journal of economic literature, 1983, 1425-1467; J. Le Grand et R. Robinson (ed.), Privatisation and the welfare state, London, Alan and Unwin, 1984.

1. Choix et obligation

La tendance néolibérale avec comme chef de file le prof. Milton Friedman de l'Université de Chicago (avec son ouvrage classique: Capitalism and Freedom, 1962) s'oppose à toute extension du rôle de l'état dans l'économie, et notamment dans la protection des revenus, au delà d'un minimum indispensable. L'obligation imposée par l'état aux citoyens de participer à un système public d'assurance sociale doit nécessairement résulter dans une allocation moins qu'optimale des ressources disponibles.

Pour certains groupes de la population les mêmes montants versés à une compagnie d'assurance donneraient certainement un rendement plus élevé que celui produit par la sécurité sociale. Les cotisations de la sécurité sociale peuvent être moins élevées que la part du revenu que les travailleurs veulent économiser pour leur consommation future, mais elles peuvent également être supérieures à ces montants. Dans le premier cas il leur reste la ressource d'investir le surplus dans une assurance de leur choix; dans le deuxième cas ils seront de toute façon forcés par l'état d'économiser plus sur leurs revenus courants, et d'acheter par la même occasion une protection pour le futur qu'ils ne désirent pas. Le résultat sera une certaine insatisfaction, et une perte d'utilité.

Certes l'école néolibérale acceptera une certaine mesure d'obligation dans la politique sociale de l'état, notamment pour compenser ce qu'on appelle la "myopie" des travailleurs, qui ont tendance à se concentrer surtout sur leur consommation actuelle et à négliger ou à sousestimer les risques de perte ou de réduction du revenu dans le futur. Dans la mesure où l'état aurait de toute façon l'obligation de soutenir les travailleurs imprévoyants lorsqu'ils seront touchés par un des risques sociaux, il sera justifié que l'état oblige les citoyens à se prémunir au moins d'une manière minimale contre ces risques. Les charges totales pour l'état n'en seront pas accrues dans la mesure où la différence entre les revenus de la sécurité sociale et ses prestations n'excède pas le montant qui serait normalement dû au titre des prestations d'assistance en cas d'absence d'assurance sociale.

Et on peut estimer que l'état réalise ainsi les préférences que les travailleurs imprévoyants auraient au moment dans le futur où le risque social se réaliserait, quand ils regretteront de ne pas avoir mis de côté une partie de leur consommation courante pour se protéger contre les conséquences de ce risque.

Les arguments en faveur d'un système obligatoire plus étendu sont surtout d'une nature non-économique : réduire l'incertitude, réduire l'inégalité, et compenser le manque de prévision qui caractérise une partie de la population. Mais on pourrait considérer ces avantages comme des formes d'utilité dans le sens économique du terme. La sécurité sociale peut offrir à la population une protection que le marché ne peut pas fournir, notamment dans le cas des mauvais risques et en ce qui concerne la protection contre l'inflation. Ainsi les ressources vouées à cette institution augmentent l'utilité pour les bénéficiaires.

On notera que la question de l'obligation ou du choix ne coïncide pas parfaitement avec celui de la sécurité sociale ou de la privatisation. On peut avoir des régimes volontaires dans la sécurité sociale publique, et des systèmes privés obligatoires. Un grand nombre de régimes professionnels et d'entreprises sont obligatoires pour tous les travailleurs de l'entreprise du secteur, voir même pour tous les travailleurs du pays (par exemple les régimes de pensions complémentaires au Danemark et en France).

Les effets négatifs de l'obligation doivent même se présenter dans le cas des régimes d'entreprises financés uniquement par l'employeur. Sous un tel régime le travailleur n'aura pas le choix de dépenser la part de son salaire qui correspond à la cotisation patronale pour la caisse de pensions d'une manière alternative qu'il préférerait.

2. Epargne et investissement

Les investissements sont un facteur d'une importance capitale dans le développement de l'économie nationale, pour permettre d'augmenter la productivité et d'adapter la production à l'évolution des

besoins. Les investissements nécessitent une épargne, c'est à dire une partie de la production qui est soustraite à la consommation.

La sécurité sociale a été accusée de réduire le montant total de l'épargne par deux effets différents, l'un découlant de son système de financement, l'autre de l'existence même de ces prestations.

Quand la sécurité sociale utilise généralement le système de financement dit "de répartition", qui consiste à financer les prestations d'une année budgétaire donnée par les cotisations des travailleurs actifs et des subsides de l'état pour la même année, elle n'accumule pas de capitaux pour garantir ses prestations futures. Sauf pour une réserve technique nécessaire pour assurer les services des prestations à court terme, le total des revenus et des dépenses des systèmes tendra à s'égaliser au cours de chaque exercice. Dans les systèmes privés à capitalisation les cotisations ou primes devront excéder les dépenses d'une manière suffisante pour accumuler des capitaux, dont l'investissement pourra fournir la base financière au paiement des prestations dans le futur. Cette accumulation de capitaux constitue une épargne forcée qui peut signifier un soutien important pour les investissements dans l'économie nationale.

Cet effet dépendra, bien entendu, de la manière dont les réserves sont placées. Parfois le volume des capitaux cumulés dans ces régimes est tel, qu'il devient difficile de leur trouver un placement adéquat. Il a été observé au Japon et en Suède, deux pays où des réserves de capitaux considérables ont été accumulées par les assurances sociales, que ces réserves avaient en fait été investies dans des projets dont le résultat net en termes réels était négatif (voir : J.J. Rosa, ed., The world crisis in social security, San Francisco, Fondation Nationale d'Economie Politique et Institute for Contemporary Studies, 1982).

Il faut observer, pourtant, que dans les systèmes à répartition le gouvernement est ultimement responsable pour le financement des prestations, qui sont garanties par la volonté et le pouvoir du gouvernement d'imposer des taxes et des cotisations dans les années à venir. L'effet d'épargne collectif doit donc être jugé dans l'ensemble de la politique gouvernementale, dans laquelle la sécurité sociale n'est qu'un secteur particulier. Il n'est pas certain que l'accumulation par la sécurité sociale d'un capital important aurait un effet positif sur l'épargne collective globale: l'existence de ce fonds pourrait avoir un effet sur d'autres aspects de la politique gouvernementale, de telle manière que dans l'ensemble le volume de l'épargne collective ne serait pas modifié (L.H. Thompson, "The Social Security Reform Debate", Journal of Economic Literature, 1983, 1446).

Une étude bien connue de Martin Feldstein ("Social Security, Induced Retirement and Aggregate Capital Accumulation", Journal of Political Economy, 1974, 905-926) a estimé que l'existence même de la sécurité sociale avait un effet négatif important sur l'épargne

par les bénéficiaires de ce système. Elle attribue cet effet à l'attitude des bénéficiaires qui considèrent que par leur participation à la sécurité sociale ils économisent déjà suffisamment pour leur avenir, ce qui ne correspondrait pas à la réalité pour autant que la sécurité sociale n'économise pas vraiment les capitaux pour financer les prestations qui seront nécessaires dans le futur. On parle dans ce contexte d'un effet de "richesse", par lequel les individus croient qu'ils n'ont plus besoin d'épargner parce qu'ils sont pourvus de suffisamment de garanties pour leur revenu dans le futur.

Des recherches ultérieures n'ont pas confirmé les calculs du professeur Feldstein. Des données empiriques disponibles on ne peut, en fait, pas conclure si la sécurité sociale a un effet négatif ou même positif sur l'épargne de ménage. C'est notamment la conclusion de W.S. Cartwright dans une étude basée sur un grand nombre de recherches empiriques récentes ("L'Épargne, la Sécurité Sociale et les Pensions Privées", Revue Internationale de Sécurité Sociale, 1984, 2, 150-151; dans le même sens : L.H. Thompson, op.c., 1443).

Il faut ici également faire l'observation que la question de l'effet sur l'épargne dépend surtout de la méthode de financement par répartition ou par capitalisation. C'est une distinction qui ne coïncide pas avec celle entre la sécurité sociale publique et les formes de protection privée. Si la plupart des régimes de sécurité sociale utilisent la répartition (pour échapper aux problèmes causés par l'inflation), il y en a qui sont restés fidèles à la capitalisation (par exemple les régimes de compensation des accidents du travail au Portugal, en Belgique et au Danemark); d'un autre côté il existe des régimes complémentaires à répartition, par exemple les pensions complémentaires des cadres et des salariés en France, et certaines régimes pour les médecins et les avocats en Belgique. L'effet sur l'épargne ne dépend donc pas du caractère public ou privé de l'assurance. Ceci est clairement le cas pour l'effet qui découle de l'existence d'un droit aux prestations dans le futur. L'effet "de richesse" sera sans doute le même pour le même niveau de prestation, qu'il soit fourni par un système public ou privé.

3. Emploi et main-d'oeuvre

Dans une autre étude de Feldstein ("Facing the Social Security Crisis", Public Interest, 1977, 47, 88-100) il est argumenté que le système des prestations de la sécurité sociale tend à réduire l'incitation au travail, notamment par le fait que les travailleurs ne perçoivent pas de relation directe entre les cotisations qu'ils paient et les prestations auxquelles ils auront droit, ce qui fait qu'ils auront tendance à travailler et à cotiser le moins possible et de profiter autant que possible des prestations; dans un système privé à capitalisation les travailleurs auraient un intérêt direct à cotiser autant et aussi longtemps que possible, pour augmenter leur droit futur à des prestations (voir également

: A.H. Munell, The future of Social Security, Washington, Brookings Institution, 1977).

Mais comme dans le cas de l'épargne, d'autres études empiriques n'ont pas confirmé ces calculs, et l'effet net sur la demande d'emploi n'est pas très clair (voir : L.H. Thompson, op.c., 1447-1448).

Il y a, bien entendu, un effet très marqué de la sécurité sociale sur la disponibilité de la main-d'oeuvre par l'effet des systèmes de retraites et de préretraites, pour autant que ces prestations sont soumises à la condition de retrait du marché du travail. Dans ce cas il s'agit d'un effet voulu, tendant à libérer des emplois sur le marché du travail pour les jeunes chômeurs. L'effet sera d'autant plus grand que les prestations seront importantes en comparaison avec le salaire que le travailleur pourrait continuer à gagner. Dans certains cas l'effet sera total, par le fait d'une retraite obligatoire.

C'est surtout la branche de l'assurance chômage qui a été critiquée pour son effet négatif sur la motivation au travail. Dans l'analyse classique de J. Rueff ("L'Assurance Chômage, Cause du Chômage Permanent", Revue d'Economie Politique, 1931, 211-251) l'assurance chômage est considérée comme une cause du chômage permanent parce qu'il permet au travailleur de rester inoccupé et de toucher des allocations de chômage, plutôt que d'accepter du travail à un salaire moins élevé, ce qui permettrait au niveau des salaires en général de baisser jusqu'au niveau d'équilibre, auquel l'offre et la demande d'emploi sur le marché se rencontreraient.

Dans la théorie moderne cette vision est remplacée par celle du "moral hazard" ou risque moral, qui consiste en le fait que les cas de maladie, accident, chômage, etc. seront plus fréquents chez des personnes qui sont assurées contre les conséquences de ces risques. Cet effet peut être vérifié empiriquement (par exemple : H.G. Grubel et M.H. Walker (ed.) : Unemployment Insurance. Global Evidence of its Effects on Unemployment, The Frazer Institute, Vancouver, 1978). La présomption est que la survenance de ces risques n'est pas tout à fait fortuite, mais qu'elle est influencée par la volonté des personnes concernées, qui ne feront pas les mêmes efforts pour garder leur emploi ou trouver un autre emploi s'ils reçoivent des allocations, que s'ils perdaient complètement leur revenu.

Des études empiriques existantes ont peut conclure que l'existence de l'assurance chômage n'augmente pas tellement les cas de chômage, que leur durée. Et cet élément ne doit pas être considéré comme tout à fait négatif. Une durée de chômage plus longue peut permettre au travailleur une meilleure recherche d'un emploi, qui pourra résulter en une meilleure adaptation du nouvel emploi aux qualifications et à l'expérience du travailleur, d'où il résultera une augmentation de la productivité et de la satisfaction tant de l'employeur que du travailleur (voir : Ch. et A. Euzéby, "Indemni-

sation du Chômage et Revenu du Travail : Jalons pour une Discussion", Institut Européen de Sécurité Sociale, Annuaire 1985, Kluwer, Deventer, 1986).

En tout état de cause les prestations de la sécurité sociale ne peuvent pas être tenues pour responsables de l'augmentation spectaculaire du chômage depuis le début de la crise économique. En réalité, le niveau de ces prestations a été sensiblement le même dans tout les pays avant et après cette période et il a été plutôt réduit qu'augmenté. Ce sont donc certainement d'autres facteurs qui expliquent le grand problème actuel du sous-emploi. La sécurité sociale peut encore influencer le niveau de l'emploi par un autre aspect de son fonctionnement : son mode de financement. Les régimes classiques d'assurances sociales sont financés par des cotisations sur les salaires, qui peuvent être considérées comme une taxe à l'emploi. Depuis un certain temps ce mode de financement est critiqué par ce qu'il allourdit les charges pour les industries à forte intensité de main-d'oeuvre, ce qui inciterait au remplacement de la main-d'oeuvre par des machines. Ce système est tenu partiellement responsable pour la mauvaise situation sur le marché de l'emploi à l'heure actuelle, et des propositions sont faites pour le remplacer par un financement basé dans une plus grande mesure sur le capital ou sur la valeur ajoutée.

Mais cet effet du système de cotisation n'est pas prouvé d'une manière empirique, et les propositions alternatives de financement risquent de leur côté, en allourdissant les charges pour le facteur capital, de freiner les investissements et le renouvellement des équipements industriels.

On ne doit pas oublier non plus que les cotisations doivent être considérées comme un salaire indirect, qui se combine avec le salaire direct pour faire le coût total de la main-d'oeuvre. Des cotisations sociales plus élevées ont tendance à se compenser dans des salaires directs moins élevés, ce qui laisserait le coût total pour l'employeur inchangé. L'effet sur l'emploi d'une augmentation des cotisations de sécurité sociale ne devraient, en principe, exister qu'à court terme.

Dans ce contexte, de nouveau, il convient d'observer que la problématique de l'effet sur la main-d'oeuvre ne suit pas la distinction entre sécurité sociale publique et formes de protection privées, mais découle du droit aux prestations et du calcul des cotisations. L'effet de ses prestations et de ses cotisations doit être en principe le même si leur montant est le même, tant dans le secteur privé que dans le secteur public.

4. Demande et conjoncture.

L'effet positif le plus important de la sécurité sociale en matière économique est son effet de support de la demande globale, qui exercera une influence anticyclique dans les mouvements conjoncturels. La sécurité sociale prélèvera, en effet, d'autant plus de

cotisations que le nombre de travailleurs actifs sera grand et que le niveau des salaires sera élevé, et elle paiera d'autant plus de prestations que le nombre d'actifs aura diminué. C'est à dire qu'elle prélèvera des ressources en temps d'activité économique intense, et qu'elle injectera ces ressources dans le cycle économique au moment où un ralentissement de l'activité a réduit un grand nombre de travailleurs au chômage.

Cet effet anticyclique ne peut qu'être fortifié par l'existence de régimes complémentaires privés à côté du système de sécurité sociale public. Une privatisation de la sécurité sociale, qui diminuerait le volume des ressources consacrées au système public pour les consacrer aux formes de protection privées ne doit pas, en principe, avoir des effets positifs ou négatifs sur ce phénomène. Seulement, l'effet anticyclique provient surtout du secteur du chômage, que se prête moins que celui des retraites à la privatisation. Et les formes de protection privées tendront à bénéficier plutôt aux travailleurs appartenant à des branches d'activité stables et prospères, ou aux catégories de travailleurs hautement qualifiées ou de cadres, qui seront moins touchés par le phénomène du chômage.

5. Redistribution des revenus

La sécurité sociale peut être considérée comme un vaste système de redistribution des revenus, puisque son mécanisme consiste à prélever des cotisations sur les revenus des travailleurs actifs (et de les augmenter par des taxes prélevées sur les revenus des ménages et des entreprises) et de payer des revenus de rechange ou des suppléments de revenus à des bénéficiaires touchés par des risques sociaux. En ceci elle ne diffère pas essentiellement d'une assurance, qui, elle aussi, recueille des primes payées par les assurés, réduisant ainsi leur revenu disponible, pour payer des indemnités aux bénéficiaires - qui ne sont pas nécessairement les mêmes personnes que les assurés - au moment où le risque est réalisé.

L'effet économique bénéfique de cette technique réside dans le fait que les primes ou cotisations sont payées à des périodes où le revenu est normalement suffisant, et que les prestations sont servies à un moment où ce revenu est perdu ou est devenu insuffisant à cause de charges accrues. L'utilité marginale de chaque unité monétaire payée par voie de cotisation ou de prime sera donc normalement moins élevée que celle des paiements par voie de prestations.

La structure de la sécurité sociale est généralement telle qu'elle n'opère pas seulement une redistribution des revenus dans le cycle de vie de l'assuré et de son ménage, mais qu'elle résulte aussi en une redistribution des niveaux de revenus entre les différentes catégories de travailleurs ou de citoyens. Dans la plupart des régimes de sécurité sociale le financement est assuré au moins en partie - et parfois pour une très grande partie, par exemple au

Danmark - par des subsides de l'état. Ces subsides proviennent des impôts payés par la population entière, et qui sont normalement d'une nature progressive. De cette manière les revenus d'autres sources que du travail sont appelées à participer au financement des prestations pour les travailleurs, et ceci dans une proportion plus forte d'après le niveau de ces revenus. Ces dernières années les systèmes d'assurance sociale dans beaucoup de pays ont abandonné le parallélisme entre le calcul des cotisations et celui des prestations par le déplafonnement du calcul des cotisations, pendant que les prestations sont calculées entre un minimum et le maximum. Par cette technique on opère une certaine redistribution du revenu dans le groupe des travailleurs.

Economiquement parlant le volume et la structure de la consommation sont déterminées dans une large mesure par la répartition des revenus. La redistribution par la sécurité sociale pourrait faire augmenter la tendance à la consommation. Les cotisations sont prélevées sur une part des revenus qui est moins essentielle à la couverture des besoins et qui donnerait lieu plus facilement à l'épargne, et les prestations sont payées en l'absence ou dans des cas d'insuffisance de revenus, ce qui rend probable leur consommation immédiate et complète. Cet effet accroît la demande intérieure, mais réduit en même temps l'épargne. Une privatisation de la couverture des risques enlèverait pour une certaine partie cet effet redistributif, et augmenterait ainsi l'épargne, mais pourrait réduire la demande intérieure.

Toutefois, ici aussi il faut remarquer que la question de la redistribution des revenus ne coïncide pas avec celle de la différence entre la sécurité sociale et les formes de protection privée. Dans la sécurité sociale il y a des secteurs qui n'opèrent pas de redistribution des revenus, ou qui sont même accusés d'effectuer une redistribution contraire (soins de santé et allocations familiales : voir : J.Vincens, "Transferts Sociaux et Pyramide des Revenus", Revue Economique, 1957, 248; H. Deleeck, "La Sécurité Sociale et la Redistribution des Revenus en Belgique", Revue Belge de Sécurité Sociale, 1967, 887). Inversement, il y a des régimes complémentaires privés, surtout à base conventionnelle pour une entreprise ou une branche d'industrie, qui réalisent des formes de solidarité opérant en fait une redistribution des revenus entre les différentes catégories de travailleurs.

Dans tous les systèmes à répartition il est certain qu'une redistribution s'opère entre les générations, puisque les primes payées par les bénéficiaires au cours de leur carrière active ne suffisent pas à financer réellement les prestations, qui sont en fait payées par des sommes versées par les assurés actifs à la même période. Et on ne doit pas oublier que les formes de protection privée bénéficient, elles aussi, de subsides de la part du pouvoir public. Les avantages fiscaux concédés aux contrats d'assurance vie et aux systèmes de pensions d'entreprises sont souvent aussi importants que les subsides de l'état au système de sécurité sociale public. Par cette technique l'ensemble des

payeurs d'impôts du pays est appelé à aider au financement de ces prestations, ce qui implique un transfert de revenu vers les bénéficiaires de ces régimes (et vers les actionnaires des compagnies d'assurance).

C. Le débat administratif

Une constante dans les critiques néolibérales à la sécurité sociale est l'affirmation de l'efficacité de la gestion privée comparée à la lenteur et au coût excessif de la gestion publique de la sécurité sociale. C'est une attitude qu'on retrouve généralement chez les populations de nos pays. Beaucoup de gens croient fermement que si on donnait la même somme d'argent à une compagnie d'assurance privée, elle arriverait à payer des prestations plus élevées, plus rapidement et avec moins de formalités que la sécurité sociale.

Il est certain que la sécurité sociale, même dans des pays où elle est relativement simplifiée (par exemple la Grande Bretagne, l'Irlande, le Danemark, les Pays-Bas) apparaît à la population - et même aux experts - comme un labyrinthe inextricable et comme une montagne de paperasses incompréhensible et inaccessible. L'accès à une banque ou une compagnie d'assurance semble à l'utilisateur beaucoup plus facile et agréable. C'est un argument en faveur de la privatisation, sinon dans l'assurance elle-même, au moins dans sa gestion et son administration, qui ne manque pas de conviction.

Pour clarifier un peu le débat nous partirons de trois principes qui doivent gouverner l'administration de la sécurité sociale, et de tous les systèmes de protection publics ou privés. Quels sont ces principes ? C'est d'abord l'exactitude : l'administration doit être à même de collecter exactement les cotisations ou primes et de payer exactement le montant des prestations prévu par le règlement ou par le contrat, ni plus ni moins. C'est de toute évidence la première exigence pour une bonne gestion. A cela on peut joindre l'exigence que le règlement des prestations se fasse aussi rapidement que possible. Il est clair que toute opération administrative prend du temps, mais il est évident aussi que des délais dans le paiement des prestations dont il faut estimer qu'elles sont d'importance vitale pour les bénéficiaires, doivent être évités autant que possible.

Ensuite il faut veiller à ce que l'administration coûte le moins que possible. Le financement des systèmes provient des cotisations et des impôts des citoyens. Ce financement est destiné à payer les prestations, et non pas à payer les salaires des administrateurs. L'administration est nécessaire, sans doute, mais elle ne doit pas prendre une part trop grande du financement destiné aux prestations.

Le troisième principe consiste en ce que l'administration doit causer au bénéficiaire, et au citoyen en général, le moins de désagrément que possible.

1. Exactitude

Il est évident que l'administration de la sécurité sociale a comme mission d'attribuer aux bénéficiaires les prestations auxquelles ils ont droit. Ni plus ni moins. C'est sa fonction essentielle.

Sur ce point il y a une différence très nette entre la sécurité sociale et l'assurance privée. Une compagnie d'assurance n'est tenue qu'à respecter les contrats d'assurance. Elle ne doit pas agir aussi longtemps que l'assuré ne lui a pas signalé la survenance du risque assuré, et n'a pas fait de demande de paiement selon les règles prescrites par le contrat. Si par hasard un assureur est au courant d'un sinistre survenu à un assuré, ou qu'il sait que l'assuré a droit à plus qu'il ne demande, il ne lui incombe pas de prendre des initiatives pour le dédommager. Il reste passif jusqu'au moment où le bénéficiaire remplit toutes les conditions prévues par le contrat.

Un organisme de sécurité sociale (soit-il de droit public ou de droit privé) est investi de la gestion d'un service public, dont la mission est d'exécuter pleinement et exactement les lois et règlements que le régissent. Ces règlements prévoient souvent des formalités à remplir par les assurés, mais en règle générale les prestations sont dues à partir du moment où les conditions objectives sont remplies, et dans bien des cas les organismes ont le devoir de les attribuer d'initiative, et d'assister les assurés dans les formalités requises pour l'obtention de leur droit.

Pour remplir cette mission les organismes de la sécurité sociale devront organiser l'information des assurés, prévoir une bonne organisation de leurs services, recueillir les données nécessaires pour les calcul des prestations et le contrôle des conditions d'attribution, et doivent vérifier l'exactitude des décisions.

Information des bénéficiaires

La mission d'information du public n'a été découverte par les organismes de sécurité sociale dans la plupart des pays que depuis quelques décennies. Mais elle s'est développée très rapidement. Déjà dans certains pays elle a été reprise dans les principes de la loi (en Allemagne : Sozialgesetzbuch, Allgemeiner Teil, § 13), dans d'autres des services d'information centralisés et décentralisés ont été créés (aux Pays-Bas : "Stichting Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering" (Fondation Centre d'Information sur les Assurances Sociales); en Grande Bretagne : "Regional Information Offices" (Centres Régionaux d'Information), etc.). Dans son effort d'information au public la sécurité sociale est tenue à l'objectivité. Elle ne peut pas faire de publicité,

comme le font les entreprises privées. Dans ce sens on ne trouve pas ici un argument en faveur de la privatisation de la gestion.

L'organisation des services

Les institutions de la sécurité sociale prêtent le flanc à beaucoup de critiques. Ces critiques s'adressent surtout à l'éparpillement des services et à leur manque de coordination, qui en rendent l'accès difficile pour l'utilisateur.

Ces critiques ont été rencontrées dans une large mesure par des rationalisations dans la gestion, notamment en matière d'informa-tique, et par une concentration des régimes en des unités plus larges et mieux structurées. L'exemple est bien entendu la Grande Bretagne, l'Irlande et le Danemark, où les assurances sociales sont gérées directement par un service unifié du ministère des affaires sociales ou par l'intermédiaire des communes. Mais on peut signaler aussi des réformes telle que le décret-loi N°63/78 du 16 Novembre 1978 en Espagne, qui a intégré toutes les institutions de la sécurité sociale des travailleurs en trois organismes nationaux, clairement définis. La création de services nationaux de santé en Italie et en Grèce a poursuivi certainement le même objectif. La réduction des disparités entraînera une diminution des problèmes administratifs, tant pour les organismes que pour les assurés.

Ces mêmes critiques s'appliquent également au système d'admini-stration par des caisses privées ou indépendantes, qui est encore en vigueur dans pas mal de pays (excepté la Grande Bretagne et les pays scandinaves).

Cette administration privée de la sécurité sociale peut revêtir plusieurs formes :

- il peut s'agir de caisses indépendantes, du type des associations mutualistes (Belgique, Italie, Pays-Bas, surtout en assurance maladie);

- il peut s'agir de véritables compagnies d'assurance privées, commerciales ou mutuelles (accidents du travail en Belgique, au Danemark et au Portugal, assurance maladie pour certains groupes aux Pays-Bas, en France en Allemagne).

Le problème est toujours le même. Par la gestion privée le nombre d'organismes de gestion est augmenté et le nombre d'assurés par organisme est réduit; en même temps une spécialisation territoriale ou catégoriale apparaît, qui engendre des problèmes de compétence et d'affiliation. Les dossiers auront des voies plus longues à parcourir, les risques d'erreur augmentent, la durée du parcours s'accroît et l'assuré se voit placé devant le risque d'introduire sa demande auprès d'un organisme erroné, ou de voir son dossier dirigé vers un service incompétent. Le coût de l'administration s'en ressentira.

A ceci on pourrait opposer l'argument d'une plus grande efficacité des techniques de gestion dans le secteur privé, notamment d'une

meilleure gestion du personnel. Il est certain que les banques et les sociétés d'assurance ont été plus rapides à introduire des techniques de gestion efficaces que les services publics, tant dans la sécurité sociale que dans d'autres secteurs de la fonction publique. Il est certain aussi que le statut des fonctionnaires publics est à l'origine de beaucoup de critiques contre la gestion publique. Ce statut très protecteur contient peu d'incitation à l'efficacité et à un service optimal envers le public. Mais il n'est pas exclu à priori que des services publics utilisent des techniques modernes de gestion, ou qu'ils adaptent le statut de leur personnel aux exigences modernes des relations publiques et de la gestion efficace. L'argument en faveur de la privatisation n'est valable que dans la mesure où l'inertie administrative empêche les services publics de s'adapter aux techniques de gestion modernes.

En ce qui concerne l'exactitude des décisions, là encore le service public semble devoir donner les meilleures garanties. D'un côté il travaillera sous la tutelle administrative d'une autorité supérieure qui contrôlera les décisions, et d'un autre côté il sera souvent géré par un comité d'administration composé de représentants des assurés et des payeurs des cotisations, laquelle forme de "démocratie directe" confère aux assurés mêmes un droit de regard sur l'administration, et donne à leurs représentants le pouvoir d'interpréter en premier lieu les règles dans les cas individuels. Les compagnies d'assurances ne peuvent pas donner les mêmes garanties. Les décisions ne pourront être contestées que devant les tribunaux, au prix d'une procédure souvent longue et coûteuse.

Pourtant les populations ont souvent plus confiance dans les gestionnaires privés que dans les institutions publiques de la sécurité sociale. On sent que l'institution privée ou la compagnie d'assurance a un intérêt direct à garder la clientèle des assurés, avec qui elles veulent avoir une relation aussi bonne que possible. L'institution publique s'érige, au contraire, souvent en adversaire de l'assuré, et se montre plutôt comme un contrôleur ou un juge que comme un assureur. La présence de représentants des assurés dans le conseil d'administration de ces institutions ne semble pas à changer grand'chose à cette attitude. Le fait que chez des institutions privées l'utilisateur a la possibilité de changer d'institution s'il n'est pas satisfait de ses services semblera aux assurés une meilleure garantie que cette forme de "démocratie directe". Ici se trouve donc un argument en faveur de la privatisation, que nous retrouverons dans la discussion de la satisfaction des usagers.

2. Le coût de l'administration

Le coût de l'administration a toujours été un point où se concentrait la critique sur la sécurité sociale. Ce coût, pour l'ensemble du système, atteint des chiffres assez considérables. Il est généralement vu comme une dépense improductive, à limiter autant que possible en faveur des prestations pour les assurés.

Cette vision n'est pas tout à fait exacte. D'un côté l'activité des services administratifs de la sécurité sociale est une activité productive et nécessaire, qui a une valeur en termes de service à l'assuré. La question ne sera pas quel est le pourcentage des revenus consacrés à ce service, mais si leur coût n'exède pas leur valeur réelle. De l'autre côté il faut remarquer que dans l'ensemble les frais d'administration de la sécurité sociale publique, calculés en pourcentage de dépenses, sont bien modestes. Dans la plupart des pays ils ne dépassent pas 5 %, sauf dans quelques secteurs d'exception, et dans bien des cas ils se situent aux environs de 2 ou 3%. Ces chiffres se comparent favorablement à ceux des compagnies privées d'assurances, pour lesquelles il n'est pas rare de dépasser les 25 %.

Ces chiffres ne plaident pas en faveur des institutions privées. En fait le coût de l'administration est un des arguments les plus faibles pour la privatisation. On peut presque sur toute la ligne prédire une augmentation du coût administratif si on transférerait une partie de la protection sociale du secteur public au secteur privé. Il est d'ailleurs évident que dans le cas d'une réduction des prestations de la sécurité sociale son coût administratif resterait à peu près le même, tandis que la création parallèle de régimes professionnels et de formes de protection individuelle nécessiteraient la création ou l'extension de services administratifs dans les institutions ou compagnies privées, ce qui augmenterait de toute façon les frais de gestion de ce côté-là.

Cette différence n'est pas vraiment due à une plus grande efficacité de la gestion publique. Il y a certainement un effet économie d'échelle. L'effort administratif de recouvrement des cotisations, de calcul et d'administration des prestations peut être réduit proportionnellement au volume des ressources concernées si ce volume est plus grand. Les régimes privés s'adressent à des groupes particuliers, dont les nombres sont évidemment plus restreints que ceux des régimes généraux de la sécurité sociale, ce qui permet moins de rationalisation dans la gestion; leur pourcentage de frais de gestion sera plus élevé. De l'autre côté les compagnies d'assurances utilisent des réseaux d'agents et de commissionnaires, qui augmentent fortement le coût d'administration pour le même volume de primes et de prestations.

3. Satisfaction de l'utilisateur

On doit constater que les "public relations" de la sécurité sociale sont notoirement mauvaises. Il y a un paradoxe dans le fait que les compagnies d'assurances privées et les banques, qui ne s'adressent au public que dans le but de réaliser des profits, jouissent auprès de ce public d'une réputation bien meilleure et d'une plus grande confiance, que les institutions de la sécurité sociale, qui pourtant ont pour seul but de garantir certaines prestations à ceux qui en ont besoin, et qui sont prêts à encourir d'importants déficits pour les garantir.

Tous les efforts que les caisses et les institutions de la sécurité sociale dans plusieurs pays ont déjà fait pour mieux "vendre" leurs services au grand public, en utilisant des techniques de relations publiques copiées sur celles du secteur public, ont largement échoué.

On y voit certainement la conséquence de l'obligation. Le public prend une attitude différente à l'égard de ce qu'ils ont choisi, qu'à l'égard de ce qui leur est imposé. Cette différence d'attitude apparaît clairement chez les employeurs, qui se plaignent du fardeau insoutenable des charges sociales, mais qui en même temps négocient des accords collectifs avec des travailleurs pour des avantages complémentaires, ou instituent des fonds de pension d'entreprises.

Une liberté de choix peut être offerte à l'assuré dans le cadre de l'administration publique, en laissant la charge de l'attribution ou du paiement des prestations à des institutions (publiques ou privées) indépendantes auprès desquelles les assurés doivent s'affilier. L'expérience montre que l'assuré apprécie mieux les services de son choix que ceux d'une institution qui lui est imposée. Sans doute croit-on que l'organisme choisi est poussé à offrir un meilleur service, parce qu'il se trouve en une situation de concurrence avec d'autres organismes pour lesquels l'assuré peut choisir. Ainsi un libre choix d'organisme assureur ou de caisse de paiement peut être un choix rationnel en vue d'une plus grande satisfaction psychologique des bénéficiaires, bien que cette formule soit de nature à augmenter le coût administratif, à faire durer plus longtemps la procédure, à la rendre plus compliquée et à augmenter les risques d'erreur.

Mais il semble, d'un autre côté, que le public a plus confiance dans un organisme à statut de droit privé que dans un établissement public. L'intérêt de l'organisme apparaît comme contraire à celui des bénéficiaires, craignant des abus et des paiements indus. Dans le cas d'une caisse privée on sent que l'intérêt de la caisse est d'avoir du succès auprès de son public, et de s'attirer une clientèle plus nombreuse. Elle devra, bien entendu, être économe dans ses dépenses, mais il lui importera de ne pas s'aliéner la sympathie du public. Les assurés s'adresseront donc avec plus de confiance à un tel organisme.

Ici aussi le principe de la satisfaction de l'utilisateur est en contradiction avec les autres principes mentionnés : d'exactitude et la rapidité dans l'application de la loi, et le moindre coût. Une gestion privée de la sécurité sociale complique les structures et y introduit des éléments de motivation étrangers à l'institution. Elles coûtent certainement plus. Mais elles semblent offrir plus facilement de la satisfaction aux usagers. Ce dernier élément fournit un argument très puissant en faveur de la privatisation.

D. Le débat politique

Ni le débat social, ni l'économique, ni l'administratif sont conclusifs pour ou contre une privatisation de la sécurité sociale. En fait le débat est d'ordre politique, ce qui veut dire qu'il consiste à confronter des éléments et des arguments appartenant à des domaines différents et qui n'ont pas de commun dénominateur, pour arriver à une conclusion qui sera plutôt une conviction. Cette conviction sera influencée plus par les conceptions qu'on a de la sécurité sociale et de la société, que par les argumentations qu'on peut développer sur un plan scientifique.

1. La conception de la sécurité sociale

Dans le débat sur la privatisation on peut partir de deux conceptions totalement différentes de la sécurité sociale. L'une, qui est proche de la conception classique et historique des assurances sociales, considère la sécurité sociale principalement comme une assurance, c'est-à-dire comme une technique par laquelle les personnes paient elles-mêmes une partie de leur revenu pour se préserver contre les risques de l'avenir. Dans une telle conception la sécurité sociale sert essentiellement à redistribuer le revenu sur l'ensemble de la vie du bénéficiaire, des périodes d'activité aux périodes de non-activité. Si une partie des cotisations est en fait payée par des employeurs, ceci ne peut être compris que comme un salaire indirect, faisant partie de la masse salariale. Des subsides gouvernementaux ne font pas normalement partie de ce concept, mais ils peuvent être justifiés par des objectifs particuliers de la politique gouvernementale, tels que la protection des personnes n'ayant pas eu l'occasion de participer à l'assurance sociale, la promotion de la natalité, etc..

L'autre conception voit la sécurité sociale comme un service public, prenant sa place parmi les différentes fonctions de l'état, telles que l'éducation, les travaux publics, la politique économique, etc. Comme toute fonction de l'état elle doit être financée par le produit des taxes et impôts, ce qui implique un transfert de revenus entre les payeurs de taxes et impôts et les bénéficiaires du service public.

La première conception ouvre largement la voie vers la privatisation, puisque elle est basée sur la technique de l'assurance, qui peut, évidemment, être pratiquée par le secteur privé aussi bien (ou mieux) que par le secteur public. La deuxième conception lie la sécurité sociale strictement au secteur public, et ne permet au secteur privé que des activités complémentaires en dehors de son champ d'application.

Les grands arguments en faveur de la première conception se trouvent dans la sécurité, l'épargne et la dignité des bénéficiaires.

Sécurité

La garantie des prestations futures dans le modèle de l'assurance propose sur l'accumulation de capitaux, dont le montant, augmenté de leurs intérêts accumulés, devrait être suffisant à financer le paiement des prestations jusqu'à la fin de la vie du dernier bénéficiaire. Cela veut dire que le financement pour les prestations futures existe déjà, tandis que dans le système du service public le financement pour les prestations à long terme dépend des possibilités pour les pouvoirs publics d'obliger des générations futures de travailleurs à payer les cotisations nécessaires.

Il est vrai que des capitaux accumulés ne constituent pas une sécurité absolue à long terme. Leur valeur et leur rendement dépendent beaucoup des fluctuations du marché, et ne sont pas à l'abri d'événements imprévus, comme il a été démontré dans le passé. Mais cette sécurité semble, à l'heure actuelle, plus grande que celle des cotisations de générations futures de travailleurs, par le fait du vieillissement de nos populations et de la disproportion croissante entre la population inactive et la population active. Le courant de pensée neo-libéral lui-même, et sa tendance vers la privatisation sont de nature à affirmer l'opposition des travailleurs à des augmentations des cotisations et à ébranler la volonté des gouvernements à les imposer.

L'épargne

L'argument de l'épargne a été mentionné déjà en relation avec le débat économique, mais il est lié également à la situation politique actuelle. Les proposants de la privatisation soulignent la nécessité de l'épargne privée et collective pour contrebalancer la désépargne publique qui caractérise l'état de crise actuel dans les finances publiques. Si l'épargne privée et collective nationale ne suffit pas à couvrir l'endettement public, l'état devra emprunter à l'étranger, ce qui affaiblira la position de la monnaie nationale. Les formes de protection sociale basées sur la capitalisation accumuleront des capitaux sur la base de l'épargne nationale, et pourront être forcées par une réglementation adéquate à investir au moins une certaine partie de ces fonds dans l'industrie nationale (voir la législation sur les pensions professionnelles en Angleterre). Dans ce sens la privatisation peut être considérée comme une mesure de protection de l'économie nationale.

La dignité

L'argument de la dignité humaine n'est pas propre au secteur privé, mais s'attache à la technique de l'assurance, qui peut être utilisée aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Dans le plan Beveridge, qui est considéré souvent comme la base du développement du "welfare state" en Angleterre et dans d'autres pays, le principe de l'assurance était maintenu pour cette même raison : la dignité du bénéficiaire. Les systèmes du type du service public peuvent apparaître aux bénéficiaires comme

étant non-contributifs, ce qui les rapproche du modèle de l'assistance.

La grande majorité des gens ne veulent pas dépendre des autres, et encore moins de l'état. Dans la technique de l'assurance, même si elle n'est qu'apparente, les bénéficiaires peuvent réclamer les prestations comme étant leur dû, acheté et payé par leurs cotisations. Dans un système de service public on n'aura droit aux prestations que si on en a besoin selon des critères fixés par le gouvernement. Dans les circonstances économiques actuelles on peut craindre que ces critères seront modifiés dans un sens plus sélectif pour l'avenir; dans un système d'assurance le droit aux prestations doit en principe rester inchangé (s'il n'est pas amélioré), puisque ces droits sont acquis sur la base des paiements de cotisations dans le passé.

Dans la réalité la technique de la capitalisation ne joue pas vraiment le rôle que le concept de l'assurance lui attribuerait. Dans les assurances sociales la vraie garantie des prestations à long terme réside dans la loi et dans l'engagement de l'état à préserver la sécurité sociale, et non pas dans les capitaux accumulés. En période de forte inflation les prestations des assurances sociales doivent être liées à l'évolution des prix ou des salaires, ce qui ne peut être fait que très difficilement par des assurances privées sur la base d'une capitalisation pure et simple. La dignité des bénéficiaires des assurances sociales est donc basée sur un mythe. En fait leurs propres cotisations ne suffisent qu'à financer une partie relativement réduite de leurs prestations, le reste provenant simplement des cotisations des travailleurs contemporains et des subsides de l'état.

Ceci ne détruit pas tout à fait l'argument de la dignité du bénéficiaire. Même si elle est basée sur un mythe, ce mythe en lui-même est important dans la mesure où il est largement accepté dans la communauté (voir : R. Hollister, "Social mythology and reform : income maintenance for the aged", Annals of the American Academy of Political and Social Science, septembre 1974).

Redistribution des revenus

Les arguments en faveur du service public de la sécurité sociale se trouvent plutôt dans le domaine de la distribution des revenus. Les systèmes d'assurances sont basés sur une équivalence entre les cotisations payées pendant la période active et les prestations servies pendant la période de non-activité. Cela veut dire que ceux qui jouissaient déjà d'un revenu assez élevé pendant leur carrière active, se verront attribuer par la suite des prestations également élevées, tandis que les personnes à bas salaire devront se contenter de prestations très modestes. Dans ce sens la sécurité sociale ne fait rien pour redistribuer les revenus dans la société, au contraire elle aide à maintenir et même à renforcer les disparités dans les classes de revenus. Par des branches telles que les allocations familiales et les soins de santé, qui

ne remplacent pas des revenus perdus, mais supplémentent ces revenus en vue de certains coûts particuliers, elles opèrent même une distribution inverse des revenus, faisant payer les pauvres pour les prestations des riches.

Le phénomène persistant de la pauvreté dans nos sociétés oblige les gouvernements à repenser leur politique sociale. Les sommes énormes dépensées dans nos systèmes de sécurité sociale ne suffisent pas, apparemment, à résoudre ce problème. Cet état de choses amène les gouvernements à repenser l'efficacité de leur système de sécurité sociale, et de proposer des réaménagements du système dans le sens d'une plus grande sélectivité vers ce qu'on peut appeler les "besoins réels". Un exemple frappant a été l'enquête nationale sur la réforme sociale au Danemark de 1966-67, qui a résulté en la loi sur l'assurance-maladie de 1972 par laquelle les mutuelles ont été écartées de l'administration de la sécurité sociale, pour être remplacées par une assurance nationale unique pour toute la population.

Dans les circonstances budgétaires actuelles il ne peut pas être question d'augmenter encore les ressources destinées à la sécurité sociale afin de couvrir les besoins des personnes dans la pauvreté. Il faudra donc trouver la solution dans une redistribution interne. Au moment où l'on constate qu'un pourcentage réduit mais considérable de la population (autour de 10 % selon les définitions utilisées) vivent en-dessous du seuil de pauvreté, il devient difficile de justifier des prestations de sécurité sociale très élevées pour des personnes jouissant ou ayant joui de revenus substantiels. On verra, à ce moment-là, des tendances à plafonner les prestations, notamment en matière de pension, et de tenir compte de la situation de famille, voir même du revenu en provenance d'autres sources, notamment dans le cas du chômage.

Tout ceci doit nous éloigner nécessairement du modèle de l'assurance. Mais en même temps ce développement ouvre la voie vers une certaine privatisation, par le fait que ce plafonnement et ses limitations dans la sécurité sociale qui touchent surtout les personnes à revenu relativement élevé, créent une demande effective pour des formes privées de protection complémentaire pour ces catégories.

2. Conceptions de l'état et de la société

Plus encore que par une certaine conception de la sécurité sociale, c'est par une conception essentiellement politique concernant l'état et le rôle de l'état dans la société que sera influencé le choix pour ou contre une privatisation. La différence d'opinion concernera surtout les rôles respectifs de l'individu et de la collectivité dans la société. Les conceptions libérales personalistes souligneront la responsabilité personnelle des individus pour leur propre destinée, tandis que les conceptions socialisantes mettront l'accent sur la solidarité sociale.

Libéralisme

L'une conception du rôle de l'état dans la société porte le nom de libéralisme. Elle est basée sur la liberté et la responsabilité individuelle des hommes. Dans sa version extrême le rôle de l'état est limité à celui de faire respecter les règles de la cohabitation des citoyens dans la société et d'empêcher les personnes et les groupes d'entraver l'exercice de la liberté individuelle ou collective.

L'origine de cette conception doit être cherchée dans la réaction romantique contre la société moyenâgeuse féodale et hiérarchique. L'exclamation de Rousseau : "L'homme est né libre et partout il est dans les fers" donne le ton d'une croisade de libération de la personne humaine en Europe et dans le monde. Cette attitude humaniste et individualiste mènera vers l'abolition de l'esclavage dans le monde; malheureusement elle résultera également dans la prolétarianisation des masses laborieuses au 19ième siècle.

Une version moins extrême du libéralisme défendra une notion socio-économique de la liberté humaine : l'état ne doit pas seulement empêcher toute les entraves à la liberté, mais il a aussi pour mission d'assurer aux individus un minimum de moyens pour être en mesure d'exercer effectivement cette liberté. Cette conception aboutira dans la doctrine du pluralisme dans la politique sociale et culturelle de nos pays. L'homme a droit au libre choix de son médecin ou hôpital, de son école, de son organisme d'assurance, etc.. L'état doit rendre ce libre choix possible, en organisant le cadre dans lequel ces institutions peuvent se créer et fonctionner, et en fournissant un financement nécessaire pour que ce choix soit accessible à tous.

Dans cette conception libérale mitigée le rôle de l'état est beaucoup plus important : il doit organiser et financer des systèmes entiers de fourniture de services et de biens essentiels pour la population dans la mesure où sans cette intervention ces services et biens ne seraient pas disponibles pour une certaine partie de la population, mais il doit le faire en offrant le maximum de libre choix aux intéressés. Pour ce faire il devra stimuler l'initiative privée, et coopérer avec un éventail le plus large possible d'instances privées pour la prestation des services et des biens dont il s'agit.

Socialisme

La conception opposée s'appelle "collectivisme" ou "socialisme". Elle trouve son origine dans ce "problème social" du 19ième siècle qui consiste en la prolétarianisation de la classe ouvrière, résultat d'une croyance exagérée dans les idéaux libéraux à cette époque.

Traumatisés par le spectacle de l'exploitation des hommes par ceux qui possèdent le pouvoir économique, les tenants de cette concep-

tion veulent rétablir l'égalité entre les hommes par une solidarité générale et obligatoire, à laquelle nul ne peut se soustraire. Pour éviter que le plus fort exploite le plus faible, l'état doit s'appropriier les moyens de production, et doit attribuer à tous un statut égalitaire. Cette conception du rôle de l'état dans la société se trouve concrétisée dans les pays socialistes de l'Europe de l'est.

Une forme mitigée de la conception socialiste, dite "sociale-démocrate", reconnaît à la liberté individuelle une importance plus grande. Pour ses partisans l'état ne doit pas être le propriétaire de tous les moyens de production, mais il doit veiller quand même à ce que les propriétaires de l'appareil économique n'abusent pas leur position de force, notamment en installant un contrôle ou une co-gestion des travailleurs et en sauvegardant les intérêts de la communauté toute entière. Les revenus des citoyens ne doivent pas être tout à fait égalisés mais l'état doit quand même opérer par son système de fiscalité et de sécurité sociale une redistribution des revenus, pour réduire les inégalités trop frappantes et pour éviter les situations de pauvreté.

Dans cette conception on se méfiera des organisations privées dans l'élaboration de la sécurité sociale. Elles seront suspectées de chercher leur propre intérêt au lieu de l'intérêt collectif, qui doit être servi par la sécurité sociale. Des entreprises à but lucratif ne pourront certainement pas être admises à coopérer avec la sécurité sociale, des organisations sans but lucratif pourraient le faire, mais sous un contrôle très strict des autorités publiques. Des régimes privés complémentaires à la sécurité sociale ne pourront être admis que dans la mesure où la sécurité sociale de l'état assure des prestations vraiment suffisantes pour tous ceux qui en auront besoin. Limiter le champ d'application de la sécurité sociale publique, c'est limiter la redistribution des revenus, et permettre aux systèmes de protection privée d'accroître et de fortifier l'inégalité entre les citoyens. En effet, ce seront les secteurs de pointe, et les groupes aux meilleurs risques et aux revenus les plus élevés qui pourront s'organiser les meilleures prestations complémentaires, tandis que les secteurs en régression, les mauvais risques et les bas salaires devront se contenter de la sécurité sociale officielle, souvent encore dans des conditions défavorables.

Choisir entre privatisation et socialisation dans l'organisation de la protection sociale, c'est choisir entre deux tendances dans la conception de l'état et de la société. Ce choix ne peut que difficilement se faire sur base d'arguments rationnels. Il se fait entre la peur et l'espoir. Parce qu'on craint l'une ou l'autre forme d'oppression, dont l'histoire nous a montré les exemples, on tendra à se tourner vers l'une ou vers l'autre conception, dont on espérera une amélioration du sort du monde.

Le choix fondamental

Sous quelles conceptions sociales que se soit, la protection du revenu dont les ménages ont besoin est toujours obtenu par un paiement régulier de certaines sommes pendant les périodes d'activité et par l'obtention de paiements ou de services lorsque le revenu est perdu ou est devenu insuffisant. Les organisations par lesquelles cette protection est donnée peuvent d'appartenir à trois secteurs différents : le secteur public, le secteur privé sans but lucratif, et le secteur privé commercial. Le principe directeur de ce dernier secteur est la poursuite du profit; pour les organisations privées sans but lucratif l'objectif est le développement de ces propres activités; pour le secteur public l'objectif est le succès dans les élections.

Quelle est la meilleure base pour le fonctionnement de la protection des revenus ?

Les élections sont la base de notre système démocratique qu'on doit considérer comme irremplaçable, malgré toutes les critiques qu'on peut lui adresser. Elles doivent assurer que les mandataires publics à tous les niveaux s'efforceront de donner satisfaction aux citoyens, en élaborant les lois et règlements les plus justes, et en administrant les services publics de la manière la plus correcte et la plus agréable aux usagers.

Dans cette perspective ce serait certainement le service public qui offrirait les meilleures garanties pour une organisation équitable du service de la protection des revenus, et pour une administration optimale de son service. Mais en fait la distance est très grande entre le moment de l'élection et l'exercice actuel du pouvoir par les mandataires. Parmi les innombrables activités du secteur public, quelques-unes seulement retiennent l'attention et influencent les décisions des électeurs; et encore les résultats des élections sont-ils difficiles à interpréter pour savoir quelle est la volonté du peuple dans toutes les matières où interviennent les mandataires publics. En plus il faudrait que les électeurs soient bien informés des problèmes qui se posent, ce qui impliquerait notamment une plus grande ouverture de l'administration publique que nous ne connaissons généralement dans nos pays. Et enfin il faudrait que les mandataires élus soient suffisamment intelligents et informés, et ne se prêtent pas trop à l'influence de certains groupes de pression, faisant usage des moyens d'information pour influencer l'opinion publique.

Le motif du profit est bon et respectable. Chacun a le droit d'engager au mieux son talent et son capital pour réaliser du profit en offrant des biens et des services dont les usagers ont besoin et qu'ils achètent librement. Le motif du profit est la "main invisible" qui, selon Adam Smith, doit mener l'ensemble de l'économie vers la production la plus idéale. Chaque producteur individuel ou chaque entreprise essaiera d'offrir aux consommateurs les biens et les services dont ils ont le plus besoin, au

prix le plus concurrentiel, pour s'attirer la plus grande clientèle et maximiser son profit. Quand un nouveau producteur apparaît sur le marché, les autres s'efforceront d'améliorer leur produit ou de réduire leur prix pour ne pas perdre leur clientèle et pour faire échec aux concurrents. Le résultat doit être que les consommateurs reçoivent la meilleure satisfaction de leurs besoins au moindre coût.

Encore faut-il que cette liberté soit vraiment libre. Les usagers doivent avoir la libre choix d'acheter ou de ne pas acheter ces services, et doivent être bien informés de la valeur des services et des conditions de la transaction. En fait ce choix est souvent limité par la formation de monopoles, ou par des mesures du gouvernement, obtenues sous la pression de certains producteurs pour se créer une position avantageuse vis-à-vis des autres.

Le profit motive ceux qui l'obtiennent, c'est-à-dire les détenteurs du capital. Pour que les intérêts de ce groupe ne soient pas surprotégés en comparaison avec les autres classes de la société, il faut que les autorités publiques prennent des mesures de sauvegarde de l'intérêt commun, et des intérêts des autres groupes concernés, tels que les travailleurs, les fournisseurs et les clients des entreprises soient également protégés.

L'intérêt propre des organisations privées sans but lucratif se traduit normalement par l'attraction de nouveaux membres. La liberté d'association est une de nos libertés fondamentales. Tous les citoyens ont le droit de fonder des associations et de participer à leurs activités; ces associations ont la liberté d'essayer de se développer et d'attirer le plus grand nombre possible de participants.

Les associations feront tout pour être agréables à leurs membres, pour ne pas les perdre en faveur d'une organisation concurrente. Elles auront donc la même motivation qu'une entreprise privée pour donner le meilleur service au moindre coût; en plus elles auront moins la tendance de tromper leur public; et puisqu'elles n'ont pas d'actionnaires à compenser, leur prix peut être moins élevé.

Mais il faut se rendre compte que l'intérêt d'une association n'est pas plus social que celui d'un individu. Une association peut promouvoir l'intérêt de ses membres au détriment de celui d'autres groupes peut-être moins avantagés, dans la société. Les autorités publiques se doivent de contrôler l'activité des associations privées pour sauvegarder l'intérêt commun.

A vrai dire, aucun des principes de base de notre économie ne fonctionne d'une manière parfaite. Les problèmes économiques et sociaux, tels que celui de la protection des revenus, doivent être résolus dans le monde réel, et non pas dans un modèle idéal qu'on ne rencontre nulle part. Dans ce monde réel il y aura des activités qui seront mieux régies par le motif du profit, il y en aura d'autres qui seront mieux laissées à des organisations privées

sans but lucratif, et il y aura finalement un secteur qui sera mieux laissé au service public, sanctionné par les élections régulières. Vouloir privatiser ou socialiser, c'est vouloir changer les frontières de ces domaines. Aucun des trois principes mentionnés ici n'est assez convaincant pour déterminer une telle décision. Elle dépendra de la croyance qu'on a dans l'effet du principe qu'on veut choisir et dans les conditions correctes dans lesquelles il doit opérer.

Ce choix doit être fait par chacun dans ses convictions personnelles. Pour l'ensemble de la société il ne peut être fait que par la voie des institutions démocratiques. Il s'agit donc essentiellement d'un choix politique.

CONCLUSIONS

1. Importance de la privatisation

De notre étude il ressort clairement que les discussions sur la privatisation sont essentiellement verbales, mais qu'il y a peu de privatisation dans la pratique.

La part de la sécurité sociale dans le revenu national brut des différents pays européens est restée stable malgré la crise (à quelques exceptions près, comme p.e. les Pays-Bas), ou a même progressé. Il n'y a pas vraiment des diminutions de la protection sociale en faveur du secteur privé.

On trouve dans les différents pays remarquablement peu de mesures d'encouragement de la prévoyance privée. Les avantages fiscaux aux assurances privées et aux pensions d'entreprises existaient depuis longtemps et n'ont pas été augmentées. Au contraire : dans certains pays les contrôles des gouvernements sur le secteur privé sont renforcés; dans deux des pays étudiés (Portugal, Grèce) la loi a même interdit - sans succès - les régimes complémentaires conventionnels pour protéger une conception égalitaire de la sécurité sociale.

Si dans la plupart des pays européens le secteur de la prévoyance privée a fait des progrès considérables ces dernières années, c'est du en premier lieu aux mesures de blocage des salaires, qui ont amené les employeurs à chercher d'autres voies pour compenser leurs travailleurs et s'attacher une main-d'oeuvre de qualité, ou à un développement économique et social continué, qui permet à de plus larges catégories de travailleurs d'accéder à la protection complémentaire.

Les réductions dans les prestations sociales et les resserrements des conditions d'attribution se situent surtout dans le secteur du chômage, qui se prête peu à l'assurance privée. Il n'y aura de "privatisation" dans ce secteur que dans ce sens que les chômeurs qui n'ont plus droit aux allocations de chômage devront vivre de leurs économies ou à charge de leur famille, pour autant qu'ils ne s'adressent pas à l'aide sociale.

La même chose vaut pour le secteur des allocations familiales, qui est fortement touché par la crise dans plusieurs pays (p.e. Danemark, ..). Sauf dans certains cas de supplémentations des allocations familiales par les employeurs, la réduction des allocations

familiales ne sera que rarement compensée par le secteur des assurances privées.

2. Il y a autant de formes et de problématiques de la privatisation qu'il y a de techniques de protection qui entourent le système de la sécurité sociale. Ces techniques sont au nombre de neuf :

- l'épargne ou la propriété
- la famille
- la charité
- la responsabilité civile
- l'assurance
- l'assurance mutuelle
- l'assistance
- l'assistance mutuelle
- la responsabilité patronale.

Une réduction de la protection sociale offerte par les systèmes publics de la sécurité sociale se traduira par un déplacement de ses charges vers une de ces techniques traditionnelles. Mais il serait difficile de prévoir dans quelle mesure ce déplacement s'effectuera vers chacune de ces techniques. Il est bien possible, p.e., que des risques qu'on voudrait repousser dans une plus grande mesure vers l'assurance privée, seraient en fin de compte pris en charge par la famille ou par l'assistance.

Les formes traditionnelles de protection : l'épargne et la propriété, la famille, la charité et la responsabilité civile, se rapprochent le plus de l'idée de responsabilité individuelle qui est chère aux partisans des courants d'idées néo-libérales. Mais elles signifient en même temps un retour en arrière vers des formes de société beaucoup moins organisées, avec un degré de justice sociale nettement moins prononcé. Nous avons mentionné dans notre rapport les objections qu'on peut avoir contre ces formes de protection. Elles ne sont pas disponibles pour tous ceux qui en ont besoin, elles sont souvent insuffisantes pour donner une compensation adéquate aux besoins, et elles peuvent créer des liens de dépendance difficilement conciliables avec une conception moderne de la dignité humaine.

Un reflux vers des formes plus évoluées de protection, telles que la responsabilité patronale, les assurances et l'assistance, dans leur forme simple ou mutuelle, est beaucoup plus satisfaisant d'un point de vue social et économique. Ce sont des formes de distribution du coût des risques sur un grand nombre de têtes (dans le cas de la responsabilité patronale on pourrait considérer ainsi les actionnaires de la société), parfois même sur l'ensemble de la société (l'assistance).

Mais ces formes de répartition du risque sont insatisfaisantes pour un certain nombre de raisons, que nous avons décrites dans notre rapport. L'assistance est humiliante et crée une dépendance personnelle indésirable. La responsabilité patronale ne peut

protéger que les seuls travailleurs salariés; et en plus les possibilités des entreprises de fournir une protection complémentaire sont très différentes selon le secteur et selon l'envergure de l'entreprise.

Les assurances privées, aussi bien dans leur forme commerciale que dans leur forme mutuelle, offrent la solution alternative la plus intéressante. Utilisant de techniques actuarielles pour distribuer le coût sur le plus grand nombre de têtes possible, elles réalisent en fait une forme de solidarité très proche de celle de la sécurité sociale. Cette solidarité est moins large, mais elle est plus facilement acceptable pour les payeurs des primes et donne un sentiment de sécurité qui est apprécié par la plupart des gens. Le grand problème de l'assurance privée est la sélection des risques et l'inégalité de la protection qui en résulte. Elle n'est admissible que pour autant qu'une protection sociale suffisante est garantie d'une manière égale pour tous.

3. Les formes de protection privée complémentaire à la sécurité sociale ont besoin de garanties légales contre les problèmes qui leur sont propres. Ces problèmes sont essentiellement :

- le risque de faillite ou d'insolvabilité dans l'avenir;
- le maintien des droits en cas de cession ou de reprise de l'entreprise;
- le maintien des droits en cas de licenciement ou de changement d'emploi;
- le maintien des droits en cas de migration ou de changement de secteur.

Dans certains pays des législations ont déjà été élaborées d'une manière assez large (p.e. Allemagne, Grande-Bretagne, Pays-Bas). Dans la plupart des pays des législations existent au moins pour certains types de protection complémentaire.

La directive du conseil du 24 juillet 1986 sur l'égalité de traitement des hommes et des femmes dans les régimes complémentaires (journal officiel 12 août 1986, L 225/40) peut être considérée comme un début de réglementation européenne dans ce domaine.

4. Le problème de la privatisation est un problème de la sécurité sociale et non pas des systèmes de protection privés.

La vraie raison pour laquelle on parle de privatisation est double: d'un côté les déficits causés dans la sécurité sociale par la crise économique, et qui nécessitent des économies dans les dépenses par des réductions de la protection offerte, et de l'autre côté le sentiment d'insécurité causé par les projections financières du système dans l'avenir, où le vieillissement de la population causera des problèmes financiers très aigus pour les systèmes basés sur la répartition.

Dans la plupart des cas les plans de privatisation sont basés clairement sur ces perspectives financières difficiles pour le système de la sécurité sociale, et sont voulus premièrement comme offrant une forme de solution à ces problèmes.

C'est une solution dont le résultat est incertain. Une réduction dans le droit aux prestations devrait normalement entraîner également une réduction dans les cotisations. Le problème financier de la sécurité sociale resterait posé, bien qu'à un niveau légèrement moins élevé. Et la protection offerte par les systèmes privés doit également être payée. Selon toute probabilité les charges financières de cette protection retomberont sur les mêmes entreprises qui avaient à supporter la charge des cotisations sociales.

Le secteur privé n'a pas besoin de "privatisation" pour se développer. Son développement résulte tout simplement du développement social et économique qui fait accéder un plus grand nombre de travailleurs à la protection complémentaire, et qui donne à plus de ménages la possibilité d'économiser et d'utiliser des formes modernes d'investissement. On remarque dans tous les pays un développement très marqué de ce secteur, bien que dans la plupart des pays la protection de la sécurité sociale n'est pas diminuée, ou ne l'est que marginalement.

Le problème du financement de la sécurité sociale peut être rendu encore plus grave si on laisse le mouvement de la privatisation amputer le système obligatoire des meilleurs risques, pour qui une assurance privée est nettement plus avantageuse. L'effet d'un tel mouvement, qui p.e. peut être la conséquence d'un "contracting out" selon le modèle britannique, sera de rendre l'assurance obligatoire encore plus coûteuse et le problème de son financement plus aigu.

5. Le sentiment d'insécurité vis-à-vis de l'avenir de la sécurité sociale dans nos pays est un problème grave qui se pose dans la plupart des pays européens. Malgré les efforts énormes consentis par les états pour l'élaboration d'un système impressionnant de protection sociale inégalé dans le monde, on voit de larges sections de nos populations se détourner de cette protection étatique pour chercher d'autres formes de protection dans le secteur privé, jugées plus sûres ou plus avantageuses.

Cette attitude est causée par les effets de la crise économique et du vieillissement des populations sur le financement de la sécurité sociale. Les gens n'ont plus confiance dans les lois garantissant leurs droits à la sécurité sociale, depuis que ces lois sont régulièrement modifiées pour réduire certaines prestations ou rendre plus strictes certaines conditions d'attribution. La conviction qui existait auparavant, qu'en matière de sécurité sociale on ne pouvait pas revenir sur les droits acquis, a été ébranlée.

Les garanties constitutionnelles dans les différents pays ne suffisent pas à sécuriser les populations. Ces garanties sont trop vagues. Elles concernent l'existence d'une sécurité sociale mais non pas un niveau acquis de protection. Elles n'ont certainement pas suffi à empêcher ce que certains ont appelé (à tort) un démantèlement de la sécurité sociale.

Il nous semble que la Communauté Européenne pourrait jouer un rôle dans ce domaine, comme il l'a fait dans la grande question de l'égalité de traitement entre hommes et femmes. Une directive précise des Communautés sur la garantie des droits acquis sur la base de cotisations aurait l'effet d'une garantie supranationale du niveau de la protection sociale, à laquelle un pays membre ne peut pas se soustraire.

Une telle directive devrait porter sur le même champ d'application que les directives 79/7 du 19 décembre 1978 et 86/378 du 24 juillet 1986. Elle devrait préciser ce qui est compris par 'cotisation' et quelle cotisation minimale est nécessaire pour ouvrir le droit garanti. Son importance serait surtout de concrétiser pour la première fois le concept de 'propriété nouvelle', qui est utilisé parfois dans le contexte du droit des bénéficiaires sur des prestations futures.

Une directive d'une portée plus générale comportant des normes communautaires de protection sociale, supérieures à celles du BIT ou du Conseil de l'Europe, pourrait marquer un pas important dans la bonne direction. Cette harmonisation s'opérerait par le volume des prestations fournies par la sécurité sociale et les régimes y assimilés, et non pas par le montants des cotisations sociales, comme on l'a voulu dans la première période de l'harmonisation sociale. Elle aurait certainement l'avantage d'harmoniser le volume des charges sociales pour l'économie des pays membres, et de les empêcher de se créer des avantages dans les échanges internationaux par une réduction plus forte de leur niveau de protection sociale que dans d'autres pays.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	2
PREMIERE PARTIE ETUDE PAR PAYS	7
Chapitre Ier, DANMARK	9
I. Description du système de sécurité sociale	9
II. Privatisation et sécurité sociale	17
Chapitre II, REPUBLIQUE IRLANDAISE	
I. Description du système de sécurité sociale	27
II. Limitations les plus importantes dans la protection de la sécurité sociale depuis 1980	37
III. Privatisation et sécurité sociale	41
Chapitre III, ROYAUME UNI	
I. Description de la sécurité sociale	55
II. Privatisation et sécurité sociale	65
Chapitre IV, PAYS-BAS	
I. Description de la sécurité sociale	75
II. Privatisation et sécurité sociale	83
Chapitre V, BELGIQUE	
I. Description de la sécurité sociale	97
II. Privatisation et sécurité sociale	109
Chapitre VI, GRAND-DUCHE DE LUXEMBOURG	
I. Description de la sécurité sociale	117
II. Privatisation et sécurité sociale	127
Chapitre VII, FRANCE	
I. Description de la sécurité sociale	139
II. Privatisation et sécurité sociale	151
Chapitre VIII, REPUBLIQUE FEDERALE ALLEMANDE	
I. Le système de la sécurité sociale	167
II. Privatisation et sécurité sociale	179
Chapitre IX, ITALIE	
I. Description de la sécurité sociale	187
II. Privatisation et sécurité sociale	199
Chapitre X, ESPAGNE	
I. Description de la sécurité sociale	219
II. Privatisation et sécurité sociale	225

Chapitre XI, PORTUGAL	
I. Description de la sécurité sociale	231
II. Privatisation et sécurité sociale	241
Chapitre XII, GRECE	
I. Description de la sécurité sociale	245
II. Privatisation et sécurité sociale	251
DEUXIEME PARTIE. CONCEPT GLOBAL DE PRIVATISATION	257
Chapitre I, DEFINITIONS	
1. Sécurité sociale	259
2. Assistance	263
3. Assistance mutuelle	265
4. Assurance	266
5. Assurance sociale	269
6. Public et privé	272
Chapitre II, ELEMENTS DE LA PROBLEMATIQUE	
A. La sécurité sociale, fonction publique	275
B. Les origines privées de la sécurité sociale	282
C. La difficile co-existence de la sécurité sociale et des techniques privées pre-existantes	292
D. Différents degrés de privatisation	301
Chapitre III, LE DEBAT	
1. Le débat social	307
A. Les arguments en faveur du secteur privé	307
B. Les arguments contre le secteur privé	311
B. Le débat économique	317
C. Le débat administratif	326
D. Le débat politique	332
CONCLUSIONS	341