

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

ÉVOLUTION ET TENDANCES
de la
SÉCURITÉ SOCIALE

*

* *

PAYS - BAS

Étude effectuée à la demande de la
Haute Autorité de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier

Genève 1959

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

ÉVOLUTION ET TENDANCES
de la
SÉCURITÉ SOCIALE

*

* *

PAYS - BAS

Étude effectuée à la demande de la
Haute Autorité de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier

Genève 1959

I N T R O D U C T I O N

Désireuse de développer ses activités sociales et de contribuer au progrès dans un sens toujours plus favorable au bien-être des travailleurs, la Haute Autorité de la Communauté Européenne du Charbon et de l'Acier a demandé à l'Association Internationale de la Sécurité Sociale de collaborer à une étude sur l'évolution et les tendances de la sécurité sociale dans les pays de la Communauté.

Cette évolution décrite ci-après, en partant, pour chacun des pays membres de la Communauté, des premières mesures prises pour introduire des prestations d'assurance à caractère social, pour arriver ensuite, en passant par les différentes étapes déterminées par l'adoption de lois et de réformes sociales importantes, à la description de la situation présente, telle qu'elle résulte des mesures en vigueur au cours de l'année 1958.

Cette description se base sur l'analyse des éléments législatifs, administratifs et techniques introduits au cours des années dans chacun des pays de la Communauté, et affectant les branches suivantes de la sécurité sociale:

- Assurance maladie-maternité
- Assurance invalidité-vieillesse et survivants
- Assurance accidents et maladies professionnelles
- Allocations familiales
- Chômage.

En vue de donner autant que possible, pour chacune des différentes branches de la sécurité sociale, une présentation uniforme des différentes monographies prévues, l'A.I.S.S. et la C.E.C.A. ont adopté conjointement un plan préalable d'étude décrivant l'ordre des questions à analyser.

Les différentes monographies nationales ont été préparées pour chaque branche d'assurance par l'institution nationale compétente dans chacun des pays de la Communauté membre de l'A.I.S.S. Elles ont été coordonnées par le Secrétariat général de l'A.I.S.S.

Etant donné que d'une part elles reflètent fidèlement l'évolution de la législation sur la sécurité sociale jusqu'à ce jour, telle qu'elle résulte des données recueillies, et que d'autre part elles étendent leur analyse à toutes les catégories de travailleurs protégés par les assurances sociales, ces monographies peuvent être considérées comme constituant un supplément à celles publiées par la Haute Autorité : "Les régimes de Sécurité Sociale applicables aux travailleurs du Charbon et de l'Acier dans la Communauté et en Grande-Bretagne".

Se basant sur cette documentation, la Haute Autorité rédigera sous sa propre responsabilité, mais en collaboration avec l'A.I.S.S. et avec d'autres organismes, ainsi qu'en faisant éventuellement appel à des experts choisis pour leur compétence économique, sociale, juridique ou autre, une étude de synthèse de ces évolutions et tendances nationales, aux fins d'en dégager les grandes lignes de la sécurité sociale dans le cadre général, économique et social, de chaque pays.

S O M M A I R E

	<u>Pages</u>
- Assurance maladie - maternité	2
- Assurance invalidité	33
vieillesse	41
survivants	88
- Accidents du travail et maladies professionnelles	100
- Allocations familiales	192
- Assurance chômage	243
- Annexe I - Plan de l'étude	310

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance maladie - maternité

P a y s - B a s

GENEVE 1959

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
I <u>Développement historique</u>	4
II <u>Application de la loi maladie</u>	9
III <u>Champ d'application et organisation</u>	14
IV <u>Financement de l'assurance indemnité <u>maladie</u></u>	24
V <u>Quelques chiffres relatifs à l'assu- <u>rance indemnité maladie</u></u>	25
VI <u>Graphiques</u>	30
VII <u>Liste des organismes d'application <u>de la loi assurance-maladie</u></u>	31

I. DEVELOPPEMENT HISTORIQUE

A. Introduction

L'assurance de :

- a) la prestation en espèces en cas d'incapacité de travail, ainsi qu'en cas de grossesse et d'accouchement, et
- b) l'attribution d'assistance médicale et chirurgicale sont régies aux Pays-Bas par deux réglementations légales, à savoir :
 - i) la loi maladie,
 - ii) l'arrêté sur les fonds maladie.

En 1901 et 1906, des projets de lois furent déposés aux Chambres des Représentants, qui ne visaient pas seulement à la réglementation légale d'une prestation en espèces aux ouvriers en cas de maladie, mais qui accordaient également un droit à l'assistance médicale. Dans l'assurance des ouvriers était également incluse celle des membres de leur famille, en ce qui concerne l'assistance médicale. Les deux projets n'ont pas abouti.

Dans le projet de loi d'assurance maladie, déposé en 1910, l'assistance médicale fournie n'était pas considérée comme dédommagement. L'une des principales raisons prises en considération était que, si l'assistance médicale est d'un grand intérêt public, elle ne l'est pas, dans le vrai sens du mot, pour les ouvriers, tandis que l'assurance indemnité maladie régulière était prévue dans ce projet de loi comme une assurance pour les ouvriers.

Ce projet de loi a bien été accepté par les Chambres, mais n'est jamais entré en vigueur.

Une Commission d'Etat, désignée en 1919 fut chargée d'élaborer une réglementation qui comprendrait une assistance médicale, aussi bien pour les ouvriers que pour ceux qui sont économiquement leurs égaux. Il ressort du rapport de cette commission qu'elle aussi considérait la réglementation de l'assistance médicale comme étant du domaine de la santé publique et non de l'assurance des ouvriers. En partant de ce point de vue, un projet de loi pour une loi assurance-maladie fut déposé en 1927 ; elle comprend exclusivement l'attribution des prestations en espèces et non l'assistance médicale. Ce projet a effectivement pris force de loi.

Le sujet de ce rapport est la loi assurance-maladie qui règle donc exclusivement les prestations en espèces aux travailleurs assurés quand ils ne s'acquittent pas de leur travail pour cause de maladie.

B. Développement par étapes de la loi maladie

Ainsi qu'il a été remarqué sous le titre "Développement historique", des projets de lois furent déposés en 1906, qui visaient entre autre à la réglementation légale des prestations en espèces en cas de maladie des ouvriers. Les deux projets de loi n'aboutirent pas.

En 1910, un nouveau projet de loi fut déposé aux Chambres. Ce projet partait de l'idée que la nécessité d'une réglementation légale des prestations en espèces en cas de maladie était en rapport avec le changement qu'a subi la production et qui s'est accompagné pour les ouvriers d'une diminution de la sécurité d'existence. Les rapports entre employeurs et travailleurs étaient devenus différents de ce qu'ils étaient ; ce qui diminuait pour l'ouvrier les chances de trouver dans son employeur l'homme prêt à l'assister et en état de l'assister en cas de besoin.

De plus, il était supposé que le salaire doit permettre à l'ouvrier de vivre et de faire vivre sa famille. Si le salaire doit pouvoir lui suffire aussi en cas de maladie, une réglementation de la part des autorités est nécessaire.

Le projet de loi comprenait une réglementation pour l'assurance d'ouvriers au service d'entreprises. Les fonctionnaires et le personnel de maison de particuliers n'étaient pas assurés. Les ouvriers journaliers, par lesquels on désignait ceux qui travaillaient moins de quatre jours au même service, étaient également exclus de l'assurance. La cause de cette exclusion résidait dans les difficultés prévues pour l'enregistrement et le paiement des primes par ces ouvriers. Cependant, la possibilité leur était offerte de s'assurer volontairement.

Des Conseils du Travail, organismes régionaux à instituer par la loi, seraient chargés de l'application de la loi maladie, ainsi que de l'application des lois invalidité et vieillesse. Quoique ce projet de loi ait été accepté par les Chambres (en 1913), la loi n'est jamais entrée en vigueur. La guerre mondiale, éclatée peu après, durant laquelle la situation économique ne permit pas son introduction, en fut une des causes. Par ailleurs, il fut toujours considéré que l'application d'une réglementation légale en matière d'assurances sociales, n'est pas seulement la tâche de l'autorité, mais aussi ou exclusivement, la tâche d'organismes à créer par les entreprises elles-mêmes.

En 1924 un projet de loi maladie fut encore déposé, qui envisageait en même temps la fusion d'une assurance-maladie et accidents sous une même réglementation. Toutefois ce projet de loi fut abandonné.

Il ne faut pas omettre de mentionner qu'entre temps les entreprises avaient fondé différentes institutions d'assurance mutuelle, auxquelles des employeurs pouvaient adhérer volontairement pour assurer à leurs ouvriers des prestations en cas de maladie. De plus, différentes entreprises avaient institué des caisses maladies d'entreprises sur une base volontaire, qui assumaient le risque des prestations en cas de maladie aux ouvriers engagés dans ces entreprises.

C. Assurance indemnité maladie légale

En 1927, un projet de loi fut déposé aux Chambres pour la modification de la loi assurance-maladie de 1913 (jamais entrée en vigueur). Les modifications et adjonctions proposées étaient en partie motivées par le fait qu'après l'élaboration de la loi assurance-maladie de 1913, 14 longues années s'étaient écoulées. Au cours de ces années étaient tout d'abord survenus des changements dans les relations économiques, ce qui faisait qu'un certain nombre de dispositions de la loi maladie de 1913 ne répondaient plus aux conditions existant en 1927.

De plus, il s'était révélé nécessaire d'apporter quelques modifications aux groupes de personnes qui seraient assurées. Il fut proposé d'inclure tous les ouvriers journaliers dans l'assurance, soit qu'ils accomplissent leur travail indifféremment au service d'une entreprise ou d'un particulier, soit qu'ils soient indifféremment en service occasionnel ou permanent. En outre, des modifications furent proposées dont le but était de faire place, dans l'application de la loi, à la prévoyance d'origine sociale. L'histoire des assurances sociales avait bien montré que les vœux n'allaient ni au monopole

de l'application par des services de l'Etat, ni à celui de l'application par des services d'entreprise. Il fut donc jugé nécessaire de réaliser l'application par les deux genres de services. Ce qui fut tenté par l'institution de groupements d'entreprises créés par accord entre des groupes d'employeurs et des groupes de travailleurs. L'employeur pouvait s'affilier à un tel groupement d'entreprises et, s'il s'en abstenait, il était légalement affilié à la caisse maladie d'un Conseil du Travail régional. Ces Conseils étaient institués par une loi spéciale. Ils étaient composés d'un président nommé par la Couronne et d'un nombre égal de membres employeurs et de membres travailleurs de la circonscription du Conseil.

De plus, la loi maladie donnait la possibilité d'adjoindre à une entreprise une caisse, dite de section, si l'employeur et la majorité des ouvriers de cette entreprise le désiraient. La structure était telle que les ouvriers restaient bien assurés auprès du groupement d'entreprises, mais que les frais de l'assurance étaient supportés par la caisse de section. L'employeur et les travailleurs versaient le montant de leurs primes à cette caisse. De cette manière, il était possible de rendre l'application de la loi indemnité maladie aussi légère que possible pour les intéressés.

Ce projet de loi a été accepté par les Chambres ; la loi maladie est entrée en vigueur le 1er mars 1930.

D. Centralisation et unification

Au cours des années, différentes modifications apportées à la loi maladie après 1930, n'avaient pour la plupart pas d'importance de principe, mais étaient de nature technique. La modification de principe de cette loi date du 1er janvier 1953. A cette date, l'organisation

de l'application de la loi maladie fut modifiée par la loi d'organisation des assurances sociales. L'application fut entièrement remise entre les mains de groupements d'entreprises, de sorte qu'à partir de cette date, les Conseils du Travail furent déchargés de l'application de la loi maladie.

II. APPLICATION DE LA LOI MALADIE

A. Développement de l'application de la loi maladie

Comme il a déjà été remarqué brièvement, la question se posait depuis longtemps aux Pays-Bas, de savoir quels organismes doivent appliquer les assurances sociales, les services de l'Etat ou les services émanant d'entreprises.

Quand le projet de loi sur les accidents fut déposé en 1898, le gouvernement avait proposé de charger un service de l'Etat de son application. Une opposition s'était manifestée aux Chambres, auxquelles s'imposait la défense de l'indépendance et de l'initiative privées contre une ingérence trop poussée du pouvoir de l'Etat. De ce fait, les Chambres proposèrent d'attribuer aux groupements d'employeurs (groupements d'entreprises), le droit de prévoir par eux-mêmes l'application de la loi accidents.

En conséquence, la loi accidents a prévu la possibilité par laquelle un employeur supporte lui-même le risque des accidents survenus dans son entreprise, tandis qu'une cession dite de risque est en outre autorisée. C'est-à-dire que l'employeur peut transmettre le risque d'accidents dans son entreprise à une autre société ou à un autre groupement.

Dans les deux cas (risque assumé et cession de risque), l'application de la loi (donc le règlement des prestations) appartient au service de l'Etat, tandis que les

frais sont à la charge du porteur de risque. Il a été fait usage, sur une large échelle, de la possibilité de cession de risque, surtout à un groupement mutuel d'employeurs, "la Banque centrale de risques des employeurs".

Les projets déposés en 1911 pour les lois assurance-maladie, invalidité et vieillesse prévoyaient l'application de ces lois par des Conseils du Travail. Ceux-ci étaient conçus comme des institutions de droit public agissant sur le plan régional et composés d'un nombre égal d'employeurs et de travailleurs de la région intéressée, avec un Président nommé par la Couronne. Ces Conseils du Travail furent effectivement chargés de l'application de la loi invalidité et vieillesse, entrée en vigueur en 1919.

Quoique n'étant pas constitués comme un organisme purement officiel, ces Conseils du Travail furent cependant considérés en pratique comme des services de l'Etat. Les partisans de l'application par des organismes émanant des entreprises insistaient cependant pour l'application des lois des assurances sociales par des groupements d'entreprises répartis par branches de métier. C'est au moment de l'élaboration de la loi sur les accidents dans l'agriculture et l'horticulture en 1922, que les groupements d'entreprises commencèrent à fonctionner comme organismes des assurances sociales. Ces groupements sont créés et administrés par une direction paritaire d'employeurs et de travailleurs. Les membres employeurs sont désignés par le ministre des Affaires sociales. L'employeur pouvait adhérer volontairement à un tel groupement. Sinon, la Banque d'assurance sociale (le service de l'Etat), intervenait comme organisme d'assurance substitué.

Cette organisation dualiste fut accentuée en 1930 par l'entrée en vigueur de la loi maladie. Les groupements

d'entreprises qui appliquaient cette loi devaient être créés non seulement par des employeurs, mais collectivement par des organisations d'employeurs et de travailleurs. La direction paritaire était désignée par les organisations d'employeurs et de travailleurs qui créaient ces groupements d'entreprises. Ici aussi, l'employeur avait la possibilité de s'affilier volontairement à un tel groupement d'entreprises. Sinon, la caisse maladie du Conseil du Travail dans le rayon duquel il était domicilié, intervenait comme organisme substitutif.

L'application de la loi allocations familiales entrée en vigueur en 1941 fut réglée de la même manière.

Mais la tendance consistant à faire appliquer les lois d'assurances sociales par des organismes émanant d'entreprises, subsista cependant.

Pour la loi chômage, entrée en vigueur en 1952, un choix fut fait selon lequel la loi serait appliquée entièrement par des groupements d'entreprises.

B. Organismes qui mettent actuellement en application la loi maladie

Cet état précédait la création de l'organisation de gestion des assurances sociales, telle qu'elle a été réglée en 1953. A partir de cette date, il est décidé en principe que les assurances populaires sont appliquées par des services de l'Etat, tandis que les autres assurances sociales seront appliquées par des groupements d'entreprises.

La loi d'organisation des assurances sociales, entrée en vigueur depuis le 1er janvier 1953, décide donc que les lois maladie, chômage, allocations familiales, invalidité et accidents sont, en principe, appliquées par des groupements d'entreprises. Depuis le 1er janvier 1953,

les groupements d'entreprises ont commencé à appliquer les lois maladie, chômage et allocations familiales, tandis que l'application des lois invalidité et accidents sera mise en oeuvre en son temps.

L'ensemble des entreprises est divisé dans ce but en 26 sections, chacune comprenant une ou plusieurs branches d'entreprises et de métiers.

Des organisations représentatives d'employeurs et de travailleurs créent pour chaque section un groupement d'entreprises. Chaque employeur est affilié de droit au groupement d'entreprise compétent pour son entreprise et les travailleurs y sont assurés. De cette manière, l'application des lois d'assurances sociales existantes est entre les mains des entreprises.

Les groupements d'entreprises intéressés peuvent, s'ils le souhaitent, et s'ils sont considérés par le Conseil des assurances sociales comme étant en état de le faire, administrer eux-mêmes leurs assurances. S'ils ne le désirent pas, ils doivent, selon la loi d'organisation des assurances sociales, assumer leur administration collectivement par la Société "Le Bureau d'administration collective", créé par les organisations centrales d'employeurs et de travailleurs. La société dirige l'administration de 15 des 26 groupements d'entreprises. Chaque groupement d'entreprises a sa propre direction, composée à égalité de représentants d'employeurs et de travailleurs des entreprises de la ou des branches de métiers intéressées. C'est le cas également si le groupement d'entreprises confie son administration au Bureau collectif d'administration.

Pour autant que l'administration des assurances sociales est gérée par le Bureau collectif d'administration, celle-ci est fortement décentralisée régionalement. Pour

les groupements d'entreprises qui n'ont pas recours à l'administration par le Bureau collectif d'administration, mais l'assurent elles-mêmes, il y a, sur ce point, beaucoup de différences entre elles.

En outre, la loi d'organisation (précédemment la loi maladie) prévoit qu'une caisse de section peut être adjointe à une entreprise. Dans cette caisse, les frais des risques de maladie du personnel de l'entreprise sont supportés collectivement par les employeurs et les travailleurs. Les assurés à une telle caisse de section qui restent assurés auprès de groupements d'entreprises, ont droit, en cas de maladie, aux prestations de la caisse de section. En effet, la caisse de section doit être considérée comme une division du groupement d'entreprises.

Quoique la caisse de section ait sa propre direction, composée paritairement par des membres employeurs et membres travailleurs, à désigner par l'entreprise et les travailleurs, la direction du groupement d'entreprises reste responsable de la conduite de la caisse de section.

Les groupements d'entreprises sont liés par dispositions légales d'ordre général pour l'établissement du droit aux prestations. Il existe, en outre, une disposition légale en ce qui concerne la formation de réserves.

De plus, le Conseil des assurances sociales (organe de surveillance et de coordination des organismes qui appliquent les lois d'assurance sociale) peut donner certaines instructions. Ceci se fait par exemple pour le placement de capitaux du groupement d'entreprises et pour le contenu des rapports annuels des groupements d'entreprises. De plus, il existe - mise à part la surveillance qu'exerce toujours le Conseil des assurances sociales - peu de dépendance sur le terrain financier. Les groupements d'entreprises fixent eux-mêmes leurs primes. Les frais sont entièrement supportés par les employeurs et les travailleurs. L'Etat n'y contribue pas.

La valeur de la prime diffère pour chaque groupement d'entreprises.

En premier lieu, le risque de maladie diffère par entreprise ou branche de métier, mais, au surplus, la loi maladie prévoit la possibilité pour le groupement d'entreprises, de donner une prestation supérieure à la prestation légale. De nombreux groupements d'entreprises ont fait usage de cette possibilité de manières différentes, ce qui, par hypothèse, influence les frais. La prime doit être versée par l'employeur qui doit en récupérer la moitié auprès du travailleur (dans la limite de 1 pour cent du salaire).

L'employeur ne peut récupérer plus de 1 pour cent du salaire du travailleur que si le ministre des Affaires sociales en donne l'autorisation. Elle n'est donnée que si les conditions de prestations sont plus favorables que les conditions légales. Les groupements d'entreprises ont en outre compétence pour fixer leurs propres règlements pour la détermination du salaire journalier d'après lequel les prestations doivent être calculées. Tous les groupements d'entreprises ont fait usage de cette possibilité ; dans bien des cas on s'est conformé à une réglementation de salaires de la branche d'entreprise ou de métier.

III. CHAMP D'APPLICATION ET ORGANISATION

A. Admission à l'assurance indemnité maladie

En principe, tous ceux qui travaillent en service salarié, quel que soit leur métier, sont assurés. Font exception, le personnel navigant et le personnel de maison chez des particuliers si le travailleur n'a pas accompli cinq jours par semaine chez le même employeur.

Le fait que le personnel de maison qui ne travaille pas au moins cinq jours par semaine chez le même employeur ne soit pas assuré, est dû exclusivement à des raisons de caractère pratique. Le personnel navigant est exclu de l'assurance indemnité maladie parce que dans le Code du commerce l'obligation est déjà imposée aux armateurs de payer une partie du salaire en cas de maladie du personnel navigant. Sont également exclus de l'assurance, les travailleurs qui font partie d'un service public, puisqu'une réglementation des prestations en cas de maladie, approuvée par les autorités, est valable pour eux et n'est pas moins favorable que la réglementation légale.

En outre, sont considérés comme assurés, certaines catégories de personnes qui ne sont pas en service salarié, mais dont l'activité s'accomplit dans des circonstances telles que, du point de vue socio-économique, elles se trouvent dans les mêmes conditions sociales que les ouvriers salariés.

Ce sont les (petits) entrepreneurs de travaux, qui n'exercent pas eux-mêmes un métier comportant obligation d'assurance, dans le sens de la loi accidents ; les travailleurs à domicile qui exercent chez eux une activité pour certaines branches de métiers, à condition que ces travaux dépassent une certaine importance ; les représentants de commerce, s'ils exercent leur activité pour plusieurs maisons et si cette activité est leur activité principale ; les musiciens qui se produisent dans certaines occasions et dont il est impossible de déterminer s'ils sont en service salarié et, s'ils le sont, auprès de qui ils le sont ; et, enfin, ceux qui sont occupés au titre de l'assistance par le travail. Cette forme de travail peut être imposée par les autorités, si les intéressés sont chômeurs. L'autorité prenant alors une initiative sans réciprocité, on ne considère pas, en ce cas, que

ces personnes sont en service salarié, puisque les rapports dans un service salarié n'existent que grâce à un accord entre deux parties, ce qui n'est pas le cas ici.

La loi maladie comprend encore la disposition selon laquelle certaines personnes, qui ne sont pas en service salarié, peuvent également être assurées, dès lors qu'elles exercent certaines activités énumérées par arrêté de l'autorité.

Sont désignées comme telles certaines activités, comme celles de l'agriculture et de l'horticulture. Ici aussi on a pris en considération le fait que l'assurance est aussi souhaitable pour certaines personnes qui n'exercent pas, il est vrai, leur activité dans des conditions de véritable service salarié, que pour ceux qui occupent un véritable emploi salarié. Cet arrêté n'est cependant pas valable pour ceux qui doivent être considérés comme indépendants.

L'assurance indemnité maladie n'existe pas seulement durant la période de travail, mais aussi pour certaines périodes sans travail, comme les dimanches, jours de fêtes et de vacances, pendant la jouissance des prestations de l'indemnité maladie ou des prestations accidents (durant une certaine période) et quand le travail n'est pas possible pour cause de circonstances particulières, comme, par exemple, l'influence du temps et quand il y a prestation de chômage.

Sont exclus de l'assurance ceux qui gagnent un salaire de plus de f. 6.900 (actuellement). Au moment de l'entrée en vigueur de la loi assurance-maladie en 1930, cette limite de salaire avait été fixée à f. 3.000. En conséquence de la hausse du niveau des salaires cette limite de salaire a également été progressivement élevée.

B. Dispositions relatives aux prestations de l'indemnité maladie

1. Incapacité de travail pour cause de maladie

L'indemnité de maladie est payée à l'assuré qui, pour cause de maladie n'est pas en état d'accomplir son travail. La notion de "maladie" est prise dans un sens restreint ; un processus maladif doit être en développement. S'il existe un état statique, on ne parle plus de maladie, mais d'infirmité. Dans ce cas le droit aux prestations ne dépend pas de la loi maladie.

2. Prestations après la fin de l'assurance

Dans un cas déterminé, celui qui n'est plus assuré a encore droit aux prestations de maladie, à savoir si l'incapacité se produit dans le mois après la fin de l'assurance, alors qu'il a été assuré précédemment pendant deux mois (pendant lesquels une interruption inférieure à 6 jours est permise) ; il en est de même si l'incapacité se produit dans les huit jours suivant la fin de l'assurance, à condition que pendant les deux mois antérieurs l'assuré ait travaillé au moins pendant 16 jours en service salarié. Cette disposition de la loi assurance-maladie est faite dans l'idée que celui qui a été assuré et devient chômeur peut se trouver dans une situation telle qu'il tombe malade peu après s'être assuré et qu'il perd ainsi la possibilité de reprendre du travail. Cette disposition a été rarement utilisée depuis l'entrée en vigueur de la loi chômage en 1952. En effet, celui qui reçoit l'indemnité de chômage reste assuré en vertu de la loi maladie.

3. Périodes d'attente

La loi maladie prévoit une période d'attente de trois jours, le dimanche y compris. Est considéré comme premier jour d'attente, celui où pour la première fois le travail n'a pas été effectué ou n'est effectué qu'en partie, pour cause de maladie. Cette période d'attente est introduite pour donner à l'assuré un certain sens de l'importance du travail manqué et pour donner à l'organisme d'application la possibilité d'exercer un contrôle sur le patient avant qu'on ne doive la prestation. La loi autorise les groupements d'entreprises à déroger, en sens favorable, à la période d'attente de trois jours. De nombreux groupements d'entreprises l'ont fait. Souvent cette diminution des jours d'attente est basée sur ceci : dans une convention collective du travail concernant la branche de métier intéressée, il est stipulé que les employeurs doivent aux travailleurs une partie du salaire d'un ou de plusieurs jours d'attente. L'introduction d'une telle disposition dans la convention collective du travail trouve son origine dans une règle du Code civil. Celui-ci, qui détermine les obligations de l'employeur, prescrit que le salaire doit continuer à être payé durant un temps relativement court.

4. Calcul du salaire journalier pour les prestations

La loi maladie vise à ce que les prestations soient établies d'après le salaire qui manque au travailleur en cas de maladie. Les groupements d'entreprises ont donné, dans des arrêtés sur le salaire journalier établi par eux, certaines règles pour déterminer le salaire manquant. Souvent on part du salaire brut moyen gagné avant la maladie.

Si le salaire ainsi calculé dépasse f. 19 (en 1930, ce maximum était de f. 8), suivant une disposition de la loi maladie concernant ce point, on conserve f. 19 pour le calcul de l'indemnité et le surplus n'est pas pris en considération (pour le prélèvement des primes, on conserve également un plafond de f. 19).

5. Taux des prestations

La loi maladie stipule que l'indemnité se monte à 80 pour cent du salaire cité précédemment. De même que pour les jours d'attente, la loi donne la possibilité aux employeurs de déroger à ce pourcentage dans un sens favorable. Ici aussi, cet élargissement est basé sur une convention collective du travail ou une réglementation des salaires existant dans la branche de métier intéressée.

6. Durée des prestations

A l'origine, la loi maladie stipulait que les prestations étaient versées pour un maximum de 156 jours pour la même affection. Si, durant une période d'un an, des prestations avaient été versées pour un nombre maximum de 156 jours pour une seule affection, il ne pouvait être versé pour plus de 78 jours de prestations l'année suivante, pour une incapacité renouvelée par la même maladie. Depuis le 1er août 1947, la loi maladie stipule que pour la même affection les prestations ne sont pas versées pour plus de 312 jours. Si, dans une période de 18 mois, il est payé 312 jours d'indemnités pour une seule affection, il ne peut être versé pour plus de 156 jours de prestations pendant la période suivante de 18 mois, pour une incapacité répétée due à la même cause de maladie.

7. Paiement des prestations

Dans les groupements d'entreprises, une différence est faite entre :

a) membres cotisants

Le groupement d'entreprises leur paie les prestations hebdomadaires sans l'intermédiaire de l'employeur. Les frais de l'assurance sont supportés, comme le nom l'indique, par les cotisations ; on y revient au chapitre IV.

b) caisses de sections

Ainsi qu'il est dit au chapitre I, la loi prévoit la possibilité d'adjoindre à l'entreprise une caisse maladie qui lui est propre. Il est fait usage, en pratique, de cette possibilité, surtout pour les grandes entreprises. Le paiement des prestations est réglé par ces caisses de sections. Vu que la caisse de section est liée à l'entreprise, cela revient à dire que l'indemnité est payée au jour de paiement normal.

c) porteurs de risques en propre

Les groupements d'entreprises peuvent permettre aux employeurs, dont la surface est d'importance suffisante, de supporter eux-mêmes les risques de l'assurance indemnité maladie. En pratique, c'est dire que ces employeurs continuent à payer leur salaire à leurs ouvriers assurés.

C. Prestations maternité (grossesse et accouchement)

Il est stipulé dans la loi maladie que la femme qui travaille et qui est assurée en vertu de la loi maladie a droit pendant les six dernières semaines de la grossesse à une prestation au taux du salaire plein.

De plus, il est stipulé que la femme assurée a droit, pendant au moins six semaines après l'accouchement, à une prestation, également au taux du salaire plein.

Avant 1940, ces prestations ne revenaient qu'à la femme mariée ; ensuite, le droit a également été accordé à la femme non mariée.

Dans certaines conditions, la possibilité de prolonger les prestations de grossesse et d'accouchement après la fin de l'assurance de la femme existe également.

D. Dispositions relatives à l'application de sanctions et au règlement des conflits

1. Prévention d'abus

Un contrôle est exercé sur celui qui se déclare malade auprès du groupement d'entreprises. Le contrôle médical est fait par des médecins, qui sont souvent au service permanent du groupement d'entreprises. Ces médecins, dits médecins-contrôleurs, examinent les assurés à leur consultation ou à domicile. Ils déterminent si les assurés sont incapables de travailler pour cause de maladie.

A côté de ce contrôle médical, les groupements d'entreprises font exercer un contrôle par des non-médecins. Ces contrôleurs, dits laïcs, ont pour tâche de rassembler des données nécessaires au droit aux prestations et ils exercent une surveillance sur l'observation, par les assurés, des prescriptions données par la loi maladie et par les groupements d'entreprises.

2. Refus de prestations

a) Déclaration tardive de maladie

La loi maladie prescrit que l'assuré doit, en cas d'incapacité de travail pour cause de maladie, se déclarer malade aussi vite que possible, en tous cas dans les

24 heures. S'il ne le fait pas, le groupement d'entreprises est autorisé à refuser les prestations jusqu'au troisième jour après la déclaration de maladie.

b) Maladie provoquée

Si la maladie est causée volontairement, l'indemnité maladie n'est pas due à l'assuré.

c) Maladie au début de l'assurance

Si la maladie existait déjà au moment de l'assurance, le groupement d'entreprises est autorisé à ne pas accorder de prestations.

Il est tenu compte ici du genre d'activité exigé et de la durée de la période durant laquelle le patient accomplissait ce travail.

Le groupement d'entreprises peut aussi refuser les prestations maternité (grossesse et accouchement), si la grossesse existait déjà au début de l'assurance.

d) Délit ou conduite contraire aux bonnes moeurs

Si la maladie est la suite d'un délit ou d'une conduite contraire aux bonnes moeurs, le groupement d'entreprises n'est pas obligé de verser d'indemnité maladie.

e) Rixe ou bagarre

Si la maladie est la suite d'une rixe ou d'une bagarre, auxquelles l'assuré a pris part de son propre mouvement, les prestations ne doivent pas lui être versées.

f) Absence de traitement médical ; entrave à la guérison

Si l'assuré ne réclame pas de traitement médical et s'il se comporte de telle façon que sa guérison est par là entravée, l'indemnité maladie peut lui être refusée.

g) Absence de renseignements communiqués ;
refus d'examen

Si l'assuré ne veut pas communiquer de renseignements ou se laisser examiner par le médecin de contrôle, le groupement d'entreprises est autorisé à ne pas lui verser d'indemnité maladie.

h) Inobservation des prescriptions de contrôle

Si l'assuré n'observe pas les prescriptions de contrôle fixées par le groupement d'entreprises, l'indemnité maladie peut lui être refusée.

i) Absence d'inscription au fonds maladie

Il n'est pas accordé d'indemnité maladie à l'assuré qui n'est pas inscrit à un fonds maladie.

j) Incarcération

Si l'assuré séjourne en prison ou dans un établissement de travail de l'Etat ou établissement semblable, l'indemnité maladie ne lui est pas due.

3. Recours (règlement de conflits)

L'assuré peut recourir, contre une décision prise par le groupement d'entreprises, auprès d'un "Conseil d'appel" institué par une loi spéciale. Si le recours concerne un différend relatif à l'inexistence d'une incapacité de travail (prolongée) pour cause de maladie, c'est ce Conseil d'appel qui décide en dernière instance.

Pour tous les autres conflits, l'appel en dernière instance est ouvert auprès du Conseil central d'appel.

Pour l'employeur également, le recours est possible, notamment en ce qui concerne la prime à payer, fixée pour lui, par le groupement d'entreprises.

IV. FINANCEMENT DE L'ASSURANCE INDEMNITE MALADIE

Les groupements d'entreprises se procurent les sommes nécessaires pour l'assurance par la perception d'une prime auprès des employeurs affiliés. Cette prime est désignée en pourcentage du montant du salaire payé par l'employeur à ses travailleurs. Les employeurs sont autorisés à retenir une partie de la prime due par eux, sur le salaire de leurs travailleurs. Cette participation des travailleurs à la prime, se monte à la moitié de la prime due au groupement d'entreprises, toutefois, jusqu'à un maximum de 1 pour cent du salaire du travailleur. L'employeur peut retenir plus de 1 pour cent du salaire de ses travailleurs seulement si le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique en donne l'autorisation. Cette autorisation n'est accordée que si les conditions de prestations sont plus favorables que les conditions légales. Il est possible d'obtenir cette autorisation pour une branche d'entreprises.

L'Etat ne participe pas aux frais de l'assurance indemnité maladie.

Le taux de la prime diffère pour chaque groupement d'entreprises. La cause réside dans la diversité du risque maladie suivant les branches d'entreprises et de métiers ; de plus, la loi maladie prévoit la possibilité, pour le groupement d'entreprises, de donner une prestation plus favorable que la prestation légale. De nombreux groupements d'entreprises ont fait usage de cette possibilité (de différentes manières), ce qui, naturellement, influence les frais.

La prime est calculée sur un maximum de f. 19 par jour (avant 1947 c'était f. 8 par jour ; depuis, le montant a été élevé successivement jusqu'à f. 19, à cause de la hausse du niveau des salaires).

V. QUELQUES CHIFFRES RELATIFS A L'ASSURANCE INDEMNITE MALADIE

Tableau A

Année	Nombre de demandes de prestations	Nombre de cas auxquels la prestation est accordée	Nombre de jours pour lesquels la prestation est accordée	Nombre moyen par cas de jours où la prestation est accordée
1930	396.000	315.000	5.505.000	17,2
1931	594.000	464.000	7.218.000	15,6
1932	429.000	319.000	5.627.000	17,6
1933	443.000	315.000	5.241.000	16,7
1934	382.000	281.000	5.041.000	17,9
1935	434.000	320.000	5.255.000	16,4
1936	433.000	314.000	5.108.000	16,2
1937	513.000	370.000	5.654.000	15,3
1938	506.000	372.000	5.837.000	16,-
1939	606.000	446.000	6.642.000	15,-
1940	663.000	484.000	7.317.000	15,-
1941	894.000	677.000	10.284.000	15,4
1942	1.126.000	850.000	14.460.000	17,-
1943	x)	x)	x)	x)
1944	x)	x)	x)	x)
1945	x)	x)	x)	x)
1946	1.181.000	877.000	15.123.000	17,3
1947	1.209.000	881.000	16.979.000	19,3
1948	1.217.000	879.000	17.939.000	20,4
1949	1.480.000	1.088.000	20.150.000	18,5
1950	1.397.000	1.004.000	19.099.000	19,-
1951	1.554.000	1.118.000	19.234.000	17,2
1952	1.424.000	1.026.000	18.636.000	18,2
1953	1.539.000	1.063.000	15.205.000 xx)	14,3
1954	1.589.000	1.065.000	18.325.000	17,2
1955	1.933.000	1.307.000	20.260.000	15,5
1956	2.051.000	1.407.000	21.840.000	15,5

x) pas de chiffres connus.

xx) corrélatif à une modification du système d'inscription, n'est pas bien comparable.

Tableau B

Année	Montant des indemnités maladie	Indemnité maladie par f. 100 de salaire prime	Prestation moyenne par jour
1930	17.023.000,-	1,38	3,10
1931	21.381.000,-	1,52	2,96
1932	15.329.000,-	1,30	2,72
1933	13.227.000,-	1,19	2,52
1934	12.274.000,-	1,11	2,43
1935	12.197.000,-	1,13	2,32
1936	11.310.000,-	1,08	2,21
1937	12.697.000,-	1,12	2,24
1938	13.305.000,-	1,11	2,28
1939	15.349.000,-	1,21	2,31
1940	17.937.000,-	1,36	2,45
1941	27.684.000,-	1,75	2,69
1942	43.215.000,-	2,55	2,99
1943	59.676.000,-	3,25	x)
1944	62.984.000,-	3,75	x)
1945	47.549.000,-	2,81	x)
1946	64.103.000,-	2,49	4,24
1947	79.938.000,-	2,58	4,71
1948	91.089.000,-	2,59	5,08
1949	105.777.000,-	2,85	5,25
1950	107.554.000,-	2,58	5,63
1951	117.671.000,-	2,51	6,12
1952	117.918.000,-	2,44	6,33
1953	99.852.000,- xx)	1,95 xx)	6,49
1954	133.809.000,-	2,33	7,21
1955	159.889.000,-	2,47	7,79
1956	190.859.000,-	2,68	8,63

x) pas de chiffres connus.

xx) corrélatif à une modification du système d'inscription, n'est pas bien comparable.

Tableau C (Prestations maternité)

Année	Nombre de jours où la prestation maternité (grossesse et accouchement) est accordée	Montant des prestations maternité (grossesse et accouchement) accordées
1930	58.400	81.500,-
1931	80.400	153.400,-
1932	49.300	94.100,-
1933	40.800	73.400,-
1934	52.000	93.000,-
1935	54.900	97.000,-
1936	59.100	101.400,-
1937	53.400	91.000,-
1938	59.100	105.900,-
1939	63.500	109.200,-
1940	69.600	134.300,-
1941	105.600	211.200,-
1942	113.900	245.700,-
1943) pas de données	
1947		
1948	273.300	1.107.900,-
1949	278.700	1.163.600,-
1950	303.800	1.203.300,-
1951	320.600	1.464.100,-
1952	299.000	1.429.700,-
1953	255.100	1.196.900,-
1954	333.300	1.720.200,-
1955	372.500	2.038.900,-
1956	394.000	2.038.900,-

Tableau D

Année	Total des salaires assurés	Montant des primes	Montant des primes en % des salaires assurés
1938	1.196.918.000,-	18.544.000,-	1,55
1939	1.266.794.000,-	20.319.000,-	1,60
1940	1.321.909.000,-	23.317.000,-	1,76
1941	1.578.076.000,-	32.274.000,-	2,05
1942	1.693.384.000,-	49.903.000,-	2,90
1943	1.834.629.000,-	66.820.000,-	3,64
1944	1.678.138.000,-	71.576.000,-	4,26
1945	1.693.571.000,-	61.600.000,-	3,64
1946	2.571.874.000,-	85.589.000,-	3,33
1947	3.098.525.000,-	96.706.000,-	3,12
1948	3.518.815.000,-	109.346.000,-	3,11
1949	3.708.430.000,-	122.331.000,-	3,30
1950	4.170.835.000,-	130.968.000,-	3,12
1951	4.683.216.000,-	143.401.000,-	3,06
1952	4.825.140.000,-	143.284.000,-	2,97
1953	5.069.859.000,-	153.721.000,-	3,03
1954	5.754.791.000,-	176.206.000,-	3,06
1955	6.469.540.000,-	202.534.000,-	3,12
1956	7.121.108.000,-	226.071.000,-	3,18

N.B. Avant 1938 les données sur le montant des primes ne sont pas connues.

Tableau E

Année	Revenu national	Indemnité maladie	Indemnité maladie en % du revenu national	Total des salaires assurés	Total des salaires assurés en % du revenu national
1930	5.860.000.000	17.023.000	0,29	1.230.100.000	20,9
1931	5.129.000.000	21.381.000	0,42	1.453.407.000	27,8
1932	4.558.000.000	15.329.000	0,33	1.160.509.000	25,9
1933	4.391.000.000	13.227.000	0,30	1.111.644.000	25,3
1934	4.349.000.000	12.274.000	0,28	1.107.093.000	25,5
1935	4.251.000.000	12.197.000	0,29	1.080.108.000	25,4
1936	4.359.000.000	11.310.000	0,26	1.044.629.000	23,9
1937	4.802.000.000	12.697.000	0,26	1.130.831.000	23,5
1938	4.904.000.000	13.305.000	0,27	1.196.918.000	24,4
1939	5.207.000.000	15.349.000	0,29	1.266.794.000	24,3
1940	5.264.000.000	17.937.000	0,34	1.321.909.000	25,1
1941	5.724.000.000	27.684.000	0,48	1.578.076.000	27,6
1942	5.592.000.000	43.215.000	0,77	1.603.384.000	30,3
1943	5.635.000.000	59.576.000	1,06	1.834.629.000	32,5
1944	3.930.000.000	62.984.000	1,60	1.678.130.000	42,7
1945	4.170.000.000	47.549.000	1,14	1.693.571.000	40,6
1946	9.326.000.000	64.103.000	0,69	2.571.874.000	27,6
1947	11.250.000.000	79.938.000	0,71	3.098.525.000	27,5
1948	12.910.000.000	91.089.000	0,71	3.518.815.000	27,3
1949	14.190.000.000	105.777.000	0,75	3.708.430.000	26,1
1950	15.700.000.000	107.554.000	0,69	4.170.835.000	26,6
1951	16.940.000.000	117.671.000	0,69	4.683.216.000	27,6
1952	17.920.000.000	117.910.000	0,66	4.825.140.000	26,9
1953	19.290.000.000	99.352.000	0,52	5.069.859.000	26,3
1954	21.420.000.000	133.009.000	0,62	5.754.791.000	26,9
1955	23.900.000.000	150.000.000	0,67	6.469.540.000	27,1
1956	25.460.000.000	190.850.000	0,75	7.121.108.000	28,0

Pour juger du total des salaires assurés, il faut noter que le travailleur qui gagne plus de f. 6.900 l'an (en 1930 c'était f. 3.000, montant qui a été porté à f. 6.900 après la dernière guerre à cause du changement du niveau des salaires) n'est pas assuré en vertu de la loi maladie ; de plus, le total des salaires assurés est influencé par le montant maximum de f. 19 par jour, pour lequel la prime est due.

VI. GRAPHIQUES

Le graphique A représente les prestations de l'indemnité maladie par f. 100 de salaire-prime pour les années 1930 à 1956 (inclus), ainsi que la courbe de la moyenne décennale progressive.

Le chiffre pour 1953 a été reproduit par souci de fournir des données complètes, quoique ce chiffre, comme il est déjà indiqué au chapitre V, n'est pas bien comparable à celui des années précédentes.

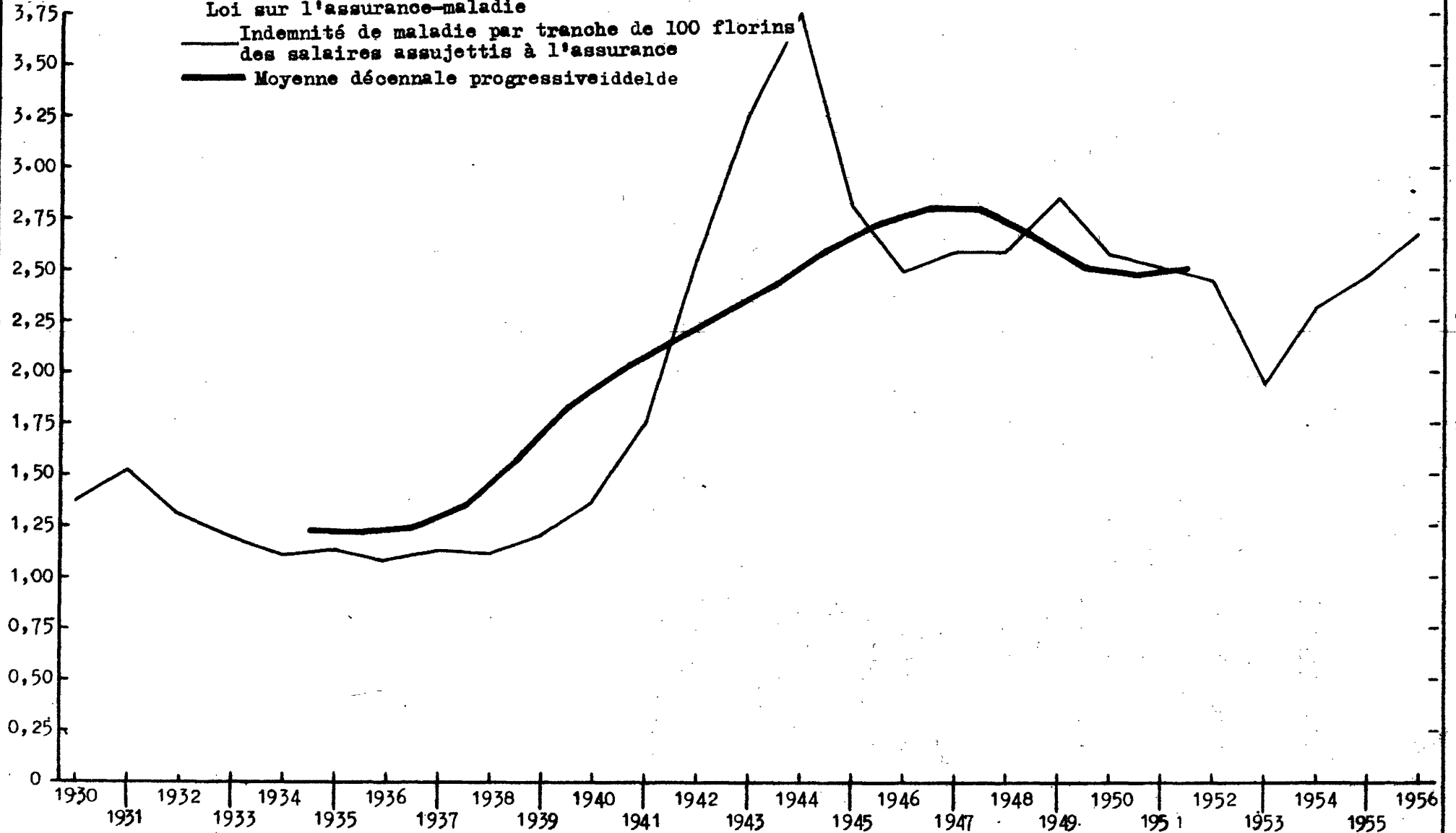
Il ressort de la courbe que le risque de maladie - ainsi qu'il est exprimé par les prestations de l'indemnité maladie par f. 100 de salaire-prime -, après la forte hausse pendant les années de guerre et celles d'après-guerre, montre une tendance à la stabilisation quoiqu'à un niveau considérablement plus élevé qu'avant 1940.

Le graphique B est un tableau des prestations de l'indemnité maladie, le nombre de jours où les prestations sont accordées et la prestation moyenne par jour.

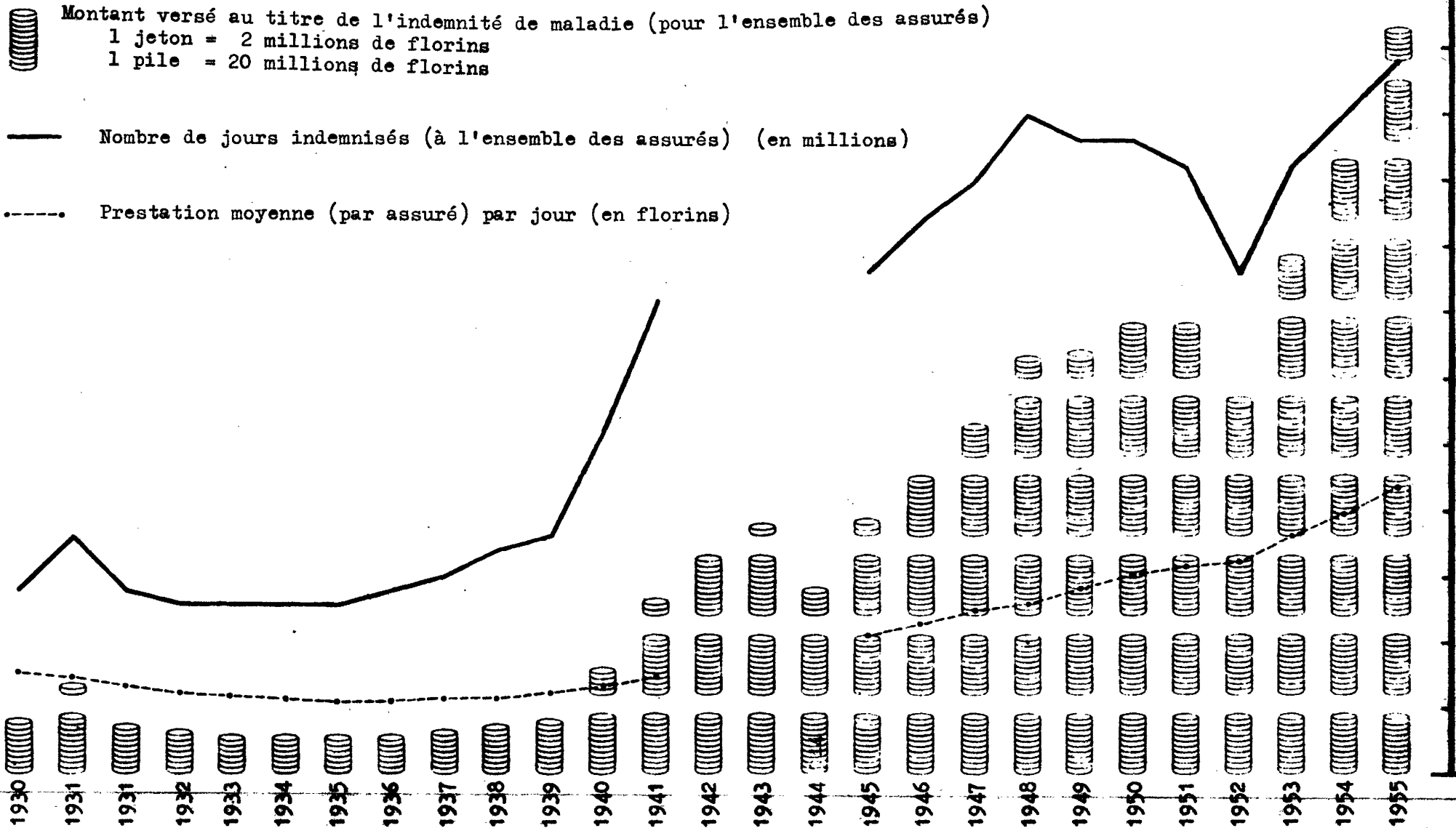
ASSURANCE MALADIE ET MATERNITE

Graphique A

en florins



Loi sur l'assurance-maladie



VII. LISTE DES ORGANISMES APPLIQUANT LA LOI MALADIE

1. Groupement d'entreprises des entreprises agricoles
- x 2. Groupement d'entreprises de l'industrie laitière
3. Groupement d'entreprises de l'industrie du bâtiment
4. Groupement d'entreprises de l'industrie du bois, des meubles et du commerce en gros du bois
5. Groupement d'entreprises de l'industrie textile
6. Groupement d'entreprises de la confection
7. Groupement d'entreprises de l'industrie du cuir et du travail du cuir
8. Groupement d'entreprises des arts graphiques
- x 9. Groupement d'entreprises de l'industrie de la pierre, du ciment, du verre et de la céramique
- x 10. Groupement d'entreprises de l'industrie métallurgique et de l'industrie électrotechnique
- x 11. Groupement d'entreprises de la petite métallurgie
12. Groupement d'entreprises de l'industrie minière
- x 13. Groupement d'entreprises de l'industrie chimique
14. Groupement d'entreprises de l'industrie du tabac
15. Groupement d'entreprises de la boulangerie
16. Groupement d'entreprises de la boucherie et des viandes "La Coopération"
- x 17. Groupement d'entreprises de l'alimentation et de l'épicerie
18. Groupement d'entreprises du commerce de détail et de l'artisanat
- x 19. Groupement d'entreprises des ports et entreprises similaires, navigation intérieure et pêche

- x 20. Groupement d'entreprises de la marine marchande
- x 21. Groupement d'entreprises des transports
- x 22. Groupement d'entreprises de l'hôtellerie, de la restauration, cafés, pensions et entreprises similaires
- x 23. Groupement d'entreprises de la santé et des intérêts spirituels et sociaux
- x 24. Groupement d'entreprises des services publics
- x 25. Groupement d'entreprises bancaires, d'assurances, commerce en gros et professions indépendantes
- x 26. Nouveau groupement d'entreprises général.

Les groupements d'entreprises marqués d'un x ont chargé de leur administration le Bureau collectif d'administration à Amsterdam.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance - invalidité

- vieillesse

- survivants

P a y s - B a s

TABLE DES MATIERES

Page

ASSURANCE INVALIDITE

I	Antécédents historiques	35
II	Conditions d'attribution, âge, durée d'affiliation	35
III	Montant de la pension	36
IV	Cumul avec d'autres pensions	37
V	Ajustement	37
VI	Coordination entre les régimes	37
VII	Financement	37
VIII	Evolution de la situation	38
IX	Données statistiques	39

ASSURANCE VIEILLESSE

I	- Assurance générale	41
	A) Antécédents historiques	41
	B) Décret concernant les pensions complémentaires	48
	C) Loi sur l'assurance générale vieillesse	50
II	- Caisses de retraites des branches d'industrie	59
	A) Antécédents historiques	59
	B) Développement dernière décennie	66

ASSURANCE SURVIVANTS

I	- Antécédents historiques	88
II	- Loi d'assurance générale veuves et orphelins	94

I. Antécédents historiques

L'histoire de l'assurance-invalidité obligatoire est parallèle à celle de la loi sur l'assurance-vieillesse obligatoire et ne peut en être dissociée parce qu'une seule loi avait tout d'abord été envisagée pour les deux régimes d'assurance. Certaines hésitations se sont cependant manifestées avant d'inclure l'invalidité dans la législation à cause des résultats peu favorables de l'assurance-invalidité en Allemagne mais cette décision a été prise en définitive.

Voir également ce qui a été dit au sujet de l'assurance-vieillesse dans "Antécédents historiques", "Structure" et "Champ d'application".

II. Conditions d'attribution, âge, durée d'affiliation

Chaque assuré peut bénéficier de la pension d'invalidité, quels que soient l'âge ou le sexe, s'il a versé les cotisations pendant au moins 150 semaines, et s'il est invalide au sens de la loi.

Est invalide celui qui, par suite de maladie ou d'infirmité, est incapable de gagner, grâce à un travail qui lui convient, compte tenu de ses forces, de ses capacités, de sa formation et de l'ancienne profession qu'il effectue actuellement ou qu'il a effectuée en dernier lieu, ou à un travail de même nature, le tiers de ce qu'un travailleur sain de corps et d'esprit et ayant bénéficié d'une formation analogue gagne habituellement en rémunération de travaux analogues.

L'assuré invalide au sens de la loi est celui :

- a) qui ne peut espérer une amélioration de la capacité de travail telle qu'il cesserait d'être invalide (invalidité permanente) ;

- b) dont l'invalidité a duré six mois sans interruption (invalidité temporaire) ;
- c) dont l'invalidité s'est produite dans les six mois à dater du jour où une pension d'invalidité précédente lui a été retirée (rechute d'invalidité).

Le point c) a été introduit dans la loi depuis le début du mois de décembre 1957. Il convient de signaler que l'origine de l'incapacité de travail ne joue aucun rôle si ce n'est qu'une pension ne peut être accordée si l'invalidité est provoquée intentionnellement ou à la suite d'un délit.

III. Montant de la pension

Le montant de la pension invalidité est calculé de la même façon que pour la pension vieillesse, en vertu de la loi sur l'invalidité.

Ce montant comprend une somme de base et un supplément. Le montant de base est celui qu'on obtient en divisant par le nombre de semaines d'assurance le montant total des cotisations versées, multiplié par 260. Le supplément est de 11,2 pour cent de la cotisation, tout en n'étant pas inférieur à un cinquième du montant de base.

Toutefois, certaines dispositions prévoient la suppression de certaines périodes d'assurance peu favorables, afin d'arriver à un meilleur résultat. La pension prend effet le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions requises pour l'attribution de la pension d'invalidité sont remplies, sans que la pension puisse être attribuée plus d'un an avant le premier jour du mois au cours duquel la demande de pension a été introduite. Cette disposition est entrée en vigueur le 1er septembre 1957. Avant cette date, le jour de la demande déterminait en principe le jour à partir duquel l'intéressé pouvait bénéficier de la pension.

La loi ne prévoit pas de réadaptation au sens strict du terme. Un traitement médical peut être accordé en vue de prévenir l'invalidité ou de remédier à une invalidité existante. Toutefois, cette question a perdu de son importance à la suite de l'adoption d'une réglementation plus efficace en matière de santé publique.

IV. Cumul avec d'autres pensions

Aucune disposition n'interdit le cumul avec d'autres prestations. La pension invalidité n'est pas accordée pendant 52 semaines après le début de l'invalidité si l'intéressé a droit à des prestations maladie.

V. Ajustement

La loi ne contient aucune disposition permettant un ajustement à la hausse ou à la baisse des salaires et du pouvoir d'achat. Certaines mesures ont cependant été prises par le passé afin que les prestations soient majorées au moyen de suppléments. Ces suppléments sont indiqués ci-après.

VI. Coordination entre les régimes

Il n'y a pas de coordination avec d'autres régimes.

VII. Financement

Il n'y a pas de cotisation distincte à verser pour l'assurance-invalidité. Les cotisations que nous avons mentionnées dans la partie du rapport concernant l'assurance-vieillesse couvrent tous les risques de l'assurance obligatoire.

VIII. Evolution de la situation

Tout comme les pensions vieillesse, les pensions invalidité furent bientôt considérées comme insuffisantes,

surtout par suite de la dévalorisation de la monnaie. La deuxième guerre mondiale a également retardé une évolution progressive dans ce domaine. Une amélioration fut cependant apportée au cours de la guerre par l'arrêté du 9 juillet 1941, n° 159, des Secrétaires Généraux des départements des Affaires sociales et des Finances. Dès le 1er juillet 1941, les pensions invalidité furent majorées comme suit :

- un supplément de base de 50 pour cent du montant de la pension (25 pour cent pour les personnes âgées de 65 ans),
- une allocation de 25 pour cent pour les pensionnés mariés et une allocation de 20 pour cent par enfant, avec un maximum de six enfants.

Les frais étaient à la charge de l'Etat.

Après la guerre, il fut jugé indispensable de reviser également l'assurance-invalidité, mais malheureusement, toutes ces mesures ne pouvaient être prises simultanément.

Une mesure transitoire concernant les prestations invalidité complémentaires fut introduite par la loi du 15 juillet 1948, qui entra en vigueur le 1er octobre 1948, et qui entraîna la suppression des suppléments mentionnés ci-dessus.

En vertu de cette loi, les pensions invalidité furent majorées de 100 pour cent pour les pensionnés de moins de 65 ans.

Une allocation familiale de 35 florins par mois fut également accordée pour les pensionnés âgés de moins de 65 ans et

- a) s'ils étaient des hommes mariés,
- b) s'ils étaient des hommes ou des femmes qui avaient été mariés et qui avaient un ou plusieurs enfants de moins de 16 ans à leur charge.

Dans certains cas, des enfants plus âgés étaient assimilés aux enfants de moins de 16 ans s'ils suivaient des études ou étaient invalides.

Les femmes mariées pensionnées pouvaient faire valoir leurs droits à l'allocation familiale seulement si les membres de leur famille étaient à leur charge.

Les frais entraînés par ces nouvelles dispositions étaient assumés par l'Etat.

Plusieurs augmentations ont été effectuées depuis 1943. Chaque pensionné de moins de 65 ans reçoit actuellement 190 pour cent de plus que le montant de la pension invalidité fixée par la loi. L'allocation familiale est de 51 florins par mois. Ces mesures sont provisoires. Une nouvelle assurance-invalidité est à l'étude, mais aucun projet de loi n'a encore été élaboré.

IX. Données statistiques

Loi sur l'assurance-invalidité

Unité : 1.000

31 décembre

Nombre de

	Assurés versant des cotisations		Bénéficiaires de pensions invalidité âgés de moins de 65 ans		Bénéficiaires de pensions invalidité et vieillesse, âgés de 65 ans ou plus		Veuves pensionnées	Orphelins pensionnés ¹
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes		
1924	1.007	503	5	3	32	10	4	6
1929	1.243	619	14	9	65	19	15	12
1934	1.251	646	24	14	92	27	29	14
1939	1.500	741	28	18	113	32	45	15
1944	1.579	725	38	21	127	33	60	24
1949	1.802	775	33	22	144	35	75	37
1954	1.922	849	40	31	182	46	91	37

¹ Toutes les pensions d'orphelin attribuées par suite du décès d'un assuré comptent pour une seule pension.

Unité : Fl. 1.000.000

Année	Cotisations	Contributions ¹ de l'Etat ¹	Intérêt	Prestations	Frais d'adminis- tration
1924	32	2	7	10	3
1929	40	18	16	22	4
1934	36	30	19	31	4
1939	45	18	15	38	4
1944	40	44	24	43	5
1949	58	-	25	52	8
1954	66	-	31	62	12

¹ Y compris les contributions pour l'assurance-vieillesse en vertu de la loi de 1919.

L'EVOLUTION ET LES TENDANCES DE L'ASSURANCE-
VIEILLESSE AUX PAYS-BAS

I. ASSURANCE GENERALE DE VIEILLESSE

A. Antécédents historiques

L'histoire de l'assurance-vieillesse obligatoire remonte à la fin du siècle dernier.

Bases juridiques

Il fut rapidement et généralement reconnu que l'insécurité des moyens d'existence des grandes masses n'était pas justifiée du point de vue social et que le travailleur âgé, après avoir travaillé toute sa vie, ne devait pas être abandonné à son sort. Cette question fut très controversée quant au champ d'application, au système de financement et d'organisation à prévoir dans la réglementation, ainsi qu'au sujet des points suivants :

Cette réglementation devait-elle se borner à la vieillesse ou devait-elle également comprendre l'invalidité et les survivants ?

Devait-elle s'appliquer uniquement aux salariés ou à d'autres groupes, surtout aux travailleurs indépendants ?

Fallait-il concevoir l'assurance sous forme de mesures de prévoyance à financer par l'Etat, ou sous forme d'assurance avec versement de cotisations et, dans ce dernier cas, par qui elles devaient être versées ?

S'agirait-il d'une assurance obligatoire ou facultative ?

L'application serait-elle confiée à des organismes indépendants ou assurée directement par l'Etat ?

Tout ceci a beaucoup retardé l'entrée en vigueur de la législation sociale. Le premier projet déposé en 1905

fut suivi de plusieurs autres projets, mais c'est seulement en 1913 qu'une législation sous forme de loi sur l'assurance-invalidité fut votée en même temps que la loi sur l'assurance-maladie (cette dernière entra seulement en vigueur en 1930).

Ces lois peuvent être considérées comme une tentative d'établir un système de rémunération par lequel le salaire perçu par un travailleur se composerait de deux parties, d'une part une somme qu'il peut emporter chez lui et qui sert à subvenir aux besoins de son ménage et, d'autre part, une somme qui, après avoir été transformée en cotisations, permettra, en cas d'invalidité, ou s'il n'est plus en mesure de travailler par suite de maladie, d'invalidité ou de vieillesse, de lui procurer un revenu provenant de son salaire.

A cet égard, la pension est un salaire différé. Les travailleurs indépendants ne furent pas compris dans la législation, car on estimait qu'une réglementation des revenus qui donnerait droit à des prestations en cas de maladie, d'invalidité et de vieillesse était nécessaire et souhaitable uniquement pour les travailleurs salariés.

L'histoire de l'assurance-vieillesse est étroitement liée à celle d'autres branches d'assurance, notamment l'assurance-maladie, l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents, et on peut difficilement les dissocier.

Les luttes parfois amères du passé ne présentent plus d'intérêt pour nous actuellement.

La loi sur l'assurance-invalidité fut encore modifiée avant d'entrer en vigueur le 3 décembre 1919. Cette loi est encore en vigueur aujourd'hui, sans qu'elle ait subi des changements importants ou fondamentaux depuis lors.

Structure

La loi se fonde sur un principe de droit public.

L'assurance contre les pertes pécuniaires résultant d'invalidité, de vieillesse et de décès (pension de veuve et d'orphelin) est devenue obligatoire pour les travailleurs salariés. Les salariés dont le salaire n'atteint pas un niveau déterminé sont soumis à l'affiliation obligatoire de 14 à 65 ans. Le travailleur et l'employeur sont obligés de remplir une déclaration. La cotisation est versée par les employeurs. Pour les non salariés, la loi sur l'assurance-invalidité fut complétée par la loi sur l'assurance-vieillesse de 1919. Cette loi permettait aux économiquement faibles de souscrire une assurance-vieillesse facultative auprès de l'Etat jusqu'à concurrence d'un montant comparable à celui fixé pour les travailleurs salariés en vertu de la loi sur l'assurance-invalidité. L'Etat se chargeait des frais d'administration, à titre d'encouragement. Il y avait en outre des mesures transitoires qui donnaient droit à une pension de vieillesse gratuite de 3 florins par semaine pour tous les économiquement faibles âgés de 65 ans ou plus, à condition qu'un tel droit ne leur ait pas été accordé par la loi sur l'assurance-invalidité. De plus, pendant un certain nombre d'années, les personnes âgées de 35 à 65 ans avaient la possibilité de bénéficier d'une pension semblable en versant une cotisation peu élevée. Les dépenses occasionnées par ces mesures transitoires étaient à charge de l'Etat. L'application de cette loi est demeurée restreinte. Après quelques années, on a introduit d'autres variantes, mais du type "self-supporting". C'est d'ailleurs le cas pour toutes les nouvelles assurances, depuis 1923. C'est la raison pour

laquelle la loi sur l'assurance-vieillesse de 1919 a perdu son caractère d'assurance sociale pour devenir une assurance ordinaire, même si c'est par l'intermédiaire d'un organisme d'Etat. Aussi, nous n'examinerons pas cette loi de façon plus détaillée.

Organismes d'exécution

L'administration de la loi sur l'assurance-invalidité fut confiée à la Banque d'assurances de l'Etat créée en 1901 et qui était déjà chargée de l'administration de la loi sur l'assurance-accidents avec une décentralisation régionale au moyen des Conseils du Travail. Ces organes ont été créés en 1913 à la suite de l'adoption de la loi sur les conseils ("Radenwet"). Les conseils se composent de représentants des travailleurs et des employeurs. Le Président est nommé par la Couronne. Les Conseils du Travail s'occupent de questions concernant l'obligation d'assurance et le versement des cotisations. Ils reçoivent les demandes de pension et restent en contact avec les assurés. La Banque d'assurances de l'Etat, organe indépendant dont le comité de direction est nommé par la Couronne, fut chargée de la gestion de la caisse de l'assurance-invalidité et de l'attribution et du versement des pensions. Les statuts de la Banque ont été modifiés au mois d'août 1956 et le nom a été remplacé par "Banque des assurances sociales". Les employeurs, les travailleurs et les représentants du gouvernement peuvent s'y faire entendre, car la direction se compose d'un nombre égal de représentants de ces groupes désignés par les organisations patronales, par les organisations ouvrières et par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique.

Les litiges au sujet de décisions prises par la Banque peuvent être soumis au Conseil d'appel et un recours est prévu devant le Conseil Central d'appel. Pour tous détails complémentaires concernant les organismes d'exécution, voir "Accidents du travail et maladies professionnelles".

Champ d'application

En principe, les avantages qui découlent de la loi sont accordés aux travailleurs salariés. Cependant, dès que l'intéressé a souscrit une assurance, il reste affilié et doit continuer à verser les cotisations, quelle que soit sa profession par la suite. Ses droits restent acquis.

La loi sur l'assurance-invalidité contient des dispositions au sujet des prestations accordées en cas d'invalidité, de vieillesse et de décès (pensions de veuves et d'orphelins).

Conditions d'attribution

La pension de vieillesse obligatoire doit être considérée comme le produit d'une réserve prélevée sur le salaire et calculée d'après la somme des cotisations versées. Il n'y a pas de délai de carence.

Age

Chaque assuré a droit à la pension de vieillesse dès qu'il atteint l'âge de 65 ans, quel que soit le nombre de cotisations versées, à condition que l'intéressé ait souscrit l'assurance avant l'âge de 35 ans. En général, l'assurance ne peut plus être souscrite après cet âge. L'âge d'affiliation est le même pour les hommes que pour les femmes.

Durée d'affiliation

Comme il n'y a pas de délai de carence, une seule cotisation peut même donner droit à une pension de vieillesse (forcément très réduite).

Régimes transitoires

Quant l'assurance devint obligatoire, le 3 décembre 1919, un grand nombre de salariés étaient âgés de plus de 35 ans et auraient été exclus de l'assurance si aucune mesure transitoire n'avait été prise. C'est pourquoi il leur a été donné la possibilité de s'affilier jusqu'au 30 juin 1922. Toutefois, ils n'avaient droit qu'à une pension transitoire pour laquelle une cotisation devait être versée pendant 1.248 semaines. Le montant de la pension était calculé selon la même méthode que pour la pension de vieillesse ordinaire. De plus, toute personne affiliée avant le 30 juin 1922 avait droit à une pension transitoire d'un montant fixe de 156 florins par an, à condition d'avoir versé un nombre de cotisations déterminé, en fonction de l'âge de l'assuré au moment de son affiliation. Si deux conjoints avaient droit à cette pension, le montant était fixé à 130 florins par an pour chacun d'eux.

Comme 39 années se sont déjà écoulées depuis le 3 décembre 1919, cette pension a beaucoup perdu de son intérêt.

Montant de la pension

Les pensions ne comportent pas de sommes fixes, mais elles dépendent du montant des cotisations versées. Ce montant se compose d'une somme de base et d'un supplément. La somme de base est calculée d'après le total des cotisations multiplié par 260 et divisé par le nombre de

semaines de la durée de l'affiliation. Le supplément est de 11,2 pour cent du total des cotisations. Un meilleur résultat peut cependant être obtenu en ne tenant pas compte de certaines périodes défavorables. Le maximum est de 334,92 florins par an.

Cumul avec d'autres pensions - ajustement

Aucune disposition n'exclut le cumul avec d'autres pensions.

La loi ne prévoit pas d'ajustement des pensions aux modifications du taux de salaire ou du pouvoir d'achat.

Coordination entre les régimes

Il n'y a pas de coordination avec d'autres régimes.

Financement

En principe, le système de financement appliqué est le système de capitalisation. Les employeurs versent des cotisations pour leurs travailleurs affiliés, âgés de moins de 65 ans, et dont le salaire ne dépasse pas 6.900 florins par an. En 1919, le plafond était de 2.000 florins, et il a été augmenté à plusieurs reprises.

Les assurés doivent verser toute la cotisation si elle n'est pas versée par l'employeur.

Pour les hommes adultes, la cotisation est généralement de 0,60 florin par semaine; pour les femmes adultes, de 0,50 florin par semaine.

Pour les personnes âgées de moins de 21 ans, les cotisations sont réduites proportionnellement.

Evolution de la situation

Il devenait évident que les prestations étaient insuffisantes, surtout par suite de la dépréciation de la monnaie et du cercle trop restreint des assurés. C'est pourquoi il fut décidé de procéder à une révision de l'assurance-vieillesse. Toutefois, ces efforts n'ont pu être poursuivis à cause de la deuxième guerre mondiale.

B. Décret concernant les pensions complémentaires

Au cours de la guerre, une majoration des prestations fut décrétée par les secrétaires généraux des départements des Affaires sociales et des Finances en date du 9 juillet 1941, avec effet à partir du 1er juillet 1941. Il s'agissait des suppléments suivants : un supplément de base de 25 pour cent de la pension de vieillesse, une allocation familiale de 25 pour cent pour les pensionnés mariés et une allocation de 20 pour cent par enfant pour un maximum de six enfants. Ces frais supplémentaires étaient à la charge de l'Etat et étaient prélevés sur la caisse de compensation dont le montant provient des cotisations obligatoires versées par les employeurs.

Le gouvernement qui siégeait à Londres au moment de la guerre avait également étudié des projets de réorganisation de l'assurance-vieillesse dans l'intention de les réaliser le plus tôt possible après les hostilités.

Loi d'urgence sur l'assurance-vieillesse

Lorsque le moment fut venu de réaliser ces projets, après la guerre, il n'était pas possible, par suite de la situation générale du pays, d'envisager rapidement une

nouvelle assurance-vie répondant aux besoins actuels. Cependant, des mesures devaient être prises en faveur des personnes âgées et c'est la raison pour laquelle une loi fut votée le 24 mai 1947 concernant des mesures transitoires de prévoyance en faveur des personnes âgées (loi d'urgence sur l'assurance-vieillesse). Cette loi entra en vigueur le 1er octobre 1947 et, comme son nom l'indique, il s'agissait d'une mesure transitoire de prévoyance pour venir en aide aux personnes âgées.

Structure

Il ne s'agissait pas seulement d'une assurance-vieillesse au sens strict du terme, mais d'une mesure de prévoyance pour laquelle aucune cotisation n'était perçue. Les suppléments versés précédemment, que nous avons mentionnés ci-dessus furent supprimés. Les frais étaient à la charge de l'Etat. L'application de la loi était confiée à la Banque d'assurances de l'Etat et aux Conseils du travail. Les décisions étaient prises par ces derniers et il y avait un droit de recours limité auprès de la Banque d'assurances de l'Etat.

Conditions d'attribution, âge

En principe, chaque résident national de 65 ans ou plus avait droit à des prestations vieillesse. Il n'était donc pas nécessaire d'avoir été un travailleur salarié.

Les prestations étaient versées selon les besoins de l'intéressé. S'il était marié, il recevait plus qu'un célibataire, et le lieu de résidence pouvait également jouer un rôle. Les personnes qui disposaient de revenus

personnels au-delà d'une certaine limite n'avaient pas droit aux prestations. Pour un homme marié, le maximum était de 1.375 florins par an, et pour un célibataire, de 875 florins par an s'il habitait dans une localité de la première catégorie (la plus élevée). Ces plafonds ont été augmentés à plusieurs reprises au cours des dix années où cette loi est restée en vigueur, et étaient fixés en dernier lieu à 2.000 florins et 1.350 florins.

Montant de la pension

Le maximum était fixé individuellement selon le revenu personnel de l'intéressé. Lorsque la loi entra en vigueur, les prestations annuelles étaient d'un maximum de 936 florins pour les personnes mariées et de 528 florins pour les célibataires. Ces sommes ont été majorées graduellement jusqu'à 1.272 florins pour les personnes mariées et 738 florins pour les célibataires. Le total annuel des revenus personnels et des prestations vieillesse ne pouvait dépasser ces montants.

A l'exception de certains cas prévus par conventions, ces prestations n'étaient pas versées aux personnes ne résidant pas aux Pays-Bas.

C. Loi sur l'assurance générale vieillesse

Cette loi provisoire fut remplacée par la loi sur "l'assurance générale vieillesse" du 31 mai 1956, qui fut publiée dans le Journal officiel 281 et qui entra en vigueur le 1er janvier 1957.

Bases juridiques

Cette loi se fonde sur le principe de la responsabilité de l'intéressé. Il est censé prendre lui-même les

dispositions nécessaires en vue de subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille pendant la vieillesse ainsi que pendant la période où il ne disposera plus de revenus. L'expérience a cependant démontré que cette responsabilité n'était pas assumée ou ne pouvait pas être assumée par de nombreux intéressés, et qu'il était du devoir de l'Etat, soucieux de l'intérêt général, de prendre les mesures nécessaires pour que les intéressés s'acquittent de cette obligation. Le meilleur moyen d'atteindre ce but, dans les conditions actuelles, est par l'assurance sociale obligatoire, dont l'intéressé partage également la responsabilité. Le gouvernement déclara notamment à ce sujet : "dans les conditions actuelles, l'idée de responsabilité personnelle des moyens nécessaires à la subsistance pendant la vieillesse ne peut être réalisée avec fruit que par un régime obligatoire d'assurance générale vieillesse". Il était donc du devoir de l'Etat, et ce dans l'intérêt général, d'introduire ce régime d'assurance.

Structure

En principe, l'assurance obligatoire s'applique à tous les habitants, hommes et femmes, quelle que soit leur nationalité. L'assurance s'étend également à certains groupes de personnes qui se trouvent à l'étranger, dont le séjour est considéré comme temporaire et qui appartiennent à la communauté économique néerlandaise.

Quelques groupes de personnes qui résident aux Pays-Bas temporairement ou qui n'appartiennent pas à la communauté économique néerlandaise sont exclus.

En principe, l'assurance est obligatoire. Des cotisations facultatives pour les périodes pendant lesquelles l'intéressé n'était pas affilié peuvent uniquement être

versées par les anciens assurés s'ils ne remplissent plus les conditions prescrites pour l'assurance obligatoire. L'assurance est souscrite dès l'âge de 15 ans. Pour ceux qui étaient déjà âgés de 15 ans au moment de l'entrée en vigueur de la loi, l'assurance prend effet à partir du 1er janvier 1957. L'assurance prend fin lorsque l'intéressé atteint l'âge de 65 ans. Ceux qui avaient déjà 65 ans au 1er janvier 1957 n'ont pu être admis.

Pension de base

La loi prévoit en principe une pension de base égale pour chacun. Les pensions professionnelles et les pensions provenant d'assurances privées sont considérées comme des pensions complémentaires. Il n'y a aucune différence dans le montant de la pension selon le lieu du domicile.

Par suite de l'application de la loi à l'ensemble de la population, il suffit d'enregistrer les exceptions, c'est-à-dire les personnes qui n'ont pas toujours résidé ou travaillé aux Pays-Bas ou bien celles qui sont affiliées sans résider aux Pays-Bas ou les assurés qui ont négligé de verser les cotisations dues.

Les litiges au sujet des décisions concernant cette dernière question, ainsi que l'attribution et le versement de pensions peuvent être soumis aux conseils d'appel et au conseil central d'appel. Le jugement du conseil central d'appel peut faire l'objet d'une révision.

Le système de financement est le système de répartition, non seulement pour des raisons économiques, mais aussi parce qu'un système de capitalisation ne convient pas pour le versement de pensions à valeur nominale variable.

Organismes d'exécution

En principe, l'administration est centralisée. Les cotisations sont perçues par le service des contributions. La Banque des assurances sociales à Amsterdam se charge de l'attribution et du versement des pensions. Cette tâche est également confiée, en partie, aux conseils du travail répartis dans le pays, qui ont chacun leur territoire propre. A cet égard il y a donc une certaine décentralisation. La Caisse assurance-vieillesse est gérée par la Banque des assurances sociales.

Conditions d'attribution, âge

Chaque assuré, quels que soient sa nationalité, son sexe, son domicile ou sa profession, a droit, dès l'âge de 65 ans, à une pension décrétée par la loi et garantie par l'Etat. La pension est inaliénable, elle ne peut être donnée en prêt ou en gage et, dans la limite des frais d'entretien définis par la loi, elle est insaisissable.

La pension pour les femmes mariées est comprise dans la pension attribuée au mari. Si celui-ci n'a pas droit à la pension mais si la femme y a droit, elle perçoit le montant elle-même, comme toute autre personne qui bénéficie d'une pension.

Un homme marié reçoit à l'âge de 65 ans une pension à laquelle tout homme marié a droit, même si la femme est plus jeune que lui.

En règle générale, une femme qui a épousé un homme plus jeune qu'elle n'a pas droit à la pension lorsqu'elle atteint l'âge de 65 ans. Elle y a seulement droit si le mari est à sa charge. Elle reçoit alors le montant attribué aux personnes mariées. Cette pension n'est plus versée dès que le mari a atteint l'âge de 65 ans. Les droits à la

pension s'éteignent en principe à la fin du mois au cours duquel l'intéressé est décédé. S'il était marié, le survivant bénéficie encore de la pension pendant cinq mois ou pendant 11 mois si le survivant n'a pas droit lui-même à une pension.

La pension prend effet le premier jour du mois au cours duquel toutes les conditions requises pour l'attribution de la pension sont remplies, mais la pension ne peut être versée moins d'un an avant le premier jour du mois au cours duquel une demande de pension a été introduite. D'autre part, les montants des pensions qui ne sont pas réclamés trois ans après le premier jour où ils auraient pu être perçus ne sont plus versés.

Montant de la pension

La loi prescrit un montant de la pension pour les personnes mariées et un autre pour les célibataires. En principe, chaque intéressé a droit au montant correspondant à sa catégorie. Une somme est néanmoins déduite pour chacune des années entre la quinzième et la soixante-cinquième année pendant laquelle l'intéressé n'était pas affilié ou pendant laquelle, tout en étant affilié, il a négligé de verser les cotisations. Pour un célibataire, il est fait une déduction de 2 pour cent pour chacune de ces années, pour un homme marié, 1 pour cent par année, et pour une femme mariée 1 pour cent par année.

Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques

Au 1er janvier 1957, la pension maximum était de 846 florins par an pour un célibataire et de 1.404 florins par an pour un homme marié. Ces montants sont ajustés

à l'indice des salaires. Cet ajustement s'effectue par arrêté royal lorsque l'indice des salaires présente un écart moyen d'au moins 3 pour cent pendant six mois consécutifs.

Financement

En principe, les cotisations sont versées par les assurés. Les employeurs ne contribuent pas. Si le revenu des assurés est trop réduit pour qu'une cotisation puisse être exigée, elle est à charge de l'Etat. Aucune cotisation ne doit être versée pour toute partie du revenu au-dessus de 6.900 florins par an. Le taux de la cotisation est de 6 3/4 pour cent, sujet à modification.

Taux des cotisations

Régimes transitoires

Il était nécessaire d'appliquer un régime transitoire à ceux qui avaient déjà atteint l'âge de 15 ans au 1er janvier 1957 ou qui étaient déjà âgés de 65 ans. Cette dernière catégorie ne pouvait même plus être admise. Toutefois, ces mesures transitoires s'appliquent uniquement aux résidents nationaux. Les personnes ayant atteint l'âge de 65 ans le 1er janvier 1957 peuvent bénéficier de la pension après leur cinquante-neuvième année si elles ont séjourné pendant six années, consécutives ou non, aux Pays-Bas, au Surinam, aux Antilles néerlandaise ou en Nouvelle-Guinée néerlandaise.

Les personnes qui n'avaient pas encore 65 ans le 1er janvier 1957 et qui remplissent les conditions ci-dessus ont l'avantage d'être considérées comme affiliées entre l'âge de 15 ans et le 1er janvier 1957.

Les étrangers qui ont séjourné aux Pays-Bas pendant une période minimum de 15 ans ininterrompue ou non après l'âge de 20 ans sont assimilés aux résidents nationaux pendant la durée de leur séjour aux Pays-Bas, à condition d'avoir séjourné sans interruption aux Pays-Bas pendant les cinq dernières années précédant leur soixante-cinquième année . Les mêmes dispositions s'appliquent aux réfugiés, aux termes de la convention signée à Genève le 27 juillet 1951 et concernant le statut des réfugiés.

Aucune modification importante n'a été apportée depuis le peu de temps que cette loi est en vigueur.

Données statistiques

Caisse invalidité et vieillesse

(voir tableaux page suivante)

Unité: Fl. 1.000.000

Année	Valeur au comptant au 31 décembre			
	Investissements	Cotisations à recevoir	Prestations à verser y compris frais d'administration	Obligations de l'Etat
1924	134	415	1.582	1.068
1929	303	500	1.865	1.103
1934	393	504	1.922	1.043
1939	445	569	2.345	1.326
1944	670	583	2.635	1.352
1949	860	870	3.502	1.759
1954	965	890	4.242	2.365

Lois diverses

Année	Prestations en vertu de :			Nombre de bénéficiaires des prestations le 31 déc. en vertu de la loi d'urgence sur l'assurance-vieillesse
	Loi d'urgence assurance-vieillesse	Loi sur les pensions complémentaires aux pensions attribuées en vertu de la loi sur l'assurance-invalidité	Loi sur les allocations familiales pour les bénéficiaires de pensions d'invalidité, de vieillesse et d'orphelins	
	x Fl.1.000.000	xFl.1.000.000	x Fl.1.000.000	x 1.000
1949	147,4	22,8	12,9	300
1950	158,8	24,0	13,1	308
1951	182,4	27,6	15,6	318
1952	197,8	28,7	16,6	332
1953	216,3	28,8	16,1	343
1954	263,6	31,2	17,1	360
1955	277,6	35,0	19,2	369
1956	290,3	35,4	18,9	369

Loi sur l'assurance générale vieillesse

Nombre de pensionnés au 31 décembre 1957 :

738.000, dont 308.000 hommes mariés.

Nombre de personnes âgées de 15 à 64 ans

au 31 décembre 1957 : 6.799.000

Cotisations reçues en 1957 : 842.000.000 florins

Pensions versées en 1957 : 834.000.000 florins.

II. CAISSES DE RETRAITES DES BRANCHES D'INDUSTRIE

A. Antécédents historiques

Le plus souvent, la durée de vie biologique de l'homme ne correspond pas avec sa durée de vie économique.

La plupart des gens vivent plus longtemps que le temps pendant lequel ils peuvent pourvoir à leurs besoins par l'accomplissement de leur travail. Ce fait est la cause du problème des retraites.

Jusqu'à la fin du siècle passé, l'ouvrier qui avait atteint la fin de sa période de vie économique, était, à partir de ce moment entièrement dépendant de la bonne volonté et de l'humanité de son employeur. L'assistance qu'il recevait avait le caractère d'une faveur. Cette situation était en accord avec les relations patriarcales caractéristiques de l'époque avec une majorité de petites entreprises, où un contact personnel vivant, entre employeur et ouvriers, existait encore.

Au vingtième siècle, cet état de chose se transforme peu à peu. A deux points de vue, une évolution s'accomplit graduellement :

- a) insensiblement, la notion se fait jour, que le travailleur qui a accompli son devoir pendant des années a droit à son entretien, même si son temps de service actif est terminé.
- b) Le vingtième siècle assiste à l'avènement de la grande industrie. Le contact personnel entre employeur et travailleur se perd plus ou moins et acquiert un caractère plus anonyme. L'employeur, qui a pris conscience de la notion qu'on vient de mentionner, prend, pour ses ex-travailleurs âgés, des mesures de nature impersonnelle : il associe à son entreprise

une caisse de retraites ou il assure son personnel auprès d'une société d'assurance sur la vie.

En 1913, le législateur pose sous forme de loi le principe suivant lequel la pension doit être accordée comme droit, non comme faveur. En cette année, la loi invalidité est établie, comprenant, outre une assurance-invalidité, également une assurance-vieillesse.

Les pensions de vieillesse accordées par cette loi sont très modestes quant à leur montant (au maximum, un peu plus de f. 300.- par an). C'est la raison pour laquelle maint chefs d'entreprise établit une prévoyance pour la vieillesse sur une base entièrement volontaire. Ce sont principalement les grandes entreprises qui s'y décident.

Pendant la première décennie de ce siècle, nous constatons, dans quelques branches de métiers, la création de caisses de retraites des branches d'industries. Il s'agit d'une caisse au sein d'une branche de métier, où des sommes sont réunies pour des pensions en faveur de ceux qui exercent leur activité dans cette branche de métier (par branche de métier, il faut comprendre l'ensemble des entreprises dans lesquelles le même métier est exercé). Ainsi se forment, en 1929 par exemple, la Caisse de retraites des Arts graphiques et la Caisse de retraites de l'industrie des oignons à fleurs. La création des caisses de retraites des branches d'industries est le résultat de délibérations entre organisations d'employeurs et de travailleurs. La possibilité existe pour un employeur dans la branche de métier de ne pas adhérer à la Caisse de retraites des branches d'industries.

Dans la période située avant le début de la 2e guerre mondiale, seule une petite minorité des ouvriers salariés des Pays-Bas a été incorporée dans une caisse de retraites des

branches d'industries ou d'entreprises. Pour la grande majorité d'entre eux, il n'existe pas d'autre assurance-vieillesse que celle qui dépend de la loi invalidité. Ceci signifie que pour cette dernière catégorie, la venue de la vieillesse entraîne souvent des soucis financiers sérieux. Pendant la 2e guerre mondiale, rien n'est fait par voie législative pour la solution de ce problème, mais après la fin de la guerre, le problème de la prévoyance pour la vieillesse est examiné de manière énergique.

En 1947, le parlement est saisi d'un projet de loi, qui amènera à la loi concernant la participation obligatoire à une caisse de retraites des branches d'industries du 17 mars 1949.

But de la loi

Le but de cette loi est de permettre de rendre obligatoire la participation à une caisse de retraites des branches d'industries pour tous ou certains groupes de personnes exerçant leur activité dans une branche de métier déterminée.

Evolution et tendances

Celui qui veut comprendre la portée générale de la loi et veut examiner pourquoi une partie importante de la prévoyance pour la vieillesse a évolué vers l'assurance par les caisses de retraites des branches d'industrie, se trouve placé devant les questions suivantes :

- I. Pourquoi la création de caisses de retraites des branches d'industries fut-elle jugée utile ?
- II. Pourquoi rendit-on obligatoire la participation à une caisse de retraites des branches d'industries ?

III. Pourquoi cette solution devait-elle se baser sur une loi ?

IV. Pourquoi cette loi entra-t-elle déjà en vigueur avant qu'une prévoyance légale pour la vieillesse fût prévue pour le peuple néerlandais en entier ?

I. Utilité des caisses de retraites des branches d'industries

1) Les caisses de retraites des branches d'industries sont jugées nécessaires en premier lieu, parce que, grâce à elles, on pouvait essayer de rendre dans le domaine social, les conditions de travail dans une branche de métier complète, égales autant que possible dans les différentes entreprises.

2) En second lieu, une assurance de retraites des branches d'industries est jugée nécessaire, parce qu'elle part de l'idée de l'assurance collective. Les membres des entreprises prennent sur eux de rassembler les fonds nécessaires. Seuls ceux qui ont travaillé un nombre déterminé d'années dans une branche de métier, obtiennent une pension. Une caisse de retraites des branches d'industries peut accorder aux plus âgés et aux moins valides une pension plus élevée que s'ils étaient assurés sur une base strictement individuelle.

L'idée de solidarité dans une branche de métier peut en effet amener à ce que les plus jeunes paient plus que la prime individuellement nécessaire pour eux. L'excédent est alors employé en faveur des plus âgés qui paient moins que la prime individuellement nécessaire pour eux.

3) En troisième lieu, le fait suivant lequel on voulait régler les conditions sociales économiques par branche de métier se trouvait entièrement dans la ligne du développement social (voir aussi rapport assurance-maladie).

II. Obligation de participation

Base juridique

La base juridique permettant d'imposer une réglementation de pensions (de même que d'autres conditions de travail) obligatoire, se trouve dans l'intérêt social de ceux qui travaillent dans une branche de métier. Avec la possibilité d'assurance volontaire, le but qui se justifie socialement - une prévoyance pour la vieillesse convenable - est insuffisamment atteint dans beaucoup de branches de métiers. La pratique l'a prouvé. La réalisation de ce but social est considérée comme très importante : en effet, les Néerlandais de 65 ans atteignent en moyenne 79 ans; les femmes néerlandaises atteignent même en moyenne l'âge de 80 ans.

Aux Pays-Bas surtout, il existe donc une différence considérable entre la période de vie biologique et la période économique. Un travailleur a droit, selon l'idée généralement admise, à un salaire minimum équitable. Lorsqu'il n'est plus, par suite de maladie, invalidité ou vieillesse, donc en dehors de sa volonté, en état de participer au processus du travail, il doit cependant recevoir une prestation, qui le mette également, néanmoins dans l'état de pourvoir à son entretien.

L'obligation de participation à une caisse de retraite des branches d'industries peut également être imposée aux employeurs. Il est fait usage de cette possibilité dans relativement peu de cas. Ici aussi, l'intérêt social des intéressés est allégué comme base juridique. Des garanties sont contenues dans la loi, qui tiennent compte des conceptions de ce groupe social.

La possibilité pour un employeur de prendre avantage sur ses collègues en ne donnant pas de pension, est supprimée par une déclaration d'engagement. L'élimination de ce facteur de concurrence est une des raisons pour lesquelles la préférence est donnée à l'assurance par le moyen d'une caisse de retraites des branches d'industries, plutôt qu'à d'autres formes d'assurance.

Un autre avantage de l'assurance par la caisse de retraites des branches d'industries est que, pour le travailleur qui passe d'une entreprise à une autre dans la branche de métier, la même prévoyance en vue de la pension demeure valable.

III. Obligation en vertu de la loi

Depuis 1937 le ministère des Affaires sociales a légalement qualité pour déclarer les dispositions de conventions collectives de travail généralement obligatoires. Cependant, dans les conventions collectives de travail peuvent être réglés exclusivement les conditions de travail des ouvriers. En 1947, il existait des plans pour la création de la caisse de retraites de l'agriculture et l'intention de ces organisations de métiers était originellement que les employeurs soient également obligés à la participation à cette caisse. Cette intention ne put être réalisée par le moyen d'une convention collective du travail. Ceci fut le motif direct du projet de loi pour une participation obligatoire à une caisse de retraites des branches d'industries, qui acquit d'ailleurs une portée générale.

IV. Rapports avec la loi assurance générale vieillesse

Pendant les délibérations sur la loi pour la participation obligatoire à une caisse de retraites des branches d'industries, des plans existaient déjà pour une prévoyance légale générale de la vieillesse, qui engloberait tous les Néerlandais. Les frais de cette prévoyance n'étaient à ce moment pas connus. Cependant le Ministre pouvait déjà déclarer à la Chambre que la loi assurance générale vieillesse procurerait des prestations à une échelle modeste, au vu des charges financières. Il resterait donc place pour des prestations des caisses de retraites des branches d'industries, en plus de celles de la loi assurance générale vieillesse.

Cette dernière loi, entrée en vigueur le 1er janvier 1957 (voir trad. rapport p. 13), procure effectivement seulement une pension de base, c'est-à-dire une pension qui n'est par elle-même pas suffisante pour pouvoir parler d'une vieillesse sans soucis. Il reste donc souhaitable que cette pension soit complétée par les prestations des caisses de retraite des branches d'industries.

Les prestations en vertu de la loi assurance générale vieillesse se montent à f. 1.584.- par an (pour un couple); la plupart des caisses de retraites des branches d'industries accordent des prestations d'environ f. 12.- par année de service; la loi invalidité offre une rente de f. 300.- par an.

Toutes ces prestations débutent, en principe, au moment où l'âge de 65 ans est atteint. Un salarié à la semaine qui a travaillé longtemps dans la même branche de métier (salaire annuel moyen + f. 4.000.-) peut donc atteindre une pension de vieillesse d'une importance d'environ 60% du salaire brut.

Pension loi assurance générale vieillesse	f. 1.584.--
pension caisse de retraites branches industries	+ f. 520.--
rente loi invalidité	+ f. 300.--
	<hr/>
60% de f. 4.000.--	f. 2.404.--

B. Développement dernière décennie

Comme les préparatifs pour une loi assurance générale vieillesse n'étaient pas encore terminés en 1947, cette année déjà, la loi d'urgence prévoyance vieillesse fut établie en faveur des vieillards. (voir trad. rapport p. 11).

Les frais provenant de cette loi étaient entièrement payés par la caisse de l'Etat. Suivant cette loi, les revenus propres de l'ayant droit à la pension (sauf un petit montant), étaient cependant portés pour la moitié en défalcation de la prestation légale. Quoique cette disposition constituât un frein à la création de caisses de retraites des branches d'industries, un vigoureux développement eut lieu entre 1947 et 1957. Dans cette période, pas moins de 22 caisses de retraites des branches d'industries obligatoires furent constituées.

Le 1er janvier 1957, la loi assurance générale vieillesse, comme il a déjà été dit, entra en vigueur (et la loi d'urgence fut abrogée). La nouvelle loi ne contenait pas de disposition de défalcation. De ce fait, les caisses de retraites des branches d'industries se multiplièrent fortement.

Au cours de 1957, 9 caisses de retraites des branches d'industries furent créées, où la participation est établie obligatoirement. Ce développement n'est pas encore terminé (voir pour les caisses de retraites des branches d'industries annexe I).

Liberté et dépendance

Autorité - secteur industriel

La création d'une caisse de retraites des branches d'industries a lieu volontairement; employeurs et travailleurs peuvent décider d'un commun accord de passer à la création. Ils fixent eux-mêmes le contenu des règlements et statuts de la caisse.

Il est jugé souhaitable que la majorité des membres des entreprises qui veulent passer à la création puisse faire des règlements obligatoires pour tous les membres des entreprises. Il faudrait pouvoir supprimer la possibilité que quelques chefs d'entreprises puissent prendre avantage sur leurs collègues de la branche en ne donnant pas de pension.

En tenant compte également de l'intérêt social d'une prévoyance pour la pension des ouvriers, il fallait donc que la possibilité soit créée d'imposer la participation obligatoire à une caisse de retraites des branches d'industries, fondée volontairement.

Selon le projet de loi primitif, le ministre pouvait, de par ses fonctions, rendre la participation à la caisse de retraites des branches d'industries obligatoire. Une opposition s'est élevée. L'initiative devait rester au secteur industriel. Cette opposition eut du succès. Le Ministre des Affaires sociales ne peut à présent rendre la participation à une caisse de retraites des branches d'industries obligatoire dans une branche de métier, pour tous ou pour des groupes déterminés de membres des entreprises, que sur demande d'une représentation du secteur industriel suffisamment représentative à son avis.

Toutes les personnes appartenant aux groupes soumis à l'obligation doivent observer les dispositions des statuts et règlements de la caisse de retraites des branches d'industries soumise à l'obligation. Cette obligation peut, également en ce qui concerne la prime, être exigée de droit. Quoique l'initiative ne vienne plus du ministre, il peut écarter la demande d'obligation, s'il est d'avis que l'obligation ne doit pas rester limitée aux groupes du secteur industriel mentionnés dans la demande.

Par contre, dans des cas déterminés, une demande de mise en obligation sera écartée. C'est le cas par exemple, si le Ministre des Affaires sociales a des objections contre le projet financier de la caisse, si les intérêts des participants ne sont pas suffisamment garantis dans les statuts et règlements, ou si la caisse n'a pas de personnalité juridique.

Importance des caisses de retraites des branches d'industrie

a) Actuellement la moitié environ des salariés masculins néerlandais entre 16 et 65 ans est assurée auprès des caisses de retraites des branches d'industries. En outre, environ 28% de tous les salariés masculins dépendent d'une réglementation de pensions prise par les entreprises.

Pour les fonctionnaires, la loi pension 1922 est valable.

Il peut être établi que pour environ 20% des salariés masculins néerlandais, il n'existe pas encore d'autre prévoyance de vieillesse que la loi assurance générale vieillesse et la loi invalidité. Quelques députés ont demandé au Ministre si pour ce "reste" (20%) une caisse de retraites des branches d'industries

devait être créée. Le Ministre a répondu qu'il ne croit pas qu'il y ait lieu de le faire pour le moment. Il veut, étant donné le développement favorable des caisses de retraites des branches d'industries, laisser le développement de l'initiative au secteur industriel.

- b) Le capital investi des caisses de retraites des branches d'industries réunies se monte actuellement (mars 1959) à environ f. 2.- milliards. Largement la moitié est mise à la disposition du gouvernement. Une partie importante de celle-ci est destinée par le gouvernement au financement de la construction de logements (voir pour investissements annexe II).

Structure

Participent donc à une caisse tous ceux qui en ont l'obligation. Le plus souvent, ce sont les travailleurs (masculins) dans la branche de métier, qui ont moins de 65 ans. La direction de la caisse de retraites des branches d'industries est formée par des représentants d'associations professionnelles d'employeurs et de travailleurs. L'idée que c'est le secteur industriel et non l'autorité, qui doit lui-même autant que possible prendre soin de l'application de réglementations sociales, est généralement admise dans les Pays-Bas. La loi prescrit que les représentants des employeurs et des travailleurs siègent en nombre égal à la direction.

Le gouvernement exerce cependant une surveillance. Annuellement, les caisses de retraites des branches d'industries doivent publier un rapport détaillé à la Chambre d'assurances, organisme officiel (qui exerce aussi une surveillance sur les sociétés d'assurance sur la vie).

Le gouvernement suit aussi à un autre point de vue l'activité des caisses de retraites des branches d'industries. Car s'il est vrai que la direction fixe le contenu des statuts et règlements, celui-ci doit être approuvé par le ministre.

Champ d'application

En principe, la prévoyance pour les pensions vaut pour tous les travailleurs de moins de 65 ans. Dans certaines branches de métiers les travailleurs sont cependant déjà pensionnés à un âge moins avancé. Les marins reçoivent par exemple leur pension à l'âge de 60 ans et les mineurs de fond dès l'âge de 55 ans.

La direction d'une caisse de retraites des branches d'industries tiendra compte de la situation spéciale dans une branche de métier déterminée en établissant la réglementation des pensions. Ceci est possible justement parce que l'assurance des retraites est réglée par branche de métier.

Même si la participation à une caisse de retraites des branches d'industries est obligatoire, certains membres d'entreprises peuvent cependant rester en dehors de la caisse. Ils peuvent notamment être exempts de l'obligation de participation

- a) s'ils ont des objections de conscience contre toute forme d'assurance;
- b) si un système de retraites de valeur égale a déjà été établi pour eux.
- a) Ceux qui ont des objections de conscience contre toute forme d'assurance peuvent être libérés de l'obligation de participation, à condition qu'il soit avéré qu'ils n'ont assuré ni eux-mêmes, ni quelqu'un d'autre, ni leurs propriétés. Dans ce cas,

ils doivent payer des contributions d'épargne égales à la prime d'assurance.

D'une part, le législateur a voulu aller au devant d'objections de principe - comme dans d'autres lois d'assurances sociales - mais d'autre part, il n'a pas voulu rompre l'égalité des charges financières pour les membres des entreprises.

- b) Dans bien des entreprises il existait déjà une prévoyance de retraite longtemps avant qu'une caisse de retraite des branches d'industries fut créée dans la branche de métier intéressée. Le législateur n'a pas voulu abolir le travail de ces pionniers. Pour pouvoir réclamer, sur la base d'une telle prévoyance, la libération de l'obligation de participation à la caisse de retraites des branches d'industries, la prévoyance particulière doit cependant avoir été établie à temps et accorder des droits qui soient au moins de même valeur que ceux de la caisse de retraite des branches d'industries.

Si la direction de la caisse de retraites des branches d'industries devait accorder la libération sur la base de toute prévoyance - sans égard pour la date où elle a été établie - la possibilité serait trop grande pour que les risques favorables lui échappent et qu'elle soit chargée des risques défavorables. De là l'exigence que la libération ne doit pouvoir être donnée que si la prévoyance particulière existait déjà 6 mois avant que la demande de mise en obligation soit introduite auprès du ministre.

La condition des droits de même valeur est posée parce qu'on veut prévenir que des ouvriers, pour qui la prévoyance particulière est valable, ne reçoivent pas moins que s'ils participent à la caisse de retraite des branches d'industries.

Les prestations fournies par la caisse de retraites des branches d'industries représentent un minimum général dans la branche de métier.

Si un employeur libéré maintenait ses ouvriers assurés en-dessous du niveau minimum, il devrait peut-être justement à cause de cela payer moins de prime que ses collègues qui versent des primes à la caisse pour leurs ouvriers. Ceci pourrait aboutir à la concurrence déloyale.

La prévoyance particulière de retraite, sur la base de laquelle la libération peut être obtenue doit satisfaire à toutes sortes d'exigences légales, établies par la loi d'épargne et de retraite de 1952. Le but de cette loi (qui vaut aussi pour les caisses de retraites des branches d'industries) est de créer des garanties pour que les promesses de retraites faites par les employeurs à leurs ouvriers soient réalisées et que des déceptions soient évitées au moment de la retraite.

La loi exige que l'argent pour les prestations des retraites soit séparé du capital de l'entreprise. Lorsque ceci n'était pas le cas, les ouvriers en ont été la dupe dans plus d'une entreprise.

En outre, la loi déclare que les ouvriers qui quittent l'entreprise ou la branche de métier avant l'âge légal de la retraite, ont droit à une pension différée libre de prime (voir pour les assurés annexe III).

Montant de la pension

Les caisses peuvent accorder des droits à la pension de vieillesse, la pension veuve et orphelin et la pension d'invalidité.

Chaque caisse assure une pension de vieillesse; auprès de beaucoup de caisses, il existe en outre la prévoyance pour les veuves et orphelins; seules quelques caisses versent une pension d'invalidité (voir pour prestations, annexe IV).

De nombreuses caisses exigent les primes aussi pendant la période de maladie et accordent l'exemption du paiement de la prime durant l'invalidité. Pourquoi ? La loi d'assurance générale vieillesse ne donne qu'une pension de base. Avant d'atteindre l'âge légal de la pension, l'assuré doit donc cumuler des contributions supérieures à celles de la pension de base. Si ces contributions cessent durant la maladie ou l'invalidité, la prévoyance de la retraite s'avère insuffisante pour le pensionné, ce qui doit être évité si possible.

Les conditions de travail sont meilleures dans une branche de métier que dans l'autre. Les primes, payées ou qui peuvent être payées dans les différentes branches de métier, diffèrent passablement. Il existe des caisses qui exigent de chaque participant f. 104.- par an (f. 2.- par semaine par assuré), mais aussi des caisses qui exigent f. 1.004.- par an par participant (16% d'un salaire de f. 6.900.-). Une prime d'environ f. 3,50 par semaine par assuré est fréquente.

Il apparaît clairement de ceci que les prestations des différentes caisses diffèrent également. Des salariés à la semaine reçoivent souvent une pension d'environ f. 12.- à f. 15.- pour chaque année passée dans la branche

de métier. Dans certaines caisses les prestations sont proportionnées au salaire reçu et au temps de service; dans d'autres caisses la pension dépend seulement du temps de service passé dans la branche de métier.

Cumul avec d'autres pensions

Une règle générale pour prévenir le cumul peu souhaitable n'existe pas. Certaines caisses ont décidé que, lorsque la pension de la caisse de retraites des branches d'industries, augmentée des prestations dues à une loi d'assurances sociales (loi invalidité, accidents, loi assurance générale vieillesse) se monte à plus de 70% (ou 80%) du dernier salaire reçu par l'assuré, l'excédent est soustrait de la prestation de la caisse de retraites des branches d'industries.

Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques

Les caisses de retraites des branches d'industries doivent être financées en vertu d'instructions légales selon le système de couverture du capital.

La surface de base est jugée trop faible pour le financement selon le système de compensation (voir plus loin financement).

Les caisses de retraites des branches d'industries ont promis des prestations nominales. A la suite de la dévaluation monétaire, qui intervint durant les dernières décennies, beaucoup ont déjà exprimé le voeu de prestations de valeur stable. Le Ministre des Affaires sociales a institué en 1958 une commission dans le but d'étudier ce problème. Momentanément la commission n'a pas encore terminé son étude.

La loi d'assurance générale vieillesse, financée selon le système de compensation, donne des prestations de valeur stable (voir rapport), contrairement aux caisses de retraites des branches d'industries. De nombreuses caisses de retraites des branches d'industries ont bien régulièrement augmenté le montant des primes et des prestations. Cette augmentation se produit automatiquement, quand la prime est exprimée en pourcentage du salaire. Une telle augmentation offre bien une solution pour le "coming-service", mais pas pour le "back-service". Une solution partielle est cherchée par certaines caisses dans l'investissement dans des parts et des biens immobiliers. Ces investissements tendent à augmenter de valeur en périodes de dévaluation. (Nous laissons de côté ici les complications liées au problème de l'investissement). Certaines caisses ont fait des réserves et accordent là-dessus des augmentations aux pensions "sortantes" quand celles-ci par suite de la dévaluation ont baissé, non pas nominalemment, mais réellement.

Coordination entre les régimes

Au cours de l'élaboration des règlements des caisses de retraites des branches d'industries, il a été largement tenu compte de la loi assurance générale vieillesse. Les cumuls indésirables de prestations sont prévenus dans différents cas (voir ci-dessus). Dans la plus grande partie des cas, il est également tenu compte qu'en 1960 la loi générale veuves et orphelins entrera probablement en vigueur. Cette loi est, pour le moment encore, à l'étude au parlement.

Quand un ouvrier passe d'une branche de métier à une autre, il peut chaque fois être admis à une autre caisse de retraites des branches d'industries. Auprès de chaque caisse qu'il quitte, il a pu acquérir des droits libres de prime. Afin d'éviter qu'il reçoive des prestations de différentes caisses de retraites des branches d'industries, ces caisses ont conclu un accord pour la coordination des prestations.

La caisse auprès de laquelle l'ayant droit à la pension était assuré en dernier lieu, paie, en même temps au nom de toutes les autres caisses, auprès desquelles il était assuré précédemment. Les caisses règlent les prestations réciproquement entre elles.

Financement

Ainsi qu'il est déjà mentionné ci-dessus (sous ajustement des pensions), les caisses de retraites des branches d'industries sont financées selon le système de couverture du capital. La loi le prescrit.

Si une branche de métier venait à se rétrécir ou à disparaître, le système de compensation conduirait à des conséquences fatales pour les pensionnés.

Cotisations

La prime est parfois un montant fixe par semaine, parfois un pourcentage du salaire. La plupart des caisses se servent d'une prime, dite prime-moyenne, c'est-à-dire que chaque assuré reçoit pour un montant de prime égal, une prestation égale, sans qu'il soit tenu compte de l'âge de l'assuré à la date du versement. Ceci signifie qu'un jeune assuré paie plus qu'il n'est nécessaire pour le droit qu'il a acquis. A l'égard d'un vieil assuré le

contraire est valable. L'excédent sur l'assurance des hommes jeunes compense le déficit sur l'assurance des hommes âgés. Le total des assurances ne doit naturellement pas détruire l'équilibre financier. C'est surtout sur ce point que veille la Chambre d'assurances.

Pour justifier le système de la prime moyenne on invoque que dans de nombreux cas c'est seulement suivant ce système que les assurés plus âgés peuvent obtenir une pension encore quelque peu convenable. Ceci ne serait pas possible s'ils recevaient comme prestation seulement la contrepartie de leur prime individuelle.

Avant la création de la caisse, il n'existait (en général) pour eux pas de prévoyance de retraite. Ceci n'était pas leur faute. Cependant, comme il n'existait pas pour eux de prévoyance de retraite, les produits fabriqués par eux étaient (aussi) meilleur marché qu'ils n'auraient dû l'être (notamment s'ils avaient été assurés).

Ce déficit social, dont la communauté profitait dans le sens économique, est actuellement recueilli par les jeunes membres de la communauté. On admet que lorsqu'ils auront vieilli, ceux qui seront jeunes dans la branche de métier, paieront aussi pour eux.

Le montant de la prime varie de caisse à caisse, comme il a été dit, une prime hebdomadaire d'environ f. 3,50 est d'usage pour des salariés à la semaine. Le personnel administratif et de direction n'est en général pas admis dans les caisses de retraites des branches d'industries. Sur demande, il peut cependant s'assurer volontairement auprès de la caisse de retraite des branches d'industries obligatoire dans la branche de métier où il travaille.

Le gouvernement ne garantit pas les prestations des caisses de retraites des branches d'industries et ne fournit pas non plus de contributions en principe. Les primes proviennent entièrement du secteur industriel. (voir pour les primes annexe V).

ANNEXE I

Caisses de retraites des branches d'industries

<u>Nom</u>	<u>Année de la mise en obligation</u>
1. Fondation Caisse de Retraites de l'agriculture	1949
2. Fondation Caisse de Retraites de la métallurgie	1949
3. Fondation Caisse de Retraites de la petite métallurgie	1950
4. Fondation "La Coopération", Caisse de Retraites de la boucherie	1951
5. Fondation Caisse de Retraites Santé publique et Travail social	1950
6. Fondation Caisse de Retraites de l'industrie néerlandaise du cuir	1951
7. Fondation Caisse de Retraites de la gypserie et peinture	1951
8. Fondation Caisse de Retraites de l'industrie textile de la Twente et de la Gueldre	1952
9. Fondation Caisse de Retraites centrale de l'industrie textile néerlandaise	1952
10. Fondation Caisse de Retraites du bâtiment	1951

<u>Nom</u>	<u>Année de la mise en obligation</u>
11. Fondation Caisse générale de Retraites de l'industrie lainière de Tilburg	1952
12. Fondation Caisse de Retraites du commerce du bois	1952
13. Fondation Caisse de Retraites de la boulangerie	1953
14. Fondation Caisse de Retraites des clercs de notaires	1955
15. Fondation Caisse générale de Retraites de la chaussure	1954
16. Fondation Caisse de Retraites pour les employés de la chaussure	1954
17. Fondation Caisse de Retraites des arts graphiques	1955
18. Fondation Caisse de Retraites de la marine marchande	1954
19. Fondation Caisse de Retraites pour l'industrie du meuble et l'ameublement	1955
20. Fondation Caisse de Retraites de l'industrie des oignons à fleurs	1957
21. Fondation Caisse de Retraites de l'industrie de la viande	1956

<u>Nom</u>	<u>Année de la mise en obligation</u>
22. Fondation Caisse de Retraites du dragage	1957
23. Fondation Caisse de Retraites de la briqueterie	1957
24. Fondation Caisse de Retraites de l'industrie du béton	1957
25. Fondation Caisse de Retraites de la tuilerie et des industries du grès et de la pierre d'ornement	1957
26. Fondation Caisse de Retraites de la boissellerie et de la broserie	1957
27. Fondation Caisse générale de Retraites des assistants pharmaciens	1957
28. Fondation Caisse générale de Retraites de la confection	1958
29. Fondation Caisse de Retraites de l'emballage en bois	1957
30. Fondation Caisse de Retraites du film et du cinéma	1958
31. Fondation Caisse de Retraites des bureaux d'architectes	1958
32. Fondation Caisse de Retraites du commerce de matériaux de construction	1958

ANNEXE II

A. Investissements totaux des Caisses de retraites des branches d'industries

	Valeur de balance en milliers de florins 1956	en o/oo du total 1956
Propriétés immobilières	116.920	85
Hypothèques	196.053	142
Effets	376.180	273
Emprunts sur reconnaissances de dettes	612.537	444
Autres investissements	72.487	53
Reste des investissements	4.672	3
Total de tous les investissements	<u>1.378.849</u>	<u>1.000</u>

ANNEXE II (Suite)

B. Rendement des investissements des Caisses de retraites des branches d'industries

	Intérêt reçu en mil- liers de florins			Pourcentage de l'intérêt moyen		
	1954	1955	1956	1954	1955	1956
Propriétés immo- bilières	2.318	2.983	3.837	4,13	3,39	4,03
Hypothèques	4.038	4.946	6.412	3,93	3,84	3,83
Effets	9.189	12.756	14.452	3,35	4,01	4,24
Emprunts sur recon- naissances de dettes	15.053	17.812	20.548	3,82	3,76	3,74
Autres investis- sements	2.309	2.442	2.556	3,51	3,50	3,53
Reste des inves- tisements	563	98	71	2,35	0,97	1,09
	<u>33.470</u>	<u>41.037</u>	<u>47.836</u>	3,80	3,81	3,88
Moins : Intérêts passifs	721	3.646	2.870	1,93	2,68	2,96
Plus : Reste des actifs	<u>48</u>	<u>5.530</u>	<u>5.586</u>	0,90	3,42	3,36
Rendement de tous les investisse- ments	32.797	42.921	50.612	3,86	3,89	3,89

La marge entre l'intérêt moyen et l'intérêt moyen employé pour calculer la réserve mathématique est donc pour

$$\begin{aligned}
 & 1954 \quad 3,86\% - 3,11\% = 0,75\% \\
 & 1955 \quad 3,89\% - 3,27\% = 0,62\% \\
 & \text{et } 1956 \quad 3,89\% - 3,31\% = 0,58\%
 \end{aligned}$$

ANNEXE II (Suite)

C. Crédit gouvernemental fourni par les caisses de retraites des branches d'industries

	Valeur de la balance en milliers de florins		
	1954	1955	1956
Effets	104.857	144.550	246.637
Emprunts sur reconnaissances de dettes	230.782	276.706	408.250
Autres investissements	72.184	69.410	70.015
Total crédit gouvernemental	407.823	490.666	724.902

Financement de l'industrie par les Caisses de retraites des branches d'industries

	Valeur de la balance en milliers de florins		
	1954	1955	1956
Parts	3.191	4.509	46.432
Obligations	2.456	3.678	6.555
Emprunts sur reconnaissances de dettes	16.005	21.076	45.457
Autres investissements	-	-	-
Total destiné au financement de l'industrie	21.652	29.263	98.444

Les sommes investies dans des valeurs gouvernementales et industrielles constituèrent en 1956, respectivement 53 et 7% du total des investissements des caisses de retraites des branches d'industries.

ANNEXE III

Assurés des Caisses de retraites des branches d'industries

	Nombre d'assurés			en o/oo du total		
	1954	1955	1956	1954	1955	1956
Assurés pour lesquels il est contribué	863.100	878.149	899.082	638	587	553
Assurés ayant droit à l'exemption des primes						
Pensions de vieillesse	425.463	543.097	640.184	315	363	394
Veuves de participants décédés ayant droit à la pension différée exemptée de prime	327	385	221	-	-	-
Bénéficiaires de pension recevant :						
Pension de vieillesse	42.612	51.175	59.781	31	34	37
Pension d'invalidité	5.757	6.307	6.762	4	4	4
Pension de veuve	10.255	11.746	13.427	8	8	8
Pension d'orphelin	5.027	5.576	6.044	4	4	4
Total	1.352.541	1.496.435	1.625.501	1.000	1.000	1.000

ANNEXE IV

Prestations des caisses de retraites des branches
d'industries

en milliers de florins

	1954	1955	1956
Pensions de vieillesse	18.662	21.843	24.639
Pensions d'invalidité	1.159	1.437	1.625
Pensions pour famille	2.646	3.308	3.907
Capital et autres prestations	948	1.340	2.216
Total des prestations	23.415	27.928	32.387

ANNEXE V

Primes reçues par les caisses de retraites des branches
d'industries

	en milliers de florins		
	1954	1955	1956
Primes périodiques employeurs	83.042	87.369	100.005
Primes périodiques ouvriers	66.057	72.392	79.165
Rachats employeurs	1.939	479	2.728
Rachats ouvriers	72	67	79
Primes non spécifiées	1.410	7.656	1.795
Total des primes reçues	152.520	167.963	183.772

L'EVOLUTION ET LES TENDANCES DE L'ASSURANCE-DECES

(RENTES)

I. Antécédents historiques

L'assurance obligatoire contre les pertes pécuniaires occasionnées par le décès (rentes) est régie par la même loi que l'assurance-vieillesse et l'assurance-invalidité. Pour les antécédents historiques de cette branche d'assurance, on peut également se référer à l'assurance-vieillesse. Cette remarque se rapporte également à la "structure" et au "champ d'application".

Nous nous contenterons de préciser que dans la loi sur l'assurance-invalidité telle qu'elle se présentait en 1913, aucune disposition ne prévoyait une prestation à la veuve de l'assuré.

Cela n'était pas dû à des objections de principe contre l'attribution d'une pension de veuve, mais à des raisons d'ordre financier. L'introduction d'une pension de veuve aurait considérablement augmenté la contribution de l'Etat et aurait entraîné une augmentation sensible des cotisations. On estimait, qu'en cas de décès du mari, la femme qui avait des enfants en bas âge à sa charge avait surtout besoin d'aide. Toutefois, on considérait généralement qu'une veuve sans enfant était en mesure de subvenir à ses besoins. Beaucoup d'espoirs furent mis dans la pension d'orphelin. Elle était non seulement considérée comme une mesure de prévoyance pour les survivants, mais aussi comme une mesure préventive contre l'abandon physique et moral des enfants, la mortalité infantile, l'abstention scolaire, etc., ce qui, dans la plupart des cas, est provoqué ou encouragé par la pauvreté.

En 1919, le gouvernement estima que les frais supplémentaires d'une pension de veuve étaient compensés par les grands avantages qui pouvaient être obtenus. L'une des modifications apportées à la loi sur l'invalidité avant son entrée en vigueur consista alors à accorder une pension de veuve.

Champ d'application

En principe, une pension de veuve est accordée à la veuve de l'assuré à condition que le mariage ait eu lieu avant la soixantième année de l'assuré et avant qu'une pension d'invalidité lui ait été accordée. Lorsque la loi entra en vigueur, aucune prestation de veuve n'était attribuée si les conjoints étaient séparés de corps et de biens en vertu d'un jugement. En cas de remariage, la veuve n'avait plus droit à la pension de veuve attribuée par suite du décès de son premier mari. En vertu de la loi du 11 juillet 1957, par laquelle la loi sur l'assurance-invalidité a été modifiée, une pension de veuve peut être attribuée, avec effet à partir du 1er septembre 1957, même en cas de séparation de corps et de biens. En ce qui concerne le remariage, les dispositions sont devenues moins strictes en ce sens qu'après le remariage la pension n'est pas accordée pendant la durée du second mariage. De sorte que si le second mariage prend fin, la femme peut en principe bénéficier d'une pension de veuve provenant de l'assurance du premier mari décédé.

Les enfants légitimes de l'époux décédé, affilié conformément à la loi, ont droit à une pension d'orphelin. Si le défunt n'était pas assuré mais si son épouse, mère de ses enfants, était assurée, une pension peut être accordée en vertu de son assurance.

S'ils étaient assurés tous les deux, une pension d'orphelin peut être accordée en vertu de l'assurance qui donne lieu à la pension la plus élevée. Même après le décès de l'épouse assurée, ses enfants peuvent bénéficier d'une pension d'orphelin à condition d'être orphelins de père et d'avoir été à charge de leur mère.

Les mêmes dispositions s'appliquent aux enfants naturels de la mère. En cas de décès du père et de la mère, une pension d'orphelin peut être accordée en vertu de leurs deux assurances réunies.

Les enfants adoptifs ont également droit à une pension d'orphelin en cas de décès du père adoptif ou de la mère adoptive, affiliés obligatoires, à condition que les enfants aient été à charge de l'un d'eux, au sein de leur famille, pendant l'année précédant le décès de l'assuré et qu'ils aient été privés de soutien de famille lors de son décès.

Conditions d'attribution et âge

Une veuve peut bénéficier d'une pension de veuve en vertu de l'assurance de l'époux décédé :

si elle a atteint l'âge de 60 ans ou

si elle souffre d'invalidité permanente au sens de la loi.

Est invalide celui qui, par suite de maladie ou d'infirmité, est incapable de gagner, grâce à un travail qui lui convient, compte tenu de ses forces, de ses capacités, de sa formation et de son ancienne profession, qu'il effectue actuellement ou qu'il a effectué en dernier lieu, ou un travail de même nature, le tiers de ce qu'un travailleur sain de corps et d'esprit et ayant bénéficié d'une formation analogue gagne habituellement en rémunération de travaux analogues.

Il y a invalidité permanente lorsque l'intéressé ne peut espérer une amélioration de sa capacité de travail telle qu'il cesserait d'être invalide.

Durée d'affiliation

Jusqu'au moment de son décès, l'assuré doit avoir bénéficié d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse et doit avoir versé des cotisations pendant au moins quarante semaines.

Age

Les enfants mentionnés ci-dessus ont droit à une pension d'orphelin s'ils sont âgés de moins de seize ans lors du décès de la personne dont l'assurance leur donne droit à la pension.

La limite d'âge était fixée à quatorze ans jusqu'au 1er octobre 1948.

Durée d'affiliation

L'assuré dont l'assurance peut donner droit à une pension doit avoir bénéficié d'une pension d'invalidité et doit avoir versé des cotisations pendant quarante semaines.

Montant de la pension

Le montant de la pension de veuve est de six cinquièmes du montant de base de la pension d'invalidité dont bénéficiait le défunt ou dont il aurait bénéficié si cette pension lui avait été attribuée lors de son décès.

Avant le 1er septembre 1957, on se basait toujours sur l'assurance du dernier conjoint survivant. Depuis

cette date, une pension de veuve peut résulter du chef de plusieurs époux décédés successivement. Dans ce cas, seule la pension la plus élevée est accordée. Le montant de la pension d'orphelin est calculé de la même façon. Le nombre d'enfants n'intervient pas. Le montant est calculé uniquement d'après l'assurance qui donne droit à la pension et est versé intégralement jusqu'à ce que l'enfant le plus jeune ait atteint l'âge auquel le droit à la pension d'orphelin s'éteint.

Cumul avec d'autres pensions

Avant le 1er septembre 1957, une veuve bénéficiant d'une pension de veuve pouvait continuer à bénéficier de cette pension en cas de remariage. En cas de décès du second conjoint, une seconde pension de veuve pouvait lui être attribuée.

Depuis l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions de la loi, le 1er septembre 1957, il n'est plus possible d'attribuer deux pensions de veuve ou plus, mais uniquement la pension la plus élevée. L'intéressée ne peut bénéficier d'une pension de veuve pendant le mariage.

En cas d'attribution d'une pension de veuve et d'orphelin provenant de la même assurance, le montant total perçu ne peut dépasser celui de la pension d'invalidité dont l'assuré bénéficiait ou dont il aurait bénéficié si elle lui avait été accordée lors de son décès. Dans ce cas, les deux pensions sont proportionnellement réduites.

Coordination entre les régimes

Il n'y a pas de coordination avec d'autres régimes.

Financement

Il n'y a pas de cotisation spéciale à verser pour l'assurance-décès. Les cotisations versées pour l'assurance-vieillesse, que nous avons indiquées dans le rapport au sujet de l'assurance-vieillesse, s'appliquent à tous les risques garantis par l'assurance.

Evolution de la situation

Nous rappelons ici ce qui a été dit au sujet de la pension vieillesse et de la pension d'invalidité. C'est également par l'arrêté n° 159 du 9 juillet 1941 des Secrétaires Généraux des Départements des affaires sociales et des finances que les prestations versées furent augmentées pour la première fois, comme ce fut le cas pour les pensions de vieillesse et d'invalidité. Les pensions de veuve furent majorées de 50 pour cent à partir du 1er juillet 1941. Le montant de base de la pension d'orphelin fut également augmenté de 50 pour cent. S'il y avait plus de trois enfants, l'allocation supplémentaire était majorée de 25 pour cent par enfant pour plus de deux enfants, mais pour un maximum de quatre enfants.

En cas de cumul de la pension de veuve et de la pension d'orphelin, l'allocation pour les enfants était de 25 pour cent par enfant avec un maximum de six enfants.

Ces allocations ont été supprimées lors de l'entrée en vigueur de la loi du 15 juillet 1948, n° I.308 sur les pensions complémentaires à accorder en vertu de la loi sur l'invalidité du 1er octobre 1948. Les pensions d'orphelin furent remplacées par les allocations familiales en vertu de la loi sur les allocations familiales attribuées aux bénéficiaires de pensions d'invalidité, de vieillesse et d'orphelin.

Nous avons examiné cette loi dans le rapport concernant les allocations familiales.

Les pensions de veuve ont été majorées de 100 pour cent à partir du 1er octobre 1948 pour les bénéficiaires âgées de moins de 65 ans. Après 1948, ces pensions ont également été augmentées à plusieurs reprises pour tenir compte du renchérissement du coût de la vie, comme ce fut le cas pour les pensions d'invalidité. Chaque bénéficiaire d'une pension de veuve âgée de moins de 65 ans perçoit actuellement 190 pour cent de plus que le montant de la pension fixée par la loi.

Elle peut également faire valoir ses droits à une allocation familiale de 35 florins par mois, qui a été portée à 51 florins par mois après une série d'augmentations si elle a des enfants de moins de seize ans.

Dans certains cas, des enfants plus âgés sont assimilés aux enfants de moins de seize ans, notamment s'ils font des études ou s'ils sont invalides. Les frais sont à charge de l'Etat.

Les mesures indiquées ci-dessus sont des mesures temporaires.

Voir texte "Loi d'assurance générale veuves et orphelins".

Données statistiques

Voir "Assurance-invalidité".

II. Loi d'assurance générale veuves et orphelins (voir trad. rapport assurance-décès, p.).

Entre temps, un projet de loi d'assurance générale veuves et orphelins a été déposé aux Etats Généraux et on peut s'attendre à ce que cette assurance entre en vigueur dès le début de janvier 1960. Etant donné qu'il

n'est pas certain que ce projet prenne jamais force de loi et que, si c'était le cas, de nombreuses modifications de principe pourraient y être apportées, on ne peut donner ci-dessous qu'un aperçu de ce que l'auteur a eu en vue.

Bases juridiques

Au départ, l'idée a été que chacun a le devoir de prendre des mesures afin que, en cas de décès prématuré, les proches parents ne restent pas sans ressources. Cette responsabilité personnelle n'a, le plus souvent, soit par manque de moyens, soit par manque de jugement, (sous-estimation des besoins futurs ou autres causes) pas abouti à des résultats tangibles. L'idée de la responsabilité personnelle ne peut être réalisée fructueusement que par un système d'assurance obligatoire. L'Etat a, par conséquent, le devoir, dans l'intérêt général, d'établir une telle réglementation.

Structure

Ainsi que pour la loi d'assurance générale vieillesse, cette assurance englobe tous les habitants, avec extension à certains groupes de personnes résidant à l'étranger et dont le séjour est considéré comme temporaire et qui appartiennent économiquement à la communauté néerlandaise, à l'exception de certains groupes de personnes séjournant seulement temporairement aux Pays-Bas et/ou qui n'appartiennent pas économiquement à la communauté néerlandaise.

L'assurance est, en principe, obligatoire et débute à l'âge de 15 ans. L'obligation de paiement des primes cesse à l'âge de 65 ans.

Champ d'application

Le projet prévoit trois sortes de prestations :

- a) pension de veuve ;
- b) prestation temporaire de veuve ;
- c) pension d'orphelin.

Le droit à la pension de veuve ou à la prestation temporaire de veuve existe en principe pour une veuve après le décès de son époux si celui-ci était assuré.

Etant donné que la loi d'assurance générale vieillesse est considérée comme une prévoyance dont on jouit à l'âge de 65 ans, le droit à la pension de veuve prend fin lorsque cet âge est atteint.

Le droit à la pension d'orphelin n'existe en principe que pour des orphelins de père et de mère, avec extension au cas où le père seul est décédé et où la mère, divorcée, ne s'est pas remariée.

Dans des cas déterminés, des enfants adoptifs peuvent être assimilés aux propres enfants du défunt. Le droit à la pension d'orphelin prend fin à l'âge de 16 ans, mais peut, dans le cas d'invalidité ou de formation professionnelle et d'étude, être prolongé jusqu'à l'âge de 27 ans.

Le droit de recours est conçu sur la base de catégories, comme pour la loi d'assurance générale vieillesse. Ceci est le cas également pour l'administration et la perception des primes.

Conditions d'attribution et d'âge

La veuve d'un assuré a droit à la pension de veuve :

- a) si elle a atteint au moins l'âge de 50 ans au moment du décès ;
- b) si un enfant de moins de 18 ans vit au foyer ;

- c) si elle est invalide soit au moment du décès de son conjoint, soit au moment où son droit à la pension de veuve prend fin en raison de ce qui est stipulé sous b) ;
- d) si elle a 50 ans lorsque son droit mentionné sous b) ou c) prend fin, de même que si elle a 45 ans et jouit depuis au moins cinq ans de la pension de veuve pour une des raisons susindiquées.

La notion d'invalidité pour les veuves est la même que pour les assurés eux-mêmes, sous réserve que la limite ne soit pas fixée à un tiers, mais à la moitié de la capacité.

La veuve qui n'a pas droit à la pension de veuve a droit à la prestation temporaire :

- a) si elle a moins de 50 ans au décès de son conjoint ;
- b) si elle a moins de 50 ans quand le droit à la pension de veuve, mentionné sous b) et c) prend fin.

La durée en est de six mois pour une veuve qui, au décès de son conjoint, ou au jour mentionné sous b), a moins de 27 ans. Si la veuve est plus âgée, la durée est prolongée d'un mois pour chaque année au-delà de l'âge de 26 ans, jusqu'à un maximum de deux ans.

Si un nouveau mariage est contracté, la pension de veuve ou la prestation temporaire prend fin.

Une prestation unique est alors accordée à la femme, couvrant au maximum le montant annuel de la pension.

Le droit à la pension d'orphelin existe en principe pour les enfants - et, dans des circonstances spéciales, pour les enfants adoptifs - d'un assuré décédé qui sont sans parents, aussi longtemps qu'ils n'ont pas 16 ans. Des enfants de plus de 16 ans invalides ou aux études, mais n'ayant pas encore 27 ans, peuvent être assimilables aux enfants de moins de 16 ans.

Les demi-orphelins n'ont, en général, pas droit à une pension.

Montant de la pension

Le projet attribue à une veuve, au foyer de laquelle vit un enfant, f. 1.968 par an. Par ailleurs, la pension de veuve et la prestation temporaire de veuve se montent à f. 1.326 par an. Pour la pension d'orphelin, il est proposé :

- a) pour un enfant de moins de 10 ans : f. 438 par an ;
- b) pour un enfant de plus de 9 ans : f. 660 par an ;
- c) pour un enfant de plus de 15 ans : f. 864 par an.

Cumul avec d'autres pensions

L'intention est de prendre des mesures anti-cumul en ce qui concerne les rentes en vertu de l'une des lois accidents. Les suppléments accordés éventuellement à la veuve par la loi, pour compléter les rentes en vertu de la loi invalidité, sont supprimés.

Ajustement des pensions aux variations des données économiques

L'intention est d'adopter le même ajustement à l'indice des salaires que pour la loi d'assurance générale vieillesse.

Financement

Celui-ci est conçu dans le même esprit que pour la loi d'assurance générale vieillesse.

Mesures transitoires

En ce qui concerne les veuves et orphelins de personnes décédées avant l'entrée en vigueur de la loi, des mesures transitoires sont élaborées. Celles-ci visent un traitement semblable, autant que possible, avec la restriction principale que seuls les Néerlandais habitant les Pays-Bas entrent en ligne de compte.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

- Accidents du travail et maladies professionnelles -

P A Y S - B A S

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
I. <u>ANTECEDENTS HISTORIQUES</u>	102
II. <u>LOI SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS DANS L'INDUSTRIE (1921)</u>	115
III. <u>LOI SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS DANS L'AGRICULTURE</u>	169
IV. <u>LOI SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS DES MARINS (1919)</u>	180

I. ANTECEDENTS HISTORIQUES

A. Loi sur l'assurance-accidents 1901-1921

La situation des travailleurs au XIX^{me} siècle, sous l'effet du progrès rapide de l'industrialisation, n'était guère enviable. Les conditions de travail étaient mauvaises; la durée du travail, très longue, non seulement pour les hommes, mais également pour les femmes et les enfants. Il n'y avait pratiquement pas de protection juridique; pour les enfants, aucun âge minimum n'était fixé. Les salaires étaient tellement bas qu'en cas de maladie, de vieillesse, d'accident ou de chômage, les ouvriers dépendaient la plupart du temps d'oeuvres de bienfaisance privées ou religieuses, sinon de l'assistance publique. Il est compréhensible que des voix s'élevèrent de divers côtés pour remédier à cette situation. Des résultats furent obtenus peu à peu, malgré l'opposition farouche d'un groupe important qui s'opposait à toute intervention de l'Etat dans ce domaine et qu'il fallait convaincre de la nécessité pour l'Etat de s'intéresser à ces questions.

Une commission officielle fut créée vers 1860 et fut chargée d'une enquête au sujet des conditions dans les fabriques et les lieux de travail, en accordant une attention particulière au travail des enfants. Une des conséquences indirectes fut l'interdiction en 1874 du travail d'enfants de moins de 12 ans. Plus tard, l'âge minimum fut porté à 14 ans et certaines restrictions furent imposées pour le travail des femmes et des enfants. En 1889, un projet de loi fut présenté

au Parlement par le gouvernement, tendant à créer une nouvelle commission officielle chargée de :

"recueillir des données au sujet des conditions sociales des travailleurs, des relations entre employeurs et travailleurs des diverses industries, ainsi qu'au sujet des conditions dans les fabriques et les lieux de travail, au point de vue de la sécurité et de la santé des travailleurs".

Le projet de loi fut adopté et la commission commença ses travaux en 1890. Le rapport final de la commission fut présenté en 1894. La commission proposait une série de mesures dans le domaine de la protection du travail (par exemple l'âge auquel les femmes et les enfants seraient autorisés à travailler, la durée du travail des cheminots ainsi que d'autres mesures concernant la sécurité du travail). La commission proposait également des mesures dans le domaine de la sécurité sociale et avait notamment soumis un projet de loi sur l'obligation pour les employeurs d'assurer les travailleurs de leurs entreprises contre l'invalidité provoquée par un accident de travail et qui donna lieu par la suite à l'assurance obligatoire.

L'assurance-accidents obligatoire était donc envisagée, mais il fallut encore attendre jusqu'en 1897 avant qu'un projet de loi ne fut soumis au Parlement. Le gouvernement estimait qu'il était indispensable d'avoir une législation à ce sujet. Le travailleur pouvait bien demander une réparation à son employeur en cas d'accident du travail, conformément aux articles 1401 et suivants du Code civil, mais cette

disposition était loin de donner satisfaction. En cas d'accident, il était généralement très difficile pour le travailleur, même lorsque l'accident s'était produit par la faute de l'employeur, d'en fournir la preuve et, même après y avoir réussi, d'obtenir des réparations lorsque l'insolvabilité de l'employeur constituait un obstacle à l'exécution du jugement.

Il sembla donc nécessaire de déposer un projet de loi en vue d'une législation dans ce domaine. Le ministre de l'époque ayant démissionné, son projet de loi ne fut plus examiné. Le projet en question fut retiré par le successeur qui déposa lui-même un autre projet de loi en 1898 sur "l'assurance obligatoire des travailleurs contre les pertes pécuniaires en cas d'accidents dans certaines industries". Ce n'est pas sans difficulté que la question fut traitée au Parlement. De nombreuses objections furent soulevées. Certains faisaient valoir que la priorité devait être accordée à l'assurance-maladie obligatoire plutôt qu'à l'assurance-accidents, alors que d'autres estimaient qu'il fallait non seulement proposer une assurance-accidents obligatoire pour les entreprises industrielles, mais également pour l'agriculture, l'horticulture et la pêche. D'autres encore considéraient que les dispositions au sujet du droit d'appel n'étaient pas équitables, etc. La discussion à l'Assemblée nationale portait principalement sur les objections formulées à l'égard du monopole de l'Etat au moment de l'application, puisqu'un seul organisme d'Etat en serait chargé. C'est pour tenir compte d'une partie de ces objections qu'un nouveau projet de loi, qui fut déposé trois

semaines après le rejet du premier projet par le Conseil d'Etat, autorisa le transfert du risque de l'assurance obligatoire à des organismes privés (sociétés anonymes ou associations à personnalité juridique) ou la couverture du risque par l'employeur lui-même. L'organisme d'Etat restait donc le seul organisme d'exécution chargé d'attribuer des réparations à porter en compte à l'employeur couvrant lui-même le risque.

Ce nouveau projet fut adopté par le Conseil d'Etat et l'Assemblée nationale vers la fin de l'année 1900 et publié dans le Journal officiel au début de 1901.

Avant l'entrée en vigueur de cette loi, il fallait également élaborer une loi sur le contentieux.

On considéra qu'il était souhaitable de faire régler les litiges par des organes où les employeurs et les travailleurs seraient dûment représentés. Le gouvernement se rangea à cet avis et tint compte dans la rédaction du projet de loi sur le contentieux. Selon ce projet, les litiges au sujet de décisions prises par la Direction de la Banque d'assurances de l'Etat pouvaient être soumis à une série de conseils d'appel (Raden van Beroep) et leur jugement pouvait ensuite faire l'objet d'un recours devant un conseil central d'appel (Centrale Raad van Beroep).

Cette loi sur l'appel fut votée par le Parlement à la fin de 1902 et la loi sur l'assurance-accidents entra en vigueur le 1er février 1903.

La loi sur l'assurance-accidents a fait l'objet de nombreux amendements entre-temps dont nous ne citerons que les plus importants, par ordre chronologique.

En 1921, le Parlement adopta un projet de loi concernant la revision de la loi sur l'assurance-accidents de 1901 et qui y apporta de tels changements que le nom en fut même remplacé par "loi sur l'assurance-accidents 1921".

Tout d'abord, l'assurance devint obligatoire pour toutes les activités, à l'exception de l'agriculture, de la marine et de la pêche maritime. C'était là une extension considérable du champ d'application, car la loi sur l'assurance-accidents de 1901 ne rendait l'assurance obligatoire que pour des industries déterminées, généralement parmi les plus dangereuses.

L'interprétation de l'accident devint également beaucoup plus large. Selon la loi sur l'assurance-accidents de 1901, un accident, aux termes de la loi, était un accident survenu dans l'exercice de la profession soumise à l'assurance obligatoire. Selon la loi révisée, l'accident dont le travailleur était victime pouvait se produire dans le cadre de son emploi. Cette conception est bien plus large, car cela signifie que tous les accidents dont le travailleur est victime au cours de son travail sont des accidents aux termes de la loi. Selon la jurisprudence du Conseil central d'appel, il y avait également lieu d'inclure dans la nouvelle interprétation les accidents dont le travailleur pouvait être victime sur le trajet entre son domicile et le lieu de travail et inversement (les accidents dits de la circulation).

De plus, par un nouvel article (article 4), certaines activités qui n'étaient pas exercées dans l'entreprise furent également reconnues par la loi.

Par un autre article nouveau (article 111), certaines activités, qui étaient jusqu'alors de la compétence de la Banque d'assurances de l'Etat, pouvaient être confiées par décret aux conseils du travail qui sont des organismes régionaux. Ce décret (appelé "décret de la décentralisation") est entré en vigueur le 1er janvier 1923, et c'est depuis cette date que les conseils du travail participent aux activités résultant de l'application de la loi sur l'assurance-accidents.

D'autres changements furent encore apportés par la loi sur l'assurance-accidents de 1921. C'est ainsi que l'autorisation de transfert du risque n'était plus accordée par la Couronne, mais par la Banque d'assurances de l'Etat. La possibilité fut donnée aux employeurs de conclure une assurance facultative, la rééducation professionnelle des victimes d'accidents pouvait être financée par la banque, etc. Les quatre premières modifications sont d'ailleurs les plus importantes.

En 1923, une nouvelle disposition de la loi fut adoptée par laquelle l'assuré, membre de l'équipage d'un navire, avait droit, en cas de perte totale de son équipement par suite d'une catastrophe en mer, à une prestation forfaitaire suivant des règles fixées par le ministre.

En 1928, trois nouveaux chapitres furent ajoutés à la loi sur l'assurance-accidents. Ce sont les suivants :

- a) le service médical reconnu;
- b) les maladies professionnelles;
- c) les objecteurs de conscience.

Nous donnerons quelques indications au sujet de ces trois chapitres.

Service médical reconnu. Il fait l'objet du chapitre sur "les entreprises disposant d'un service médical reconnu". Plusieurs grandes entreprises disposaient déjà avant 1928 d'une infirmerie, ou avaient engagé des médecins. C'est ainsi qu'il arrivait fréquemment, surtout en cas d'accidents moins graves, que les premiers soins pouvaient être donnés dans le cadre de l'entreprise et les soins nécessaires par la suite étaient également donnés par le médecin de l'entreprise.

Aussi on négligeait souvent de déclarer l'accident à la Banque d'assurances de l'Etat, ce qui était une infraction à la loi sur l'assurance-accidents. D'un autre côté, la présence d'un médecin dans l'entreprise offrait de nombreux avantages. De cette façon, le travailleur pouvait être bien soigné et le médecin, par sa connaissance de l'entreprise, était mieux à même de désigner un travail approprié pour la victime d'un accident. Enfin, le fait de pouvoir régler de nombreux cas d'accidents peu graves sans l'intervention de la Banque d'assurances de l'Etat présentait également pour l'entreprise de nombreux avantages du point de vue administratif.

C'est pour ces raisons que le "service médical reconnu" fut inclus dans la loi sur l'assurance-accidents de 1921. Ce service devait bien entendu satisfaire à certaines exigences. Il devait être muni d'installations satisfaisantes, le service devait être dirigé par le médecin et l'employeur n'avait pas à intervenir dans la direction du service. On proposa également de renoncer à la déclaration de l'accident, à condition que les suites de l'accident ne se prolongent pas au-delà de six semaines. Les employeurs qui disposaient d'un service médical reconnu devaient alors verser eux-mêmes les "prestations temporaires" (c'est-à-dire les prestations pendant les six premières semaines) et le travailleur restait entièrement libre de s'adresser à un autre médecin. Les accidents devaient être inscrits dans un registre spécial. La Banque d'assurances de l'Etat devait veiller à ce que ces règles soient observées.

Ces propositions furent adoptées par le Parlement après l'insertion d'un amendement tendant à ce que le médecin soit désigné sous réserve de l'approbation de la direction de la Banque d'assurances de l'Etat et c'est en 1923 que ces dispositions entrèrent en vigueur.

En ce qui concerne les maladies professionnelles, leur inclusion dans la loi sur l'assurance-accidents fut une conséquence directe du projet de convention adopté par la Conférence internationale du Travail à Genève, en 1925, et concernant la réparation en cas de maladie professionnelle. Dans la loi sur l'assurance-accidents de 1921, le gouvernement proposait de

reconnaître une série de maladies professionnelles qui seraient ainsi assimilées aux accidents en vertu de la loi. Il s'agissait des maladies suivantes : l'intoxication par le plomb, l'intoxication par le mercure, l'infection charbonneuse, l'ankylostomiase, ainsi que le nystagmus (supprimé par la suite), l'inflammation des gaines tendineuses, la congélation, les apoplexies dues à la chaleur, les insulations.

Le dernier groupe, c'est-à-dire les maladies professionnelles indirectes, fut supprimé dans la liste des maladies professionnelles par un amendement de l'Assemblée nationale et transféré à l'article 1 de la loi sur l'assurance-accidents auquel on ajouta que "des maux physiques se manifestant assez rapidement, tels que l'inflammation des gaines tendineuses, la congélation, les apoplexies dues à la chaleur, les accidents par la chaleur, les insulations, les phlyctènes et autres" seraient assimilés aux atteintes corporelles résultant de l'accident.

Les quatre premières maladies furent admises par le Parlement comme maladies professionnelles. Par conséquent, toutes les maladies professionnelles ne sont pas reconnues d'office, mais uniquement celles désignées nommément et lorsqu'il s'agit de maladies résultant de la profession et plus particulièrement celles d'assez longue durée.

Après 1928, la liste des maladies professionnelles a été étendue à plusieurs reprises.

Enfin, un nouveau chapitre sur "les objecteurs de conscience" est venu s'ajouter à la loi en 1928. Cette question avait déjà été traitée dans une série d'autres lois et une exemption de l'assurance avait été accordée à ceux qui refusent de conclure une assurance quelconque par objection de conscience. Ces dispositions au sujet de l'exemption pour objection de conscience, qui figuraient dans plusieurs lois sur l'assurance sociale, ont été réunies depuis le 1er janvier 1954 dans la "loi sur la coordination des assurances sociales", en vue de la coordination des dispositions des lois sur l'assurance sociale avec celles de l'impôt sur le salaire.

En 1930, au moment de l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie, en vertu de laquelle les prestations maladie s'élevaient pendant un certain temps à 80 pour cent du salaire, les prestations temporaires attribuées en vertu de la loi sur l'assurance-accidents furent portées de 70 pour cent à 80 pour cent du salaire journalier.

Pour la pension attribuée après les prestations temporaires, le pourcentage restait fixé à 70, en cas d'invalidité totale.

Les lois du 15 octobre 1958 ont apporté des modifications à la loi sur l'assurance-accidents de 1921, à la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture de 1922, ainsi qu'à la loi sur l'assurance-accidents des marins. De ce fait, le pourcentage versé en cas d'invalidité totale, après les prestations temporaires, est de 80 pour cent au lieu

de 70 pour cent du salaire quotidien, pendant 312 jours après l'accident, et à nouveau 70 pour cent après ce délai.

En 1935, le système de financement de la loi sur l'assurance-accidents fut modifié. Le système de cotisations avec capitalisation appliqué jusqu'en 1935 fut alors transformé en système de répartition avec capitalisation.

Après 1901, la loi sur l'assurance-accidents fut encore modifiée bien plus souvent que nous ne l'avons indiqué ici. Les dispositions concernant le salaire journalier d'après lequel les prestations et les pensions devaient être calculées ont été revues à plusieurs reprises et la loi s'est étendue peu à peu à de nouveaux groupes de personnes assimilées aux ouvriers. Le salaire journalier maximum qui devait servir de base pour le calcul des cotisations a souvent été modifié, etc.

En 1950, une loi est entrée en vigueur qui prévoit l'attribution de suppléments à la pension accidents. Il a paru indispensable de voter une telle loi. En effet, les pensions attribuées en vertu de la loi sur l'assurance-accidents sont calculées sur la base d'un salaire déterminé. Or, lorsque le coût de la vie augmente, ainsi que les salaires, les pensions calculées d'après l'ancien salaire deviennent proportionnellement trop faibles. C'est la raison pour laquelle la loi de 1950 prévoit une augmentation pour les pensions attribuées à la suite d'accidents survenus avant le 1er janvier 1947. Plus tard, les anciennes prestations

accidents ont à nouveau été majorées en raison d'une nouvelle hausse des salaires.

B. Loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture, 1922

Nous avons déjà signalé que des objections avaient été soulevées, lors de l'examen du projet de loi sur les accidents industriels, parce qu'aucune mesure n'avait été envisagée pour l'agriculture et l'horticulture.

En 1905, un projet de loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture fut déposé. Il ne fut cependant pas examiné et fut retiré en 1918. Un nouveau projet fut alors soumis en 1921.

L'application en était différente de celle de la loi sur l'assurance-accidents. Cette différence provenait essentiellement du fait que dans l'agriculture et l'horticulture des sociétés mutuelles très actives s'occupaient, déjà depuis un certain temps, d'une assurance facultative dans l'agriculture et l'horticulture.

Ce projet s'inspirait d'ailleurs largement de la loi sur l'assurance-accidents de 1921. Le projet de loi fut adopté en 1922 par le Conseil d'Etat et l'Assemblée nationale et la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture entra en vigueur le 1er mai 1923.

Tout comme pour l'assurance-accidents de 1921, la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture reconnut par la suite toute une série de

maladies professionnelles assimilées aux accidents ainsi que les maux physiques se manifestant assez rapidement.

C. Loi sur l'assurance-accidents des marins, 1919

Un projet de loi fut déposé en 1904 au sujet de l'assurance de personnes s'occupant de pêche maritime contre les pertes pécuniaires en cas d'accidents. Ce projet se rapprochait également de la loi sur l'assurance-accidents de 1901. Cependant, ce projet ne fut pas examiné, ni même les deux autres projets qui furent soumis par la suite.

Mais bientôt des mesures s'imposèrent d'urgence dès la déclaration de la première guerre mondiale. C'est pourquoi un projet de loi fut déposé en 1915 à titre de mesure provisoire sur les accidents des marins en temps de guerre et ce projet fut encore adopté la même année. Après la guerre, en 1919, le gouvernement déposa un projet de loi en vue de la révision de la loi sur l'assurance-accidents des marins en temps de guerre et la suppression de toutes les dispositions ayant trait à la guerre. Cette loi fut votée et elle est à l'origine de la loi sur l'assurance-accidents des marins, de 1919, qui est encore en vigueur aujourd'hui.

Cette loi se fonde sur le droit privé. Les marins ne sont pas affiliés obligatoirement et la Société "Zee - Risico" garantit les prestations en cas d'accident.

De nombreuses améliorations ont été apportées par la loi du 18 septembre 1946, ce qui a permis une harmonisation plus complète avec la loi sur l'assurance-accidents de 1921.

II. LOI SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS DE 1921

A. Structure et champ d'application

Base juridique

La base juridique de l'assurance-accidents obligatoire est le "risque professionnel". La loi se fonde sur un principe de droit public. Le travailleur doit avoir la certitude qu'une réparation lui sera accordée pour la perte pécuniaire subie en cas d'accident, indépendamment de la volonté ou des ressources de l'employeur. L'Etat est responsable sans la moindre réserve de la réparation à laquelle la victime a droit. L'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-accidents de 1901 fut accompagnée d'une mesure transitoire concernant les assurances-accidents privées que les employeurs et les travailleurs avaient déjà conclues pour la même période.

Organisme d'exécution

Comme nous l'avons indiqué dans les "Antécédents historiques", une institution d'Etat, la Banque d'assurances de l'Etat, fut créée en vue de l'exécution de la loi sur l'assurance-accidents de 1901. La direction, composée de trois personnes nommées par la Couronne était responsable envers le ministre intéressé auquel elle devait rendre compte. La banque était surveillée par un conseil de contrôle dont les membres étaient également nommés par la Couronne.

Par suite de l'entrée en vigueur des lois sur l'assurance-invalidité et l'assurance-vieillesse de 1919, en date du 3 décembre 1919, l'activité de la Banque se développa dans une mesure telle qu'il fut nécessaire d'élaborer une loi distincte au sujet de l'organisation de la Banque d'assurances de l'Etat. Cette loi entra en vigueur le 1er janvier 1921.

Une autre loi sur les conseils (Radenwet) était déjà entrée en vigueur le 1er mars 1919, par laquelle des organismes régionaux indépendants de droit public furent créés, les conseils du travail (Raden van Arbeid). Ces conseils du travail devaient être chargés de l'application de la loi sur l'assurance-maladie obligatoire (qui est seulement entrée en vigueur le 1er mars 1930 et dont l'application a également été confiée à des associations professionnelles) mais on avait déjà fait appel à leurs services pour l'exécution de la loi sur l'assurance-invalidité et l'assurance-vieillesse de 1919, à partir du 1er novembre 1922, de la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture, 1922, à partir du 1er janvier 1923, et de la loi sur les accidents de 1921.

La loi sur la Banque d'assurances de l'Etat de 1920 ainsi que la loi sur les conseils venaient à expiration le 1er mars 1934 et elles furent remplacées par la loi sur la Banque d'assurances de l'Etat et les conseils, qui est encore en vigueur aujourd'hui, mais qui fut profondément remaniée le 1er août 1956, date à laquelle la Banque d'assurances de l'Etat fut remplacée par la Banque des assurances sociales. Depuis

lors, la loi s'intitule "loi sur la Banque des assurances sociales et les conseils du travail".

Lorsque l'assurance-vieillesse générale fut introduite le 1er janvier 1957, on jugea souhaitable de tenir compte du sentiment, qui se manifestait de plus en plus, que ces organismes devaient non seulement se charger dans toute la mesure du possible de la gestion des assurances des travailleurs, mais qu'il fallait également leur confier des fonctions importantes pour d'autres assurances, telles que l'assurance générale. De ce fait, l'administration de la Banque ne devait plus être confiée à trois membres nommés par la Couronne, mais à un comité de direction dont un tiers devait être désigné par des organisations patronales, un tiers par des organisations ouvrières et le dernier tiers, désigné par le ministre, devait se composer d'experts et de représentants d'autres groupements.

La Direction de la Banque des assurances sociales est responsable devant le Conseil des assurances sociales, auquel elle est tenue de rendre compte et le Conseil est à son tour responsable devant le ministre. (Le Conseil de contrôle fut supprimé) Quant aux dépenses à charge de l'Etat, la Direction de la Banque est responsable devant le ministre intéressé auquel elle est tenue de rendre compte.

La Banque des assurances sociales est devenue l'organisme d'exécution de la loi sur l'assurance-accidents de 1921, depuis le 1er janvier 1957, en collaboration avec les conseils du travail, et ils sont responsables envers la Direction de la Banque. Bien

qu'elle ne soit pas un organisme d'Etat, la Banque des assurances sociales est un organisme indépendant de droit public.

Il faut cependant s'attendre à ce qu'elle ne reste pas l'organisme d'exécution de cette loi.

En effet, la loi sur l'organisation des assurances sociales est entrée en vigueur le 1er janvier 1953. Cette loi est très importantes du point de vue de l'application des lois sur les assurances sociales, car elle désigne les branches d'assurance qui doivent être confiées à des associations professionnelles et, dans ce cas, à l'exclusion de toute autre, tout en précisant le statut de ces associations. L'article 2 stipule que les associations professionnelles sont chargées de la mise en application des mesures relatives aux points ci-après :

- a) l'assurance-accidents obligatoire
- b) l'assurance-maladie obligatoire
- c) l'assurance-invalidité obligatoire
- d) les allocations familiales obligatoires
- e) l'assurance-chômage et les indemnités d'attente obligatoires.

Jusqu'à présent l'article 2 de la loi sur l'organisation n'est entré en vigueur que partiellement, notamment pour les assurances reprises sous les points b, d et e, c'est-à-dire l'assurance-maladie obligatoire, les allocations familiales obligatoires et l'assurance-chômage, ainsi que les indemnités d'attente obligatoires. Depuis le 1er janvier 1953, elles sont entièrement et exclusivement administrées par les associations professionnelles.

La loi sur l'organisation n'est pas encore appliquée en ce qui concerne l'assurance-invalidité et l'assurance-accidents, mais elle le sera dès que les travaux préparatoires en cours seront terminés.

Accidents

En vertu de l'article 1 de la loi sur l'assurance-accidents de 1921, les travailleurs des entreprises soumises à l'assurance obligatoire sont assurés contre les pertes pécuniaires en cas d'accidents qui se sont produits dans le cadre de l'emploi. Selon l'ancien texte, il s'agissait de "accidents qui se sont produits au cours de l'exercice de la profession", mais une interprétation plus large fut donnée en 1921, comme nous l'avons déjà signalé dans les "Antécédents historiques". Nous en reparlerons également dans le chapitre "Risques couverts".

Le travailleur, au sens de la loi sur les accidents, est toute personne, quel que soit le montant de son salaire, qui est au service de l'employeur, dans son entreprise, et qui exerce contre rémunération une profession soumise à l'assurance obligatoire. Il n'y a aucune distinction entre les "salariés" et les "employés".

Depuis 1931, la jurisprudence ne reconnaît comme travailleurs que ceux qui ont signé un contrat de travail, de sorte que les enfants d'un employeur, habitant sous le même toit, sont généralement exclus.

Depuis 1928, la loi considère comme salariés des sous-entrepreneurs qui effectuent, personnellement ou avec leurs aides, un travail déterminé dans certaines conditions. Cette conception a été élargie par la suite pour comprendre également d'autres personnes qui, sans être des entrepreneurs, effectuent personnellement certains travaux pour une entreprise, comme par exemple les livreurs de journaux, les marchands de glace, etc.

Le terme "travailleur" fut encore interprété plus largement au cours des années suivantes et comprend également les commis-voyageurs, les travailleurs à domicile, les chefs d'orchestre ainsi que les membres de l'orchestre. Dès le début, on a également considéré comme "travailleurs" les apprentis qui ne perçoivent pas encore de salaire du fait de leur apprentissage. En 1940, on a également inclus ceux qui travaillent dans une entreprise contre un salaire d'apprentissage, ceux qui travaillent dans une entreprise dans un but de formation professionnelle, que ce soit contre un salaire d'apprentissage ou non, en leur qualité d'élèves d'un établissement d'enseignement technique, ainsi que ceux qui reçoivent une formation professionnelle dans une école professionnelle attachée à l'entreprise. Un projet de loi est actuellement à l'étude en vue de la coordination du terme "travailleur" avec les dispositions concernant le travail salarié dans la législation fiscale, où une coordination du terme "employeur" sera également nécessaire.

L'employeur, selon la loi sur l'assurance-accidents, est toute personne physique ou morale ayant d'autres personnes à son service en vue de l'exercice d'une

profession soumise à l'assurance obligatoire. L'employeur, aux termes de la loi, peut également être un organisme de droit public qui n'exerce aucune profession, mais qui fait effectuer des travaux susceptibles d'être exécutés par une personne privée, en tant que profession, dans une entreprise.

Depuis 1921, est entrée en vigueur, comme nous l'avons déjà signalé sous "Antécédents historiques", une nouvelle disposition suivant laquelle une personne qui n'exerce pas de profession dans une entreprise, mais qui fait effectuer certains travaux qui lui sont confiés dans des conditions déterminées, peut être considérée comme employeur selon la loi.

Depuis 1921, l'employeur, qui n'assume pas lui-même le risque de l'assurance et qui ne l'a pas transféré, peut conclure une assurance facultative (ainsi que son épouse si elle travaille dans l'entreprise), auprès de la Banque des assurances sociales. Toute personne qui exerce une profession soumise à l'assurance obligatoire, mais qui n'a pas de personnel à son service, jouit également de ce droit.

Industries soumises à l'assurance obligatoire

La loi sur l'assurance-accidents de 1901 avait tout d'abord précisé pour quelles industries l'affiliation était obligatoire.

Toutefois, comme le législateur abordait ici un terrain encore peu connu dans notre pays, il parut souhaitable de ne pas rendre l'assurance obligatoire pour un trop grand nombre d'entreprises dès le début, mais de le faire progressivement selon l'expérience acquise.

Depuis 1921, toutes les industries sont soumises à l'assurance obligatoire, à moins qu'elles ne soient exemptées par la législation.

Depuis le 1er juillet 1942, l'assurance est obligatoire pour les professions libérales, telles que les médecins, les architectes, les avocats, etc.

Il n'y a pas d'assurance obligatoire pour :

- a) les industries agricoles, l'élevage, l'horticulture et la sylviculture, régis par la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture de 1922;
- b) la navigation et la pêche maritime en dehors des rivières et des cours d'eau intérieurs et au-delà de la côte néerlandaise, régies par la loi sur l'assurance-accidents des marins de 1919.

Les fonds destinés à la couverture des frais sont exclusivement fournis par les employeurs puisque l'assurance se base sur le "risque professionnel". Il s'ensuit que les cotisations sont à charge de l'entreprise. Il est même formellement interdit à l'employeur de déduire les frais résultant de l'application de la loi, que ce soit en tout ou en partie, du salaire des assurés. Une entreprise dans laquelle s'exerce une profession soumise à l'assurance obligatoire est classée dans une catégorie de risques avec un indice de risques en vue de l'établissement des ressources nécessaires à la couverture des dépenses. Les professions sont donc classées en plusieurs catégories de risques indiquant le degré de risque absolu de chaque profession soumise à

l'assurance obligatoire. Le risque professionnel absolu d'une industrie est ainsi déterminé tandis que le classement des entreprises dans une même catégorie de risques tient compte du risque professionnel relatif d'une entreprise donnée, par rapport à d'autres entreprises où s'exerce la même profession. C'est la raison pour laquelle chaque catégorie de risques est subdivisée au moyen d'indices de risque, une unité pour le risque normal, d'autres pour un risque plus ou moins élevé (une dérogation est prévue en faveur du commerce où les activités sont tellement différentes qu'il n'est pas possible d'en faire un classement général). Si l'entreprise n'est pas affiliée auprès de la Banque des assurances sociales, et si l'employeur assume lui-même le risque, ou si le risque a été transféré à une société ou à une association professionnelle (voir "Antécédents historiques"), bien que la Banque continue à attribuer les réparations, le classement des entreprises n'est plus effectué par la Banque, car les ressources destinées à la couverture des dépenses ne sont plus fournies au moyen de cotisations versées à la Banque mais par un autre système. Dans ce cas, les réparations ainsi qu'une partie des frais d'administration versés par la Banque sont remboursés par l'employeur garant du risque ou par l'organisme ayant assumé le risque. Lorsque le risque est transféré à une société ou à une association professionnelle, la législation laisse toute liberté aux intéressés pour décider de quelle façon l'employeur devra s'acquitter de ses obligations envers l'organisme garant. Puisqu'en cas de transfert du risque la Banque demeure néanmoins responsable de la réparation due aux

victimes d'accidents et à leurs ayants droit, la loi exige la constitution d'une garantie tant pour ceux qui assument eux-mêmes les risques que pour les organismes qui se sont portés garants (sous forme de gages ou d'hypothèque) afin qu'ils puissent faire face à leurs obligations. Cette sécurité se compose de deux parties, l'une étant un gage général destiné à la couverture de toutes les charges autres que le versement aux victimes d'accidents et à leurs ayants droit des pensions en cours, l'autre le total des gages spéciaux destinés à couvrir la valeur au comptant de ces pensions. L'Etat, les provinces, les grandes communes et la Société des chemins de fer des Pays-Bas, qui assument eux-mêmes les risques, ne sont généralement pas obligés de fournir ces gages. Celui qui se porte garant, au lieu de donner une garantie pour les pensions attribuées aux victimes d'accidents et à leurs ayants droit, peut effectuer un versement à fonds perdu auprès de la Banque, représentant la valeur au comptant de la pension lorsque celle-ci est attribuée.

Versement des cotisations à la Banque des assurances sociales

Les employeurs qui ne sont pas autorisés à assumer eux-mêmes le risque de l'assurance de leurs ouvriers, ou à transférer ce risque, versent des cotisations à la Banque par l'intermédiaire des conseils du travail. Cette mesure est en vigueur depuis le 1er janvier 1923, date du décret sur la décentralisation (voir "Antécédents historiques"). La cotisation à verser dépend du taux des cotisations et du salaire reçu au cours de

la période de cotisation. Le système financier choisi est le système de capitalisation. Les ressources à fournir pendant une période déterminée doivent suffire à la couverture des frais des accidents qui se produisent pendant cette période en ce qui concerne les réparations attribuées, y compris la valeur au comptant des pensions et des frais d'administration déboursés. Ce système conduit nécessairement à une constitution de fonds. En appliquant le système de capitalisation, nous avons suivi la méthode des cotisations jusqu'au 1er juillet 1935. Les employeurs versaient alors une cotisation fixe correspondant en général au taux de cotisation déterminé pour une période de cinq ans.

Ce taux était calculé d'après les prévisions de recettes et de dépenses de l'assurance pendant la période du taux. Des écarts ne pouvaient être éliminés. Afin d'éviter une insuffisance de recettes, il fallait fixer le taux avec suffisamment de sécurité. D'un autre côté, cela contribuait à augmenter les excédents. Il fallait également éviter des modifications intérimaires du taux en vue de l'augmentation ou de la réduction des cotisations. C'est pourquoi un fonds de réserve d'un million de florins au maximum fut constitué. En cas de dépassement de ce montant, l'excédent revenait aux employeurs ou à leurs successeurs dans la même entreprise qui avaient contribué à ces recettes excédentaires par le versement de cotisations calculées d'après un taux qui s'était avéré trop élevé. Aussi le taux des cotisations à verser par ces employeurs était-il réduit en conséquence pendant un certain nombre d'années et selon

un pourcentage fixé par la Couronne. C'était là une prérogative de la Couronne et non de la Banque, étant donné la responsabilité de l'Etat en matière de réparations.

Une des critiques soulevées à l'égard de ce système était que des écarts, d'ailleurs inhérents au système, entre les prévisions et les chiffres réels donneraient lieu à des difficultés considérables, car ils ne seraient pas suffisamment limités et ne pourraient pas être réduits par une technique d'assurance. Des excédents ou des déficits considérables pouvaient ainsi se produire et il était difficile de fixer un taux de cotisation qui donnerait des écarts moins sensibles. Il fallait également éviter de grever l'industrie de charges qui ne seraient pas strictement nécessaires, tout en veillant à ce que l'Etat n'ait pas à couvrir les déficits de la Caisse accidents.

Ce résultat a été obtenu par le système de répartition tout en conservant le système de capitalisation par lequel le montant de la cotisation à verser par les employeurs pour une année financière est fixé en fonction du résultat du bilan établi pour cette année financière. Par conséquent, le système des cotisations fut remplacé, le 1er juillet 1935, par un système modéré de répartition. La répartition se fait par le prélèvement de deux cotisations anticipées et semestrielles, à verser post numerando, et d'un versement final qui peut également être négatif (restitution). Les cotisations anticipées sont calculées et fixées de la même façon que les cotisations dans le système des cotisations.

La cotisation anticipée comporte autant de fois 0,001 florin par florin de salaire qu'il y a d'unités dans l'indice de risques.

Entretemps, après l'entrée en vigueur de la loi de coordination, le 1er janvier 1954 (en vue de la coordination des dispositions de la législation d'assurance sociale avec celles de l'impôt sur le salaire et du prélèvement de compensation, ce qui permet d'avoir une réglementation plus efficace et moins coûteuse en matière de perception des cotisations d'assurances sociales), la situation s'est trouvée changée une fois de plus. L'employeur verse maintenant une somme provisoire par trimestre et reçoit un compte de fin d'année.

Pour le calcul de la cotisation, le salaire comprend tout ce dont l'intéressé bénéficie au titre de son emploi, c'est-à-dire en dehors du salaire en espèces, par exemple les dons en nature, les pourboires, les bons de vacances.

Depuis le 1er janvier 1954, les dispositions relatives au salaire dans la législation sur l'assurance sociale ont été harmonisées avec celles de l'impôt sur le salaire. Selon la loi sur l'assurance-accidents de 1901, au moment de son entrée en vigueur, les cotisations étaient calculées sur la base d'un salaire quotidien maximum de quatre florins, mais le maximum a été porté à 19 florins entretemps, par suite de la hausse des salaires.

Répercussions de l'assurance sur le droit civil

Certaines dispositions de la loi sont destinées à empêcher une réparation double (ainsi qu'un versement double par l'employeur, c'est-à-dire d'une cotisation et d'une réparation) pour les cas où des réparations pourraient être exigées selon le droit civil, en dehors des dispositions sur l'assurance-accidents de 1921.

Conformément à l'article 93, paragraphe 1, la responsabilité civile de l'employeur en tant "qu'employeur" n'est pas engagée en principe pour les pertes pécuniaires résultant d'un accident dont l'assuré est victime dans le cadre de son emploi.

Il y a cependant des exceptions :

1. L'employeur demeure responsable pour les biens de l'assuré.

2. La responsabilité civile de l'employeur est maintenue lorsque le salaire de l'assuré dépasse 19 florins par jour et, dans ce cas, le tribunal doit tenir compte des prestations accordées en vertu de la loi sur l'assurance-accidents de 1921 lorsqu'il établit le montant de la réparation.

3. La responsabilité civile de l'employeur est maintenue pour les accidents causés par un des délits définis dans le Code pénal, vol. 2, chapitres VII, XIX, XX, XXI (délits portant atteinte à la sécurité des personnes et des biens, attentats à la vie, mauvais traitements, mort ou lésions provoquées par la faute de l'employeur et lorsque le chef ou le directeur de l'entreprise a été condamné pour l'un de ces délits par un jugement sans appel).

Une demande en réparation peut seulement être adressée à l'employeur (ou s'il s'agit d'une personne morale, à son représentant légal) après la condamnation de celui-ci par jugement définitif du tribunal. Par conséquent, d'une façon générale, l'employeur n'est pas civilement responsable. Il se peut néanmoins qu'une autre personne soit tenue responsable, par exemple l'automobiliste qui renverse un ouvrier au cours de son travail. Si une autre personne peut être rendue civilement responsable d'un accident dont le travailleur est victime au cours de son emploi, la victime ou ses ayants droit peuvent non seulement s'adresser à la Banque des assurances sociales en vertu de la loi sur l'assurance-accidents, 1921, mais également à la personne responsable selon la juridiction civile.

Un droit de recours est prévu par la loi sur l'assurance-accidents de 1921, que l'organisme d'assurance (que ce soit la Banque, l'employeur qui se porte garant lui-même du risque, ou la société anonyme, ou l'association professionnelle à laquelle le risque a été transféré) peut exercer contre la personne civilement responsable du dommage. Il s'agit bien là d'une demande indépendante. Ce n'est donc pas une subrogation en matière des droits de l'assuré ou de ses ayants droit selon la loi sur l'assurance-accidents de 1901, mais un droit indépendant d'exiger le paiement de ce qui a été versé aux personnes indiquées, conformément à la loi sur l'assurance-accidents de 1921.

Selon la jurisprudence, l'assureur peut également exercer ce droit de recours si la personne responsable

envers l'intéressé a déjà rempli ses obligations de réparation selon le droit civil, mais le recours est limité au montant de la réparation prévue par le droit civil.

Réparation

Voir "Montant de la rente".

Développement de l'intervention des assurés dans la gestion des organismes

La loi sur l'assurance-accidents ne prévoit pas d'intervention directe. Il peut uniquement être question d'une intervention indirecte par l'intermédiaire des directeurs de la Banque des assurances sociales nommés par les organisations ouvrières. Cela s'applique également à la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture appliquée par la Banque des assurances sociales. Les associations professionnelles, en ce qui concerne la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture, sont bien des associations d'employeurs, mais la moitié des membres de la direction doivent être nommés sur proposition de groupements ouvriers, de sorte qu'il s'agit uniquement d'une intervention indirecte des assurés. Le même cas se présente pour la loi sur l'assurance-accidents des marins dont l'organisme d'exécution est la Société Zee-Risico et dont la direction est également paritaire (la moitié des membres se compose de représentants des marins visés par cette loi).

B. Risques couverts

Définition de l'accident du travail et limites

La loi ne donne aucune définition de l'"accident". D'après la pratique et la jurisprudence, cette notion peut être définie comme suit :

Il faut entendre par "accident" un événement soudain qui, sous l'effet d'une force extérieure, entraîne une atteinte de nature corporelle ou intellectuelle. La limite entre les événements soudains et les autres demeure extrêmement vague. Le mal doit se manifester assez rapidement et peut avoir des suites.

Depuis le 1er septembre 1928, une atteinte corporelle survenue assez rapidement telle que l'inflammation des gaines tendineuses, la congélation, l'apoplexie provoquée par la chaleur, les engourdissements, l'insolation, les phlyctènes, est assimilée à une atteinte corporelle résultant d'un accident, à condition qu'elle se produise dans le cadre de l'emploi.

Auparavant, la loi de 1901 stipulait que l'accident devait se produire pendant l'exercice de la profession de l'ouvrier. La loi sur l'assurance-accidents de 1921 spécifie "dans le cadre de son emploi", ce qui est beaucoup plus large. Un rapport de causalité doit exister entre l'emploi et l'accident. Ce rapport existe si l'ouvrier est exposé par son emploi au danger qui est à l'origine de l'accident, mais la profession n'en est pas nécessairement la cause principale.

Accidents de trajet

Un accident dont l'ouvrier est victime en parcourant de la façon habituelle le chemin le plus court et le plus usité depuis son domicile jusqu'au lieu de son travail ou inversement, et où il ne peut pas s'exposer par imprudence à un danger particulier, est considéré par le Conseil central d'appel comme un accident qui donne en général droit à une réparation aux termes de la loi.

Maladies professionnelles

Comme nous l'avons déjà indiqué dans les "Antécédents historiques", l'inclusion des maladies professionnelles dans la loi sur l'assurance-accidents (à partir du 1er octobre 1928) a été une conséquence directe de l'adoption par la Conférence internationale du Travail à Genève, en 1925, d'un projet de convention concernant la réparation des maladies professionnelles. La liste fut ensuite complétée conformément au projet de convention de Genève de 1934 et par des dispositions plus récentes. Lorsque la loi entra en vigueur le 1er octobre 1928, les quatre premières maladies de la liste ci-dessous furent seulement admises comme maladies professionnelles selon la loi sur l'assurance-accidents de 1921, mais cette liste fut complétée à plusieurs reprises et comprend actuellement les maladies professionnelles suivantes reconnues par la loi sur l'assurance-accidents :

- a) Intoxications par le plomb, ses alliages ou ses composés, qui surviennent à des ouvriers dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de plomb, de ses alliages ou de ses composés;

- b) Intoxications par le mercure, ses amalgames et ses composés, qui surviennent à des ouvriers dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de mercure, de ses amalgames ou de ses composés;
- c) Infections charbonneuses qui surviennent à des ouvriers dans des industries où s'effectuent des travaux comportant le contact avec des animaux charbonneux, des débris de ces animaux ou des marchandises contaminées par ces animaux ou ces débris d'animaux;
- d) Ankylostomiase qui survient à des ouvriers dans les industries où s'effectuent des travaux souterrains dans les mines ou des travaux dans les fours à briques;
- e) silicose avec ou sans tuberculose pulmonaire, pour autant que la silicose soit une cause déterminante de l'incapacité ou de la mort et qui survient à des ouvriers dans des industries où s'effectuent des travaux exposant les ouvriers aux effets nocifs du quartz (silicium dioxyde);
- f) Intoxications par le phosphore ou ses composés lorsqu'elles surviennent à des ouvriers employés dans des entreprises où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de phosphore ou de ses composés;
- g) Intoxications par l'arsenic ou ses composés, qui surviennent à des ouvriers employés dans des entreprises où s'effectuent des travaux comportant la manipulation d'arsenic ou de ses composés;

- h) Intoxications par :
 - 1. le benzène ou ses homologues;
 - 2. leurs dérivés nitrés et aminés,lorsqu'elles surviennent à des ouvriers employés dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de benzène ou de ses homologues ou de ses dérivés nitrés et aminés;
- i) Intoxications par les dérivés allogènes des hydrocarbures lorsqu'elles surviennent à des ouvriers employés dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de dérivés allogènes des hydrocarbures;
- j) Troubles pathologiques dus :
 - 1. au radium et aux autres substances radioactives;
 - 2. aux rayons X,lorsque ces troubles se manifestent chez des ouvriers employés dans des industries où s'effectuent des travaux comportant l'exposition à l'action du radium, des substances radioactives ou des rayons X;
- k) Dermatoses qui surviennent à des ouvriers employés dans des industries comportant la manipulation de goudron, de bitume, de la suie, de la poix, des huiles minérales, de la paraffine ou des composés, produits ou résidus de ces substances et lorsque ces dermatoses résultent de leur activité;
- l) Gale des épiciers qui survient à des ouvriers dans les boulangeries, les minoteries et les industries comportant la fabrication de produits de boulangerie, des matières premières pour la pâtisserie ou du pudding en poudre;

- m) Intoxications par les composés du chrome qui surviennent à des ouvriers employés dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la manipulation des composés du chrome;
- n) Intoxications par les composés du manganèse, qui surviennent à des ouvriers employés dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de manganèse ou de ses composés;
- o) Intoxications par le monoxyde de carbone, qui surviennent à des ouvriers employés dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la production de quantités nocives de monoxyde de carbone;
- p) Intoxications par la nicotine ou des produits renfermant de la nicotine, qui surviennent à des ouvriers employés dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de nicotine ou de produits renfermant de la nicotine;
- q) Asbestose, avec ou sans tuberculose pulmonaire, pour autant que l'asbestose soit une cause déterminante de l'invalidité ou de la mort, et lorsque l'asbestose survient à des ouvriers employés dans des industries où s'effectuent des travaux exposant les ouvriers aux effets nocifs de l'amiante;
- r) La tuberculose qui survient à des ouvriers dans des industries où s'effectuent des travaux relatifs à : l'assistance médicale à domicile, l'exploitation d'hôpitaux, de cliniques, de polycliniques, de bureaux de consultations médicales et d'examen

médicaux, de cliniques psychiatriques ou d'établissements de soins aux vieillards, sanatoria et laboratoires d'analyses médicales et bactériologiques, ainsi que des enquêtes effectuées pour des instituts d'hygiène et d'autres organisations sociales;

si, au moment de leur entrée en service, ils ont subi de façon satisfaisante un examen médical dont le règlement est établi par décret et dont les frais sont à charge de l'employeur;

- s) Eruptions provoquées par la quinine, qui surviennent à des ouvriers dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de quinine;
- t) Dermatoses provoquées par le ciment, qui surviennent à des ouvriers occupés dans des industries où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de ciment.

Action civile pour les maladies non reconnues

Les maladies qui ne sont pas des maladies professionnelles reconnues et qui ne peuvent être considérées comme "des maux physiques se manifestant assez rapidement" ni comme des atteintes corporelles résultant directement d'accidents (par exemple par la pénétration brusque de microbes, les cas reconnus par la jurisprudence étant le tétanos, le choléra, la scarlatine, la maladie de Bang, la maladie de Weil ainsi que la jaunisse), peuvent donner lieu à des prestations maladie en vertu de l'assurance-maladie souscrite par l'intéressé.

Une réparation complémentaire peut être demandée à celui dont la responsabilité de la maladie a été prouvée.

C. Soins médicaux-prothèses

Celui qui est victime d'un accident au cours de son travail a droit, en dehors d'une indemnité en espèces, à des soins médicaux ou au remboursement de ceux-ci (article 14 de la loi sur l'assurance-accidents, 1921).

Les soins médicaux comprennent les soins personnels et les soins matériels destinés à rétablir la santé et les capacités de l'intéressé.

Par soins personnels, il faut entendre les soins du praticien de médecine générale, des médecins spécialistes et des experts médicaux.

Les soins matériels comprennent la fourniture de médicaments et de pansements ainsi que des appareils destinés à rétablir, à conserver ou à améliorer la capacité de travail dans la mesure où cette capacité se trouve réduite par suite de l'accident.

En cas d'invalidité grave pour laquelle une pension définitive est attribuée, des appareils peuvent également être accordés s'ils sont de nature à contribuer au bien-être de la victime de l'accident (meilleures conditions de vie).

La liste des appareils nécessaires au rétablissement, à la conservation et à l'amélioration de la capacité de travail est actuellement la suivante :

Yeux artificiels, lunettes;
Prothèses dentaires;
Perruques;
Corsets;
Ceintures abdominales;
Bandages herniaires;
Suspensoirs;
Bandoulières;
Genouillères, poignets et manchettes de cuir;
Bas élastiques;
Semelles de support;
Chaussures orthopédiques;
Prothèses de membres ou de parties de membres
amputés;
Béquilles;
Appareils de marche;
Prothèses plastiques du visage, si la profession
de la victime lui donne droit à ces prothèses,
par exemple nez ou oreilles artificiels;
Voitures ou bicyclettes d'invalides;
Cannes d'aveugles;
Chiens d'aveugles;
Appareils acoustiques;
Vélos à moteur;
Automobiles.

Lors de son entrée en vigueur, la liste s'arrêtait
aux prothèses plastiques du visage. Les "soins médi-
caux" comprennent également les instructions pour l'uti-
lisation de ces appareils.

Les soins médicaux sont accordés :

- I. en règle générale par la Banque;
- II. sous réserve de l'approbation par le ministre des Affaires sociales, par l'intermédiaire de l'employeur ou de l'organisation qui couvre les risques;
- III. par le remboursement à l'assuré des soins reçus.

La Banque accorde donc généralement elle-même les soins médicaux, en faisant soigner l'intéressé :

- a) par le médecin qui a accordé les premiers soins, qu'il soit inscrit ou non;
- b) par un médecin inscrit choisi par l'intéressé;
- c) par un médecin non inscrit, mais seulement dans certaines conditions;
- d) par un expert désigné par la Banque, qu'il soit inscrit ou non;
- e) par des soins et traitements dans un établissement hospitalier (au tarif de troisième classe, à moins qu'un tarif spécial n'ait été convenu en faveur des victimes d'accidents).

N.B. Des soins sont donnés directement par la Banque depuis la création d'un service de rééducation, en 1949 (voir Prothèses) mais le traitement médical proprement dit y est confié aux praticiens de médecine. Les frais de déplacement et d'entretien dans d'autres établissements, par exemple dans une pension ou colonie de vacances, etc. sont compris

dans les soins médicaux, si la Banque l'estime nécessaire après avoir consulté le conseiller médical de la Banque.

La Banque inscrit dans un registre le nom des médecins qui sont disposés à accorder des soins aux victimes d'accidents, dans un domaine déterminé et à des conditions fixées par la Banque, pour le compte de la Banque, à un tarif fixé de commun accord entre la Banque et la Société royale néerlandaise pour le développement de la médecine. Ce tarif est révisé à mesure du progrès de la science médicale.

Bien que l'assuré ait le libre choix du médecin, la législation a pour but de faire choisir le médecin parmi ceux qui figurent dans le registre.

La fourniture de soins médicaux, de médicaments et de pansements s'effectue de la façon suivante :

a) par le traitement médical accordé par la Banque comme indiqué ci-dessus, par l'intermédiaire d'un pharmacien, d'un fournisseur de produits pharmaceutiques et de pansements, ou d'un médecin inscrit;

N.B. Les médicaments sont fournis à l'exclusion de spécialités. Les spécialités figurent dans une liste et ne sont fournies que dans les seuls cas où il n'est pas possible de prescrire des produits de substitution ayant le même effet.

b) par une ordonnance du spécialiste qui soigne l'assuré pour le compte de l'employeur, de celui qui couvre le risque ou d'un établissement hospitalier

avec lequel un accord est intervenu, sous réserve de l'approbation du ministre, par l'intermédiaire de l'employeur, de celui qui a assumé le risque ou de l'établissement.

D'une façon générale, les médecins, les pharmaciens et les établissements hospitaliers envoient une déclaration à la Banque des assurances sociales en vue du paiement; si l'assuré effectue un paiement lui-même, il est remboursé par la Banque des assurances sociales après avoir soumis la note.

La Banque exerce un contrôle par les médecins de contrôle de la Banque, qui sont également chargés de vérifier si ces lésions ou maladies tombent sous le coup de la loi et si elles justifient l'invalidité attribuée, contrôle qui s'effectue dans certains cas en collaboration avec les membres du Service spécial de contrôle technique. Au cours de l'année 1958, la Banque a été dotée d'un Institut des maladies pulmonaires situé à Heerlen et adapté aux progrès les plus récents dans le domaine des recherches sur les maladies pulmonaires. C'est là que les médecins de contrôle examinent les cas de silicose.

Il existe en outre, depuis 1927, une cour d'arbitrage chargée de régler les litiges qui peuvent survenir entre la Banque et les médecins inscrits.

Avant cette date, la législation ne prévoyait qu'un recours au ministre.

Les soins médicaux ne sont pas limités dans le temps. Ils sont accordés jusqu'au rétablissement complet ou jusqu'au moment où l'état du patient s'est stabilisé.

N.B. L'intéressé qui travaille dans une entreprise disposant d'un service médical reconnu (voir "Antécédents historiques") et qui s'y fait soigner reçoit la réparation de la part de l'employeur en vertu de l'article 14 de la loi sur l'assurance-accidents de 1921.

Prothèses

La fourniture de prothèses pour des membres ou parties de membres amputés est confiée à la Banque des assurances sociales en vertu de la loi sur l'assurance-accidents de 1921. La Banque des assurances sociales dispose à cet effet de son propre service de prothèses. Ce service fut créé en 1949 parce que la fourniture des prothèses laissait à désirer. Il est vrai que dès l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-accidents, la Banque avait eu recours à des instituts mécano-thérapeutiques et à des masseurs (la Banque faisait souvent appel à un institut privé où les soins étaient donnés sous la direction de spécialistes) et lorsque des interventions chirurgicales étaient nécessaires, on s'efforçait, dans toute la mesure du possible, de limiter la perte fonctionnelle. Toutefois, à partir du moment où un membre artificiel était fourni, aucun contrôle régulier n'était plus effectué. Il y avait également insuffisamment de consultations de spécialistes au sujet de l'endroit de l'amputation, de la technique de l'amputation, des soins post-opératoires appropriés ainsi que de la prothèse appropriée.

Certains patients étaient ainsi pourvus de membres artificiels inadéquats alors que d'autres avaient des

moignons qui ne remplissaient pas les conditions requises. Généralement, l'autorisation de fournir une prothèse était donnée au fabricant d'appareils qui fabriquait le membre artificiel selon son bon jugement. Un contrôle se faisait plus tard par le médecin de contrôle de la Banque d'assurances de l'Etat ou par un technicien, mais dans la plupart des cas, le patient n'avait pas reçu un entraînement approprié et n'avait pas été suffisamment habitué à se servir de la prothèse. C'est pour y mettre fin que la Banque d'assurances de l'Etat établit un centre de prothèses à Amsterdam, situé dans l'enceinte d'un hôpital, sur un terrain qu'elle avait acheté à cet effet. Actuellement, la Banque des assurances sociales, qui a remplacé la Banque d'assurances de l'Etat depuis le 1er août 1956, dispose dans le centre de rééducation d'un atelier très bien outillé pour la fabrication, la correction et la réparation de prothèses, sous la direction d'un fabricant expérimenté d'appareils orthopédiques, avec l'assistance de six membres de personnel auxiliaires parmi lesquels des bandagistes. En dehors de l'atelier de fabrication, il y a une petite cordonnerie pour la fabrication de chaussures orthopédiques, ce qui permet de fournir les chaussures nécessaires en cas d'amputation partielle du pied.

Afin de pouvoir fournir des membres artificiels adéquats, il était indispensable de réunir dans un même centre toutes les phases du traitement qui peuvent influencer la fourniture de la prothèse. Un centre de prothèses sans traitement clinique ou une école de marche sans fabrication d'appareils sont nettement insuffisants.

C'est pour ces raisons que la Banque des assurances sociales a conclu un contrat avec l'hôpital où elle peut disposer de lits cliniques. Les patients y sont soignés par les spécialistes de l'hôpital et ils peuvent également se servir des installations et de l'équipement de l'hôpital. Les patients des policliniques sont soignés dans des pensions à proximité ("hostelbeds"). Le Centre de rééducation de la Banque des assurances sociales comprend, outre l'atelier orthopédique mentionné, une école de marche, une salle de gymnastique, une section de physiothérapie, de massage, d'hydrothérapie, d'ergothérapie et une section de récréation. Pour l'examen et les soins à donner à des patients munis de prothèses, la combinaison suivante nous a paru très utile :

Dans un même bâtiment, disposition de lits (lits cliniques ou hostelbeds - école de marche - médecins spécialisés en prothèses - fabricant d'appareils - ateliers, ce qui permet de modifier les prothèses rapidement, parfois à titre d'essai, et d'en vérifier directement le résultat.

La Banque des assurances sociales n'envisage pas de fournir de prothèses de son atelier orthopédique pour tous les cas d'amputation qui lui sont confiés.

En principe, pour les cas ordinaires, les prothèses sont fabriquées par des fabricants locaux d'appareils jugés bons par la Banque des assurances sociales, mais sur ordonnance et sous contrôle de médecins s'occupant de prothèses et inscrits auprès de la Banque des assurances sociales, qui ont reçu une formation spéciale et qui donnent régulièrement des consultations dans tout

le pays. De cette façon, la Banque des assurances sociales a largement contribué à l'introduction et à l'application de méthodes modernes de fabrication et d'essayage de prothèses chez ces fabricants. Les cas difficiles ou pour lesquels la fourniture locale de prothèses laisse à désirer sont confiés au Centre de prothèses à Amsterdam, où une équipe de spécialistes (chirurgiens, orthopédistes, médecins spécialisés en prothèses, médecins de rééducation, gymnastes thérapeutes, physiothérapeutes, fabricants d'instruments et techniciens du travail) veillent à ce que chaque amputé recouvre aussi rapidement que possible la plus grande capacité du point de vue social. La Banque des assurances sociales s'efforce de redonner cette capacité à l'intéressé pour la vie, dans la mesure où le rétablissement dépend de la fourniture de la prothèse. C'est là une tâche dont s'occupent également les médecins au service de la Banque des assurances sociales et qui s'occupent spécialement de prothèses.

Leur tâche peut se résumer comme suit : dès que la Banque des assurances sociales est informée de l'amputation éventuelle d'un assuré, elle le fait examiner par le médecin chargé des prothèses; ce dernier consulte le spécialiste traitant au sujet de l'amputation éventuelle, de l'endroit de l'amputation, de la technique d'amputation ainsi que de la prothèse à fournir par la suite.

Il est très important d'approcher le patient avec psychologie et de le tenir au courant de l'évolution du traitement ainsi que du résultat final auquel il pourra s'attendre.

Le patient est ensuite soumis au contrôle régulier du médecin chargé des prothèses et c'est à ce moment qu'intervient l'agent du service spécial qui s'occupe de la rééducation professionnelle. Le médecin chargé des prothèses décide des mesures éventuelles à prendre pour que le moignon soit prêt à recevoir la prothèse. Il choisit le type de la prothèse et décide à quel moment elle devra être fournie. Il est présent lors de l'essayage et il vérifie la forme, la finition et la matière de la prothèse au moment de la livraison. Le patient est ensuite envoyé à un cours de réadaptation fonctionnelle des bras ou des jambes, établi par la Banque, où il apprend à se servir de la prothèse. La section d'ergothérapie donne ensuite la possibilité d'estimer la capacité de travail pour des professions déterminées. La réintégration de l'assuré dans la vie productive ne met cependant pas fin à l'intervention du médecin chargé des prothèses, car il examine régulièrement l'assuré (au moins une fois par an) et il vérifie l'état du moignon ainsi que la prothèse. A la suite de cet examen, un nouveau traitement ou une transformation de la prothèse peuvent être exigés. Le contrôle de l'assuré et de la prothèse s'effectue jusqu'au moment du décès, par conséquent même lorsque l'assuré ne travaille pas ou lorsqu'il a définitivement cessé son travail. L'incapacité de travail n'est pas évaluée par les médecins chargés des prothèses, mais par les médecins de contrôle de la Banque des assurances sociales, en collaboration avec les agents du service spécial qui apprécient l'invalidité pratique, afin de maintenir de bons rapports entre le patient et le médecin chargé des prothèses ou de la rééducation.

D. Montant de la rente

Les réparations suivantes sont accordées à l'intéressé en dehors des soins médicaux :

- a) s'il n'est pas encore en mesure de travailler le troisième jour après l'accident, une prestation temporaire de 80 pour cent de son salaire quotidien, à compter du jour après l'accident, pendant six semaines au maximum.

Si le législateur n'a pas voulu accorder 100 pour cent du salaire quotidien, c'est pour encourager l'intéressé à reprendre son travail rapidement, ce qui est également dans l'intérêt du rétablissement de ses capacités.

Lors de l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-accidents de 1901, les prestations temporaires correspondaient à 70 pour cent du salaire journalier.

Les prestations furent portées à 80 pour cent du salaire journalier lors de l'entrée en vigueur de l'assurance-maladie, en 1930, parce que les prestations maladie étaient fixées à 80 pour cent et que les deux prestations étaient attribuées en cas d'inaptitude à effectuer le travail faisant l'objet du contrat d'emploi.

La loi ne fait aucune distinction entre l'incapacité totale et l'incapacité partielle pour l'attribution des prestations temporaires. Dans la pratique, on considère qu'il n'y a pas

d'incapacité de travail si l'intéressé peut effectuer au moins 50 pour cent de son travail habituel.

Les employeurs qui disposent d'un service médical reconnu, admis depuis 1928 dans la loi sur l'assurance-accidents de 1921 (voir "Antécédents historiques") accordent non seulement eux-mêmes (au lieu de la Banque des assurances sociales) les soins médicaux auxquels l'assuré a droit en vertu de la loi sur l'assurance-accidents et qui se fait soigner dans ce service, mais ils décident des prestations temporaires à accorder que ce soit ou non leur service médical qui se charge du traitement par la suite. Les prestations peuvent dépasser 80 pour cent du salaire journalier à condition que la même somme soit versée aux travailleurs qui ont choisi un médecin eux-mêmes. Aucune pression ne peut être exercée pour que l'intéressé se fasse soigner par les médecins du service médical. Il y a lieu de noter que la Banque, même en cas de transfert du risque, demeure responsable de la réparation obligatoire. L'employeur doit cependant déposer une garantie.

- b) Si l'incapacité de travail dure plus de six semaines, l'intéressé a droit :
- en cas d'incapacité de travail totale, à 70 pour cent de son salaire journalier; en cas d'incapacité de travail partielle, à une part proportionnelle de ces 70 pour cent, d'abord à titre de pension provisoire, ensuite comme pension définitive dès que l'état de la victime s'est stabilisé, c'est-à-dire lorsqu'on peut s'attendre à ce qu'aucun changement

n'intervienne au cours de l'année suivante. Pour les prestations temporaires, on considère comme salaire quotidien le salaire quotidien moyen d'un ouvrier de la même catégorie au cours de la semaine précédant l'accident, puisqu'il s'agit d'une prestation versée pendant peu de temps. Pour la pension (temporaire ou non), compte tenu des dispositions particulières de la loi, on prend le salaire quotidien moyen de l'intéressé ou d'un ouvrier de même catégorie pendant l'année précédant le jour de l'accident, afin d'évaluer de façon plus précise et pour une longue durée la perte subie par l'accidenté. (Depuis le 1er juillet 1957, en cas de rechute, c'est-à-dire en cas d'incapacité après une période de capacité de travail complète, la pension est calculée d'après le salaire perçu au moment de la rechute si ce montant dépasse celui du salaire au moment de l'accident).

Si le salaire quotidien dépasse 19 florins, aucune prestation n'est attribuée pour le montant supérieur à ce chiffre. Le salaire maximum, qui était autrefois de 4 florins par jour, a été augmenté successivement et est actuellement de 19 florins, c'est-à-dire qu'il y a eu un ajustement aux salaires. Les prestations sont réduites d'un tiers pour les journées passées dans un établissement hospitalier aux frais de la Banque des assurances sociales, si l'assuré n'est pas marié ni soutien de famille. La loi du 15 octobre 1953 a modifié la loi sur l'assurance-accidents de 1921, de sorte que les prestations versées pendant 312 jours après l'accident, en cas d'incapacité totale de travail, correspondent à 80 pour cent au lieu de 70 pour cent du salaire quotidien. Cette loi n'est pas encore entrée en vigueur.

Si la victime de l'accident a provisoirement besoin d'aide pour faire face aux dépenses entraînées par les soins, les prestations sont majorées pendant cette période jusqu'à un maximum de 100 pour cent du salaire quotidien. Les prestations temporaires et les pensions, jusqu'à concurrence de 8 florins par jour, sont inaliénables et ne peuvent être données en gage ni en prêt, ni être saisies. Les litiges au sujet de décisions prises par la Banque des assurances sociales et les conseils du travail peuvent être introduits, en première instance, devant les conseils d'appel et, ensuite, devant le Conseil central d'appel.

Evolution du barème d'invalidité

Un travailleur est considéré comme totalement ou partiellement inapte au travail s'il l'est devenu par rapport à un travail correspondant à ses forces et à ses connaissances et dont il peut équitablement être chargé compte tenu de sa formation et de la profession qu'il exerçait dans la situation qu'il occupe ou qu'il a occupée dernièrement ou dans une situation analogue. En établissant le degré d'invalidité pour la pension, il ne s'agit pas seulement de déterminer si l'assuré est incapable de faire son travail habituel dans l'entreprise de son employeur, mais surtout si, d'une façon générale, il est devenu inapte au travail. Il faut également tenir compte de sa situation sociale et des conditions locales. D'autre part, il ne faut pas perdre de vue que son invalidité peut diminuer les possibilités de trouver un emploi approprié. Aux Pays-Bas, il n'y a

pas de tables d'invalidité. L'invalidité est évaluée pour chaque cas particulier. Certaines règles ont été établies d'après l'expérience acquise, mais elles ne sont pas définies par la loi.

Par exemple, depuis 1930, selon la pratique et la jurisprudence, un pourcentage d'invalidité de 15 est admis en cas de perte d'un oeil, lorsque l'état de l'intéressé s'est stabilisé, et un pourcentage de 10 en cas de perte du cristallin, même si l'acuité de vision de l'autre oeil reste normale. Avant 1930, ces pourcentages étaient respectivement de 25 et de 20, mais ils furent réduits en 1930 à la demande du Conseil central d'appel, après consultation de quatre professeurs d'ophtalmologie et de 22 oculistes. Ces pourcentages tiennent compte de la prime éventuelle en cas de perte de l'autre oeil, en dehors de l'entreprise, des difficultés de caractère général rencontrées sur le marché du travail, de la réduction du champ visuel normal ainsi que des difficultés de caractère psychologique dont un borgne peut souffrir.

Indemnisation forfaitaire - Evolution du taux

La loi sur l'assurance-accidents ne prévoit pas d'indemnisation forfaitaire. En ce qui concerne l'évolution du taux, il y a seulement lieu de rappeler que les pensions temporaires, pendant la première année, ont été portées de 70 pour cent à 80 pour cent du salaire quotidien en vertu de la loi du 15 octobre 1958, comme nous l'avons déjà signalé sous "Montant de la rente".

Rachat des petites rentes

1. Si l'intéressé est partiellement inapte au travail d'une façon permanente et si le degré d'incapacité de travail est égal ou inférieur à 15 pour cent, et s'il n'a pas encore atteint l'âge de 50 ans, il peut, à sa demande, recevoir une somme de rachat de la pension correspondant à trois annuités au cas où la pension lui a été attribuée par une décision sans appel. A partir de ce moment, toutes les prestations auxquelles l'assuré ou ses survivants ont droit s'éteignent, à l'exclusion des soins médicaux.

2. Les étrangers et leurs survivants résidant à l'étranger peuvent recevoir, à leur demande, une somme de rachat correspondant à trois annuités au cas où la pension n'est pas temporaire et leur a été attribuée par une décision sans appel. De ce fait, tous les autres droits à une réparation sont exclus.

3. En vertu des pouvoirs accordés à la Banque des assurances sociales, elle peut autoriser le rachat de la pension correspondant à trois annuités au titre des réparations auxquelles l'assuré a droit s'il a séjourné sans interruption pendant plus d'un an en dehors des Pays-Bas ou des pays limitrophes, à fixer par décret, si l'assuré n'avait pas 50 ans au moment de son accident et s'il bénéficie d'une pension d'un maximum de 21 pour cent de son salaire journalier (30 pour cent d'invalidité).

Changement d'emploi

Le changement d'emploi n'affecte pas le montant des prestations temporaires qui sont toujours de 80 pour cent

du salaire quotidien et qui sont versées aussi, longtemps que l'assuré est inapte à exercer son travail habituel (afin de pouvoir déterminer plus facilement le montant des premières prestations à verser après l'accident). Comme nous l'avons déjà dit dans "Montant de la rente", selon la pratique (et non la loi), il n'y a pas d'incapacité si l'intéressé est en mesure d'effectuer 50 pour cent de son travail habituel. En matière de pension, l'incapacité de travail est soumise à des critères moins stricts. Ainsi que nous l'avons déjà signalé dans "Evolution du barème d'invalidité", il y a incapacité de travail totale ou partielle lorsque le travailleur n'est plus en mesure d'effectuer un travail correspondant à ses forces et à ses connaissances et dont il peut raisonnablement être chargé, compte tenu de sa formation et de la profession qu'il exerçait dans la situation qu'il occupe ou qu'il a occupée dernièrement ou dans une situation analogue. Il faut aussi tenir compte des possibilités de trouver un tel emploi. En établissant le degré d'invalidité pour la pension, il s'agit donc d'évaluer l'incapacité de travail générale de l'intéressé et non seulement son inaptitude au travail habituel dans l'entreprise de son employeur.

Un changement d'emploi, si l'intéressé rencontre trop d'obstacles dans son travail habituel, peut donc amener une réduction de l'évaluation de l'invalidité, à condition que le nouvel emploi remplisse les conditions ci-dessus. Si la pension est attribuée définitivement, elle peut seulement faire l'objet d'une révision si la Banque est informée de nouvelles circonstances qui auraient pu influencer sa décision, ou en cas

de changements intervenus dans l'état de la victime. Toutefois, un changement d'emploi peut uniquement provoquer une réduction de la pension lorsque l'état de la victime s'est modifié par rapport à son état au moment de l'attribution de la pension à la suite de son accident. Si le changement d'emploi permet uniquement à la victime de percevoir un salaire plus élevé, tout en restant inapte au travail dans la mesure décrite ci-dessus, la pension définitive ne peut être révisée à moins que l'intéressé n'ait acquis de nouvelles capacités à la suite de la rééducation professionnelle visée par l'article 25 de la loi sur l'assurance-accidents de 1921 (la pension temporaire peut également être réduite pour ces mêmes raisons). Voir à ce sujet le chapitre intitulé "Réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle".

Droits des survivants

Les survivants sont, à cet égard :

- a) l'épouse du défunt au moment de l'accident et qui est devenue sa veuve lors de son décès;
- b) l'époux de la victime au moment de l'accident et qui est devenu veuf lors de son décès;
- c) les enfants légitimes ou les enfants d'un autre lit du défunt;
- d) les enfants naturels qui étaient légalement reconnus par le père défunt au moment de l'accident ainsi que les enfants naturels de la mère défunte;
- e) les parents ou, à défaut de ceux-ci, les grands-parents du défunt;
- f) les petits-enfants orphelins, et
- g) les beaux-parents du défunt.

Les enfants d'un autre lit ont été assimilés aux enfants légitimes depuis 1928 et les enfants naturels de la mère défunte ont été ajoutés en 1948, conformément à une nouvelle disposition du Code civil établissant un lien de droit civil entre la mère et l'enfant sans que l'enfant naturel ait été reconnu par sa mère.

Les survivants mentionnés sous b), e), f) et g) ont droit à la pension uniquement s'ils étaient à charge du défunt.

L'indemnité funéraire correspond à un maximum de 30 fois le salaire quotidien du défunt, c'est-à-dire, actuellement, de 30 fois 19 florins = 570 florins.

Soutien de famille

Selon la jurisprudence du Conseil central, le soutien de famille est généralement celui qui pourvoit régulièrement ou assez régulièrement à la subsistance des intéressés alors que ceux-ci, par suite de circonstances indépendantes de leur volonté, ne sont pas en mesure de subvenir eux-mêmes à leurs besoins. La somme doit être supérieure à une participation aux frais du ménage.

Il faut tenir compte de la situation de l'intéressé lors de son accident et non lors de son décès.

En déterminant la somme par laquelle le défunt est censé avoir contribué aux frais d'entretien indispensables des personnes à sa charge ou partiellement à sa charge, il y a lieu d'examiner chaque cas particulier et on ne peut donc fixer de règle générale. Il faut également tenir compte de la contribution de chaque membre de la famille ainsi que de la somme estimée nécessaire à l'entretien de la famille.

Montant des pensions et durée

- a) pour la veuve :
- une pension de 30 pour cent du salaire quotidien du défunt. La veuve bénéficie de la pension jusqu'à son décès ou son remariage et elle ne la perçoit pas pendant qu'elle vit en concubinage (disposition entrée en vigueur depuis le 15 février 1940). En cas de remariage, elle perçoit, à titre de rachat, une somme correspondant à deux fois le montant de sa pension annuelle (2 x 313 x 30 pour cent du salaire quotidien du défunt). Une réduction proportionnelle en vertu de l'article 24, paragraphe 2, n'est pas applicable à cet égard;
- b) pour le veuf :
- si la victime était le soutien de famille, une pension correspondant à la somme par laquelle elle pourvoyait généralement à la subsistance du mari, jusqu'à concurrence de 30 pour cent de son salaire quotidien. Il bénéficie de cette pension jusqu'à sa mort ou jusqu'à son remariage. En cas de remariage, il perçoit, à titre de rachat, une somme calculée selon la même méthode que pour le point a);
- c) et d) pour les orphelins :
- une pension de 15 pour cent pour chaque enfant ou de 20 pour cent pour les orphelins de père et de mère, jusqu'à l'âge de 16 ans;
- e) pour les parents, ou, à défaut de ceux-ci, les grands-parents que le défunt avait à sa charge :
- ils perçoivent une pension d'un montant équivalent à la somme par laquelle le défunt aidait à pourvoir

à leur subsistance, jusqu'à concurrence de 30 pour cent de son salaire quotidien. Cette pension est versée jusqu'à une date fixée ou jusqu'à la mort du dernier survivant;

f) pour les petits-enfants orphelins :

s'ils étaient à charge du défunt, une pension pour chaque petit-enfant d'un montant équivalent à la somme par laquelle le défunt contribuait à leur subsistance, jusqu'à concurrence de 20 pour cent du salaire quotidien. Comme pour les enfants du défunt, cette pension est versée jusqu'à l'âge de 16 ans;

g) pour les beaux-parents :

s'ils étaient à charge du défunt, une pension d'un montant équivalent à la somme par laquelle il contribuait généralement à leurs frais d'entretien, jusqu'à concurrence de 30 pour cent du salaire quotidien. Cette pension est versée jusqu'à une date déterminée ou jusqu'à la mort du dernier survivant.

Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques

La loi sur l'assurance-accidents ne prévoit pas d'ajustement des pensions, par exemple un ajustement à l'indice des salaires.

A la suite de la dévaluation de notre monnaie, des suppléments de pensions à charge de l'Etat sont accordés et viennent s'ajouter aux pensions anciennes.

Ces suppléments sont exclusivement versés aux personnes âgées de moins de 65 ans (par suite de la pension vieillesse attribuée à partir de 65 ans) et ne sont plus versés dès que l'intéressé atteint cet âge.

Les pensions au titre de l'assurance-accidents furent augmentées en 1950 et ce supplément fut l'objet de cinq modifications successives dues à l'augmentation des salaires. Enfin, une nouvelle augmentation fut autorisée à la suite d'une augmentation des loyers de 25 pour cent, à partir du 1er août 1957. Ces suppléments, en ce qui concerne les pensions attribuées pour des accidents, sont les suivants pour les accidents qui se sont produits avant le 19 mars 1951 : 33 pour cent; pour les accidents qui se sont produits entre le 19 mars 1951 et le 1er janvier 1954 : 25 1/2 pour cent; pour les accidents qui se sont produits entre le 1er janvier 1954 et le 1er octobre 1954 : 20 1/2 pour cent; pour les accidents qui se sont produits entre le 1er octobre 1954 et le 1er septembre 1956 : 13 1/2 pour cent; pour les accidents qui se sont produits entre le 1er septembre 1956 et le 1er août 1957 : 3 pour cent. Ces suppléments ne sont versés que jusqu'à l'âge de 65 ans.

En vertu de la loi du 4 juillet 1957, les personnes qui bénéficient d'une pension (ou de prestations) au titre d'une des lois sur l'assurance-accidents et qui sont obligées de verser des cotisations conformément aux dispositions de la loi sur l'assurance-vieillesse générale (entrée en vigueur le 1er janvier 1957) ont droit à une compensation pour les cotisations qu'elles doivent verser.

Données statistiques

Loi sur l'assurance-accidents, 1921

Année	Nombre de travailleurs type ²	Montant des salaires assurés	Nombre d'accidents avec invalidité de plus de 2 jours	Dépenses accidents	Montant versé au titre des réparations
	x 1.000	x f.1.000.000	x 1.000	x f.1.000.000	x f.1.000.000
1924	1.144	1.414	74	12,4	11,1
1929	1.340	1.672	140	17,8	16,0
1934	1.205	1.364	110	10,8	14,9
1939	1.385	1.480	159	14,0	15,7
1946 ¹	1.501	2.615	236	34,7	32,4
1949	1.954	4.061	287	51,7	41,4
1954	2.250	6.409	284	69,6	56,7

¹ Les données pour les années 1944 et 1945 n'ont pas été recueillies.

² 1 travailleur-type = 300 journées de travail.

E. Réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle

Voir également sous "prothèses" où il est fait mention des agents du service spécial de la Banque des Assurances sociales. Ils exercent leur activité non seulement dans le domaine de la réadaptation et de la rééducation des victimes d'accidents, mais également dans celui de l'évaluation du degré d'incapacité de travail et de la mesure dans laquelle la victime a pu s'adapter à son infirmité. Ce dernier point a son importance lors de l'attribution de la pension définitive. C'est d'ailleurs une des premières questions dont s'occupaient les agents du Service spécial, mais, par la suite, elle n'a constitué qu'une fraction minime de l'ensemble de leurs travaux.

Vers 1920, ces agents s'occupaient déjà des pensions temporaires et de la réadaptation dans la pratique, à l'exclusion de l'évaluation de l'incapacité de travail, à différents stades, en vue de la pension provisoire et de l'attribution de la pension définitive.

A l'origine, il s'agissait uniquement d'obtenir qu'un invalide partiel jugé apte à reprendre le travail selon les médecins de contrôle, mais qui ne reprenait pas son travail pour diverses raisons, soit placé chez son ancien employeur.

Après la guerre, ces efforts se sont multipliés et ont donné lieu à une série d'activités destinées à réintégrer l'intéressé dans la vie productive en lui confiant le travail le plus approprié. Si l'intéressé ne peut reprendre son travail ou si, pour des raisons professionnelles ou autres, il n'est pas possible de le placer chez son ancien employeur, et si cette possibilité ne peut être envisagée pour l'avenir, l'agent s'efforce de trouver une autre solution. Ses efforts sont souvent entrepris en consultation avec le Bureau de placement régional.

C'est ici qu'intervient l'article 25 de la loi sur l'assurance-accidents de 1921 (qui correspond à l'article 48 de la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture, 1922).

La possibilité, prévue dans cet article, de faire bénéficier la victime de l'accident d'une rééducation professionnelle (à charge de l'organisme ayant assumé le risque de l'assurance) n'était pas envisagée dans la loi sur l'assurance-accidents dès le début. Cette disposition fut introduite en 1921 parce que le gouvernement estimait que c'était là une mesure dans l'intérêt de la victime et

aussi dans celui de la communauté. En effet, la rééducation professionnelle est tellement coûteuse qu'un travailleur chef de famille n'en aurait guère les moyens.

Le travailleur atteint d'une maladie professionnelle et qui craint une rechute s'il reprend son travail dangereux, peut également bénéficier d'une rééducation professionnelle en vertu de l'article 87 c), paragraphe 3, de la loi.

Bien que l'application de l'article 25 et de l'article 87 c), paragraphe 3, de la loi sur l'assurance-accidents de 1921, et de l'article 48 de la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture ne constitue qu'une petite partie des activités de la Banque des Assurances sociales et que le nombre d'assurés auxquels ces articles s'appliquent ne représente qu'une fraction de l'ensemble des victimes d'accidents du travail, il s'agit là d'une très belle tâche pour la Banque en général et pour les agents du service spécial de la Banque en particulier.

Grâce à l'article 25, après une rééducation menée à bonne fin, les victimes d'accidents graves, au lieu d'avoir recours à la charité, peuvent réintégrer la société en tant qu'éléments de valeur, souvent très estimés. C'est pourquoi de tels espoirs avaient été placés dans cet article lors de l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-accidents de 1921, mais les résultats acquis ont déçu cette attente.

L'application de l'article 25 ne représente pas seulement une belle oeuvre, mais une tâche difficile et il y a de nombreuses raisons pour lesquelles le nombre de rééduqués restera toujours assez restreint. Il est un fait que toutes les victimes d'accidents n'ont pas les capacités voulues et n'ont surtout pas la persévérance

requis pour que leur rééducation puisse être menée à bonne fin. Les possibilités de rééducation professionnelle d'un ouvrier qualifié gravement atteint sont souvent très réduites, précisément à cause de la gravité de la lésion, et le travailleur n'est pas toujours suffisamment doué pour recevoir une formation intellectuelle.

Pendant la période de récession, avant la deuxième guerre mondiale, les victimes d'accidents, d'ailleurs aptes à la rééducation professionnelle, ne s'intéressaient guère à apprendre une nouvelle profession parce qu'il y avait déjà trop d'offres de la part d'ouvriers valides. Par contre, pendant les années plus prospères d'après-guerre, il y a eu peu de rééducation professionnelle parce que les intéressés atteints de lésions plus ou moins graves trouvent plus facilement un emploi, même sans avoir suivi les cours de rééducation.

En ce qui concerne l'interprétation de l'article 25, on n'y trouve pas de directives et les "règles nécessaires" auxquelles il est fait allusion à la fin du premier paragraphe ne sont pas indiquées. Il est dit cependant que :

- 1) il appartient exclusivement à la "Direction de la Banque" de décider si une formation professionnelle doit être accordée ou non;
- 2) une formation professionnelle peut aussi bien être accordée à la victime d'un accident qui bénéficie d'une pension temporaire qu'à celle qui bénéficie d'une pension définitive;
- 3) la formation professionnelle est accordée à la demande de l'intéressé ou de son représentant légal;
- 4) "l'augmentation de la capacité de travail" est la raison principale pour laquelle la rééducation professionnelle est accordée.

Il n'a jamais semblé nécessaire de définir ces conditions de façon plus précise car, même après de nombreuses années d'expérience, aucune réglementation à ce sujet n'a été prévue. Pour les besoins de son service, la Banque a posé, en dehors des quatre conditions prévues par la loi, trois conditions qui doivent être remplies pour que la rééducation professionnelle soit proposée :

- 1) la rééducation professionnelle peut uniquement être accordée si l'incapacité de travail définitive est au moins de 25 pour cent;
- 2) l'assuré ne peut avoir plus d'une quarantaine d'années;
- 3) aucune rééducation professionnelle n'est prévue pour les professions indépendantes.

L'absence de rééducation professionnelle pour les professions indépendantes est principalement due au fait qu'il est impossible d'aider l'assuré à obtenir le capital nécessaire.

Le degré d'invalidité a été fixé à un minimum de 25 pour cent, car l'expérience a démontré que des lésions moins graves telles que la perte d'un ou de deux doigts ou la diminution fonctionnelle d'une articulation n'obligent pas l'assuré à quitter sa profession. Il arrive à exercer suffisamment bien son ancienne profession ou ses anciennes activités et l'on ne peut s'attendre à ce que la rééducation professionnelle lui permette d'augmenter ses capacités de travail.

La limite d'âge s'explique d'elle-même bien que cette limite ne doive pas être fixée trop strictement. Il semble,

par conséquent, qu'il est plus souhaitable de rééduquer des jeunes gens victimes d'accidents graves plutôt que des travailleurs plus âgés moins grièvement atteints.

En ce qui concerne les articles 25 de la loi sur l'assurance-accidents de 1921 et l'article 48 de la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture, 1922, le choix de la profession est tout d'abord limité par la nature de la lésion, ensuite par les dons de l'intéressé, son intelligence, son caractère, etc., ainsi que par d'autres conditions qui peuvent jouer un rôle décisif lors du choix final, par exemple, conditions du marché du travail, possibilités de travail chez l'employeur, etc. Il se peut fort bien, par exemple, que l'intéressé trouve un emploi intéressant auprès de l'employeur chez lequel il travaillait au moment de son accident, ce qui peut déterminer le choix de la profession. Il va sans dire qu'il est généralement plus facile de trouver une profession ou une activité pour des assurés grièvement atteints aux jambes plutôt que pour ceux ayant une infirmité des mains ou des bras. Dans le premier cas, toutes sortes d'occupations assises sont indiquées, notamment des professions telles que fabricants de cigares, tailleurs, radio-techniciens, cordonniers (le résultat n'est pas satisfaisant), etc. Ceux qui peuvent travailler debout, mais qui marchent avec difficulté ou qui, en tout cas, n'arrivent pas à marcher s'ils portent un fardeau, peuvent recevoir une formation comme mécaniciens, ajusteurs, fraiseurs, etc. (même en cas d'amputation partielle de la jambe). Parmi les travaux manuels qui peuvent être confiés à des assurés dont les mains sont fortement abîmées, on peut citer la soudure autogène et la peinture en bâtiment. Ce sont là deux professions pour lesquelles de nombreux assurés manchots ont été rééduqués avec succès.

Si l'invalidé qui a des lésions graves au bras ou à la main, ou aux deux, est un ouvrier hautement qualifié, on s'efforcera de lui donner une formation plus ou moins intellectuelle correspondant à son ancienne profession. Un menuisier qualifié, qui a suivi des cours professionnels et éventuellement des cours du soir avant l'accident, peut souvent recevoir une formation qui lui permettra de travailler comme architecte dessinateur ou comme surveillant des travaux; pour les ouvriers ajusteurs, monteurs ou tourneurs, on peut choisir la profession de dessinateur industriel, constructeur. D'autre part, d'excellents résultats ont été obtenus en préparant les intéressés à des professions plus ou moins intellectuelles, par exemple, instituteurs, emplois dans l'enseignement moyen, comptables, surveillants au Département des eaux, radiotélégraphistes, correspondants, etc. Enfin, il y a deux sortes d'handicapés pour lesquels le choix est très limité et pour lesquels il est extrêmement difficile de prendre des mesures de rééducation satisfaisantes. Ce sont les paraplégiques et les aveugles, ou pratiquement aveugles. La Banque assume dans ces cas plus de risques qu'à l'ordinaire, mais il n'en reste pas moins que l'incapacité de travail reste élevée, même après une rééducation réussie. En général, ces victimes qui ont reçu un traitement de rééducation arriveront sans doute, après beaucoup d'efforts et de coopération, surtout de la part du futur employeur, à trouver un emploi quelquefois excellent, mais l'incapacité de travail en ce qui concerne le marché normal du travail reste grande. En outre, pour l'employeur, ces handicapés sont toujours des ouvriers que l'on peut uniquement employer dans une certaine mesure, même s'ils exercent leur nouvelle profession. La Banque n'a pas encore beaucoup d'expérience au sujet de ces deux sortes

d'invalides. Avant la guerre, il n'y avait absolument aucune offre sur le marché du travail pour les paraplégiques, et ils recevaient automatiquement une pension de 100 pour cent alors que, pour les aveugles, on n'avait en général pas d'autre ambition, même en dehors de la Banque, que de leur confier des travaux de vannerie et de cannage.

La situation s'est améliorée après la guerre, mais on n'a pas encore pu achever la rééducation d'un seul paraplégique et, jusqu'à présent, un aveugle seulement a reçu un traitement complet de rééducation (comme téléphoniste), y compris son placement dans un service de l'Etat. Toutefois, même dans ce dernier cas, qui constitue d'ailleurs une magnifique réussite, il ne faut pas perdre de vue que ce jeune homme a appris à grand-peine un travail de routine assez simple (qui lui a pris plusieurs années), pour lequel un invalide en possession de la vue n'aurait jamais été rééduqué et que l'aveugle peut uniquement effectuer dans certaines conditions. Il peut seulement travailler dans un central téléphonique qui a dû être spécialement aménagé pour lui (ce qui a coûté de 500 à 750 florins, même peut-être davantage actuellement), et il ne peut faire aucun travail administratif si souvent demandé par les employeurs. Ce genre d'invalide rééduqué n'aura toujours qu'une valeur restreinte sur le marché normal du travail.

Le choix d'une profession est beaucoup plus vaste et par conséquent plus facile pour les assurés qui reçoivent un traitement de rééducation en vertu de l'article 87 c), paragraphe 3, s'il s'agit d'assurés inaptes à un travail déterminé à la suite d'une maladie professionnelle (par exemple, exzéma), mais qui demeurent valides

à 100 pour cent pour toute autre profession. C'est ainsi qu'un boulanger atteint de la gale des épiciers a pu être rééduqué pour devenir fabricant d'orgues. Le choix de la profession n'est cependant pas illimité selon les dispositions de l'article 87 c), paragraphe 3, car la Banque estime que cet article concerne plutôt la rééducation professionnelle que la formation professionnelle. Il ne s'agit pas de donner une formation professionnelle à l'intéressé en compensation d'une invalidité permanente de caractère plus ou moins grave. C'est pourquoi lorsqu'il s'agit d'invalidité grave, le but de la rééducation à laquelle la victime a droit en vertu de l'article 25 ne sera pas seulement de lui apprendre un autre métier, mais, dans la mesure du possible, un métier d'un niveau plus élevé, et de compenser l'invalidité par cette "plus-value". Ce n'est pas nécessairement le cas pour une rééducation au sens de l'article 87 c), paragraphe 3, par exemple pour des assurés atteints de dermatose, car ils ne sont pas physiquement diminués par suite de cette maladie professionnelle. Un boulanger qui souffre d'eczéma sera rééduqué pour devenir menuisier, maçon, etc., mais un menuisier souffrant d'une infirmité grave de la jambe ou du bras recevra une formation pour devenir dessinateur architecte, surveillant de travaux, etc., éventuellement au moyen de cours dans un établissement d'enseignement technique. Enfin, il convient de signaler que si la rééducation se solde par un échec, ou si l'intéressé éprouve trop de difficultés, si la rééducation exige trop de temps, ou entraîne une perte de prestations, l'assuré atteint de dermatose, dès sa guérison, recherchera plutôt un emploi dans son ancienne profession, même s'il s'expose ainsi à une rechute. La Banque ne peut rien y faire. L'article 87 c),

paragraphe 3, ne prévoit pas la moindre sanction et, dans la pratique, on a malheureusement constaté à plusieurs reprises que l'assuré exerçait à nouveau son ancienne profession. Aucune décision n'a encore été prise au sujet d'une réglementation éventuelle de cette question.

III. LOI SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS DANS L'AGRICULTURE ET L'HORTICULTURE, 1922

A. Structure et champ d'application

Base juridique.- La même que pour la loi sur l'assurance-accidents.

Le régime est basé sur le droit public, même si l'application est confiée en grande partie à des associations professionnelles. L'Etat est entièrement responsable des réparations à verser aux victimes de l'accident, attribuées en vertu de la loi, que ces prestations soient versées par la Banque des assurances sociales ou par une association professionnelle.

Organisme d'exécution

En dehors de la Banque des assurances sociales, en collaboration avec les Conseils du travail, les organismes d'exécution de l'assurance obligatoire sont également les associations professionnelles (organismes de droit privé) qui appliquent leur propre règlement, dont les dispositions peuvent être plus libérales que celles de la loi. Les employeurs peuvent adhérer à ces associations professionnelles ou charger la Banque des assurances sociales de couvrir le risque de l'assurance de leurs travailleurs.

Au début, le gouvernement ne semblait marquer aucune préférence, mais, par la suite, ce sont les associations professionnelles qui sont devenues les principaux organismes d'exécution. Voir dans la loi sur l'assurance-accidents les chapitres concernant la Banque des assurances sociales et les Conseils du travail.

La loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture, 1922, ne prévoit pas de transfert de risques, comme celui prévu par la loi sur l'assurance-accidents.

En ce qui concerne les associations professionnelles, la loi exige certaines garanties. Les associations ne doivent pas avoir de but lucratif et les garanties concernent également le salaire annuel minimum assuré, la composition de la direction (dont les membres sont désignés par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique et dont les travailleurs doivent faire partie sur une base paritaire, bien que les associations professionnelles soient des organisations d'employeurs), les dispositions des statuts (qui doivent indiquer l'origine des fonds destinés à couvrir les dépenses), l'admission de tous les employeurs qui désirent devenir membres, l'élaboration d'un règlement au sujet des accidents, l'établissement d'un registre des membres, la communication à la Banque des assurances sociales de toute attribution de pension, qu'elle soit temporaire ou non, etc. Les associations professionnelles doivent également constituer un fonds de garantie sur lequel des prélèvements peuvent être effectués à certaines conditions, notamment s'il est prévu dans les statuts que les membres de l'association sont mutuellement responsables des obligations et que la responsabilité des membres est engagée pendant une année après leur démission.

Les associations professionnelles doivent en outre déposer une garantie auprès de la Banque des assurances sociales sous forme d'une pension définitive d'un montant suffisant pour couvrir la valeur au comptant des pensions, des frais d'administration et des frais éventuels de contrôles médicaux et techniques.

Il y avait autrefois huit associations professionnelles qui se sont groupées le 1er janvier 1950. Jusqu'au 1er janvier 1957, il n'y avait qu'une seule association professionnelle, celle pour l'assurance-accidents dans

l'agriculture et l'horticulture, qui s'appelle depuis 1952 "Association professionnelle pour l'assurance-accidents dans l'industrie agricole". L'association professionnelle pour l'industrie laitière a prêté son concours depuis le 1er janvier 1957.

Les associations professionnelles exercent leur activité sous le contrôle du Conseil des assurances sociales.

Lorsque l'article 2 de la loi sur l'Organisation entrera en vigueur, cela entraînera un changement dans l'application de la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture. Ce ne seront plus la Banque des assurances sociales et les Conseils du travail qui seront chargés de l'exécution, mais exclusivement les associations professionnelles.

En ce qui concerne le "développement de l'intervention des assurés", cette intervention peut seulement s'effectuer indirectement par l'intermédiaire des membres travailleurs du Comité de direction des organismes d'exécution.

B. Risques couverts

Accidents

La loi a immédiatement admis l'interprétation ; accidents dans le cadre de l'emploi.

Ouvriers

La loi concerne les ouvriers et non pas les travailleurs au sens plus large du terme, c'est-à-dire qu'en règle générale, l'emploi doit faire l'objet d'un contrat de travail.

La loi considère comme ouvrier toute personne au service d'un employeur, dans son entreprise où il exerce

une profession soumise à l'assurance, contre rémunération d'un salaire, ainsi que les apprentis qui ne perçoivent pas encore de salaire du fait de leur apprentissage (l'interprétation plus large du terme apprenti - voir loi sur l'assurance-accidents - n'a pas été donnée par la suite).

Les enfants légitimes de l'intéressé, les enfants par alliance et les enfants d'un autre lit habitant sous le même toit ne sont pas considérés comme ouvriers.

Depuis 1928, ce terme s'étend aux sous-entrepreneurs, aux personnes qui effectuent personnellement certains travaux particuliers; (aux termes de cette loi notamment, les livreurs de lait, les ouvriers s'occupant de l'épluchage des bulbes, etc.) - voir loi sur l'assurance-accidents et le chapitre concernant la coordination envisagée - ce terme fut ensuite étendu à d'autres travailleurs, par exemple les commis voyageurs, les travailleurs à domicile.

Employeurs

Voir loi sur l'assurance-accidents.

La loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture prévoit également l'affiliation facultative de l'employeur auprès de la Banque des assurances sociales.

Industries soumises à l'assurance obligatoire

La loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture, 1922, en mentionne quatre : l'agriculture, l'élevage, l'horticulture et la sylviculture.

Les fonds destinés à couvrir les dépenses sont également fournis exclusivement par les employeurs. Il leur est défendu de retenir des sommes sur le salaire des assurés. Les entreprises assurées auprès de la banque sont classées

en catégories de risques avec un indice des risques, tout comme les entreprises visées par la loi sur l'assurance accidents.

Les associations professionnelles ne sont pas obligées de suivre cette méthode. Comme nous l'avons indiqué ci-dessus, elles définissent elles-mêmes, dans leurs statuts, de quelle façon elles réuniront les fonds nécessaires à la couverture des dépenses. Aucune modification n'a été apportée par l'entrée en vigueur de la loi sur la coordination. Les associations professionnelles sont autorisées à percevoir une cotisation anticipée à valoir sur la cotisation fixée.

Versement des cotisations à la Banque des Assurances sociales

Le versement s'effectue également par l'intermédiaire des Conseils du travail.

La cotisation est calculée d'après le taux de cotisation et le salaire perçu au cours de la période de cotisation.

Jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi sur la coordination, les cotisations étaient versées selon un système de cotisation fixe, c'est-à-dire de la même façon que pour la loi sur l'assurance-accidents, 1921, avant la réglementation du 1er juillet 1935.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi sur la coordination, le même système est appliqué que celui que nous avons indiqué pour la loi sur l'assurance-accidents, 1921. Le fonds de réserve de l'assurance-accidents dans l'agriculture, 1922, peut s'élever au maximum à la moitié des cotisations annuelles, sans réductions éventuelles de cotisations.

La Caisse assurance-accidents dans l'agriculture doit toujours faire face à un déficit, de sorte qu'une réduction de cotisations n'est jamais accordée.

Depuis le 1er janvier 1948, le taux de cotisation est d'autant de fois 0,011 florin par florin de salaire qu'il y a d'unités dans l'indice des risques.

Pour le salaire servant de base pour le calcul de la cotisation, voir loi sur l'assurance-accidents.

Répercussions de l'assurance sur le droit civil

Voir le chapitre indiqué ci-dessus. Les articles 101 à 103 de la loi sur l'assurance-accidents de l'agriculture, 1922, correspondent aux articles 93 à 95 de la loi sur l'assurance-accidents, 1921.

La loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture, 1922, ne prévoit pas de subrogation de droits de l'assuré.

C. Risques couverts. Définition de l'accident du travail et limites

La loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture a admis dès le début l'interprétation de l'accident dans le cadre de l'emploi.

Voir à ce sujet la loi sur l'assurance-accidents.

Accidents de trajet

Idem.

Maladies professionnelles

Elles sont admises dans la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture depuis le 1er juillet 1939. Depuis le 1er septembre 1949, la liste se présente comme suit :

- a) Intoxications provoquées par des engrais artificiels et des produits utilisés pour la lutte contre les maladies des plantes, les mauvaises herbes, dans la lutte ou la protection contre les animaux nuisibles, si ces intoxications surviennent à des ouvriers dans des activités où s'effectuent des travaux comportant la manipulation de ces produits.
- b) Les infections charbonneuses qui surviennent à des ouvriers dans des activités où s'effectuent des travaux comportant le contact avec des animaux charbonneux, des débris de ces animaux ou des marchandises contaminées par ces animaux ou ces débris d'animaux.
- c) Tricophytie qui survient à des ouvriers dans des activités où s'effectuent des travaux comportant le contact avec des animaux atteints de tricophytie ou de marchandises contaminées par ces animaux.
- d) Maladie de Bang qui survient à des ouvriers dans des activités où s'effectuent des travaux comportant le contact avec des animaux atteints de la maladie de Bang ou des produits de ces animaux ou des marchandises contaminées par ces animaux ou ces débris d'animaux.
- e) La gale de sarcoptes qui survient à des ouvriers employés dans des activités comportant le contact avec des animaux atteints de cette maladie ou de marchandises contaminées par ces animaux.
- f) La silicose avec ou sans tuberculose pulmonaire, si la silicose est une cause déterminante de l'incapacité de travail ou de la mort, lorsque la silicose survient à des ouvriers dans des activités où

s'effectuent des travaux les exposant aux effets nocifs du quartz. (Siliciumdioxyde).

La silicose a été ajoutée à la liste dans la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture, le 1er septembre 1949, à cause des dangers provoqués par l'aiguisage des meules.

D'autres maladies figuraient autrefois dans cette liste, mais elles n'ont pas été mentionnées séparément depuis le 1er septembre 1949, car elles pouvaient être comprises depuis lors dans la définition de l'alinéa a).

Action civile pour les maladies non reconnues

Voir la loi sur l'assurance-accidents.

D. Soins médicaux

Idem. (L'article 14 de la loi sur l'assurance-accidents, 1921 = l'article 35 de la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture, 1922). Toutefois, lorsqu'un employeur est membre d'une association professionnelle, les soins médicaux à fournir par l'Association professionnelle ne sont pas régis par la loi, mais ils sont fournis conformément au règlement de l'association, à des conditions qui ne peuvent être moins favorables que celles prévues par la législation applicable aux ouvriers assurés auprès de la banque.

N.B.- La loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture ne prévoit pas de "service médical reconnu".

Prothèses

Voir la loi sur l'assurance-accidents.

N.B.- Dans le centre de rééducation de la Banque des assurances sociales, des cours d'entraînement sont

également donnés aux amputés munis de prothèses et dont la prothèse a été fournie par l'Association professionnelle et la société Zee-Risico, en application de la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture, 1922, et la loi sur l'assurance-accidents des marins.

Montant de la rente

Voir loi sur l'assurance-accidents pour tout ce qui concerne l'invalidé assuré auprès de la Banque des assurances sociales. Les associations professionnelles, en vertu de leurs statuts ou de leurs règlements, peuvent attribuer à leurs assurés des prestations plus élevées que celles prévues par la loi, ainsi que des prestations pour d'autres accidents que les accidents professionnels ou pour les maladies professionnelles.

Les litiges au sujet des décisions prises par les associations professionnelles sont soumis au Conseil d'appel. (Depuis le 1er janvier 1957, elles sont introduites en première instance devant des tribunaux d'arbitrage; il ne semblait pas nécessaire d'avoir recours à deux tribunaux distincts pour l'appel en première instance prévu par la loi). L'instance supérieure est le Conseil central d'appel.

Evolution du barème d'invalidité

Indemnisation forfaitaire)	
Evolution du taux)	
Rachat des petites rentes)	Voir loi
(si l'ouvrier est assuré auprès de l'Association professionnelle, l'autorisation de rachat doit être accordée par la direction de l'Association professionnelle))	sur l'assurance accidents

Changement d'emploi

Voir loi sur l'assurance-accidents.

Droits des survivants

Voir loi sur l'assurance-accidents.

Ajustements

Voir loi sur l'assurance-accidents.

E. Réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle

Idem.

En vertu de l'article 48 de la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture, 1922, les associations professionnelles sont également autorisées à fournir un traitement de rééducation professionnelle.

Toutefois, les agents du service spécial de la Banque des assurances sociales ne travaillent que pour la Banque.

Données statistiques

(Voir tableau A).

A

DONNÉES STATISTIQUES LOI ACCIDENTS DE L'AGRICULTURE ET DE L'HORTICULTURE 1922

Année	Etablissement d'assurance	Nombre	Nombre de	Montant	Nombre d'acci-	Charges	Montant
		d'employeurs	types d'ouvriers	des salaires assurés	dents avec invalidité de plus de deux jours	des accidents	des dédomma- gements
		x 1.000	x 1.000	x f.1.000.000	x 1.000	x f.1.000.000	x f.1.000.000
1952	Banque d'ass.soc. Groupement	21,3	24,3	53,2	3,6	0,93	0,64
	d'entreprises	96,3	235,6	515,7	31,7	6,93	5,32
	Total	117,6	259,9	568,9	35,3	7,86	5,96
1953	Banque d'ass.soc. Groupement	15,4	19,1	43,6	2,4	0,76	0,57
	d'entreprises	99,8	237,7	542,6	29,7	7,29	5,43
	Total	115,2	256,8	586,2	32,1	8,05	6,00
1954	Banque d'ass.soc. Groupement	10,8	15,1	38,1	1,8	0,65	0,48
	d'entreprises	95,8	224,0	565,1	27,6	7,73	5,62
	Total	106,6	239,1	603,2	29,4	8,38	6,10
1955	Banque d'ass.soc. Groupement	8,3	13,1	36,9	1,4	0,64	0,47
	d'entreprises	96,7	207,8	585,4	23,8	7,78	5,61
	Total	105,0	220,9	622,3	25,2	8,42	6,08
1956	Banque d'ass.soc. Groupement	6,8	12,1	37,3	1,2	0,64	0,43
	d'entreprises	94,5	195,1	601,3	21,8	7,54	6,01
	Total	101,3	207,2	638,6	23,0	8,18	6,44

IV. LOI SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS DES MARINS, 1919

A. Structure

Base juridique

Comme pour les autres lois sur l'assurance-accidents, cette loi se base également sur le "risque professionnel". Cependant, il ne s'agit pas d'une législation de droit public, mais de droit privé. Le marin affilié ne peut faire valoir ses droits auprès d'un organisme d'assurance d'Etat tel que la Banque des assurances sociales ou auprès d'une association professionnelle. D'après la loi, ce sont les sociétés d'armateurs qui sont tenues de verser les prestations, si les prestations doivent être considérées comme faisant partie des gages (voir ci-après). Les gages sont à la charge de l'armateur. Il est donc normal que les prestations soient aussi à sa charge.

Afin d'éviter des difficultés auxquelles cette réglementation de droit privé pourrait donner lieu, l'armateur doit fournir des garanties. A cet effet, il peut, soit constituer une garantie lui-même, soit conclure un accord avec un autre assureur ou une autre tierce personne, par lequel ceux-ci s'engagent conjointement à verser aux membres de l'équipage et à leurs survivants les prestations auxquelles ils ont droit et qu'ils peuvent réclamer à l'armateur, conformément à la loi.

L'armateur peut également conclure cet accord avec une société d'assurance mutuelle ou avec une société d'assurance privée, qui n'est pas organisée sur une base mutuelle.

Organisme d'exécution

En pratique, l'assurance est administrée par la compagnie d'assurance mutuelle "Zee-Risico". Lorsque le

projet de loi sur l'assurance-accidents des marins fut publié, la direction de "Centraal Beheer" (une société coopérative fondée en 1909 et chargée de l'administration de plusieurs organisations d'employeurs en vue d'une assistance mutuelle en matière de risques professionnels) avait consulté les directeurs des sociétés de navigation et de pêche au sujet de la création d'une société mutuelle qui assumerait les risques prévus par la loi. C'est à la suite de ces entretiens que la société "Zee-Risico" fut créée en 1915. Cette société comprend plusieurs associations de risques professionnels appliquant le système de transfert du risque prévu par la loi sur l'assurance-accidents de 1901, tout en laissant également la possibilité à l'assureur d'assumer le risque lui-même.

La direction de la société Zee-Risico est responsable de l'exécution de la loi et elle exerce son activité sous la surveillance d'une commission de contrôle. Les membres de la direction sont nommés sur une base paritaire. Les sociétés d'assurance de Zee-Risico ont également une direction paritaire.

Accidents

Voir ce qui a été dit à ce sujet dans le chapitre concernant la loi sur l'assurance-accidents de 1921.

Contrairement à la loi sur l'assurance-accidents, 1921, l'assurance ne s'applique pas aux ouvriers, mais aux membres de l'équipage. Chaque membre de l'équipage a droit à des prestations dans des conditions déterminées. On peut ainsi inclure dans l'assurance un plus grand nombre de personnes que lorsqu'il s'agit d'"ouvriers" (par exemple les bateliers). D'autre part, les personnes qui sont

assurées en vertu de la loi sur l'assurance-accidents, 1921, ne sont pas obligatoirement assurées en vertu de la loi sur l'assurance-accidents des marins. La loi ne se rapporte pas à des "employeurs" mais à des "propriétaires" de navires, ce qui veut dire toute personne qui est chargée du navire, que ce soit le propriétaire, l'armateur ou le comptable de la compagnie de navigation, ou le directeur désigné par la personne morale propriétaire du navire ou l'usager du navire.

Les fonds destinés à couvrir les dépenses de la société Zee-Risico proviennent des prestations, y compris la valeur au comptant des pensions attribuées qui sont réparties entre les armateurs affiliés à la société Zee-Risico. Les montants sont calculés d'après le salaire versé. Par conséquent, il n'est pas tenu compte du degré de risques auxquels un armateur est exposé.

Réparations

Voir "montant de la rente".

Développement de l'intervention des assurés dans la gestion des organismes

Voir ce qui a été dit à ce sujet dans l'étude de la loi sur l'assurance-accidents, 1921.

Risques couverts

Définition de l'accident du travail et limites

Voir ce que nous avons dit à ce sujet dans l'étude de la loi sur l'assurance-accidents, 1921.

Il y a cependant lieu de remarquer que "les maux physiques se manifestant assez rapidement, assimilés aux accidents", ne sont pas mentionnés (voir maladies professionnelles).

Accidents de trajet

Voir loi sur l'assurance-accidents, 1921.

Maladies professionnelles

La loi sur l'assurance-accidents des marins reconnaît les maladies professionnelles comme c'est le cas pour la loi sur l'assurance-accidents, 1921.

Il s'agit des maladies suivantes, dont quelques-unes sont indiquées dans la loi sur l'assurance-accidents, 1921 comme des maux physiques se manifestant assez rapidement :

1. Phlyctènes de la main (les phlyctènes ne sont pratiquement jamais des suites d'accidents);
2. Pustules du poignet provoquées par la saumure;
3. Affections de la peau provoquées par les écorchures dues aux produits oléagineux;
4. Plaies apparentes provoquées par des écorchures;
5. Tendovaginitis crepitans des doigts;
6. Insolation;
7. Engourdissement par la chaleur;
8. Congélation;
9. Crampes des chauffeurs;
10. Frickleyheat;
11. Dermatitis solaris;
12. Douque;
13. Malaria tropica;
14. Fièvre bilieuse hémoglobinurique;
15. Amoebiasis;
16. Febris recurrens;
17. Leptospirosis icterohemorrhagica;
18. Fièvre jaune;
19. Peste;
20. Cholera;

21. Variole;
22. Maladie du sommeil.

Action civile pour les maladies non reconnues

Voir ce que nous avons dit à ce sujet dans le chapitre sur la loi sur l'assurance-accidents, 1921.

Il convient cependant d'ajouter que dans la loi sur l'assurance-accidents des marins, on ne considère pas la contagion par des germes de maladie dans certaines conditions comme un "accident".

Soins médicaux

On peut généralement appliquer les mêmes critères que pour la loi sur l'assurance-accidents de 1921, tout en les complétant par certaines règles spéciales à cause du caractère particulier de l'emploi.

Si la victime de l'accident qui se trouve à bord d'un navire ne peut recevoir des soins médicaux aux Pays-Bas, les soins lui sont donnés par le médecin de bord. Si l'état de l'intéressé l'exige, il est transporté au port le plus proche pour y recevoir un traitement.

Si l'intéressé doit rester à l'étranger pour y recevoir des soins, il peut choisir entre le transport gratuit à un port des Pays-Bas et le transport gratuit à un port convenable qui sera déterminé par celui qui se charge des soins médicaux, compte tenu des circonstances.

Montant de la rente

Outre les soins médicaux, l'intéressé a droit aux réparations suivantes :

- a) En cas d'incapacité de travail totale, il reçoit des prestations (N.B. : cette loi fait uniquement état

des prestations et non des prestations ou pensions temporaires prévues par les autres lois sur l'assurance-accidents) pendant les six premiers mois à partir du lendemain de l'accident (ce n'est donc pas en cas d'incapacité de travail après le troisième jour de l'accident comme pour les autres lois sur l'assurance-accidents) et correspondant à 80 pour cent du salaire quotidien.

- b) En cas d'incapacité totale de plus longue durée, 70 pour cent du salaire quotidien.

Il y a lieu de mettre l'accent sur "l'incapacité totale" tant dans l'alinéa a) que dans l'alinéa b) car, en cas d'incapacité partielle, les prestations versées pendant les six premiers mois ne correspondent pas à 80 pour cent du salaire quotidien, mais à un pourcentage moins élevé selon le degré d'incapacité de travail.

Ce système est donc différent de celui des autres lois sur l'assurance-accidents où les prestations sont versées pendant les six premières semaines.

N.B. - La loi sur l'assurance-accidents des marins a été modifiée en date du 15 octobre 1958, accordant aux victimes d'accidents, en cas d'incapacité totale, 80 pour cent du salaire quotidien pendant les premiers 312 jours et 70 pour cent passé ce délai.

Le salaire quotidien est également calculé de façon différente. Le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique détermine le salaire quotidien dont il faudra tenir compte pour chaque groupe de marins en se basant sur le salaire normal.

D'ailleurs les prestations au titre de la loi sur l'assurance-accidents des marins sont pratiquement les

mêmes que celles des deux autres lois sur l'assurance-accidents. Il suffit de rappeler les prestations dont l'assuré peut bénéficier s'il se trouve dans le besoin. Nous examinerons d'ailleurs les autres aspects de ce problème (voir également droits des survivants à la fin du rapport).

Evolution du barème d'invalidité

Bien que le texte ne soit pas absolument identique à celui des deux autres lois sur l'assurance-accidents, les dispositions poursuivent le même but en ce qui concerne l'évaluation de l'incapacité de travail. Voir ce que nous avons dit à ce sujet dans le chapitre sur la loi sur l'assurance-accidents, 1921.

Indemnisation forfaitaire : évolution du taux

Voir également ce que nous avons dit à ce sujet dans l'étude sur la loi sur l'assurance-accidents, 1921.

Rachat des petites rentes

Même réglementation que pour la loi sur l'assurance-accidents, 1921.

Changement d'emploi

Le changement d'emploi n'affecte pas le montant de la prestation. Compte tenu de ce qui a été dit sous Montant de la rente, nous pouvons également rappeler mutatis mutandis ce que nous avons indiqué au sujet de la loi sur l'assurance-accidents, 1921.

Droits des survivants

Les prestations aux ayants droit sont les mêmes que celles auxquelles les deux autres lois sur l'assurance-accidents donnent droit avec la seule exception qu'il n'y a pas de dispositions concernant l'époux de la défunte au

mement de l'accident, auquel une pension est attribuée en vertu de la loi sur l'assurance-accidents, 1921 et la loi sur l'assurance-accidents dans l'agriculture et l'horticulture, 1922, lorsqu'il était à charge de son épouse.

Nous rappelons ici une disposition qui ne figure pas dans la loi sur l'assurance-accidents, 1921, mais qui a donné lieu à une modification selon laquelle le marin, en cas de perte totale de ses biens à la suite d'une catastrophe survenue au navire, a droit à une réparation. S'il meurt par suite de la catastrophe, ses ayants droit reçoivent une prestation forfaitaire. Une disposition analogue concernant l'équipage d'un bateau fluvial a été reprise en 1923 dans la loi sur l'assurance-accidents.

Contentieux

En cas de litige au sujet de décisions de la société Zee-Risico, l'assuré ne peut exercer un recours comme celui prévu par les deux autres lois sur l'assurance-accidents. En principe, puisqu'il s'agit d'une réglementation de droit privé, le marin doit s'adresser au juge de la juridiction civile. La loi prévoit cependant une possibilité d'arbitrage dont il est fait usage dans la pratique. Il y a deux tribunaux d'arbitrage : l'un pour la pêche maritime, l'autre pour la marine marchande. Le règlement par voie d'arbitrage des litiges au sujet de prestations et le règlement par les tribunaux des litiges introduits en vertu des autres lois sur l'assurance-accidents présentent certains points communs. La différence principale réside dans le fait qu'il n'y a qu'un seul degré pour le règlement par voie d'arbitrage, alors qu'il y en a deux pour les tribunaux. Une autre différence importante en ce qui concerne l'assurance-accidents des marins provient de ce qu'aucune décision ne peut être prise sur le fond du

procès. Le recours ne doit pas être introduit dans un délai fixé par la loi, mais après une période déterminée, le tribunal d'arbitrage considère que l'intéressé s'est désisté.

Données statistiques

Voir tableaux B, C et D.

B

NOMBRE DE BATEAUX ADHERENTS

ANNEE	GRANDE NAVIGATION	NAVIGATION COTIERE	PECHE	TOTAL
1920	624	806	816	2.246
1925	550	213 xx)	618	1.381
1930	581	299	492	1.372
1935	438	347	409	1.194
1939	488	394	370	1.252
1946	585	289	322	1.196
1950	753	445	338	1.536
1951/52 x)	800	509	327	1.636
1953	739	524	319	1.632
1954	824	547	333	1.704
1955	842	590	339	1.771
1956	873	643	342	1.858
1957	901	738	338	1.977

x) 1 1/2 année.

xx) La diminution du nombre de bateaux est en relation avec le fait que la pêche côtière est portée sous le OW'21.

C

ANNEE	NOMBRE D'ACCI- DENTS SIGNALES	NOMBRE D'ACCI- DENTS ACCEPTES COMME ACCIDENTS DE TRAVAIL	NOMBRE D'ACCI- DENTS AVEC INVALIDITE DE PLUS DE TROIS MOIS	NOMBRE D'ACCI- DENTS AVEC ISSUE MORTELLE
1920	1.320	1.260	78	23
1925	2.067	1.990	41	59
1930	2.367	2.306	56	42
1935	1.835	1.771	41	28
1939	2.665	2.562	75	212
1946	2.208	2.111	68	12
1950	3.666	3.453	96	35
1951/ 52 x)	6.314	5.967	132	64
1953	3.884	3.687	89	64
1954	4.262	4.013	136	57
1955	5.023	4.760	115	19
1956	5.341	5.074	122	33
1957	5.736	5.462	149	31

x) 1 1/2 année.

D

ANNEE	FRAIS D'ACCIDENTS FRAIS ADM. INCLUS	MONTANT DES SA- LAIRES ASSURES	FRAIS ANNUELS EN % DES SALAIRES ASSURES
1920	990.973,15	50.531.950.-	1,96
1925	421.449,87	43.888.562.-	0,96
1930	414.226,56	47.772.606.-	0,87
1935	300.890,61	24.599.326.-	1,22
1939	1.490.603,86	25.462.940.-	5,85
1946	924.128,04	53.121.682.-	1,74
1950	1.182.516,29	94.952.700.-	1,25
1951/52 x)	2.336.894,48	162.690.366.-	1,44
1953	1.901.910.--	113.351.779.-	1,68
1954	1.913.946.--	123.535.898.-	1,55
1955	1.775.200,16	118.657.720.-	1,50
1956	2.376.476,92	145.821.407.-	1,63
1957	2.655.641,24	173.607.595.-	1,53

x) 1 1/2 année.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Allocations familiales

P a y s - B a s

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
<u>Introduction</u>	194
I. Développement historique	195
II. Application de l'assurance-allocations familiales	205
III. Champ d'application et organisation	209
IV. Financement	234
V. Influence sur la politique nataliste	238
VI. Graphique	239a
VII. Liste des organismes d'application des lois allocations familiales	240

INTRODUCTION

En dehors du droit aux allocations familiales à proprement parler, la législation néerlandaise connaît deux sortes de prestations familiales, à savoir :

- a) une unique indemnité d'accouchement (f. 55.-) destinée à pourvoir aux frais occasionnés par la naissance.

Cette indemnité, réglée par la loi maladie de 1941, est versée depuis le 1er août 1957 par les caisses maladie. Ces caisses indemnisent pour les frais de médicaments et les soins médicaux ceux qui sont assurés en vertu de la loi maladie et qui ont l'obligation de s'affilier à une telle caisse (voir section assurance-maladie);

- b) une prestation en vertu de la loi maladie, aux femmes assurées (travaillant en service salarié) durant six semaines avant et six semaines après l'accouchement, au taux du salaire plein. Cette prestation peut, si la femme subit une incapacité de travail consécutive à l'accouchement, être prolongée à 52 semaines après l'accouchement. La prestation est versée par les organismes d'application de la loi maladie (voir section assurance-maladie).

DEVELOPPEMENT DE L'ASSURANCE-ALLOCATIONS FAMILIALES
AUX PAYS-BAS

I. DEVELOPPEMENT HISTORIQUE

A. Développement par étapes

La première réglementation des allocations familiales aux Pays-Bas a été introduite par le gouvernement au profit du vaste personnel des postes et étendue peu après au personnel enseignant (en service officiel). Ce n'est qu'ensuite que l'idée de verser des allocations familiales en plus du salaire a gagné du terrain dans le secteur des entreprises privées. Ainsi, en 1915, on plaida, du côté catholique, pour l'institution, à côté de l'extension de la réglementation des allocations familiales pour le personnel officiel, d'un fonds d'allocations familiales d'Etat pour les travailleurs des entreprises privées.

Vers 1920, des conventions collectives de travail furent établies dans quelques branches de métiers; l'obligation, pour les employeurs, de verser des allocations familiales en plus du salaire y était prévue. Une telle réglementation fut établie entre autres dans l'industrie des cigares et la culture des oignons à fleurs. Dans cette dernière branche, une certaine surface de terrain fumé était mise à disposition de l'ouvrier pour son usage personnel, pour chaque enfant de moins de 15 ans. Dans les réglementations pour des groupes déterminés d'ouvriers agricoles, il était stipulé que l'employeur devait fournir à ses ouvriers une certaine quantité de pommes de terre comme provision d'hiver, selon le nombre des enfants en dessous d'un certain âge.

En 1929, une motion fut adoptée aux Chambres, qui se prononçait en faveur de l'institution d'un fonds d'état des allocations familiales légalement réglementé. Quoiqu'un projet de loi fût préparé peu après pour réaliser cette idée, il ne fut pas discuté; à cause du malaise existant alors dans le secteur industriel, il ne semblait pas opportun, de l'avis du gouvernement, de donner de nouvelles charges aux entreprises. Dans les années suivantes également, cette idée fut rejetée en raison des circonstances économiques défavorables, d'autant plus que les intentions étaient d'instituer d'abord la loi maladie (prestations en espèces).

Cependant, le nombre de réglementations d'allocations familiales sur une base volontaire augmentait, par suite de l'entente entre organisations d'employeurs et de travailleurs. Ainsi, à côté des branches de métiers déjà nommées, des réglementations avaient été établies en 1934, dans l'agriculture, l'horticulture, la poterie, les industries textiles et de la pierre et la boulangerie. Ces réglementations étaient en général conçues de telle façon que les employeurs versaient dans leur branche un certain pourcentage du total des salaires payés à un fonds, lequel versait des allocations familiales aux ouvriers en raison du nombre d'enfants en dessous d'un certain âge. Certaines réglementations donnaient les allocations pour tous les enfants en dessous d'un certain âge, d'autres commençaient au deuxième, troisième ou quatrième enfant. En 1937, il existait 146 conventions, prévoyant une réglementation des allocations familiales, intéressant 2.457 entreprises et 68.675 ouvriers.

Entre-temps, d'importantes réglementations d'allocations familiales furent instituées, pour de grands groupes du personnel au service de l'administration centrale et des services administratifs secondaires. En 1937, des réglementations d'allocations familiales furent faites par les organismes intéressés, pour le personnel de l'Etat, le personnel de la province et pour environ 3.000 communes.

B. Réglementation légale des allocations familiales pour salariés

Après qu'on eut, pendant de nombreuses années, essayé d'aboutir à une réglementation légale, un projet de loi pour une réglementation légale des allocations familiales pour salariés fut déposé en 1938 aux Chambres. Ce projet de loi se limitait aux salariés, parce que des raisons pratiques ne permettaient pas de prendre en considération, en même temps, une réglementation pour les indépendants. On parlait du fait que, pour les salaires payés à la plus grande partie des salariés, il n'est pas tenu compte des différences dans l'étendue de la famille. Le salaire doit (d'après les indications du projet de loi) être considéré comme étant calculé sur la base des possibilités d'existence d'une famille de grandeur moyenne. Aussi le projet de loi visait-il à réaliser une répartition plus équitable du montant total des salaires payés. Comme la moyenne mathématique du nombre d'enfants par famille s'élevait à 2,18, il fut proposé de donner les allocations familiales aux familles de plus de deux enfants (donc à partir du troisième enfant) de moins de 15 ans. L'importance de l'allocation dépendrait du salaire.

La raison d'une telle prestation variable était que l'allocation est une partie du salaire et doit contribuer à ce que l'ouvrier puisse porter les charges liées à la situation dans laquelle il doit vivre avec sa famille. Comme ces charges ne sont pas semblables pour chaque ouvrier, mais différent suivant la profession, le rang, le domicile, etc., il en résulte que l'allocation doit être proportionnée au salaire de l'ouvrier.

C. Introduction de la réglementation légale des allocations familiales pour salariés

En 1939, le projet de loi fut adopté par les Chambres. Le ministre fit remarquer dans la discussion qu'il ne voyait en principe pas d'objection à inclure les petits indépendants dans l'assurance sociale obligatoire. Il les avait cependant laissés en dehors de la réglementation des allocations familiales obligatoires parce qu'il prévoyait des difficultés dans l'enregistrement et la perception des primes.

La loi allocations familiales pour salariés entra complètement en vigueur le 1er janvier 1941. Tous ceux qui sont en service salarié, sans distinction de salaire payé, donc aussi les employés de bureau, les mineurs, les marins, les ouvriers agricoles et horticoles et une partie des fonctionnaires, entraient dans le champ d'application de la loi. Etait excepté le personnel de maison au service de particuliers, tandis que le personnel au service d'organismes officiels tombait sous l'assurance seulement s'il accomplissait un travail qui pouvait également être accompli dans une entreprise privée, tandis qu'il pouvait être soustrait à l'effet de la loi si l'organisme

officiel intéressé avait institué pour lui une réglementation des allocations familiales qui n'était pas moins favorable que la réglementation légale.

En même temps, quelques groupes de personnes, qui ne sont pas en service salarié, furent soumis à la loi, car du point de vue social-économique, ils se trouvent dans les mêmes conditions sociales que ceux qui sont en service salarié (par exemple, les travailleurs à domicile).

Les allocations étaient accordées pour les enfants légitimes ou reconnus de moins de 15 ans, à partir du troisième enfant. L'importance de l'allocation dépendait du salaire journalier moyen.

Les primes devant couvrir les frais des allocations étaient entièrement à charge de l'employeur.

D. Réglementations légales des allocations familiales pour non-salariés

En 1948, une loi allocations familiales pour les bénéficiaires des rentes invalidité, vieillesse et orphelins entra en vigueur. Les bénéficiaires de rentes invalidité et vieillesse sont des personnes qui travaillaient auparavant en service salarié, tandis que la rente orphelins (d'après la loi invalidité et les lois accidents) est donnée aux enfants de personnes qui travaillaient auparavant en service salarié. Pendant que ces personnes travaillaient en service salarié, elles recevaient, en plus de leur salaire, une allocation familiale. Il fut jugé équitable, lorsqu'elles ne peuvent plus travailler et reçoivent une rente comme indemnité suppléant au salaire, d'accorder également, en plus de cette rente, l'allocation familiale.

Des discussions qui n'avaient pas amené de résultat jusqu'en 1951 avaient eu lieu déjà depuis les années

vingt; il s'agissait de savoir s'il fallait établir une réglementation légale des allocations familiales pour les indépendants. En 1951, le gouvernement était cependant d'avis qu'une réglementation des allocations familiales pour les petits indépendants (personnes qui, de par leur position de revenu, sont à égalité avec des travailleurs salariés) ne pouvait supporter d'ajournement, étant donné la situation financière de ces personnes. En 1951, la "loi d'urgence allocations familiales pour petits indépendants" fut introduite, en attendant une réglementation définitive à établir. Le droit aux prestations va de pair avec le taux du revenu et le nombre des enfants. Les frais sont entièrement à charge de l'Etat. La loi allocations familiales pour pensionnés entra également en vigueur en 1951; elle a pour but de donner aux pensionnés auparavant au service de l'Etat, des allocations familiales en plus de la pension.

E. Développement ultérieur

Depuis 1941, différentes modifications ont été apportées à la loi allocations familiales pour salariés. Ainsi, le rapport entre l'importance de l'allocation et le salaire moyen a été abandonné et remplacé par une allocation égale pour tous, avec une progression à mesure que le nombre d'enfants du salarié augmente. Ce même système est appliqué dans la loi allocations familiales pour bénéficiaires de rentes invalidité, vieillesse et orphelins et dans la loi allocations familiales pour petits indépendants. De plus, en 1946, comme mesure temporaire (encore en vigueur actuellement), l'allocation familiale est aussi accordée au **premier** et deuxième enfants, étant donné la tension entre les salaires et les prix, tandis que la limite d'âge des enfants pour l'attribution de l'allocation est un peu étendue.

Au début de 1958, une loi a été établie, accordant à des catégories déterminées de personnes une allocation de renchérissement pour l'année 1958, ceci en rapport avec l'augmentation du coût de la vie, tandis que, dans le cadre de la politique suivie par le gouvernement pour le rétablissement de l'équilibre économique, il n'y avait pas de place pour une hausse générale des salaires. Cette loi accorde à ceux qui ne reçoivent en moyenne pas plus de f. 16.- par jour de salaire un supplément de l'allocation familiale de f. 0,10 par jour et par enfant. Cette mesure a été prise parce que, surtout dans le secteur des articles de première nécessité, c'est-à-dire de la nourriture, des augmentations de prix imprévues s'étaient produites, par lesquelles la tension entre les revenus et les dépenses, notamment dans les familles de travailleurs avec des enfants qui ne gagnent pas, et des salaires bas, a augmenté plus qu'il n'était prévu, alors que c'est justement dans ces familles que cela était particulièrement difficile à supporter.

Les frais qu'entraîne cette mesure sont entièrement pris sur les réserves que la Caisse de compensation des primes et des allocations a constituées en vertu de la loi allocations familiales, au cours des années. Ce supplément de renchérissement pour 1958 est aussi accordé aux bénéficiaires de rentes, ainsi qu'aux petits indépendants, qui reçoivent les allocations familiales selon les réglementations légales des allocations familiales intéressant leurs catégories.

Pour terminer, il faut encore citer les réglementations des allocations familiales que les employeurs ont eux-mêmes instituées pour leurs ouvriers à côté de la

réglementation légale existante. La plupart du temps, ces réglementations propres visaient à procurer aux travailleurs, en plus de la prestation qui leur est garantie par la loi, une prestation supplémentaire d'allocations familiales, qui était entièrement à charge de l'employeur. Le nombre de ces réglementations est minime. Spécialement dans le sud des Pays-Bas, il existe encore de telles réglementations, principalement pour des ouvriers belges au service d'entreprises néerlandaises. Ces travailleurs reçoivent de leur employeur un supplément à l'allocation familiale, selon la loi allocations familiales pour les salariés, afin de compenser la différence entre le montant de la prestation selon les lois allocations familiales néerlandaise et belge.

F. Développement tendant à la centralisation et à l'unification

Déjà quand le projet de la loi d'urgence allocations familiales pour petits indépendants fut déposé, le gouvernement s'était déclaré prêt à promouvoir l'adoption d'une réglementation allocations familiales pour indépendants plus satisfaisante. C'est pourquoi le gouvernement consulta, en 1952, le Conseil économique et social (organisme suprême de droit public du secteur industriel organisé) au sujet de la réglementation des allocations familiales pour les indépendants. L'avis exprimé par le Conseil économique et social s'opposait à l'idée d'une réglementation des allocations familiales qui serait valable exclusivement pour les indépendants avec revenu d'entreprise ou de profession. Son point de vue était qu'il fallait une réglementation des allocations

familiales comprenant non seulement les indépendants, mais aussi tous les autres non-salariés.

En novembre 1957, un projet de loi a été déposé au Parlement pour une assurance générale d'allocations familiales. Ce projet part du principe d'une assurance populaire générale; chaque habitant est assuré et doit payer des primes (on pense à 2,2 pour cent du revenu). L'allocation familiale est accordée à partir du troisième enfant de moins de 16 ans (avec élargissement pour les enfants invalides ou étudiants jusqu'à 27 ans). La loi allocations familiales pour salariés subsisterait pour l'allocation au premier et deuxième enfants. Les frais de celle-ci devraient être supportés par les entreprises. Dans l'explication du projet de loi pour une assurance générale d'allocations familiales, le ministre remarque encore que, pour la réglementation des allocations familiales, la question des raisons de droit a joué de temps immémorial un rôle, plus que pour d'autres réglementations sociales. Il peut être prouvé que, pour l'établissement du taux des salaires, actuellement, presque nulle part, il n'est tenu compte ni ne peut être tenu compte de l'importance de la famille du salarié. En cas de fixation collective des salaires, des dispositions prescrivant de façon obligatoire de tenir compte du nombre des enfants susciteraient le danger de l'embauche de célibataires et de personnes sans enfants.

Ce qui vaut pour le revenu-salaire des travailleurs vaut à fortiori pour le revenu d'indépendants. Ce revenu est souvent déterminé par des éléments du marché qui, fréquemment, notamment pour les petits indépendants, conduisent à un revenu trop bas. Du reste, les éléments du

marché ne sont pas exclusivement décisifs pour le revenu d'indépendants. On songe, dans cet ordre d'idées, aux mesures de gérance de location et de fermage, au maintien de rente basse, au fait de garantir des prix déterminés, comme dans l'agriculture et autres cas semblables.

Mais dans ces cas, le nombre d'enfants ne joue pas de rôle dans la détermination du revenu d'indépendants. Dans ces conditions, la fixation du revenu peut signifier une sérieuse entrave et parfois même un véritable obstacle à la constitution de la famille, une situation qui, aussi bien sous le rapport d'une vie sociale saine que sous le rapport de l'épanouissement de l'individu, est considérée comme des plus hasardeuse.

Cependant, le ministre ne peut admettre que l'établissement du revenu, indépendamment du nombre d'enfants, soit toujours une entrave à la constitution de la famille. Ce n'est que lorsque le niveau du revenu, ne tenant pas compte du nombre des enfants, est une entrave sérieuse et parfois même un obstacle réel à l'établissement de la famille, qu'il est nécessaire que l'autorité prenne des mesures.

Quoiqu'il y ait donc des raisons qui plaident en faveur d'une réglementation des allocations familiales rendant possible un minimum raisonnable de moyens d'existence, aussi pour la grande famille, l'idée que les parents doivent être les premiers à porter la responsabilité de la constitution de la famille conduit à limiter les allocations familiales à un niveau garantissant un minimum raisonnable de moyens d'existence.

II. APPLICATION DE L'ASSURANCE ALLOCATIONS FAMILIALES

A. Développement de la loi allocations familiales pour salariés

Au moment de l'entrée en vigueur de la loi d'allocations familiales pour salariés en 1941, les groupements d'entreprises et le Fonds d'Etat des allocations familiales furent chargés de l'application (les conseils du travail étant les organismes d'application). La raison en était que ces groupements d'entreprises et les conseils du travail appliquaient déjà la loi maladie (prestations en espèces). Les conseils du travail sont des organismes d'application régionaux institués par une loi. Les groupements d'entreprises étaient à cette époque des organismes qui, sur la base de la loi maladie, pouvaient être fondés par des organisations d'employeurs et de travailleurs pour l'application de la loi. Les employeurs pouvaient s'affilier volontairement à un groupement d'entreprises; s'ils ne le faisaient pas, ils étaient affiliés, pour l'application de la loi maladie, au Conseil du travail de leur circonscription (voir l'exposé détaillé à la section loi maladie).

B. Organisation actuelle

1. Loi allocations familiales pour salariés

En 1953, la loi organisation des assurances sociales est entrée en vigueur. Celle-ci charge les groupements d'entreprises de l'application de la loi maladie, de la loi allocations familiales, de la loi chômage, des lois accidents et de la loi invalidité (en ce qui concerne l'application des lois accidents et de la loi

invalidité, ce n'est pas encore réalisé). L'ensemble des entreprises est divisé en 26 sections d'entreprises ou de métiers. Pour chaque section, un groupement d'entreprises est constitué par les organisations d'employeurs et de travailleurs représentatives pour cette section. Chaque employeur est affilié de droit au groupement d'entreprises compétent pour son entreprise, et les travailleurs y sont assurés. De cette manière, l'application des lois d'assurance sociale qui sont en jeu est entre les mains des entreprises.

Les groupements d'entreprises intéressés peuvent, s'ils le souhaitent et s'ils sont considérés par le Conseil des assurances sociales comme étant en état de le faire, administrer eux-mêmes leurs assurances. S'ils ne le désirent pas, ils doivent, selon la loi d'organisation des assurances sociales, faire faire leur administration collectivement par la société "Le Bureau d'administration collective", créé par les organisations centrales d'employeurs et de travailleurs. La société dirige l'administration de 15 des 26 groupements d'entreprises. Chaque groupement d'entreprises a sa propre direction, composée à égalité de représentants d'employeurs et de travailleurs des entreprises de la ou des branches de métiers intéressées. C'est le cas également si le groupement d'entreprises confie son administration au Bureau collectif d'administration. Pour autant que l'administration des assurances sociales est faite par le Bureau collectif d'administration, celle-ci est fortement décentralisée régionalement. Pour les groupements d'entreprises qui ne font pas faire l'administration par le Bureau collectif d'administration mais la font elles-mêmes, il y a sur ce point beaucoup de différences entre elles.

En ce qui concerne la manière dont l'administration est assurée par les groupements d'entreprises, elle est liée à des dispositions légales généralement valables pour le jugement du droit à l'allocation familiale et le versement du supplément. Il existe aussi une grande dépendance dans le domaine financier. Ceci découle de la structure de la loi. La prime est fixée par le ministre. Elle est la même pour presque toutes les entreprises. Il n'existe de possibilité d'une prime moins forte (environ la moitié de la prime normale) que pour le personnel féminin d'institutions hospitalières sans but lucratif, pour les institutions similaires et pour les institutions qui s'occupent de travail social et charitable. Il n'en est pas donné de motivation déterminée.

Les groupements d'entreprises perçoivent la prime et paient les prestations dues. Les différences positives ou négatives sont au bénéfice ou à la charge de la Caisse de compensation des allocations familiales. Cette caisse est instituée par la loi. La direction est composée paritairement de représentants des organisations d'employeurs et de travailleurs.

Chaque groupement d'entreprises détermine seulement son propre supplément à la prime pour ses frais administratifs, qui ne sont pas inclus dans la compensation.

Le contrôle des organismes d'application des assurances sociales (donc aussi celui sur les groupements d'entreprises) est exercé par le Conseil des assurances sociales, organisme institué par la loi d'organisation des assurances sociales, sous la responsabilité du ministre des Affaires sociales et de la Santé publique. Le Conseil des assurances sociales est de composition tripartite : représentants d'organisations d'employeurs, d'organisations de travailleurs et de l'autorité.

2. Loi allocations familiales pour bénéficiaires de rentes

Cette loi est appliquée par la Banque des assurances sociales. Cet organisme, institué par la loi, est également chargé de l'application des lois accidents, de la loi invalidité et de la loi générale d'assurance-vieillesse. La direction de la Banque des assurances sociales est de composition tripartite : représentants des organisations d'employeurs, des organisations de travailleurs et d'autres groupes de la population désignés par l'autorité. Le personnel de la Banque des assurances sociales est en service de droit public. La Banque des assurances sociales est aussi soumise au contrôle du Conseil des assurances sociales.

Comme les frais de cette loi sont à la charge de l'Etat, il n'est pas question ici d'indépendance financière pour la Banque des assurances sociales dans l'application de la loi. L'indépendance administrative est relativement grande.

3. Loi d'urgence allocations familiales pour petits indépendants

Cette loi est appliquée par les conseils du travail. Les 22 conseils du travail sont des organismes régionaux autonomes de droit public. Les conseils du travail exécutent principalement le travail régional pour l'application des lois accidents, de la loi invalidité et de la loi générale assurance-vieillesse. Les conseils du travail sont composés d'un président nommé par l'autorité et d'un nombre égal de représentants d'employeurs et de travailleurs de la circonscription du conseil. Le personnel est en service de droit public.

Il n'est pas question d'indépendance financière dans l'application de la loi d'urgence pour petits indépendants, puisqu'elle est entièrement à charge de l'Etat.

En ce qui concerne les modalités administratives, les conseils du travail sont tenus en grande partie de suivre les prescriptions de la Banque des assurances sociales.

4. Loi allocations familiales pour pensionnés

Cette loi est appliquée par les organismes officiels qui versent leur pension aux pensionnés, précédemment au service de l'Etat. Les frais des prestations sont entièrement à charge de chacun de ces organismes, qui versent leur pension aux différents groupes de pensionnés (principalement ceux à qui une pension est accordée en tant qu'anciens militaires, fonctionnaires au service de l'Etat ou employés des chemins de fer, ainsi que ceux qui peuvent leur être assimilés).

En ce qui concerne les modalités administratives, les organismes officiels intéressés sont tenus de suivre les prescriptions données par l'autorité, mais l'indépendance administrative est par ailleurs relativement grande.

III. CHAMP D'ACTION ET ORGANISATION

A. Admission à l'assurance

1. Loi allocations familiales pour salariés

Au moment de l'entrée en vigueur de la loi, tous ceux qui travaillaient en service salarié, sans distinction de profession ni de niveau de revenu-salaire ou autre revenu, furent retenus comme assurés.

Furent cependant exceptés le personnel de maison et ceux qui travaillent au service de l'Etat, s'ils remplissent des fonctions qui ne peuvent être accomplies dans une entreprise privée. De plus, la loi donnait la possibilité au personnel d'organismes officiels qui était assuré d'être de nouveau soustrait à l'assurance, si l'organisme officiel intéressé avait une réglementation particulière d'allocations familiales qui n'était pas moins favorable que la réglementation légale.

Le personnel de maison des particuliers fut exclu de l'assurance pour des raisons de nature administrative. De plus, furent considérés comme assurés des groupes déterminés de personnes qui ne sont pas en service salarié, mais accomplissent leur travail dans des circonstances telles que, du point de vue socio-économique, elles se trouvent dans les mêmes conditions sociales que les ouvriers salariés. Ce sont les petits entrepreneurs de travaux, qui n'exercent pas eux-mêmes un métier ayant l'obligation d'assurance dans le sens des lois accidents; les travailleurs à domicile, qui exercent chez eux leur activité pour certaines branches de métiers, à condition que ces travaux dépassent une certaine importance; les représentants de commerce s'ils exercent leur activité pour une seule maison et s'il s'agit de leur activité principale; les musiciens qui se produisent à certaines occasions et dont il est impossible de déterminer s'ils sont en service salarié et, s'ils le sont, auprès de qui ils le sont; et enfin ceux qui sont occupés par l'assistance par le travail. Cette forme de travail peut être imposée par les autorités si les intéressés sont chômeurs. L'autorité prenant alors une initiative sans réciprocité,

il ne peut être dit dans ces cas que ces personnes sont en service salarié, puisque les rapports dans un service salarié n'existent que grâce à un accord entre deux parties.

En 1942, tous ceux qui sont au service de l'Etat ont été incorporés à l'assurance, donc également ceux qui accomplissent des activités qui ne peuvent être accomplies dans une entreprise privée, mais cependant avec maintien de la disposition suivant laquelle ils peuvent de nouveau être soustraits à l'assurance du fait d'une réglementation d'allocations familiales particulière à l'organisme officiel intéressé.

A partir de 1941, la loi allocations familiales contenait également une disposition selon laquelle des personnes pourraient être incorporées à l'assurance sans être en service salarié, mais si elles accomplissent des travaux déterminés par arrêté gouvernemental. En 1953, un arrêté semblable est entré en vigueur. L'arrêté énumère un certain nombre d'activités, comme certains travaux dans l'agriculture, l'horticulture et la laiterie. Ici aussi, il a été considéré que l'assurance est aussi souhaitable pour certaines personnes qui n'exercent pas leur activité dans de pures conditions de service salarié que pour celles qui exercent leur activité en service salarié. Cet arrêté ne vaut cependant pas pour ceux qui, du fait de l'exercice de leur activité ou autrement, doivent être considérés comme indépendants. A l'origine, la loi allocations familiales ne contenait pas de disposition pour l'assurance de personnes qui ne peuvent accomplir leur travail pour cause d'accident ou de maladie. L'intention primitive était d'apporter aux lois accidents et

à la loi maladie des modifications par lesquelles l'allocation familiale manquante était comprise dans les prestations pour cause d'accident ou de maladie. Cette intention n'a pas été réalisée. En 1941, une disposition a été incorporée à la loi allocations familiales selon laquelle ceux qui reçoivent des prestations en vertu de la loi maladie ou d'une des lois accidents sont également considérés comme assurés. En cas de prestation accident, la prestation allocations familiales doit cependant être calculée pour une invalidité d'au moins 50 pour cent. L'idée est que celui qui reçoit la prestation accident pour une invalidité de moins de 50 pour cent peut, en général, accomplir à nouveau son travail (fût-ce partiellement) et, pour cette raison, peut déjà être assuré selon la loi allocations familiales. En 1951, les dispositions ont été complétées de telle façon que ceux qui subissent la période d'attente selon la loi maladie ou les lois accidents sont également assurés pour ces journées.

Au moment de l'entrée en vigueur de la loi chômage en 1952, il a été décidé que ceux qui reçoivent les prestations en vertu de cette loi sont également assurés selon la loi allocations familiales.

2. Loi allocations familiales pour bénéficiaires de rentes

Se trouvent sous l'effet de cette loi, depuis 1948, ceux qui reçoivent une rente invalidité ou vieillesse sur la base de la loi invalidité, ainsi que les orphelins qui reçoivent une rente sur la base de la loi invalidité ou de l'une des lois accidents. Les bénéficiaires de rentes invalidité et vieillesse recevaient, alors qu'ils travaillaient encore, en plus de leur salaire, les allocations

familiales selon la loi allocations familiales pour salariés, ainsi qu'il en était le cas également pour la mère ou le père de l'orphelin qui reçoit une rente. Il a été jugé équitable, maintenant que ces personnes ne peuvent plus travailler, d'accorder également, en plus des rentes, une allocation familiale. Cette loi n'a pas été modifiée depuis 1948 en ce qui concerne les groupes de personnes qui tombent sous le coup de la loi. D'après les projets déposés pour une loi assurance-allocations familiales générale et pour une modification de la loi allocations familiales pour salariés, la loi précitée sera abrogée. L'allocation familiale à partir du troisième enfant sera alors donnée selon la loi allocations familiales générale, tandis que, pour les deux premiers enfants, l'allocation sera accordée selon la loi allocations familiales pour salariés.

3. Loi d'urgence d'allocations familiales pour petits indépendants

Cette loi "d'urgence" est entrée en vigueur en 1951, dans l'attente d'une réglementation définitive des allocations familiales générales, puisque le gouvernement était d'avis qu'une réglementation des allocations familiales pour petits indépendants (personnes qui, de par leur position de revenu, peuvent être considérées comme les égales des travailleurs salariés) ne pouvait supporter d'ajournement, vu leur situation financière.

La loi n'est applicable qu'aux indépendants dont le revenu est inférieur à un montant déterminé et variable. A mesure que le revenu augmente, l'allocation est accordée à partir d'un plus grand nombre d'enfants seulement. Depuis 1951, ce montant du revenu a été modifié à plusieurs

reprises (voir sous "prestations"). Si le projet de loi assurance-allocations familiales générale déposé est accepté par les Chambres, la loi d'urgence allocations familiales pour petits indépendants sera abrogée.

4. Loi d'allocations familiales pour pensionnés

Se trouvent sous l'effet de cette loi principalement ceux à qui une pension est accordée comme anciens militaires, fonctionnaires au service de l'Etat ou employés des chemins de fer, ainsi que ceux qui peuvent leur être assimilés. Cette loi - en ce qui concerne les groupes d'assurés - n'a pas été modifiée depuis son entrée en vigueur en 1951. D'après les projets pour une loi d'assurance-allocations familiales générale et une modification de la loi allocations familiales pour salariés, la loi précitée sera abrogée. L'allocation à partir du troisième enfant sera alors accordée selon la loi allocations familiales générale, tandis que pour les deux premiers enfants, l'allocation sera accordée selon la loi allocations familiales pour salariés.

B. Dispositions relatives aux prestations

Le régime des allocations familiales aux Pays-Bas ne comprend que des prestations en espèces.

1. Loi d'allocations familiales pour salariés

a) Enfants ayant droit à l'allocation

En 1941, la loi allocations familiales arrêtaient que le droit à l'allocation existait pour les enfants légitimes ou reconnus (ou nés d'un mariage précédent de l'époux(se) de l'assuré) ayant moins de 15 ans et qui

font partie de sa famille. L'allocation familiale était accordée à partir du troisième enfant ayant moins de 15 ans. En vue de la simplification, le nombre d'enfants ayant droit à l'allocation familiale au 1er octobre d'une année était déterminant pour l'année suivante complète. Si le troisième enfant naissait le 2 octobre, l'allocation ne lui était pas accordée durant l'année suivante complète. Si un enfant atteignait ses 15 ans le 2 octobre, l'allocation familiale lui était encore accordée pour l'année suivante complète. A partir du 1er janvier 1944, la limite d'âge des enfants fut élevée à 18 ans, tandis que les enfants de 18 à 20 ans inclus poursuivant des études étaient assimilés aux enfants de moins de 18 ans. De cette manière, l'unité était réalisée avec la définition des enfants pour lesquels le contribuable avait droit à la défalcation d'impôt sur le salaire et le revenu.

A partir du 1er octobre 1946, une modification fut apportée à la loi allocations familiales selon laquelle l'allocation n'était plus accordée à partir du troisième enfant, mais à partir du premier enfant. En même temps, l'âge jusqu'où l'allocation familiale est accordée fut abaissé à 16 ans, tandis que l'allocation familiale fut accordée aux enfants aux études jusqu'à l'âge de 20 ans y compris. La raison donnée à cette modification était que, depuis la fin de la deuxième guerre mondiale, d'importantes augmentations de salaires avaient été réalisées pour la grande majorité des branches de métiers. Cependant, une tension persistait entre les salaires et le coût de la vie, en particulier pour les familles des catégories d'ouvriers dont le plafond était le plus bas.

On n'estimait pas garantir par là une amélioration définitive aussi longtemps qu'une production en forte augmentation ne rendait pas possible un approvisionnement plus large et ne faisait pas baisser les prix. Une hausse des salaires supplémentaire ne semblait pas justifiée à cette date par l'état de la productivité, tandis qu'elle produirait la hausse du prix de revient de beaucoup de produits, ce qui entraînerait de nouvelles hausses de prix. On craignait que l'effet de la hausse des salaires ne soit détruit par là, tandis que la possibilité des exportations serait influencée défavorablement. De plus, on craignait une forte augmentation de la demande en marchandises, par laquelle une hausse des salaires tendrait à l'augmentation des prix et à l'inflation. On recherchait principalement la solution qui répondrait aux difficultés qui se présentaient aux familles ayant des enfants. C'est pourquoi la préférence fut donnée à une modification provisoire de la loi d'allocations familiales, par laquelle, sans qu'il fut question d'une hausse générale des salaires, l'allocation familiale serait donnée également aux travailleurs ayant ou deux enfants. Cette mesure provisoire est encore en vigueur.

Par cette modification, il était résolu en même temps que l'allocation peut être accordée à un enfant adoptif (enfant entretenu et élevé par un travailleur comme son propre enfant). Ces modifications eurent comme conséquence que le nombre d'enfants pour lesquels l'allocation était accordée augmenta, du troisième au quatrième trimestre 1946, de 450.000 à 1.320.000, le nombre d'assurés recevant l'allocation familiale, de 197.000 à 560.000, tandis que le montant total des allocations familiales

payées par trimestre augmenta de f. 10.000.000 à f. 40.000.000. La cotisation qui, dans les années 1941 à 1943 y compris, s'élevait à 0,94 pour cent, dans les années 1944 et 1945, à 0,92 pour cent, et à 2,19 pour cent en 1946, fut augmentée à partir de 1947 à 5,30 pour cent (voir chapitre IV, Financement).

En 1951, une modification fut apportée à la loi d'allocations familiales, en conséquence de laquelle, pour la détermination du droit à l'allocation pour une année, on ne se basait plus sur le nombre d'enfants au 1er octobre de l'année précédente, mais le droit à l'allocation dépendait de la situation au premier jour de ce trimestre (les assurés qui perdraient l'allocation en conséquence de cette modification quand un enfant atteindrait l'âge de 16 ans, parce que cette allocation ne courrait plus, alors, jusqu'à la fin de l'année en question, mais seulement jusqu'à la fin du trimestre du seizième anniversaire, recevront une compensation). La réglementation de cette compensation, qui est déjà fixée dans la loi, a trait aux enfants nés dans la période du 2 octobre 1946 au 1er octobre 1950 compris et jouera pour les années 1963 à 1966 inclus. Les frais de ces prestations de compensation sont à charge des réserves de la Caisse de compensation des allocations familiales (voir chapitre IV, Financement).

De plus, l'enfant ne doit plus nécessairement appartenir à la famille de l'assuré. Le droit à l'allocation fut garanti aux propres enfants légitimes ou reconnus, aux beaux-enfants, ainsi qu'aux enfants adoptifs et enfants légitimes ou reconnus dont l'entretien est entièrement ou dans une importante mesure à charge de l'assuré.

Cette modification signifiait que l'assuré reçoit également les allocations pour ses enfants qui ne demeurent pas dans la famille, ainsi que pour ses enfants illégitimes, s'il les entretient dans une importante mesure.

En même temps, à côté du droit à l'allocation familiale existant pour les enfants aux études, le droit à l'allocation familiale fut également accordé à cette date aux enfants de 16 à 20 ans y compris qui, par maladie ou infirmité, ne sont pas en état de gagner au moins un tiers de ce qu'un enfant d'âge égal a coutume de gagner. Dans le but de se conformer aux dispositions modifiées de la législation des impôts, la limite d'âge pour les enfants aux études fut élevée à partir du 1er janvier 1954 à 27 ans et celle des enfants invalides, à partir du 1er janvier 1956, également à 27 ans. Les projets de loi pour une loi allocations familiales générale et une modification de la loi allocations familiales pour salariés, déposés récemment, prévoient, s'ils sont adoptés, que la loi allocations familiales pour salariés n'accordera plus l'allocation familiale pour le premier et le second enfants.

b) Taux des prestations

Les allocations familiales en vertu de la loi allocations familiales pour salariés sont accordées soit pour chaque jour où l'assuré a travaillé soit pour chaque jour où il a, sans avoir travaillé, reçu de son employeur un salaire fixé en espèces, soit pour chaque jour où il a reçu des prestations en vertu de la loi maladie ou chômage, ou de l'une des lois accidents (pour une invalidité d'au moins 50 pour cent). Il n'est cependant accordé

d'allocation familiale pour un trimestre qu'au maximum pour autant de jours que compte le trimestre, moins les dimanches de ce trimestre. Si le salaire reçu par l'assuré pendant un trimestre est en moyenne inférieur à un montant journalier déterminé (actuellement f. 5,60), les prestations allocations familiales subissent une diminution proportionnée.

A l'entrée en vigueur de la loi d'allocations familiales de 1941, le principe était que l'importance de l'allocation devait être dépendante du montant du salaire du travailleur. La raison de ces prestations variables était que le salarié vivant d'après sa situation doit pouvoir supporter les frais relatifs à sa famille. Comme ces charges ne sont pas les mêmes pour chaque travailleur, mais différent suivant le métier, la situation, le domicile, etc., il en résultait que les allocations familiales devaient être dans une certaine mesure proportionnées au salaire.

En conséquence, la loi allocations familiales décidait, en 1941, que l'allocation familiale par enfant et par jour serait en moyenne, pour un trimestre :

pour un salaire inférieur à f. 4.-	par jour	: f. 0,10
" " " de f. 4.- à f. 6.-	" "	: f. 0,15
" " " de f. 6.- à f. 8.-	" "	: f. 0,20
" " " de plus de f. 8.-	" "	: f. 0,25

Pour éviter, au surplus, que l'allocation ne soit disproportionnée par rapport au salaire, il fut admis que, pour un salaire moyen de f. 2.- par jour, le montant de l'allocation familiale subirait une diminution corrélative.

Pendant l'occupation des Pays-Bas, il fut arrêté, en 1942, que des suppléments seraient ajoutés aux allocations de façon que le montant total de l'allocation et du supplément devienne :

pour un salaire quotidien inférieur à f. 4.-	: f. 0,20
" " " " de f. 4.- à f. 6.-	: f. 0,25
" " " " de f. 6.- à f. 8.-	: f. 0,25
" " " " supérieur à f. 8.-	: f. 0,25

Après 1945, après la libération des Pays-Bas, les montants de ces suppléments ont été modifiés, de sorte que le montant total des allocations et des suppléments pour tous les assurés, sans distinction pour le salaire moyen par jour, fut porté à f. 0,40 par jour et par enfant.

Lors de la discussion, en 1946, de la proposition de modification de la loi allocations familiales, on insista, aux Chambres, pour une progression de l'allocation, donc une augmentation de l'allocation par jour et par enfant à mesure que le nombre d'enfants par assuré augmentait, partant de l'idée que les dépenses par enfant s'élèvent à mesure que leur nombre augmente.

C'est la raison pour laquelle, à partir du 1er octobre 1946, l'allocation pour les trois premiers enfants fut maintenue à f. 0,40, tandis que celle pour le quatrième enfant et les enfants suivants fut élevée à f. 0,50. A mesure que des augmentations de salaire générales furent accordées après 1946, celles-ci se firent sentir - quoique ce ne fut pas toujours vraiment proportionnel - dans les montants des allocations, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Période	1er enfant	2me enfant	3me enfant	4me enf. et suiv.
du 1.10.46 au 1.10.48	f. 0,40	f. 0,40	f. 0,40	f. 0,50
du 1.10.48 au 1. 1.50	" 0,40	" 0,44	" 0,44	" 0,54
du 1. 1.50 au 1.10.50	" 0,42	" 0,46	" 0,46	" 0,57
du 1.10.50 au 1. 1.51	" 0,44	" 0,49	" 0,49	" 0,60
du 1. 1.51 au 1. 4.51	" 0,44	" 0,49	" 0,49	" 0,64
du 1. 4.51 au 1. 1.54	" 0,46	" 0,51	" 0,51	" 0,67
	1er enfant	2me et 3me enf.	4me et 5me enf.	6me enf. et suiv.
du 1. 1.54 au 1.10.54	f. 0,48	f. 0,54	f. 0,75	f. 0,85
du 1.10.54 au 1.10.56	" 0,51	" 0,57	" 0,80	" 0,90
du 1.10.56 au 1. 7.57	" 0,56	" 0,63	" 0,88	" 0,99
du 1. 7.57 au	" 0,58	" 0,65	" 0,91	" 1,02

En même temps, et pour les mêmes raisons, le montant moyen du salaire par jour, en dessous duquel l'allocation subit une diminution proportionnelle, fut, au cours des années, augmenté successivement de f. 2.- à f. 5,60. Les causes des augmentations de salaires mentionnées sont multiples. Elles résident, entre autres, dans l'augmentation du coût de la vie (en particulier par suite de l'augmentation obligatoire des loyers) et dans l'élargissement des possibilités économiques.

Dans cet ordre d'idées, il est intéressant de mentionner que l'intention n'a jamais été d'élever l'allocation familiale de telle manière que les frais de l'entretien de l'enfant soient complètement couverts.

Ceci ressort clairement des avis émis en 1952 et 1953 par le Conseil économique et social sur demande du ministre des Affaires sociales. Il se révèle que ce Conseil est d'avis que, également du point de vue de la responsabilité personnelle des parents à l'égard de

la constitution de la famille, les frais "additionnels" complets des enfants qui entrent en ligne de compte pour l'allocation familiale ne doivent pas être indemnisés. Par frais "additionnels", on entend, dans cet ordre d'idées, les frais d'entretien des enfants qui, dans une famille moyenne composée du mari, de la femme et de deux enfants, sont en moyenne à charge du budget, ainsi que le montre la statistique des budgets des familles.

Le rapport entre le montant total annuel des allocations familiales et des salaires, au regard du total annuel des allocations familiales et du revenu national, est mis en évidence par le tableau suivant.

Année	Total des allocations familiales	Total des salaires assurés	Allocations en % du salaire assuré	Revenu national	Allocations en % du revenu national
1941	12.848.029,40	1.605.674.362.-	0,80	5.724.000.000.-	0,22
1942	12.893.340,68	1.743.940.851.-	0,74	5.592.000.000.-	0,23
1943	13.943.944,89	1.806.699.468.-	0,77	5.635.000.000.-	0,25
1944	16.380.888,98	1.568.890.543.-	1,04	3.930.000.000.-	0,42
1945	16.213.751,10	1.736.794.130.-	0,93	4.170.000.000.-	0,39
1946	73.918.522,18	2.581.054.201.-	2,86	9.326.000.000.-	0,79
1947	163.769.459,09	3.206.038.321.-	5,11	11.250.000.000.-	1,46
1948	186.271.444,16	3.694.335.914.-	5,04	12.910.000.000.-	1,44
1949	205.728.695,27	3.945.620.925.-	5,21	14.190.000.000.-	1,45
1950	227.515.564,39	4.391.470.052.-	5,18	15.700.000.000.-	1,45
1951	266.884.527,27	4.965.656.927.-	5,38	16.940.000.000.-	1,58
1952	275.088.843,38	5.037.943.201.-	5,46	17.920.000.000.-	1,54
1953	285.942.655,47	5.469.812.884.-	5,23	19.290.000.000.-	1,48
1954	322.411.494,05	6.280.942.397.-	5,13	21.420.000.000.-	1,51
1955	346.634.081,62	7.027.483.218.-	4,93	23.900.000.000.-	1,45
1956	363.259.017,26	7.761.195.895.-	4,68	25.460.000.000.-	1,43
1957		données pas encore connues			

Dans l'appréciation du montant du total des salaires assurés, il faut considérer que, quoique la loi allocations familiales ne connaisse pas de limite de salaire pour l'assurance, il n'est perçu de prime que pour un salaire maximum de f. 19.- par jour.

Comme la loi allocations familiales ne fait pas de distinction entre assurés hommes et femmes, chacun (aussi bien homme que femme), s'il remplit les conditions pour les prestations, a droit à l'allocation familiale. Cependant, des règlements sont fixés pour éviter que l'allocation ne soit accordée plus d'une fois pour le même enfant.

Si le père d'un enfant légitime, reconnu ou d'un autre lit, a droit à l'allocation pour un enfant, tandis que le père adoptif y a droit pour le même enfant, celui-ci ne reçoit l'allocation que pour les jours pendant lesquels le père légal n'y a pas droit. Si le père et la mère ont droit à l'allocation pour le même enfant, parce qu'ils sont assurés tous les deux, le droit du père prime celui de la mère. La mère ne reçoit une prestation complémentaire sur la base de son assurance que si les droits du père restent inférieurs au montant maximum qui pourrait être versé par trimestre pour cet enfant.

Si un assuré, en vertu de la loi d'allocations familiales, a droit à l'allocation pour un enfant, tandis qu'un autre (parents ou parents adoptifs) aurait également droit pour cet enfant à l'allocation familiale en vertu d'une réglementation reconnue d'un organisme officiel (parce qu'il ou elle est à son service), l'allocation selon la réglementation de l'organisme officiel prévaut. Dans ce cas, il n'est donné à l'assuré, selon la loi d'allocations familiales, qu'une prestation complémentaire

si l'allocation selon la réglementation reconnue reste inférieure au montant de l'allocation qui, selon la loi d'allocations familiales, pourrait être accordée au maximum par trimestre pour cet enfant. Cette même réglementation est valable si un enfant a droit à l'allocation familiale conformément à la loi d'allocations familiales pour bénéficiaires de rentes ou une autre loi.

c) Paiement des prestations

Les allocations familiales dues selon la loi d'allocations familiales pour salariés sont payées une fois par trimestre, pour le trimestre précédent. Le paiement trimestriel plutôt qu'hebdomadaire ou mensuel est choisi pour sa simplicité administrative et pour obtenir que l'allocation familiale ne soit pas absorbée dans les dépenses de ménage quotidiennes normales, mais puisse être destinée à l'acquisition d'objets qui n'y sont pas inclus.

Quoiqu'il existât bien au début des objections contre le paiement par trimestre et qu'il y eût même des employeurs qui payaient l'allocation par semaine, en avance, avec le salaire à leurs ouvriers, avances qui étaient remboursées à la fin du trimestre avec les allocations familiales reçues des groupements d'entreprises, ces objections ne se font actuellement pratiquement plus entendre. Le nombre d'employeurs qui donnent hebdomadairement une avance sur les allocations est actuellement - pour autant qu'il est connu - nul ou très faible. Les travailleurs reçoivent du groupement d'entreprises qui doit payer l'allocation familiale un bon de paiement, qu'ils peuvent se faire payer dans les bureaux

de poste, ou bien ils peuvent, à leur demande, faire verser l'allocation familiale à leur crédit à leur compte privé en banque. De plus, il existe la possibilité que l'employeur prête son intermédiaire au paiement des allocations familiales. Celui-ci avance le montant à la fin du trimestre à l'ouvrier et il est remboursé par le groupement d'entreprises ayant compétence pour le paiement des allocations. Il est fait assez largement usage de cette possibilité.

2. Loi d'allocations familiales pour bénéficiaires de rentes invalidité, vieillesse et rentes d'orphelins

a) Enfants ayant droit à l'allocation

En premier lieu, celui qui reçoit une rente invalidité ou vieillesse sur la base de la loi invalidité a droit aux allocations familiales pour les enfants légitimes et reconnus de moins de 16 ans de l'assuré (ou nés d'un mariage précédent de l'époux(se) de l'assuré), ainsi que pour d'autres enfants de moins de 16 ans qui sont entretenus exclusivement ou dans une grande mesure par lui. La bénéficiaire d'une rente, mariée, n'a pas droit à l'allocation familiale, sauf au cas où elle est soutien de famille et où son époux n'est pas déjà admis au bénéfice des allocations familiales. De même que pour la loi d'allocations familiales pour salariés, le droit à l'allocation existe en outre pour enfants aux études ou enfants invalides de 16 à 26 ans inclus.

En second lieu, les allocations familiales sont accordées, en vertu de cette loi, aux orphelins qui reçoivent une rente d'orphelin sur la base de la loi invalidité ou d'une des lois accidents. Ces allocations familiales

sont donc accordées à l'enfant lui-même, mais sont en général payées à celui qui prend soin d'un tel enfant.

Les limites d'âge pour l'attribution des allocations familiales en vertu de cette loi sont semblables à celles de la loi d'allocations familiales pour salariés. Si des modifications étaient apportées à la loi d'allocations familiales pour salariés (voir sous 1), elles le seraient en même temps à la loi d'allocations familiales pour bénéficiaires de rentes.

b) Taux des prestations

Les montants des prestations sont à peu près semblables à ceux de la loi d'allocations familiales pour salariés, à cette différence près que les allocations familiales en vertu de la loi d'allocations familiales pour bénéficiaires de rentes constituent un montant fixe par mois et par enfant. Ici aussi, il y a une progression dans les allocations suivant le nombre d'enfants. Les augmentations dans les montants des prestations selon la loi d'allocations familiales pour salariés sont appliquées dans la même mesure environ à la loi d'allocations familiales pour bénéficiaires de rentes, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

Période	1er enfant	2me enfant	3me enfant	4me enf. et suiv.
du 1.10.48 au 1. 1.50	f. 11.--	f. 11.--	f. 11.--	f. 13,50
du 1. 1.50 au 1. 9.50	" 11,75	" 11,55	" 11,55	" 14,17
du 1. 9.50 au 1. 1.51	" 12,10	" 12,10	" 12,10	" 14,85
du 1. 1.51 au 1. 4.51	" 12,10	" 12,10	" 12,10	" 15,90
du 1. 4.51 au 1. 1.54	" 12,70	" 12,70	" 12,70	" 16,70
	1er enfant	2me et 3me enf.	4me et 5me enf.	6me enf. et suiv.
du 1. 1.54 au 1.10.54	f. 12,50	f. 14,05	f. 19,50	f. 22,10
du 1.10.54 au 1.10.56	" 13,25	" 14,90	" 20,80	" 23,40
du 1.10.56 au 1. 7.57	" 14,75	" 16,60	" 23,20	" 25,80
du 1. 7.57 au	" 15,30	" 17,15	" 24.--	" 26,90

c) Paiement des prestations

Les allocations familiales sont payées chaque mois en même temps que la rente due pour le mois, pour les enfants jusqu'à 16 ans. S'il s'agit d'enfants aux études ou invalides de 16 à 26 ans compris, les allocations dues pour ces enfants sont payées une fois par trimestre, pour des raisons administratives. Les assurés reçoivent aussi bien la rente que les allocations familiales, au moyen d'un bon de paiement spécial, donné par la Banque des assurances sociales, par l'intermédiaire des postes.

3. Loi d'urgence d'allocations familiales pour petits indépendants

a) Enfants ayant droit à l'allocation

L'indépendant dont le revenu ne dépasse pas un montant déterminé par an a droit à l'allocation familiale pour chaque enfant légitime ou reconnu de moins de 16 ans

(ou né d'un mariage précédent de l'époux(se) de l'assuré) de l'assuré, à partir du troisième enfant, ainsi que pour d'autres enfants de moins de 16 ans qui sont entretenus exclusivement ou en grande partie par lui. Ainsi que pour la loi d'allocations familiales pour salariés, il existe en outre un droit aux allocations familiales pour enfants aux études ou invalides de 16 à 26 ans y compris.

Si le revenu de l'indépendant augmente, le droit aux allocations familiales - suivant une échelle déterminée - n'existe qu'à partir d'un nombre plus élevé que trois enfants, ainsi que le montre le tableau suivant.

Pour la période du 1.10.56 au 1. 1.58	Pour la période du 1. 1.58 au	Droit à l'allocation à partir de l'enfant
avec un revenu annuel jusqu'à : fr. 3.200.-	avec un revenu annuel jusqu'à : fr. 3.500.-	3me
de f. 3.200,01 à f. 3.400.-	de f. 3.500,01 à f. 3.700.-	4me
de f. 3.400,01 à f. 3.600.-	de f. 3.700,01 à f. 3.900.-	5me
de f. 3.600,01 à f. 3.800.-	de f. 3.900,01 à f. 4.100.-	6me
de f. 3.800,01 à f. 4.000.-	de f. 4.100,01 à f. 4.300.-	7me et suiv.

Pour la période du 1.7.51 au 1.7.52, ces montants étaient respectivement de f. 2.400.-, f. 2.600.-, f. 2.800.-, etc. Pour la période du 1.7.52 au 1.1.54, respectivement, de f. 2.800.-, f. 3.000.-, f. 3.200.-, etc., et pour la période du 1.1.54 au 1.10.56, de f. 3.000.-, f. 3.200.-, f. 3.400.-, etc.

b) Taux des prestations

Les allocations familiales dépendant de cette loi se sont toujours élevées à environ la moitié des allocations familiales pour salariés, quoique la progression dans les allocations suivant l'augmentation du nombre d'enfants soit moins marquée. Les augmentations de taux citées précédemment sont appliquées dans une mesure à peu près semblables par la loi d'urgence d'allocations familiales pour petits indépendants, dont le tableau ci-dessous donne une image.

Période	3me enfant	4me enfant et suivants
du l. 7.51 au l. 7.52	f. 0,25	f. 0,30
du l. 7.52 au l. 1.54	" 0,28	" 0,34
du l. 1.54 au l.10.54	" 0,30	" 0,43
du l.10.54 au l.10.56	" 0,32	" 0,46
du l.10.56 au l. 7.57	" 0,35	" 0,51
du l. 7.57 au	" 0,36	" 0,53

c) Paiement des prestations

Les allocations familiales sont payables une fois par trimestre par le Conseil du travail dans la circonscription duquel l'indépendant est domicilié. L'indépendant reçoit du Conseil du travail un bon de paiement qu'il peut se faire payer dans les postes.

4. Loi d'allocations familiales pour pensionnés

a) Enfants ayant droit à l'allocation

Les pensionnés (principalement ceux à qui une pension est accordée comme anciens militaires, fonctionnaires au service de l'Etat ou employés des chemins de fer, ainsi

que ceux qui leur sont assimilables) ont droit aux allocations familiales en conséquence de cette loi, pour chacun des enfants légitimes ou reconnus de moins de 16 ans (ou nés d'un mariage précédent de l'époux(se) de l'assuré) de l'assuré, ainsi que pour d'autres enfants de moins de 16 ans entretenus par lui exclusivement ou dans une mesure importante. De même que pour la loi d'allocations familiales pour salariés, le droit existe en outre à l'allocation familiale pour les enfants aux études ou invalides de 16 à 26 ans inclus.

b) Taux des prestations

Les taux des prestations sont à peu près semblables à ceux de la loi d'allocations familiales pour salariés, à cette différence près que l'allocation en vertu de la loi allocations familiales pour pensionnés comprend un montant fixe par mois et par enfant. Ici aussi, il y a une progression dans le montant, suivant l'augmentation du nombre d'enfants. Les augmentations des montants des prestations en vertu de la loi d'allocations familiales pour salariés sont appliquées à peu près dans la même mesure par la loi d'allocations familiales pour pensionnés; même si ces augmentations furent accordées souvent avec un certain décalage, elles eurent un effet rétroactif à la date où les augmentations de la loi d'allocations familiales pour salariés furent fixées. Ainsi, la dernière augmentation des taux, en vertu de la loi d'allocations familiales pour salariés, à partir du 1er juillet 1957, n'est toujours pas suivie par une augmentation légale semblable des montants en vertu de la loi d'allocations familiales pour pensionnés. La raison en est

qu'un projet de loi séparé ne peut être déposé aux Chambres qu'après délibération entre les différents organismes dont les groupes distincts de pensionnés reçoivent leur pension. Les charges de prestations, en vertu de cette loi, sont notamment supportées par chacun des organismes mentionnés. Tableau des montants des allocations familiales en vertu de cette loi :

Période	1er enfant	2me enfant	3me enfant	4me enf. et suiv.
du l. 1.50 au l. 1.54	f. 34,65	f. 34,65	f. 34,65	f. 42,52
du l. 1.51 au l. 1.54	" 38.--	" 38.--	" 38.--	" 50.--
	1er enfant	2me et 3me enf.	4me et 5me enf.	6me enf. et suiv.
du l. 1.54 au l.10.54	f. 38.--	f. 42.--	f. 58.--	f. 66.--
du l.10.54 au l.10.56	" 40,50	" 44,75	" 61,50	" 70.--
du l.10.56 au l. 7.57	" 44,25	" 49,75	" 69,50	" 77,25
du l. 7.57 au	" 45,75	" 51,25	" 72.--	" 80,50

c) Paiement des prestations

Les allocations familiales sont payables une fois par trimestre, en même temps que les pensions, par les différents organismes dont les groupes distincts de pensionnés reçoivent leur pension. Le paiement se fait le plus souvent par bon de paiement qui peut être payé dans les postes.

C. Dispositions relatives à l'application de sanctions et au règlement de conflits

1. Demandes tardives

Le droit aux allocations familiales est prescrit dans la loi d'allocations familiales pour salariés, après six mois, et dans la loi d'allocations familiales pour petits indépendants, après un an. Les lois d'allocations familiales pour bénéficiaires de rentes et la loi d'allocations familiales pour pensionnés ne contiennent pas de dispositions au sujet de la prescription.

2. Absence de collaboration raisonnable

Si l'intéressé ne prête pas sa collaboration raisonnable pour l'obtention des renseignements nécessaires pour une juste appréciation du droit à l'allocation, l'organisme de gestion intéressé peut décider que l'allocation familiale ne lui sera pas accordée. Cette disposition existe dans la loi d'allocations familiales pour salariés et la loi d'urgence d'allocations familiales pour petits indépendants.

3. Sanctions pénales

La communication volontaire de déclarations ou renseignements faux peut entraîner des poursuites pénales.

4. Restitution des prestations

La restitution de prestations payées indûment peut être exigée. Dans la loi d'allocations familiales pour salariés et la loi d'urgence pour petits indépendants, on exige alors que l'intéressé ait pu raisonnablement savoir qu'il recevait les prestations indûment.

5. Contentieux

La loi d'allocations familiales pour salariés donne aussi bien à l'employeur qu'au travailleur la possibilité d'exercer un recours pour le règlement de conflits. Les employeurs peuvent notamment contester les décisions des organismes de gestion au sujet des cotisations; les travailleurs le peuvent en ce qui concerne le droit à l'allocation familiale. Ces recours peuvent être introduits auprès de conseils d'appel spéciaux existant pour les lois d'assurances sociales. L'appel au degré supérieur est possible auprès du Conseil central d'appel, qui juge en dernière instance. Ces conseils sont institués par une loi séparée.

La loi d'urgence d'allocations familiales des petits indépendants donne à l'intéressé la possibilité d'appel en ce qui concerne le droit aux allocations familiales. Ce recours ne peut cependant être introduit qu'auprès de la direction de la Banque des assurances sociales, dont le jugement est décisif.

Les lois d'allocations familiales pour bénéficiaires de rentes et d'allocations familiales pour pensionnés ne prévoient pas de possibilité de recours.

IV. FINANCEMENT

1. Loi d'allocations familiales pour salariés

Les frais de l'assurance sont couverts par des contributions obligatoires (primes) des entreprises et métiers. Le pourcentage des cotisations est le même pour toutes les branches d'entreprises et de métiers. Une

exception est faite uniquement pour le personnel féminin d'institutions hospitalières sans but lucratif et d'institutions similaires et pour le personnel d'institutions s'occupant de travail social et charitable. Pour ces organismes et institutions, la cotisation d'allocation familiale atteint environ la moitié de la cotisation généralement valable. La cotisation est due par les employeurs pour le salaire total des assurés à leur service, selon la loi d'allocations familiales, sans distinguer si ces assurés bénéficient ou non d'allocations familiales. L'employeur ne peut pas récupérer une partie de la cotisation sur les travailleurs. En effet, le fondement de l'assurance d'allocations familiales est qu'une partie du total des salaires assurés n'est pas payée aux travailleurs, mais est destinée à procurer des allocations familiales aux travailleurs ayant des enfants. Quoique la loi d'allocations familiales ne connaisse pas de limite de salaire pour l'assuré, la cotisation n'est pas calculée sur un salaire supérieur à f. 19.- par jour. Avec l'augmentation de l'ensemble des prestations, des modifications dans le pourcentage des cotisations ont été apportées, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

<u>Année</u>	<u>Pourcentage des primes</u>
1941	0,94
1942	0,94
1943	0,94
1944	0,92
1945	0,92
1946	2,19
1947	5,30
1948	5,80
1949	5,84
1950	5,84

<u>Année</u>	<u>Pourcentage des primes</u>
1951	5,78
1952	5,53
1953	5,28
1954	5,28
1955	5,28
1956	5,28
1957	4,60
1958	4,60

Les groupements d'entreprises perçoivent la cotisation (qu'ils augmentent d'un supplément pour leurs propres frais administratifs) et paient les allocations dues aux assurés.

La différence positive entre les cotisations reçues (à l'exclusion du supplément pour frais administratifs) et les allocations payées est versée à la Caisse de compensation des allocations familiales. La différence négative entre les cotisations reçues (à l'exclusion des frais administratifs) et les allocations payées est supportée par la Caisse de compensation des allocations familiales. De même qu'en raison de l'uniformité de la cotisation il n'importe pas à un employeur d'avoir à son service du personnel avec beaucoup ou peu d'enfants, de même - c'est une conséquence de la compensation - il n'est pas non plus important pour un groupement d'entreprises que des ouvriers avec beaucoup ou peu d'enfants soient employés dans les branches de métiers intéressées. Un tableau des montants des cotisations reçues au total et des allocations payées suit ci-dessous :

	<u>Allocations</u>	<u>Primes</u>
1941	f. 15.093.339.--	f. 12.848.029.--
1942	" 16.393.044.--	" 12.893.340.--
1943	" 16.982.975.--	" 13.943.944.--
1944	" 14.433.792.--	" 16.380.888.--
1945	" 15.978.506.--	" 16.213.751.--
1946	" 56.525.087.--	" 73.918.522.--
1947	" 169.920.031.--	" 163.769.459.--
1948	" 214.271.483.--	" 186.271.444.--
1949	" 230.424.262.--	" 205.728.695.--
1950	" 256.461.851.--	" 227.515.564.--
1951	" 287.014.973.--	" 266.884.527.--
1952	" 278.593.259.--	" 275.088.843.--
1953	" 286.195.868.--	" 285.942.655.--
1954	" 325.108.074.--	" 322.411.494.--
1955	" 366.086.833.--	" 346.634.081.--
1956	" 406.412.003.--	" 363.259.017.--

Les données pour 1957 ne sont pas encore disponibles. La fortune de la Caisse de compensation se montait, au 31 décembre 1956, à f. 175.000.000. Naturellement, cette fortune subit une diminution due à la charge du "supplément de renchérissement" payé pour 1958, et dont les frais pour cette année sont estimés à f. 36.000.000. De plus, la compensation appelée "des allocations familiales perdues" - conséquence de la modification de la loi d'allocations familiales entrée en vigueur à partir de 1951, par laquelle, pour la détermination du droit à l'allocation familiale pour une année, on se basait plus sur le nombre d'enfants au 1er octobre de l'année précédente, mais le droit aux allocations familiales dépendait de la situation au premier jour de ce trimestre - doit être payée sur ces réserves dans les années 1963 à 1966 y compris (d'après estimation : f. 50.800.000).

2. Loi d'allocations familiales pour bénéficiaires de rentes
3. Loi d'urgence des allocations familiales pour petits indépendants
4. Loi d'allocations familiales pour pensionnés

Les frais de ces réglementations légales sont entièrement supportés par l'autorité, sans qu'il y ait contrepartie par le paiement de cotisations.

5. Réglementations d'allocations familiales des organismes officiels

Ces allocations familiales dont le but est d'être un supplément au salaire sont supportées entièrement par les organismes officiels, comme tous les frais que constituent les salaires.

6. Compensation entre les différentes lois et réglementations d'allocations familiales

Une telle compensation n'a pas lieu. Chaque loi et chaque réglementation établit son propre système financier et supporte ses propres frais.

V. INFLUENCE SUR LA POLITIQUE NATALISTE

Quand les mesures des différentes réglementations d'allocations familiales ont été prises, l'intention n'a jamais été manifestée d'exercer une influence sur la politique nataliste par le moyen de ces réglementations.

Les Pays-Bas ont, de temps immémoriaux, un taux de naissance élevé et un taux de mortalité bas, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

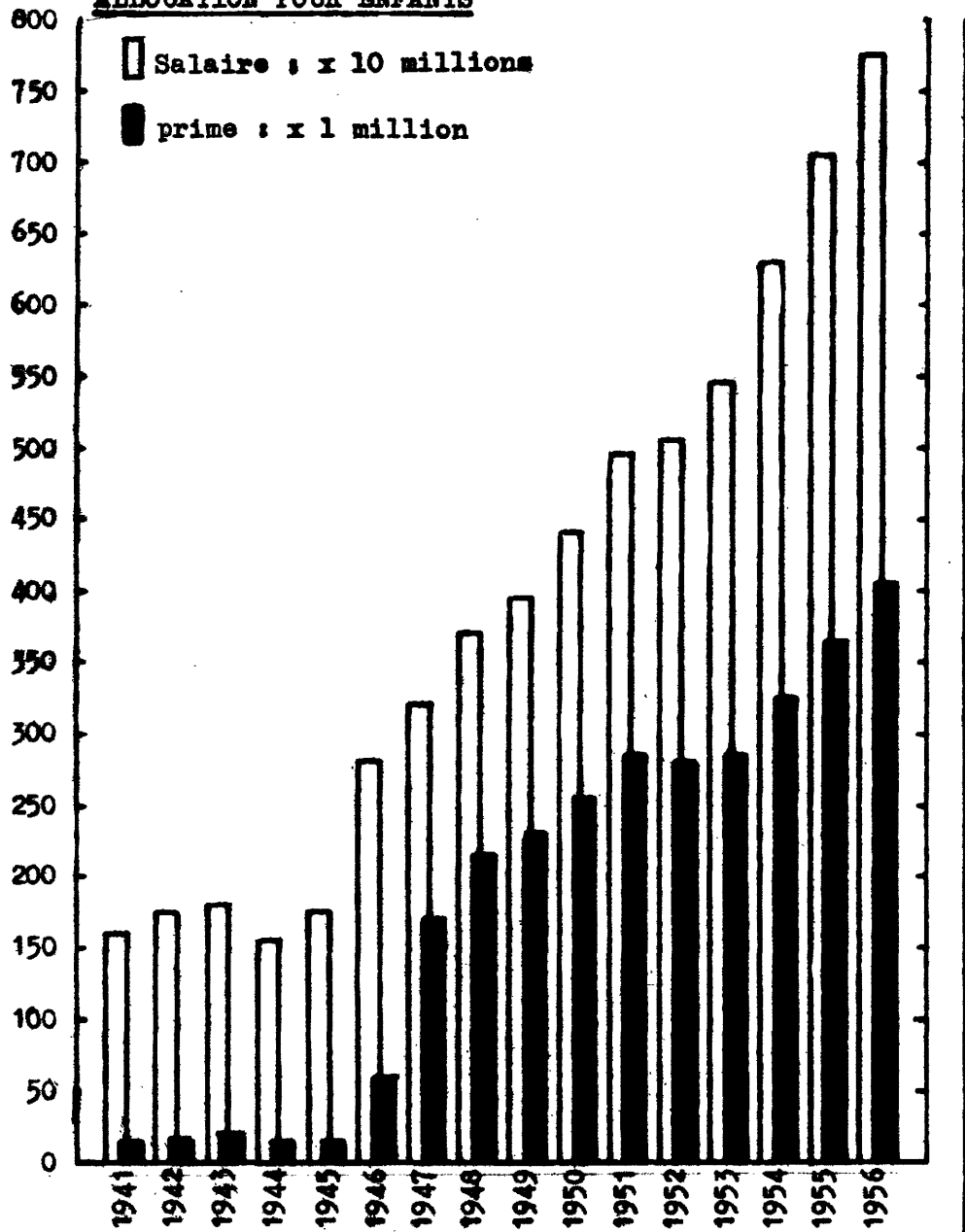
	<u>Nombre de naissances</u> <u>par 1.000 habitants</u>	<u>Nombre de décès</u> <u>par 1.000 habitants</u>
1935	20,3	8,8
1936	20,3	8,7
1937	19,9	8,8
1938	20,7	8,6
1939	20,7	8,7
1940	20,9	9,9
1941	20,4	10,1
1942	21,1	9,6
1943	23,1	10,1
1944	24,1	11,8
1945	22,7	15,2
1946	30,6	8,6
1947	28,0	8,1
1948	25,5	7,5
1949	23,9	8,2
1950	22,9	7,5
1951	22,2	7,5
1952	22,3	7,3
1953	21,7	7,7
1954	21,5	7,5
1955	21,3	7,6
1956	21,2	7,8
1957	21,2	7,5

Les chiffres différents des années 1941 à 1945 y compris résultent des conditions de guerre existant alors. La densité de la population est déjà grande et augmente sans cesse.

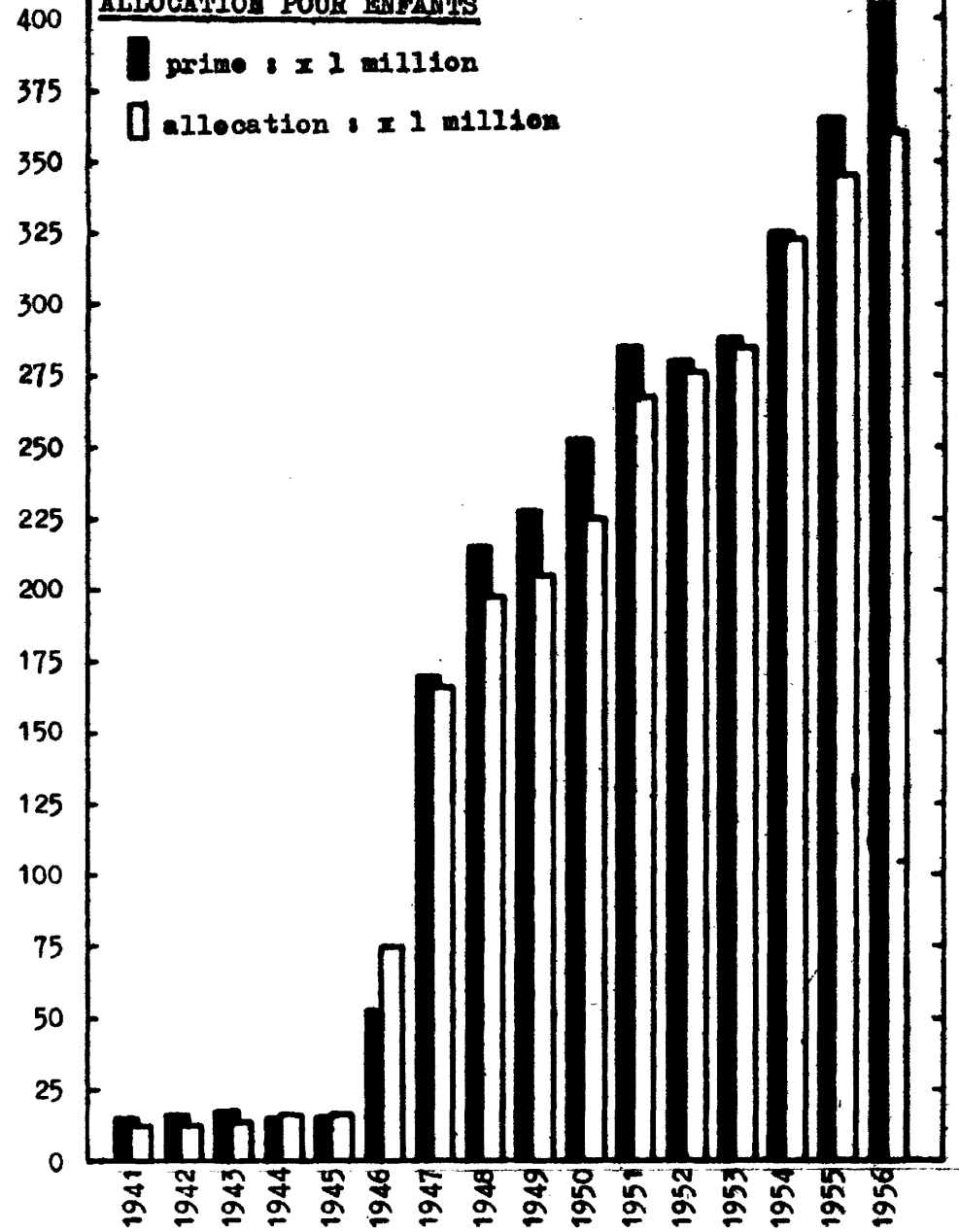
On essaie de sauvegarder l'emploi à un niveau raisonnable par une industrialisation organisée et par une politique d'émigration.

ALLOCATIONS FAMILIALES

ALLOCATION POUR ENFANTS



ALLOCATION POUR ENFANTS



VII. LISTE DES ORGANISMES APPLIQUANT LES LOIS
D'ALLOCATIONS FAMILIALES

- I. Loi d'allocations familiales pour salariés
 1. Groupement d'entreprises des entreprises agricoles à La Haye
 - x 2. Groupement d'entreprises de l'industrie laitière à La Haye
 3. Groupement d'entreprises de l'industrie du bâtiment à Amsterdam
 - x 4. Groupement d'entreprises de l'industrie du bois et des meubles à Amsterdam
 5. Groupement d'entreprises de l'industrie textile des Pays-Bas à Utrecht
 6. Groupement d'entreprises de la confection à Amsterdam
 7. Groupement d'entreprises de l'industrie du cuir et du travail du cuir à Tilburg
 8. Groupement d'entreprises des arts graphiques à Amsterdam
 - x 9. Groupement d'entreprises de l'industrie de la pierre, du ciment, du verre et de la céramique à Amsterdam
 - x 10. Groupement d'entreprises de l'industrie métallurgique et de l'industrie électro-technique à Amsterdam
 - x 11. Groupement d'entreprises de la petite métallurgie à La Haye
 12. Groupement d'entreprises de l'industrie minière à Heerlen
 - x 13. Groupement d'entreprises de l'industrie chimique à Amsterdam

14. Groupement d'entreprises de l'industrie du tabac à Eindhoven
15. Groupement d'entreprises de la boulangerie à La Haye
16. Groupement d'entreprises de la boucherie et des viandes "La Coopération" à La Haye
- x 17. Groupement d'entreprises de l'alimentation et de l'épicerie à Amsterdam
18. Groupement d'entreprises du commerce de détail et de l'artisanat à Utrecht
- * 19. Groupement d'entreprises des ports et entreprises similaires, navigation intérieure et pêche à La Haye
- x 20. Groupement d'entreprises de la marine marchande à La Haye
- x 21. Groupement d'entreprises des transports
- x 22. Groupement d'entreprises de l'hôtellerie, de la restauration, cafés, pensions et entreprises similaires à La Haye
- x 23. Groupement d'entreprises de la santé et des intérêts spirituels et sociaux à La Haye
- x 24. Groupement d'entreprises des services publics à Amsterdam
- x 25. Groupement d'entreprises bancaires, d'assurances, commerce en gros et professions indépendantes à Amsterdam
- x 26. Nouveau groupement d'entreprises général à Amsterdam.

Les groupements d'entreprises marqués d'un x ont chargé le Bureau collectif d'administration à Amsterdam de leur administration.

2. Loi d'allocations familiales pour bénéficiaires de rentes invalidité, vieillesse et rentes d'orphelins

Banque des assurances sociales à Amsterdam.

3. Loi d'urgence des allocations familiales pour petits indépendants

Conseils du travail (établissements régionaux).

4. Loi d'allocations familiales pour pensionnés

Les organismes officiels versent les pensions.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

ASSURANCE-CHOMAGE

Pays-Bas

GENEVE
1959

TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
I. <u>EVOLUTION HISTORIQUE</u>	245
II. <u>L'ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LE CHOMAGE DE 1952</u>	255
III. <u>LA MISE EN APPLICATION DE L'ASSURANCE- CHOMAGE</u>	262
IV. <u>ASSURANCE ET PRESTATIONS</u>	268
V. <u>FINANCEMENT</u>	293
VI. <u>DONNEES STATISTIQUES</u>	296
VII. <u>LISTE DES ORGANISATIONS AYANT PARTICIPE A LA MISE EN APPLICATION DE L'ASSURANCE- CHOMAGE</u>	302

I. EVOLUTION HISTORIQUE

1. L'assurance volontaire auprès des syndicats de salariés

L'assurance-chômage aux Pays-Bas a été introduite par les syndicats qui avaient établi des caisses de secours mutuels pour leurs membres chômeurs. Cette assistance financière en 1860 déjà fut apportée par quelques organisations syndicales. Ces mesures n'avaient pas seulement pour but de parer aux frais d'entretien de leurs membres, mais de lier davantage ceux-ci à l'organisation en les protégeant de la tentation de travailler à des salaires inférieurs.

La protection syndicale contre le chômage n'a pas, tout d'abord, rencontré un gros succès étant donné surtout parce que les organismes se trouvaient financièrement faibles. A mesure que le problème du chômage prenait des proportions plus grandes et que les communes prenaient davantage conscience de leur mission sociale, l'on accorda une plus grande attention à la détresse financière des chômeurs et à la création d'un organisme compétent. Cette évolution conduisit finalement, et cela dès le début de 1900, à ce que plusieurs communes restituèrent aux syndicats une partie des montants qu'ils avaient payés à leurs membres en tant qu'assistance.

Des caisses municipales d'assurance contre le chômage furent également créées (il existait 32 caisses au moment de la première guerre mondiale de 1914). La subvention des syndicats se fit au moyen du système dit de Gand, c'est-à-dire proportionnellement aux prestations versées, tandis que le système danois prévoit la subvention d'après les entrées de cotisations.

L'Etat, jusqu'à la première guerre mondiale, s'abstint de tout secours financier pour l'indemnité (assistance) chômage. En 1909, une Commission d'Etat fut chargée d'étudier le problème du chômage et invitée à présenter au gouvernement un rapport sur l'ensemble du problème du chômage. Ce rapport fut remis en 1914. Peu après, la guerre éclatait et le chômage prenait de plus grandes proportions ce qui incita le ministre de l'Agriculture, de l'Industrie et du Commerce à édicter une ordonnance d'urgence, en août 1914, par lettre circulaire. C'est ainsi que l'Etat, conjointement avec les communes, versa des secours financiers de chômage aux syndicats pour leurs membres chômeurs selon le système de Gand; par là, l'assurance-chômage fut à même de continuer à fonctionner dans une mesure aussi large que possible. Les caisses chômage municipales qui, à la suite de cette réglementation, devinrent toujours plus nombreuses, restituèrent aux syndicats les versements effectués en partie par l'Etat. Les syndicats furent, pour la première fois, par ces mesures d'assistance, reconnus par le gouvernement en tant que corporations ayant des tâches sociales particulières.

Le décret d'urgence resta en vigueur jusqu'au 1er mai 1916. A cette époque, il avait été prévu initialement l'entrée en vigueur d'une réglementation uniforme et définitive; toutefois, ces prévisions relatives n'ont pu être réalisées à temps; pour cette raison, un décret d'urgence modifié fut promulgué qui resta en vigueur jusqu'au 31 août 1918, c'est-à-dire jusqu'au moment où toutes les caisses chômage s'étaient adaptées à la nouvelle situation. Cependant, le but principal de

ce décret d'urgence, conçu pour faire face à une situation exceptionnelle, fut atteint, à savoir d'empêcher la dislocation totale de l'assurance-chômage. Au cours de cette réglementation le nombre des membres inscrits aux caisses chômage s'éleva de 73.000 - chiffre du 1er août 1914 - à environ 140.000 au 1er janvier 1918. Entre-temps, plusieurs caisses chômage centrales avaient également été créées, englobant tout le pays dans leur champ d'action.

Le nombre des caisses municipales de chômage avait dépassé 100. Pendant la période de la réglementation, un total d'environ cinq millions de gulden ont été versés au titre de prestations de chômage, dont un million à la charge des caisses chômage et quatre millions environ à la charge de l'Etat et des communes.

2. Le décret sur l'assurance-chômage de 1917

On s'efforça, en préparant la nouvelle réglementation de l'assurance-chômage volontaire, de parvenir à :

1. Une réglementation uniforme dans tout le pays;
2. La formation d'un fonds de réserve;
3. Une répartition proportionnelle des frais entre les organismes publics.

Enfin, le 1er janvier 1917 un décret royal entra en vigueur constituant la base de l'assurance-chômage jusqu'à la deuxième guerre mondiale.

L'assurance-chômage, d'après le décret sur l'assurance-chômage de 1917, reposait sur les principes suivants :

1. Les Associations d'ouvriers et employés (il s'agit, dans la plupart des cas, de syndicats) étaient les organismes de l'assurance. Ceux-ci, en plus des cotisations de leurs membres, recevaient une subvention de l'Etat et des communes - autrement dit le système danois de subvention fut appliqué ici.

2. La participation des communes était volontaire. L'Etat octroyait une subvention seulement au cas où les communes en versaient une de leur côté. La subvention s'élevait au maximum à cent pour cent des cotisations, sauf lorsqu'une augmentation était dictée par des circonstances particulières, voire exceptionnelles.

3. Le Comité directeur de l'Association subventionnée élaborait, avec l'approbation du ministre compétent, un règlement intérieur pour la caisse chômage et dirigeait celle-ci sous la surveillance de l'Etat et des communes.

Cette obligation d'obtenir l'autorisation du ministre compétent permit déjà d'arriver à un degré relativement élevé d'unité. Le règlement intérieur devait suffire à certaines exigences; l'Etat avait même édité un modèle de règlement intérieur. Tout syndicat qui tenait beaucoup aux subventions n'avait guère d'indépendance en ce qui concerne l'assurance-chômage.

4. Le Comité directeur de l'Association subventionnée se prononçait sur l'octroi des prestations en faveur de ses membres chômeurs. L'administration municipale compétente et le directeur de l'Office national de placement et d'assurance-chômage qui existait alors pouvaient s'opposer à l'octroi de prestations, auquel cas toutefois le Comité directeur de l'Association subventionnée avait la possibilité d'en appeler au ministre compétent.

5. Avec les fonds qui parvenaient à l'Association de la part des salariés sous la forme de cotisations des membres et les subventions de l'Etat et des communes, ladite Association n'avait pas seulement pour tâche de verser des prestations mais également de constituer un fonds de réserve.

Les résultats de cette réglementation sont illustrés par les chiffres suivants :

Effectif d'assurés les :

28 décembre 1917	63.000
28 décembre 1918	176.000
27 décembre 1919	362.000
25 décembre 1920	360.000
31 décembre 1921	395.000
30 décembre 1922	328.000
29 décembre 1923	282.000
27 décembre 1924	274.000
26 décembre 1925	277.000
31 décembre 1926	289.000
31 décembre 1927	306.000
29 décembre 1928	326.000
28 décembre 1929	397.000
27 décembre 1930	440.000
26 décembre 1931	540.000
31 décembre 1932	597.000
30 décembre 1933	594.000
29 décembre 1934	561.000
28 décembre 1935	537.000
26 décembre 1936	532.000
25 décembre 1937	546.000
31 décembre 1938	569.000

30 décembre 1939	593.000
28 décembre 1940	528.000
27 décembre 1941	276.000
28 juin 1942	156.000

<u>Montants :</u>		<u>Subventions :</u>		<u>Prestations :</u>	
1917 fl.	48.000	fl.	47.000	fl.	130.000
1918	497.000		487.000		989.000
1919	1.200.000		1.300.000		1.800.000
1920	2.700.000		3.300.000		9.800.000
1921	3.400.000		3.800.000		15.200.000
1922	2.900.000		3.900.000		12.500.000
1923	3.600.000		5.100.000		7.200.000
1924	3.400.000		3.700.000		5.200.000
1925	3.400.000		3.400.000		5.100.000
1926	3.400.000		3.400.000		5.200.000
1927	3.700.000		3.700.000		6.000.000
1928	3.900.000		3.900.000		5.100.000
1929	4.500.000		6.200.000		8.100.000
1930	5.200.000		5.600.000		11.600.000
1931	5.800.000		16.000.000		24.600.000
1932	7.700.000		17.200.000		28.300.000
1933	8.500.000		16.300.000		27.000.000
1934	8.600.000		13.300.000		21.300.000
1935	7.800.000		12.700.000		19.300.000
1936	7.500.000		11.600.000		17.700.000
1937	7.700.000		11.800.000		14.600.000
1938	8.000.000		10.600.000		15.300.000
1939	7.700.000		9.600.000		12.900.000
1940	7.300.000		8.900.000		15.900.000
1941	5.400.000		6.600.000		8.400.000
1942					
28 juin	1.500.000		1.700.000		4.800.000

Au cours de la dernière guerre, à la suite de mesures prises par les autorités d'occupation, l'assurance-chômage périclita toujours plus, de sorte qu'elle cessa finalement d'exister. En 1940 déjà le nombre des caisses chômage diminua sensiblement par suite de la dissolution des associations de salariés et de la concentration du mouvement syndical. Les 22 (vingt-deux) caisses d'assurance-chômage qui subsistaient encore en 1942 furent groupées en une seule. Cette caisse se vit octroyer le droit à subvention par l'ordonnance du Secrétaire général du Département pour les affaires sociales (qui existait alors), droit qui lui fut retiré après la libération du pays.

3. Les systèmes subventionnés de l'allocation d'attente

A côté de l'assurance-chômage ci-dessus décrite, il existait déjà avant la première guerre mondiale aux Pays-Bas également des systèmes d'allocations d'attente. Ils avaient été constitués unilatéralement par les employeurs en général (sans qu'un arrangement préalable intervienne avec les travailleurs) et avaient pour but de payer intégralement une allocation d'attente au travailleur en cas d'arrêt momentané ou de diminution de l'activité de l'entreprise en conservant les rapports réciproques de salarié et d'employeur.

Tout d'abord, l'employeur reçut du "Koninklijk National Steuncomité" une subvention pour les frais découlant de l'octroi d'allocations d'attente. Le Comité fut cependant dissous en 1919. L'Etat continua alors la subvention conjointement avec les communes. Par un décret ministériel, les prescriptions générales concernant

la reconnaissance et les subventions du système d'allocations d'attente furent promulguées; pendant les années 1935 à 1946, ces prescriptions furent à nouveau annulées et remplacées par d'autres prescriptions.

Jusqu'en 1942, l'Etat accordait la subvention dans la mesure où les communes compétentes étaient disposées à le faire également. Tandis qu'après le 1er janvier 1942, la protection contre le chômage devenait financièrement affaire de l'Etat, il était simultanément décrété que les dépenses pour les subventions ou allocations d'attente supportées par les communes devaient être entièrement remboursées par l'Etat. Les dispositions générales valables aujourd'hui relatives à la subvention de prestations d'allocations d'attente sont entrées en vigueur le 1er janvier 1946. Par ces prescriptions, la subvention - qui avait été entre-temps et à plusieurs reprises modifiée et considérablement augmentée depuis septembre 1944 - fut abaissée à 60 pour cent et dès le 1er octobre 1946 à 50 pour cent des prestations. Toutefois, une subvention plus élevée fut octroyée à quelques entreprises, nécessitée par leur situation financière.

Non seulement les allocations d'attente furent subventionnées, mais également les charges sociales et d'assistance dont la prise en charge de la part de l'employeur était spécifiée par des prescriptions légales ou par un engagement entraînant une obligation juridique.

Les entreprises des différentes branches de l'économie eurent la possibilité de s'affilier toutes ensemble aux caisses d'allocations d'attente. Si une caisse

d'allocations d'attente jouissait de la personnalité juridique, elle pouvait se voir octroyer une subvention; les entreprises affiliées pouvaient porter entièrement au compte de la Caisse les allocations d'attente versées à leurs ouvriers (pas aux employés) et pouvaient, réciproquement, aider à fournir certaines contributions à la Caisse - en principe d'après un tarif fixe. La subvention ne pouvait être octroyée pour n'importe quel cas insignifiant de chômage. Le chômage devait atteindre une proportion d'au moins 15 pour cent avant que la subvention ne fût accordée.

Un aperçu approximatif concernant l'étendue et l'importance de l'octroi d'allocations d'attente et de son financement est donné par les chiffres suivants :

<u>Année</u>		<u>Prestations</u>		<u>Subventions des services publics</u>
1919	fl.	3.700	fl.	1.600
1920		166.800		79.500
1921		1.655.300		616.400
1922		599.800		223.900
1923		752.500		410.900
1924		198.800		91.200
1925		186.100		56.300
1926		16.800		9.500
1927		32.600		18.700
1928		13.600		7.600
1929		7.700		4.400
1930		86.100		55.500
1931		284.200		172.900
1932		219.700		152.700
1933		105.000		77.300

<u>Année</u>		<u>Prestations</u>		<u>Subventions des services publics</u>
1934	fl.	77.400	fl.	52.200
1935		125.300		78.800
1936		64.800		35.800
1937		25.200		12.900
1938		22.700		11.300
1939		96.200		54.300
1940		9.288.100		3.919.200
1941		14.602.300		6.084.300
1942		13.804.500		5.638.800
1943		4.971.300		2.033.100
1944		70.000.000		45.000.000
1945		170.000.000		116.000.000
1946		6.300.000		4.000.000
1947		2.400.000		1.300.000

4. Assistance chômage

En dehors des deux systèmes mentionnés jusqu'ici (assurance auprès du syndicat et octroi d'allocations d'attente versées par l'employeur, dans les deux cas subventionnés par les services publics), tout chômeur pouvait recevoir également une prestation d'assistance de la part de sa commune. Celle-ci prit surtout lors de la crise économique des années trente des proportions considérables; pour de nombreux chômeurs mis au bénéfice de l'assurance, cela représentait même l'unique source de revenu.

II. L'ASSURANCE OBLIGATOIRE CONTRE LE CHOMAGE

1. Antécédents et introduction

A plusieurs reprises, au cours des années, il a été tenté de remplacer le décret concernant l'assurance-chômage de 1917 selon lequel les syndicats recevaient une subvention basée sur les cotisations de leur assurance volontaire par une réglementation légale. La première tentative eut lieu en 1933. Un avant-projet prévoyait le maintien de l'assurance volontaire mais laissait entrevoir la possibilité de subventionner toutes les communautés groupant les employeurs et les travailleurs. De plus, il prévoyait la création d'une caisse de crise pour chômeurs, alimentée par les contributions de l'Etat, des communes et des employeurs, dont les recettes devaient servir en premier lieu à augmenter les subventions en faveur des associations de salariés dont les caisses chômage, par suite de la crise qui avait entraîné un chômage exceptionnellement élevé, ne pouvaient plus, en effet, satisfaire à leurs obligations par leurs propres moyens. Des temps critiques qui suivirent il résulta, de l'avis du gouvernement, qu'on ne pouvait exiger une plus grande charge de la part des organismes publics et de l'économie; par conséquent, ce projet fut abandonné.

Le deuxième avant-projet, datant de 1938, prévoyait l'introduction de l'assurance obligatoire. En tant qu'organisme d'exécution, il mentionnait les "conseillers d'entreprise", les "fédérations d'entreprise" et une caisse chômage d'Etat. En outre, la réalisation devait

être accomplie, de préférence, par des organismes de l'économie, par des "conseillers d'entreprise" dans la mesure où ils existaient et étaient capables d'assumer cette tâche. La caisse chômage de l'Etat ne devait avoir qu'une activité subsidiaire. Le but de ce système tendait à assurer le risque d'un chômage "normal". Pratiquement, les limites du chômage étaient établies pour chaque entreprise du fait qu'une certaine durée de prestation était fixée dans le règlement intérieur de la caisse chômage.

Tous les efforts pour arriver à une réglementation légale obligatoire furent anéantis par la déclaration de la guerre en mai 1940. Après la fin de la guerre, le gouvernement, en 1948, déposa un projet de loi concernant l'introduction d'une allocation d'attente obligatoire légale et de l'assurance-chômage. Une communauté de travail, la "Stichting van de Arbeid" groupant les employeurs et les organisations des travailleurs, fut invitée à donner son avis sur ce projet. Ledit projet fut accepté en 1949 et la loi entra en vigueur dès le 1er juillet 1952. L'entrée en vigueur fut retardée par la mise en place des organismes ayant pour tâche de mener à bonne fin ce travail (Associations d'entreprises) qui dura plus longtemps que prévu et, aussi, par les longues discussions quant à savoir si les travailleurs devaient recevoir une compensation de salaire pour leur cotisation.

La loi entra en vigueur à un moment où l'économie surmontait à grand-peine les suites de la deuxième guerre mondiale.

2. Différences les plus importantes comparativement au système d'avant-guerre

a) L'assurance volontaire d'autrefois est devenue actuellement l'assurance obligatoire.

Avant 1940, il n'existait que l'assurance volontaire de la part du travailleur auprès de son syndicat et l'octroi volontaire d'allocations d'attente versées par l'employeur.

En lieu et place de ce système fut introduite l'assurance obligatoire puisque la protection contre le chômage a été considérée comme une partie essentielle dans l'organisation du système d'assurance sociale qu'on avait entrepris d'édifier. Au moyen de l'assurance obligatoire, tous les travailleurs pouvaient bénéficier de la protection contre le chômage et le système construit sur la base des nécessités.

b) Réglementation nouvelle de l'allocation d'attente.

Alors que le système d'avant-guerre prévoyait que l'employeur pouvait octroyer à son travailleur une allocation d'attente au cas où il ne pouvait plus l'occuper momentanément - ce qui maintenait les relations d'employeur à salariés - d'après la nouvelle réglementation, tout travailleur avait droit - même au cas où il n'existait plus de relations avec son dernier employeur - à une allocation d'attente, en tant que réserve de main-d'oeuvre dans sa branche économique.

Le risque de l'assurance d'allocations d'attente est supporté exclusivement par la branche de l'économie en cause (voir chapitre V).

c) Les communes ne participent plus.

D'après le nouveau système, les communes n'ont plus aucune responsabilité dans la mise en application de l'assurance-chômage. En revanche, les secours d'assistance sont de leur compétence comme auparavant (voir appendice).

d) Les Associations d'entreprises sont devenues les organismes d'assurance.

Alors que dans l'ancien système les organismes d'assurance étaient les syndicats ou les employeurs, l'introduction de la nouvelle assurance transféra toute l'organisation fondée conjointement par les employeurs et les travailleurs auxdites associations d'entreprises, en laissant subsister toutefois la possibilité, pour les syndicats, de continuer à verser les prestations.

Aux Pays-Bas, on a toujours attaché une grande importance à la co-décision et à l'activité autonome de l'économie organisée. Il est donc compréhensible que l'on n'ait pas désiré s'en remettre à un organisme de l'Etat pour l'introduction de l'assurance-chômage, et qu'on ait tenu à confier celle-ci aux organismes créés par l'économie elle-même (voir chapitre H 3).

3. L'ancien et le nouveau système n'ont aucun trait commun

On ne peut établir aucun point commun entre le nouveau système et le précédent avec assurance-chômage et allocations d'attente; il a été créé un système tout nouveau. Il convient toutefois de remarquer que la

différence entre allocations d'attente et secours de chômage subsiste, encore qu'elle revête une autre signification.

Le système d'assistance sans conditions de cotisation fut également maintenu en faveur des chômeurs n'ayant pas droit à l'indemnité de chômage ou ayant perdu ce droit. Dans ce cas, les prestations sont payées par les communes; elles sont à charge de l'Etat.

4. Différence entre l'allocation d'attente et l'assistance (indemnité) chômage

La "Stichting van de Arbeid" aussi bien que l'Etat étaient d'avis que l'octroi d'allocations d'attente et l'assurance-chômage avaient pris une telle importance, dans leur champ d'application respectif, qu'il fallait maintenir ces deux formes de secours.

On choisit donc comme solution que l'allocation d'attente et l'assurance-chômage deviendraient obligatoires. Toutes deux ont été incluses dans une même loi.

Allocations d'attente. Le risque de l'assurance d'allocation d'attente est supporté exclusivement par les Associations d'entreprises, groupées par branches économiques. Les fonds sont recouverts au moyen de cotisations, les employeurs et les travailleurs de la branche économique concernée y contribuant en commun. Le Comité directeur de l'Association des entreprises fixe chaque année le montant des cotisations. Le montant de la cotisation est donc fonction de la fréquence du chômage dans chaque branche de l'économie.

Seuls ont droit à l'allocation d'attente les travailleurs se trouvant dans les conditions de relations prescrites avec le groupe professionnel ou économique pour lequel l'Association professionnelle est compétente. Est déterminant, pour établir une telle situation, le nombre de jours pendant lesquels le chômeur a été occupé au cours des douze mois avant d'être mis au chômage, la loi fixe comme condition une durée de travail de 156 jours. Si cette condition est remplie, le chômeur sera alors considéré comme appartenant à la réserve de main-d'oeuvre de son groupe professionnel. La durée minimum pour laquelle une allocation d'attente est versée en cas de chômage par l'Association des entreprises est de 48 jours par an. Tout d'abord, on s'était attendu à ce que chaque association d'entreprises atteigne le chiffre prévu par cette règle; ce ne fut toutefois pas le cas.

Chaque association d'entreprises établit un décompte concernant son assurance d'allocations d'attente; d'ailleurs, elle est tenue, dans l'octroi d'allocations d'attente, à de nombreuses clauses légales.

Assistance chômage. Le risque de l'assurance chômage est supporté par la Caisse générale de chômage instituée par la loi. Les cotisations sont fixées par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique; elles sont les mêmes pour toutes les Associations d'entreprises. A cette cotisation participent l'employeur, le travailleur et les pouvoirs publics. L'Etat participe donc aux frais de l'assurance-chômage.

Ont droit à l'assistance chômage les sans-travail qui ont été, au cours des douze mois avant leur mise en chômage, occupés pendant un nombre de jours déterminé (78)

en tant que travailleur assuré obligatoirement dans la mesure où ils n'ont pas (ou n'ont plus) droit à l'allocation d'attente. De tels travailleurs sont considérés comme faisant partie de la réserve de main-d'oeuvre générale et non pas de la réserve de main-d'oeuvre d'une branche déterminée de l'économie. De ce fait, il est absolument indifférent au regard de cette loi que le travailleur ait été assuré au cours de la durée d'emploi exigée de 78 jours auprès de l'une ou de l'autre Association d'entreprises employeuses.

L'assistance chômage est octroyée à raison d'une période maximum de 126 jours par an; de cette période il faut déduire les jours pendant lesquels le chômeur a déjà touché l'allocation d'attente. Le règlement intérieur relatif à l'assistance chômage est uniforme. Pour l'assuré cela ne fait pratiquement aucune différence s'il reçoit une allocation d'attente ou une assistance (indemnité) chômage : cela ne change ni la durée des prestations ni le montant de celles-ci.

Résumé. La différence entre les deux formes d'assurance réside avant tout dans la répartition du risque et des cotisations. En outre, les Associations d'entreprises jouissent d'une grande liberté dans l'établissement de leurs propres règlements pour ce qui est de l'assurance allocation d'attente; toutefois, elles n'en font pas usage dans la réglementation de la durée des prestations.

Etant donné que les différences sont si minimes, la demande a déjà été faite de renoncer purement et simplement à la distinction entre l'allocation d'attente et l'assistance chômage.

III. LA MISE EN APPLICATION DE L'ASSURANCE-CHOMAGE

1. Evolution historique

La question de savoir à quel organisme devait être confiée la mise en application de l'assurance-chômage, à savoir un organisme de l'Etat des assurances sociales ou un organisme de l'économie, a fait l'objet de longues discussions aux Pays-Bas. Le gouvernement avait prévu lors du projet de loi concernant l'assurance-accidents en 1898 un organisme de l'Etat. Des oppositions s'étaient élevées au sein du Parlement contre cette formule parce que l'on estimait devoir protéger l'indépendance et les forces autonomes de la vie sociale de trop grands empiètements du pouvoir de l'Etat. Il fut proposé par contre au Parlement de donner à des groupements d'employeurs (appelés Associations d'entreprises) le droit de se charger de la mise en application de l'assurance-accidents.

La loi concernant l'assurance-accidents, dans sa forme définitive, donnait également la possibilité à l'employeur de supporter lui-même le risque de tous accidents survenus dans son entreprise ou de le transférer à une société ou une association. Dans les deux cas, l'application de l'assurance légale (c'est-à-dire l'établissement et le paiement des prestations) restait entre les mains d'un organisme de l'Etat, mais les frais étaient portés à la charge de l'organisme responsable des risques. On eut amplement recours à la possibilité de transférer le risque à une société ou à une association; parmi ces dernières organisations il faut mentionner avant tout la "Centrale Verkegevers Risico-Bank", association mutuelle d'employeurs fort importante.

Les projets de loi concernant l'assurance-maladie, l'assurance-invalidité et l'assurance-vieillesse déposés en 1911, prévoyaient en tant qu'organismes d'assurance les "conseils du travail". Ces conseils du travail devaient être des organismes de droit public à compétence régionale formés de représentants des employeurs et de représentants des travailleurs paritairement et placés sous la responsabilité d'un président nommé par la Couronne. Cette proposition a été acceptée dans le texte définitif : en 1919, lors de l'entrée en vigueur de l'assurance-invalidité et de l'assurance-vieillesse légales, la mise en application de cette branche d'assurance a été transférée aux "conseils du travail".

Les conseils du travail n'avaient pas été prévus en tant qu'autorités, mais ils prirent cependant, au cours de leur activité pratique, une place officielle. C'est pourquoi les protagonistes de l'idée que la mise en application de l'assurance devait être transférée à des organismes de l'économie, lors de leur demande, proposèrent de répartir l'assurance par branches de l'économie et de la transférer à des associations d'entreprise. Ce vœu se réalisa pour la première fois en 1922 lorsque la loi concernant l'assurance-accidents agricole et de l'horticulture fut promulguée : les organismes chargés de l'application de cette assurance étaient les groupements d'exploitations. Les Associations d'entreprises étaient autrefois des organismes fondés par les employeurs avec un comité directeur composé paritairement de représentants des employeurs et de représentants des travailleurs. Les représentants des travailleurs étaient nommés par le ministre des Affaires sociales. L'employeur avait toute liberté pour

s'affilier à une association d'entreprises. Si un employeur n'en faisait pas partie, c'était alors la banque des assurances sociales (c'est-à-dire un organisme de l'Etat) qui intervenait subsidiairement comme organisme d'assurance.

Ce dualisme se poursuivit même après l'entrée en vigueur de la loi concernant l'assurance-maladie en 1930. Il y avait toutefois une différence : les associations d'entreprises, devenues les organismes de cette assurance, devaient être créées non pas par des employeurs, mais conjointement par des organisations d'employeurs et des organisations de travailleurs.

Son comité directeur était composé paritairement de membres, nommés par les organisations de travailleurs et d'employeurs.

Dans ce cas également l'employeur avait toute liberté de faire partie ou non d'une association d'entreprises. S'il ne le faisait pas, alors la Caisse d'assurance-maladie du Conseil du travail, dans le ressort duquel l'employeur avait son siège, intervenait subsidiairement pour prendre à sa charge l'assurance.

Cette réglementation a été également maintenue dans la loi d'allocations pour enfants de 1941.

Toutefois, les partisans de l'idée que l'assurance sociale devait être transmise à des organismes de l'économie ne se sont pas encore déclarés satisfaits.

Quant à la loi concernant l'assurance-chômage qui entra en vigueur en 1952, il fut décidé, en principe, que seules les associations d'entreprises devaient être les organismes de cette assurance.

2. Les Associations d'entreprises obligatoirement affiliées

Avec la clause précitée, la loi concernant l'assurance-chômage anticipait sur la loi concernant l'organisation de l'assurance sociale qui entra en vigueur en 1953. Depuis cette date, le principe est admis que les assurances dites publiques sont à la charge d'organismes d'Etat, toutes les autres assurances sociales restent à la charge des associations d'entreprises.

C'est dans ce sens que la loi, entrée en vigueur le 1er janvier 1953, concernant l'organisation de l'assurance sociale, ordonna que les assurances-maladie, chômage, invalidité et accidents, de même que les allocations pour enfants, soient administrées en principe par les associations d'entreprises. Dans ce sens, les Associations d'entreprises ont été chargées de gérer dès le 1er janvier 1953 l'assurance-chômage et l'assurance-maladie ainsi que l'octroi d'allocations pour enfants. La prise en charge de l'assurance-invalidité et de l'assurance-accidents suivra en temps voulu.

Pour ce qui est de l'organisation structurale en associations d'entreprises, le Ministre compétent a réparti en 26 branches tout le domaine de l'économie : 25 groupes d'entreprises et professions plus un groupe de divers.

Pour chaque branche, les organisations d'employeurs et de salariés concernées ont fondé une association professionnelle.

Chaque employeur est automatiquement affilié à l'Association d'entreprises compétente pour son entreprise. Ses travailleurs (salariés) sont assurés auprès de cette même association. De cette façon, l'application de la loi concernant les assurances sociales ci-dessus mentionnée est remise aux organes de l'économie.

Chaque association d'entreprises peut, si elle le désire, se gérer elle-même. Si elle ne le désire pas, elle est tenue, selon la loi concernant l'organisation des assurances sociales, de s'en remettre au Bureau administratif commun fondé collectivement par les organisations supérieures d'employeurs et de salariés. Le Bureau administratif commun gère au total 15 des 26 associations d'entreprises.

Chaque association d'entreprises, même si elle confie la gestion au Bureau administratif commun, a à sa tête un Comité directeur composé paritairement de représentants des organisations d'employeurs et des organisations de travailleurs de son groupe industriel ou professionnel.

Dans le cas où la gestion est assumée par le Bureau administratif commun, celle-ci est fortement décentralisée par région. Il existe à cet égard de nombreuses différences pour les Associations d'entreprises qui n'ont pas confié leur gestion au Bureau administratif commun et qui, de ce fait, se gèrent elles-mêmes.

Les Associations d'entreprises sont liées par des prescriptions légales quant à la détermination du droit aux prestations. Dans certains domaines, elles ont le droit de publier des règlements d'application.

Dans les cas douteux, il revient à une commission nommée paritairement par le Comité directeur de l'Association d'entreprises de décider du droit aux prestations.

En outre, le Conseil des assurances sociales (l'organisme de surveillance et de coordination pour les organismes de l'assurance sociale) peut édicter certaines prescriptions. De telles prescriptions existent pour le placement des fonds appartenant aux Associations d'entreprises et l'élaboration de leurs rapports annuels.

3. La Caisse commune de chômage

La Caisse commune de chômage a été créée en 1952, en tant que nouvelle institution, par la loi concernant l'assurance-chômage.

Le Comité directeur de la Caisse comprend paritaire-ment trois groupes : les représentants des employeurs, les représentants des travailleurs et les membres nommés par l'Etat.

La Caisse supporte le risque de l'assurance-chômage. Elle a les droits de contrôle et de surveillance ainsi qu'un droit limité de réglementation.

IV. ASSURANCE ET PRESTATIONS

A. Conditions d'admission

Peuvent être admis à l'assurance tous les salariés dont le salaire ne dépasse pas 6.900 florins par an. Tout d'abord, la loi, dès qu'elle fut entrée en vigueur en 1952, mentionnait un plafond de 6000 florins; le 1er janvier 1957, il fut porté, conformément à l'élévation du niveau de salaires, à 6.900 florins. Dans l'assurance-maladie, un autre plafond avait été fixé lors de l'entrée en vigueur de l'assurance-chômage légale. Le 1er janvier 1955, il fut porté au même montant par modification de la loi sur l'assurance-maladie.

Toutes les personnes qui travaillent aux Pays-Bas sont obligatoirement assurées (sans considération de nationalité), de même que toutes les personnes habitant les Pays-Bas et travaillant à l'étranger pour un employeur néerlandais. Cette réglementation admet, dans plusieurs cas, des dérogations en vertu d'accords internationaux concernant l'assurance sociale.

Certains groupes qui, à proprement parler, n'appartiennent pas aux salariés, sont assimilés à ceux-ci pour l'application de l'assurance obligatoire. A ces groupes appartiennent, par exemple, les personnes travaillant personnellement sur la base de contrats de fabriques, certaines personnes exerçant une industrie à domicile, les représentants de commerce travaillant pour une seule maison et les musiciens. En outre, sont assimilées aux salariés toutes les personnes qui exécutent pour deux employeurs au plus des travaux spécifiés dans une ordonnance administrative.

L'ordonnance édictée sur la base de cette prescription a été maintes fois modifiée. En 1958, il a été inclus dans le catalogue également la main-d'oeuvre de nettoyage des bâtiments (c'est-à-dire les femmes employées aux nettoyages dans les écoles et les bureaux).

Sont exclus de l'assurance les fonctionnaires (des services publics en faveur desquels il existe une réglementation d'allocation d'attente de droit public); certains membres du personnel enseignant et des services publics pour lesquels il existe une autre réglementation d'allocation d'attente; les personnes de plus de 65 ans; les gens de maison; les personnes dont l'activité ne représente qu'une occupation accessoire ou occupés exceptionnellement à court terme.

Ces prescriptions n'ont pas été modifiées depuis la mise en application de la loi. Par contre, les ordonnances concernant l'octroi d'allocations d'attente à des membres du personnel des services publics (à l'exception des fonctionnaires) ont été modifiées; ces modifications touchent également le secteur des assujettis obligatoirement à l'assurance-chômage.

L'exclusion de personnes dont l'occupation ne représente pour elles qu'une activité accessoire, conduit dans la pratique à de nombreuses difficultés, avant tout quand il s'agit de déterminer le caractère du travail des femmes mariées. Selon la jurisprudence, il faut tenir compte lors de l'examen de la question de savoir si l'emploi représente une activité accessoire : du revenu de la femme, du revenu du mari, de l'importance de la famille (pour l'appréciation du temps dont l'épouse a besoin pour accomplir son travail de ménage) et du temps pendant lequel la femme travaille en qualité de salariée. C'est à la lumière de ces indices qu'on doit déterminer, selon une règle compliquée, s'il existe ou non une obligation d'assurance.

B. Droit aux prestations

1. Chômage involontaire

Pour être mis au bénéfice des prestations, il faut que le travailleur soit devenu involontairement chômeur alors qu'il était assuré. La loi ne définit pas de façon plus explicite ni la notion de "chômage" ni la notion "involontaire".

Lorsqu'il s'agit de déterminer s'il y a chômage, il faut établir si un travail sera offert ou non au salarié. En outre, il n'est pas nécessaire que l'emploi ait pris fin.

Au cours des dernières années, la notion de chômage involontaire a été définie de plus près par la jurisprudence. En général, on considère comme volontaire le chômage qui est la conséquence d'une action ou d'une omission de la part du travailleur entraînant son congé, ce à quoi il devait s'attendre.

Il peut aussi y avoir chômage volontaire lorsque la perte du dernier emploi n'est pas imputable au salarié. C'est le cas si le précédent emploi ayant cessé par suite d'une faute commise par le salarié, celui-ci à partir de ce moment trouve un autre emploi pour un court laps de temps; il va de soi que la cause de sa culpabilité doit être alors recherchée dans son emploi précédent.

2. Perte de salaire

Un droit aux prestations n'existe qu'au cas où l'employeur n'a pas l'obligation de continuer à payer le salaire.

Continuation du paiement du salaire en cas de chômage dû aux conditions atmosphériques

D'après le droit néerlandais, l'employeur a l'obligation, entre autres, de continuer à payer les salaires au cas où le chômage est dû à une circonstance provenant du risque de l'entreprise et aussi au cas où cette obligation figure dans le contrat de travail individuel ou collectif. La jurisprudence fixe à une période d'environ six jours en ce qui concerne le manque de travail causé par le gel ou d'autres circonstances atmosphériques la période pendant laquelle l'employeur doit supporter le risque. Se basant sur cette pratique, les Associations d'entreprises ont fixé des directives à ce sujet, précisant à quel moment, en cas de chômage, à la suite de gel ou autres conditions semblables, commence le droit aux prestations.

Travail accessoire à temps réduit

D'après le droit néerlandais, l'employeur n'est pas autorisé à offrir un travail accessoire à temps réduit inférieur à 48 heures par semaine ou, en cas d'emploi dans une autre branche de son entreprise, inférieur au nombre d'heures habituel (par exemple 42 heures pour les employés de bureaux).

Le travail accessoire à temps réduit avec perte de salaire ne doit être fourni qu'avec l'assentiment des autorités d'inspection du travail.

En cas d'autorisation, le droit aux prestations totales lors de chômage ou aux prestations partielles est alors établi. Par conséquent, la décision des autorités d'inspection du travail a des répercussions sur l'assurance-chômage.

3. Période d'attente

Allocations d'attente. Pour être mis au bénéfice des allocations d'attente, il faut que le salarié ait été employé pendant une période de douze mois ou de 156 jours au moins auprès d'un employeur affilié à une ou plusieurs Associations d'entreprises pendant la période précédant immédiatement le chômage.

Assistance (indemnité) chômage. Pour être mis au bénéfice de l'assistance (indemnité) chômage, il faut que le salarié ait été assuré au moins 78 jours au cours des douze derniers mois de son emploi précédant immédiatement la période de chômage.

En ce qui concerne l'octroi de l'assistance (indemnité) chômage, il importe peu que le salarié, au cours des 78 jours pendant lesquels il a travaillé, ait été assuré auprès d'une Association d'entreprises ou de plusieurs associations et ait ou non été occupé à plein rendement.)

Le nombre de jours pendant lesquels l'ayant droit a effectivement travaillé est également déterminant pour établir la période d'attente. La période donnée de douze mois peut, le cas échéant, être prolongée du nombre de jours pendant lesquels le salarié s'est trouvé dans l'incapacité de travailler à la suite d'un accident ou de service militaire.

Une modification de loi, en 1956, a rendu encore plus difficiles les conditions relatives à la période d'attente pour certains groupes de travailleurs occasionnels. Il est prescrit actuellement que pour avoir droit à une indemnité de chômage, une période d'attente allant jusqu'à 156 jours doit être accomplie.

Une ordonnance promulguée en 1957 porta de 104 à 156 jours la période d'attente pour plusieurs groupes de travailleurs occasionnels. Cette ordonnance n'est valable toutefois que pour les salariés occupés exclusivement en tant que travailleurs occasionnels (saisonniers) et qui, en dehors de saison, ne travaillent pas ordinairement comme salariés. Le législateur estima qu'il n'était pas normal que l'on octroie l'indemnité de chômage à des personnes ne travaillant en tant que salariés qu'à de courtes périodes de l'année (par exemple les femmes mariées et autres personnes qui se consacrent pendant le reste du temps à un travail indépendant). Ainsi, l'ordonnance en question ne se réfère pas aux personnes ne trouvant pas de travail fortuitement en dehors de saison dans une année particulière, mais à celles dont les revenus proviennent du produit de leur travail.

Au cas où un salarié a touché les prestations pendant la durée maximum admissible au cours d'une "année de prestations" écoulee, il a droit, à nouveau, aux prestations dès qu'il a travaillé 39 jours après avoir touché les dernières prestations et qu'il a rempli, par ailleurs, les conditions générales de la période d'attente.

C. Prescriptions spéciales concernant les prestations

1. Taux

Généralités

L'allocation d'attente et l'assistance (indemnité) chômage sont, en général, du même ordre.

En principe, les prestations sont calculées d'après le salaire qu'aurait reçu le travailleur dans sa profession s'il n'avait pas été mis au chômage.

Par conséquent, deux facteurs jouent un rôle important :

- la profession (le métier) du salarié;
- le salaire habituellement fixé pour cette profession ou ce métier (par exemple sur la base d'un contrat collectif).

Si aucun salaire n'est fixé, l'on admet comme base de calcul, en pratique, le dernier salaire que le travailleur a touché.

Suivant les cas, le salaire journalier est calculé sur la base d'un salaire à l'heure, à la semaine ou au mois. Le salaire à la journée est pris en considération pour autant qu'il ne dépasse pas un plafond de 19 florins.

Les prestations journalières comprennent :

- 80 % (pour cent) du salaire journalier pour hommes mariés et autres assujettis soutiens de famille;
- 70 % (pour cent) du salaire journalier pour les célibataires au-dessous de 18 ans qui ne sont pas soutiens de famille et qui n'habitent pas chez leurs parents;
- 60 % (pour cent) du salaire journalier pour tous les autres assurés.

En 1957, deux Associations d'entreprises ont porté l'allocation d'attente pour le deuxième groupe de 70 à 80 pour cent. L'une de ces Associations d'entreprises a même porté également l'allocation d'attente pour le dernier groupe (femmes mariées et enfants n'habitant pas chez leurs parents) de 60 à 70 pour cent du salaire journalier.

Pour l'établissement du salaire journalier, la Caisse générale de chômage a fixé des règles. En outre, les Associations d'entreprises jouissent d'un droit d'ordonnance limité pour fixer le niveau du salaire journalier.

Chaque Association d'entreprises met en oeuvre ce droit. Il y a donc possibilité de ce fait de tenir compte des particularités de rémunération pour chaque branche de l'industrie. Cela donne lieu cependant à différents systèmes de majorations et de tarifs dans les contrats collectifs concernant l'octroi de congés payés et de la remise des timbres de cotisation pour l'assurance de la pension de retraite.

Les ordonnances des Associations d'entreprises relatives à l'établissement du salaire journalier doivent être agréées par le Conseil des Assurances sociales. A maintes reprises elles ont été modifiées. En divers points l'on constate une certaine unité entre elles, mais en d'autres, par contre, l'on dénote des différences considérables. Cela porterait trop loin d'entrer ici dans les détails.

Modification des montants de salaire

Le montant des prestations est fonction du salaire. Au cas où le niveau de salaire est modifié, ou si, par exemple, les tarifs d'un contrat collectif sont augmentés, les prestations sont augmentées en conséquence. Les nouveaux taux sont valables, en principe, à partir de la semaine de prestations la plus proche.

Travailleurs occasionnels

Le décompte du salaire journalier des travailleurs occasionnels qui n'appartiennent à aucune profession définie est effectué sur la base du règlement de la Caisse générale de chômage; ce règlement comporte des directives qui ont toutefois donné lieu à des décomptes compliqués ainsi que l'expérience l'a prouvé.

Afin de parer aux difficultés qui en résultent, les Associations d'entreprises ont, depuis 1946, sur la base d'un accord mutuel, fixé des taux concernant leurs prescriptions relatives à l'établissement du salaire journalier des travailleurs occasionnels.

Il existe trois taux :

- I. Salaire journalier pour un travailleur occasionnel ayant travaillé moins de 156 jours au cours de l'année précédente;
- II. Salaire journalier pour un travailleur occasionnel ayant travaillé plus de 156 jours mais moins de 182 jours au cours de l'année précédente;
- III. Salaire journalier pour un travailleur occasionnel ayant travaillé plus de 182 jours au cours de l'année précédente.

Les taux augmentent progressivement.

L'on devait arriver par cette réglementation à établir la moyenne gagnée par un travailleur occasionnel, proportionnellement à son salaire. Pour cette raison, la répartition a été prévue en trois groupes.

D'autre part, les taux ont été calculés de façon à encourager le travailleur à une reprise de travail.

Les taux fixés pour les travailleurs occasionnels ont été augmentés par suite de l'élévation du niveau des salaires. L'aperçu ci-après donne tous les détails. Les prestations s'élèvent à 80, 70 ou 60 pour cent des montants indiqués.

Taux fixés pour le salaire journalier
des travailleurs occasionnels

	1956 (1/7)	1956 (1/10)	1957 (1/1)	1957 (1/8)
Groupe I	9.-	9,50	10.-	10,50
Groupe II	10.-	10,50	11.-	11,50
Groupe III	11.-	11,50	12.-	12,50

2. Durée

Allocation d'attente

L'allocation d'attente est octroyée à raison de 48 jours par année de prestations. Les Associations d'entreprises peuvent fixer une durée de prestations plus longue. Cependant, aucune association d'entreprises n'a mis en oeuvre cette possibilité, sinon la Caisse d'allocations d'attente aurait eu à sa charge un risque que la Caisse générale de chômage, dont les fonds sont alimentés par les pouvoirs publics, aurait, de toute façon, supporté.

L'année de prestations comporte douze mois et commence dès le premier jour où la prestation a été octroyée.

Assistance chômage (indemnité)

L'assistance chômage est octroyée pour un maximum de 126 jours par année de prestations. Si le travailleur a déjà bénéficié d'une allocation d'attente au cours d'une année de prestations, les jours pendant lesquels il a reçu ladite allocation seront déduits des 126 jours.

Ainsi un travailleur peut toucher une prestation de 126 jours au maximum en cas de chômage.

Chômage partiel

Lors du calcul de la durée maximum des prestations, les jours pendant lesquels une partie des taux pleins ont été octroyés seront compris dans le total comme des jours pleins.

3. Paiement des prestations

Les prestations sont payées par voie postale chaque semaine.

Toute Association d'entreprises est autorisée à fixer elle-même le mode de paiement. Généralement, cela se produit lorsqu'il s'agit de paiement par chèques postaux spéciaux. Certaines Associations d'entreprises ont chargé les représentants régionaux des syndicats du paiement; c'est le cas, en particulier, pour les entreprises agricoles et de la construction.

4. Jours d'attente

La loi autorise les Associations d'entreprises à porter dans leurs prescriptions d'allocations d'attente la clause selon laquelle le chômeur doit attendre un nombre de jours déterminé (le moins possible) avant d'être mis au bénéfice des prestations.

Lors de l'entrée en vigueur de l'assurance-chômage, dix Associations d'entreprises seulement ont fait recours à ce droit.

Les autres Associations ont estimé qu'il était injuste d'exiger des jours d'attente d'un travailleur devenu chômeur sans que cela lui soit imputable. C'est pourquoi les prestations doivent être considérées comme un dédommagement pour perte de salaire dès le premier jour de chômage.

En ce qui concerne l'indemnité de chômage, il avait été prescrit, au début, trois jours d'attente. Cette prescription a cependant été annulée six mois plus tard, soit le 1er janvier 1953.

Si une Association d'entreprises prescrivait des jours d'attente pour l'octroi d'allocations d'attente, ceux-ci étaient également valables après le 1er janvier 1953 pour l'indemnité de chômage, cette dernière ayant été accordée par l'Association d'entreprises aux chômeurs n'ayant

aucun droit à l'allocation d'attente. Le fait que certaines Associations d'entreprises avaient prescrit des jours d'attente et d'autres pas, a apporté, dans la pratique, des complications et une certaine rigidité. Si le travailleur n'avait pas déjà accompli, dans un intervalle de douze mois, des jours d'attente, il n'avait pas à accomplir alors en cas de chômage renouvelé à nouveau des jours d'attente. Par conséquent, il fallait pour chaque cas contrôler si le chômeur, lors d'un chômage antérieur auprès d'une autre Association d'entreprises, n'avait pas déjà accompli les jours d'attente réglementaires.

Par ailleurs, il arrivait qu'un chômeur ayant touché des prestations de la part d'une Association d'entreprises qui n'avait pas de clause d'attente, doive alors accomplir les jours d'attente même s'il avait été employé un jour seulement par un employeur appartenant à une autre Association d'entreprises.

Pour ces raisons, en 1953 et 1954 déjà, les prescriptions relatives aux jours d'attente, qui étaient pratiquées individuellement par des Associations d'entreprises, ont été supprimées. Il existe actuellement les prescriptions suivantes concernant les jours d'attente :

- Pêcheries : des jours d'attente sont prescrits dans le cas où le chômage dépend de la réparation d'un bateau ou de conditions atmosphériques.
- Pêche à la baleine : sont considérés comme jours d'attente les jours entre la fin de l'emploi et le commencement d'un nouveau déplacement en mer. Cette prescription tombe si les salaires de la pêche à la baleine sont suffisants pour les deux voyages.

- Association d'entreprises pour les affaires relatives à la santé publique, aux activités intellectuelles et sociales : quatre jours d'attente sont prévus pour les chômeurs célibataires qui ne sont pas soutiens de famille et qui n'ont pas un emploi essentiel à des travaux domestiques. Cette clause n'est appliquée que rarement ou alors principalement aux femmes chômeurs.

5. Grève et lock-out

Les travailleurs qui, par suite de grève ou de lock-out deviennent chômeurs ne perçoivent aucune indemnité.

Cette clause a une certaine importance. Elle est applicable également dans le cas de cessation de travail d'une entreprise par suite de grève de l'usine électrique. La loi stipule à ce propos que le Comité directeur (direction) de la Caisse générale de chômage peut s'écarter de cette clause. Il est donc possible de refuser les prestations seulement aux personnes ayant participé directement à la grève ou ayant été touchées par le lock-out.

6. Invalidité corporelle et intellectuelle

L'allocation d'attente n'est pas accordée si le chômeur se trouve dans l'incapacité totale ou importante d'exercer une activité professionnelle dans sa branche.

L'assistance (indemnité) chômage n'est pas octroyée si le chômeur se trouve dans l'incapacité partielle ou totale d'exercer un travail en général.

Ainsi que le démontre l'expérience, la différence entre ces deux notions est minime, attendu que dans chaque branche d'activité il se trouve toujours quelques petits travaux accessoires à faire.

Le nombre des cas où il a fallu, pour ces raisons, refuser la prestation est aussi minime (en 1956 : 0,9 pour cent de tous les cas d'exclusion).

7. Inscription pour recherche de travail

Dès qu'un chômeur demande la prestation, il a l'obligation de s'inscrire à l'Office du travail dès le premier jour de chômage pour rechercher un travail. Il reçoit alors une attestation prouvant son inscription qu'il doit remettre à l'Association d'entreprises.

Au cas où cette obligation n'est pas remplie, il n'a droit à aucune prestation. S'il la remplit tardivement, il appartient au Comité directeur de l'Association d'entreprises autorisé de refuser l'octroi de prestations. S'il s'agit d'infractions insignifiantes à cette prescription (par exemple au cas où le chômeur s'annonce quelques jours en retard), il arrive souvent que l'administration de l'Association d'entreprises se voie confier le droit de décider s'il y a lieu d'infliger une amende ou non. La plupart des Associations d'entreprises ont, par la suite, établi certaines normes relatives à la solution de tels cas.

Sont exemptés de l'obligation de s'inscrire pour rechercher du travail les travailleurs devenus chômeurs à la suite de gel ou d'autres conditions atmosphériques tant que les relations d'emploi subsistent, de même que les travailleurs ayant dû accepter, avec l'agrément des autorités d'inspection du travail, un travail de courte durée.

8. Congé

Aucune prestation n'est versée à un travailleur se trouvant en congé. Le chômage, dans ce cas, ne découle pas d'un manque de possibilité de travail. Le législateur

était d'avis qu'il fallait trouver une autre réglementation s'appliquant aux pertes de salaires par suite de vacances des entreprises.

Se basant sur la même prescription, un salarié ne touchait même aucune prestation pendant la période de fermeture prescrite pour les vacances de l'entreprise, même s'il se trouvait au chômage avant ladite période.

Il est d'ailleurs difficile, dans certains cas, d'estimer si le chômeur "se trouve vraiment en congé".

La jurisprudence, au cours du temps, a fixé plusieurs règles.

Paiement en espèces des congés payés en cas de licenciement

Dans bien des cas l'employeur a l'obligation, en cas de licenciement, de verser en espèces au travailleur les jours de congé qui lui reviennent.

Les Associations d'entreprises avaient, au début, décrété que le montant des congés payés devait être retenu de la prestation. Ce qui signifiait que la prestation ne pouvait commencer qu'au moment où le même nombre de jours payés en tant que congés étaient défalqués.

En 1954, la plus haute instance professionnelle s'éleva contre ce procédé, jugeant que la déduction des jours de congés payés de la prestation était contraire au droit : le montant représentant les congés payés est destiné à prendre des jours de repos n'ayant rien à voir avec l'octroi de prestations.

Afin de parer à cette situation, la loi a été modifiée. Le législateur estima absolument injuste que le chômeur, au cours des premiers jours de chômage, touchât un double revenu et restât sans revenu au cours de sa période de congé.

Une adjonction, en 1956, fut apportée à la loi concernant le maintien du paiement des congés payés. Elle énonçait ce qui suit :

Si le chômeur a touché le montant représentant la période de ses congés lors de son licenciement, il ne pourra percevoir aucune prestation au début du chômage et cela pour un nombre de jours égal à celui des jours de congés payés. Le montant représentant les congés payés lui sera alors retenu. Toutefois, il peut l'exiger s'il prend ses vacances au moment même où celles-ci coïncident avec la période de chômage.

Si le travailleur n'a pas pris ses vacances lors de sa période de congés, le montant correspondant lui sera versé le 15 septembre s'il n'est pas chômeur à cette date. S'il est chômeur le 15 septembre, il sera considéré comme se trouvant en congé pour la période lui revenant et pour laquelle il a touché les sommes dues à ce titre. Il ne touche aucune prestation pendant ce temps. Cette clause a été critiquée énergiquement par les employeurs. On étudie actuellement la possibilité de modifier la loi dans ce sens que le montant des congés payés retenu doit être payé en tout cas le 15 septembre, étant entendu que la prestation ne doit pas être suspendue.

9. Séjour à l'étranger

Au cours d'un séjour à l'étranger, le travailleur ne touche aucune prestation. Pendant son séjour à l'étranger, toute surveillance ou placement sont évidemment rendus impossibles.

Il a toutefois été convenu, sur la base d'accords internationaux, que tout travailleur habitant en Belgique, en Allemagne ou en Grande-Bretagne, assuré précédemment aux Pays-Bas, peut toucher dans l'un de ces pays où il habite une indemnité de chômage.

10. Pensionnés

Sont obligatoirement assujetties à l'assurance-chômage toutes les personnes n'ayant pas encore atteint l'âge de 65 ans. La limite d'âge est la même pour les femmes que pour les hommes. Par conséquent, aucune prestation en cas de chômage n'est versée après 65 ans révolus. Au cas où l'assuré atteint 65 ans alors qu'il se trouve au chômage, la prestation cesse à partir de ce moment là. Il touche alors une prestation correspondant à la rente d'assurance-vieillesse.

Les travailleurs qui, après avoir été pensionnés, sont devenus chômeurs alors qu'ils avaient un travail, avant qu'ils n'aient eu 65 ans révolus, ont droit à la prestation. La pension est déduite de la prestation au cas où cesse l'emploi de l'assuré, entendu que cet emploi était le dernier. S'il a, depuis lors, pris un autre travail, il ne sera pas tenu compte de la pension dans la prestation (dans ce cas toutefois la prestation est calculée d'après le dernier salaire de l'emploi - voir à ce propos le chapitre "Taux").

11. Chômage partiel, travail occasionnel au cours du chômage, déduction des salaires

Comme il a été exposé ci-dessus, l'indemnité de chômage est calculée d'après le salaire que le travailleur a touché dans sa profession. Pendant la période de chômage, le salaire de travail est imputé en partie sur la prestation. Ceci n'est toutefois valable que si le salaire provient d'un travail (indépendant ou dépendant) effectué par le travailleur dont la cessation a entraîné le chômage.

Cela revient à dire qu'un salaire provenant d'un travail exécuté dès avant la mise au chômage ne sera pas pris en considération. Un tel salaire doit cependant être déclaré par le salarié.

Deux emplois

Si un travailleur ayant deux emplois devient chômeur par suite de la cessation de l'un d'eux, il touche une indemnité de chômage au cas où le deuxième emploi est insignifiant au point de pouvoir le considérer comme "chômeur". L'on ne tient pas compte du salaire de l'autre emploi.

Le placement dans ces cas présente parfois certaines difficultés.

Capacité de gain indépendant d'un salarié en plus de son travail

Si un salarié exerçant de plus une activité indépendante vient à perdre son emploi - dépendant - il a droit à la prestation de chômage, même si l'emploi indépendant ne représente pour lui qu'une activité accessoire.

Le texte prévoit d'ailleurs qu'un assuré ayant été occupé dans un emploi indépendant tout un jour de travail perd automatiquement sa qualité de travailleur, et par là son droit aux prestations. Afin d'éviter une certaine rigueur, le Comité directeur de l'Association d'entreprises est autorisé à réadmettre l'assujetti dans ses droits en tant que travailleur. Cette règle est souvent appliquée à des personnes considérées du point de vue social et commercial comme salariées, mais exerçant toutefois une activité indépendante.

Les petites activités indépendantes exercées de temps à autre par des salariés présentent plusieurs difficultés, spécialement dans le domaine de l'agriculture. C'est pourquoi certaines directives administratives ont été établies à l'intention de l'agriculture. Si l'exploitation agricole est importante au point de pouvoir considérer l'intéressé comme exploitant indépendant, aucune prestation, en principe, ne peut lui être versée.

Pour tous les autres propriétaires de petites exploitations agricoles, l'Association d'entreprises a publié des prescriptions spéciales concernant l'établissement du salaire journalier : l'on tient compte, pour les prestations, du revenu de l'exploitation personnelle selon une formule spéciale.

12. Remarques finales

Des modifications insignifiantes ont été, depuis 1952, apportées aux prescriptions légales concernant les prestations. Les modifications les plus importantes du système émanent des Associations d'entreprises et de la juridiction.

D. Application d'autres lois d'assurance sociale au cours de la période de perception des prestations

Lors de la mise en application de l'assurance-chômage, les lois concernant l'assurance-invalidité, l'assurance-maladie et allocations familiales ont subi de nouvelles modifications. Elles reposaient sur le fait que l'assuré, même au cours de perception de la prestation chômage, se trouvait également assujetti à l'assurance-maladie et à l'assurance-invalidité; l'association d'entreprises compétente pour les prestations est responsable du paiement des cotisations.

Dans certains cas, le chômeur ne touche aucune prestation, par exemple si des jours d'attente sont à déduire ou si une partie du salaire doit être déduite de la prestation. Toutefois, dans ce cas également, l'assujettissement à l'assurance-maladie et à l'octroi des allocations familiales subsiste.

L'assujettissement ne sera suspendu que si le travailleur ne touche, de par sa faute, pendant son congé, au cours d'un séjour à l'étranger ou autre, aucune indemnité de chômage.

L'assurance-vieillesse générale (c'est-à-dire l'assurance nationale introduite le 1er janvier 1957 à laquelle tout ressortissant du pays est obligatoirement assujetti) subsiste sans tenir compte si le travailleur est chômeur ou s'il touche une indemnité de vieillesse.

E. Amendes et règlements de différends

1. Amendes

a) Pour retard au dépôt de la demande d'inscription

Le chômeur a l'obligation de s'inscrire, dans les 24 heures, auprès de l'Association d'entreprises et à l'Office du travail. S'il ne remplit pas cette obligation, il peut se voir refuser la prestation, totalement ou partiellement, par l'Association d'entreprises. En général, l'Association d'entreprises refuse la prestation pour le nombre de jours pendant lesquels le chômeur ne s'est pas déclaré. Si une telle négligence s'étend sur plus d'un mois, la prestation est alors complètement refusée.

b) Fausse indications données intentionnellement ou par négligence

De fausses indications données intentionnellement ou par négligence sont souvent relevées lors de la remise de la déclaration hebdomadaire du revenu. Tout travailleur a l'obligation de remettre, chaque semaine, une déclaration dans laquelle il mentionne ses revenus au cours de

la semaine écoulée; ceux-ci seront, en partie, déduits de la prestation. Le fait de passer sous silence des revenus entraîne la cessation des prestations. Il arrive fréquemment que le coupable soit poursuivi en justice.

Les prestations qui auraient été payées en trop par erreur doivent être remboursées.

De fausses indications se produisent, en outre :

- lors de la notification,
- lors de la déclaration d'une entreprise personnelle,
- lors de la déclaration d'une offre d'emploi,
- lors de la déclaration du jour où a été repris le travail.

c) Non-acceptation d'un travail convenable

Le chômeur est tenu d'accepter un travail convenable aussi bien que de prendre lui-même la peine de le trouver.

La notion de "convenable" n'est pas définie par la loi.

On juge qu'un travail est convenable s'il est confirmé, dans la pratique, par le genre de travail habituel (travail pénible, activité à l'étranger ou autre) et les rapports personnels (considérations physiques, profession exercée jusque-là, montant du salaire, rapport entre l'indemnité et le salaire, etc.).

Si un emploi convenable est refusé, la prestation cesse, dans la plupart des cas, à partir du jour où l'assuré aurait dû accepter l'emploi offert.

Le placement est du ressort exclusif des bureaux de placement, les Associations d'entreprises n'y participant pas. L'Office du travail de l'Etat est l'une des plus

plus hautes autorités en la matière avec ses bureaux régionaux. Une étroite collaboration s'est développée par la suite entre les bureaux de travail et les Associations d'entreprises.

d) Violation des prescriptions de surveillance

Il est remis à chaque chômeur venu s'inscrire un exemplaire des prescriptions auxquelles il doit se conformer aussi longtemps qu'il touche des prestations de l'Association d'entreprises. Le texte de ces prescriptions s'appuie sur celui de la loi et du règlement intérieur officiellement reconnu; il est rédigé par l'Association d'entreprises. Ces prescriptions de surveillance traitent dans les grandes lignes de questions déjà soulevées dans ce rapport, comme par exemple l'obligation de chercher un emploi convenable et de l'accepter. De plus, il est prescrit que le chômeur doit annoncer son éventuel changement d'adresse, qu'il doit être autorisé par le contrôleur à rentrer chez lui, etc.

Au cas où l'on enfreint les prescriptions de surveillance, le Comité directeur (la Direction) du Conseil d'entreprises peut refuser la prestation. L'amende est proportionnelle à la nature de l'infraction.

Remarque : La jurisprudence a quelque peu adouci les clauses concernant les amendes, ci-dessus mentionnées sous a) et d).

Le Conseil central d'appel - le plus haut organe en matière de jugement dans les questions d'assurances sociales - a décidé que, pour les raisons citées ici, la prestation ne pourra être retenue que pour la durée de la période de prestation en cours. Ce qui signifie que la personne à qui une amende a été infligée peut éviter

la suppression de la prestation en ne travaillant que quelques jours. Si toutefois le chômeur refuse d'accepter un travail convenable qui lui a été offert et que la prestation de ce fait lui a été retirée, il peut motiver un nouveau droit à la prestation du seul fait qu'il a accepté de travailler simplement quelques jours. Il faut s'attendre à ce qu'une modification de loi intervienne à ce sujet en temps voulu. Pour le reste, le Conseil central d'appel a décidé que les jours pour lesquels la prestation a été refusée ne doivent pas être calculés dans la durée de prestation.

e) Récidive

Dans les cas de récidive, aucune disposition n'est prévue pour prononcer de plus graves sanctions. Le Comité directeur du Conseil d'entreprises peut, naturellement, tenir compte d'un éventuel cas récidiviste lors de sa décision concernant le droit aux prestations.

f) Réclamation de remboursement de prestations payées à tort

L'on peut exiger le remboursement de prestations payées à tort. De tels cas se présentent lorsque le chômeur passe sous silence des revenus touchés au cours de la période de prestation.

La loi ne détermine pas si la prestation doit être remboursée seulement au cas où l'assujetti a agi avec intention frauduleuse. On peut également exiger que la prestation soit remboursée au cas où de fausses indications ont été données par négligence mais traitées au fond comme émanant de bonne foi.

Dans différents cas, l'Association d'entreprises consent des avances sur une future prestation éventuelle.

Ces avances peuvent toujours devenir exigibles. Dans la plupart des cas, elles sont calculées avec la prestation de l'Association d'entreprises ou - si elle n'est pas consentie par cette dernière - avec la prestation que le chômeur touchera de la commune.

g) Poursuite pénale

Ainsi qu'il a déjà été signalé sous b), l'assujetti peut, dans certains cas, être poursuivi par voie pénale. Des cas se présentent aussi où l'employeur a contribué à une machination frauduleuse alors qu'il déclare, contrairement à la vérité, à l'Association d'entreprises que l'on ne travaille pas dans son entreprise. Dans ces cas, une poursuite pénale peut également être intentée contre l'employeur.

La loi comporte en outre d'autres clauses de contraventions concernant l'assurance-chômage touchant l'employeur, par exemple dans le cas où ce dernier ne se conforme pas aux mesures administratives exigées ou s'il retient du salaire du travailleur les cotisations sans autorisation légale.

2. Règlements des litiges

a) Organisation

Les collèges professionnels de l'assurance sociale sont compétents pour régler les différends. Ils comprennent dix "Conseils d'appel" ayant une compétence limitée à leur ressort. Le Conseil central d'appel est la deuxième instance importante.

Un président officiel (un juriste), un représentant de l'employeur ainsi qu'un représentant du travailleur constituent des Conseils d'appel. Le Conseil central d'appel ne comprend que des juristes fonctionnaires.

b) Recours en justice

Le travailleur peut intenter un recours contre toute décision prise par une Association d'entreprises concernant le droit aux prestations ou le montant de prestations. Dans ce but, il présente une simple plainte par écrit. Il n'existe pas obligation d'avoir recours à un avocat. Si l'Association d'entreprises se trouve déboutée en première instance, elle peut faire appel contre la sentence auprès du Conseil central d'appel. Si, au contraire, l'Association d'entreprises l'emporte, le travailleur peut faire appel.

L'employeur peut faire appel contre la réclamation de cotisations de la part de l'Association d'entreprises.

Depuis la mise en application de l'assurance-chômage en 1952, une abondante jurisprudence s'est créée dans le cadre de laquelle de nombreuses règles, qui ne figurent pas dans la loi, ont été dégagées et précisées relativement à l'appréciation du droit aux prestations.

V. FINANCEMENT

La différence existant entre la Caisse d'allocations d'attente et la Caisse chômage réside avant tout dans le mode important du financement.

Les cotisations pour la Caisse d'allocations d'attente sont fixées par les Comités directeurs (directions) des Associations d'entreprises et versées à parts égales par les employeurs et par les travailleurs. Les taux des cotisations varient selon la branche commerciale (voir chapitre VI, aperçu C).

La cotisation pour la Caisse chômage est fixée par le Comité directeur de la Caisse générale de chômage. Elle est la même pour toutes les branches de l'économie. Les cotisations sont versées à raison de la moitié par l'Etat, d'un quart par les employeurs et d'un quart par les travailleurs.

Par suite de la situation budgétaire difficile de l'Etat, la loi de 1957 contre le chômage fut modifiée dans ce sens que les cotisations pour les années 1958 et 1959 seraient versées à raison d'un tiers seulement par l'Etat et par suite à raison d'un tiers à charge des employeurs et de l'autre tiers à charge des travailleurs. On ne peut encore prévoir actuellement si une telle répartition sera maintenue même après 1959. Si le gouvernement venait à présenter cette demande, le Parlement devrait la lui accorder.

La cotisation de la Caisse chômage fut fixée, en 1952, à 2,4 pour cent. Le 1er janvier 1957, elle fut ramenée à 1,6 pour cent et le 1er janvier 1958 à 1,2 pour cent. Cette diminution a pu être réalisée grâce à la situation économique favorable des années précédentes où

de rares cas de chômage ont été enregistrés permettant ainsi d'atteindre un fonds de réserve suffisant.

Le rendement des cotisations ne sert pas seulement à couvrir les frais de l'assurance, mais à constituer également un fonds de réserve d'une certaine valeur. Le montant doit être calculé de façon à ce que l'Association d'entreprises soit en mesure de couvrir pendant deux ans les frais qu'un chômage maximum entraînerait, et cela en recourant au fonds de réserve. Par principe, on a évalué un tel chômage maximum à la moitié du nombre de chômeurs des années trente.

Aussitôt que le fonds de réserve de l'Association d'entreprises aura atteint un plafond permettant de pourvoir au versement de prestations à des chômeurs pendant deux ans, la cotisation sera alors fixée d'après les charges, prestations et autres frais accessoires au cours des dix années précédentes. Il s'ensuit que le taux de cotisation augmente lentement au fur et à mesure que progresse le chômage, et vice versa baisse lentement dès que le chômage diminue.

La cotisation concernant l'assurance d'allocations d'attente est prélevée par l'employeur sur le salaire de toutes les personnes assujetties dans son entreprise. Le taux maximum du salaire journalier ne doit pas dépasser 19 florins pour la retenue de la cotisation.

L'employeur a l'obligation de retenir la cotisation d'allocations d'attente sur le salaire de ses ouvriers à raison de la moitié et à raison d'un tiers pour la cotisation de l'assurance-chômage.

Lors de la mise en application de l'assurance-chômage, l'on a attentivement étudié quels seraient les effets probables apportés par la nouvelle réglementation.

A ces fins, le gouvernement a demandé en 1951 l'avis du Conseil économique et social. De longs débats en ont résulté au Parlement, touchant l'ensemble des frais de l'assurance sociale. Pour les Pays-Bas, eu égard à ses possibilités d'exportation, ces frais ont une grande importance.

Enfin, les salariés ont reçu une majoration de salaire en rapport avec leurs cotisations d'assurance sociale. Il faut souligner que le souci de possibilités d'embauche a été beaucoup plus fort de 1950 à 1953 que dans les années suivantes au cours desquelles la capacité d'emploi a atteint une étendue jusqu'ici inconnue.

Il faut souligner pour terminer que l'assurance-chômage n'a pas eu l'effet que l'on craignait tout d'abord en ce qui concerne la répercussion sur les salaires et les prix. Cela est dû avant tout à la conjoncture extrêmement favorable qui a suivi 1953.

*

* *

APERCU (TABLEAU) A

Année	Salaire assuré	Rendement des cotisations ¹			Prestations ²			Pour chaque 100 f.	
		Caisse d'allocations d'attente	Caisse générale de chômage	Total	Caisse d'allocations d'attente	Caisse générale de chômage	Total	Total du rendement des primes	Total des prestations
1952 (2 ^{me} semestre)	f. 2.559.486.000	f. 66.982.000	f. 61.426.000	f. 128.408.000	f. 23.615.000	f. 21.655.000	f. 45.270.000	f. 5,02	f. 1,77
1953	" 5.287.787.000	" 131.941.000	" 127.053.000	" 258.994.000	" 29.731.000	" 52.045.000	" 81.776.000	" 4,90	" 1,55
1954	" 5.885.263.000	" 127.020.000	" 142.109.000	" 269.129.000	" 33.957.000	" 48.732.000	" 82.699.000	" 4,57	" 1,41
1955	" 6.455.783.000	" 108.804.000	" 155.641.000	" 264.445.000	" 28.187.000	" 46.351.000	" 74.538.000	" 4,10	" 1,15
1956	" 7.108.870.000	" 94.683.000	" 171.407.000	" 266.090.000	" 33.812.000	" 34.834.000	" 68.646.000	" 3,74	" 0,97
<u>1956</u>									
<u>Associations d'entreprises</u>									
01 Agriculture	f. 383.442.000	f. 12.696.000	f. 9.209.000	f. 21.905.000	f. 8.182.000	f. 11.603.000	f. 19.785.000	f. 5,71	f. 5,16
02 Laiteries (produits laitiers)	" 112.818.000	" 894.000	" 2.693.000	" 3.587.000	" 61.000	" 135.000	" 196.000	" 3,18	" 0,17
03 Entreprises de construction	" 774.042.000	" 24.561.000	" 18.891.000	" 43.452.000	" 18.346.000	" 10.903.000	" 29.249.000	" 5,61	" 3,78
04 Bois, meubles	" 171.947.000	" 1.715.000	" 4.120.000	" 5.835.000	" 302.000	" 338.000	" 640.000	" 3,39	" 0,37
05 Textiles	" 327.991.000	" 2.185.000	" 7.880.000	" 10.065.000	" 116.000	" 112.000	" 228.000	" 3,07	" 0,07
06 Habillement	" 161.307.000	" 1.509.000	" 3.894.000	" 5.403.000	" 141.000	" 137.000	" 278.000	" 3,35	" 0,17
07 Cuir, peausserie, tannerie	" 74.031.000	" 1.002.000	" 1.774.000	" 2.776.000	" 26.000	" 39.000	" 65.000	" 3,75	" 0,09
08 Entreprises graphiques	" 151.190.000	" 1.286.000	" 3.701.000	" 4.987.000	" 32.000	" 82.000	" 114.000	" 3,30	" 0,08
09 Carrières, ciment, verreries, céramique	" 159.869.000	" 3.220.000	" 3.840.000	" 7.060.000	" 729.000	" 414.000	" 1.143.000	" 4,42	" 0,71
10 Métaux, électrotechnique	" 1.068.500.000	" 10.638.000	" 25.615.000	" 36.253.000	" 284.000	" 411.000	" 695.000	" 3,39	" 0,07
11 Métaux, petites industries	" 400.000.000	" 4.811.000	" 9.623.000	" 14.434.000	" 769.000	" 490.000	" 1.259.000	" 3,61	" 0,31
12 Exploitation des mines	" 222.895.000	" 1.782.000	" 5.347.000	" 7.129.000	" 2.000	" 3.000	" 5.000	" 3,20	" -, -
13 Chimie	" 170.969.000	" 1.737.000	" 4.109.000	" 5.846.000	" 179.000	" 216.000	" 395.000	" 3,42	" 0,23
14 Industrie du tabac	" 53.395.000	" 704.000	" 1.281.000	" 1.985.000	" 155.000	" 68.000	" 223.000	" 3,72	" 0,42
15 Boulangeries	" 122.958.000	" 745.000	" 2.968.000	" 3.713.000	" 56.000	" 99.000	" 155.000	" 3,02	" 0,13
16 Charcuteries, boucheries	" 66.000.000	" 528.000	" 1.586.000	" 2.114.000	" 45.000	" 54.000	" 99.000	" 3,20	" 0,15
17 Alimentations et autres	" 263.291.000	" 2.651.000	" 6.360.000	" 9.011.000	" 287.000	" 1.764.000	" 2.051.000	" 3,42	" 0,78
18 Commerce de détail, artisanat	" 384.579.000	" 3.707.000	" 9.257.000	" 12.964.000	" 330.000	" 533.000	" 863.000	" 3,37	" 0,22
19 Entreprises fluviales et autres, navigation fluviale, pêches	" 245.876.000	" 3.552.000	" 5.953.000	" 9.505.000	" 436.000	" 925.000	" 1.361.000	" 3,87	" 0,55
20 Bateaux marchands	" 100.050.000	" 1.084.000	" 2.543.000	" 3.627.000	" 101.000	" 127.000	" 228.000	" 3,63	" 0,23
21 Moyens de transport	" 170.768.000	" 1.624.000	" 4.105.000	" 5.729.000	" 306.000	" 457.000	" 763.000	" 3,35	" 0,45
22 Industries hôtelières	" 89.500.000	" 1.465.000	" 2.176.000	" 3.641.000	" 752.000	" 1.950.000	" 2.702.000	" 4,07	" 3,02
23 Santé, activités intellectuelles et sociales	" 227.000.000	" 1.807.000	" 5.422.000	" 7.229.000	" 108.000	" 227.000	" 335.000	" 3,18	" 0,15
24 Services publics	" 89.480.000	" 1.402.000	" 2.225.000	" 3.627.000	" 615.000	" 1.233.000	" 1.848.000	" 4,05	" 2,07
25 Banques, assurances, commerces en gros, professions libérales	" 823.630.000	" 4.938.000	" 19.801.000	" 24.739.000	" 1.026.000	" 1.720.000	" 2.746.000	" 3,00	" 0,33
26 Divers	" 293.342.000	" 2.440.000	" 7.034.000	" 9.474.000	" 426.000	" 794.000	" 1.220.000	" 3,23	" 0,42
Total	f. 7.108.870.000	f. 94.683.000	f. 171.407.000	f. 266.090.000	f. 33.812.000	f. 34.834.000	f. 68.646.000	f. 3,74	f. 0,97

¹ Y compris les années précédant les revenus supérieurs ou inférieurs.

² Sans charges sociales.

APERCU (TABLEAU) B

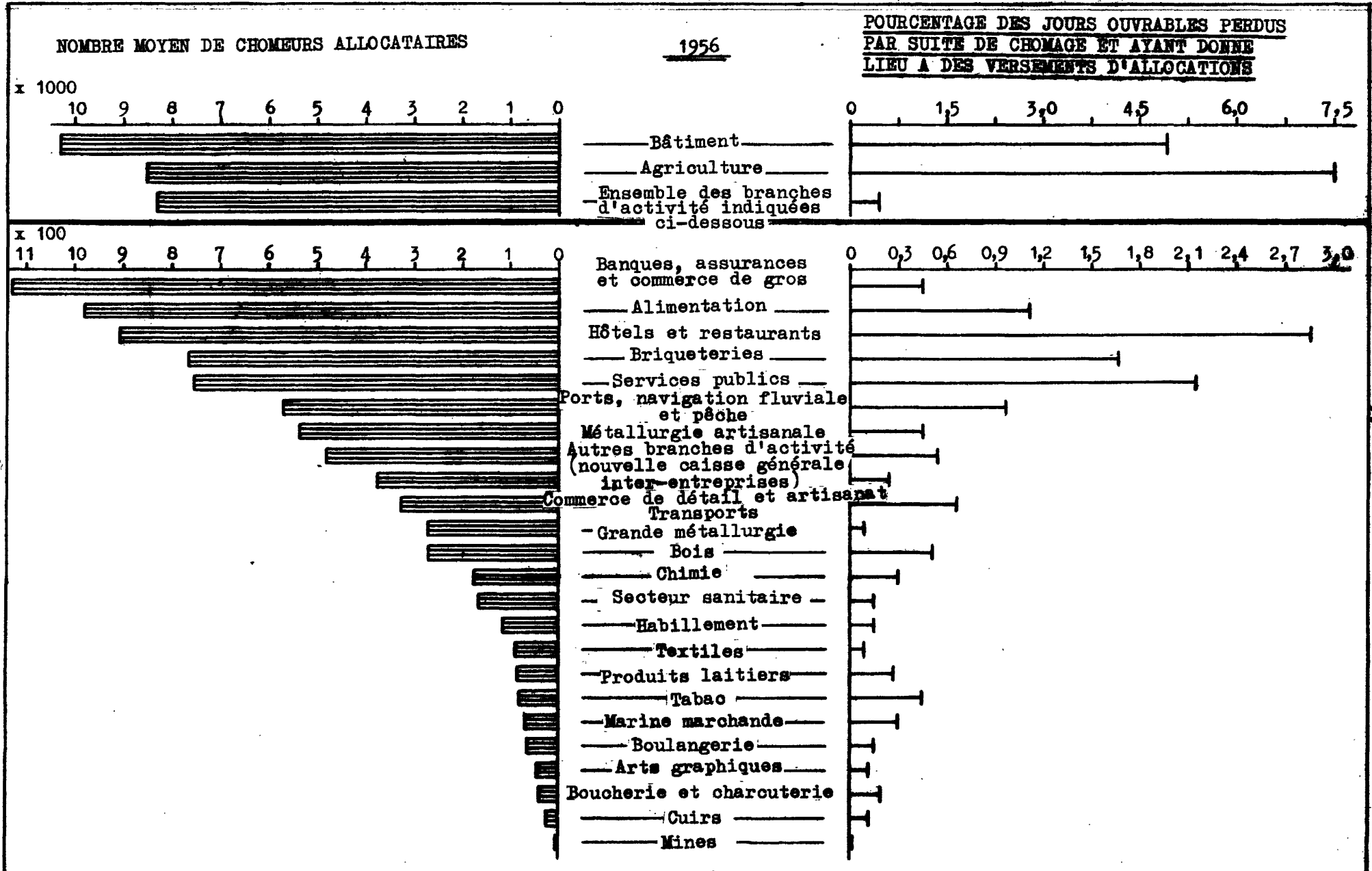
	Nombre des cas déclarés pour lesquels existait un droit à l'allocation d'attente ou à l'indemnité				Nombre de jours pendant lesquels la prestation a été octroyée			
	Hommes	FEMMES		TOTAL	Hommes	FEMMES		TOTAL
		mariées	célibataires			mariées	célibataires	
1952 (2me semestre)	287.294	3.330	12.179	302.803	6.595.211	80.472	226.377	6.902.060
1953	308.502	5.430	13.595	327.527	11.924.336	295.053	545.998	12.765.387
1954	333.371	5.212	8.919	347.502	11.013.743	290.452	387.578	11.691.773
1955	273.813	4.981	7.631	286.425	9.272.177	306.412	318.555	9.897.144
1956	337.458	2.970	4.731	345.159	8.067.032	200.159	222.030	8.489.221
<u>1956</u>								
<u>Associations d'entreprises</u>								
01 Agriculture	85.791	1.042	993	87.826	2.503.564	100.271	61.636	2.665.471
02 Laiteries	572	12	11	595	26.304	352	573	27.229
03 Entreprises de construction	175.059	37	86	175.182	3.217.121	1.791	2.893	3.221.805
04 Meubles, bois	3.348	9	25	3.382	82.369	477	925	83.771
05 Textiles	794	27	98	919	25.035	880	2.212	28.127
06 Habillement	544	151	259	954	22.434	6.074	7.393	35.901
07 Cuir, tannerie	163	7	29	199	7.596	108	760	8.464
08 Industries graphiques	225	4	29	258	12.769	421	1.585	14.775
09 Carrières, ciment, verreries, céramique	10.201	6	19	10.226	237.731	268	799	238.798
10 Métaux, électrotechnique	2.639	21	48	2.708	80.900	1.046	1.803	83.749
11 Métaux, petites industries	7.493	15	33	7.541	165.389	779	1.122	167.290
12 Exploitation des mines	17	-	1	18	594	-	15	609
13 Chimie	1.380	27	76	1.483	47.109	1.577	5.813	54.499
14 Industrie du tabac	967	11	124	1.102	23.828	437	1.643	25.908
15 Boulangeries	480	16	30	526	18.402	733	1.928	21.062
16 Charcuteries, boucheries	793	41	30	864	11.437	1.000	132	12.569
17 Alimentation et autres	7.182	521	467	8.170	271.683	20.663	14.018	306.364
18 Commerce de détail, artisanat	3.296	159	434	3.889	93.332	7.332	16.411	117.076
19 Entreprises fluviales et autres, navigation fluviale, pêches	5.353	9	59	5.421	175.629	759	1.924	178.312
20 Bateaux marchands	911	-	11	922	21.183	-	379	21.562
21 Moyens de transport	3.267	6	18	3.291	99.488	489	1.283	101.260
22 Pensions et industries hôtelières	3.456	299	662	4.417	221.482	23.160	38.042	282.684
23 Santé, activités intellectuelles et sociales	661	45	294	1.000	31.271	3.604	15.871	50.746
24 Services publics	6.343	98	146	6.587	220.576	5.175	9.725	235.476
25 Banques, assurances, commerce en gros, professions libérales	10.177	287	585	11.049	315.118	15.336	24.736	355.190
26 Divers	6.346	120	164	6.630	134.688	7.427	8.409	150.524
Total	337.458	2.970	4.731	345.159	8.067.032	200.159	222.030	8.489.221

APERÇU (TABLEAU) C

Taux des cotisations de financement des Caisses d'allocation d'attente, en pourcentage du salaire réparti d'après les branches de l'économie

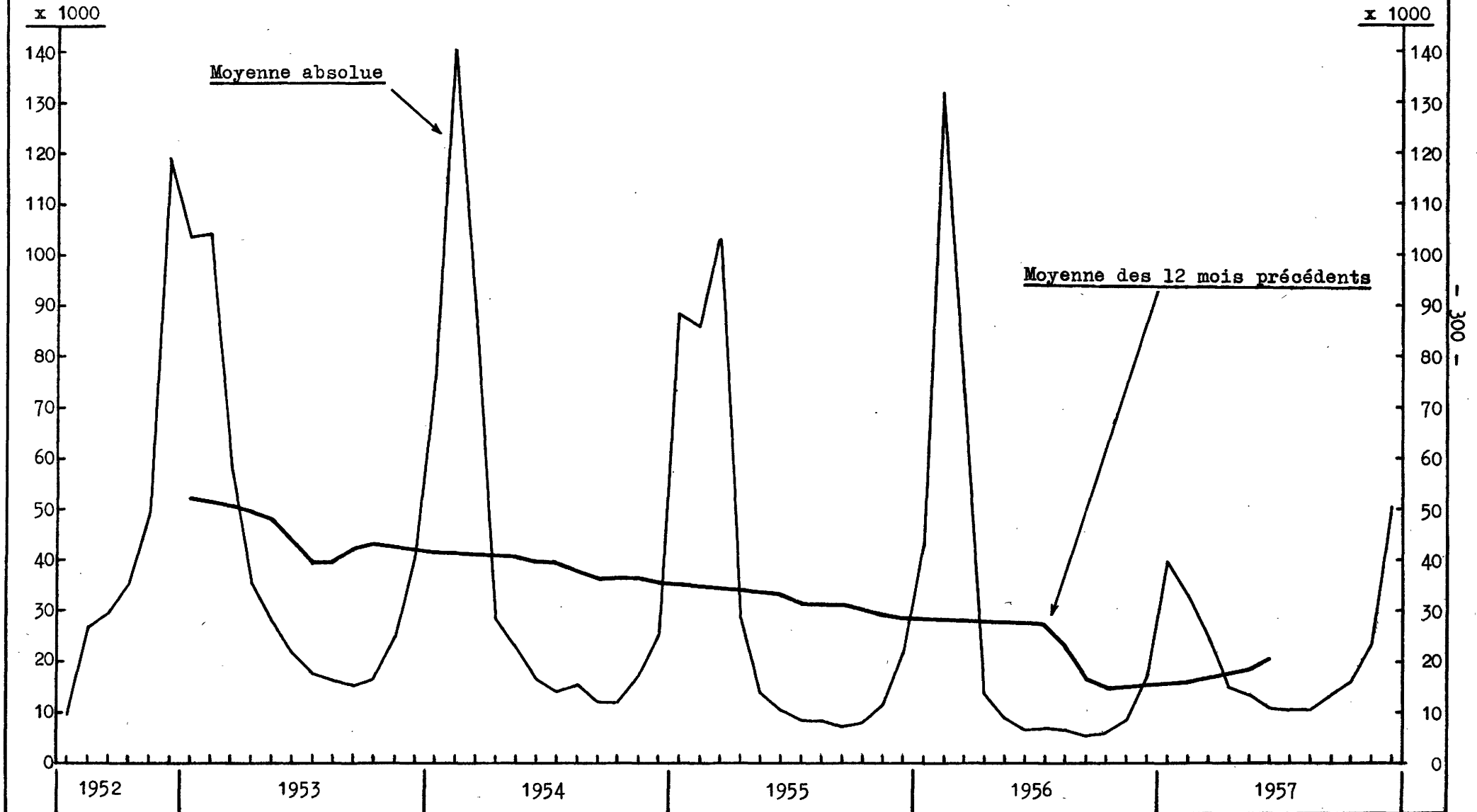
Associations (prof.) d'entreprises	1952	1953	1954	1955	1956	1957
1. Agriculture	4,09	3,99	3,81	3,55	3,37	3,30
2. Laiteries (produits laitiers)	2.-	1,10	1,20	1,20	0,80	0,40
3. Entreprises de construction	4,60	4,60	4,60	4,60	3,12	2,64
4. Bois, meubles	2,60	2,60	2,40	1,40	1.-	0,60
5. Textiles	2,50	2,20	1,91	1,20	0,67	0,47
6. Habillement	2,60	2,64	1,85	1,39	0,93	0,88
7. Cuir, tannerie	2,81	2,49	2,16	1,76	1,35	1,03
8. Industries graphiques	2,20	1,51	1,03	1,03	0,83	0,83
9. Carrières, ciment, verreries, céramique	2,40	2,57	2,40	2,40	2.-	1,01
10. Métaux, électrotechnique	2,60	2,60	2.-	1,20	1.-	0,20
11. Petites industries métallurgiques	2,60	2,60	2,20	1,40	1,20	0,60
12. Exploitation de mines	1,60	1,60	1,60	0,80	0,80	0,80
13. Chimie	1,40	1,40	1,40	1,41	1,01	0,42
14. Industrie du tabac	2,16	1,82	1,35	1,33	1,32	1,15
15. Boulangeries	2.-	1,50	1,26	1.-	0,60	0,60
16. Charcuteries, boucheries	2.-	2.-	1,80	1,20	0,80	0,60
17. Alimentation et autres	1,80	1,80	1,40	1.-	1.-	0,84
18. Commerce de détail, artisanat	2,60	1,53	1,30	0,96	0,96	0,45
19. Entreprises fluviales et autres, navigation fluviale, pêches	2,55	2,16	1,92	1,43	1,43	1,07
20. Bateaux marchands	2.-	2.-	2.-	1,40	1.-	0,80
21. Moyens de transport	1,97	1,97	1,79	1,41	0,95	0,67
22. Pensions et industries hôtelières	4.-	4.-	3,20	1,80	1,60	1,60
23. Santé, activités intellectuelles et sociales	2.-	1.-	0,80	0,80	0,80	0,80
24. Services publics	2.-	2,24	2.-	1,80	1,50	1,30
25. Banques, assurances, commerce en gros, professions libérales	1,80	1,80	1,20	0,60	0,60	0,40
26. Divers	2,20	2,23	1,77	1,25	0,83	0,38
Moyenne	2,62	2,50	2,15	1,68	1,32	0,93

ASSURANCE-CHOMAGE



ASSURANCE-CHOMAGE

NOMBRE MOYEN DES JOURS CHOMES PAR LES ALLOCATAIRES



ASSURANCE-CHOMAGE

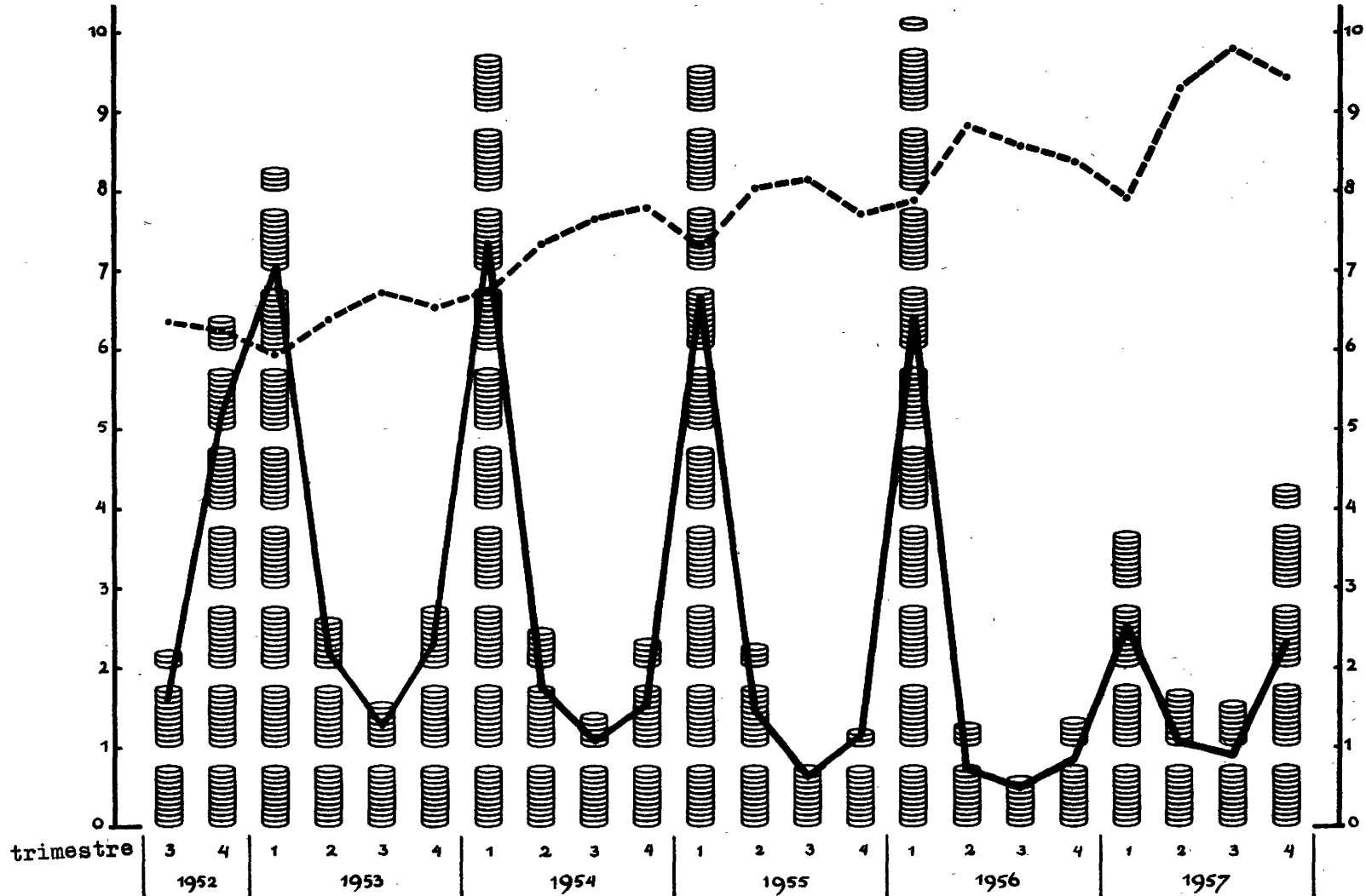
Caisses d'allocations d'attente et caisse nationale
d'assurance-chômage, prises ensemble

Montant des allocations versées (sur l'ensemble des assurés)

1 jeton = fl 500.000
1 pile = fl 5.000.000

— Nombre de jours pour lesquels des allocations ont été versées (sur l'ensemble des assurés; en millions)

--- Moyenne journalière du montant des allocations versées (par assuré; en florins)



VII. LISTE DES ORGANISATIONS AYANT PARTICIPE
A LA MISE EN APPLICATION DE
L'ASSISTANCE (INDEMNITE) CHOMAGE

1. Agriculture
- * 2. Produits laitiers
3. Entreprises de construction
4. Bois, meubles
5. Textiles (industries)
6. Habillement
7. Cuir, tannerie
8. Industries graphiques
- * 9. Carrieres, ciment, verreries, céramique
- * 10. Métaux, électrotechnique
- * 11. Petites industries métallurgiques
12. Exploitation de mines
- * 13. Chimie
14. Industrie du tabac
15. Boulangeries
16. Charcuteries, boucheries
- * 17. Produits d'alimentation
18. Commerce de détail, artisanat
- * 19. Entreprises fluviales et autres, navigations
fluviales, pêches
- * 20. Bateaux marchands
- * 21. Moyens de transport
- * 22. Pensions, industries hôtelières, restaurants
- * 23. Santé, activités intellectuelles et sociales
- * 24. Services publics
- * 25. Banques, assurances, commerce en gros, profes-
sions libérales
- * 26. Divers

* Les Associations d'entreprises ci-dessus marquées (*)
ont confié l'administration de l'assurance au Bureau
général d'administration à Amsterdam.

Appendice

Bref aperçu sur l'assistance sociale aux chômeurs

Historique sommaire

Jusqu'à la deuxième guerre mondiale, à côté de l'assurance subventionnée des syndicats et de l'allocation d'attente octroyée par les employeurs, également subventionnée, il existait aussi une assistance communale, ainsi appelée parce que son application était confiée aux administrations municipales, tandis que le financement était à la charge de l'Etat.

Seule l'allocation d'attente fut maintenue après la deuxième guerre mondiale. Mais il fut créé parallèlement une assistance sociale en faveur des chômeurs qui n'avaient pas droit à l'allocation d'attente.

Cette réglementation subsista également - à quelques modifications près - lors de l'adoption de l'assurance-chômage en 1952. L'assistance chômage ou allocation de chômage n'est accordée que si certaines conditions sont remplies. La durée du droit aux prestations est limitée. Il était donc nécessaire de prévoir une assistance dans les cas où le chômeur n'a pas (ou n'a plus) droit aux prestations normales de chômage.

Structure

L'assistance sociale en faveur des chômeurs qui n'ont pas (plus) droit aux prestations de l'assurance-chômage n'a pas la forme d'une assurance. Elle consiste en un secours accordé par l'administration, à la charge des pouvoirs publics.

L'assistance sociale est réglementée par le Secrétaire d'Etat aux Affaires sociales. Ses organismes d'application

sont - sous la responsabilité du ministre des Affaires sociales - les Services sociaux des communes. Les prestataires sociaux n'y sont pas représentés, observation étant faite qu'il existe, dans chaque commune, un comité de contrôle dans lequel chacune des trois grandes organisations salariales possède un délégué.

L'assistance sociale aux chômeurs comprend deux groupes :

- Groupe A : chômeurs non assujettis à l'assurance-chômage
- Groupe B : chômeurs assujettis à l'assurance-chômage mais n'ayant pas droit aux prestations parce que ne remplissant pas les conditions de temps d'attente voulues ou ayant perdu ce droit.

Le Groupe B tombe sous le coup de la règle dite des 80 pour cent. Les chômeurs qui ont perdu par leur propre faute le droit aux prestations d'assurance-chômage peuvent se voir infliger un abattement de l'assistance sociale.

Les ayants droit aux prestations n'exercent aucune influence directe sur l'application du système.

L'Etat exerce un contrôle par des fonctionnaires appelés consuls de districts.

Domaine d'application

L'assistance sociale est ouverte à tous les salariés tombés en chômage, c'est-à-dire aux personnes n'ayant en principe d'autres ressources pour vivre que le produit d'une activité professionnelle non indépendante (salariale).

Prestations

Droit aux prestations

Les ayants droit aux prestations sont répartis en deux groupes A et B.

Les conditions d'inscription dans l'un et l'autre groupe sont les suivantes :

Groupe A : Age inférieur à 65 ans. L'ayant droit doit

- avoir travaillé en qualité de salarié pendant 78 jours au moins pendant les douze mois ayant précédé la date de la demande;
- ne pas être assujetti à l'assurance-chômage;
- avoir perdu son travail pour une raison indépendante de sa volonté;
- s'être inscrit à l'Office de la main-d'oeuvre pour une recherche d'emploi.

Groupe B : Age inférieur à 65 ans. L'ayant droit doit

- soit avoir été assujetti à l'assurance-chômage officielle, mais ne pas ou ne plus avoir droit aux prestations de cette assurance;
- soit être devenu chômeur après avoir exercé une activité de travailleur indépendant qu'il a abandonnée;
- soit avoir perdu le droit aux prestations du Groupe A;
- être inscrit à l'Office de la main-d'oeuvre pour une recherche de travail.

Les chômeurs du Groupe B qui sont assurés mais se sont mis par leur faute dans une situation leur faisant perdre le droit aux prestations de l'assurance voient leurs prestations d'assistance sociale amputées d'un abattement selon la règle dite des 80 pour cent.

Durée

Groupe A : 21 semaines ou 126 jours. Dans le cas d'interruptions par des périodes de travail, une nouvelle période de droit aux prestations commence lorsque le salarié a travaillé pendant un minimum de 78 jours consécutifs.

Groupe B : Pas de conditions de délai.

Taux

Groupe A :

Soutien de famille : 80 pour cent du salaire en vigueur dans la localité pour la profession du salarié devenu chômeur

Célibataires : 70 pour cent de ce salaire

Autres : 60, 40 ou 25 pour cent de ce salaire, selon l'âge.

Des taux ou plafonds ont été prévus pour le montant des prestations. Une majoration pour enfants s'ajoute éventuellement aux prestations selon les clauses de la loi sur les allocations pour enfants (allocations familiales).

Groupe B :

Les prestations sont accordées à des taux prédéterminés, basés sur le minimum vital. Une majoration est accordée pour le paiement du loyer et pour l'achat de combustible en hiver.

Aucune majoration pour enfants n'est accordée. Les taux des prestations sont échelonnés selon le nombre de personnes comprises dans la famille.

Lorsqu'il est fait application de la règle des 80 pour cent (c'est-à-dire quand le salarié a perdu par sa faute le droit aux prestations de l'assurance), le montant de base prévu au Groupe B au titre du chef de famille est amputé de 20 pour cent; cet abattement ne s'applique pas aux majorations, qui demeurent inchangées.

Les prestations de l'assurance-chômage et de l'assistance sociale allouées aux ayants droit du Groupe A étant calculées d'après les tarifs de salaire en vigueur, il n'y a pas lieu d'en modifier le taux en cas d'augmentation du coût de la vie. Par contre, les tarifs de prestations du Groupe B ont déjà fait l'objet d'augmentations successives, en rapport avec le coût de la vie.

Maintien du droit à l'assurance

Assurance-maladie

Prestations en espèces. L'assurance-maladie est suspendue pendant la durée de perception des prestations de l'assistance sociale aux chômeurs. En cas d'incapacité de travail, le chômeur du Groupe A 21 reçoit les prestations hebdomadaires du Groupe A et le chômeur du Groupe A 31 reçoit les prestations hebdomadaires du Groupe B; les chômeurs du Groupe B reçoivent 52 paiements hebdomadaires dans l'année.

Prestations en nature. L'assurance-maladie, qui garantit aux assurés et aux membres de leur famille le traitement médical, continue à courir pendant la période de perception des prestations de l'assistance sociale; la moitié des sommes est retenue sur les prestations de l'assistance.

Caisse générale d'assurance-vieillesse. La Caisse générale d'assurance-vieillesse est une institution d'assurance "populaire". L'assurance-vieillesse continue à

courir pendant le chômage, sans considération de prestations éventuellement versées. La cotisation est retenue sur le montant des prestations.

Allocations pour enfants (allocations familiales)

L'assurance de charges familiales est suspendue pendant la période de perception des prestations de l'assistance sociale (voir cependant sous "Taux"). Les ayants droit de l'assistance sociale du Groupe A reçoivent les allocations pour enfants selon les tarifs de la loi sur les allocations familiales; dans le Groupe B, les montants de base sont directement échelonnés d'après les charges de famille.

Financement

Les paiements effectués par les communes au titre de l'assistance leur sont intégralement remboursés sur le budget de l'Etat. Seuls les frais administratifs sont à la charge des communes. Il n'est pas constitué de fonds de réserve.

Prestations de l'assistance sociale aux chômeurs¹

	<u>Groupe d'assistance A :</u>	<u>Groupe d'assistance B :</u>
1949	f. 17.302.500.--	f. 5.673.900.--
1950	f. 32.668.600.--	f. 13.297.300.--
1951	f. 39.938.900.--	f. 20.367.000.--
1952 (premier semestre)	f. 42.856.300.--	f. 25.487.100.--
(deuxième semestre)	f. 6.851.000.--	f. 18.657.300.--
1953	f. 2.587.800.--	f. 38.336.300.--
1954	f. 2.132.300.--	f. 24.013.000.--
1955	f. 1.967.000.--	f. 14.535.000.--
1956	f. 996.000.--	f. 7.922.000.--

¹ L'assurance-chômage est entrée en vigueur le
1er juillet 1952.

P L A N D E L ' E T U D E

ANALYSE DE L'EVOLUTION DE CHAQUE BRANCHE

OBSERVATIONS GENERALES - Pour chaque branche, les antécédents historiques et les grandes étapes seront indiqués brièvement en manière d'introduction afin de donner d'emblée une vue d'ensemble de l'évolution.

ASSURANCE MALADIE - MATERNITE -

- Antécédents historiques - grandes étapes

- Structure -

- a) Importance de la mutualité
- b) Evolution vers la gestion de la Sécurité Sociale par des organismes de droit public ou autres solutions
- c) Régimes généraux et régimes spéciaux
- d) Développement de l'intervention des assurés dans la gestion des organismes :
 - composition et compétence des Conseils d'Administration
 - régime des élections
- e) Centralisation ou décentralisation
- f) Degré d'indépendance administrative et financière
Contrôle de l'Etat

- Champ d'application -

- extension parmi les salariés et les employés (à l'exclusion de l'agriculture)
 - Plafond d'affiliation (Salairo maximum au-delà duquel le travailleur n'est plus obligatoirement affilié à la Sécurité Sociale)
 - Apprentis
 - Pensionnés

- Chômeurs
- extension autour de l'affilié
 - épouse
 - différents enfants à charge
 - personnes à charge
- extension des catégories protégées
 - dans l'agriculture (travailleurs agricoles exploitants, petits propriétaires)
 - parmi les travailleurs indépendants
 - dans les professions libérales
- Prestations -
 - Prestations en nature -
 - Soins médicaux {
 - Système médical (rapports entre les organismes et les médecins)
 - Libre choix
 - Modalités de remboursement (tiers payant, etc...)
 - Produits pharmaceutiques {
 - degré de limitation du nombre de produits admis
 - taux de remboursement ou tarifs spéciaux
 - modalité de remboursement
 - {
 - rapports entre les organismes d'assurance maladie et les hôpitaux
 - tarifs d'hospitalisation
 - rôle de la Sécurité Sociale dans l'équipement hospitalier

Catégories d'assurés sociaux bénéficiant des prestations en nature
Début et durée du service de ces prestations.

- Prestations en espèce
 - Délai de carence (évolution - résultats)
 - Montant des indemnités
 - Durée
- Evolution des dépenses et de leur répartition entre les différentes catégories de prestations

- Financement -

- Salaire de base
- Plafond
- Taux
- Compensation - Interrégionale
 - inter-professionnelle
 - entre branches
- Contribution de l'Etat
- Evolution de la situation financière en liaison avec l'évolution
 - du champ des bénéficiaires
 - des techniques nouvelles
 - des prix
 - du plafond de cotisation

INVALIDITE GENERALE - PROFESSIONNELLE

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes
- Structure - liaison avec assurance maladie
 - liaison avec assurance vieillesse
- Conditions d'attribution
- Définition de l'invalidité
- Montant de la pension
- Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques (salaires, pouvoir d'achat de la monnaie)
- Financement

VIEILLESSE -

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes
- Structure
- Champ d'application
 - extension du nombre des bénéficiaires
- Conditions d'attribution
 - âge
 - durée d'affiliation
- Montant de la pension
 - cumul avec d'autres pensions
 - ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques (salaires, pouvoir d'achat de la monnaie)
- Coordination entre les régimes
- Financement
 - système financier
 - évolution de la capitalisation à la répartition
 - salaire de base - plafond
 - taux des cotisations
 - rapport du nombre des travailleurs actifs au nombre des pensionnés
 - contributions de l'Etat
 - résultats financiers

Evolution des pensions par rapport aux prix et aux salaires suivant une formule commune et simple (à déterminer)

par ex. : pension moyenne d'un groupe déterminé

- mineurs
- pensionnés ayant au moins 15 ans d'affiliation ou bien
- carrière type.

SURVIVANTS -

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes

- Conditions d'attribution

- pour la veuve {
 - âge
 - capacité de travail
 - nombre d'enfants

- pour les orphelins {
 - âge
 - degré de parenté

- Montant des pensions pour la veuve et les orphelins

- Financement

Evolution de l'importance relative du montant total des pensions de veuve et d'orphelin par rapport aux pensions de vieillesse.

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES -

NOTA -- S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes

- Structure
 - Assurance privée
 - Associations professionnelles
 - Organisme de droit public
 - Développement de l'intervention des assurés dans la gestion des organismes

- Risques couverts
 - Définition de l'accident du travail et limites
 - Accidents de trajet
 - Maladies professionnelles
 - Action civile pour les maladies non reconnues

- Soins médicaux - prothèses

- Montant de la rente
 - Evolution du barème d'invalidité
 - Indemnisation forfaitaire - évolution du taux
 - Rachat des petites rentes

- Changement d'emploi
- Droits des survivants
- Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques (salaires, pouvoir d'achat de la monnaie)
- Financement
 - Evolution du coût des Accidents du travail et des maladies professionnelles
 - Variations constatées dans la fréquence des accidents lorsqu'il y a eu modification des délais de carence
 - Capitalisation et répartition
- Réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle.

ALLOCATIONS FAMILIALES

- NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.
 - Antécédents historiques - grandes étapes
- Structure - organisation sur base professionnelle - géographique
- Champ d'application
 - salariés
 - pensionnés
 - chômeurs
 - autres catégories
 - extension à toute la population
- Prestations
 - différentes catégories de prestations (pour enfants, épouse, mère au foyer etc...)
 - conditions d'attribution
 - catégories d'enfants et autres personnes ouvrant droit aux prestations
 - âge des enfants
 - (normal - études - apprentissage)

- Taux
 - variations selon l'âge et le rang des enfants
 - variations par professions
 - variations régionales
 - variations par rapport aux salaires
- Influence de la politique nataliste
- Financement
 - Salaire - plafond
 - Taux
 - Contribution de l'Etat
 - Compensation inter-régime

CHOMAGE -

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "Maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- antécédents historiques - grandes étapes
 - Structure
 - Assurance - assistance
 - Champ d'application
 - Prestations
 - Conditions d'attribution
 - Durée
 - Taux
 - Assurance maladie
 - Assurance vieillesse
 - Allocations familiales
- } pendant le chômage
- Financement
 - Cotisation
 - Contribution de l'Etat
 - Emploi des réserves
 - Coordination entre les organismes servant les prestations de chômage et les services de l'emploi.