

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

ÉVOLUTION ET TENDANCES
de la
SÉCURITÉ SOCIALE

* .

* *

ALLEMAGNE

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

* .

* *

ALLEMAGNE

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 est 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 protégées 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>Page</u>
Assurance maladie	1
Assurance pension	130
Assurance contre les accidents du travail	186
Allocations familiales	304
Assurance chômage	374
Annexe I - Plan de l'étude	447

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance maladie

République fédérale d'Allemagne

Genève, 1959

Table des matières

	<u>Pages</u>
I. APERÇU HISTORIQUE DES GRANDES ETAPES DE L'ASSURANCE-MALADIE	5
II. EVOLUTION ET TENDANCES ACTUELLES	64
1. Structure	65
2. Champ d'application	77
3. Prestations	84
4. Financement	104
III. RECAPITULATION	116

Introduction

L'assurance-maladie allemande sous sa forme actuelle, repose sur quatre principes fondamentaux qui se sont progressivement dégagés au cours de l'histoire. On peut les énoncer comme suit :

1. L'assurance est obligatoire;
2. La loi reconnaît à l'assuré le droit aux prestations de l'assurance;
3. L'employeur est responsable du paiement des cotisations et
4. Les organismes d'assurance jouissent de l'autonomie de gestion.

Le cercle des personnes protégées, qu'il s'agisse des personnes affiliées directement ou indirectement à l'assurance (portée), est étroitement lié au principe selon lequel l'assurance est obligatoire.

Le droit aux prestations est en rapport avec la nature, le montant et la durée du service des prestations (prestations en nature et prestations en espèces).

La responsabilité de l'employeur pour ce qui est du paiement des cotisations constitue le fondement du financement de l'assurance.

L'autonomie de gestion garantit non seulement l'indépendance statutaire des institutions chargées de l'assurance, mais elle se traduit également par la diversité des formes d'organisation de l'assurance-maladie allemande (structure).

Si l'on se conformait à l'ordre établi ci-dessus, l'exposé devrait suivre le plan suivant :

1. Champ d'application.
2. Prestations.
3. Financement.
4. Structure.

Mais en vue d'assurer l'uniformité de présentation et d'observer le plan d'étude du groupe de travail relatif à l'évolution et aux tendances de la sécurité sociale dans les pays de la Communauté; cet ordre a été modifié comme suit :

1. Structure.
2. Champ d'application.
3. Prestations.
4. Financement.

L'assurance-maladie allemande n'est qu'une branche d'assurance et fait donc partie intégrante de l'assurance sociale allemande; de même que l'assurance sociale, elle est soumise à l'action de divers facteurs d'ordre économique, financier, social et politique. Ces facteurs influent à des degrés divers sur l'évolution et le champ d'action de l'assurance-maladie; ils expliquent donc en partie les diverses tendances qui se sont fait jour au cours de l'évolution dynamique de l'assurance-maladie allemande.

Cette évolution se traduit de façon manifeste dans la législation. Aussi a-t-on brièvement résumé ci-après, dans l'ordre chronologique, les lois les plus importantes qui ont été promulguées dans ce domaine, et ce indépendamment de la question de savoir si le législateur a été mû par des considérations d'ordre économique ou financier, par le souci du progrès social ou par des impératifs politiques.

*

* *

I

Evolution historique

Pour l'essentiel, l'évolution historique de l'assurance-maladie allemande jusqu'à l'heure actuelle a passé par les principales étapes suivantes :

- A. Institution de l'assurance-maladie : premières tentatives dans les divers Etats allemands. (jusqu'en 1876)
- B. Evolution du statut des caisses de secours dans le cadre de la législation du Reich. (1876 à 1883)
- C. Débuts de l'assurance obligatoire. (1883 à 1911)
- D. Extension de l'assurance obligatoire. (1911 à 1914)
- E. Consolidation de l'assurance-maladie. (1914-1945)
- F. Rupture de l'unité juridique. (1945-1949)
- G. Rétablissement de l'unité juridique. (depuis 1949)

A. Institution de l'assurance-maladie :
Premières tentatives dans les divers Etats
allemands (jusqu'en 1876)

Les premières initiatives qu'a prises l'Etat en vue d'instituer l'assurance-maladie en Allemagne sont antérieures à la création du Reich. Le centre de gravité de ces mesures s'est situé en Prusse, pays qui fut le premier à ressentir les effets de la révolution industrielle. C'est dans cet Etat que se sont établies les premières fabriques, alors que la manufacture occupait encore une place prépondérante dans d'autres Etats allemands, par exemple en Bavière.

L'ordonnance générale sur l'industrie (Allgemeine Preussische Gewerbeordnung) qui fut promulguée en Prusse le 17 janvier 1845, a établi les bases juridiques de la création des "caisses-maladie de fabrique". Elle a défini la portée de l'assurance obligatoire, qui était limitée à l'échelon local et devait se faire par voie d'arrêté local (Ortsstatut). De plus, le code civil des Etats prussiens du 5 février 1857 contenait déjà des dispositions relatives aux attributions des caisses-maladie existant en Prusse. Cependant, ces dispositions, qui visaient uniquement les compagnons et apprentis, ne s'appliquaient qu'à des travailleurs manuels. Etant donné que ni le code civil, ni l'ordonnance de 1845 sur l'industrie n'avaient permis d'atteindre le but recherché par le législateur, le gouvernement prit, en date du 9 février 1849, une ordonnance par laquelle il plaçait d'une façon générale les travailleurs des fabriques sur le même pied que les ouvriers de l'artisanat et définissait d'ores et déjà les modalités de financement des caisses-maladie, ainsi que la composition de leurs organes. Les travailleurs, s'ils n'étaient pas assujettis à

l'obligation de s'assurer, devaient néanmoins s'affilier à une caisse, et quiconque travaillait dans une entreprise pour laquelle il existait une caisse-maladie devait s'affilier à cette caisse, à l'exclusion de toute autre.

La loi instituant les associations de mineurs (Knappschaften) groupant les ouvriers des mines, de la métallurgie, des salines et de la préparation des métaux, qui fut promulguée en Prusse le 10 avril 1854, devait pour la première fois imposer un régime rigide à l'assurance-maladie des mineurs de l'ensemble du territoire national, mais son application fut limitée aux mines et aux salines. La loi générale de l'Etat prussien sur les industries extractives, en date du 24 juin 1865, a amélioré le régime d'assurance-maladie des mineurs et notamment consolidé la position des divers organes au sein des caisses minières.

Avec les mineurs, les artisans ont été, jusqu'au milieu du dix-neuvième siècle, les premiers en Allemagne à bénéficier d'un système d'entraide en cas de maladie; ce système se différenciait selon qu'il s'appliquait aux maîtres (corporations) ou aux compagnons (confréries). Les institutions en question dont l'histoire remonte au moyen âge ont subi les effets des mesures prises par les gouvernements des divers Etats et n'ont pu conserver leurs traditions, de sorte que leur histoire s'écarte dès l'abord de l'évolution historique décrite dans le présent rapport.

L'assurance-maladie des gens de maison, de même que l'assurance-maladie des travailleurs de l'agriculture et de la sylviculture, était régie par les règlements (Regulativen) édictés par les instances administratives inférieures. Le plus connu est le Règlement de Magdebourg (Magdeburg Regulativ) du 22 décembre 1847.

De tout temps, les gens de mer ont bénéficié d'un régime particulier pour ce qui est de l'assistance en cas de maladie. Des caisses de gens de mer furent établies dès le milieu du dix-neuvième siècle à Brême, puis dans d'autres ports allemands. Elles avaient leur fondement juridique dans le code du commerce allemand de 1861, dont les dispositions pertinentes ont été reprises dans l'ordonnance du 27 décembre 1872 sur les gens de mer.

Les commis de commerce (Handlungsgehilfen) formèrent leurs premières unions dans les grands centres de l'activité commerciale et économique allemande (Berlin, Hambourg, Nuremberg, Leipzig, Breslau, etc.). Ces unions qui poursuivaient une action parallèle à celle des syndicats - mais s'en distinguaient nettement -, s'efforçaient d'améliorer la condition sociale des employés et devaient aboutir à la création de caisses de secours libres. Mentionnons ici la Caisse-maladie des commis de la mercerie (Krankenverein der Commis des Löblichen Krameramts in Hamburg) de Hambourg d'où est issue l'actuelle Hanséatique de 1926 et Caisse agréée Mercure (Hanseatische von 1826 und Merkur-Ersatzkasse).

*

Pendant la période examinée ici, ce sont toujours des personnes isolées ou des groupes professionnels qui ont pris l'initiative de créer une assurance-maladie. Les efforts déployés en vue d'instituer l'assurance obligatoire restèrent limités à l'échelon local, bien que l'Etat les eût vivement encouragés.

L'institution type d'assurance-maladie de l'époque est la "caisse de secours libre". Il s'agit essentiellement d'organismes privés; certains d'entre eux n'avaient

pas de statut défini, et la loi n'établissait pas le droit des membres aux prestations. D'une façon générale, seules purent se développer et subsister les caisses qui couvraient certains groupes professionnels déterminés. Ainsi, la Caisse de maladie et de secours des imprimeurs de Berlin s'est maintenue de 1824 à 1914, année où elle devint la Caisse-maladie locale spéciale des travailleurs berlinois de l'impression (caisse obligatoire).

Il existait déjà, assurément, des caisses de secours centralisées qui avaient été créées par des associations nationales professionnelles de travailleurs de la même branche (principe de solidarité). Ces caisses de secours étaient gérées notamment par les syndicats ouvriers allemands.

Dans la Saxe, qui était l'Etat le plus industrialisé de l'Allemagne après la Prusse, la loi sur l'industrie du 15 octobre 1861 a réglementé pour la première fois l'assurance-maladie des travailleurs des fabriques. Cette loi a imposé aux communes l'obligation d'édicter, par voie d'arrêté, les mesures voulues pour obliger tous les commis et travailleurs des fabriques qui ne cotisaient à aucune caisse de secours libre à verser des cotisations réglementaires à une caisse compétente pour la localité ou le district dans lequel ils étaient domiciliés. L'assurance obligatoire des gens de maison a été réglementée par l'ordonnance sur les gens de maison promulguée par la Saxe le 10 janvier 1835. La plupart des villes de Saxe (Dresde, 1854) ont créé leur propre caisse-maladie pour les gens de maison.

Par l'amendement du 23 juin 1868, la Saxe a été le premier Etat allemand à instituer, malgré toutes les oppositions existantes, l'assurance obligatoire pour l'ensemble des compagnons, commis et travailleurs des fabriques. D'après cet amendement, les travailleurs

assujettis à l'assurance avaient le libre choix de la caisse-maladie. Par cet amendement, le Royaume de Saxe a précédé la Prusse dans la voie de l'institution de l'assurance obligatoire. A la différence de la Prusse, la Saxe n'imposait pas aux travailleurs l'obligation de s'affilier à une caisse donnée. Ainsi, alors qu'en Prusse le travailleur employé dans une entreprise pour laquelle il existait une caisse-maladie était tenu d'adhérer à cette caisse, à l'exclusion de toute autre, en Saxe, tous les travailleurs étaient obligés de s'assurer contre la maladie, et ce, dès 1868; cependant, ils pouvaient choisir librement la caisse à laquelle ils s'affilieraient, même s'ils travaillaient dans une entreprise pour laquelle une caisse d'assurance-maladie avait été créée.

Il est un autre trait caractéristique qu'il convient de signaler d'ores et déjà, c'est le nombre élevé des règlements d'exception. En Saxe, par exemple, tous les travailleurs occupés dans les établissements industriels de l'Etat, de même que dans les chemins de fer et dans les ateliers de l'Etat, et même dans les manufactures nationales de porcelaine de Meissen, étaient libérés de l'obligation de s'affilier à l'assurance (principe de l'assurance subsidiaire).

En Bavière, où l'économie avait conservé un caractère essentiellement agricole, la manufacture, qui était alors le mode de production le plus répandu tant à la ville qu'à la campagne, a ralenti le rythme de l'industrialisation et a freiné de ce fait l'action du législateur dans le domaine de l'assurance-maladie. C'est à Munich seulement que fut créée, en 1809, avec l'agrément du ministère d'Etat, une "institution d'assurance"

(Versicherungsanstalt) dont le rôle consistait en quelque sorte à donner aux Munichois un abonnement leur permettant de se faire soigner à "l'hôpital général". Cette institution d'assurance établissait déjà une distinction entre les personnes qui étaient assujetties à l'assurance et les personnes qui contractaient volontairement une assurance complémentaire. Le montant des cotisations était fonction du prix des denrées alimentaires, à savoir de l'indice du coût de la vie.

Par la loi du 22 mai 1869, la Bavière a institué l'assurance-maladie communale, dont le fonctionnement était axé sur la commune d'origine du travailleur. Cette assurance s'est maintenue jusqu'en 1914.

Les autres Etats d'Allemagne ne présentent aucun intérêt du point de vue de l'évolution de l'assurance-maladie car ils se sont inspirés, avec plus ou moins de liberté, du modèle prussien, au demeurant ils ne l'ont suivi qu'incomplètement, et non sans hésitation. Leur attitude s'explique par l'équilibre assez heureux qui existait dans ces Etats entre les établissements industriels et les petites exploitations agricoles; la nécessité de protéger les travailleurs dans le cadre de l'assurance n'y était donc pas aussi impérieuse que dans les Etats fortement industrialisés. En outre, des libertés constitutionnelles étendues gênaient l'Etat dans l'action qu'il menait en vue de réglementer l'assurance-maladie.

*

Toutes les tentatives d'institution de l'assurance-maladie qui ont été faites dans les divers Etats allemands et qui ont été brièvement décrites ci-dessus renfermaient déjà en germe les tendances fondamentales

qui devaient caractériser ultérieurement l'assurance-maladie en Allemagne.

Leur évolution devait subir l'action des facteurs suivants :

1. L'initiative de la classe ouvrière organisée;
2. L'esprit de pénétration dont firent preuve les chefs d'entreprise progressistes; et
3. Les efforts des gouvernements des divers Länder.

La diversité croissante et le caractère fragmentaire de l'assurance-maladie pendant la période décrite ici imposaient de toute urgence une modification profonde de la législation. Mais il ne fut possible de procéder à cette modification qu'après que le pouvoir de légiférer en la matière eût été transféré au Reich allemand qui s'était constitué entre-temps (1871).

*

B. Evolution du statut des caisses de secours dans le cadre de la législation du Reich.
(1876-1883)

C'est le 7 avril 1876 que le gouvernement du Reich a franchi le premier pas dans la voie de l'unification juridique du régime d'assurance sociale, en promulguant la loi du Reich sur les caisses de secours enregistrées. La loi avait pour objet d'encourager la création de caisses de secours libres. D'autre part, elle devait également inciter les communes à instituer de nouvelles caisses obligatoires de secours. Elle s'appliquait donc également aux caisses de secours obligatoires et aux caisses de secours libres enregistrées.

Outre l'unification du régime juridique, la loi avait essentiellement pour but de rendre l'opinion publique consciente des avantages de l'assurance et d'élargir le cercle des personnes qui étaient affiliées à l'assurance, soit obligatoirement, soit de leur propre gré, sans instituer cependant d'obligation légale immédiate et générale. Le législateur espérait que, grâce aux dispositions extrêmement prudentes et rationnelles de la loi, l'idée qui était à la base de la création des caisses de secours gagnerait du terrain, et qu'il serait ainsi possible d'élargir le cercle des personnes protégées par l'assurance.

Mais ces espoirs ne se sont pas réalisés.

A la fin de l'année 1880, 559 caisses-maladie d'ouvriers, groupant environ 123.000 membres, s'étaient prévaluées des droits conférés aux caisses de secours enregistrées. Sur ce nombre, on ne comptait toutefois que 112 caisses de secours nouvellement créées. Toutes les autres étaient des caisses qui existaient avant la

promulgation de la loi et qui s'étaient simplement transformées en caisses de secours enregistrées, en vertu de la nouvelle loi. Il existait alors dans les autres Länder d'Allemagne 321 caisses de secours enregistrées, dont 120 seulement avaient été créées avant 1876.

Les caisses de secours obligatoires ont suivi la même évolution après 1876. Les organes communaux qui étaient compétents pour la création des caisses ne parvinrent pas à traduire l'intention du législateur dans les faits. Le nombre des adversaires de l'assurance obligatoire était trop élevé dans les chambres communales.

La loi sur les socialistes, qui est entrée en vigueur en octobre 1878 et qui visait le parti social-démocrate, devait marquer un net retour en arrière; en interdisant formellement les coalitions, elle devait juguler, dans tout le pays, le développement des caisses de secours libres. De nombreuses caisses de secours en voie de formation furent qualifiées d'associations politiques et dissoutes par la police. Les caisses de secours existantes prononcèrent elles-mêmes leur dissolution et se transformèrent en simples associations d'assistance (Unterstützungsvereine) afin d'échapper à la saisie de leurs biens. Leurs membres perdirent du même coup les droits qu'ils avaient acquis aux prestations des caisses.

Cette régression n'a pas été provoquée par les insuffisances de la loi sur les caisses de secours, mais par la situation politique intérieure qui régnait à l'époque. Une fois que les remous intérieurs se furent calmés, la loi sur les caisses de secours put enfin être appliquée selon l'esprit du législateur et déployer à nouveau tous ses effets.

Dans l'intervalle, le gouvernement du Reich avait fait un nouveau pas en avant en vue de diffuser la notion de l'assurance-maladie : il avait conféré aux corporations qui, aux termes de l'ordonnance de 1869 sur l'industrie, étaient simplement des associations professionnelles indépendantes chargées de promouvoir l'esprit de corps et de maintenir et de renforcer le sens de l'honneur professionnel parmi leurs membres, le droit de protéger ceux-ci en cas de maladie et d'établir à cet effet des caisses-maladie de corporation de métiers, par voie de statut complémentaire du statut de la corporation. D'après la loi, les ressources des diverses caisses devaient être gérées séparément de celles de la corporation. Les membres de la corporation qui adhéraient à une caisse-maladie de corporation de métiers qui satisfaisait aux prescriptions de la loi du 7 avril 1876 sur les caisses de secours, pouvaient résilier leur affiliation à la caisse de secours à laquelle ils étaient précédemment tenus de s'assurer.

Mais, en fin de compte, la loi du 7 avril 1876, sur les caisses de secours enregistrées, et la loi du 18 juillet 1881 portant modification de l'ordonnance sur l'industrie du nord de l'Allemagne, n'ont nullement éliminé la disparité existant entre les caisses-maladie allemandes; elles ont simplement permis d'établir de nouvelles caisses-maladie facultatives dans le cadre de normes uniformes applicables sur l'ensemble du territoire du Reich. Toutes les parties intéressées s'accordaient cependant à reconnaître qu'il ne serait possible de modifier radicalement la situation qu'en instituant l'obligation générale de l'affiliation à l'assurance et en opérant une refonte complète du statut des caisses-

maladie. Les messages impériaux du 17 novembre 1881 et du 4 avril 1883 témoignent d'ores et déjà de la détermination du gouvernement du Reich à procéder à une réforme aussi décisive.

*

En conclusion, on peut indiquer que, par l'effet de certains facteurs d'ordre politique, la phase de gestation de l'assistance mutuelle (deuxième grande étape de l'évolution générale), dont l'histoire vient d'être retracée brièvement, n'a pas produit tous ses effets pendant les quelques années sur lesquelles elle s'étend, à savoir jusqu'en 1883. Néanmoins, elle a établi les bases juridiques qui devaient permettre à l'assurance de se développer ultérieurement et renforcé la thèse de l'assistance mutuelle organisée.

*

C. Débuts de l'assurance obligatoire
(1883 à 1911)

C'est la loi du 15 juin 1883 sur l'assurance-maladie des ouvriers qui, en établissant expressément l'assurance obligatoire, marque de façon décisive la transition entre les premières tentatives de création de l'assurance et l'institution effective de l'assurance-maladie sociale en Allemagne. C'est à juste titre que l'on voit dans la loi du 15 juin 1883 le point de départ de l'assurance légale obligatoire des ouvriers. Elle a assujetti les ouvriers, les compagnons, les aides et les apprentis (mais non les employés) à l'obligation de s'assurer; elle a établi la responsabilité de l'employeur en ce qui concerne le paiement des cotisations et elle a institué le droit légal aux prestations et garanti l'autonomie de gestion des organismes. La promulgation de la loi sur l'assurance-accidents devait suivre dès le 6 juillet 1884, et celle de la loi sur l'assurance-invalidité (assurance-rentes des ouvriers) dès le 22 juin 1889.

Aux termes de la loi du 15 juin 1883, les institutions chargées de l'assurance-maladie étaient au premier chef les caisses-maladie locales, qui devaient être créées par les communes. En l'occurrence, le principe de la caisse-maladie organisée sur une base professionnelle l'emportait (c'est ainsi que furent créées des caisses-maladie locales pour les ouvriers de l'industrie, pour les ouvriers de l'impression, pour les opticiens et les mécaniciens, pour les commis de commerce, etc.).

Des caisses-maladie d'entreprise pouvaient être créées par les employeurs qui occupaient plus de 150 travailleurs.

Etai~~ent~~ent considérés comme des caisses maladie des ouvriers du bâtiment les organismes d'assurance qui devaient être créés dès le début d'une entreprise de construction de n'importe quelle nature pour toute la durée des travaux de construction.

Des caisses maladie de corporations de métiers pouvaient être établies pour assurer les compagnons et apprentis des artisans groupés dans les diverses corporations.

Les caisses maladie minières couvraient les ouvriers des mines et de la métallurgie.

L'assurance-maladie communale a subsisté en tant qu'organisme d'assurance subsidiaire, dont la protection s'étendait à tous les ouvriers, journaliers, etc., pour lesquels il n'existait pas, ou pas encore, de caisses particulières.

De plus, les caisses de secours enregistrées, qui avaient été créées en application de la loi du 7 avril 1876, conservaient leurs compétences.

Les dispositions de la loi du 15 juin 1883 devaient être complétées ultérieurement, et ce essentiellement à l'effet d'étendre l'assurance obligatoire à d'autres groupes professionnels, notamment aux ouvriers de l'agriculture et de la sylviculture et aux travailleurs à domicile, et d'améliorer constamment les prestations. Les principaux jalons de cette étape ont été les suivants :

la loi du 28 mai 1885, portant extension de l'assurance-accidents et maladie;

la loi du 10 avril 1892 sur l'assurance-accidents et maladie des personnes employées dans l'agriculture et la sylviculture;

- la loi du 26 juillet 1897 portant modification de l'ordonnance sur l'industrie;
- la loi du 30 juin 1900, portant modification de la loi sur l'assurance-maladie;
- la loi du 25 mai 1903, portant modification de la loi sur l'assurance-maladie.

Cette dernière loi présente un intérêt particulier en ce qu'elle a comblé la lacune qui existait précédemment entre la fin de la période de service des prestations de l'assurance-maladie et le début du service des prestations de l'assurance-accidents (en vertu de la loi du 6 juillet 1884 sur l'assurance-accidents). Précédemment, le service des prestations de l'assurance-maladie prenait fin au bout de 13 semaines, et celui des prestations de l'assurance-accident ne débutait qu'à partir de la vingt-sixième semaine. Désormais, la durée du service des prestations de l'assurance-maladie était étendu à vingt-six semaines. De plus, les commis et apprentis de commerce dont la rémunération annuelle ne dépassait pas 2.000 RM furent assujettis à l'assurance. Les caisses avaient la faculté d'étendre la durée du secours d'accouchement de quatre à six semaines, ce à titre de prestation complémentaire. Les caisses-maladie ne furent plus autorisées (elles l'étaient auparavant) à refuser le versement de la prestation en espèces en cas de maladie vénérienne, et les personnes à la charge des assurés purent recevoir des prestations en espèces en sus des soins et du traitement gratuits.

Le champ d'application de la loi de 1883 englobait tous les ouvriers, quel que soit leur salaire, et les employés dont la rémunération ne dépassait pas 2.000 RM par an. L'assuré devait travailler dans une entreprise assujettie à l'assurance (fabriques, mines, fouilles,

carrières, houillères, chantiers navals, chemins de fer, chantiers de construction, ensemble de l'artisanat, professions du commerce, employés au service d'avoués, de notaires, d'huissiers et d'institutions d'assurance, toutes les entreprises de transports motorisés, les établissements techniques relevant des administrations des postes, des télégraphes, de l'armée et de la marine et, enfin, les entreprises de transport maritime et de cabotage). Pouvaient également être assujettis à l'assurance des personnes employées à titre temporaire seulement, de même que les membres de la famille du chef d'entreprise, les travailleurs à domicile et les ouvriers et employés de l'agriculture et de la sylviculture. Il incombait aux communes d'étendre l'assurance obligatoire aux travailleurs à domicile, par voie d'arrêté local.

Les personnes qui remplissaient certaines conditions déterminées pouvaient également s'affilier de leur plein gré à l'assurance.

A titre de prestations légales (prestations minima) les caisses maladie assuraient, en cas de maladie, l'assistance médicale gratuite et la fourniture gratuite des médicaments et petits articles d'importance secondaire (lunettes, matériel de pansement, bandages, etc.), ainsi qu'une prestation en espèces qui, en cas d'incapacité de travail, était versée à partir du troisième jour d'incapacité et s'élevait à la moitié de la rémunération que l'assuré avait perçue pendant la dernière période prise en considération pour le calcul de la cotisation.

L'assuré pouvait bénéficier de l'hospitalisation aux lieu et place des prestations en espèces et en nature susmentionnées. Le cas échéant, les membres de la famille

de l'assuré recevaient la moitié de la prestation en espèces à titre d'allocation familiale.

Le service des prestations était assuré pendant vingt-six semaines.

En cas d'accouchement, les caisses-maladie versaient un secours d'accouchement égal à la prestation de maladie, pendant huit semaines.

L'indemnité de décès s'élevait à vingt fois le montant du salaire journalier.

Les caisses étaient autorisées à majorer les prestations minima payables en vertu de la loi (prestations normales); par exemple, elles pouvaient prolonger le service de la prestation en espèces au-delà de la période de vingt-six semaines et élever le montant de cette prestation jusqu'à concurrence des trois-quarts de la rémunération quotidienne, ou encore augmenter l'allocation familiale et admettre les membres de la famille au bénéfice des prestations (prestations supplémentaires).

En 1911, les dépenses globales des caisses-maladie allemandes se sont élevées à 395 millions de marks; le nombre des cas de maladie ayant entraîné une incapacité de travail a été de 5,6 millions.

Les ouvriers et les employeurs devaient assurer le financement des caisses au moyen de cotisations. Ces cotisations, dont le montant devait être fixé par les organes de chaque caisse en fonction de ses besoins financiers propres, étaient payées à raison des deux tiers par les assurés et d'un tiers par l'employeur.

Les ouvriers qui s'assuraient volontairement devaient acquitter intégralement le montant de la cotisation.

Au début, de nombreuses caisses exigeaient des nouveaux assurés une prime d'affiliation, en sus de la cotisation normale (voir plus haut).

Primitivement, l'assurance-maladie instituée par la loi ne bénéficiait pas de l'aide financière de l'Etat.

Très tôt, la nécessité d'aborder les problèmes essentiels dans un esprit de collaboration imposa la création d'associations ou d'unions des caisses-maladie. Cette collaboration s'est révélée nécessaire en particulier lorsqu'il s'est agi de réglementer de façon appropriée les rapports des caisses avec le corps médical, d'élargir la portée des prestations conformément aux exigences de l'époque, et de défendre l'autonomie de gestion des caisses qui était attaquée ouvertement dans le public et menacée par les empiètements des organismes de surveillance. C'est ainsi que fut fondée, le 25 novembre 1894, l'Association centrale des caisses-maladie locales du Reich allemand, qui devait devenir plus tard l'Union centrale des caisses-maladie allemandes.

En 1900, les médecins constituèrent l'Association des médecins allemands (Hartmannbund). Cette association avait (et a encore) pour but, notamment, de faire admettre sans restriction aucune le libre accès des membres des caisses à tous les médecins établis. Cette coalition des médecins a créé un état de choses tel qu'en Allemagne "il n'existe guère de profession qui soit aussi solidement et complètement organisée selon les principes syndicaux que le corps médical, et qu'il n'est guère de rapports de travail que l'on n'ait tenté d'imposer par tous les moyens syndicaux, tels que la grève,

le lock-out, le boycottage, le blocage, la propagande publique, etc., avec autant d'acharnement que le rapport de travail entre les médecins et les caisses maladie".

Si l'on examine l'objet des débats des réunions annuelles des membres de l'Association centrale des caisses-maladie locales, on constate - et c'est un tableau significatif - qu'elles se sont constamment efforcées de définir les rapports des caisses avec le corps médical, de faire modifier la loi sur l'assurance-maladie, de lutter contre les maladies sociales, de promouvoir l'assistance aux convalescents et de renforcer la prévention des maladies, et qu'elles se sont également employées à résoudre le problème des maladies professionnelles et à rendre les caisses-maladie allemandes conscientes de l'intérêt que présente l'autonomie de gestion et à défendre cette autonomie contre les autorités de surveillance de l'époque.

En 1911, l'Union centrale des caisses-maladie allemandes comptait environ cinq millions d'assurés.

*

La troisième grande étape de l'évolution de l'assurance-maladie allemande, qui vient d'être retracée brièvement, a permis d'imposer la notion de l'assurance obligatoire; en 1911, pour une population de 65,4 millions d'habitants, l'Allemagne comptait 15.077.000 assurés obligatoires, qui se répartissaient comme suit entre 23.000 caisses :

Caisses-maladie locales	7.759.000
Caisses-maladie d'entreprises	3.569.000
Caisse-maladie des ouvriers du bâtiment	13.000
Caisses-maladie de corporation de métiers	352.000
Assurance-maladie communale	1.726.000
Caisses-maladie des mineurs	933.000
Caisses de secours enregistrées	925.000

*

D. Extension de l'assurance obligatoire
(1911 à 1914)

En instituant l'obligation de l'assurance par la loi du 15 juin 1883, le gouvernement du Reich avait engagé la réforme de l'assurance sociale dans une voie nettement définie ; cependant, comme il s'agissait d'un domaine absolument vierge, les efforts en vue d'élargir et de renforcer le concept de l'assurance se sont déployés dans toutes les branches de l'assurance. Depuis 1909, cette tendance s'est manifestée par la volonté d'assujettir aux dispositions d'un texte unique les diverses branches de l'assurance - assurance-maladie, assurance-accidents et assurance-invalidité - qui faisaient jusque-là l'objet de textes distincts.

Cette évolution a abouti à la promulgation du Code des assurances du Reich, en date du 19 juillet 1911 (R.G.B.L., p. 509). Ce code contient en son premier livre les dispositions communes applicables à toutes les branches de l'assurance ; le deuxième livre traite de l'assurance-maladie, le troisième de l'assurance contre les accidents, le quatrième de l'assurance-invalidité et vieillesse, le cinquième des rapports des diverses institutions d'assurance entre elles et avec d'autres organismes débiteurs, et le sixième de la procédure.

La loi d'application du 19 juillet 1911 (R.G.B.L., p. 839) a fixé au 1er janvier 1914 la date d'entrée en vigueur des dispositions du deuxième livre (assurance-maladie).

Le Code des assurances du Reich n'a guère apporté de modification substantielle à la structure de l'assurance-maladie. Pour ce qui est des catégories de caisses-maladie, ses dispositions allaient dans le sens d'une extension progressive de leur champ d'application et de l'évolution juridique qui avait été la leur jusque là. Depuis le 1er janvier 1914, sont considérées comme caisses-maladie : les caisses-maladie locales, les caisses-maladie rurales, les caisses-maladie d'entreprises et les caisses-maladie de corporations de métiers.

Les caisses-maladie locales créées pour les districts locaux requrent l'appellation de caisses-maladie locales générales. Outre ces caisses, le Code des assurances du Reich reconnaissait primitivement des "caisses-maladie locales spéciales" instituées pour une ou plusieurs branches d'industrie, ou un ou plusieurs genres d'entreprises, ou pour les assurés du même sexe seulement, qui existaient dans une localité lors de l'entrée en vigueur de la loi. Ainsi, au 1er janvier 1914, il existait dans certaines localités des caisses-maladie locales spéciales pour les mécaniciens, pour les commis du commerce, etc.

Le Code des assurances du Reich a institué les caisses-maladie rurales à compter du 1er janvier 1914. Leur création résulte de ce que le Code a effectivement étendu le champ d'application de l'assurance-maladie légale du Reich à tous les travailleurs de l'agriculture et de la sylviculture. Les gens de maison sont également affiliés aux caisses-maladie rurales dans les districts où il en existe.

Le Code des assurances du Reich autorisait la création de caisses-maladie d'entreprises pour tout établissement occupant habituellement 150 assurés au moins.

Les caisses-maladie des ouvriers du bâtiment qui existaient précédemment ont été supprimées, mais l'entrepreneur qui occupait temporairement un plus grand nombre d'ouvriers dans une entreprise temporaire de construction devait, sur l'ordre de l'Office supérieur des assurances, créer en leur faveur une caisse-maladie d'entreprises.

Pour ce qui est des caisses-maladie de corporation de métiers, le Code a repris les dispositions antérieurement en vigueur, mais il en a subordonné la création à la condition qu'elles couvrent en permanence au moins 150 personnes assujetties à l'assurance.

Depuis le 1er janvier 1914, les caisses des catégories susmentionnées sont considérées comme des caisses-maladie au sens du Code des assurances du Reich (R.V.K.-Kassen). Elles sont des organismes de droit public.

Dans une section spéciale du deuxième livre, le Code des assurances du Reich a reconnu en outre, à titre de caisses libres agréées, les anciennes "caisses de secours enregistrées" et les "associations d'assurance mutuelle", et il les a autorisées à conserver leurs avoirs. Le Code des assurances du Reich disposait ce qui suit en la matière : "Les associations d'assurance mutuelle auxquelles, avant le 1er avril 1909, il a été accordé, en vertu du § 75 a) de la loi sur l'assurance-maladie, un certificat de caisses de secours enregistrées,

sont, sur leur demande, reconnue à titre de caisses agréées pour le district et le cercle de leurs membres assujettis à l'assurance, district et cercle déterminés à la date précitée par leurs statuts, pourvu qu'elles comptent régulièrement plus de mille membres et que leurs statuts soient conformes aux §§ 504 à 513."

Cette disposition témoigne nettement de la tendance à intégrer, dans le cadre de la législation nouvellement élaborée, les institutions qui étaient issues d'une évolution historique.

Les caisses de secours libres enregistrées qui avaient été établies en vertu de la loi de 1876 et ne pouvaient être reconnues comme des caisses libres agréées furent supprimées le 1er juillet 1912, date à laquelle la loi du 7 avril 1876 sur les caisses de secours est devenue caduque en vertu de la loi du 20 décembre 1912 portant abrogation de la loi sur les caisses de secours (R.G.B.L., p. 985).

Le statut des caisses-maladie des mineurs, qui s'occupaient surtout de l'assurance-maladie des mineurs, n'a pas été touché par le Code des assurances du Reich; néanmoins, le code a fixé des normes relatives aux prestations normales, notamment aux prestations en espèces, que les caisses minières sont tenues d'accorder. D'une façon générale, le régime de l'assurance-maladie des mineurs ne devait être aménagé dans le cadre de la législation du Reich qu'à une date ultérieure, à savoir le 23 juin 1926, lors de la promulgation de la loi du Reich sur les associations des mineurs (R.G.B.L., p. 431).

Pour ce qui est de l'assurance-maladie des gens de mer seule est compétente la caisse-maladie des gens de mer instituée par la caisse maritime (Syndicat des gens de mer).

L'assurance-maladie communale fut supprimée le 1er janvier 1914, date d'entrée en vigueur du Code des assurances du Reich.

Lorsqu'il a modifié le régime d'assurance-maladie en 1911, le législateur a tenu compte de la possibilité qu'il y avait de décentraliser l'assurance sur une base corporative, de sorte que les organismes existants furent préservés dans toute la mesure du possible. Son action a également été motivée par le fait qu'il importe d'assurer sans délai le service des prestations de l'assurance-maladie, sans devoir procéder au préalable à de longues enquêtes administratives. Et, de l'avis du législateur, pareille procédure n'est possible que si les conditions déterminant le droit aux prestations, et en particulier, la conservation de ce droit, peuvent être établies et contrôlées de façon certaine par les organes qui sont le mieux placés pour se rendre compte des circonstances qui doivent être prises en considération dans chaque cas d'espèce.

"D'autre part, on n'a pas jugé opportun de confier ces attributions à des associations plus importantes, car il semble que des institutions dont le champ d'activité est limité géographiquement sont plus aptes à gérer les ressources avec l'attention et le souci d'économie nécessaires que ne le seraient vraisemblablement des associations plus importantes."

Le Code des assurances a également maintenu le principe de l'autonomie de gestion. Les organes des caisses de maladie étaient le comité directeur (organe exécutif) et l'assemblée des délégués (organe législatif); ils jouissaient de l'autonomie dans les limites fixées par la législation et les statuts.

La surveillance des caisses-maladie était confiée à des instances spéciales de l'assurance, dont les attributions en matière de surveillance consistaient simplement à assurer que les institutions chargées de l'assurance se conformaient aux dispositions de la législation et des statuts.

L'entrée en vigueur du Code des assurances du Reich a étendu le champ d'application de l'assurance-maladie, notamment aux secteurs de l'agriculture et de la sylviculture (y compris les pêches et l'horticulture) et, par voie de conséquence, à l'ensemble des personnes occupées dans ces secteurs. Néanmoins, l'obligation de l'assurance était limitée aux personnes exerçant une activité rétribuée.

L'une des raisons qui ont incité le législateur à étendre le champ d'application de l'assurance-maladie à tous les ouvriers agricoles est que les ouvriers agricoles, dont certains étaient précédemment exclus de l'assurance, s'estimaient défavorisés du point de vue juridique, et que cet état d'esprit avait contribué à accentuer l'exode rural qui atteignait déjà des proportions inquiétantes.

Le Code des assurances n'a guère modifié, non plus, les prestations des caisses-maladie, mais il en a établi une classification systématique. En principe, le Code

distingue les secours de maladie, les secours d'accouchement, les indemnités de décès et les secours de famille, qui constituent les prestations normales minima que les caisses sont tenues d'accorder aux termes de la loi.

L'assurance a également pour objet les prestations supplémentaires qui sont prévues par les statuts des diverses caisses. Bien entendu, ces dernières prestations ne sont autorisées que dans les limites fixées par le Code des assurances du Reich.

Les secours de maladie comportent l'assistance médicale (prestations en nature) et l'allocation de maladie (prestations en espèces). Le secours de maladie est accordé pendant vingt-six semaines à titre de prestation normale. Le délai est le même pour l'octroi de l'assistance en cas d'hospitalisation, que la caisse peut, à sa discrétion, substituer aux soins médicaux et à l'allocation de maladie.

Le secours d'accouchement est accordé aux femmes assurées qui, dans le courant des deux dernières années ayant précédé le jour de leur délivrance, ont participé durant 10 mois au moins, et, dans le courant de la dernière année qui a précédé le jour de leur délivrance, durant six mois au moins, à l'assurance-maladie du Reich. Les prestations en nature comprennent les soins médicaux nécessaires pendant l'accouchement, de même que la fourniture des médicaments et moyens thérapeutiques, et les prestations en espèce consistent en une somme versée à titre de contribution unique aux frais nécessités par l'accouchement, ainsi qu'en une allocation d'accouchement et une allocation d'allaitement. La caisse-maladie peut,

avec le consentement de l'assurée, remplacer l'allocation d'accouchement par les soins et l'entretien dans une maternité.

L'indemnité de décès normale s'élève à vingt fois le montant du salaire de base.

Lors de l'entrée en vigueur du Code des assurances du Reich, le 1er janvier 1914, l'indemnité de décès et le secours de famille étaient simplement des prestations supplémentaires.

L'assurance était financée par les cotisations que les assurés et les employeurs versaient à raison de deux tiers et d'un tiers, respectivement. La perception d'un droit d'affiliation a été interdite à partir du 1er janvier 1914. Seules les caisses-maladie minières restaient autorisées à percevoir le droit d'affiliation traditionnel, mais uniquement dans le cas des personnes qui n'avaient encore fait partie d'aucune caisse-maladie.

De plus, les revenus des placements et les amendes venaient grossir les ressources des institutions d'assurance.

Le Code des assurances du Reich ne prévoyait pas de contribution de l'Etat au financement de l'assurance-maladie. Seule faisait exception l'assurance-maladie des mineurs.

Ainsi, même après le 1er janvier 1914, les caisses-maladie sont restées des institutions d'assurance indépendantes sur le plan financier.

Peu avant l'entrée en vigueur du deuxième livre du Code des assurances du Reich, le développement de l'assurance-maladie, du moins en ce qui concerne l'octroi de l'assistance médicale en nature, a failli être gravement compromis par le conflit toujours plus aigu entre les caisses-maladie et les médecins ; en effet, le corps médical avait déjà complètement organisé une grève importante en prévision de l'entrée en vigueur de la nouvelle législation au 1er janvier 1914. Toutefois, grâce à ses efforts tenaces, le gouvernement du Reich parvint à convaincre les intéressés

" à renoncer à ces luttes qui menaient à la rupture ouverte, pour reconnaître la nécessité d'un arbitrage commun et l'obligation où ils étaient de négocier".

C'est dans ces circonstances que fut conclue, le 23 décembre 1913, la Convention de Berlin qui s'inspirait d'un projet de l'Association des caisses-maladie d'entreprises.

L'état de choses antérieur se trouva modifié en ce que les caisses-maladie ne purent plus désormais définir statutairement le régime des médecins, ni même désigner elles-mêmes les médecins qu'elles entendaient agréer en qualité de médecins de caisse. Il devait y avoir dorénavant un médecin de caisse pour 1.350 assurés (dans le cas du traitement de familles, 1.000 assurés) (système proportionnel). Les modalités d'octroi de l'agrément furent définies lors de la création des registres des médecins qui furent établis par la Commission des registres. Pour le reste, les rapports contractuels entre médecins et caisses-maladie continuèrent de relever, quant au fond, du droit civil.

Dans l'intervalle, les caisses-maladie d'entreprises, les caisses-maladie de corporations de métiers et les caisses-maladie rurales avaient constitué des unions centrales (Associations de caisses au sens de l'article 414 du Code des assurances du Reich.) (Spitzenverbänden), à l'exemple des caisses-maladie locales. Les caisses-libres d'ouvriers avaient constitué l'Association des caisses libres (Verband freier Krankenkassen) et les caisses-maladie d'employés, l'Association des caisses-maladie des commis (Verband kaufmännischer Berufskrankenkassen). En 1923, l'Union centrale des caisses-maladie locales allemandes, à laquelle les caisses-maladie rurales, les caisses-maladie d'entreprises et les caisses-maladie de corporations de métiers avaient adhéré entre-temps, modifiait sa raison sociale pour devenir l'Union centrale des caisses-maladie allemandes (Hauptverband Deutscher Krankenkassen).

*

On peut dire que la période qui vient d'être exposée brièvement, et qui a été caractérisée par la consolidation et l'extension de l'assurance obligatoire (quatrième étape), a également été une période de codification systématique de la législation relative à l'assurance sociale. Elle constitue l'aboutissement de l'évolution antérieure, puisque la législation fut codifiée en un seul et même texte, mais elle devait également marquer de son empreinte tous les efforts de réforme ultérieurs.

*

En 1914, sur les 67,8 millions d'habitants que comptait la population du Reich, 16.916.000 personnes étaient assurées par les caisses-maladie allemandes ; elles se répartissaient comme suit :

2.785 caisses-maladie locales	9,714,000 assurés
594 caisses-maladie rurales	2,096,000 assurés
5.488 caisses-maladie d'entreprises	3.408.000 assurés
931 caisses-maladie de corporation de métiers	391.000, assurés
146 caisses minières	916.000 assurés
67 caisses libres agréées	391.000 assurés*

Indépendamment du Code des assurances du Reich, mais presque au moment même de sa promulgation, la loi sur l'assurance des employés instituait, le 20 décembre 1911 (R.G.B.L., p. 989) l'assurance-rentes des employés.

* Non compris les caisses libres agréées qui relevaient du contrôle des Länder.

E. Consolidation de l'assurance-maladie
(1914 à 1945)

Immédiatement après l'entrée en vigueur du Code des assurances du Reich (1er janvier 1914), l'assurance-maladie allemande devait affronter les années difficiles de la première guerre mondiale et de la dévalorisation monétaire (inflation). De plus, de profondes modifications internes, qui étaient provoquées par l'évolution des structures sociales et économiques en Allemagne, et, en particulier, par la forte augmentation du nombre des travailleurs, devaient influencer sur le régime de l'assurance sociale et placer les caisses-maladie devant de nouvelles tâches. Néanmoins, les tendances qui leur étaient inhérentes ont continué de se faire sentir, en particulier dans le sens de l'extension progressive de leur champ d'application et de l'amélioration des prestations.

La plupart des lois relatives à l'assurance-maladie qui furent promulguées pendant la guerre devinrent naturellement caduques à la fin de la première guerre mondiale. Néanmoins, la notification du 3 décembre 1914 sur le secours de guerre aux mères revêt une importance particulière en ce qu'elle a étendu à la fille, à la fille d'un premier lit et à la fille adoptive vivant en communauté domestique avec l'assuré, l'octroi du secours familial d'accouchement accordé à l'épouse, et ce, à titre de prestation normale de l'assurance-maladie.

Il y a également lieu de mentionner ici l'ordonnance du 23 décembre 1928 tendant à garantir l'assistance médicale fournie par les caisses-maladie, de même que l'ordonnance du 13 janvier 1919 tendant à garantir la capacité financière des caisses-maladie.

Ont été promulguées pendant la période de dépréciation de la monnaie :

la loi du 20 avril 1922 tendant à garantir l'assistance médicale fournie par les caisses-maladie ;
la loi du 27 mars 1923 tendant à préserver la capacité de prestation des caisses-maladie ;
l'ordonnance du 30 octobre 1923 sur les médecins et les caisses-maladie ;
l'ordonnance du 29 novembre 1923 sur le secours de maladie accordé par les caisses-maladie ;
l'ordonnance du 26 janvier 1924 sur l'équivalence des prestations des caisses-maladie ;
l'ordonnance du 29 février 1924 sur les limites des gains et des revenus, sur les salaires de base et sur l'indemnité de décès dans l'assurance-maladie.

La notification, en date du 15 décembre 1924, du texte nouveau du Code des assurances du Reich* (R.G.B.L. I, p. 779) réunissait en un texte complet le Code des assurances, avec toutes les modifications et adjonctions qui lui avaient été apportées.

Les années qui suivirent ont été marquées par la promulgation de la loi du 16 juillet 1927 sur le placement et l'assurance-chômage (R.G.B.L. I, p. 187).

Assurément, ladite loi ne relève pas directement de l'assurance sociale allemande, au sens étroit du terme, mais plutôt de la législation sociale ; néanmoins, ne serait-ce que, par ceux de ses effets qui peuvent être exprimés par des chiffres, elle a exercé une influence sensible sur l'évolution financière des caisses-maladie,

* B.I.T., Série législative 1924 - All. 10.

en particulier des caisses-maladie locales auprès desquelles les chômeurs devaient être assurés contre la maladie.

En Allemagne, le nombre des travailleurs secourus par l'assurance-chômage s'est élevé :

en 1929	à	2 millions au total
en 1930	à	3,2 millions en moyenne, et
en 1931	à	plus de 4 millions.

Le chiffre le plus élevé est celui de 1932, année où il a dépassé 6 millions.

Pour l'assurance-maladie, ces chiffres se sont traduits par une forte diminution des recettes, car l'admission des chômeurs assurés (qui payaient une faible cotisation) équivalait en fait à une perte, du fait que les risques "réels" se trouvaient multipliés par le nombre des chômeurs (mais il y avait paiement régulier de la cotisation).

Les ordonnances du Président du Reich sur l'état d'urgence en date des 26 juillet 1930, 1er décembre 1930, 5 juin 1931, 8 décembre 1931, témoignent de la gravité de la situation de l'économie allemande, et partant de l'assurance-sociale allemande et de l'assurance-maladie. L'ordonnance du 26 juillet 1930 devait introduire un élément nouveau en ce qu'elle instituait, à titre de mesure d'assainissement, un droit sur les feuilles de maladie et prévoyait la participation de l'assuré au coût des médicaments ; ces mesures visaient au premier chef à empêcher une utilisation abusive des prestations de l'assurance-maladie.

Avec l'ordonnance du Président du Reich du 26 juillet 1930 tendant à enrayer la crise financière, économique et sociale (voir ci-dessus), l'assurance-maladie

accomplit un pas décisif en avant car l'assistance maladie aux membres de la famille de l'assuré devint une prestation normale. L'exposé des motifs dispose :

"L'assistance-maladie aux membres de la famille de l'assuré était jusqu'à présent une prestation facultative. Il faut inscrire à l'actif des caisses-maladie le mérite d'avoir presque entièrement créé de leur propre chef cette branche de l'assurance."

Ainsi, c'est pendant une période de crise grave que l'assistance-maladie aux familles est devenue une prestation normale de l'assurance-maladie allemande, tout comme le secours familial d'accouchement accordé par les caisses-maladie était devenu une prestation obligatoire normale de l'assurance-maladie allemande après que le secours de guerre aux mères eut été institué pendant la première guerre mondiale.

Les textes législatifs promulgués pendant les années d'après-guerre et pendant la crise jusqu'en 1933 n'avaient en rien modifié les principes fondamentaux de l'assurance-maladie allemande. Mais il en est allé autrement avec la législation de réorganisation qui a marqué de son empreinte l'évolution de l'assurance sociale allemande sous le régime national-socialiste. La refonte de l'assurance-maladie a été opérée par 14 ordonnances au total, qui, pour la plupart sont encore en vigueur. Cette époque s'est caractérisée par les tendances suivantes : centralisation accrue de la législation, suppression de l'autonomie de gestion des institutions d'assurance et limitation de l'indépendance dont les caisses-maladie jouissaient dans de nombreux domaines.

La loi du 5 juillet 1934 concernant la réorganisation de l'assurance sociale (R.G.B.L. I, p. 577)(B.I.T., S.L.1934 - All. 10) a marqué le début de cette évolution. Elle a été promulguée

"en vue de faire cesser la dispersion des efforts et le manque de cohésion dans l'assurance sociale et d'augmenter la capacité de prestation en procédant à une coordination d'après un plan unique."

D'après ladite loi, les institutions chargées de l'assurance-maladie et de l'assurance-rentes étaient réunies au sein d'une organisation unique. Les institutions chargées de l'assurance-invalidité prenaient en charge l'assurance-maladie en ce qui concerne les "tâches qui devaient être le plus efficacement exécutées en commun pour la circonscription de leur ressort" (tâches communes). Ont été définis comme tâches communes : le service des médecins de confiance, la gestion des maisons de cure et de convalescence, la vérification des comptes des caisses et la gestion commune des réserves.

Les caisses-maladie n'étaient plus chargées de l'assurance-maladie que dans la mesure où il ne s'agissait pas de tâches communes.

L'autonomie de gestion des caisses-maladie, pour autant qu'elle se fût manifestée précédemment par l'élection des organes de gestion, fut supprimée. Les attributions de ces organes furent confiées à un directeur (Führerprinzip). Le directeur des institutions centrales d'assurance-rentes devait être un fonctionnaire du Reich. Les directeurs des caisses-maladie étaient nommés par le directeur de l'établissement d'assurance du Land compétent pour la circonscription.

En vue d'éviter les inégalités injustifiées dans le montant des cotisations et des prestations, une charge commune a été créée, mais la responsabilité propre des caisses-maladie en matière économique n'en a pas été affectée. Le ministre du Travail du Reich devait fixer, de concert avec le ministre de l'Economie du Reich et le ministre de l'Alimentation et de l'Agriculture, le pourcentage des charges que les caisses se voyaient ainsi imposer. Toutefois, cette charge commune n'a jamais été créée dans la pratique.

La garantie de l'octroi de l'assistance-maladie aux assurés et aux membres de leur famille a également été profondément modifiée pendant cette période. Cette évolution avait commencé en 1923 déjà. Elle se caractérise en ce que l'assistance médicale est garantie par des associations de médecins de caisses qui collaborent avec les associations de caisses-maladie. Ainsi, les progrès de cette forme de gestion autonome au sein d'associations garantissant la fourniture des prestations de maladie témoignent de l'extension du principe de l'administration par des "associations corporatives" énoncé dans le message impérial de 1881. L'ordonnance sur la Fédération allemande des médecins de caisses, en date du 2 août 1933 (R.G.B.L. I, p. 565) et la douzième ordonnance portant réorganisation de l'assurance-maladie, en date du 6 septembre 1937 (R.G.B.L. I, p. 964), qui a transformé les associations de caisses-maladie (article 414 du Code des assurances du Reich) en organisations obligatoires et organismes de droit public, ont interrompu temporairement cette évolution.

Désormais, les rapports entre médecins et caisses-maladie cessèrent de relever du droit civil.

Ils entrent dans le domaine du droit public.

Tout comme la première guerre mondiale, la deuxième guerre mondiale devait placer les caisses-maladie allemandes devant de nouvelles tâches, dont certaines devaient marquer de façon durable l'évolution ultérieure de l'assurance-maladie allemande. Citons à ce propos :

- 1) la création de l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes par la loi du 24 juillet 1941 portant amélioration des prestations de l'assurance-rentes (R.G.B.L. I, p. 443) et l'ordonnance du 4 novembre 1941 sur l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes (R.G.B.L. I, p. 689).
- 2) la loi sur la protection des travailleuses mères (loi sur la protection de la maternité) du 17 mai 1942 (R.G.B.L. I, p. 321), dont l'application a été confiée aux caisses-maladie.
- 3) la création de la cotisation unique d'assurance sociale, par la deuxième ordonnance sur la simplification de la retenue sur salaire, en date du 24 avril 1942 (R.G.B.L. I, p. 252) qui a chargé les caisses-maladie de recouvrer, en sus de la cotisation de l'assurance-maladie, les cotisations de l'assurance-rentes et de l'assurance-chômage et qui a en outre établi sur une base uniforme le mode de détermination de l'assiette de l'impôt sur les salaires et de la cotisation unique d'assurance sociale.

Enfin, l'arrêté du ministre du Travail du Reich sur l'amélioration de l'assurance-maladie légale, en date du 2 novembre 1943 (Reichsarbeitsblatt II, p. 485) a marqué un nouveau pas en avant,

puisque'il a supprimé la limite de durée imposée au service des prestations de l'assurance-maladie. La limite de durée qui était précédemment imposée pour le service de toutes les prestations des caisses de maladie ne fut maintenue que pour les prestations en espèces, à savoir l'allocation de maladie, l'hospitalisation et les prestations d'accouchement en espèces.

La législation de réorganisation a radicalement modifié la structure de l'assurance-maladie en ce qu'elle a dépouillé les caisses-maladie de leur souveraineté et exclu de leur champ d'activité d'importantes tâches, qui devaient relever par la suite de la compétence des établissements d'assurance des Länder. Comme la vérification des comptes, qui, précédemment, était effectuée par les associations de caisses-maladie fut confiée à l'établissement d'assurance du Land, les caisses-maladie se virent retirer toute possibilité d'éluder les directives et les mesures de l'établissement d'assurance compétent du Land.

Enfin, la suppression des organes de gestion et le transfert de leurs attributions, qui assuraient l'autonomie de gestion des caisses, à un directeur (Leiter) investi à la fois de pouvoirs législatifs et exécutifs, a également eu une importance capitale. Pendant les années qui suivirent (jusqu'en 1945), le directeur se vit certes adjoindre un "comité consultatif" (Beirat) dont les attributions étaient définies, notamment en ce qui concerne l'établissement du budget et la structure des cotisations. Mais l'existence de ce comité consultatif n'a rien changé à l'application du principe du guide (Führerprinzip) dont procédait le principe du directeur (Leiterprinzip).

C'est le directeur commercial qui était nommé directeur de la caisse-maladie. Dans les associations centrales de caisses-maladie, le directeur exerçait ses activités à titre honorifique et devait être nommé directement par le ministre du Travail du Reich.

Les diverses catégories de caisses restèrent telles qu'auparavant, mais leur nombre a sensiblement diminué après la promulgation de la dixième ordonnance portant réorganisation de l'assurance sociale, en date du 26 septembre 1935.

Il existait dans le Reich allemand :

en 1934

1.857 caisses-maladie locales	groupant	12.124.000 assurés
408 caisses-maladie rurales	groupant	1.802.000 assurés
3.135 caisses-maladie d'entreprises	groupant	3.002.000 assurés
710 caisses de corporation de métiers	groupant	529.000 assurés
33 caisses-maladie des mineurs	groupant	564.000 assurés
1 caisse-maladie des gens de mer	groupant	50.000 assurés
47 caisses libres agréées	groupant	1.878.000 assurés

Soit au total :

6.191 caisses-maladie groupant 19.949.000 assurés

en 1937

919 caisses-maladie locales	groupant	13.196.000 assurés
365 caisses-maladie rurales	groupant	1.810.000 assurés
2.978 caisses-maladie d'entreprises	groupant	3.821.000 assurés
298 caisses de corporation de métiers	groupant	658.000 assurés

35 caisses-maladie des mineurs	groupant	701.000 assurés
1 caisse-maladie des gens de mer	groupant	56,000 assurés
29 caisses libres agréées	groupant	2.115.000 assurés
Soit au total :		
4.625 caisses-maladie	groupant	22.357.000 assurés.

La loi concernant la réorganisation de l'assurance sociale a transformé les caisses libres agréées en sociétés de droit public, et les a assujetties au contrôle des autorités de l'assurance sociale. Auparavant, c'était le bureau de surveillance de l'assurance privée de Berlin qui était chargé de la surveillance des caisses libres agréées. La distinction entre caisses libres agréées d'ouvriers et caisses libres agréées d'employés disparut et, de ce fait, le cercle des membres des caisses libres agréées, à savoir des personnes autorisées à s'y affilier fut à nouveau défini sur une base uniforme comme il l'avait été dans le régime en vigueur au 1er avril 1909.

La législation nationale-socialiste a sensiblement élargi le champ d'application de l'assurance-maladie ; le 20 avril 1938, elle a institué l'assurance-maladie pour les survivants des soldats morts à la guerre - qui, au demeurant, fut supprimée par la suite - ainsi que l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes. L'assurance-maladie des personnes enrôlées dans l'armée (Wehrmacht) et des membres de leur famille, dont le Reich devait payer les cotisations, a encore élargi la portée de l'assurance-maladie. De plus, l'affiliation à l'assurance-maladie des millions de travailleurs étrangers employés en Allemagne, qui avaient droit pour eux-mêmes et pour les membres de leur famille à des

prestations qui devaient être servies même à l'étranger, a imposé de nouvelles tâches importantes à l'assurance.

Pendant cette période, les prestations des caisses-maladie ont été étendues, car les limites imposées au service des prestations en espèces furent supprimées ; de plus les caisses-maladie durent également accorder aux femmes enceintes les prestations exigibles en application de la loi sur la protection de la maternité. Le Reich a compensé le surcroît de dépenses imposé aux caisses-maladie par l'application de la loi sur la protection de la maternité en se basant sur les indications qui devaient lui être fournies pour chaque cas particulier.

De plus, la modification des rapports entre les caisses-maladie et les médecins a profondément influé sur la nature des prestations. Les caisses-maladie payèrent désormais les prestations fournies par les médecins en versant un montant forfaitaire à l'association des médecins de caisses de leur circonscription.

De même que précédemment, l'assurance était financée par les cotisations payées à raison d'un tiers par les employeurs et de deux tiers par les assurés. Les caisses-maladie recevaient une indemnité pour le recouvrement des cotisations de l'assurance-rentes et de l'assurance-chômage.

Le montant forfaitaire versé aux caisses-maladie au titre de l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes qui, à l'origine, s'élevait à 3,30 DM par pension et par mois, s'est révélé insuffisant. Au début, la perte financière qu'elles subissaient de ce fait fut compensée en partie par les cotisations payées au titre des personnes enrôlées dans l'armée, car après le début de la guerre, la plupart des membres de la famille des personnes

enrôlées dans l'armée étaient obligatoirement assurées à titre personnel.

Pendant la période qui s'est écoulée de 1914 à 1945, l'Etat n'a pas contribué au financement de l'assurance-maladie, sauf dans le cas de l'assurance-maladie des mineurs.

*

Pendant la cinquième étape de l'évolution historique de l'assurance-maladie allemande qui vient d'être brièvement retracée, l'assurance-maladie a affronté avec succès deux guerres mondiales, une dépréciation totale de la monnaie et une crise économique mondiale, et néanmoins elle a sensiblement étendu la portée de ses prestations.

Pendant cette période, les établissements d'assurance des Länder furent appelés à se charger d'une partie de l'assurance-maladie, et l'autonomie de gestion des caisses a été supprimée ; ces mesures ont eu des répercussions sensibles, certes, mais elles ont cependant été compensées par le renforcement simultané de l'influence des unions centrales. Et pourtant, au terme de cette étape, les caisses-maladie allemandes étaient toujours de véritables institutions d'assurance, en dépit de toutes les appréhensions contradictoires que l'on avait pu nourrir à leur sujet.

Le mérite en revient dans une large mesure à l'action du ministère du Travail du Reich qui, malgré toutes les initiatives divergentes du pouvoir central de l'époque, a assuré le maintien de l'assurance sociale allemande, et, par la même occasion, l'indépendance de l'assurance-maladie allemande.

*

F. Rupture de l'unité juridique
(1945 à 1949)

On a parfois parlé de "crise" de l'assurance-maladie allemande à propos de la période qui s'est écoulée depuis l'effondrement du Reich, en mai 1945, jusqu'à la création de la République fédérale d'Allemagne.

Le terme est erroné car l'assurance-maladie allemande, de par sa nature même, est en mesure de résister aux crises, ce grâce aux principes fondamentaux déjà mentionnés au début du présent rapport dont elle ne s'est pas départie. Seules des influences extérieures ont pu menacer temporairement son existence.

Ce fut une période où l'assurance se ressentit de l'absence de directives centrales et de politique cohérente. Le Conseil de contrôle, par sa décision du 1er octobre 1945 (LL 1100), scella la désintégration territoriale de l'assurance, en ordonnant la suspension des associations de caisses-maladie du Reich et la fermeture de leurs bureaux ; par là il a rendu impossible toute concentration institutionnelle des organismes chargés de l'assurance.

Dans ces circonstances il ne restait plus qu'à tenter d'organiser tout d'abord l'assurance-maladie à l'échelon des Länder et des zones d'occupation. Des associations des caisses-maladie de Länder (Landesverbände) devaient très tôt se constituer dans le cadre de ces limites territoriales.

Le Magistrat des quatre secteurs de la ville de Berlin fut le premier à prendre des mesures d'ensemble en vue de réorganiser sur des bases qui lui seraient appropriées, l'assurance sociale et, partant, l'assurance-maladie. Par un arrêté en date du 14 juillet 1945,

il a défini le régime de l'assurance sociale du territoire de son ressort.

Par cet arrêté, l'office des assurances de Berlin (Versicherungsanstalt Berlin) a été désigné comme l'institution unique chargée de toutes les branches de l'assurance sociale pour les quatre secteurs de la ville. Outre l'assurance-maladie, sa compétence s'étendait donc à l'assurance-accidents, à l'assurance-invalidité et à l'assurance-vieillesse, à l'assurance des employés, à l'assurance des mineurs et à l'assurance-chômage.

Le principe de l'affiliation obligatoire à l'assurance-maladie a été maintenu intégralement, en conformité des dispositions du deuxième livre du Code des assurances du Reich. Avaient droit aux prestations, sans avoir à payer de cotisations, les bénéficiaires de rentes de l'assurance sociale, les victimes du fascisme, les rapatriés, les mutilés de guerre, les survivants de soldats tués à la guerre et les chômeurs. De plus, les bénéficiaires de rentes, les bénéficiaires de l'assistance sociale et les étudiants, au titre desquels l'administration de la ville versait une contribution forfaitaire, avaient droit à certaines prestations de maladie déterminées. La cotisation unique pour toutes les branches de l'assurance a été fixée à 20 pour cent du salaire, jusqu'à la limite de revenus de 7.200 marks, l'assuré et l'employeur versant chacun 10 pour cent. Dans le cas des apprentis, c'est le patron qui devait verser intégralement le montant de la cotisation.

Le 1er avril 1952, l'office des assurances sociales de Berlin s'est scindé pour former les offices des assurances de Berlin-Est et de Berlin-Ouest. En même temps, l'office des assurances de Berlin-Ouest se

divisait dans le cadre de son ressort territorial, pour constituer un office de l'assurance-maladie et un office de l'assurance-rentes. Dans l'intervalle, l'office des assurances de Berlin avait fait retour au "système classique", de sorte qu'à côté de la Caisse-maladie locale générale de Berlin, des caisses d'entreprises, des caisses de corporations et des caisses libres agréées également, pourvoient actuellement à l'assurance-maladie de la population berlinoise.

Dans la zone soviétique également, il fut créé des offices des assurances sociales, dont la compétence englobe les diverses branches de l'assurance ; il en existe en Saxe, en Thuringe, dans le Mecklemburg et en Poméranie (Vorpommern), de même que dans les provinces de Brandebourg et de Saxe (Saxen-Anhalt).

Ce système d'assurance générale existe encore à l'heure actuelle dans la zone sous occupation soviétique. L'assurance-maladie n'y constitue pas une branche indépendante de l'assurance sociale.

Les autorités de la zone sous occupation britannique ne sont pas immiscées dans l'organisation de l'assurance sociale. Elles se sont bornées à édicter des directives ayant trait à certaines mesures particulières. Ainsi, la directive n° 4 du 4 octobre 1947 sur l'assurance sociale, a fixé à 6 pour cent le taux de la cotisation de l'assurance-maladie pour tous les assurés.

Par la suite, les diverses directives relatives à l'assurance sociale ont été complétées ou modifiées par des ordonnances sur l'assurance sociale. Ainsi, l'ordonnance n° 15 du 30 juillet 1947 sur l'assurance sociale a institué une commission provisoire pour les médecins et les caisses-maladie.

Il convient de signaler également à cet égard que, depuis son entrée en vigueur, le premier arrêté relatif à la simplification du régime des prestations et des cotisations de l'assurance sociale, qui fut édicté le 17 mars 1945 dans la zone britannique y a été appliqué sans interruption conformément à une décision de la Commission de contrôle pour l'Allemagne, en date du 18 novembre 1946, mais que tel n'a pas été le cas dans les zones sous occupation américaine et française.

De toutes les puissances d'occupation, ce sont les autorités militaires américaines qui se sont le moins ingérées dans les activités de l'assurance sociale allemande ; elles ont laissé aux autorités des divers Länder de la zone sous occupation américaine le soin d'adopter toutes les mesures requises. Deux offices des assurances de Land devaient être créés ultérieurement dans cette zone, l'un pour la Bavière, à Munich, et l'autre pour le Wurtemberg-Bade, à Stuttgart.

Pour l'essentiel, le régime de l'assurance-maladie est demeuré inchangé dans tous les Länder de la zone sous occupation américaine, à savoir la Bavière, le Wurtemberg-Bade, le pays de Hesse et Brême. En fait, les autorités des Länder n'intervinrent que pour autant qu'il fût nécessaire de promulguer à l'échelon du Land, la réglementation voulue pour préserver la structure des prestations.

L'enclave de Wesermunde-Bremerhaven constitue un cas spécial du fait que les autorités militaires américaines compétentes y ont créé une caisse-maladie unique ; elles ont donc dissous les anciennes caisses et transféré à la seule caisse locale générale de Wesermunde l'administration de l'assurance-maladie.

La plus importante mesure qui ait été prise par les autorités d'occupation de la zone française a été la promulgation, le 27 avril 1946, de l'arrêté n° 39 des autorités militaires. En ce qui concerne l'assurance-maladie, cet arrêté prévoyait qu'à partir du 1er juin 1946, les personnes assujetties à l'assurance en vertu de l'article 165 du Code des assurances du Reich ne pourraient s'affilier qu'aux seules caisses locales générales. Cet arrêté entraîna la dissolution de toutes les caisses d'entreprises et de corporations de métiers et de toutes les caisses rurales, des caisses de l'administration des postes et des entreprises de chemins de fer, de même que la suspension des caisses libres agréées de la zone. La seule assurance particulière qui ait subsisté est l'assurance des mineurs. Une association des caisses-maladie locales a été instituée pour tous les Länder de cette zone d'occupation.

Cette mesure a poussé très avant l'application de la "théorie des trois piliers" (Dreisäulen Theorie) dans la zone sous occupation française. Selon cette théorie, il n'existe qu'une seule institution d'assurance pour les trois branches de l'assurance, assurance-maladie, assurance-accidents et assurance-rentes.

L'arrêté n° 74 du Commandant en chef français, en date du 8 décembre 1946, a profondément modifié l'organisation de l'assurance sociale dans la Sarre. En application de cette ordonnance, le gouverneur a aligné l'assurance sociale sur le régime de sécurité sociale de la France.

Le 1er juillet 1947, les anciennes institutions d'assurance-maladie indépendantes ont été dissoutes. Le personnel et les ressources de ces institutions,

de même que tous leurs droits et obligations, ont été transférés à l'office des assurances du Land de la Sarre, au sein duquel furent créées des divisions chargées de s'occuper des diverses branches de l'assurance.

Les anciennes caisses-maladie locales furent remplacées par huit offices des assurances de district, qui relevaient directement de l'office des assurances de la Sarre (Division de l'assurance-maladie). La réglementation des rapports contractuels avec les médecins, etc., relevait désormais de la compétence de la division de l'assurance-maladie dudit office.

Ainsi donc, c'est en Sarre que la prépondérance de l'office des assurances de Land a été la plus nette. Dans ce Land, les caisses-maladie ont dû renoncer complètement à leur indépendance.

A l'heure actuelle, la situation est inchangée.

Les associations des caisses-maladie de la zone sous occupation britannique fusionnèrent dès 1946 pour créer des organisations professionnelles. En avril 1948, les caisses-maladie locales opéraient une fusion avec l'Union des caisses-maladie locales de la zone sous occupation française (associations de Länder) au sein de l'Association fédérale des caisses-maladie locales de la zone occidentale.

L'office de l'assurance-maladie de Berlin a adhéré à cette association avec le statut d'association de Land. Les caisses des autres catégories ont fusionné de la même manière pour pouvoir mener une action collective.

Quant au corps médical, il n'était pas nécessaire de procéder à des modifications structurelles, puisque la plupart des associations de médecins de caisses

fonctionnaient auparavant à l'échelon des Länder. Abstraction faite des questions touchant aux modalités d'octroi de l'agrément, les relations entre les caisses-maladie et le corps médical ont porté principalement sur le montant des honoraires des médecins.

En conclusion, il convient de signaler à propos de cette période qu'au moment de la réforme monétaire (20 juin 1948) les caisses-maladie ont eu à faire face à leurs obligations à l'égard des assurés à raison de 1 DM pour 1 RM, et qu'elles ne purent obtenir pour elles-mêmes qu'une réévaluation de l'ordre de 6,5 pour cent, en dépit de la modicité de leurs ressources ; de plus, à la différence des sociétés d'assurance privées, les institutions d'assurance sociale ne se virent pas accorder par les établissements financiers des "crédits de compensation" qui les auraient aidés à combler le déficit financier entraîné par la réforme monétaire.

*

La description de la structure, du champ d'application, de la nature des prestations et du financement de l'assurance-maladie pendant cette sixième étape dépasserait le cadre de l'évolution générale de l'assurance dans les diverses zones et dans les divers Länder, puisque les solutions appliquées à l'époque - à l'exception de la réglementation de la zone sous occupation soviétique et du territoire de la Sarre - ont toutes fait place à la législation fédérale uniforme.

*

Il convient cependant d'indiquer que les éléments statiques, qui constituent le fondement de l'assurance-maladie allemande, se sont maintenus pendant cette période d'interrègne.

*

G. Rétablissement de l'unité juridique
(depuis 1949)

C'est la loi fondamentale de la République fédérale d'Allemagne du 23 mai 1949 (R.G.B.L. n° I) qui est à la base du rétablissement de l'unité juridique de l'assurance sociale. D'après cette loi, qui est entrée en vigueur le 24 mai 1949, le droit de l'assurance sociale fait l'objet d'une législation coordonnée (Konkurrierende Gesetzgebung) et relève de la compétence du pouvoir fédéral.

La première loi qui ait été adoptée en vue de réglementer d'importantes questions d'assurance sociale est la loi du 17 juin 1949 sur l'adaptation des prestations de l'assurance sociale à la structure des salaires et des prix et sur la stabilité financière de l'assurance (Sozialversicherungsanpassungsgesetz). (Gesetzblatt des vereinigten Wirtschaftsgebiet, p. 99). Chronologiquement, cette loi relève déjà du champ d'application de la loi fondamentale, mais elle fut néanmoins promulguée simplement, comme une loi du Conseil économique de la zone économique unifiée et elle a été considérée comme la première mesure transitoire adoptée en vue d'uniformiser à nouveau les rapports juridiques au sein de l'assurance sociale.

Cette loi reconnaissait la nécessité d'adapter la structure de l'assurance sociale aux modifications qui étaient intervenues dans la structure des salaires et des prix, et de financer les dépenses supplémentaires qui en résulteraient par un système conforme aux règles de saine économie et aux principes de la politique sociale. Cette loi, bien qu'il se fût agi d'une loi d'urgence que le Conseil économique et le Conseil des

Länder avaient promulguées pour faire face à une situation critique passagère, renfermait néanmoins déjà les éléments fondamentaux qui devaient déterminer l'évolution ultérieure de l'assurance sociale dans la République fédérale.

La loi relative à l'adaptation de l'assurance sociale a apporté les principales modifications suivantes à l'assurance-maladie :

1. La limite du salaire déterminant l'assujettissement à l'assurance a été élevée de 3.600 DM à 4.500 DM par an. Le montant prévu primitivement se chiffrait à 5.400 DM, et même à 7.200 DM selon les propositions de certains Länder.
2. L'allocation de ménage, devenue une prestation normale de l'assurance-maladie a été fixée à 33 1/3 du salaire de base pour les assurés ayant une personne à charge, à 40 pour cent du salaire de base pour les assurés ayant deux personnes à charge, à 45 pour cent pour les assurés ayant trois personnes à charge et à 50 pour cent pour les assurés ayant quatre personnes à charge. Elle était majorée à raison de 5 pour cent du salaire de base au titre de chaque autre personne à charge, jusqu'à concurrence du montant de l'allocation maladie en espèces qui, à l'époque, était fixée à 50 pour cent du salaire de base dans la zone britannique, et à 50 pour cent, au minimum, dans la zone américaine. La loi tenait donc compte de l'inégalité des besoins des familles avec ou sans enfants.
3. La loi prévoyait la parité entre les cotisations versées par l'assuré et l'employeur, qui devaient

chacun payer la moitié de la cotisation. Ainsi fut satisfaite une exigence, qui avait été formulée dans la législation sur la réorganisation de l'assurance promulguée en 1934. Cette égalité dans le paiement de la cotisation devait se refléter ultérieurement dans la composition paritaire des organes des caisses-maladie (voir plus loin).

4. L'article 13 contient l'une des dispositions les plus importantes et les plus frappantes de la loi sur l'adaptation de l'assurance sociale puisqu'il traite de l'assistance financière que les caisses-maladie doivent s'accorder mutuellement. Il prévoit une péréquation des charges financières entre les diverses caisses-maladie. Cet article s'inspire du même esprit que la loi de 1934 concernant la réorganisation de l'assurance-maladie qui avait prévu et défini les "charges communes" des caisses-maladie. Toutefois, ni la "charge commune" définie dans la loi de 1934, ni l'"assistance financière" prévue par la loi de 1949 ne sont concrétisées dans le domaine de l'assurance-maladie.
5. Enfin, la loi fixait le mode de recouvrement des cotisations, que les caisses-maladie doivent, comme par le passé, percevoir au titre de l'assurance-rentes et de l'assurance-chômage également.

La première mesure législative que le gouvernement fédéral ait prise dans le domaine de l'assurance-maladie a été la promulgation de l'ordonnance du 12 mai 1950 étendant les droits et statuts de l'administration de la zone économique unifiée en matière d'assurance sociale aux Länder de Bade, de la Rhénanie-Pfalz, du Württemberg-Hohenzollern et au district bavarois de

Lindau. Cette ordonnance fut appliquée aux Länder de l'ancienne zone sous occupation française dans les mêmes conditions que sur le reste du territoire fédéral, de sorte que la structure de l'assurance-maladie et des institutions d'assurance y est à nouveau en harmonie avec celle du territoire fédéral.

Aux termes de la loi du 22 février 1951 sur l'autonomie de gestion et les modifications des dispositions relatives à l'assurance sociale (BgbI. I, p. 124), qui devait être modifiée partiellement et complétée par la loi du 13 août 1952 (BgbI. I, p. 421, 600, 664) les organes de gestion autonomes sont dans toutes les institutions d'assurance sociale, l'assemblée des délégués (législatif) et le Comité directeur (exécutif). Les organes de l'assurance-maladie se composent pour moitié de délégués des assurés et pour moitié de délégués des employeurs.

Les organes des caisses libres agréées comprennent uniquement des représentants des assurés.

Dans l'assurance minière, le système des "doyens des assurés" (Versicherungsmitteln) a été maintenu.

La loi sur la protection des travailleuses mères (BgbI. I, p. 69), du 24 janvier 1952, revêt une importance particulière pour l'assurance-maladie. Elle s'inspire de la loi du 17 mai 1942 sur la protection de la maternité (voir plus haut) et s'applique à toutes les formes qui sont occupées sous le régime d'un contrat de travail, y compris les travailleuses à domicile.

Cette loi, qui interdit d'employer des femmes en état de grossesse pendant un certain temps avant l'accouchement, vise à protéger la santé de la mère et de

l'enfant. Elle prévoit que l'employeur continuera à verser le salaire pendant les périodes où il est interdit à la femme de travailler et pendant les périodes de protection, et fixe le montant des allocations de maternité et d'allaitement qui sont versées pendant les périodes où les femmes enceintes ne sont pas autorisées à travailler.

Les dépenses supplémentaires au titre des prestations en espèces, qui résultent de l'application de la loi sur la protection de la maternité, sont couverts par le pouvoir fédéral sur la base de décomptes individuels.

La loi du 13 août 1952 portant majoration des limites de revenus dont il est tenu compte aux fins de l'assurance sociale et de l'assurance-chômage (Einkommensgrenzenerhöhungsgesetz), (BgbI. I, p. 437), a porté à 6.000 DM par an la limite maximum du salaire déterminant l'assujettissement à l'assurance, le montant maximum de l'assiette des cotisations, le montant maximum de l'assiette des prestations et le montant des revenus au-delà duquel l'affiliation à l'assurance est facultative.

La loi sur le tribunal social du 3 septembre 1953 (BgbI. I, pp. 1239, 1326) n'a pas seulement rétabli une juridiction unique pour l'assurance sociale, mais elle a également défini la répartition des compétences. Alors que précédemment (jusqu'en 1945) les autorités de contrôle disposaient de pouvoirs de surveillance, que leurs actes avaient un caractère déclaratif de droit et exécutoire, les nouveaux tribunaux sociaux, à l'échelon des districts, les tribunaux sociaux de Land, à l'échelon des Länder, et le tribunal social fédéral

de Cassel, à l'échelon de la République fédérale, ne sont plus désormais que des instances disposant de pouvoirs juridictionnels.

La juridiction sociale est donc exercée par des tribunaux administratifs spéciaux qui ne dépendent pas des autorités administratives.

Il convient également de signaler ici la loi du 9 mai 1956 relative à la création de l'Office fédéral des assurances, au contrôle des institutions chargées de l'assurance sociale et à la définition des compétences administratives en matière d'assurance sociale (Bundesversicherungsamtgesetz) (BgbI. I, p. 415).

Ladite loi régit l'exercice du contrôle des institutions d'assurance du territoire fédéral qui échappe à la juridiction des tribunaux sociaux.

L'ancien Office des assurances du Reich n'avait pas seulement des pouvoirs de contrôle et des pouvoirs juridictionnels ; il était également habilité à édicter des directives administratives de caractère général. C'est désormais le gouvernement fédéral qui remplit cette dernière fonction, avec l'agrément du Conseil fédéral. A la différence de l'ancien Office des assurances du Reich, l'actuel Office fédéral des assurances ne possède plus aucune compétence en la matière.

Le 17 août 1955 marque une date importante pour l'évolution des rapports entre les médecins et les caisses-maladie dans la République fédérale d'Allemagne. C'est à cette date, en effet, que fut publiée la loi modifiant les dispositions du Deuxième Livre du Code des assurances du Reich et complétant la loi sur le tribunal social (Gesetz über Kassenarztrecht)

(BgbI. I, p. 513), tout comme la loi sur les associations de caisses-maladie légales et de caisses libres agréées (Verbände-gesetz - BgbI. I, p. 524).

Les rapports entre les médecins et les caisses-maladie ont été rétablis sur un pied d'égalité, et les uns et les autres sont considérés comme des parties à un rapport contractuel relevant du droit public, qui jouissent de droits égaux et sont reconnus légalement.

Outre les associations de Länder, les associations de caisses-maladie suivantes se sont constituées en application de la loi du 17 août 1955 (voir plus haut) :

l'Association fédérale des caisses-maladie locales,
société de droit public,

l'Association fédérale des caisses-maladie rurales,
société de droit public,

l'Association fédérale des caisses d'entreprises,
société de droit public,

et l'Association fédérale des caisses-maladie des arts
et métiers,

société de droit public,

de même que

l'Association des caisses libres agréées d'ouvriers,
société enregistrée

et l'Association des caisses-maladie d'employés,
société enregistrée.

C'est afin de dissiper définitivement les doutes qu'engendrant toujours l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes d'éliminer des difficultés d'ordre financier, que fut promulguée la loi du 12 juin 1956 sur l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes (BgbI. I, p. 500), en vertu de laquelle l'assurance-

maladie des bénéficiaires de rentes a pris le statut d'une "assurance de catégorie particulière".

Aux termes de la loi, qui est entrée en vigueur le 1er août 1956, les personnes ayant droit ou faisant valoir des droits à une rente acquièrent la qualité de membres réguliers d'une caisse-maladie, si elles ont été assurées contre la maladie pendant une année au moins au cours des cinq années qui ont précédé la présentation de la demande de rente.

L'assurance obligatoire qui découle de l'exercice d'une activité assujettissant le bénéficiaire de la rente à l'assurance l'emporte sur l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes.

La loi du 26 juin 1957 tendant à améliorer la protection économique des ouvriers en cas de maladie (Lohnfortzahlungsgesetz) (BgbI. I, p. 649) a également introduit une innovation importante. En vertu de cette loi, l'allocation de maladie s'élève, depuis le 1er juillet 1957, à 65 pour cent de la rémunération de base pendant les six premières semaines de l'incapacité de travail.

Dans des conditions déterminées, l'employeur doit accorder au travailleur empêché par la maladie de prêter ses services, pendant les six premières semaines de l'incapacité de travail, un supplément aux prestations en espèces de l'assurance-maladie. Ce supplément est égal à la différence entre l'allocation de maladie, y compris toutes les majorations, et 90 pour cent de la rémunération nette afférente à la période qui a précédé le début de la maladie.

Enfin, il faut encore signaler la deuxième loi portant majoration des limites de revenu, du 27 juillet 1957 (BgbI. I, p. 1070). Elle a porté à 7.920 DM par an la limite maximum du salaire déterminant l'assujettissement à l'assurance des employés, la limite des revenus annuels assujettissant les personnes indépendantes à l'assurance et le montant des revenus au-delà duquel l'affiliation à l'assurance-maladie est facultative.

*

Cette septième grande étape, qui se caractérise par le rétablissement de l'unité juridique dans le domaine de l'assurance-maladie allemande et par l'adaptation des prestations de l'assurance à l'évolution actuelle de l'économie, devait influencer sur la structure présente, le champ d'application, la prestation et le financement de l'assurance-maladie sociale dans la République fédérale d'Allemagne dont on trouvera une description détaillée dans les pages qui suivent.

*

II

EVOLUTION ET TENDANCES ACTUELLES

Dans la République fédérale d'Allemagne, le législateur étudie actuellement la réforme de l'assurance-maladie légale, avec le concours actif de tous les participants et intéressés.

Cette réforme ouvre de larges perspectives à l'évolution et à l'orientation futures de l'assurance, mais elle provoque également une stagnation passagère de la législation. Les divers textes qui deviennent caducs sont laissés de côté par le législateur, qui les reprendra à l'occasion de la réforme envisagée.

Il ne semble pas que la réforme prévue puisse toucher aux principes fondamentaux de l'assurance obligatoire, du droit légal aux prestations de l'assurance-maladie, de la responsabilité de l'employeur pour ce qui est du recouvrement des cotisations, et de l'autonomie de gestion.

Malgré la complexité et la multiplicité des mesures qui ont été adoptées par le passé dans le domaine de l'assurance-maladie légale, sous la pression de changements d'ordre financier, social ou politique, mesures qui ont déterminé le caractère hétérogène de la législation allemande relative à l'assurance-maladie, il n'en demeure pas pas moins qu'il n'est guère de domaines juridiques dont les caractéristiques fondamentales se soient maintenues avec autant de constance que dans l'assurance-maladie légale de l'Allemagne.

On indique dans les pages qui suivent les tendances qui, aujourd'hui encore, semblent de nature à entraîner une modification de la structure des prestations de l'assurance-maladie allemande.

1. STRUCTURE

a) Entraide

En Allemagne, l'entraide est actuellement le fondement de l'assurance-maladie sociale. On peut en retracer l'évolution - encore qu'il y ait eu solution de continuité - jusqu'aux plus anciennes formes d'assistance coopérative, qui sont issues des "guildes de protection". On l'a déjà exposée dans la partie I sur l'évolution historique à l'époque contemporaine.

Aujourd'hui encore, le principe de l'entraide coopérative est la pierre angulaire de l'assurance-maladie allemande. Les assurés et les employeurs en constituent les ressources en commun, sans que d'autres organismes (en particulier l'Etat) y contribuent. Il y a entre les associations d'entraide d'autrefois et les institutions chargées actuellement de l'assurance-maladie allemande une filiation directe que l'on peut encore déceler dans certaines caisses libres agréées. On ne peut cependant ignorer qu'au siècle dernier le régime d'entraide était appliqué non seulement par les caisses de secours libres agréées, mais aussi par les caisses de secours obligatoires.

L'institution de l'assurance obligatoire n'a rien changé aux principes de l'entraide coopérative. Elle l'a simplement établie sur une base obligatoire et assujettie à certaines normes dans des cas où cette entraide n'avait pu se manifester spontanément, à cause de difficultés économiques ou de considérations d'ordre politique.

L'expérience montre que toute nouvelle obligation et toute nouvelle organisation obligatoire se heurtent tout d'abord à une opposition. C'est ainsi que l'on peut expliquer pourquoi les "caisses de secours libres enregistrées" et les associations mutuelles d'assurance n'ont connu de véritable essor qu'au moment où la caisse

obligatoire est devenue le nouveau type normal d'institution chargée de l'assurance-maladie allemande. En effet, elles offraient alors aux personnes assujetties à l'assurance la possibilité d'éviter la création de caisses obligatoires.

Cette tendance est particulièrement significative dans le cas des caisses libres agréées d'employés, dont la création a été encouragée par la volonté traditionnelle des employés de régler autant que possible "entre eux" les questions en rapport avec la sécurité sociale.

On relève des tendances parallèles au sein des syndicats d'employés et de l'Institut fédéral d'assurance des employés.

b) Administration de la sécurité sociale par des organismes de droit public.

Bien que le principe fondamental de l'entraide coopérative ait été respecté dans l'assurance-maladie, on relève actuellement sur tout le territoire de la République une tendance à confier l'administration de l'assurance-maladie à des organismes de droit public. Ainsi, même pour les caisses libres agréées, qui ont pourtant succédé aux anciennes associations mutuelles d'assurance, l'organisation de l'assurance est sortie du domaine du droit civil et relève désormais du droit public (1935).

Toutes les institutions d'assurance-maladie sont soit des sociétés de droit public, soit des organismes (par exemple des divisions) dépendant de ces sociétés.

Sont dotées en propre de la personnalité juridique :

- les caisses-maladie locales,
- les caisses-maladie rurales,
- les caisses-maladie d'entreprises,
- les caisses-maladie des arts et métiers,
- les caisses-libres agréées.

Par contre, l'assurance-maladie des mineurs est toujours une section de l'association des mineurs compétente, la caisse de maladie des gens de mer, une section du syndicat des gens de mer (caisse maritime), et les divisions de l'assurance-maladie des offices d'assurance des Länder, des sections desdits offices.

Les offices d'assurance des Länder et les caisses-maladie sont également administrés par un comité directeur. Dans les offices d'assurance des Länder, ce sont des fonctionnaires qui sont chargés de l'administration des affaires courantes et, dans les caisses-maladie, ce sont des employés qui s'en occupent.

Un certain nombre de ces employés sont assujettis à un "règlement de service" et leurs droits et obligations sont assimilés, à certains égards, à ceux des fonctionnaires du gouvernement fédéral et des gouvernements des Länder : de plus, les caisses-maladie occupent des employés chargés des tarifs (Tarifsgestellte); dans tous les cas, il s'agit de tâches ressortissant à la "fonction publique".

On constate toujours chez les employés des caisses-maladie et au sein du gouvernement une tendance à attribuer les postes de direction des caisses-maladie régionales (de même qu'avant 1918) à des fonctionnaires. Cette tendance ne s'est jamais concrétisée avec autant de force qu'en 1933. A l'heure actuelle, elle existe à l'état latent.

c) Régime général et régimes spéciaux

Dans la République fédérale d'Allemagne, la distinction entre "un régime général" et "des régimes spéciaux" que l'on établit parfois dans certains autres pays européens est dénuée de fondement dans le cas de l'assurance-maladie, pour autant que l'on conçoive les régimes spéciaux comme des institutions hétérogènes, qui

continuent de fonctionner à côté du régime général. Mais on peut cependant distinguer un "régime général" et certains "régimes spéciaux", si l'on considère les deux types de régime comme des modes d'expression homogènes du "régime d'ensemble".

Dans ce cas, les caisses-maladie locales et les caisses rurales, à savoir les caisses-maladie dont le ressort s'étend sur un territoire nettement délimité géographiquement (municipalité, district, circonscription rurale) relèvent donc du régime général.

Pour ces caisses-maladie territoriales, c'est toujours l'organisme territorial sur le territoire duquel s'étend le ressort de la caisse-maladie qui est garant de l'assurance.

On ne peut donc parler de régime spécial à propos de l'institution des caisses-maladie rurales, car il n'existe pas des caisses-maladie dans toutes les unités territoriales de la République Fédérale d'Allemagne (voir par exemple p.). Dans les régions où il n'y en a pas, les personnes occupées dans l'agriculture et la sylviculture sont affiliées aux caisses-maladie locales.

Il existe donc des "régimes spéciaux" pour les personnes occupées dans des entreprises ayant institué leur propre caisse d'assurance-maladie. Il en existe également pour les personnes occupées dans des exploitations artisanales et industrielles pour lesquelles des caisses-maladie libres agréées ont été instituées, pour les mineurs et pour les gens de mer.

Les caisses libres agréées des ouvriers et les caisses libres agréées des employés font également partie des régimes spéciaux, puisque l'appartenance à un groupe professionnel déterminé qui, aux termes des statuts, confère le droit d'affiliation à la caisse, est la condition préalable de l'affiliation à une caisse libre agréée. Les caisses libres agréées se distinguent des

autres régimes spéciaux en ce que - théoriquement tout au moins - l'affiliation à une caisse libre agréée - et le retrait de la caisse libre agréée - relève en principe de l'initiative propre de la personne réunissant les conditions requises pour l'affiliation. A cet égard, on se rapportera également à la page .

A l'heure actuelle, les effectifs du régime général sont constants, mais ceux des régimes spéciaux augmentent sans cesse.

Le gouvernement fédéral englobe dans le "régime général" tous les régimes de l'assurance sociale allemande, à l'exception de l'assurance-maladie et de l'assurance-rente des mineurs, et de l'assurance-vieillesse des travailleurs de la métallurgie de la Sarre.

Effectifs des caisses :

Caisses-maladie locales

1952	10.125.000
1956	10.680.000
d'où une augmentation de	555.000, soit 5 %

Caisses-maladie rurales

1952	585.000
1956	504.000
d'où une augmentation de	81.000, soit 1,4 %

Caisses-maladie d'entreprises

1952	2.351.000
1956	2.856.000
d'où une augmentation de	505.000, soit 21 %

Caisses-maladie des arts et métiers (de corporations de métiers)

1952	467.000
1956	709.000
d'où une augmentation de	242.000, soit 51 %

Caisses-maladie des mineurs

1952	658.000
1956	695.000
d'où une augmentation de	37.000, soit 5,6 %

Caisses-maladie des gens de mer

1952	32.000
1956	51.000
d'où une augmentation de	19.000, soit 59 %

Caisses libres agréées des ouvriers

1952	96.000
1956	176.000
d'où une augmentation de	80.000, soit 83 %

Caisses-maladie des employés

1952	2.212.000
1956	3.368.000
d'où une augmentation de	1.156.000, soit 52 %

Les chiffres qui précèdent concernent uniquement les assurés, à l'exclusion des bénéficiaires de rentes.

d) Participation des assurés à l'administration des institutions d'assurance.

Le principe de l'autonomie de gestion est à la base de l'assurance-maladie allemande depuis sa création; et même pendant la période qui s'est écoulée entre 1930 et 1945, il a été généralement respecté, à ceci près qu'à partir de 1935, la gestion, si elle était autonome, n'était plus entre les mains d'organismes corporatifs mais d'individus, à savoir les directeurs (Leiter) des institutions d'assurance.

La loi du 13 août 1952 concernant l'autonomie de gestion et les modifications des dispositions relatives au régime d'assurance sociale (loi sur l'autonomie de gestion) a rétabli l'autonomie de gestion corporative des institutions d'assurance de la République fédérale

d'Allemagne et, du même coup, la participation des assurés et des employeurs à leur gestion.

Mais alors que jusqu'en 1953 les organes des caisses-maladie (assemblée des délégués et comité directeur) se composaient (mêmes proportions que les ressources) pour 2/3 de représentants des assurés et pour 1/3 de représentants des employeurs, la loi sur l'autonomie de gestion a établi, et ce sur la base des modifications apportées au mode de constitution des ressources - la parité au sein des organes (assemblées des délégués et comité directeur). Depuis, les représentants des assurés et les représentants des employeurs se partagent également les sièges dans tous les organes des caisses-maladie rurales, des caisses-maladie d'entreprises et des caisses-maladie de corporations de métiers, de même que dans la caisse-maladie des gens de mer.

Dans les mines, les sièges sont répartis dans le rapport de deux-tiers/un tiers (deux-tiers aux assurés et un tiers aux employeurs), mais, dans les caisses libres agréées, les organes se composent exclusivement de représentants des assurés.

Il ne semble pas que la réforme que l'on envisage d'imposer à l'assurance-maladie doive modifier quoi que ce soit à la structure des organes.

Chaque institution d'assurance-maladie est administrée par une assemblée des délégués et par un comité directeur.

L'assemblée a des fonctions législatives et, dans les limites fixées par la loi et les statuts, elle se prononce sur les statuts de l'institution d'assurance, et en particulier définit la nature et la portée des prestations (prestations supplémentaires) ainsi que le montant des cotisations, établit le budget et approuve les comptes annuels.

Le nombre des membres de l'assemblée des délégués et du comité doit être fixé par les statuts. La loi fixe à

60 personnes (30 et 30), au maximum, le nombre des membres de l'assemblée des délégués.

Le comité directeur est l'organe exécutif. Il administre la caisse dans les limites de la loi et des statuts, en se conformant aux instructions de l'assemblée des délégués. Il représente l'institution d'assurance, judiciairement et extra-judiciairement. Les membres de l'assemblée des délégués qui sont élus au comité directeur cessent d'être membres de l'assemblée à partir du jour où ils commencent à exercer leur mandat.

Chaque organe élit un président et un vice-président, qui doivent être choisis, respectivement, l'un dans le groupe des assurés et l'autre dans le groupe des employeurs (sauf dans le cas des caisses libres agréées).

Dans les mines, le président est toujours un représentant des travailleurs choisi dans le groupe des ouvriers, le premier vice-président un représentant des employeurs, et le second vice-président un représentant des travailleurs choisi dans le groupe des employés. Les organes établissent leur propre règlement intérieur. Le règlement intérieur du comité directeur doit être approuvé par l'assemblée des délégués.

Les membres des organes sont élus librement et au scrutin secret selon le système de la représentation proportionnelle; les élections ont lieu tous les quatre ans. Y participent les assurés (y compris les bénéficiaires de rentes) et les employeurs. Les assurés font un choix entre des listes de candidatures, présentées par les syndicats et par les associations indépendantes d'employeurs, et s'inspirent de considérations professionnelles ou sociales. L'appareil des listes est autorisé.

Seuls sont élus les membres de l'assemblée des délégués laquelle, par la suite, choisit en son sein les membres du comité directeur.

Dans les mines, on élit tout d'abord les doyens des

assurés, qui désignent à leur tous les membres de l'assemblée des délégués.

Le choix des présidents et vice-présidents se fait par les organes respectifs, à savoir par les assemblées des délégués et les comités directeurs siégeant séparément.

La tendance à doter un seul organe des pouvoirs de l'assemblée des délégués (organe législatif) et du comité directeur (organe exécutif) s'est de nouveau manifestée à l'occasion de la réforme, mais l'accord ne s'est pas encore fait sur ce point.

e) Centralisation - Décentralisation

Cette question sera controversée aussi longtemps que l'assurance-maladie allemande se fondera principalement sur une base légale.

Elle se posera avec une acuité nouvelle dans le cadre de la réforme envisagée. Il semble que l'on soit porté à permettre aux caisses obligatoires de conserver leur organisation décentralisée. En tout état de cause, le législateur a jusqu'ici défendu le point de vue que non seulement les caisses-maladie doivent continuer à se répartir en caisses locales et rurales, en caisses d'entreprises et en caisses de corporations de métiers (caisses obligatoires), mais encore que cette forme d'organisation décentralisée s'impose car elle est la plus réaliste.

Les caisses libres agréées sont d'importantes institutions d'assurance centralisées qui, pour leur part, satisfont aux exigences du réalisme dans le cadre de leurs organismes administratifs. Il n'y a pas lieu de s'attendre que cette centralisation, qui s'est maintenue, soit modifiée à l'occasion de la réforme de l'assurance.

L'assurance-maladie des mineurs est décentralisée et relève des diverses associations régionales de mineurs.

La caisse-maladie des gens de mer est une institution d'assurance centralisée et constitue une division de la "Caisse maritime". La caisse-maladie des gens de mer est un organisme spécial du syndicat des gens de mer et, à ce titre, elle relève du champ d'application du quatrième livre du Code des assurances du Reich.

Les tentatives qui ont été faites pendant l'interrègne 1945-1949 en vue de faire centraliser l'organisation de l'assurance-maladie ont avorté du fait du rétablissement de l'unité juridique; sur tout le territoire de la République fédérale l'assurance-maladie est à nouveau organisée sous une forme décentralisée.

Par contre, les autorités de la zone sous occupation soviétique ont imposé non seulement la centralisation de l'assurance-maladie, mais aussi et surtout celle de l'assurance sociale.

f) Rapports avec l'Etat

Les institutions d'assurance-maladie administrent leurs affaires dans les limites fixées par la loi et leurs statuts, lesquels doivent être approuvés par l'autorité de surveillance.

Les statuts contiennent des dispositions concernant :

- le nom et le siège de la caisse
- la nature et l'étendue des prestations
- le taux des cotisations et les échéances
- la composition des droits et obligations du comité directeur
- la composition et la convocation de l'assemblée des délégués
- l'établissement du projet de budget
- l'établissement et l'approbation des comptes annuels
- le montant des indemnités versées aux membres des organismes

- la forme des publications et la revision des statuts.

La surveillance exercée par l'Etat sur les caisses vise simplement à garantir que les institutions d'assurance sont administrées conformément à la loi et à leurs statuts. Elle s'étend également à l'observation du règlement de service applicable aux employés et au règlement de maladie qui est établi par le comité directeur et définit le régime des personnes atteintes d'incapacité de travail.

En principe, la surveillance d'une caisse-maladie incombe aux instances administratives inférieures dans le ressort desquelles la caisse a son siège (Office de l'assurance dans les municipalités ou les districts ruraux). Tel est le cas pour toutes les caisses-maladie locales, les caisses maladie-rurales, les caisses-maladie d'entreprises et les caisses-maladie de corporations de métiers.

La surveillance des institutions d'assurance qui relèvent directement du gouvernement fédéral, à savoir les institutions dont l'activité déborde les frontières d'un Land, par exemple les caisses libres agréées, incombe à l'Office fédéral des assurances de Berlin.

Les autorités de surveillance ont tendance à renforcer et à étendre autant que possible leur autorité sur les institutions d'assurance, alors que l'autonomie de gestion vise normalement à empêcher toute immixtion des organes de l'Etat dans l'administration de l'assurance. Les conflits de compétence ont été innombrables entre les deux institutions jusqu'en 1945, mais depuis la promulgation de la loi sur l'autonomie de gestion, dont l'application s'étend à tout le territoire fédéral, leurs rapports se sont sensiblement améliorés.

Du point de vue financier, les caisses maladie de la République fédérale d'Allemagne sont indépendantes de

l'Etat, tout comme elles le sont du point de vue administratif.

L'Etat accorde à l'assurance-maladie des mineurs une "assistance collective" égale à un pour cent du salaire de base des ouvriers. Ce régime particulier s'explique par la situation particulière des industries extractives, et surtout par l'aggravation des risques de maladie dans cette industrie. Il s'explique également par l'intérêt capital, pour la collectivité, du bon fonctionnement de ce secteur de la production, qui occupe une position-clé dans l'économie allemande.

Ce régime particulier ne limite nullement l'indépendance financière et administrative des caisses de mineurs à l'égard de l'Etat.

*

2. CHAMP D'APPLICATION

a) Personnes protégées directement (assurés)

Lors de l'institution de l'assurance obligatoire allemande, le champ d'application en était limité aux ouvriers, aux compagnons et aux apprentis de l'industrie travaillant dans des exploitations industrielles et artisanales. Il n'englobait donc ni les ouvriers agricoles, ni les employés de toutes catégories, et couvrait exclusivement les personnes qui, selon les conceptions de l'époque, avaient besoin d'une protection.

Depuis, le champ d'application de l'assurance obligatoire a constamment été étendu (voir la partie I) à d'autres groupes de personnes. Cette tendance s'explique par le fait que, lors de l'institution de l'assurance-maladie, le législateur s'est montré extrêmement soucieux de la conjoncture et des conséquences politiques éventuelles de son action, et qu'il a fait preuve de la plus grande réserve en délimitant son champ d'application. L'élargissement constant de l'assurance obligatoire s'explique, d'autre part, par le fait que des groupes toujours plus importants ont eu besoin d'une protection depuis l'institution de l'assurance-maladie légale du Reich.

Cette tendance a été accentuée, notamment, par les deux guerres mondiales et par leurs conséquences.

A l'heure actuelle, les catégories de personnes assurées directement comprennent :

- 1) Les ouvriers - ce terme étant pris dans le sens le plus large - quelque soit le montant de leur rémunération;
 - a) les ouvriers, y compris les contremaîtres, les compagnons et les aides domestiques;
 - b) les équipages de navires allemands affectés à la navigation maritime et intérieure;

- c) les manœuvres et les apprentis.
- 2) Les employés, si le gain annuel qu'ils retirent régulièrement de leur travail ne dépasse pas la limite maximum de 7.920 DM, à savoir :
- a) les employés occupant un poste de direction;
 - b) les employés d'exploitations, contremaîtres et autres employés occupant une situation d'importance similaire ou supérieure;
 - c) les employés de bureau;
 - d) les commis et apprentis du commerce, ainsi que les autres employés affectés à des services commerciaux;
 - e) les membres d'une troupe de théâtre et les musiciens;
 - f) les personnes exerçant une profession qui ressortit à l'éducation, à l'enseignement et à l'assistance, au traitement des malades et à la bienfaisance;
 - g) les capitaines et officiers de navires et les employés occupant un poste élevé.
- Sont également visés aux alinéas a), b), c) et f), les apprentis qui poursuivent régulièrement leur formation professionnelle.
- 3) Les personnes ayant droit ou faisant valoir leur droit à une rente de l'assurance-rente des ouvriers ou des employés, à savoir les personnes :
- a) qui remplissent les conditions voulues pour recevoir une rente de l'assurance-rentes des ouvriers ou des employés, qui ont fait valoir leurs droits à la rente et qui, pendant les cinq dernières années ayant précédé la présentation de la demande, ont été affiliés pendant 52 semaines à une institution de l'assurance-maladie légale, et
 - b) les survivants d'ouvriers, d'employés et de bénéficiaires de rentes de l'assurance-rentes des

ouvriers ou des employés, qui remplissent les conditions voulues pour recevoir une rente de survivant au titre de l'assurance-rentes des ouvriers ou des employés et qui ont effectivement fait valoir leurs droits à la rente. Cette disposition est également applicable aux survivants des employés qui, pendant les cinq dernières années ayant précédé leur décès, ont été affiliés pendant 52 semaines au moins auprès d'une institution de l'assurance-maladie légale.

- 4) Les personnes indépendantes, à savoir :
- a) les travailleurs à domicile;
 - b) les instituteurs, éducateurs et musiciens indépendants qui n'emploient aucun employé dans leur exploitation;
 - c) les artistes;
 - d) les sages-femmes titulaires d'une autorisation d'exercer;
 - e) les personnes s'occupant de soins aux malades, aux femmes en couches, aux nourrissons et aux enfants, qui n'occupent aucun employé dans leur entreprise,

lorsque le revenu du travail régulier de ces personnes ne dépasse pas la limite d'assurance fixée actuellement à 7.920 DM.

- 5) Les personnes réassurées à titre volontaire :
- Les personnes qui cessent d'être assujetties à l'assurance obligatoire, sont autorisées par la loi à se réassurer.

Le survivant ou le conjoint séparé d'un assuré peut se réassurer librement dans les mêmes conditions et de la même façon que le membre assuré. De même, le conjoint d'un membre qui a cessé d'exercer une activité assujettie à l'assurance obligatoire pour occuper un emploi à l'étranger peut se réassurer, pour autant que le membre ne décide pas librement de rester affilié à l'assurance.

6) Ayants droit

Peuvent s'affilier de leur propre gré à l'assurance :

- a) les fonctionnaires et assimilés qui ne sont pas assujettis à l'obligation de l'assurance;
- b) les membres de la famille de l'employeur qui sont occupés dans l'entreprise de celui-ci sans avoir passé de contrat de travail proprement dit et sans recevoir de rémunération;
- c) les chefs d'exploitations ou autres chefs d'entreprises qui n'occupent régulièrement dans leur établissement pas plus de deux personnes assujetties à l'assurance;
- d) les bénéficiaires de rentes et de rentes de survivants servies au titre de l'assurance-rentes des ouvriers ou des employés, s'ils ne sont pas assujettis à l'obligation de l'assurance (voir 1),3)), à condition que leur revenu annuel global ne dépasse pas 7.920 DM.

7) Les bénéficiaires de la prestation de chômage et du secours aux chômeurs.

Aux termes de la loi, sont également assujettis à l'obligation de l'assurance les bénéficiaires d'une prestation de chômage ou du secours aux chômeurs.

8) Groupes spéciaux

En vertu de la loi, le Ministre fédéral du Travail et de la Prévoyance sociale peut décider que les caisses-maladie prendront en charge l'assistance-maladie des groupes de personnes qu'il désigne. A cet effet, il peut déterminer que les personnes ainsi désignées ont la qualité de membres des caisses-maladie :

- a) les élèves infirmières (Lernschwestern) qui s'occupent des soins aux malades;
- b) les élèves infirmières qui s'occupent des soins aux nouveaux-nés et aux enfants;
- c) les élèves sages-femmes;

- d) les élèves infirmières qui s'occupent des soins aux accouchées;
 - e) les personnes participant à des programmes de formation professionnelle.
- b) Personnes protégées indirectement (membres de la famille de l'assuré).

De même que celui des personnes protégées directement, le cercle des personnes protégées indirectement, à savoir au premier chef, les proches de l'assuré et les personnes qui vivent constamment et habituellement en communauté domestique avec lui, s'est progressivement élargi.

Aujourd'hui, les assurés mentionnés à la section a) ont, de par la loi, droit aux prestations de l'assurance-maladie au titre du conjoint et des enfants qui vivent en communauté domestique avec eux, pour autant que ces derniers aient leur résidence habituelle en Allemagne et n'aient pas droit à titre individuel aux prestations de l'assurance-maladie légale. Sont réputés enfants :

- 1) les enfants légitimes;
- 2) les enfants légitimés;
- 3) les enfants adoptifs;
- 4) les enfants illégitimes d'un assuré dont la paternité a été établie;
- 5) les enfants illégitimes d'une femme assurée;
- 6) les enfants d'un autre lit et les petits-enfants lorsqu'ils ont été entretenus de façon prépondérante par l'assuré avant que le risque se soit produit.

Les statuts des diverses caisses peuvent préciser que les prestations seront accordées au titre des enfants jusqu'à ce qu'ils atteignent un âge déterminé. Ils peuvent, en outre, prévoir l'inclusion dans le groupe des membres de la famille d'autres personnes vivant en communauté domestique avec l'assuré, si celui-ci subvient, de façon prépondérante, à leur entretien.

c) Portée générale de l'assurance-maladie sociale

Sous la pression des circonstances, l'assurance-maladie de la République fédérale d'Allemagne tend à s'étendre effectivement à des cercles toujours plus larges. On ne tente pas moins d'assujettir de nouveaux groupes à l'assurance-maladie obligatoire, par exemple en élevant encore le plafond des revenus assujettissant à l'assurance, qui atteint actuellement 7.920 DM.

Cet élargissement du champ d'application de l'assurance s'explique par les fluctuations de la structure sociale du peuple allemand et par le fait qu'en dépit de l'augmentation des revenus, l'économie connaît des fluctuations telles que le nombre des personnes qui peuvent effectivement se passer de la protection de l'assurance va sans cesse diminuant. Il faudra que le législateur examine, en temps opportun, la nécessité d'élargir encore le cercle des personnes protégées, et envisage éventuellement de relever le plafond des revenus assujettissant à l'assurance.

Il est peu probable que la réforme en cours modifie la situation à cet égard.

Sur les quelque cinquante millions d'habitants (exactement 49.507.100) que comptait la République fédérale d'Allemagne en 1956, 19.555.500 personnes (non compris les bénéficiaires de rentes) étaient assurées contre la maladie auprès des caisses-maladie légales (si l'on ajoute 4.454.300 bénéficiaires de rentes, le nombre des personnes directement protégées passe à 24.010.300).

D'après les statistiques officielles du Ministère fédéral du Travail et de la Prévoyance sociale, le nombre des personnes protégées indirectement, à savoir des personnes appartenant à la famille de l'assuré, s'élevait à 15.900.000 au total, à savoir 14.700.000 assurés faisant partie de la famille d'assurés obligatoires ou volontaires,

et 1.200.000 assurés faisant partie de la famille de bénéficiaires de rentes.

A la date de l'enquête (1er décembre 1956), l'assurance-maladie protégeait donc environ 39.900.000 personnes au total, soit 80 pour cent de la population totale de la République fédérale d'Allemagne.

La comparaison du nombre des assurés (y compris les pensionnés) au 1er décembre 1956 et de celui des assurés au 1er décembre 1950, fait apparaître une augmentation d'environ 17 pour cent (24.010.300: 20.443.562).

*

3. PRESTATIONS

a) Prestations en nature

1) Assistance médicale

L'assistance-maladie est accordée en nature.

L'assuré (de même que les membres de sa famille) bénéficie donc gratuitement de l'assistance médicale.

Cette règle est appliquée depuis la création de l'assurance-maladie sociale allemande. Elle a suscité de nombreuses difficultés entre les caisses-maladie et le corps médical organisé. Les différends qui ont surgi à cet égard portaient principalement sur les modalités d'octroi de l'agrément et sur les questions d'honoraires.

Les efforts conjugués qu'ont déployés les deux parties en vue d'arriver à une solution viable ont abouti comme suit :

Pour garantir l'assistance médicale aux membres des caisses et aux membres de leur famille, les caisses-maladie (Associations des caisses-maladie) concluent des contrats collectifs avec les associations des médecins de caisses participantes. Aux termes de ce contrat, les associations des médecins de caisse sont tenues de pourvoir à l'assistance médicale. Les caisses-maladie paient à ce titre une somme globale dont le montant est fixé dans chaque cas avec l'accord de l'association des médecins de caisse compétente (montant forfaitaire par tête).

Le médecin de caisse (Kassenarzt) reçoit de l'association des médecins de caisse une fraction de la rétribution globale qui est fonction des prestations qu'il a fournies au cours d'une période déterminée.

Les caisses libres agréées ne participent pas au système exposé ci-dessus. Elles ont leurs propres modalités d'octroi de l'agrément et rétribuent le médecin en fonction des prestations fournies, sur la base d'un règlement spécial.

L'assurance-maladie des mineurs travaille surtout avec des médecins de famille (Sprengelarzt) qui sont étroitement liés (dans le cadre de rapports contractuels) à l'association des mineurs et qui reçoivent au titre de leurs activités une rétribution fixe (montant de base qui varie en fonction du nombre d'assurés et de membres de famille ayants droit inscrits chez le médecin).

Les dentistes sont payés en partie selon un tarif forfaitaire, en partie au titre des prestations qu'ils ont effectivement fournies.

Les assurés et les membres de la famille ayants droit ont le libre choix du médecin.

Dans les cas où les caisses-maladie exploitent des établissements qui leur appartiennent en propre (instituts radiologiques et cliniques dentaires), l'assuré et les membres de sa famille ont le droit de s'y faire soigner gratuitement, plutôt que de s'adresser à un médecin (dentiste) exerçant à titre privé.

Les rapports entre les caisses-maladie et les médecins sont réglementés par la loi du 17 août 1945 sur le statut des médecins de caisse. Ladite loi traite de l'assistance médicale aux assurés et aux membres de leur famille, de même que des rapports entre médecins et caisses-maladie, (notamment des modalités d'octroi de l'agrément aux médecins de caisse) sur lesquels se fonde l'activité desdits médecins, de la nature du contrat, de l'arbitrage des différends, de la constitution des associations des médecins de caisse et de la Fédération des associations des médecins de caisse, ainsi que de la création de commissions de médecins et de caisses-maladie à l'échelon des Länder et à l'échelon fédéral.

Les indications qui précèdent sont également valables pour les dentistes.

Cette réglementation tend à encourager les médecins (dentistes) et les caisses-maladie à collaborer au sein

des commissions des Länder et des commissions fédérales, à assurer conjointement le fonctionnement du service des médecins de confiance et à promouvoir l'application de mesures sanitaires prophylactiques et la prévention des maladies.

La question de savoir si, dans le cadre de la réforme de l'assurance-maladie allemande, l'assuré (ou les membres de sa famille) sera invité à participer aux frais du traitement médical (participation au coût ou ticket modérateur) pose l'un des problèmes les plus controversés à l'heure actuelle. Au cas où la participation au coût envisagée serait instituée à titre de mesure de financement, il se pourrait qu'elle n'atteigne pas le but visé. On s'efforce de la présenter comme une mesure éducative, car elle permettra à l'assuré de mieux se rendre compte de la valeur matérielle du traitement médical et l'empêchera de faire un usage abusif de ces prestations.

On ne peut encore rien dire pour ce qui est de la nature, de la forme et de la portée des mesures envisagées.

Pour avoir droit aux soins du médecin (dentiste) l'assuré doit présenter une feuille de maladie.

La feuille de maladie prouve au médecin (dentiste) que la malade a la qualité de membre d'une caisse-maladie, et en même temps elle sert de base pour les règlements de comptes de l'Association des médecins de caisse compétente.

Le droit perçu au moment de la remise de la feuille de maladie, qui avait été maintenu dans certains Länder de la République fédérale (voir page), a été supprimé en juillet 1956.

*

Les caisses-maladie du territoire fédéral ont dépensé au titre des traitements médicaux (y compris les traitements dentaires) :

en 1950	582 millions de DM
en 1956	1.298 millions de DM

Les dépenses ont donc augmenté de 716 millions de DM, soit de 123 pour cent.

2) Fourniture de médicaments, remèdes et moyens thérapeutiques

Dans la République fédérale d'Allemagne, la fourniture des médicaments, remèdes et moyens thérapeutiques relève, en principe, de l'assistance-maladie et doit donc être assurée gratuitement. Les caisses-maladie assurent la fourniture de tout médicament prescrit par le médecin, à l'exclusion, toutefois, des spécialités pour lesquelles le fabricant fait de la publicité dans la presse. Il appartient au médecin de caisse d'observer les principes de saine économie et de se borner à prescrire uniquement les médicaments nécessaires.

Il arrive même que des médicaments modernes coûteux, tels que les antibiotiques, soient prescrits par le médecin de caisse, auquel cas les pharmaciens les fournissent pour le compte des caisses-maladie.

Sont considérés comme moyens thérapeutiques : les lunettes et bandages herniaires, qui sont fournis dans la présentation admise usuellement par les caisses et sont donc de bonne qualité, le matériel de pansement et les petits appareils d'orthopédie.

Le droit sur les ordonnances (participation de l'assuré au coût des médicaments), qui avait été institué par l'arrêté d'urgence du 25 juillet 1930, a été supprimé vers le milieu du mois de juillet 1956.

Outre les médicaments et moyens thérapeutiques, l'assurance-maladie allemande peut également accorder une contribution au coût des prothèses ou des moyens thérapeutiques fournis aux personnes défigurées ou estropiées qui leur sont nécessaires, à la fin du traitement

médical, pour maintenir ou rétablir leur capacité de travail. L'importance des contributions de cette nature est déterminée par les statuts des caisses.

L'assuré se procure les médicaments et moyens thérapeutiques dans les pharmacies, et les lunettes, bandages herniaires, pansements, etc., auprès des opticiens, des bandagistes et des orthopédistes.

Les caisses-maladie ont conclu avec ces fournisseurs des contrats, dont les plus importants sont ceux qui ont été passés avec les propriétaires et gérants de pharmacies.

Le rabais général que les pharmacies consentent aux caisses-maladie s'élève actuellement à 7 pour cent, lorsque le montant de la facture mensuelle est supérieur à 25 DM.

Les caisses-maladie du territoire fédéral ont dépensé au titre des médicaments et moyens thérapeutiques (y compris les prothèses dentaires) :

en 1950	438 millions de DM
en 1956	811 millions de DM

Les dépenses ont donc augmenté de 373 millions de DM, soit de 85 pour cent.

3. HOSPITALISATION

A l'assistance-maladie (à savoir les soins médicaux et l'allocation de maladie), la caisse peut substituer le traitement et l'entretien dans un hôpital. Il appartient à la caisse de se prononcer, en conscience, dans chaque cas particulier, sur la nécessité de l'hospitalisation. Mais alors qu'auparavant la décision ne pouvait faire l'objet d'aucun recours, elle peut maintenant être attaquée devant le tribunal social.

De même que, dans le cas du traitement médical, l'assuré qui a besoin d'être hospitalisé a, en principe, le libre choix entre tous les hôpitaux existants. Toutefois, les statuts de la caisse peuvent habiliter le Comité directeur à n'autoriser l'hospitalisation que dans certains hôpitaux seulement et, le cas échéant, à refuser de couvrir les frais d'hospitalisation dans d'autres hôpitaux, sauf en cas d'urgence.

Les rapports entre les hôpitaux et les caisses-maladie sont régis par des contrats, qui fixent notamment le tarif des soins d'hospitalisation. Il semble que les divers hôpitaux aient tendance à ne plus négocier séparément les tarifs des soins d'hospitalisation avec les caisses-maladie, mais à former des associations économiques qui se chargent de négocier les tarifs. D'après le régime actuel de contrôle des prix, il y a lieu de tenir compte de la situation économique des caisses-maladie.

Dans de nombreuses circonscriptions, les hôpitaux sont classés, selon leur grandeur, selon l'effectif du personnel médical qu'ils occupent et les installations techniques dont ils sont dotés, dans des catégories différentes pour lesquelles les caisses appliquent des tarifs différents.

Les administrations des hôpitaux, ou les organismes chargés de l'administration des hôpitaux et leurs associations, d'une part, et les caisses-maladie et leurs

associations, d'autre part, ne sont toujours pas d'accord sur la question de savoir s'il y a lieu de tenir compte, lors de l'établissement du tarif, du coût général des hôpitaux, à savoir des capitaux investis au départ, des provisions pour amortissement et du coût de construction.

D'après le Code fédéral des assurances, seuls sont considérés comme prestations normales des caisses-maladie le traitement et l'entretien dans un hôpital; de l'avis des caisses-maladie, le coût des constructions, etc., de même que l'aménagement des salles d'isolement, ne devraient donc pas être pris en considération. Elles font valoir que l'entretien des hôpitaux est une affaire d'intérêt public et ne concerne donc pas exclusivement les institutions d'assurance-maladie. Les hôpitaux, ou plutôt leurs administrations et leurs associations, font état du prix de revient, qui englobe parfois des montants importants au titre de l'aménagement des bâtiments et des installations techniques.

**

Les caisses-maladie du territoire fédéral ont dépensé, au titre du traitement et de l'entretien dans les hôpitaux :

en 1950	438 millions de DM
en 1956	816 millions de DM

Les dépenses ont donc augmenté de 378 millions de DM, soit de 86 pour cent.

*

4. Catégories d'assurés sociaux auxquelles sont accordées des prestations en nature.

Dans la République fédérale d'Allemagne, les prestations en nature de l'assurance-maladie sont, en principe, accordées de la même façon et dans les mêmes proportions à tous les ayants droit, partant, à l'assuré lui-même et aux membres de sa famille également, et ce en cas de maladie aussi bien qu'en cas de grossesse ou d'accouchement. L'assurance-maladie allemande n'exclut aucune catégorie d'assurés du bénéfice du droit aux prestations en nature.

Les bénéficiaires de rentes ont droit aux prestations en nature dans les mêmes conditions que tous les autres assurés.

5. Début et durée du service des prestations en nature.

Depuis 1943, l'assurance-maladie allemande n'impose de stage que pour le service des prestations de maternité.

On trouvera des indications détaillées à ce sujet dans la section consacrée à l'assistance de maternité, à la page ci-après.

Les stages imposés pour l'octroi de l'assistance maternité aux membres de la famille de l'assuré sont les mêmes que pour l'assistance de maternité (Voir ci-après, p.).

La caisse peut faire passer un examen médical aux ayants droit qui s'affilient librement à l'assurance. Au cas où le certificat de santé n'est pas satisfaisant, la caisse peut différer d'un mois l'affiliation de l'ayant droit.

Le service des prestations en nature est illimité dans le temps, et ce depuis l'entrée en vigueur de l'arrêté du Ministère du Travail du Reich portant amélioration de l'assurance-maladie légale, en date du 2 novembre 1943.

Ainsi, depuis novembre 1943, le service des prestations en nature est assuré sans limite de durée.

Si un membre cesse d'être affilié à l'assurance mais

continue de percevoir l'allocation de maladie de l'assurance, le service des prestations en nature prend fin au plus tard 26 semaines après le moment où il a quitté l'assurance.

L'hospitalisation n'est pas une prestation accordée exclusivement en nature, au sens de la loi. Elle se substitue aux soins médicaux et à l'allocation de maladie. Il s'ensuit que le service en est limité dans le temps au même titre que s'il s'agissait d'une prestation en espèces (allocation de maladie, etc.). On trouvera des indications détaillées à ce sujet à l'alinéa b) ci-après.

b) Prestations en espèces

L'assurance-maladie allemande n'impose en principe pas de stage pour l'ouverture du droit aux prestations en espèces. En cas d'octroi de l'assistance de maternité, notamment de l'assistance de maternité aux membres de la famille de l'assuré, la loi impose un stage pour l'ensemble des droits aux prestations, et non uniquement pour le droit aux prestations en espèces.

1. Allocation de maladie

aa) l'allocation de maladie est calculée à partir du quatrième jour d'incapacité de travail. Elle est calculée à partir du premier jour lorsque l'incapacité de travail dure plus de deux semaines, ou qu'elle a été provoquée par un accident du travail ou par une maladie professionnelle au sens de l'assurance légale contre les accidents.

bb) en cas d'incapacité de travail, l'allocation de maladie est versée pendant une durée de 26 semaines, même si l'assuré contracte une nouvelle maladie dans l'intervalle. Si l'assuré a recouvré sa capacité de travail, mais qu'il continue à avoir besoin d'un traitement et qu'il est à

nouveau atteint dans sa capacité de travail en raison d'une nouvelle maladie, il réacquiert le droit aux prestations. La période de 26 semaines peut être prolongée lorsque le médecin de confiance atteste que l'assuré pourra récupérer sa capacité de travail dans un avenir prévisible.

Les statuts des diverses caisses peuvent porter la durée du service de l'allocation de maladie à 52 semaines.

- cc) Le droit aux prestations reste acquis, même si le rapport de travail assujettissant à l'assurance prend fin pendant la période d'incapacité de travail.
- dd) L'allocation de maladie s'élève à 65 pour cent du salaire de base pendant les six premières semaines de l'incapacité de travail, et à 50 pour cent à partir de la septième semaine. Le salaire de base sert d'assiette au calcul des prestations en espèces. Est considérée comme salaire de base la fraction de la rémunération du travail afférente à un jour de l'année civile, jusqu'à concurrence de 22 DM par jour d'année civile (660 DM par mois), montant de la limite de la rémunération assujettissant à l'assurance.

Pour ce qui est de l'assuré ayant une personne à sa charge, dont il a jusqu'alors entièrement ou de façon prépondérante assuré l'entretien et qui vit en communauté domestique avec lui, l'allocation de maladie peut être majorée à concurrence de 4 pour cent du salaire de base, puis de 3 pour cent du salaire de base au titre de chaque autre personne à sa charge. La somme de l'allocation de maladie et des suppléments ne peut excéder 65 pour cent du salaire de base.

A partir de la septième semaine d'incapacité de travail, les statuts de la caisse peuvent porter le montant de l'allocation de maladie à 60 pour cent du salaire de base*. De plus, les statuts peuvent prévoir que l'allocation de maladie d'un assuré ayant des personnes à sa charge pourra être majorée à partir de la septième semaine, dans les mêmes conditions que celles qui sont fixées pour l'allocation de maladie normale. Le supplément ne peut dépasser plus de 10 pour cent du salaire de base, au titre du conjoint, et plus de 5 pour cent, au titre de chaque autre personne à charge. Le total de l'allocation de maladie et des suppléments ne doit pas, en principe, dépasser 75 pour cent du salaire de base.

ee) L'assuré qui est hospitalisé doit recevoir une indemnité de ménage qui s'élève à 25 pour cent de l'allocation de maladie. Si l'assuré a jusqu' alors entretenu entièrement ou de façon prépondérante les membres de sa famille, l'indemnité s'élève pour le conjoint aux deux tiers de l'allocation de maladie, et pour chaque autre membre, à 10 pour cent de l'allocation de maladie. L'indemnité de ménage ne peut être supérieure à l'allocation de maladie. Elle peut être versée directement aux membres de la famille, si elle est supérieure à 25 pour cent de l'allocation de maladie.

Ces dispositions sont également applicables lorsque la caisse pourvoit à l'entretien de l'assuré dans une maison de convalescence, ou dans un foyer, ou dans une maison de cure.

* Prestation normale : 50 pour cent.

- ff) Le versement de l'allocation de maladie et de l'indemnité de ménage est suspendu aussi longtemps que l'assuré continue de recevoir un traitement ou un salaire pendant la durée de l'incapacité de travail.
- gg) Les personnes faisant valoir leurs droits à une rente et les bénéficiaires de rentes n'ont pas droit aux prestations en espèces que constituent l'allocation de maladie et l'indemnité de ménage.

2. Allocation au décès

- 1) Allocation due en cas de décès du membre
 - aa) Aucun stage n'est imposé pour l'allocation due en cas de décès.
 - bb) En cas de décès d'un membre de la caisse, l'allocation s'élève à vingt fois le salaire de base, et au minimum à 100 DM. Les statuts de la caisse peuvent fixer l'allocation à un montant atteignant jusqu'à 40 fois le salaire de base, et en arrêter le minimum à 150 DM.
 - cc) Lorsqu'un malade meurt des suites de la même maladie dans le courant de l'année suivant la date à laquelle le service de l'allocation de maladie, ou de l'allocation de maladie et de l'hospitalisation allouée au titre de la même maladie a cessé, l'allocation au décès est versée, à condition qu'il ait été atteint d'incapacité de travail jusqu'au moment du décès.
 - dd) A droit à l'allocation due en cas de décès d'un assuré, la personne qui a payé les frais d'ensevelissement ou qui s'en est chargée. Ont droit à l'excédent, s'il y en a un, les héritiers se succédant dans l'ordre prévu par la loi, s'ils vivaient en communauté domestique avec le défunt.

au moment du décès. A défaut de ces ayants-droit, l'excédent reste à la caisse.

2. Allocation due en cas de décès d'un membre de la famille de l'assuré

aa) En cas de décès du conjoint ou d'un enfant né vivant, ou d'un membre de la famille de l'assuré vivant en communauté domestique avec lui et dont celui-ci a assuré entièrement ou de façon prépondérante l'entretien, l'assuré reçoit une allocation au décès.

Les statuts peuvent autoriser l'octroi d'une allocation au décès lorsqu'une femme met au monde un enfant mort-né.

L'attribution de l'allocation due en cas de décès d'un membre de la famille de l'assuré n'est pas subordonnée non plus à une période de stage.

bb) L'allocation due en cas de décès d'un membre de la famille d'un assuré s'élève à la moitié de l'allocation due en cas de décès de l'assuré, et au minimum à 50 DM. Elle est réduite du montant de l'allocation au décès pour laquelle le défunt était obligatoirement assuré à titre individuel.

cc) C'est l'assuré lui-même qui reçoit l'allocation de décès due en cas de décès d'un membre de sa famille.

3. Assistance maternité

1) Assistance maternité accordée à l'assurée

aa) La caisse accorde une contribution unique aux frais d'accouchement, qui s'élève à 10 DM.; le montant peut en être porté à 25 DM par les statuts de la caisse.

Si la grossesse n'est pas menée à terme, la caisse

verse une contribution de 6 DM au titre des frais nécessités par la grossesse compliquée.

- bb) La caisse doit accorder une allocation d'accouchement égale à 50 pour cent du salaire de base et, au minimum, à 0,50 DM par jour, pendant les quatre semaines qui précèdent, et pendant les six semaines qui suivent l'accouchement. Cette allocation s'élève toutefois aux $\frac{3}{4}$ du salaire de base pour la période qui précède l'accouchement, si la femme enceinte n'exerce aucune activité rémunérée.

La moitié seulement de l'allocation d'accouchement est versée au titre de toute période comprise dans la période d'indemnisation qui suit l'accouchement pendant laquelle l'accouchée travaille moyennant rétribution.

Avant l'accouchement, la durée du versement de l'allocation d'accouchement est prolongée de deux autres semaines, lorsque la femme enceinte n'exerce aucune activité rémunérée et lorsque le médecin ou une sage-femme atteste que l'accouchement aura probablement lieu dans un délai de six semaines. En cas d'erreur du médecin ou de la sage-femme dans la détermination du moment de l'accouchement, la femme enceinte a néanmoins droit à l'allocation d'accouchement pendant la période qui s'écoule entre la date présumée de l'accouchement, qui est portée sur l'attestation médicale, et l'accouchement.

Aucune prestation en espèces n'est accordée en sus de l'allocation d'accouchement. Les statuts peuvent étendre à 13 semaines la durée du service de l'allocation d'accouchement, et en porter le montant aux $\frac{3}{4}$ du salaire de base.

cc) L'allocation d'allaitement est égale à 25 pour cent du salaire de base et, au minimum, à 0,50 DM par jour; elle est versée jusqu'à l'expiration de la 26^{me} semaine qui suit l'accouchement. Toutefois, elle est versée au taux minimum à partir de la 13^{me} semaine, à moins que les statuts ne fixent un taux supérieur. Par décision du Comité directeur, la caisse-maladie peut fixer un taux maximum.

La condition de l'octroi de l'allocation d'allaitement est que la femme allaite elle-même le nouveau-né.

- dd) En cas de décès de l'assurée pendant l'accouchement ou pendant la durée de son droit à l'assistance maternité, les sommes dues au titre des allocations d'accouchement et d'allaitement sont versées, jusqu'à l'expiration de la période légale de service des prestations, à la personne qui subvient à l'entretien de l'enfant.
- ee) Les droits subsistent également, les mêmes conditions étant données, lorsque l'assurée cesse, en raison de sa grossesse, de participer à l'assurance au cours des 6 semaines qui précèdent l'accouchement.
- ff) Les prestations au titre de l'assistance-maternité ne sont accordées qu'aux assurées qui, dans le courant des deux dernières années ayant précédé le jour de leur délivrance, ont participé, durant 10 mois au moins, et au cours de la dernière année qui a précédé l'accouchement, durant six mois au moins, à une institution légale de l'assurance-maladie.

Ces délais de deux ans, ou d'un an, sont prolongés des périodes pendant lesquelles l'assurée a bénéficié de l'assistance publique.

gg) Les statuts peuvent accorder aux femmes enceintes qui sont affiliées à la caisse depuis six mois au moins et qui sont atteintes d'une incapacité de travail du fait de leur grossesse, une allocation de grossesse égale à l'allocation de maladie pendant une période maximum de six semaines.

2) Assistance-maternité accordée aux membres de la famille de l'assuré

aa) La caisse accorde une contribution unique aux frais d'accouchement, qui s'élève à 10 DM et peut être portée à 25 DM. Si la grossesse n'est pas menée à terme, la contribution aux frais nécessités par la grossesse compliquée s'élève à 10 DM.

bb) La caisse accorde une allocation d'accouchement qui s'élève à 0,50 DM par jour, pendant les quatre semaines qui précèdent, et pendant les six semaines qui suivent l'accouchement.

Les statuts peuvent porter le montant de l'allocation d'accouchement à 25 pour cent du salaire de base de l'assurée, et en étendre la durée à 13 semaines.

cc) La caisse accorde une allocation d'allaitement, s'élevant à 0,50 DM par jour, jusqu'à l'expiration de la 26^{me} semaine consécutive à l'accouchement;

dans ce cas également, la condition de l'octroi de l'allocation d'allaitement est que la femme allaite elle-même le nouveau-né.

Les statuts peuvent fixer le montant de l'allocation d'allaitement à 25 pour cent du salaire de base de l'assurée.

- dd) En cas de décès de la bénéficiaire pendant l'accouchement ou pendant la durée de son droit à l'indemnité, les sommes dues au titre des allocations d'accouchement et d'allaitement sont versées, jusqu'à l'expiration de la période légale de service de l'allocation, à la personne qui subvient à l'entretien de l'enfant.
- ee) L'assistance-maternité est également accordée aux membres de la famille de l'assuré lorsque l'accouchement a lieu dans les neuf mois qui suivent le décès de l'assuré.
- ff) Les prestations de maternité accordées aux membres de la famille de l'assuré ne sont allouées que si l'assuré a, dans le courant des deux dernières années ayant précédé l'accouchement, participé durant 10 mois au moins, et dans le courant de la dernière année qui a précédé le jour de la délivrance, durant six mois au moins, à une institution légale d'assurance maladie.
- Ces délais de deux ans, ou un an, sont prolongés de la période pendant laquelle l'assurée a bénéficié de l'assistance publique.
- gg) Les statuts peuvent accorder aux femmes enceintes qui sont affiliées à la caisse depuis six mois au moins et qui sont atteintes d'incapacité de travail du fait de leur grossesse, une allocation de grossesse égale à l'allocation de maladie, pendant six semaines au maximum.

*

Dans la République fédérale d'Allemagne, le service des prestations en espèces de l'assurance-maladie (y compris l'hospitalisation), à la différence de celui des prestations en nature, est assujéti à une limite de durée.

Il se peut qu'à la suite de la réforme prochaine de l'assurance, la limite de durée soit également supprimée pour les prestations en espèces (y compris l'hospitalisation). Ainsi, en cas d'incapacité de travail prolongée, la soudure sera opérée avec le début du service de la rente-invalidité. Cette mesure serait conforme à l'esprit de la loi du 25 mai 1903, qui a prolongé la durée du service des prestations de l'assistance-maladie de 13 à 26 semaines, de façon à éviter toute interruption avant le début du service des prestations de l'assurance-accidents légale (voir partie I, alinéa c)).

*

c) Prestations normales et prestations supplémentaires.

Les prestations minima prescrites par la loi sont des "prestations normales", et se distinguent des prestations supplémentaires qui doivent être établies par les statuts.

La loi définit la nature et l'étendue des prestations normales, et fixe des normes minima applicables en la matière. Pour ce qui est des prestations supplémentaires la loi fixe seulement le plafond des prestations que les diverses caisses peuvent accorder dans le cadre des statuts. Les diverses caisses peuvent agir en toute liberté à l'intérieur des limites comprises entre les prestations minima et maxima prévues par la loi.

Au cas où la caisse fait usage de son droit d'accorder des prestations supplémentaires - c'est le cas de presque toutes les caisses-maladie de la République fédérale - ces prestations doivent être accordées, sans distinction aucune, à tous les ayants droit, conformément au principe de l'égalité de traitement.

*

Les caisses-maladie de la République fédérale d'Allemagne ont dépensé au titre de l'allocation de maladie

en 1950	436 millions de DM
en 1956	1.020 millions de DM

Les dépenses ont donc augmenté de 584 millions de DM, soit de 134 pour cent.

La somme des dépenses nettes, y compris les frais d'administration, des caisses-maladie de la République fédérale s'est élevée

en 1950	à 2.278 millions de DM
en 1956	à 4.932 millions de DM

Elles ont donc augmenté de 2.654 millions de DM, soit de 112 pour cent.

*

L'assuré a droit, pour lui-même et pour les membres de sa famille, aux prestations prévues par la loi et par les statuts des caisses. Ce droit aux prestations est l'un des fondements de l'assurance-maladie allemande. La personne qui présente une demande de prestations et qui s'estime lésée par la décision de la caisse peut recourir aux voies de droit et engager une action judiciaire devant les tribunaux sociaux.

En principe, la procédure est gratuite pour les assurés.

*

d) Détermination du droit aux prestations par la voie judiciaire (tribunaux sociaux)

Sont compétents pour connaître des différends relevant du domaine de l'assurance sociale les tribunaux sociaux institués en application de la loi du 3 septembre 1953 sur les tribunaux sociaux.

La juridiction sociale est donc exercée par des tribunaux administratifs spéciaux, qui sont indépendants des autorités administratives.

Ce sont les tribunaux sociaux et les tribunaux sociaux de Land qui exercent la juridiction sociale à l'échelon du Land, et c'est le tribunal social fédéral de Cassel qui se prononce en dernière instance, à l'échelon fédéral.

Le service chargé de la procédure d'opposition (Widerspruchsstelle) de l'institution engage une "procédure préliminaire" avant d'intenter une action devant les tribunaux sociaux, action qui suit le cours de la procédure civile. Elle précède le dépôt de la plainte et offre à l'institution d'assurance la possibilité d'examiner elle-même l'acte administratif attaqué par l'assuré, avant que l'action soit engagée devant les tribunaux.

La procédure préliminaire s'engage au moment où la caisse fait opposition à la requête de l'assuré, et l'action devant les tribunaux sociaux au moment du dépôt de la plainte.

4. FINANCEMENT

Les caisses-maladie sont indépendantes financièrement.

A l'exception de l'assurance-maladie des mineurs, l'assurance-maladie allemande ne bénéficie d'aucune subvention de l'Etat.

Ce sont les cotisations qui fournissent les ressources nécessaires à l'octroi des prestations prévues par la loi et par les statuts, à la constitution des réserves et à la couverture des frais d'administration.

a) Cotisations

Les caisses-maladie doivent veiller elles-mêmes à équilibrer leurs recettes et leurs dépenses. En fait, elles appliquent un système de répartition de telle manière que le montant de la cotisation suffise aux besoins financiers dans chaque cas particulier.

La cotisation est fonction du salaire de base et elle est calculée à un taux donné (pourcentage).

Chaque année l'assemblée des délégués de chaque caisse-maladie établit un projet de budget où recettes et dépenses sont équilibrées. Les excédents éventuels peuvent servir à améliorer les prestations.

Chaque caisse-maladie fixe elle-même le pourcentage auquel s'élèveront les cotisations qui doivent être payées par les membres obligatoires et par les membres volontaires respectivement. Si elle est obligée de fixer le taux des cotisations à plus de 7 1/2 pour cent du salaire de base, la caisse doit obtenir l'autorisation des autorités de surveillance. Au cas où une cotisation égale à 9 pour cent du salaire de base ne suffirait pas à assurer le

service des prestations normales, le taux des cotisations ne peut être élevé que par une décision unanime des employeurs et des travailleurs siégeant à l'assemblée des délégués.

Dans le cas des assurés qui sont atteints d'une incapacité de travail mais continuent de percevoir leur traitement ou leur salaire et qui, de ce fait, n'ont pas droit aux prestations en espèces aussi longtemps qu'ils continuent de percevoir leur traitement ou leur salaire, les cotisations sont modifiées en conséquence. Les modalités d'application de ce système sont définies par les statuts des différentes caisses.

La cotisation des bénéficiaires de rentes, qui n'est pas fixée par les caisses-maladie, est calculée comme suit :

- 1) Pour les caisses-maladie locales, les caisses-maladie rurales, les caisses-maladie d'entreprises, les caisses-maladie de corporations de métiers et la caisse-maladie des gens de mer, d'après le salaire de base moyen des membres assujettis à l'assurance de toutes les caisses de ces catégories qui sont comprises dans le ressort du Land où elles ont leur siège.
- 2) Pour les caisses-maladie d'entreprises des chemins de fer fédéraux, des postes fédérales et du ministère fédéral des Transports, d'après le salaire de base moyen des membres assujettis à l'assurance desdites caisses et de toutes les caisses-maladie locales, rurales, d'entreprises et de corporations de métiers de la République fédérale.

Le salaire de base moyen est calculé sur la base des résultats du dernier exercice financier, puis diminué de 15 pour cent; de plus, les cotisations doivent être inférieures du tiers aux cotisations des autres assurés obligatoires qui, en cas d'incapacité de travail, n'ont pas le droit de continuer à percevoir leur traitement ou leur salaire.

Ainsi, les cotisations que les caisses-maladie touchent au titre de l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes - que les offices des assurances des Länder ou l'Office fédéral des assurances des employés leur paient sans opérer de retenue sur la rente - , se trouvent donc diminuées de facto pour deux raisons :

Premièrement, parce que le montant du salaire de base est diminué de 15 pour cent, et deuxièmement parce que le montant des cotisations est réduit du tiers.

Ces cotisations ne sont pas suffisantes pour couvrir les besoins financiers de cette branche de l'assurance-maladie.

Le fait que les pensionnés n'ont pas droit à l'allocation de maladie et à l'allocation de ménage ne compense pas la diminution de la cotisation.

Par contre, le calcul du salaire de base d'après la moyenne des caisses d'un Land assure une certaine compensation aux caisses-maladie pour lesquelles le salaire de base est particulièrement bas, notamment pour les caisses-maladie rurales.

Pour les hommes qui sont appelés à faire leurs périodes de service militaire, la cotisation atteint les 2/3 de la cotisation générale, et s'il s'agit d'hommes astreints au service militaire qui étaient assurés contre

la maladie avant d'être enrôlés dans l'armée, elle atteint 1/3 de la cotisation générale.

Ces personnes n'ont pas droit aux prestations de la caisse-maladie pour elles-mêmes, mais pour les membres de leur famille.

C'est le Gouvernement fédéral qui paie la cotisation.

Les cotisations des chômeurs sont calculées au taux de chaque caisse, diminué du tiers.

Les dépenses afférentes à l'allocation de maladie et à l'indemnité de ménage sont couvertes par l'Office fédéral pour le placement et l'assurance-chômage.

C'est également l'Office fédéral qui paie la cotisation.

Si l'on se reporte aux comptes annuels des caisses-maladie locales pour l'exercice 1957, on constate que la réduction de la cotisation des bénéficiaires de rentes, mesurée d'après les dépenses et recettes par assuré, a eu les répercussions suivantes :

<u>Recettes nettes</u>	<u>Assurance-maladie générale</u>	<u>Assurance-maladie des bénéficiaires de rentes</u>
Cotisations	214,55 DM	155,59 DM
Droit sur les feuilles de maladie	0,28 "	- "
Rapport des placements	7,96 "	3,41 "
	<hr/>	<hr/>
	252,79 DM	159,00 DM
<u>Dépenses nettes</u>		
Médecins	45,58 DM	39,27 DM
Dentistes	11,13 "	4,07 "

<u>Dépenses nettes</u>	<u>Assurance-maladie générale</u>	<u>Assurance-maladie des bénéficiaires de rentes</u>
Autre personnel soignant	0,01 DM	0,02 DM
Pharmaciens	24,05 "	45,78 "
Médicaments, etc.	5,12 "	5,85 "
Prothèses dentaires	4,51 "	4,06 "
Hôpitaux, etc.	39,25 "	45,94 "
Prestations en espèces	38,70 "	- "
Autres formes d'assistance maladie	2,32 "	2,89 "
Assistance aux convalescents	0,41 "	0,05 "
Mesures prophy- lactiques	1,22 "	0,54 "
Médecins de confiance	2,19 "	0,23 "
Assistance-maternité	13,75 "	0,42 "
Allocation au décès	2,37 "	16,25 "
Prélèvements sur le patrimoine	0,57 "	0,57 "
Administration	14,39 "	14,29 "
	<hr/>	
Total	255,47 DM	180,24 DM
	<hr/>	

Excédent des dépenses : 2,68 DM 21,24 DM

Ainsi, pour les-caisses maladie locales, l'excédent des dépenses au titre de l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes s'est élevé, en 1957, à près de huit fois celui de l'assurance-maladie générale.

Ce résultat avait été prévu lors de l'examen de la loi du 12 juin 1956, mais le législateur ne l'en a pas moins approuvée en faisant valoir que les bénéficiaires

de rentes sont d'anciens membres obligatoires de l'assurance-maladie et qu'ils ont certains droits acquis qu'ils doivent pouvoir faire valoir après avoir interrompu leur vie active.

En l'occurrence, on constate qu'une orientation nouvelle et déterminante, mais qui était inhérente à l'assurance sociale allemande dès ses débuts, se manifeste de façon significative dans le secteur de l'assurance-rentes. Elle tient au fait que, depuis la réforme monétaire et la réorganisation de l'assurance-rentes, c'est grâce au travail accompli à tel ou tel moment que l'on pourvoit à la subsistance des travailleurs et de ceux qui ont abandonné leur vie active, et non au moyen de réserves qui auraient été constituées, antérieurement, à cet effet.

C'est du travail, c'est-à-dire du produit social "courant" de celui qui exerce encore une activité économique, que proviennent les ressources qui lui sont nécessaires pour faire face à ses besoins et à ceux de sa famille à travers les vicissitudes de l'existence, de même que celles qui sont nécessaires pour mettre à l'abri des coups du sort ceux qui se sont déjà retirés de la vie active et les membres de leur famille.

Il faut donc que l'assurance sociale dans son ensemble, et non l'assurance-maladie seulement, soit mieux adaptée à la vie économique qu'elle ne l'était à l'époque où l'assurance-maladie appliquait un système "classique" de répartition et, surtout à l'époque où l'assurance-rentes appliquait le système classique de couverture anticipée, ou de couverture en capital.

b) Taux des cotisations

Les cotisations sont fixées en centièmes du salaire de base et, dans le cas des personnes assujetties à l'assurance, elles sont payées moitié par l'assuré et moitié par l'employeur. Les cotisations sont versées chaque mois par l'intermédiaire de l'employeur. C'est lui qui doit également s'assurer que les cotisations sont payées intégralement et à l'échéance fixée.

Les ayants droit assujettis à l'assurance, les personnes réassurées à titre facultatif et les personnes réassurées de leur propre gré paient le total de la cotisation.

Le salaire de base est la fraction de la rémunération afférente à une journée de travail, dans la limite de 22 DM par jour. Les montants supérieurs ne sont pas pris en considération.

Les statuts fixent le salaire de base, soit

- 1) d'après la rétribution effective de l'assuré, soit
- 2) d'après des échelles de salaires, soit
- 3) d'après des classes de membres.

Les statuts des caisses-maladie peuvent prévoir l'application parallèle de divers systèmes de calcul.

De même que les dépenses de l'assurance-maladie, les taux de cotisation ont tendance à augmenter. En 1957, année où les effets de la loi du 27 juillet 1957 tendant à améliorer la protection économique des ouvriers en cas de maladie se sont fait sentir pour la première fois, et avec une acuité particulière du fait de la deuxième épidémie extraordinaire de grippe, de nombreuses caisses-maladie ont été obligées d'augmenter sensiblement les cotisations; ces augmentations relèvent certes d'une

tendance générale, mais constituent plutôt des mesures exceptionnelles et transitoires.

Pendant la période 1950-1956, le taux de cotisation le plus fréquent a été 6 pour cent pour les caisses-maladie locales, et pour les caisses-maladie rurales aussi. Il en est allé de même pour les caisses maladie d'entreprise, les caisses-maladie de corporations de métiers, la caisse maladie des gens de mer et les caisses-maladie des mineurs. Dans le cas de caisses libres agréées d'ouvriers, les taux se sont situés le plus souvent entre 6 1/2 et 7 pour cent, et dans celui des caisses-maladie des employés entre 6 1/4 et 6 1/2 pour cent. Il ne faut pas oublier, à ce propos, que les caisses-maladie d'entreprises n'ont pas à couvrir leurs frais administratifs qui sont à la charge de l'employeur, et que les caisses libres agréées des employés dépensent sensiblement moins au titre des prestations en espèces car, en cas de maladie, les employés continuent à recevoir leur traitement pendant six semaines; aussi, les caisses-maladie des employés se montrent-elles beaucoup plus libérales que les autres caisses dans l'octroi des prestations en nature.

On peut dégager des conclusions plus significatives de la comparaison des montants des salaires de base dont les diverses catégories de caisses-maladie tiennent compte que de la comparaison des taux de cotisations; c'est, en effet, le montant du salaire de base des travailleurs qui permet le mieux de juger de la capacité financière d'une caisse. En effet, en chiffres absolue, la cotisation qui s'élève à 6 pour cent de 12 DM est plus élevée que la cotisation s'élevant à 7 pour cent de 10 DM.

Pour les caisses-maladie locales, les salaires de base se sont situés le plus fréquemment aux alentours de 10 DM par jour en 1956; pour les caisses-maladie rurales, ils ont atteint 6,5 DM, pour les caisses-maladie d'entreprises 13 DM, pour les caisses-maladie de corporations de métiers 10 DM, pour la caisses-maladie des gens de mer 12 DM, pour l'assurance-maladie des mineurs 13,5 DM, pour les caisses libres agréées des ouvriers 12,5 DM, et pour les caisses libérées agréées des employés 10 DM par jour.

Il y a certes lieu d'insister sur le fait que le salaire de base varie selon les régions de la République fédérale. Il est plus ou moins élevé à l'intérieur d'une même branche d'activité, tend généralement à baisser à mesure que l'on se déplace de l'Ouest vers l'Est, et atteint le niveau maximum dans les régions les plus industrialisées du pays.

Les recettes provenant des cotisations (y compris l'assurance-rentes) de l'ensemble des caisses-maladie de la République fédérale d'Allemagne se sont élevées

en 1950	à 2.364 millions de DM
en 1956	à 4.801 millions de DM.

Elles ont donc augmenté de 2.437 millions de DM, soit de 103 pour cent.

c) Péréquation des charges financières

Dans l'assurance-maladie allemande, il n'y a pas de péréquation des charges financières entre régions, entre groupes professionnels ou entre branches d'activité, bien que la loi du 17 juin 1949 relative à l'adaptation de l'assurance sociale prévoit (article 13) une péréquation des charges entre les associations de caisses de même catégorie comprises dans le ressort d'un Office d'assurance

supérieur, ou une compensation réciproque des charges financières entre les différentes catégories de caisses d'un même Land. On a déjà indiqué dans la section I qu'il n'y a toujours pas de péréquation des charges financières.

d) Contribution de l'Etat

A l'exception de l'"assistance collective" (Gemeinschaftshilfe) accordée à l'assurance-maladie des mineurs, qui s'élève à 1 pour cent du salaire de base des ouvriers mineurs assurés (voir les indications données au point 1.f)) l'Etat n'attribue aucune subvention à l'assurance-maladie allemande.

e) Autres recettes des caisses-maladie

Les intérêts des capitaux placés et les amendes infligées en cas d'infraction aux dispositions réglementaires viennent s'ajouter aux ressources que les caisses-maladie retirent des cotisations. Ces recettes supplémentaires sont si insignifiantes à l'heure actuelle que, par comparaison à l'ensemble des ressources des caisses, elles sont pour ainsi dire sans effet sur le financement de l'assurance-maladie.

Les ressources que les droits sur les feuilles maladie procurent aux caisses-maladie sont englobées dans les cotisations. Par rapport à la masse des ressources, elles sont, elles aussi, insignifiantes.

En 1956, les recettes globales nettes de toutes les caisses-maladie de la République fédérale d'Allemagne ont atteint

4.922 millions de DM

Pendant le même exercice, les recettes provenant des cotisations ont atteint 4.801 millions de DM soit 98 pour cent des recettes globales

Les "autres recettes" ont atteint au total 121 millions de DM, soit 2 pour cent des recettes globales

f) Evolution financière

Etant donné que les organes des caisses-maladie allemandes doivent toujours fixer les cotisations à un taux qui leur permette de couvrir les dépenses courantes au titre des prestations, de la constitution de la réserve et des frais d'administration, le déficit qui serait provoqué par une augmentation subite des dépenses (par exemple en cas d'épidémie) serait théoriquement toujours passager et ne durerait que jusqu'au moment où les cotisations auraient été augmentées pour le combler.

Les conséquences de l'épidémie de grippe de 1957 ont permis aux caisses de trouver une autre solution à leurs difficultés de trésorerie; en effet, certaines caisses (en particulier les caisses-maladie locales) ont eu recours aux prêts des offices d'assurance des Länder compétents.

Au demeurant, la somme des dépenses des caisses-maladie allemandes avait déjà dépassé la somme des recettes en 1956. On veut espérer que l'équilibre se rétablira peut-être, si le taux de morbidité est faible pendant l'hiver 1958-1959.

En 1956 les recettes globales nettes de l'assurance-maladie allemande se sont élevées à 4.922 millions de DM

les dépenses globales nettes à	4.932 millions de DM
soit un déficit de	10 millions ou 0,2 pour cent

L'actif net des caisses-maladie
allemandes atteignait

en 1950	451 millions de DM
en 1956	849 millions de DM
il a donc augmenté de	398 millions de DM soit de 28 pour cent

A l'heure actuelle (1956) l'actif net s'élève à
18 pour cent des dépenses annuelles nettes.

III

RECAPITULATION

On a déjà indiqué au début du présent rapport que deux éléments, à savoir un élément statique et un élément dynamique, influent sur l'évolution de l'assurance-maladie sociale allemande.

L'élément statique repose sur les principes - que l'on a mentionnés à de nombreuses reprises - de l'obligation de l'assurance, du droit aux prestations, de la responsabilité de l'employeur pour ce qui est du versement des cotisations et de l'autonomie de gestion ; quant à l'élément dynamique, il est à la base de l'élargissement constant du champ d'application, de l'amélioration qualitative des prestations, et de l'avancement du début du service des prestations de l'assurance-rentes.

Les séparations sont moins nettes et des prescriptions qui étaient par trop rigides ont gagné en souplesse.

Alors que l'on estimait autrefois que l'assurance-maladie était la branche de l'assurance sociale allemande qui, en principe, n'accordait que des prestations de courte durée, on constate désormais qu'elle contribue de façon décisive à la protection de nouveaux groupes de personnes âgées. Ceci non seulement parce qu'elle s'est étendue à l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes, mais aussi parce que, depuis 1943, elle accorde les prestations en nature sans limite de durée.

Au cas où la réforme envisagée entraînerait la suppression de toute limitation de la durée du service des prestations en espèces, et partant de l'hospitalisation, le principe qui jusqu'ici veut que les prestations de l'assurance-maladie ne soient accordées que dans des délais déterminés, se trouverait définitivement écarté.

Mais plus la loi étend et allonge la durée du service des prestations, moins les caisses-maladie ont la latitude de concrétiser cette tendance dans leurs statuts grâce à l'autonomie de gestion dont elles jouissent. Il se peut qu'il en aille de même pour l'attribution des prestations en nature aux membres de la famille de l'assuré, si la réforme assimile les ayants droit aux assurés.

On peut comparer ci-après l'évolution des besoins financiers de l'assurance-maladie avec celle du produit social brut, calculé aux prix courants :

Produit social brut (en millions de DM)	Evolution 1936 = 100	Taux d'accroissement	
		1936/1950 (en millions de DM)	1950/1956 en %
1936	47.928 *	100	-
1950	97.200	203	49,272
1956	193.400	404	96,200

Besoins financiers de l'assurance-maladie (en millions de DM)	Evolution 1936 = 100	Taux d'accroissement	
		1936/1950 (en millions de DM)	1950/1956 en %
1936	1.534 *	100	-
1950	2.422	158	388
1956	4.922	321	2.500

* RM.

Cette comparaison n'a de valeur que du seul point de vue économique ; étant donné toutefois que l'augmentation du produit social et l'accroissement des besoins financiers de l'assurance-maladie sont déterminés par des facteurs absolument différents, elle ne renseigne pas sur l'activité de l'assurance-maladie.

La distinction entre les cercles de personnes assurées, qui détermine leur appartenance aux différentes catégories de caisses, n'est plus aussi nette que par le passé. Les caisses libres agréées qui, surtout depuis 1935, se différenciaient nettement entre caisses d'ouvriers et caisses d'employés en offrent l'exemple le plus frappant. Par l'effet de la loi du 13 août 1952, portant majoration du plafond de la limite des revenus pris en considération aux fins de l'assurance sociale, la distinction entre caisse libre agréée d'ouvriers et caisse libre agréée d'employés a pratiquement disparu, puisqu'un ouvrier qui passe employé peut néanmoins rester affilié à la caisse libre agréée d'ouvriers, et vice versa.

Depuis la réforme de l'assurance-maladie des bénéficiaires de rentes, il n'est plus tout à fait exact de dire que seuls font partie des caisses libres agréées les personnes qui y adhèrent de leur propre gré ; en effet, les bénéficiaires qui étaient affiliés à une caisse libre agréée avant de faire valoir leurs droits à une rente, y restent affiliés en qualité de membres obligatoires. Il en va de même pour les survivants de membres des caisses libres agréées qui ont droit à une rente de survivants. Encore qu'il ne s'agisse pas en l'occurrence d' "affiliation", le principe de la liberté absolue d'affiliation à la caisse libre agréée se trouve néanmoins violé dans ce cas particulier.

Il n'y a pas lieu de penser que la réforme élargira le champ d'application de l'assurance-maladie, que ce soit en assujettissant de nouveaux cercles de personnes à l'obligation de l'assurance ou en élevant une fois de plus la limite de la rémunération assujettissant à l'assurance.

En ce qui concerne le régime des prestations, il convient de mentionner la loi portant réorganisation de l'assurance-rentes des ouvriers, du 23 février 1957, (BGBl I, p. 45) et la loi portant réorganisation de l'assurance-rentes des employés, de la même date (BGBl I, p. 88). Aux termes des deux lois, l'assurance-rentes a notamment pour objet de maintenir, d'améliorer et de rétablir la capacité de travail de l'affilié. En d'autres termes, la rééducation médicale qui, auparavant, ressortissait à l'assurance-maladie, relève désormais de l'assurance-rentes ; on peut en déduire que ce ne sont pas les divisions de l'assurance-maladie des offices d'assurance des Länder qui seront compétents en la matière, mais les institutions chargées de l'assurance-rentes. Toutefois, dans ce domaine, les distinctions se sont atténuées, et seul l'avenir dira comment ces deux branches de l'assurance résoudreont les problèmes qui désormais leur sont communs.

Le rapprochement des diverses branches d'assurance dans le domaine des prestations offre un exemple typique d'évolution dynamique.

Pour que l'exposé soit complet, il convient d'ajouter que les institutions de l'assurance-maladie, les institutions de l'assurance-rentes et l'administration du travail seront également amenées à collaborer étroitement dans le domaine de la réadaptation professionnelle.

Pour ce qui est de la prévention, à savoir la protection contre la maladie, on constate également que l'assurance-maladie et l'assurance-rentes semblent devoir se rapprocher ; en effet, "le maintien de la capacité de travail" et la "lutte contre la maladie" sont logiquement liés, mais, dans la pratique, ces tâches incombent aux diverses institutions d'assurance qui seront bien obligés de collaborer en vue de leur exécution.

Les crises économiques, financières, sociales ou politiques n'ont pu arrêter l'action de l'assurance-maladie, elles l'ont simplement entravée temporairement ; en fin de compte, elles ont favorisé l'évolution dynamique de l'assurance-maladie. Ce n'est pas en 1945 que l'assurance-maladie allemande a passé par une crise ; c'est en 1911, lorsque Ludwig Bernhard, dans son ouvrage "Unerwünschte Folgen der Deutschen Sozialpolitik", s'est attaqué à l'élargissement de l'assurance sociale et qu'il a rallié à sa thèse de nombreux économistes et hommes politiques. Cette opposition n'a pas cessé de se manifester jusqu'à la crise économique des années 1929-1933. Elle devait se cristalliser dans l'expression stéréotypée de "charge sociale".

De nos jours, presque personne n'en parle plus.

Chacun admet maintenant que le travail est devenu le fondement de l'économie et qu'il ne peut s'accomplir que si l'ouvrier est en mesure d'apporter une large contribution au produit social sous la protection de l'assurance sociale. Grâce à la connaissance de ce fait, il est psychologiquement plus facile de prélever une fraction déterminée du produit social aux fins de l'assurance sociale.

On a déjà indiqué à la Section II, paragraphe 3, alinéa c), que la somme des dépenses nettes de l'assurance-maladie allemande avait augmenté de 112 pour cent entre 1950 et 1956. En fait, le budget de l'assurance a largement doublé pendant la même période. L'indice du produit social brut (aux prix courants) a passé, pendant la même période, de 100, en 1950, à 201, soit une augmentation de 101 pour cent.

Comme on l'a déjà mentionné à la page où l'on a illustré les progrès de l'assurance en 1936, en 1950 et en 1956, cette comparaison n'a qu'une valeur économique.

L'excédent des dépenses devant être compensé par un relèvement proportionnel des cotisations, il s'ensuit que l'ayant droit qui fait valoir ses droits aux prestations de la caisse ne reçoit plus simplement l'équivalent de ce qu'il a lui-même mis de côté et donc épargné, fût-ce sous la pression de la loi, en prévision de cette éventualité, mais que les prestations qu'il reçoit sont constituées presque directement par le travail de ceux qui, au même moment, exercent une activité lucrative et dont le produit sert à couvrir les besoins financiers courants de l'assurance. Les cotisations qu'il a lui-même payées ont été consacrées, dans l'intervalle, à d'autres ayants droit.

On pourrait voir dans cette évolution le renforcement du principe d'entraide, de solidarité, si les diverses branches professionnelles, groupes industriels et catégories diverses de travailleurs ne manifestaient

une tendance à limiter l'application du principe d'entraide à leur propre sphère d'intérêts.

C'est ce qui explique, en définitive, la multiplication des systèmes spéciaux par rapport au système général.

Ceci n'ôte rien au fait que les personnes bénéficiant de l'assurance-maladie sociale continuent d'en prôner le principe.

La propagande parfois violente à laquelle divers représentants du corps médical se sont livrés contre les caisses maladie légales n'a pas pu entamer la confiance des assurés dans l'assurance-maladie allemande. Toutefois, les rapports triangulaires - entre malade, médecin et caisse-maladie - poseront encore certains problèmes aux organismes responsables de la réforme de l'assurance-maladie, d'autant qu'elle ne semble pas devoir toucher au principe de l'octroi direct des prestations en nature. On ne peut encore savoir si la réforme introduira la participation de l'assuré au coût du traitement médical et instituera un système dans lequel les caisses paieront directement les médecins en fonction de leurs prestations effectives, ce qui constituerait une modification fondamentale du système actuel.

Grâce à l'action conjointe des institutions de l'assurance-rentes, il se peut que la tendance à augmenter la fraction des ressources des caisses-maladie allemandes qui sont consacrées à la prévention de la maladie et aux mesures de prophylaxie s'impose à l'occasion de la réforme. Ainsi, les associations centrales de caisses-maladie atteindraient le but vers lequel elles dirigent l'essentiel de leurs efforts depuis de nombreuses années.

Enfin, on peut dégager d'intéressantes conclusions de l'étude de l'évolution des réserves des caisses-maladie obligatoires; il semble que l'on incline à renoncer au principe de la constitution d'importantes "réserves" et partant à établir un lien plus étroit entre l'assurance et le produit social courant. Aux termes de la loi sur l'assurance-maladie, à savoir depuis 1883, les caisses-maladie allemandes devaient constituer un fonds de réserve égal au montant des dépenses d'un exercice complet et verser à ce fonds 10 pour cent de la somme des recettes provenant des cotisations.

Le code des assurances du Reich de 1911 prévoyait également que les réserves devaient être égales aux dépenses d'une année, mais ne fixait qu'à 5 pour cent le montant annuel des cotisations qui devait être affecté au fonds de réserve. De plus, les caisses-maladie devaient verser au fonds de réserve toutes les fractions de cotisations que les employeurs devaient verser à la caisse obligatoire compétente au titre des membres des caisses libres agréées. Cette dernière prescription a été abrogée par la suite (par un arrêté du ministère du Travail du Reich, en date du 27 septembre 1923).

L'arrêté du Président du Reich sur l'état d'urgence, en date du 26 juillet 1930, a fixé le montant minimum des réserves au quart des dépenses d'un exercice, et le montant des versements annuels obligatoires à 1 pour cent des cotisations. Ces mesures étaient destinées à diminuer les "charges sociales".

La troisième ordonnance concernant la réorganisation de l'assurance allemande, en date du 18 décembre 1934, a rangé la gestion des réserves des caisses-maladie parmi

les "tâches communes". Avec ce système, les réserves devaient également atteindre le montant des dépenses d'un trimestre.

La onzième ordonnance concernant la réorganisation de l'assurance sociale, en date du 30 novembre 1935, précisait en conséquence que le montant obligatoire des réserves devait être égal aux dépenses de deux mois, alors que le montant des versements annuels obligatoires devait atteindre 1 pour cent des cotisations.

Cette disposition législative est toujours en vigueur.

Ainsi, les ressources dont l'assurance-maladie a besoin pour s'acquitter des tâches qui lui sont imposées par la loi, sortent presque directement du circuit économique pour alimenter le service de prestations de divers types. Mais l'assurance ne peut accumuler les réserves qui lui permettraient, lorsque ses ressources tarissent, de faire face à l'augmentation de ses dépenses - qui pourrait être provoquée par exemple par une épidémie soudaine.

En fait, on constate que la plupart des caisses maladie ne satisfont pas encore à l'obligation de constituer une réserve obligatoire, à savoir de verser au "fonds de réserve commun" géré par l'office d'assurance du Land compétent (Division de l'assurance-maladie) une fraction de leurs ressources que la loi a fixée au montant des dépenses de deux mois. Par exemple, les caisses-maladie locales sont nombreuses à ne pas l'avoir fait. Il faut en attribuer la cause, d'une part, au fait qu'après la réforme monétaire (1947), la plupart des caisses-maladie ont dû repartir à zéro et reconstituer leurs réserves à partir de rien et, d'autre part, à l'augmentation constante de leurs dépenses au cours des

dernières années, qui les a empêchées de verser d'importantes contributions au fonds de réserve commun.

Certes, outre leur quote-part du fonds de réserve commun, les caisses-maladie possèdent d'autres avoirs qu'elles gèrent elles-mêmes. Mais dans ce cas également, l'évolution générale manifeste actuellement une tendance rétrograde, qui s'explique par les causes que l'on a déjà exposées ci-dessus. Pour obtenir un tableau fidèle de l'état actuel des ressources des caisses-maladie, allemandes, il faut suivre l'évolution de leur patrimoine global net.

Comme on l'a déjà indiqué à la partie II, paragraphe 4, alinéa f, le patrimoine qui s'élevait en 1956 à 849 millions de DM avait augmenté de 128 pour cent par rapport à 1950. Mais, si l'on compare le patrimoine net de 1956 avec celui de 1955, on obtient le tableau suivant :

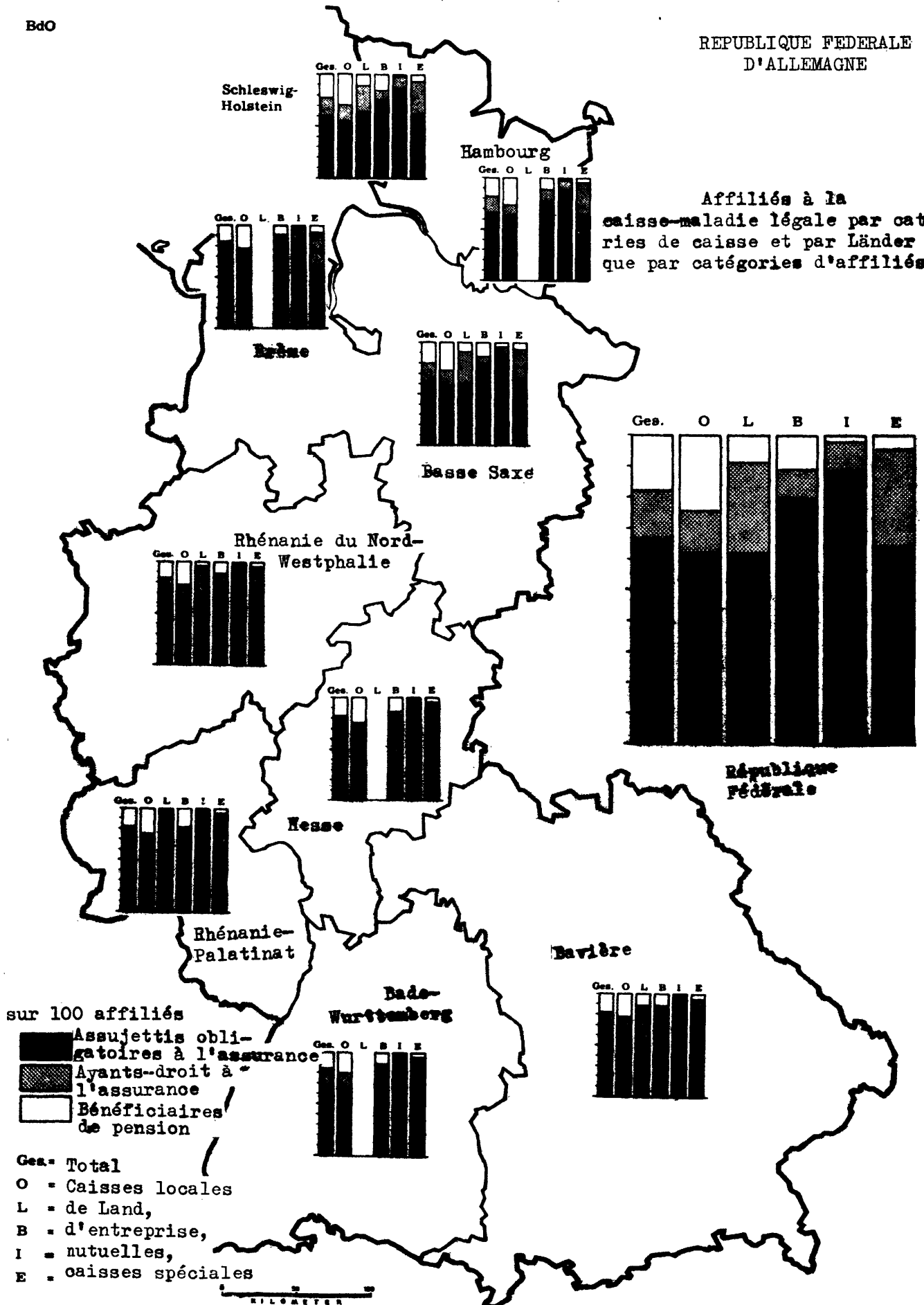
	Patrimoine net fin 1957	Patrimoine net fin 1955	Variations par rapport à 1955
Caisses-maladie locales	372.837,8	401.019,4	- 7,0
Caisses-maladie rurales	22.291,0	20.666,5	+ 7,9
Caisses-maladie d'entreprises	158.908,4	179.997,3	- 11,7
Caisses-maladie des Arts et métiers	40.748,2	37.892,8	+ 7,5
Caisses des gens de mer	2.750,3	2.142,6	+ 28,4
Caisses-maladie des mineurs	127.309,9	109.392,2	+ 16,4
Caisses libres agréées d'ouvriers	5.804,7	4.506,5	+ 28,8
Caisses libres agréées d'employés	118.238,2	102.657,0	+ 15,2
Total	848.888,5	858.274,3	- 1,1

Il se peut que, dans l'ensemble, l'évolution de la situation financière des caisses en 1957 ait encore accentué cette tendance.

BdO

REPUBLIQUE FEDERALE
D'ALLEMAGNE

Affiliés à la
caisse-maladie légale par catégo-
ries de caisse et par Länder ainsi
que par catégories d'affiliés.

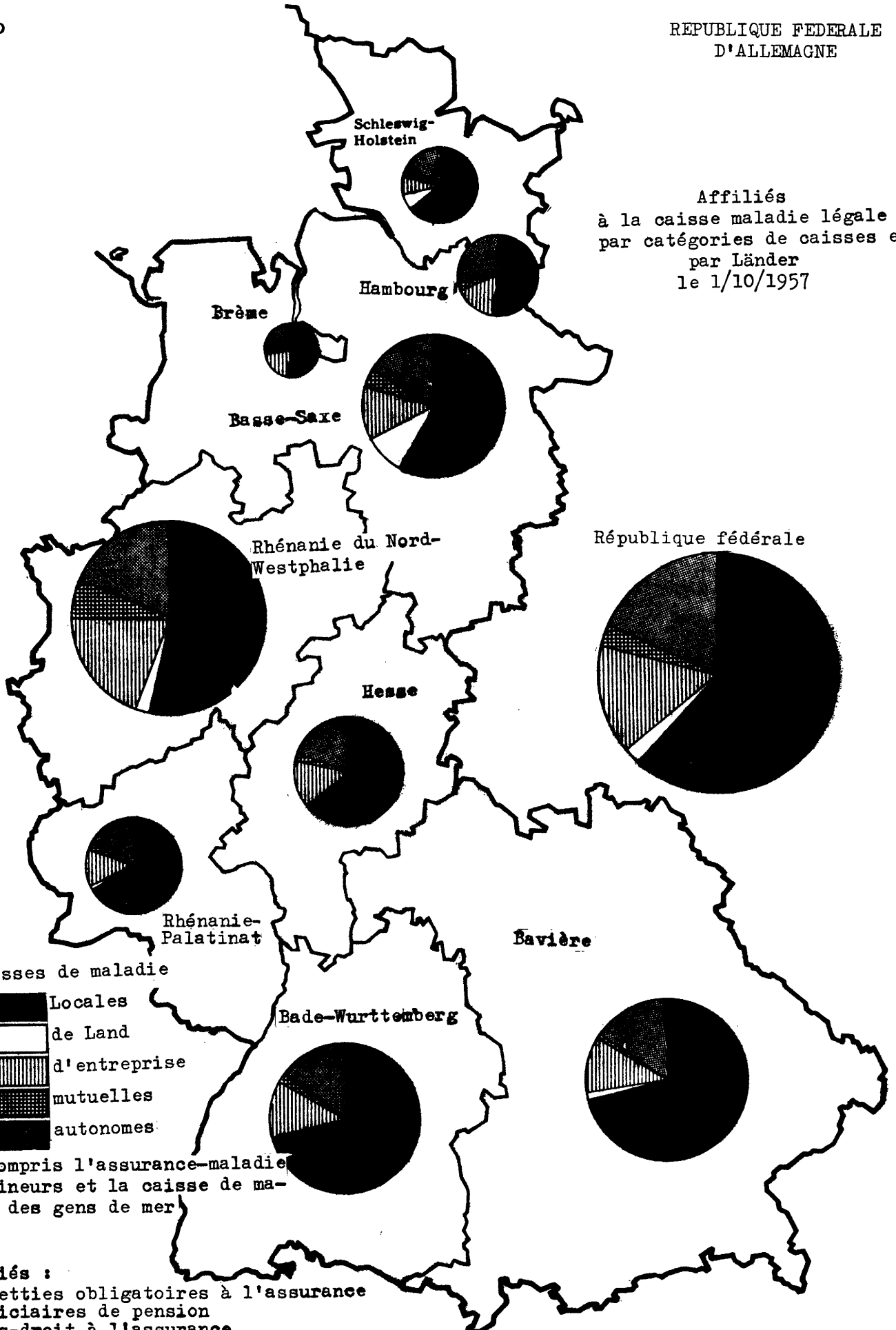


Annexe au tableau : "Les affiliés à l'assurance-maladie générale par catégories de caisse et par Länder au 1/10/1957".

BdO

REPUBLIQUE FEDERALE
D'ALLEMAGNE

Affiliés
à la caisse maladie légale
par catégories de caisses et
par Länder
le 1/10/1957



Caisses de maladie

- Locales
- de Land
- d'entreprise
- mutuelles
- autonomes

non compris l'assurance-maladie
des mineurs et la caisse de ma-
ladie des gens de mer

Affiliés :
Assujetties obligatoires à l'assurance
Bénéficiaires de pension
Ayants-droit à l'assurance

Annexe au tableau : "Les affiliés à l'assurance-maladie générale par catégories de caisse
et par Länder au 1/10/1957"

Assujetties obligatoires à l'assurance }
 Ayants-droit à l'assurance } sur 100 affiliés
 Bénéficiaires de pension }

Catégorie d'affiliés et région	Total	Caisses de maladie				
		Locales	de Land	d'entre- prise	mutu- elles	auto- nome
<u>Assujetties obligatoires à l'assurance</u>						
Schleswig-Holstein	60,19	56,11	64,92	74,39	85,94	62,77
Hambourg	67,11	64,30	-	77,15	88,98	63,37
Basse-Saxe	62,82	57,20	60,92	79,54	88,17	64,34
Brème	69,68	66,99	-	86,37	85,30	60,85
Rhénanie du Nord-Westphalie	70,41	67,06	66,21	80,83	89,59	62,77
Hesse	64,24	61,66	-	77,79	86,79	61,08
Rhénanie-Palatinat	63,74	60,24	68,97	76,69	93,27	63,61
Bade-Wurtemberg	66,75	64,64	-	82,67	86,98	61,78
Bavière	64,49	61,79	55,42	79,39	79,90	66,10
Territoire fédéral	66,30	62,89	62,29	80,05	88,49	63,19
<u>Ayants-droit à l'assurance</u>						
Schleswig-Holstein	17,63	14,52	24,32	9,04	10,94	30,53
Hambourg	15,60	8,77	-	12,06	7,89	31,65
Basse-Saxe	17,40	14,82	30,02	7,10	8,22	29,92
Brème	15,10	10,52	-	5,71	12,33	32,83
Rhénanie du Nord-Westphalie	14,21	10,18	28,21	8,33	7,97	32,58
Hesse	17,69	14,65	-	9,85	10,42	33,63
Rhénanie-Palatinat	17,23	16,22	28,75	6,39	5,15	31,46
Bade-Wurtemberg	17,72	16,22	-	7,52	11,51	33,55
Bavière	17,73	16,39	34,18	9,01	17,34	28,82
Territoire fédéral	16,50	14,02	29,21	8,38	8,89	31,73
<u>Bénéficiaires de pension</u>						
Schleswig-Holstein	22,18	29,37	10,76	16,57	3,12	6,70
Hambourg	17,29	26,93	-	10,79	3,13	4,98
Basse-Saxe	19,78	27,98	9,06	13,36	3,61	5,74
Brème	15,22	22,49	-	7,92	2,37	6,32
Rhénanie du Nord-Westphalie	15,38	22,76	5,58	10,84	2,44	4,65
Hesse	18,07	23,69	-	12,36	2,79	5,29
Rhénanie-Palatinat	19,03	23,54	2,28	16,92	1,59	4,93
Bade-Wurtemberg	15,53	19,14	-	9,81	1,51	4,67
Bavière	17,78	21,82	10,40	11,60	2,76	5,08
Territoire fédéral	17,20	23,09	8,50	11,57	2,62	5,08

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance-Pension

République fédérale d'Allemagne

GENEVE 1959

Assurance-pension

Table des matières

	<u>Pages</u>
I EVOLUTION HISTORIQUE	132
II STRUCTURE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE ET SURVIVANTS	147
III CHAMP D'APPLICATION	157
IV DROIT AUX PRESTATIONS	162
V ASSURANCE-VIEILLESSE	181
VI ASSURANCE-SURVIVANTS	182

I

Evolution historique

La loi du 22 juin 1889 sur l'assurance-invalidité et vieillesse (RGBl. p. 97) - premier de tous les régimes assurance-pension sociale - est entrée en vigueur le 1er janvier 1891 dans le Reich allemand. Elle introduisit l'assurance-pension sur la base de l'assurance obligatoire et accorda aux assurés un droit absolu à une pension au moment de l'invalidité ou de l'âge de 65 ans révolus, si les conditions exigées étaient remplies. Cette loi a été améliorée par la loi, dite loi sur l'assurance-invalidité, du 13 juillet 1899 (RGBl. p.).

La législation d'assurance sociale en vigueur dans le Reich allemand pour l'assurance-maladie, l'assurance-accidents et l'assurance-invalidité et vieillesse fut ensuite codifiée dans le Code des assurances du Reich du 19 juillet 1911 (RGBl. p. 509). Cette loi accorda également des pensions aux survivants de personnes assurées.

Par la loi du 20 décembre 1911 sur l'assurance des employés (RGBl. p. 989), une assurance spéciale fut instituée pour les employés qui, jusqu'à cette date, étaient assurés exclusivement au regard de l'assurance-invalidité. Cette loi prévoyait, pour les employés, le droit à une pension pour le cas d'invalidité professionnelle à partir du 65^{me} anniversaire. Les cotisations versées par les employés aux branches de l'assurance-invalidité et de l'assurance des employés au cours d'une vie d'assurance étaient additionnées, et, à la réalisation du risque, l'assuré recevait une prestation totale d'une des deux branches seulement, en tenant compte

des cotisations versées aux deux branches (assurance successive à plusieurs régimes).

Les assurés pouvaient passer d'une institution à l'autre si les conditions pour l'affiliation à l'autre institution étaient remplies.

Par la loi du 23 juin 1923 sur les caisses des mineurs (RGBl. p. 431), les anciennes caisses de mineurs furent réunies en un organisme unifié pour l'assurance-pension et maladie des mineurs. La Caisse des mineurs du Reich prévue par cette loi était en même temps organisme d'assurance (institution spéciale) pour l'assurance-invalidité et pour l'assurance des employés travaillant dans des exploitations minières. A partir du 1er juillet 1926, l'assurance pour les employés des exploitations minières fut supprimée et les intéressés furent seulement membres de la Caisse de pensions des employés des mines. Par la loi du 21 décembre 1937, sur l'extension de l'assurance-pension, les employés occupés à la surface furent admis dans l'assurance des employés, à moins qu'ils n'eussent exprimé le désir de rester membres obligatoires de la Caisse des pensions des employés.

Par l'ordonnance du 4 octobre 1942 sur la révision de l'assurance-pension dans les exploitations minières (RGBl. p. 409), l'assurance-pension des mineurs fut introduite comme assurance-pension unifiée pour les exploitations minières et instituée comme troisième branche d'assurance-pension, à côté de l'assurance-pension générale des ouvriers et de l'assurance-pension des employés. Ainsi a pris fin la double assurance des travailleurs des mines dans l'assurance-pension des mineurs et dans l'assurance-invalidité. Les employés travaillant à la surface continuaient toutefois à

appartenir à l'assurance des employés. Par la loi d'adaptation de l'assurance des mineurs du 30 juillet 1949 (WiGesBl. 1949, p. 202), les employés travaillant à la surface furent repris dans l'assurance-pension des mineurs, de sorte que depuis lors tous les salariés des exploitations minières soumis à l'assurance obligatoire appartiennent à l'assurance-pension des mineurs.

Depuis le 1er juin 1949, les caisses de mineurs de district gèrent de nouveau l'assurance comme personnes juridiques indépendantes. Elles font partie de la communauté de travail des caisses de mineurs de la République fédérale d'Allemagne, qui est également organisme de droit public.

Par la loi du 21 décembre 1938 sur l'assistance vieillesse pour l'artisanat allemand (RGeBl. p. 1900), les artisans indépendants furent également soumis à l'assurance obligatoire dans l'assurance-pension des employés. Ainsi, ils étaient assurés contre les mêmes risques que les employés. Les artisans peuvent également satisfaire à leur obligation d'assurance par la conclusion d'un contrat d'assurance-vie, qui doit remplir certaines conditions.

Par la loi du 20 août 1940, l'assurance-invalidité fut étendue aux marins, au cabotage, et aux pêcheurs côtiers. Depuis lors, ces personnes sont assujetties à l'assurance, si elles travaillent comme employeurs d'entreprises de navigation maritime et de pêche maritime, appartiennent à l'équipage de leur navire et n'occupent, contre rémunération, régulièrement aucune personne assujettie à l'assurance ou n'en occupent pas plus de deux.

Sur la base de l'ordonnance du 4 novembre 1941, sur l'assurance-maladie des pensionnés (RGeBl. p. 689),

les pensionnés appartenant à l'assurance-pension légale sont assurés contre la maladie auprès de l'assurance-maladie légale pendant la période où ils touchent une pension de vieillesse, d'invalidité ou de survivants. Pour cette assurance, les organismes de l'assurance-pension versaient tout d'abord des montants forfaitaires à l'assurance-maladie. Par la loi du 12 juin 1956 sur l'assurance-maladie des pensionnés (RGBl. p. 500), les pensionnés devinrent des membres réguliers des caisses de maladie auxquelles ils avaient appartenu pendant leur dernière activité ou leur dernier emploi. Au surplus, l'assurance-maladie des pensionnés fut révisée. Les cotisations à la caisse de maladie pour les pensionnés assurés sont versées par les organismes de l'assurance-pension aux organismes de l'assurance-maladie. Ces cotisations sont inférieures aux cotisations des autres membres de l'assurance-maladie légale parce qu'il n'est pas alloué de prestations en espèces.

Par la loi du 20 juin 1948, dite loi sur la réforme monétaire, l'ancien Reichsmark fut converti en Deutsche Mark dans la proportion généralement appliquée de 10 : 1; dans certains cas exceptionnels, dans lesquels rentraient également les cotisations jusqu'à ce moment versées à l'assurance-pension, et les pensions en cours de celle-ci, l'échange se fit dans la proportion de 1 : 1. Les pensions déjà fixées ou versées en RM continuèrent donc à être payées au même montant en DM, et les cotisations versées en RM furent considérées comme cotisations versées en DM.

Afin de permettre à l'assurance-pension de continuer à fournir des prestations malgré les pertes financières causées par la conversion de la monnaie,

Les cotisations à l'assurance-pension furent augmentées de 5,6 pour cent à 10 pour cent de la rémunération soumise à cotisation, ceci par la loi d'adaptation de l'assurance-sociale du 17 juin 1949, et la limite d'application des cotisations fut fixée à DM 600 par mois. En même temps, les prestations furent améliorées en ceci que les montants minima pour les pensions d'invalidité et les pensions de retraite mensuelles furent portées à DM 50 pour les pensions de veuf, celles de veuve à DM 40, et pour les pensions-orphelins à DM 30. Par la suite, la pension d'invalidité fut accordée à partir d'une réduction de capacité de travail de plus de la moitié - au lieu de plus de deux tiers, comme auparavant. Au décès de l'époux assuré, après le 1er juin 1949, l'épouse du décédé pouvait toucher une pension de survivant sans les restrictions existant auparavant. Selon la loi du 21 janvier 1956 (BGBl. p. 16), la veuve, dont l'époux était décédé avant le 1er juin 1949, pouvait également bénéficier d'une pension de survivant si elle avait atteint l'âge de 45 ans ou si, le 1er juin 1949, elle élevait ou moins un enfant ayant droit à la pension d'orphelin.

Selon la loi du 14 mars 1951 sur l'assurance complémentaire dans les assurances-pensions des ouvriers et des employés (BGBl. p. 188), il est possible de verser en sus de chaque cotisation pour l'assurance obligatoire, assurance personnelle ou assurance reconduite, une cotisation d'assurance complémentaire. Le choix de la classe de cotisation est libre. Le versement des cotisations se fait par des timbres de cotisation imprimés spécialement à cet effet. L'octroi des pensions sur la base de cotisations à l'assurance complémentaire n'est pas subordonné aux autres conditions juridiques en matière

d'assurance pour l'octroi des pensions; la valeur des majorations dépend de l'âge auquel les cotisations individuelles pour l'assurance complémentaire ont été versées.

Par la loi du 22 février 1951, sur l'autonomie et sur les modifications des prescriptions dans le domaine de l'assurance sociale (BGBl. p. 124), l'administration autonome par des organes élus fut réintroduite dans l'assurance sociale.

Par la loi du 13 août 1952, sur l'élévation des limites de revenus dans l'assurance sociale, la limite de détermination des cotisations dans l'assurance-invalidité et l'assurance des employés fut portée à DM 750 par mois.

La perte des documents d'assurance par un grand nombre d'assurés, qui ont quitté leur domicile pour se réfugier en République fédérale d'Allemagne, a exigé une réglementation des droits à pension pour les personnes qui avaient versé des cotisations à des organismes d'assurance-pension ayant cessé d'exister ou situés hors du territoire fédéral ou du Land Berlin. Cette réglementation fut établie de façon uniforme par la loi du 7 août 1953 sur les pensions de l'étranger ou payées à l'étranger (BGBl. p. 848).

Selon la loi du 13 novembre 1954 sur l'octroi d'allocations pour enfants et l'établissement de caisses de compensation familiales (BGBl. p. 333), tous les salariés, toutes les personnes exerçant une activité indépendante et les membres de famille aidant dans l'exploitation, ayant trois enfants ou plus, touchent une allocation pour enfants, s'ils sont assurés auprès d'une corporation professionnelle ou s'ils peuvent s'y faire assurer. En adaptation à cette législation

d'allocations pour enfants, le supplément pour enfants fut également augmenté dans l'assurance-pension par la loi complémentaire du 23 décembre 1955 sur les allocations pour enfants (BGBl. p. 841). Le supplément pour enfants, à partir du troisième enfant, était de DM 25; il peut, dans des circonstances déterminées, être accordé jusqu'à l'âge de 25 ans. Par la loi du 27 juillet 1957, l'allocation pour enfants fut augmentée à DM 30.

Par la loi du 3 septembre 1953 sur le tribunal social (BGBl. p. 1239), furent créés des tribunaux administratifs spéciaux, indépendants des autorités administratives, compétents pour statuer sur des litiges de droit public en matière d'assurance sociale. La loi sur le tribunal social règle la nomination des tribunaux et la procédure devant ces tribunaux. La hiérarchie comprend trois instances : la première instance est représentée par les tribunaux sociaux, les tribunaux d'appel sont les tribunaux sociaux des Länder et le tribunal social fédéral décide sur la révision.

Les prestations de pensions furent augmentées dans les années 1949 à 1956 par de nombreuses lois, afin de les adapter à la productivité économique croissante, mais également au niveau plus élevé des salaires et des prix. Ces lois étaient simplement considérées comme des solutions provisoires jusqu'à la réforme définitive de l'assurance-pension, qui est entrée en vigueur le 1er janvier 1957 par les lois du 23 février 1957 sur la réorganisation des régimes d'assurance-pension des ouvriers et des employés. Ces lois représentent la réforme la plus poussée d'assurance-pension depuis l'entrée en vigueur de la législation du Code

des assurances du Reich du 19 juillet 1911 et de la loi du 22 décembre 1911 sur l'assurance des employés.

Les modifications essentielles apportées à la législation sont les suivantes :

1. L'assurance est obligatoire pour les travailleurs dépendants rémunérés, ainsi que pour toute personne employée en vue de sa formation professionnelle, même si elle ne touche aucun salaire.
2. Tandis que, comme par le passé, il n'existe pas de limite pour l'obligation d'assurance dans l'assurance-pension des ouvriers, le plafond d'assurance pour les employés a été élevé de DM 9.000 à DM 15.000 (1.250 par mois).
3. La possibilité de s'affilier volontairement à l'assurance jusqu'à l'âge de 40 ans (assurance personnelle) n'existe plus.
4. Les conditions d'admission à la reconduction volontaire de l'assurance ont été aggravées. Les personnes cessant d'appartenir à l'assurance obligatoire de l'une des branches de la sécurité sociale, y compris l'assistance-vieillesse à l'artisanat allemand, ne peuvent reconduire leur assurance qu'après avoir payé pendant dix ans une cotisation correspondant à au moins 60 mois civils de cotisation pour une activité ou un emploi soumis à l'assurance. (Jusqu'à présent, il suffisait de 26 cotisations hebdomadaires, ou six cotisations mensuelles, à un régime d'assurance obligatoire.) Si ces conditions ne sont pas remplies, l'assuré peut présenter une demande en remboursement de ses quotes-parts de cotisations, sous certaines conditions. Les assurés facultatifs peuvent maintenant choisir la classe de cotisations dans laquelle ils

désirent payer leurs cotisations. Il n'est plus exigé qu'elle corresponde à leur revenu.

5. L'assurance complémentaire reste admise, à condition qu'il ait été effectivement versé, pour le même mois civil, une cotisation obligatoire ou facultative. A côté d'une cotisation de base facultative, la cotisation d'assurance complémentaire ne peut excéder le montant de la cotisation de base.

Toutefois, il n'y a pas lieu à ajustement de la pension calculée sur les cotisations d'assurance supplémentaire.

6. D'après le principe que le travail et, par conséquent, le rétablissement de la capacité de gain doivent être préférés à l'attribution d'une pension, les mesures prévues dans ce domaine ont été incorporées dans la législation sur les pensions. Il n'y a plus maintenant de droit absolu à la pension. Au lieu de la pension sollicitée, il peut être adopté une mesure de rétablissement.

Le traitement curatif prévu jusqu'ici est élargi par des mesures de promotion professionnelle et d'aide sociale qui, d'après un plan d'ensemble établi pour les différents cas, servent à la conservation, à l'amélioration réelle et au rétablissement de la capacité de gain.

Le traitement curatif embrasse toutes les mesures médicales nécessaires, la promotion professionnelle englobe les mesures pour la récupération ou l'augmentation de la capacité de gain dans la profession exercée jusque-là, la formation dans une autre profession, qui paraît indiquée et l'aide en vue de la conservation ou de l'obtention d'un emploi.

L'aide sociale embrasse l'attribution d'une indemnité de transition et des mesures postérieures pour assurer le résultat obtenu par le traitement curatif et par la promotion professionnelle.

La promotion professionnelle et l'aide sociale ne figuraient pas jusqu'ici parmi les prestations régulières de l'assurance-pension.

7. La durée du stage d'assurance reste inchangée, mais les dispositions relatives à la conservation des droits en cours d'acquisition ont été abrogées.
8. La loi prévoit les pensions suivantes :
 - A) pension pour invalidité (pouvant être attribuée professionnelle (buées à titre permanent ou pour une durée générale (déterminée (deux ans (au plus);
 - C) retraite en raison de la survenance :
 - a) de la 65^{me} année d'âge,
 - b) de la 60^{me} année d'âge après un chômage d'une année (jusqu'ici seulement dans l'assurance des employés),
 - c) de la 60^{me} année, s'il s'agit d'une femme qui, au cours des vingt dernières années, a exercé principalement une occupation assujettie à l'assurance;
 - D) dans l'assurance-pension des ouvriers et dans celle des employés, la pension de veuve est due à toutes les veuves sans conditions spéciales, et ce,

- a) au montant de 60 pour cent de la pension de son conjoint assuré, calculée à raison de 1 pour cent de la base de détermination de celle-ci, par année d'assurance, mais sans période d'imputation,
- b) pour la veuve qui a à sa charge un enfant ayant droit à pension d'orphelin, qui est atteinte d'invalidité professionnelle ou générale, ou qui a atteint l'âge de 45 ans, la pension est augmentée au moyen d'un calcul plus favorable de la pension du conjoint assuré.

Pour les trois premiers mois, la veuve ou le veuf reçoit intégralement la pension de l'assuré décédé, sans supplément pour enfants;

- E) l'époux reçoit une pension de veuf au décès de son épouse assurée, si celle-ci a subvenu en majeure partie à la subsistance de la famille. Il n'est plus exigé que le veuf soit dans un état de besoin;
- F) la pension au conjoint divorcé a maintenant le caractère d'une prestation obligatoire (jusqu'ici facultative) si, à la date de son décès, le défunt avait une obligation d'entretien, conformément aux prescriptions de la loi sur le mariage ou à d'autres titres, ou a effectivement assuré l'entretien pendant l'année précédant son décès;
- G) la veuve ou le veuf reçoit à titre de rachat, en cas de remariage, le quintuple (jusqu'ici le triple) du montant annuel de la pension dont elle ou il jouissait. Cette prescription

s'applique également aux époux divorcés. Le service de la rente de veuve ou de veuf reprend si le nouveau mariage est dissous sans que la veuve ou le veuf ait les torts exclusifs ou principaux et si aucun droit à entretien ou à pension ne dérive du deuxième mariage;

- H) ont droit à pension d'orphelins les enfants de l'assuré décédé qui auraient ouvert droit à supplément pour enfants. Il est fait une distinction, en contraste avec la législation jusqu'ici applicable, entre les pensions pour orphelins de père ou de mère au taux de 1/10 et les pensions pour orphelins de père et de mère au taux de 1/5 de la pension de l'assuré, qui est calculée au taux de 1,5 pour cent de sa base de détermination. Aux pensions d'orphelins s'ajoute le supplément pour enfant. Ces pensions sont servies en cas de formation professionnelle ou d'infirmité jusqu'à l'âge de 25 ans (jusqu'ici seulement pour le troisième orphelin, s'il se formait dans une profession).

Les dispositions relatives au cumul des pensions de l'assurance-pension avec celles de l'assurance-accidents, ou d'une assurance personnelle avec une pension de survivants, ainsi qu'au cumul de plusieurs rentes d'orphelins, sont remaniées.

9. L'essentiel de la réforme tient dans la nouvelle formule de pension. Elle diverge de la formule de pension jusqu'ici utilisée sur les points suivants :
- a) la pension ne contient plus d'éléments fixes (montants de base);
 - b) il n'y a plus de pensions minima, abstraction faite du régime transitoire;
 - c) le calcul de la rente est dissocié de la relation immédiate avec la valeur nominale de la

cotisation (majoration); le salaire ou traitement n'est plus pris en compte d'après son montant absolu, mais d'après sa proportion par rapport au salaire moyen de l'ensemble des assurés pour chacune des années de son emploi assujetti à l'assurance. La proportion ainsi obtenue est mise en rapport avec la base générale de détermination. Celle-ci est établie d'après la rémunération annuelle brute moyenne au milieu de la période de trois ans précédant la réalisation du risque. La pension est ainsi devenue une pension basée sur le salaire.

10. Le supplément pour enfant n'est plus un montant restant inchangé, mais est fixé à 1/10 de la base générale de détermination, actuellement 35 DM 70 pfennigs par mois. Il peut donc être modifié chaque année. La durée de jouissance du supplément pour enfant est la même que pour la pension d'orphelin.
La pension ainsi calculée sera ajustée par une loi aux variations de la base générale de détermination.
11. L'ancien système de couverture des droits expectatifs est remplacé par un système de couverture par période, chaque fois pour une période de dix ans.
12. Au lieu de nombreuses subventions fédérales prévues par les différentes lois d'assurance-pension, il est prévu annuellement une subvention fédérale unique de 2.728 millions de marks pour l'assurance-pension des ouvriers et de 628 millions de marks pour l'assurance-pension des employés, subvention

qui varie d'année en année, avec la base générale de détermination.

13. Le taux de cotisation a été élevé de 11 pour cent à 14 pour cent de la rémunération brute. Pour l'assurance-pension des ouvriers a été institué l'emploi de timbres de cotisations mensuelles.
14. Les relations entre les caisses de maladie et les instituts d'assurance en matière de perception des cotisations ont été délimitées plus clairement que ce n'était le cas jusqu'ici. L'assurance-pension peut contrôler elle-même la perception et la transmission des cotisations auprès des caisses de maladie et également procéder à des contrôles de gestion.

La loi du 21 mai 1957 réorganisant l'assurance-pension des mineurs (BGEL. I 533) s'appuie dans une large mesure sur les lois réorganisant le régime légal d'assurance-pension des ouvriers et employés, tout en présentant les particularités d'une assurance réservée à une seule profession. La législation d'assurance-pension des mineurs, contrairement à celle des employés, ne connaît aucune limite d'obligation d'assurance. L'assurance-pension des mineurs englobe tous les salariés appartenant à une entreprise minière. La reconduction facultative de l'assurance n'y est pas admise. L'assurance peut, cependant, sous certaines conditions, être continuée dans l'assurance-pension des ouvriers ou des employés.

Les mesures en vue du maintien, de l'amélioration et du rétablissement de la capacité de gain revêtent la même forme que dans l'assurance-pension des ouvriers et des employés. L'assurance-pension

des mineurs prévoit, en outre, les prestations suivantes :

- a) la pension provisoire de mineur,
- b) la pension d'assurance des mineurs en cas d'incapacité générale ou professionnelle,
- c) la retraite d'assurance des mineurs,
- d) les pensions de survivants.

II

Structure de l'assurance-invalidité et survivants

a) Liaison avec l'assurance-maladie

La liaison entre les régimes d'assurance-pension et l'assurance-maladie présente des aspects variés :

1. Jusqu'à l'année 1942, les cotisations à l'assurance-pension des ouvriers et employés étaient acquittées, en général, depuis l'institution de ces régimes, au moyen de timbres de cotisations, apposés sur des cartes de quittance et d'assurance des assurés, les cotisations devaient être payées selon les classes de cotisation d'après le salaire ou traitement de l'assuré. Depuis 1942, les organismes de l'assurance-maladie légale perçoivent des employeurs, pour les assurés obligatoires au service de ceux-ci, les cotisations à l'assurance-pension des ouvriers et des employés, et à l'assurance-chômage en même temps que les cotisations d'assurance-maladie et transmettent les cotisations d'assurance-pension aux instituts d'assurance compétents.

La caisse de maladie, en qualité d'organe percepteur, décide de l'obligation d'assurance, de l'obligation de cotisation et du montant de la cotisation pour chaque individu dans l'assurance-pension. Le système de paiement des cotisations au moyen de timbres est aujourd'hui principalement en vigueur pour les assurés facultatifs et pour les travailleurs indépendants assujettis à l'assurance.

2. Pour l'exécution des mesures tendant à la conservation, à l'amélioration et au rétablissement de la capacité de gain des personnes

assurées en vue de pension, les organismes d'assurance-pension et d'assurance-maladie sont tenus de collaborer étroitement, notamment lorsqu'un traitement curatif est nécessaire à des assurés qui ont droit en même temps à des prestations d'assurance-maladie. Les caisses de maladie sont tenues d'aviser les organismes d'assurance-pension lorsqu'elles constatent, dans leur activité, des cas où l'exécution de mesures tendant à la conservation, à l'amélioration ou au rétablissement de la capacité de gain pour des personnes assurées en vue de pension paraît indiquée. La procédure de notification a fait l'objet de directives établies en commun par les organismes d'assurance-maladie et ceux de l'assurance-pension.

3. Tous les bénéficiaires de pension d'assurance-pension légale, qui ont été assujettis à l'assurance-maladie pendant 52 semaines au moins au cours des cinq années précédant la demande de pension, sont assurés en cas de maladie auprès des organismes d'assurance-maladie légale dès le jour où ils présentent leur demande de pension. Il en est de même des bénéficiaires de pensions de survivants, si le défunt a été assuré en cas de maladie sous le régime de l'assurance-maladie légale, avant son décès, pendant la durée minimum indiquée ci-dessus. Dès le début du service de la pension, les cotisations du pensionné à l'assurance-maladie sont payées par l'organisme d'assurance-pension. En cas de maladie, le pensionné reçoit

de l'assurance-maladie les mêmes prestations que les autres assurés, à l'exception du secours à la famille et des indemnités de maladie. Les pensionnés, qui ne sont pas assurés sous le régime de l'assurance-maladie légale, reçoivent de l'assurance-pension, pour leur assurance-maladie volontaire privée, une contribution à la cotisation.

4. Par la loi du 5 juillet 1934 sur la réorganisation de l'assurance sociale, les instituts d'assurance des Länder sont devenus des organismes d'assurance-maladie pour les tâches de l'assurance-maladie qu'il est opportun d'exécuter en commun dans leur circonscription (tâches communes). A ces tâches communes appartiennent, entre autres, la gestion des établissements de cure, des foyers de convalescents et institutions similaires, l'exécution des mesures prophylactiques, la participation aux tâches de politique sanitaire, l'organisation du service des médecins de confiance et la gestion commune des réserves des caisses de maladie.
5. Les caisses des mineurs sont, en même temps, organismes de l'assurance-pension des mineurs pour les ouvriers et employés occupés dans des entreprises minières, et organismes d'assurance-maladie légale pour les mêmes.

b) Evolution vers la gestion de la sécurité sociale par des organismes de droit public

Depuis qu'elle a été établie en Allemagne, le 1er janvier 1891, l'assurance-pension a toujours été gérée par des instituts de droit public. Tandis que l'assurance-pension pour les ouvriers est gérée par

des instituts de droit public, pour chaque Land ou partie de Land, il n'existe pour l'assurance-pension des employés, depuis qu'elle a été établie au 1er janvier 1913, qu'un seul institut d'assurance de droit public. L'Institut des assurances du Reich pour les employés a été remplacé, en 1954, par l'Institut fédéral des assurances pour les employés, institution de droit public. Les organismes spéciaux d'assurance-pension des ouvriers (Caisse maritime et Etablissement d'assurance des chemins de fer fédéraux) sont également des institutions d'assurance de droit public. L'organisme d'assurance-pension des mineurs était, en vertu de la loi du 23 juin 1923 sur la Caisse des mineurs du Reich, institution de droit public. Elle fut supprimée en 1945. Ses obligations furent assumées par les caisses des mineurs de district qui devinrent, en janvier 1949, des établissements autonomes de droit public.

c) Régime général ou régime spécial

Il existe, dans la République fédérale d'Allemagne, un régime général pour tous les ouvriers ou employés au service d'un tiers, réparti en branches d'assurance. Tous les ouvriers sont assurés sous le régime de l'assurance-pension des ouvriers, tous les employés sous le régime de l'assurance-pension des employés. Outre les ouvriers et employés, sont assujetties à l'assurance, d'après la nature de leur emploi, d'autres catégories de personnes, telles que les apprentis, les membres de communautés religieuses et les hommes assujettis au service militaire. De plus, certains groupes professionnels, parmi les travailleurs indépendants, sont rattachés à l'assurance-pension légale, à savoir :

- a) à l'assurance-pension des ouvriers :
 - 1^o les artisans à domicile et les ouvriers à domicile indépendants,
 - 2^o les marins de la navigation au cabotage et les pêcheurs côtiers, s'ils exercent une activité indépendante;
- b) à l'assurance-pension des employés :
 - 1^o les professeurs, éducateurs et musiciens indépendants, qui n'occupent pas d'employés dans leur entreprise,
 - 2^o les artistes indépendants,
 - 3^o les sages-femmes indépendantes,
 - 4^o les personnes exerçant une activité indépendante pour les soins aux malades, aux accouchées, aux nourrissons et aux enfants.

L'exemption d'assurance pour certains groupes de personnes est expressément prévue par la loi. Ainsi, les personnes occupées au service de leur conjoint sont exemptées de l'assurance. En outre, il est prévu une exemption de l'obligation d'assurance, sur demande, notamment pour les personnes qui, d'après les prescriptions applicables aux fonctionnaires, ont droit à une pension à vie de la part d'administrations de droit public.

Pour les ouvriers et employés occupés au service d'entreprises minières existe, comme régime spécial, l'assurance-pension des mineurs. Les organismes de cette assurance-pension sont les caisses de mineurs.

A côté de ces régimes, applicables aux ouvriers et employés, existent des prescriptions spéciales pour les travailleurs indépendants des catégories suivantes :

- 1° Les artisans indépendants. Ceux qui sont inscrits au registre de l'artisanat sont assujettis à l'assurance, quel que soit le montant de leur revenu. Leur assurance est rattachée à l'assurance-pension des employés. Les artisans qui ont souscrit un contrat d'assurance avec des entreprises d'assurance de droit public, ou privées, pour le cas de décès ou d'accomplissement de leur soixante-cinquième année ou d'une année d'âge antérieure, peuvent faire valoir un droit à l'exemption d'assurance ou à l'exemption d'une moitié de la cotisation (demi-assurance).
- 2° Travailleurs agricoles exploitants. Ceux-ci reçoivent des caisses agricoles de vieillesse une allocation de vieillesse se montant mensuellement à DM 60 pour ceux qui sont mariés et à DM 40 pour ceux qui ne le sont pas. Les prestations prévues par la loi du 27 juillet 1957 sur l'allocation de vieillesse aux agriculteurs sont réduites de moitié pour ceux qui reçoivent en même temps des prestations de l'assurance-pension légale, à moins qu'il n'ait été payé 90 cotisations au minimum à la caisse agricole de vieillesse.
- 3° A défaut d'obligation d'assurance pour les autres professions indépendantes, il est laissé à la diligence des membres de ces professions d'assurer eux-mêmes leurs vieux jours. S'ils remplissent les conditions exigées pour la reconduction volontaire de l'assurance-pension, ils sont admis à la reconduction.

d) Développement de l'intervention des assurés dans la gestion des organismes. Composition et compétence des conseils d'administration. Régime des élections

Les organismes d'assurance-pension sont, depuis l'institution de l'assurance-pension, gérés par des représentants élus des assurés et des employeurs. Jusqu'en 1934, chaque organisme d'assurance avait deux organes : un organe législatif (assemblée des représentants) et un organe exécutif (bureau). Ces organes étaient entièrement ou partiellement formés de représentants élus des assurés et des employeurs. En 1934, le bureau et l'assemblée des représentants, auprès de chaque organisme d'assurance, furent remplacés par un président exerçant ses fonctions à titre d'occupation principale, auquel fut adjoint, pour le conseiller et l'assister, un conseiller nommé. La loi fédérale du 22 février 1951 réorganisa de manière uniforme l'autonomie administrative de tous les organismes d'assurance. Depuis lors, les organes législatifs et exécutifs des organismes d'assurance sont de nouveau formés de représentants des assurés et des employeurs, élus pour quatre ans. Les représentants élus forment l'assemblée des représentants (organe législatif) et le bureau (organe exécutif).

Les affaires administratives courantes sont réglées dans les instituts d'assurance par trois ou cinq mandataires élus à vie par l'assemblée des représentants sur la proposition du bureau.

Abstraction faite de la période 1934-1945, le principe de la gestion des organismes d'assurance par des représentants élus des assurés et des employeurs a toujours été admis.

Ont le droit de **vote** pour l'élection des membres des organes des institutions d'assurance-pension, tous les assurés et employeurs ayant atteint l'âge de 18 ans et remplissant certaines conditions fixées par la législation d'assurance. Les employeurs ont le droit de vote s'ils occupent au moins un salarié assuré auprès de l'organisme d'assurance-pension où doit avoir lieu l'élection; le droit d'éligibilité des employeurs est soumis à la même condition.

Les représentants des assurés et des employeurs sont élus au scrutin direct, libre et secret. Chaque assuré a une voix. Chaque employeur a autant de voix qu'il occupe de salariés.

Dans l'assurance-pension des mineurs, les représentants des assurés ne sont pas élus directement par les assurés et par les pensionnés. Ceux-ci élisent des "doyens des assurés" (doyens des ouvriers et employés des caisses de mineurs) qui, à leur tour, élisent les membres de l'assemblée des représentants.

e) Centralisation ou décentralisation

L'assurance-invalidité et vieillesse est divisée en branches d'assurance :

- a) assurance-pension des ouvriers,
- b) assurance-pension des employés,
- c) assurance-pension des mineurs pour les ouvriers et employés.

L'assurance-pension des ouvriers est gérée sous une forme décentralisée par 19 instituts d'assurance de Land. Il existe un organisme central d'assurance (dit institut spécial), dans l'assurance-pension des ouvriers, pour les travailleurs assujettis à l'assurance dans la navigation maritime (caisse des gens de mer) et pour les employés des chemins de fer fédéraux.

Ces deux instituts spéciaux ont comme membres tous les travailleurs de la navigation de commerce et des chemins de fer fédéraux occupés sur le territoire de la République fédérale.

L'assurance-pension des employés et le régime de pensions de vieillesse des artisans relèvent uniquement de l'Institut fédéral d'assurance des employés, avec siège à Berlin, pour le territoire entier de la République fédérale et pour Berlin.

L'assurance-pension des mineurs, pour les ouvriers et employés des entreprises minières, est gérée sur une base régionale par huit caisses de mineurs.

f) Degré d'indépendance administrative et financière.
Contrôle de l'Etat

La coopération de l'Etat dans la gestion de l'assurance-pension se borne, depuis que l'assurance a été instituée, au contrôle de l'Etat sur les instituts d'assurance. Le contrôle sur les instituts d'assurance de Land (assurance-pension des ouvriers) est exercé par les ministres du Travail des Länder, lorsque le ressort de l'institut d'assurance ne dépasse pas les limites d'un Land. Le contrôle sur les instituts d'assurance, dont le ressort s'étend sur les territoires de plusieurs Länder, ainsi que le contrôle sur les instituts spéciaux d'assurance-pension des ouvriers et sur l'Institut fédéral d'assurance des employés, incombe à l'Office fédéral des assurances.

Le contrôle de l'Etat consiste à s'assurer que, dans l'exécution de leurs tâches, les instituts d'assurance prennent en considération la loi et les statuts en harmonie avec les buts de l'assurance.

En outre, l'élection des mandataires des instituts d'assurance, exerçant leurs fonctions à titre d'occupation principale, élus à vie par l'assemblée des représentants, et qui gèrent les affaires courantes de l'institut, doit être confirmée par le gouvernement du Land où l'Office a son siège. Dans le cas des instituts d'assurance soumis au contrôle de l'Office des assurances du Reich, l'élection des mandataires doit être confirmée par le Gouvernement fédéral, d'accord avec les gouvernements des Länder intéressés.

Les ressources des instituts d'assurance ne peuvent être affectées qu'aux fins prescrites ou admises par la loi. Aussi, certains placements, tels que l'acquisition de terrains et la construction d'immeubles, nécessitent-ils l'agrément de l'autorité de contrôle. Le projet de budget de l'institut d'assurance doit également être soumis à l'autorité de contrôle avant d'être approuvé par l'assemblée des représentants. L'autorité de contrôle peut élever des objections s'il contrevient à la loi ou aux statuts ou compromet les possibilités d'exécution des obligations légales incombant à l'organisme d'assurance.

Comme les organismes d'assurance-pension reçoivent des subventions sur les fonds publics, la gestion des instituts d'assurance est également soumise au contrôle de la Cour des Comptes fédérale.

III

Champ d'application

1. Plafond d'affiliation

Il existe dans l'assurance-pension des ouvriers une limite maxima de salaire, après le dépassement de laquelle le salarié cesse d'être assujéti à l'assurance. Les employés dont la rémunération annuelle excède 1.500 marks ne sont plus assujéttis.

2. Apprentis

Toutes les personnes occupées en qualité d'apprentis, ou à un autre titre, en vue de leur formation professionnelle, qu'elles exercent cette occupation avec ou sans rémunération, sont assujétties à l'assurance-pension des ouvriers ou à celle des employés, selon que l'apprenti reçoit une formation en vue d'une profession d'ouvrier ou d'une profession d'employé.

3. Pensionnés

Avant l'entrée en vigueur des lois réorganisant l'assurance-pension, les assurés invalides ou bénéficiaires d'une pension d'invalidité, de vieillesse, de veuve ou veuf, étaient exemptés de l'assurance. Depuis le 1er janvier 1957, cependant, les bénéficiaires de pension au titre de l'invalidité générale ou professionnelle sont assujéttis à l'assurance si, après le début de l'invalidité générale ou professionnelle, ils exercent une activité assujéttie à l'assurance. Toutes les personnes qui bénéficient d'une retraite de l'assurance-pension des ouvriers ou des employés ou de l'assurance-pension des mineurs sont, dès le début du service de la pension, exemptées de l'assurance.

4. Chômeurs

Les chômeurs ne sont pas assujéttis à l'assurance-pension. Les périodes pendant lesquelles une occupation

ou activité assujettie à l'assurance est interrompue par un chômage dont la durée excède six semaines sont comptées pour le calcul de la pension, à partir de l'expiration de la sixième semaine, comme "périodes d'interruption", si l'assuré a été inscrit à un bureau de travail allemand comme cherchant un emploi et a bénéficié soit d'une indemnité de chômage, soit d'une aide de chômage, soit d'un secours de la part de l'assistance publique, soit d'un secours familial, ou a été exclu du bénéfice de ces prestations comme jouissant d'autres prestations, d'un revenu propre ou en raison de sa situation de fortune.

5. Membres de la famille de l'assuré

Toutes les personnes exerçant un emploi au service de leur conjoint sont exemptées de l'assurance. Hors ce cas, les membres de la famille de l'assuré sont pris en considération dans l'assurance-pension en ce sens qu'ils peuvent, après le décès de l'assuré, prétendre à des pensions de survivants. Les pensions de survivants sont les pensions de veuve, les pensions de veuf et les pensions d'orphelin, pour le conjoint et les enfants de l'assuré, ainsi que pour le conjoint divorcé. La pension de veuf est due dans le cas où l'épouse assurée subvenait pour la majeure partie à la subsistance de la famille.

Les pensions pour invalidité générale ou invalidité professionnelle, et les pensions de vieillesse, ne comportent aucun supplément pour l'épouse.

S'il y a des enfants, la pension d'assuré est augmentée pour chacun d'un supplément pour enfant. Sont considérés comme enfants :

- 1° les enfants légitimes,
- 2° les enfants d'un autre lit du conjoint admis dans la communauté domestique du pensionné,
- 3° les enfants légitimés,
- 4° les enfants adoptifs,
- 5° les enfants illégitimes d'une assurée,
- 6° les enfants illégitimes d'un assuré, si sa paternité ou son obligation d'entretien a été constatée,
- 7° les pupilles, si le lien pupillaire a pris naissance avant la réalisation du risque.

Les enfants appartenant à ces catégories bénéficient, après la mort de l'assuré, de la pension d'orphelin et du supplément pour enfant, si les conditions requises sont remplies.

Le supplément pour enfant se monte annuellement, pour chaque enfant, à un dixième de la base générale de détermination admise pour le calcul de la pension (actuellement DM 40,10 par mois). Le supplément pour enfant et la pension d'orphelin sont servis en général jusqu'à l'accomplissement de la dix-huitième année, et jusqu'à l'accomplissement de la vingt-cinquième année, si l'enfant poursuit sa formation générale ou professionnelle ou si, en raison d'infirmité, il n'est pas en état de subvenir lui-même à sa subsistance.

6. Extension des catégories protégées

- a) dans l'agriculture (travailleurs agricoles exploitants et petits propriétaires),
- b) travailleurs indépendants,
- c) professions libérales.

- ad a) La loi du 27 juillet 1957 sur l'allocation de vieillesse aux agriculteurs a incorporé les travailleurs agricoles exploitants au régime de la sécurité sociale.
- ad b) La loi du 20 août 1940 a institué l'assujettissement à l'assurance-pension des ouvriers à l'égard des marins au cabotage et des pêcheurs côtiers exerçant une activité en qualité de chef d'entreprise de navigation maritime ou de pêche maritime, appartenant à l'équipage de leur navire et n'occupant pas plus de deux salariés assujettis à l'assurance.

Sont assujettis à l'assurance sous le régime de l'assurance des employés les travailleurs indépendants appartenant aux catégories suivantes :

- aa) les professeurs et éducateurs indépendants n'employant pas de personnel dans leur entreprise (ordonnance du 8 octobre 1922),
- bb) les musiciens indépendants exerçant leur activité pour leur propre compte et n'employant pas de personnel, ainsi que les sages-femmes autorisées à s'établir (ordonnance du 8 octobre 1929),
- cc) les travailleurs indépendants exerçant une activité pour leur propre compte dans les soins aux malades et n'occupant pas de personnel (ordonnance du 14 mars 1932),
- dd) les artistes indépendants (loi du 13 janvier 1938),
- ee) les personnes donnant leurs soins aux accouchées, qui exercent leur activité pour leur propre compte et n'emploient pas de personnel (ordonnance du 7 février 1943).

La loi du 31 décembre 1938 sur l'assistance à la vieillesse dans l'artisanat allemand a incorporé les artisans indépendants à l'assurance-pension des employés.

ad c) Les membres des professions libérales tels que : avocats, médecins indépendants et commerçants ne sont en aucun cas assujettis aux régimes d'assurance-pension des ouvriers et employés.

IV

Droit aux prestations

1. Définition de l'invalidité

Jusqu'en 1949, l'assuré était considéré comme invalide si, en raison de maladie ou de faiblesse, il n'était pas en état d'obtenir, par l'exercice d'une activité correspondant à ses forces et ses capacités, un tiers du salaire que les personnes saines, de même catégorie, possédant une formation analogue, gagnaient normalement par leur travail dans la même région. Depuis le 1er janvier 1949, l'invalidité était considérée comme existante si, dans les conditions indiquées ci-dessus, l'assuré n'était pas en état d'obtenir la moitié du salaire moyen du groupe auquel il appartenait d'après son domicile et sa formation. Les lois de réorganisation ont modifié les conditions d'attribution des prestations d'assurance-pension des ouvriers et des employés à partir du 1er janvier 1957.

La protection fournie par les régimes d'assurance-pension des ouvriers et des employés et par l'assurance-pension des mineurs s'étend maintenant, à l'exception du cas où les droits sont acquis par suite d'arrivée à la limite d'âge, aux cas suivants de réalisation du risque :

a) invalidité professionnelle :

Est atteint d'invalidité professionnelle l'assuré dont la capacité de gain est réduite, en raison de maladie, d'infirmité ou de déclin de ses forces physiques ou mentales, à moins de la moitié de celle d'un assuré sain de corps et d'esprit, ayant une formation semblable et des connaissances et capacités égales. Le champ d'activité d'après lequel doit être jugée la

capacité de travail d'un assuré, comprend toutes les formes d'activité répondant à ses forces et à ses capacités et qui peuvent être considérées comme susceptibles d'être exercées par lui si l'on prend en considération la durée et l'étendue de sa formation, ainsi que sa profession antérieure et les exigences spéciales de l'activité professionnelle qu'il a exercée jusqu'ici. Est toujours considérée comme susceptible d'être exercée par lui, une activité en vue de laquelle l'assuré peut être formé ou rééduqué au moyen de mesures tendant à la conservation, à l'amélioration ou au rétablissement de sa capacité de gain.

b) invalidité générale :

Est atteint d'invalidité générale l'assuré qui, pour une durée imprévisible, en raison de maladie, d'infirmité ou de déclin de ses forces physiques ou mentales, n'est plus en état d'exercer une activité lucrative avec une certaine régularité, ou ne peut plus réaliser par une activité lucrative que des gains minimes.

c) décès de l'assuré :

Dans l'assurance-pension des mineurs, il est également attribué une pension d'assurance de mineur pour invalidité professionnelle et une pension d'assurance de mineur pour invalidité générale; les conditions d'attribution de ces prestations de pension sont les mêmes que dans les régimes d'assurance-pension des ouvriers et des employés. En outre, il est attribué, dans l'assurance-pension des mineurs, des pensions provisoires de mineur, aux assurés dont la capacité d'exercer la profession de mineur

est réduite ou qui ont atteint l'âge de cinquante ans. Il est considéré que la capacité d'exercer la profession de mineur est réduite lorsque, en raison de maladie, d'infirmité ou de déclin de ses forces physiques ou mentales, l'assuré n'est pas en état d'exécuter ni le travail minier qu'il exécutait jusqu'ici, ni d'autres travaux essentiellement équivalents du point de vue économique, exécutés par des personnes ayant une formation semblable, ainsi que des connaissances et capacités équivalentes, dans des entreprises assujetties à l'assurance des mineurs. La pension provisoire de mineur est retirée lorsqu'il est attribué à l'assuré une pension d'assurance de mineur en raison d'invalidité professionnelle ou générale ou d'admission au bénéfice d'une retraite de l'assurance des mineurs.

2. Montant de la pension

Depuis l'année 1891, le montant de la pension dépendait du nombre et du montant des cotisations payées d'après les classes de cotisations. En outre, chaque pension comportait une fraction indépendante de la durée d'assurance, le "montant de base".

Après l'institution du système de déduction sur les salaires, en 1942, il fut accordé, dans l'assurance-pension des ouvriers, pour la rémunération assujettie à cotisation indiquée sur les cartes de quittance, une majoration annuelle de 1,2 pour cent, mais seulement sur une rémunération annuelle de 3.600 marks au maximum. Dans l'assurance des employés, la majoration annuelle se montait à 0,7 pour cent des rémunérations indiquées sur les cartes d'assurance, à concurrence d'une rémunération annuelle de 7.200 marks.

Actuellement, le montant des pensions dans les régimes de pensions des ouvriers et des employés et dans l'assurance-pension des mineurs dépend de quatre facteurs :

- a) la base générale de détermination,
- b) le rapport moyen entre la rémunération de l'assuré et la rémunération moyenne de l'ensemble des assurés pour les périodes de cotisation accomplies (base individuelle de détermination),
- c) le nombre des années d'assurance entrant en compte,
- d) le taux de majoration fixé pour la catégorie de pension considérée.

ad a) Le point de départ pour le calcul de la rente est la base générale de détermination pour l'année au cours de laquelle se produit la réalisation du risque. Elle correspond à la rémunération annuelle brute moyenne de l'ensemble des assurés au milieu de la période de trois ans précédant l'année civile avant l'année au cours de laquelle s'est produit la réalisation du risque. Par exemple, pour les réalisations de risques qui se sont produites au cours de l'année 1957, la base générale de détermination sera donc la moyenne des rémunérations annuelles brutes de l'ensemble des assurés pour les années 1953, 1954 et 1955. La base générale d'évaluation se monte pour les années :

1957	à	4.281 DM
1958	à	4.542 DM
1959	à	4.812 DM

ad b) Le calcul de la base de détermination de la pension applicable à l'assuré (base individuelle de détermination) est fondé sur le rapport ayant existé, durant les périodes de cotisation accomplies, entre la rémunération brute de l'assuré et la rémunération brute moyenne de l'ensemble des assurés.

On détermine ce rapport en constatant, pour chaque année civile, la proportion de la rémunération effective de l'assuré par rapport à la rémunération annuelle moyenne de l'ensemble des assurés durant la même année. A cet effet, la rémunération effective de l'assuré n'est prise en compte que jusqu'à concurrence du plafond de salaire, donc pour le montant jusqu'auquel des cotisations sont déduites de la rémunération. Les fractions déterminées pour toutes les années couvertes par des cotisations sont additionnées et la somme divisée par le nombre des années considérées. Le résultat représente la fraction par laquelle la base générale de détermination doit être multipliée pour calculer la base de détermination de la pension applicable à l'assuré (base individuelle de détermination).

Pour la période antérieure au 29 juin 1942, ainsi que pour les périodes postérieures au cours desquelles les cotisations ont été payées au moyen de timbres de cotisations, la détermination de la fraction a lieu au moyen d'une table permettant de trouver les valeurs correspondant aux différentes

classes de cotisation, réunies pour le passé en périodes de cotisations déterminées. Les rémunérations annuelles moyennes de l'ensemble des assurés, nécessaires au calcul de la fraction pour chacune des années civiles, ont été déterminées légalement pour la période de 1891 à 1955. Pour les années postérieures, elles sont déterminées chaque année par ordonnance du gouvernement fédéral à l'égard de l'année civile précédente. Pour le calcul il n'est pas tenu compte des montants d'inflation, c'est-à-dire ceux qui ont été payés durant la période du 1er octobre 1921 au 31 décembre 1923. De même, pour les assurés affiliés avant d'avoir atteint l'âge de vingt-cinq ans, les cotisations obligatoires des cinq premières années civiles ne sont pas prises en considération pour le calcul, si c'est plus favorable pour l'assuré. Ceci afin que les assurés qui ont accompli un apprentissage ou une période de formation en une autre qualité et ont reçu en général une rémunération inférieure à celle d'autres salariés ne soient pas désavantagés par rapport aux assurés qui, sans avoir accompli d'apprentissage ni de période de formation, reçoivent aussitôt un salaire entier.

La base de détermination de la pension, fixée conformément aux principes ci-dessus pour chaque assuré, ne peut être supérieure au plafond de salaire fixé pour le versement des cotisations en l'année où s'est produite la réalisation du risque.

ad c) le troisième facteur qui détermine la fraction de pension à calculer d'après les rémunérations de l'assuré assujetties à cotisations, est le nombre des années d'assurance entrant en compte. L'année d'assurance entrant en compte est une période de douze mois, couverte par des périodes d'assurance, des périodes d'interruption ou par une période d'imputation.

Les périodes d'assurance sont les périodes pour lesquelles des cotisations ont effectivement été versées ou sont considérées comme ayant été versées, ainsi que les périodes admises comme périodes compensatoires pour l'accomplissement du stage d'assurance. Les périodes d'interruption sont les périodes durant lesquelles une occupation assujettie à l'assurance a été interrompue, en raison, par exemple, d'une incapacité de travail due à une maladie ou à un accident, d'une grossesse ou d'un accouchement, ou d'un chômage, des conditions différentes étant fixées pour la prise en compte comme période d'interruption dans chacun de ces cas.

Sont également des périodes d'interruption les périodes de continuation de la formation scolaire après l'accomplissement de la quinzième année ou les périodes de formation technique ou universitaire complète, si elles ont été suivies, dans le délai de deux ans, de l'ouverture d'une occupation ou activité assujettie à l'assurance, une

certaine durée maximum étant fixée pour chaque genre de formation. Est également comptée comme période d'interruption, sous certaines conditions, la durée de jouissance d'une pension si, après sa cessation, il doit être attribué à nouveau une pension d'invalidité professionnelle ou d'invalidité générale ou une pension de retraite.

Toutes ces périodes d'interruption ne sont prises en compte pour la détermination des années d'assurance entrant en compte que si la durée comprise entre l'affiliation à l'assurance et la réalisation du risque est couverte à raison de la moitié au moins, et pour soixante mois au moins, par des cotisations correspondant à une occupation ou activité assujettie à l'assurance. Les périodes d'interruption ne sont assimilées aux périodes compensatoires que par leur prise en compte pour le calcul de la pension; elles n'entrent pas dans le calcul du stage d'assurance.

La période d'imputation est la durée écoulée entre la réalisation du risque et l'accomplissement de la cinquante-cinquième année d'âge; pour les assurés atteints d'invalidité professionnelle ou d'invalidité générale avant d'avoir atteint l'âge de cinquante-cinq ans, elle est ajoutée aux périodes d'assurance et d'interruption.

Pour obtenir la prise en compte de la période d'imputation, l'assuré doit faire la preuve soit qu'il a payé des cotisations

obligatoires pour trente-six mois au cours des cinq années précédant la réalisation du risque, soit que la durée comprise entre son affiliation à l'assurance et cette réalisation est couverte à raison de la moitié par des cotisations.

ad d) Le quatrième facteur pour le calcul de la fraction de pension à déterminer d'après les rémunérations de l'assuré assujetties aux cotisations est le taux de majoration.

Le taux de majoration se monte :

1° pour les pensions de l'assurance-pension des ouvriers et des employés :

pensions d'invalidité professionnelles à 1 %

pensions d'invalidité générale à 1,5 %

retraite à 1,5 %

2° pour les pensions de l'assurance-pension des mineurs :

pension provisoire de mineur à 0,8 %

pension d'invalidité professionnelle de l'assurance des mineurs à 1,2 %

pension d'invalidité générale de l'assurance des mineurs à 2,5 %

pension de retraite de l'assurance des mineurs à 2,5 %

Pour chaque année d'assurance entrant en compte, l'assuré remplissant les conditions exigées pour l'attribution d'une pension d'assuré sous les régimes

d'assurance-pension des ouvriers et des employés reçoit, dans le cas de pension d'invalidité professionnelle 1 pour cent, dans les cas de pension d'invalidité générale et de retraite 1,5 pour cent de la base de détermination de la pension (base individuelle de détermination) qui lui est applicable. Pour quarante années d'assurance entrant en compte, l'assuré reçoit donc, à titre de pension d'invalidité professionnelle, 40×1 pour cent, soit 40 pour cent, ou à titre de pension de retraite $40 \times 1,5$ pour cent, soit 60 pour cent de la base de détermination de la pension qui lui est applicable; comme pension de retraite de l'assurance des mineurs, l'assuré reçoit, après quarante années d'assurance entrant en compte $40 \times 2,5$ pour cent, soit 100 pour cent de la base individuelle de détermination de la pension qui lui est applicable.

Les cotisations d'assurance complémentaire éventuellement versées donnent lieu à l'attribution de majorations spéciales qui s'ajoutent à la pension.

3. Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques (salaires, pouvoir d'achat de la monnaie)

Jusqu'à l'année 1956, la loi ne prévoyait pas d'ajustement régulier des pensions à l'évolution économique. Les lois élevaient progressivement les montants de pensions, soit individuellement par l'augmentation des majorations que comportaient les pensions individuelles, soit collectivement au moyen de suppléments fixes. L'ajustement régulier des pensions fut institué par les lois de réorganisation.

Cet ajustement des prestations de pensions dans l'assurance-pension des ouvriers et des employés, ainsi que dans l'assurance-pension des mineurs, doit prendre en considération l'évolution de la capacité de prestation

économique et de la productivité, ainsi que les variations du revenu national par travailleur actif. Le gouvernement fédéral a l'obligation de soumettre chaque année, le 30 septembre au plus tard, un rapport sur la situation financière de chaque branche d'assurance-pension, l'évolution de la capacité de prestation économique et la productivité, ainsi que sur les variations du revenu national par travailleur actif au cours de l'année civile écoulée et, après avoir entendu un conseil consultatif social, des propositions sur l'ajustement légal des prestations de rente.

Tandis que les pensions nouvellement attribuées se trouvent ajustées à l'évolution économique par l'effet de la modification annuelle de la base générale de détermination, l'ajustement des pensions déjà en cours doit faire l'objet d'une loi spéciale. Le gouvernement fédéral a fait usage pour la première fois dans la loi du 21 décembre 1958 (première loi d'ajustement des pensions) du pouvoir que lui confèrent les lois de réorganisation de l'assurance-pension du 23 février 1957 d'ajuster, par voie de loi, les pensions en cas de modification de la base générale de détermination. En vertu de cette loi du 21 décembre 1958, les pensions d'assurés et de survivants fondées sur des cas de réalisation du risque qui se sont produits en 1957 ou antérieurement sont ajustées pour les périodes de prestations à partir du 1er janvier 1959, y compris le supplément pour enfant, mais sans les suppléments spéciaux ni les majorations découlant de cotisations d'assurance complémentaire, et sont augmentées de 6,1 pour cent.

Si la base générale de détermination est modifiée à l'avenir, un nouvel ajustement par voie législative sera nécessaire.

4. Financement

a) Les ressources destinées à la couverture des dépenses de l'assurance-pension sont constituées par des cotisations des assurés et des employeurs, ainsi que par une subvention de la Fédération. En outre, les recettes en intérêts du capital de couverture des instituts d'assurance servent au financement des prestations. Le montant des cotisations et de la subvention sont fixés par une loi.

La cotisation à l'assurance-pension des ouvriers et des employés se monte à 14 pour cent de la rémunération brute, prise en compte à concurrence de DM 9.600 (DM 9.000 jusqu'en 1958) et s'applique par moitié à la charge de l'assuré et de l'employeur. En général, il n'est pas prévu de cotisation minimum. L'obligation de cotisation existe aussi longtemps qu'une occupation assujettie à l'assurance est exercée et cesse, au plus tard, lorsque se produit le cas de réalisation du risque ou lorsque s'ouvre le droit à pension.

Les personnes ayant reconduit volontairement leur assurance peuvent verser des cotisations dans l'une des neuf classes de cotisation prévues par la loi, à leur choix, à raison de DM 14 à DM 112 par mois. L'assurance complémentaire comporte les mêmes classes de cotisation et les mêmes cotisations. Tout assuré peut, à son gré, ajouter à chaque cotisation d'assurance obligatoire ou d'assurance reconduite, une cotisation d'assurance complémentaire.

Les cotisations servent au financement de toutes

les prestations des régimes d'assurances-pension, donc aussi bien pour l'assurance-invalidité et survivants que pour l'assurance-vieillesse; en outre, elles sont utilisées pour la couverture des frais de mesures sanitaires en faveur des assurés et des cotisations à l'assurance-maladie des pensionnés.

Pour les dépenses de l'assurance-pension, autres que les prestations destinées à assurer le sort des vieillards, la Fédération fournit une subvention qui varie avec la base générale de détermination. La subvention de la Fédération, se montait pour 1958 :

à 2.894 millions de DM dans l'assurance-pension
des ouvriers,
à 714 millions de DM dans l'assurance-pension
des employés.

Elle est fournie par les recettes générales de la Fédération, donc par le produit des impôts et par celui de la fortune.

- b) Jusqu'à l'année 1945, le Reich jouait le rôle principal dans la constitution des ressources destinées à l'assurance-invalidité et à l'assurance des employés. Il versait, outre ses contributions aux montants de base des pensions, une contribution annuelle d'Etat. Ce montant fut fixé en 1933 à 200 millions de RM et fut élevé à plusieurs reprises. En outre, le Reich avait à sa charge les dépenses afférentes aux majorations accordées aux assurés pour les périodes de service de guerre, pendant la première et la deuxième guerre mondiale, et pour les périodes de service militaire et de service de

travail. D'autre part, le Reich a fourni les fonds nécessaires pour les pensions des personnes déplacées et pour l'augmentation des pensions en cours durant la guerre.

La République fédérale également a contribué aux dépenses exigées par l'augmentation des pensions en cours après 1945; toutefois, ces augmentations ont dû être défrayées en grande partie sur les fonds de l'assurance.

En 1957, les lois de réorganisation ont modifié la structure du système de financement de l'assurance-pension des ouvriers et des employés. En vue de la détermination du montant futur des cotisations pour l'ensemble des assurés, il doit être calculé un taux moyen de cotisation. Ce taux doit être fixé chaque fois de telle sorte que, pour une période de couverture de dix ans, la valeur de toutes les cotisations et autres recettes à percevoir durant cette période, avec la fortune et les intérêts composés, couvre le montant nécessaire pour faire face à toutes les dépenses à prévoir pour cette période. En outre, il doit rester, à la fin de cette période, une réserve égale aux dépenses à la charge des organismes d'assurance pendant la dernière année de la période de couverture.

Le ministre fédéral du Travail établit à des intervalles de deux ans des bilans actuariels. Ces bilans doivent permettre de déterminer, pour les trois dizaines d'années suivant le jour repère des bilans, quelle sera l'évolution probable des recettes, des dépenses et de la fortune des organismes d'assurance.

Le Gouvernement fédéral a l'obligation de communiquer aux corps législatifs de la Fédération le bilan actuariel et en même temps, le Conseil consultatif social entendu, de lui faire rapport sur la situation financière de l'assurance-pension, sur l'évolution de la capacité de production économique et de la productivité et sur la modification du revenu national par travailleur actif durant les années précédentes, depuis la présentation du dernier bilan actuariel.

L'avis favorable du Conseil consultatif doit être obtenu. S'il résulte du rapport que des mesures législatives sont nécessaires, le Gouvernement fédéral doit soumettre en même temps des projets de législation, prévoyant en particulier, le cas échéant, une modification du montant des pensions ou du taux des cotisations. S'il est prévisible que les cotisations, jointes aux autres recettes, ne suffiront pas à faire face aux dépenses de l'assurance pour l'année suivante, il est prévu par la loi que les ressources nécessaires seront fournies par la Fédération (garantie fédérale). Les détails seront fixés par une loi spéciale. Les organismes d'assurance-pension ne peuvent faire appel à la garantie fédérale que si leur patrimoine n'excède pas les sommes nécessaires à une gestion satisfaisante.

Jusqu'à l'entrée en vigueur des lois réorganisant l'assurance-pension, était appliqué le système de couverture des droits expectatifs, auquel se substitue maintenant le système de couverture périodique décrit. Le système de

couverture périodique est un système de répartition, aménagé pour une période de longue durée.

c) Salaire de base et plafond

Dans l'assurance-pension des ouvriers, le plafond pour l'établissement des cotisations était d'abord constitué par une rémunération annuelle de 850 marks; si la rémunération excédait ce montant, la cotisation était acquittée en timbres de la classe de cotisation la plus élevée, sans autre délimitation. Du 1er janvier 1900 au 1er octobre 1921, les cotisations afférentes aux rémunérations annuelles excédant 1.150 marks étaient payées dans la classe la plus élevée. Après la période d'inflation, à partir du 31 décembre 1923, le montant des cotisations à verser fut fondé sur la rémunération hebdomadaire. Les cotisations hebdomadaires les plus élevées étaient payables :

durant la période du	pour une rémunération hebdomadaire excédant
31-12-1923 au 27- 9-1925	25 RM
28- 9-1925 au 26- 6-1927	30 RM
27- 6-1927 au 31-12-1927	30-36 RM
1- 1-1928 au 31-12-1933	36-42 RM
1- 1-1934 au 31- 4-1938	42 RM
4- 4-1938 au 31- 5-1949	48 RM
1- 6-1949 au 31- 8-1952	120 RM
1- 9-1952 au 31-12-1956	144 RM

A partir du 1er juillet 1942, les chiffres ci-dessus ne sont applicables qu'aux assurés qui ont acquitté leurs cotisations en timbres.

En ce qui concerne les affiliés obligatoires de l'assurance-pension des ouvriers pour lesquels

des cotisations ont été déduites du salaire à partir du 1er juillet 1942, le plafond était de :

du 29-6-1942 au 31-5-1949	3.600 RM (DM)
du 1-6-1949 au 31-8-1952	7.200 DM
du 1-9-1952 au 31-12-1958	9.000 DM
depuis le 1-1-1959	9.600 DM

Dans l'assurance-pension des employés, le plafond était de :

de 1923 à 1925	4.000 RM
de 1925 à 1928	6.000 RM
de 1928 à 1934	8.400 RM
de 1934 à 1948	7.200 RM
de 1948 à 1952	7.200 RM
de 1952 à 1958	9.000 RM
depuis le 1-1-1959	9.600 RM

d) Taux des cotisations

Après l'institution de l'assurance-invalidité en 1891, il fut d'abord formé quatre classes de cotisation. Dans la plus basse, la cotisation hebdomadaire était de 14 marks pour une rémunération annuelle n'excédant pas 350 marks. La cotisation hebdomadaire pour une rémunération annuelle excédant 850 marks était de 30 marks. En 1899, le nombre des classes de cotisation fut porté à cinq. Cette situation dura, sous réserve de la modification du montant des différentes cotisations hebdomadaires, jusqu'en 1927, année où furent instituées deux nouvelles classes de cotisation. En 1933, le nombre des classes fut porté à dix. Depuis 1949, il existait douze classes. Les lois de réorganisation de l'assurance-pension ont porté à seize le nombre

des classes pour les cotisations acquittées au moyen de timbres. Depuis le 1er janvier 1959, il existe dix-sept classes de cotisation pour les assurés obligatoires qui acquittent leurs cotisations au moyen de timbres, et neuf pour l'assurance reconduite et pour l'assurance complémentaire. Le taux de cotisation pour les cotisations obligatoires versées depuis 1942 était, pour les cotisations versées durant la période du 1er juillet 1942 au 31 mai 1949, de 5,6 pour cent de la rémunération hebdomadaire ou mensuelle. Ce taux a été porté à 10 pour cent à partir du 1er juin 1949, à 11 pour cent à partir du 1er avril 1955, et à 14 pour cent à partir du 1er mars 1957.

e) Rapport du nombre des travailleurs actifs au nombre des pensionnés

Actuellement, le rapport du nombre des travailleurs actifs au nombre des pensionnés est environ de 3,5 à 1. Les chiffres de comparaison en ce qui concerne les travailleurs actifs pour les années 1953 à 1956 étant inconnus, le nombre des pensionnés est opposé dans le tableau ci-dessous au nombre des travailleurs non indépendants :

<u>Année</u>	<u>Pensionnés</u>	<u>Travailleurs non indépendants</u>
1953	6.525.322	16.841.000
1954	6.617.863	17.507.000
1955	6.715.504	18.104.000
1956	7.146.271	18.818.000
1957	7.211.251	19.274.000
1958 (oct. nov.)	7.449.458	inconnu

Le nombre des habitants de la République fédérale d'Allemagne, Berlin et le Territoire de la Sarre non compris, était au total, en 1957, de 50.472.800, dont :

1° personnes appartenant au potentiel de main-d'oeuvre	25.302.000
2° travailleurs actifs	24.640.000
3° chômeurs	662.000
4° salariés occupés (ouvriers, employés et fonctionnaires)	18.611.000

f) Résultats financiers

(empruntés au rapport social du gouvernement fédéral pour 1958)

Les recettes et dépenses des assurances-pension pour les années 1956 et 1957 (en milliers de DM) se montaient à :

<u>Branche d'assurance</u>	<u>Année</u>	<u>Recettes</u>	<u>Dépenses</u>
Assurance des ouvriers	1956	7.340,6	5.801,7
	1957	9.831,5	8.434,4
Assurance des employés	1956	3.270,0	2.540,2
	1957	4.292,7	3.941,3
Assurance des mineurs	1956	1.424,9	1.296,8
	1957	1.522,9	1.482,9

g) Evolution des pensions par rapport aux prix et aux salaires, suivant une formule commune et simple (à déterminer) par exemple, pension moyenne d'un groupe déterminé : mineurs, pensionnés ayant au moins quinze ans d'affiliation, ou carrière type.

Les pensions mensuelles moyennes se montaient à :

1° dans l'assurance-pension des ouvriers :

	<u>en 1953</u>	<u>1957</u> <u>avril</u>	<u>1957</u> <u>août</u>	<u>1958</u> <u>octobre</u>
pour les assurés	78,90DM	90,50DM	143,20DM	144,50DM
pour les veuves	49,40 "	56,00 "	96,60 "	103,30 "
pour les orphelins	31,80 "	31,80 "	50,30 "	51,00 "

2° dans l'assurance-pension des employés

	<u>en 1953</u>	<u>1957</u> <u>avril</u>	<u>1957</u> <u>août</u>	<u>1958</u> <u>octobre</u>
pour les assurés	121,00DM	138,00DM	227,20DM	231,20DM
pour les veuves	63,00 "	74,20 "	139,10 "	146,80 "
pour les orphelins	37,80 "	38,70 "	53,90 "	55,40 "

5. Assurance-vieillesse

La protection de la vieillesse est un élément constitutif du système unifié d'assurance-pension des ouvriers et des employés, ainsi que de l'assurance-pension des mineurs. Ainsi, non seulement les régimes d'assurance-pension couvrent les risques d'invalidité professionnelle et d'invalidité générale, ainsi que l'assistance aux survivants, mais ils concèdent aussi des pensions aux assurés ayant atteint l'âge de soixante-cinq ans, sans autre condition que l'accomplissement d'un stage d'assurance de 180 mois de cotisation. La retraite est accordée, sur demande, par anticipation, après l'accomplissement de la soixantième année d'âge si le stage d'assurance est accompli et si l'assuré est en chômage depuis une année au moins. Le droit à cette pension de vieillesse anticipée ne subsiste que pour la durée du chômage. Les assurées qui ont atteint l'âge de soixante ans ont également droit à la retraite

anticipée, si elles ont accompli le stage d'assurance et si elles ont exercé principalement, pendant les vingt dernières années, une occupation assujettie à l'assurance. Les assurées également ne jouissent de cette retraite anticipée que tant qu'elles n'exercent pas une occupation assujettie à l'assurance.

Le montant de la pension de retraite n'était fixé auparavant par aucune prescription. Actuellement, les prescriptions générales relatives au calcul des pensions sont également applicables à la retraite; toutefois, la majoration pour chaque année d'assurance entrant en compte est de 1,5 pour cent (cf. page). Pour une durée d'assurance de cinquante ans, qui n'est dépassée que dans de rares cas, l'assuré reçoit donc 75 pour cent de la base de détermination qui lui est applicable.

L'exposé sur les régimes d'assurance-pension des ouvriers et employés (assurance-invalidité) s'applique mutatis mutandis à toutes autres questions.

6. Assurance des survivants

Des pensions de survivants sont prévues par la législation allemande d'assurance-pension depuis le 1er janvier 1913. Au début, n'avaient droit à pension de survivant que la veuve et les orphelins de l'assuré décédé. Plus tard, l'épouse divorcée de l'assuré décédé fut admise parmi les ayants droit. En outre, le droit à pension fut reconnu au veuf; il bénéficiait d'une rente au décès de l'épouse assurée, au cas où il était inapte au gain et nécessaire et où l'épouse décédée avait subvenu en majeure partie à la subsistance de la famille.

Le droit à pension de veuve n'était reconnu auparavant que si la veuve :

- a) était atteinte d'invalidité permanente,
- b) était atteinte d'invalidité temporaire, au cas où cette invalidité durait, sans interruption, depuis vingt-six semaines,
- c) avait atteint l'âge de soixante-cinq ans,
- d) avait atteint l'âge de quarante-cinq ans et avait eu au moins quatre enfants vivants,
- e) élevait, à la date du décès de son conjoint, au moins quatre enfants ayant droit à pension d'orphelin.

Ces conditions ont été constamment assouplies depuis 1949.

Depuis le 1er janvier 1957, les veuves, veufs, orphelins et conjoints divorcés ont droit à la pension de survivant.

Le droit à pension de veuve existe sans aucune restriction du fait de l'âge ou de la capacité de gain de la veuve et quel que soit le nombre des enfants. Le montant des pensions de veuve n'est toutefois pas uniforme. Les veuves qui ont atteint l'âge de quarante-cinq ans, celles qui sont atteintes d'invalidité professionnelle ou générale, et celles qui élèvent au moins un enfant ayant droit à pension d'orphelin, reçoivent une pension plus élevée que celles qui ne remplissent pas ces conditions. La pension de veuve se monte aux 6/10mes de la pension de l'assuré sans supplément pour enfants. Toutefois, en ce qui concerne les veuves qui ne remplissent pas les conditions pour obtenir une pension plus élevée, la période d'imputation entrant en compte pour le calcul de la pension de l'assuré n'est pas prise en considération pour le calcul de la pension de veuve. La période d'imputation est la durée prise en compte en faveur de l'assuré atteint d'invalidité professionnelle

ou générale avant l'accomplissement de sa cinquante-cinquième année, comme période d'assurance pour les années comprises entre la réalisation du risque et l'accomplissement de la cinquante-cinquième année.

Pour les trois premiers mois suivant le décès de l'assuré, la veuve ou le veuf reçoit, au lieu de la pension de veuve ou de veuf prévue ci-dessus, la pension à laquelle l'assuré avait ou aurait eu droit à la date de son décès. Toutefois, les survivants ne reçoivent pas les suppléments pour enfants qui s'ajoutent à la pension de l'assuré, étant donné que les enfants de l'assuré ont droit à pension d'orphelin.

L'ancienne épouse de l'assuré, dont le mariage avec l'assuré a été dissous ou déclaré nul, reçoit une pension après le décès de l'assuré si, à la date de son décès, celui-ci avait envers elle une obligation alimentaire ou l'a entretenue pendant l'année précédant son décès. Il en est de même dans le cas d'ancien époux de l'assurée. L'époux a droit à la pension de veuf en cas de décès de son épouse assurée, au cas où celle-ci subvenait en majeure partie à la subsistance de la famille.

Au décès de l'assuré, ses enfants du chef desquels des suppléments pour enfants étaient ou auraient dû être ajoutés à la pension d'assuré ont droit à la pension d'orphelin. Celle-ci est payée normalement jusqu'à ce que l'orphelin atteigne l'âge de dix-huit ans. Elle est prolongée jusqu'à l'accomplissement de la vingt-cinquième année pour les orphelins non mariés poursuivant des études générales ou professionnelles. Il en est de même des orphelins ayant atteint l'âge de dix-huit ans qui, en raison d'infirmité, ne sont pas en état d'assurer eux-mêmes leur subsistance, tant que dure cet état, mais jusqu'à l'âge de vingt-cinq ans au plus tard.

Le montant de la pension d'orphelin est fixé d'après le montant de la pension d'assuré du défunt, les orphelins de père ou de mère recevant 1/10^{me}, les orphelins de père et de mère 1/5^{me} de la pension de l'assuré au titre de l'invalidité générale. La pension d'orphelin est majorée du supplément pour enfant.

Les pensions de survivants additionnées ne doivent pas excéder le montant de la pension de l'assuré, y compris les suppléments pour enfants, sinon elles sont réduites au prorata de leur montant. Pour l'enfant posthume de l'assuré, le montant maximum est majoré du supplément pour enfant.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

République fédérale d'Allemagne

Genève
1959

Assurance contre les Accidents du Travail

Table des matières

	Pages
A. ANTECEDENTS HISTORIQUES	188
B. STRUCTURE	200
C. COUVERTURE DES RISQUES	225
D. TRAITEMENT CURATIF ET REEDUCATION PROFESSIONNELLE	247
E. EVOLUTION DES FACTEURS QUI ONT DETERMINE LE MONTANT DES RENTES	272
F. FINANCEMENT	298
G. TABLEAU	303

A. ANTECEDENTS HISTORIQUES

I. La législation de l'assurance-accidents dans la République fédérale d'Allemagne depuis ses débuts jusqu'à la promulgation de l'ordonnance de l'assurance-accidents du Reich en 1911

1. Evolution jusqu'en 1871

Alors qu'au XIXe siècle l'industrialisation en Allemagne prenait un essor toujours plus grand et que d'importantes entreprises prenaient la place des petites et moyennes entreprises (jusque-là existantes), que les petits artisans laissaient la place aux ouvriers de fabrique, on ne pouvait conserver l'habitude que le patron prenne à sa charge, en cas de nécessité, l'assistance "domestique" envers son ouvrier ou compagnon. Avec l'emploi des machines, l'application des forces élémentaires comme la vapeur, le gaz et l'électricité ainsi que l'emploi des produits chimiques, le danger d'accidents augmentait.

Les travailleurs non indépendants (salariés) dans l'industrie avaient besoin pour vivre de leur puissance de travail et de leur gain. En cas d'accidents professionnels, ils étaient plus ou moins livrés à eux-mêmes. Seulement au cas où l'employeur était responsable de l'accident, le blessé pouvait présenter devant les tribunaux une demande d'indemnité de droit civil. Dans ces conditions, le besoin de recourir à la création d'une assistance sociale pour parer à la diminution de la capacité de travail par suite d'un accident survenu sur les lieux de travail se fit toujours plus fort. Les institutions d'assistance mutuelle existaient pour certaines professions, en particulier pour les mineurs, les marins, telles que les organismes d'assurance des mineurs, les caisses du personnel de maison, les caisses de secours, etc., mais

celles-ci ne pouvaient apporter qu'un secours minime et dans un cercle restreint de personnes intéressées.

Des prescriptions concernant la protection sociale du travail faisaient également défaut. Ce n'est qu'en 1853 que dans les districts gouvernementaux de Düsseldorf, d'Aix-la-Chapelle et d'Arnsberg furent introduits les inspecteurs de fabriques, précurseurs des inspecteurs du travail d'aujourd'hui. Le décret concernant l'industrie du 21 juin 1869, qui s'étendait à la Confédération de l'Allemagne du Nord, obligeait l'employeur en premier lieu "à construire et à entretenir toutes installations appropriées, compte tenu des conditions particulières de l'entreprise industrielle et des lieux de travail, en vue d'assurer une sécurité maximum contre toute atteinte à la vie et à la santé".

2. D'après la loi de responsabilité civile du Reich du 7 juin 1871, aujourd'hui encore en vigueur, la responsabilité de l'entrepreneur à l'égard des ouvriers dans les mines, les carrières et minières a été étendue aux cas où une personne préposée, chargée de la conduite ou du contrôle de l'entreprise ou des ouvriers, aura causé, par une faute dans l'exécution de son service, la mort ou la blessure d'un homme. L'entrepreneur ne répondait donc pas seulement pour sa propre faute, mais aussi pour celle de celui qui le représentait (la personne responsable désignée dans son entreprise); il ne pouvait se libérer de sa responsabilité en invoquant le fait et en apportant la preuve qu'il avait apporté le soin nécessaire au choix ou au contrôle de son délégué.

Malgré la responsabilité accrue de l'entrepreneur, on ne put, même approximativement, arriver à une protection suffisante du travailleur contre les accidents. Toute réglementation, selon laquelle les droits de l'accidenté

dépendent de la négligence de l'entrepreneur, comporte un certain danger du fait que l'existence de cette négligence donne lieu, dans certains cas, à des doutes, l'accidenté ne pouvant apporter la preuve de cette faute. En outre, il était exclu qu'une indemnité soit accordée au travailleur dans la plupart des accidents causés par leur propre comportement ou par l'effet du hasard ou la négligence d'un collaborateur. Dans le cas d'insolvabilité de l'entreprise ou d'un procès de longue durée, même en obtenant un jugement en sa faveur, l'accidenté ne recevait aucun secours efficace.

De même pour l'entrepreneur, cette réglementation n'était pas satisfaisante. Les frais de procès et les revendications de l'accidenté étaient souvent élevés et pouvaient amener, dans des cas d'accidents répétés, ou d'une catastrophe, à la ruine de l'entreprise. Par la force des choses il résultait souvent de ces procès de responsabilité une certaine animosité entre l'employeur et le travailleur, chaque nouveau cas sapant toujours plus le terrain pour une bonne entente dans les cas futurs de contestation pour accidents ou tous autres motifs.

3. Les lois d'assurance-accidents de 1884 à 1887

Ainsi la loi de responsabilité du Reich au lieu de l'amélioration escomptée des rapports entre employeurs et travailleurs produisit le résultat contraire et créa une situation à laquelle, dans l'intérêt des deux partenaires sociaux, il paraissait souhaitable de mettre fin. On reconnut peu à peu la nécessité d'améliorer la situation du travailleur par des mesures positives. Les conceptions de Bismarck, qui marquaient une nouvelle étape en ce sens que les travailleurs devaient être assurés par l'Etat contre les accidents professionnels en leur octroyant un droit objectif et légal sur les prestations de cette assurance,

furent adoptées par le gouvernement. Dans le message impérial du 17 novembre 1881, les principes de l'assurance sociale de Bismarck furent portés à la connaissance du Reichstag. Sur la base de ce message furent promulguées d'abord le 15 juin 1883 la loi d'assurance-maladie, le 6 juillet 1884 la loi d'assurance-accidents, et enfin, le 22 juin 1889, la loi relative à l'assurance-invalidité et vieillesse.

La loi sur l'assurance-accidents du 6 juillet 1884, qui entra en vigueur le 1er octobre 1885, apporta tout d'abord la protection d'assurance par extension de la législation sur la responsabilité à certaines branches de l'industrie spécialement exposées au danger (mines, fabriques, etc.), mais, déjà au cours de la même année, l'assurance fut étendue aux entreprises de transport et d'expédition, de même qu'aux services des Postes et Télégraphes, aux chemins de fer, à l'armée et à la marine de guerre; en 1886, elle s'étendit aux entreprises agricoles et forestières, en 1887 aux travailleurs du bâtiment et de la marine marchande (navigation maritime). La responsabilité civile légale de chaque entrepreneur fut donc supprimée par cette loi sur l'assurance-accidents et fit place à une responsabilité collective de tous les entrepreneurs, basée sur une obligation de droit public. Cette totalité des entrepreneurs fut groupée au sein d'une Caisse professionnelle ayant pour tâche de prendre à sa charge les problèmes de l'assurance-accidents, en veillant, comme c'est le cas aujourd'hui encore, à prévenir les accidents et à s'occuper de tous les problèmes relatifs aux accidents de travail ou aux maladies contractées au cours du travail, et à accorder aux assurés ou à leurs survivants un dédommagement sous la forme d'une indemnité, d'une assistance professionnelle, rééducation, etc. et des prestations en espèces. L'assurance-accidents, dans sa

structure légale, s'est tenue également à l'idée d'un dégagement de la responsabilité de l'entrepreneur. En conséquence, les cotisations à l'assurance-accidents seront uniquement procurées par les entrepreneurs.

4. Nouvelle rédaction de la loi (1900)

En 1900, les lois qui avaient été jusqu'alors publiées (loi sur l'assurance-accidents dans les professions industrielles, loi sur l'assurance-accidents pour les professions agricoles et forestières, loi sur l'assurance-accidents dans les professions de la construction et navigation) furent remaniées. L'expérience acquise depuis la mise en vigueur de la loi sur l'assurance-accidents avait très vite fait ressortir la nécessité d'étendre ladite assurance-accidents. C'est ainsi que furent placées sous la protection de l'assurance, par la loi d'assurance-accidents des professions industrielles du 30 juin 1900, les entreprises de forge, de serrurerie, de magasinage, d'abattage de bois, de transport, de brasserie, les boucheries et les nettoyeurs de fenêtres. De plus, les nouvelles lois d'assurance-accidents avaient prévu quelques améliorations dans la question des prestations de dédommagement. En particulier, il y avait obligation pour ces corporations professionnelles d'octroyer, à partir de la quatorzième semaine après déclaration de l'accident, des soins médicaux gratuits, des médicaments gratuits et tous autres moyens curatifs ainsi que des secours en nature, ceci afin d'alléger les conséquences des blessures par accidents.

II. Evolution de la législation depuis la promulgation de l'ordonnance d'assurance du Reich jusqu'à la débâcle en 1945

1. L'ordonnance d'assurance du Reich (RVO) du 19 juillet 1911 comprenait les lois d'assurance-accidents, jusqu'alors autonomes, dans son troisième Livre sous la subdivision suivante : "Assurance-accidents dans les professions industrielles (artisanales et commerciales)", "Assurance-accidents des professions agricoles" et "Assurance-accidents des marins". Elle laissa inchangées dans leurs grandes lignes les prestations de dédommagement en étendant cependant l'assujettissement obligatoire à l'assurance, tandis qu'une quantité d'entreprises et d'activités étaient nouvellement admises - pour la première fois dans une telle proportion - au sein de l'assurance-accidents.

Après la première guerre mondiale, l'inflation menaçait, qui anéantit, à peu de choses près, la totalité des réserves que les institutions d'assurance avaient amassées depuis plus de trente ans. L'assurance-accidents arriva toutefois par ses propres forces à surmonter les difficultés financières. Malgré les mauvaises conditions économiques intervenues à la suite de l'inflation, de gros efforts furent entrepris en vue de l'extension de l'assurance-accidents et de ses prestations.

2. La deuxième loi de modification du 14 juillet 1925

L'évolution progressive de l'assurance-accidents ayant incité le législateur à élargir encore le cercle des personnes assurées, l'interprétation de la notion "accident du travail" ayant été élargie en outre par une jurisprudence appropriée, cette évolution fut suivie en 1925 par l'extension de l'assurance à de nouveaux cas qui furent assimilés à l'accident du travail, c'est-à-dire aux maladies

contractées au cours du travail - maladies professionnelles - et aux accidents survenus sur le trajet entre le domicile et le lieu de travail.

Ainsi s'ouvrit un nouveau chapitre de l'assurance-accidents obligatoire.

La deuxième loi relative aux modifications à apporter dans l'assurance-accidents de 1925 plaça au premier plan l'exécution du traitement curatif et introduisit l'obligation concernant l'octroi de l'assistance (rééducation) professionnelle. Cette loi régissait, dans une nouvelle forme, les prestations en espèces, à la fin de l'inflation et dès que fut abrogée la loi sur les prestations complémentaires.

3. La troisième loi relative aux modifications de l'assurance-accidents du 20 décembre 1928 étendait l'assurance-accidents aux sections commerciales et administratives des entreprises assurées, introduisant d'autres genres d'entreprises dans son champ d'application.

4. La crise économique qui sévissait en 1930 et 1931 donna lieu à la promulgation des décrets d'urgence apportant des restrictions aux prestations (suppression des petites rentes ou pensions jusqu'à 20 pour cent, limitation des rentes ou pensions des orphelins et majorations pour enfants, montant maximum pour les rentes aux survivants, amputation des rentes et pensions en général, possibilité de refuser une rente en cas d'accident de trajet si le blessé était en totalité ou partie responsable).

5. La loi du 5 juillet 1934 changea la structure interne des caisses professionnelles d'assurance, en ce sens qu'elle introduisit le principe "de l'autorité d'un chef"; à la place de l'assemblée corporative et du Comité directeur, elle nomma un directeur.

6. La quatrième loi de modification du 18 avril 1937 apporta un nouveau progrès dans ce sens que les élèves des ateliers d'apprentissage, écoles professionnelles, cours professionnels de perfectionnement ainsi que toutes autres institutions servant de formation professionnelle furent placés également sous la protection de l'assurance.

7. Tandis que jusqu'ici l'assurance-accidents prévoyait une indemnité seulement en cas de blessure et de mort, la cinquième loi de modification du 17 février 1939 introduisait un droit, pour le blessé, à la réparation ou au remplacement des appareils de prothèses endommagés. De plus, la protection fut étendue aussi aux parcours de l'assuré de son domicile familial à son lieu de travail et du lieu de travail au domicile familial même lorsque l'assuré, par suite d'un certain éloignement de celui-ci à un autre domicile sur les lieux du travail ou à proximité (déplacements dits de fin de semaine et de retour au foyer pendant les jours fériés). Quelques-unes des restrictions des décrets de nécessité furent supprimées. Dans l'assurance-accidents des professions agricoles, la responsabilité des entrepreneurs et celle de leur conjoint vivant en communauté, qui ne pouvait être prévue jusqu'ici que par les statuts seulement, fut prescrite légalement. L'extension de l'assurance-accidents aux travaux domestiques essentiels à l'exploitation des entreprises agricoles, de même qu'aux activités temporaires nécessaires pour mettre à couvert, surveiller, réparer ou entretenir soit des productions agricoles et forestières, soit l'équipement d'exploitation, a constitué un nouveau progrès. Par ce moyen on tenait compte des conditions particulières et des nécessités sociales de l'agriculture, en comblant ainsi une lacune sensible.

8. La sixième loi modificatrice du 9 mars 1942

L'extension de l'assurance-accidents à de nombreuses autres entreprises, activités et institutions, qui survint au cours de l'évolution, restreignit toujours plus le cercle des catégories d'entreprises non assurées; l'on ne pouvait donc plus avancer que le choix des entreprises assurées dépendait de dangers d'accidents plus ou moins élevés. La notion que les suites - sanitaires et économiques - d'un accident sont les mêmes pour un accidenté, que cet accident se soit produit dans une entreprise dangereuse ou moins dangereuse, prévalut de plus en plus. Il apparut en particulier qu'il n'était plus concevable de laisser les entreprises comportant uniquement des bureaux sans la protection de l'assurance-accidents après avoir admis dans l'assurance-accidents, déjà en 1928, par la troisième loi de modification, la section commerciale et administrative des entreprises assurées. De plus, il fut reconnu que tous les travailleurs devant se déplacer pour se rendre à leur travail, indépendamment de la nature de leur activité dans l'industrie ou autre, sont exposés aux dangers de la circulation. Par l'extension de l'assurance-accidents aux sauveteurs, aux personnes portant secours en cas d'accidents, aux activités déployées dans les services de santé, services d'assistance sociale et de bienfaisance, etc., un nombre toujours croissant d'activités et d'institutions auxquelles l'idée de l'assujettissement à l'entreprise ne pouvait plus convenir, furent placées à partir de 1928 sous la protection de l'assurance-accidents.

En reconnaissant qu'avec une telle situation de droit il n'était plus justifié de faire une différence entre les conditions d'emploi assurées et non assurées, la sixième loi de modification de l'assurance-accidents du 9 mars 1942

transforma le système de l'assurance-accidents "d'entreprise" existant jusqu'à cette date en une assurance contre les accidents "de travail". C'est ainsi que le catalogue ne vit plus figurer des entreprises, des activités et des institutions assurées mais des groupes de personnes assurées. Ainsi fut achevé le passage de l'assurance des entreprises à l'assurance des personnes. Ce changement fut décisif pour l'extension de la condition d'assuré cependant que, dans l'organisation des institutions d'assurance et dans le financement, la structure par entreprises de l'assurance-accidents restait inchangée.

La sixième loi de modification apporta ici, en plus de l'extension de l'assurance-accidents, par le remaniement des prescriptions concernant le calcul du gain procuré annuellement par le travail, une amélioration des prestations de pensions ou rentes et supprima les amputations de rentes des décrets de nécessité (urgence).

III. Evolution de 1945 à 1958

Tandis que l'assurance-accidents, après le 8 mai 1945, restait en Allemagne de l'Ouest une branche d'assurance autonome, dans la zone d'occupation soviétique et à Berlin elle fut absorbée par le système de l'assurance globale. Les données suivantes ne concernent que l'évolution de droit dans la République fédérale d'Allemagne et à Berlin-Ouest.

1. Une adaptation des rentes versées avant le 1er janvier 1949 à la suite d'accidents ou de maladies professionnelles à la structure des prix et des salaires survint dans la République fédérale d'Allemagne par la loi sur les améliorations de l'assurance-accidents obligatoire du 10 août 1949. Cette loi octroyait des suppléments aux rentes fixées antérieurement en faveur des accidentés

graves et survivants, des majorations déterminées selon une comparaison des gains des années précédentes avec les salaires d'un assuré de même catégorie dans le premier semestre de 1949. En outre, et pour la première fois, la loi d'amélioration introduisait dans l'assurance-accidents les rentes minima, ramenait la limite d'âge pour les rentes aux veuves de 65 à 60 ans et écartait la possibilité, en cas de propre responsabilité dans les accidents de trajet, de refuser le dédommagement.

2. La loi sur les majorations et prestations minima relative à l'assurance-accidents obligatoire du 29 avril 1952 augmenta les rentes pour accidents qui se sont produits avant le 1er juin 1951 dans les cas de blessures graves et pour les accidentés en dessous de 50 pour cent ne pouvant plus participer à l'évolution des salaires en instituant un barème progressif de majorations de 5 à 25 pour cent. Le minimum de la pension totale fut porté à 90 DM, celui de la pension de veuve à 54 DM et celui de la pension d'orphelin à 40 DM. Les limites de l'allocation de soins furent révisées et arrêtées respectivement à 50 et 150 DM. A Berlin-Ouest, l'assurance-accidents fut détachée de l'assurance globale. Les caisses professionnelles furent de nouveau chargées de l'application de l'assurance-accidents selon les règles de l'ordonnance du Reich sur ses assurances.

3. Les progrès accomplis dans le domaine médical de la connaissance des causes et des conséquences des atteintes professionnelles à la santé ont permis, par la cinquième ordonnance sur les maladies professionnelles en date du 26 juillet 1952, d'englober dans le cadre des maladies couvertes par l'assurance-accidents des affections qui ne l'étaient pas auparavant et, pour quelques maladies professionnelles déjà reconnues comme donnant lieu à dédommagement, d'élargir la portée de la protection accordée par l'assurance.

4. Après la promulgation de quelques lois de moindre importance, qui apportèrent en partie une extension du cercle des personnes assurées (par exemple la reconnaissance des chômeurs au bénéfice de l'assurance pour les accidents survenus dans certains trajets et certaines activités), la loi sur le remaniement provisoire des prestations en espèces de l'assurance légale contre les accidents du 27 juillet 1957 majora encore une fois toutes les pensions de l'assurance-accidents en multipliant le gain annuel de base ayant servi à fixer le montant de l'assurance par un coefficient, variable selon l'année au cours de laquelle a eu lieu l'accident (par exemple 3,2 lorsque l'accident a eu lieu avant le 1er juillet 1914, 2,5 pour les accidents ayant eu lieu dans la période comprise entre le 1er juillet 1914 et le 31 décembre 1925, etc.). Cette loi modifiait en outre l'âge du droit à augmentation de la pension de veuve, soit $1/5$ à $2/5$ du gain annuel, en ramenant cet âge de la veuve ayant droit de 60 ans accomplis à 45 ans accomplis. Elle apportait en outre une augmentation de l'allocation pour soins aux personnes ayant besoin d'une aide.

Cette loi fut promulguée afin de procéder aux augmentations des pensions devenues nécessaires dès avant l'introduction du remaniement complet de l'assurance-accidents, déjà envisagé à l'époque. Des projets de remaniement du droit de l'assurance-accidents légale sont suivis depuis des années. Mais on ne doit pas s'attendre à voir le projet actuel de loi gouvernementale présenté au Bundestag avant 1959.

B. STRUCTURE

I. Organisation

1. Motifs de l'introduction des caisses professionnelles d'assurance-accidents dites Berufsgenossenschaften ("corporations professionnelles")

Ainsi que nous l'avons vu sous A, Antécédents historiques, un système d'assurance obligatoire privé n'a jamais existé en Allemagne. Les organismes chargés de l'application de l'assurance-accidents légale ont été, dès le début, les caisses professionnelles d'assurance-accidents dites "Berufsgenossenschaften" ("Corporations professionnelles"), instituées par la loi avec le statut juridique dit "de corporation du droit public". Le premier projet d'une loi d'assurance contre les accidents du 8 mars 1881 était déjà basé sur l'idée d'une assurance de droit public contre les accidents d'entreprise à laquelle les salariés seraient obligatoirement affiliés. L'assurance privée fut repoussée pour des raisons diverses. Dans l'exposé des motifs du projet, il était fait état, entre autres, d'une garantie insuffisante d'une capacité de paiement constante et du risque d'une incapacité de paiement après une série d'années financièrement défavorables. Le premier projet prévoyait donc la fondation d'un Institut des assurances du Reich et motivait cette idée comme suit :

"La concentration de l'assurance-accidents ... permet non seulement l'assiette sûre des primes, mais aussi la répartition équitable dans les différentes branches de l'industrie; elle doit donc aboutir, si l'on renonce à tout bénéfice et en présumant que la gestion soit bonne, à une assurance aussi bon marché qu'il est compatible avec la sécurité des droits des

assurés, d'autant plus que les frais administratifs peuvent être ramenés au montant le plus bas possible grâce à l'utilisation maximum de l'appareil administratif, permise par la concentration de l'assurance-accidents ainsi que par la simplicité du règlement des conditions de l'assurance et des rapports avec les assurés, de même que de l'étude des dossiers et du versement des prestations qu'apporte le caractère public de l'institution."

Cependant, le paragraphe 56 du projet laissait déjà ouverte la possibilité de fonder des organismes corporatifs, des caisses professionnelles d'assurance-accidents auxquelles on donnait le nom de "Berufsgenossenschaften" "Corporations professionnelles". Mais la fondation de ces caisses devait s'insérer dans le cadre de l'Office national des assurances (Reichsversicherungsanstalt). La règle incluse au paragraphe 36 prescrit en effet :

"Les chefs d'entreprises de la même classe de risque, situées dans les mêmes secteurs territoriaux, peuvent être autorisés à se grouper sous une forme mutuelle en vue de l'assurance-accidents".

Des personnes de poids élevèrent de toutes parts leurs voix contre la fondation d'un organisme national d'assurances. Ces objections conduisirent à proposer, dès le deuxième projet une réglementation différente, puis, dans le troisième projet, à adopter le principe des caisses professionnelles (mutuelles).

Le troisième projet, qui eut finalement l'approbation du législateur et prit force de loi à la date du 6 juillet 1884, abandonne les propositions formulées dans le premier et le deuxième projets. Il était hors de doute que seuls des "organismes publics" pouvaient être envisagés

pour l'application des assurances. La loi créa les caisses d'assurance-accidents organisées selon une répartition professionnelle, sous la forme d'organismes corporatifs obligatoires de droit public auxquels les entreprises de branches d'activité professionnelle déterminées devaient obligatoirement adhérer en qualité d'assurés. Les motifs invoqués sont exposés ci-après :

"Si la garantie de la sécurité économique des travailleurs par des mesures les mettant à l'abri des conséquences d'accidents liés à leur activité pour une entreprise constitue une obligation de droit public, il découle de ce fait la nécessité d'assurer l'accomplissement de cette obligation par des institutions publiques. Le rôle de ces institutions et la façon dont leur organisation doit être prévue découlent en partie des considérations ci-dessus. Si l'obligation d'assistance aux accidentés est imposée aux entrepreneurs et s'il est admis que le risque de l'assurance-accidents ne peut être supporté que par des cercles suffisamment grands d'entreprises intéressées, alors il faut admettre que l'accomplissement de cette obligation oblige à envisager un groupement des entreprises au sein d'associations importantes. La base d'affiliation à envisager pour de telles associations sera la communauté des intérêts professionnels, en d'autres termes la profession commune. C'est dans la communauté de la profession qu'est ancrée la communauté des obligations sociales comme des intérêts, et tout le développement de notre vie publique oriente la solution des tâches qui en découlent vers la forme corporative, professionnelle. Ceci étant admis, on est en droit de penser que le fait de confier l'assurance-accidents aux organismes

corporatifs satisfera les desiderata et les intérêts des milieux intéressés et sera aussi adapté aux exigences qu'il y a lieu de faire valoir dans l'intérêt public.

Du reste, par cette orientation, le projet suit uniquement la voie que l'industrie a déjà tracée afin de parvenir dans d'autres domaines à un règlement satisfaisant de ses problèmes ... Il s'est donc formé une série de grandes associations économiques dont l'influence pratique s'est accrue et confirmée de plus en plus ...

Ces succès des associations fondées sur le principe d'une gestion autonome et libre prouvent combien était juste l'espoir exprimé dans le Message impérial du 17 novembre 1881 que le contact étroit avec les forces effectives de la vie nationale de notre peuple et la coordination de ces forces sous la forme d'organismes corporatifs sous la protection de l'Etat permette à l'Etat de favoriser et de rendre possible également la solution des tâches sociales que le pouvoir gouvernemental à lui seul ne serait pas capable de résoudre dans la même mesure. Si nous l'admettons, la remise du soin de l'assurance-accidents à des organismes corporatifs, telle qu'elle est envisagée dans le projet, satisfait à la fois aux intentions du Message impérial et aux besoins pratiques, comme aux desiderata des milieux industriels."

Quant à la structure de l'organisation en caisses professionnelles pour chacune des branches d'activité de l'industrie (du commerce et de l'artisanat), un facteur décisif de son établissement était sans doute le lien établi entre l'assurance contre les accidents et la prévention des accidents, considérée également comme une de ses missions les plus importantes. Partant de la considération

que le plus noble trait de tout travail de politique sociale est d'éviter, de prévenir les dommages, la mission de la prévention des accidents fut confiée aux organismes de l'assurance contre les accidents en vue de constituer un élément essentiel du travail qui leur est assigné. Cette mission devait être accomplie par une organisation rendue par sa structure tout particulièrement capable de prendre et appliquer des mesures pour lutter contre les dangers caractéristiques de chaque activité industrielle (artisanale et commerciale) tels qu'ils découlent du genre et de la nature du travail effectué, des matières premières et matériaux utilisés, de la situation et du genre des lieux de travail, ateliers, chantiers, etc., et aussi de la diversité des hommes employés dans les différentes professions. Un groupement de toutes les entreprises dans lesquelles on rencontre approximativement les mêmes dangers typiques semblait constituer la garantie la plus sûre d'une prévention efficace des accidents, à laquelle ces entreprises étaient naturellement intéressées. Ces considérations ont été appuyées par l'idée que celui qui doit assumer le dédommagement relatif à des accidents d'entreprise est aussi celui qui est le plus intéressé à éviter les accidents. On est parti de l'idée que ce fait devait se manifester particulièrement dans l'activité d'un organisme d'ensemble ayant à supporter les conséquences de la négligence de certains membres ou de la carence des assurés dans beaucoup de lieux de travail. La prise en charge du fardeau de l'assurance contre les accidents par la communauté des entreprises comportant des travaux analogues a donc été mise à profit en vue de renforcer le travail de prévention des accidents, travail qui devait à son tour, dans l'esprit du législateur, contribuer à réduire les charges de l'assurance grâce à des mesures propres à éviter les accidents.

2. Refus réitéré de l'assurance globale et générale

Jusqu'à ce jour il n'a rien été modifié à ce système. Des tentatives inspirées par des considérations purement théoriques ont cependant été faites à plusieurs reprises en vue d'introduire une assurance globale et générale, le système dit de l'assurance unique et unicitaire. Le législateur s'est penché sur le problème dès 1896, puis à nouveau en 1900, mais, pour des raisons ayant fait l'objet d'une mûre réflexion, il en est resté au système juridique actuel. La question de l'assurance unique a fait encore une fois l'objet d'un examen approfondi lors de l'étude du projet de loi relatif à l'ordonnance du Reich sur les assurances en 1911.

Après les deux guerres encore, on a décelé des efforts en vue d'introduire l'assurance unique. En 1945, l'assurance sociale non unitaire, et par là en même temps l'assurance-accidents non unitaire, furent supprimées et il fut créé simultanément un organisme central, l'Office des assurances de Berlin. Cet organisme central d'assurances a de nouveau été supprimé depuis en ce qui concerne la partie occidentale de la ville. On a rendu de nouveau autonome d'abord l'assurance-accidents dans le Pays de Berlin en la rendant aux organismes corporatifs. Ce fut bientôt le tour de l'assurance-pensions, rentes et retraites, de sorte qu'en dernier lieu l'Office des assurances ne s'occupait plus que de l'assurance-maladie.

3. La structure de l'assurance-accidents

Dans différentes branches de l'activité industrielle, il a été créé plusieurs organismes corporatifs d'assurances dont la compétence s'étend à des secteurs territoriaux délimités. Une telle répartition territoriale des domaines de compétence existe aujourd'hui encore pour les organisations corporatives de la métallurgie, des industrie du bois et du bâtiment.

Dans l'agriculture, les organismes corporatifs ont été, dès le début, distribués territorialement. Seule l'horticulture a été considérée comme une branche d'activité indépendante, pour laquelle il a été créé une caisse professionnelle spéciale, la Caisse de l'horticulture. Pour toutes les autres caisses agricoles la répartition en petites caisses professionnelles compétentes dans de petits secteurs territoriaux respectifs offrait la solution la plus opportune pour tenir compte de l'attachement au sol et des particularités régionales de l'agriculture.

Le nombre des caisses professionnelles du secteur industriel (artisanal et commercial) a augmenté à chaque nouvelle extension du système d'assurance à de nouveaux genres d'entreprises ou d'activités. Il y en a eu jusqu'à 68. En vue de simplifier la gestion, surtout après la première grande guerre et le deuxième grand conflit mondial, certaines caisses concernant des activités suffisamment voisines ont fusionné. Il existe actuellement 36 caisses industrielles (artisanales et commerciales) et 18 caisses agricoles.

A côté des organisations professionnelles, l'Etat et les communes ont été chargés du système d'assurance-accidents de leurs fonctionnaires et salariés. Ce travail a été confié à des autorités exécutives, les caisses municipales autonomes d'assurance-accidents des grandes villes et les caisses d'assurance-accidents du personnel des petites communes.

Les organisations qui coiffent les caisses d'assurance-accidents sont :

- a) pour les caisses professionnelles de l'industrie (de l'artisanat et du commerce), la Fédération générale des caisses professionnelles d'assurance-accidents de l'industrie, du commerce et de l'artisanat;

- b) pour les caisses agricoles, l'Union fédérale des caisses agricoles d'assurance-accidents;
- c) pour les organismes d'assurance-accidents des communes, la Confédération fédérale des organismes d'assurance-accidents municipales.

II. Affiliation - Autonomie de la gestion

1. Affiliation

Les membres d'une caisse professionnelle d'assurance-accidents ont été, dès le début, en vertu de la loi, toutes les entreprises des branches d'activité pour lesquelles ladite caisse était déclarée compétente. La fondation d'une entreprise ouvrait immédiatement le droit et l'obligation de l'affilier, avec les droits et devoirs correspondants. Les membres du personnel ne pouvaient pas être (individuellement) membres de l'assurance.

2. Autonomie de la gestion

Depuis la loi de 1884, les caisses d'assurance-accidents sur la base professionnelle avaient reçu le droit de se gérer elles-mêmes. Leur travail était grandement soutenu par la collaboration bénévole des entrepreneurs intéressés. La représentation des membres était réalisée soit par la généralité des membres (assemblée générale), soit par des représentants élus (assemblée du conseil ou des délégués). L'une ou l'autre de ces assemblées élisait un comité directeur ou bureau qui élisait à son tour un président.

Les représentants des assurés ne participaient aux travaux de la caisse professionnelle d'assurance contre les accidents que dans le domaine de la prévention des accidents lors du débat sur le rapport annuel ou de

nouvelles règles de prévention des accidents. La Constitution de Weimar (1919) prescrivait la collaboration des assurés dans la gestion de l'assurance sociale. Dès avant que la loi leur en eût fait une obligation, les caisses professionnelles admirent des assurés dans la Commission de fixation des dédommagements. La participation des assurés fut prescrite par la loi dans les commissions de pensions, selon le texte d'une ordonnance du 30 octobre 1923. Cette réglementation est toujours valable.

Par la loi sur la structure de l'assurance sociale du 5 juillet 1934, cette réglementation fit place à un réaménagement complet selon le principe de l'obéissance à un chef. Tous les droits et devoirs de la gestion autonome incombaient désormais à une seule personne, le directeur, le "chef". Ce directeur était nommé par le gouvernement. L'Etat lui adjoignait également un Conseil composé par un nombre égal d'entrepreneurs et d'assurés, proposés à leur tour par le Front du travail et auxquels venaient se joindre un médecin et un délégué de l'Etat. A l'exception de l'approbation du rapport financier annuel comportant quitus, ce conseil n'avait aucun pouvoir de décision et sa mission était uniquement de conseiller. Les pouvoirs du gérant étaient étendus du fait qu'il avait la charge et la responsabilité personnelle "des affaires courantes de l'administration de la gestion". Le seul représentant légal de la Caisse professionnelle était le directeur. Pendant toute cette période, la surveillance de l'Etat, qui se bornait auparavant à vérifier si la loi et les statuts de la caisse étaient respectés, se trouve étendue au contrôle de l'opportunité des mesures prises.

Cette situation juridique fut modifiée par la loi de gestion autonome du 22 février 1951, qui supprima tout ce qui rappelait la conception autoritaire de l'Etat et

le principe de la soumission au chef. On conservait seulement le principe que dans la conduite bénévole des affaires de la Caisse professionnelle les membres (entrepreneurs) et les assurés devaient faire preuve de collaboration. Cette collaboration fut organisée par une représentation paritaire des deux groupes de partenaires sociaux aux organes bénévoles d'administration des caisses professionnelles de l'industrie, de l'artisanat et du commerce : l'assemblée des délégués et le Comité directeur, tandis que pour les caisses du secteur agricole ces organes sont composés par tiers de salariés, de travailleurs indépendants et d'employeurs. Cette représentation tripartite instaurée dans l'agriculture a été adoptée pour tenir compte du grand nombre des petites exploitations agricoles dans lesquelles l'exploitant et sa famille ne sont secondés par aucun travailleur étranger.

III. Relations des organismes d'assurances entre eux

Des relations étroites, dont les modalités sont réglées par la loi, existent entre les organismes chargés de l'assurance sociale. Les interconnexions des différentes branches de l'assurance sociale sont une particularité du droit allemand qu'il est indispensable de considérer d'un peu près si nous voulons comprendre les développements qui suivent, principalement celui consacré à l'étude des traitements curatifs et de l'assistance professionnelle (rééducation-reclassement).

1. Assurance-maladie et assurance-accidents

a) Obligation de soutien des caisses maladie

Pour accomplir leurs obligations en matière de traitement curatif les organismes d'assurance-accidents ont besoin de la collaboration des caisses maladie. La loi

oblige les caisses d'assurance-maladie à soutenir les organismes d'assurance contre les accidents. Une large obligation de secours et d'assistance leur incombe en matière de traitement curatif en vertu d'un ordre général comme d'une demande dans un cas particulier. La loi prescrit que les caisses maladie sont tenues de renseigner les caisses d'assurance-accidents sur le traitement et l'état des accidentés et de les informer sans délai de toute affection d'un accidenté pouvant être en relation avec l'incapacité de travail, aussitôt qu'elles en auront eu elles-mêmes connaissance.

b) Procédé de décompte

La Caisse d'assurance-maladie étant tenue à la fourniture des prestations en faveur des accidentés assurés contre la maladie, même lorsque l'affection est la conséquence d'un accident, mais l'organisme d'assurance contre les accidents étant tenu d'autre part d'intervenir en cas d'accidents du travail, et de maladies professionnelles, la loi prévoit un système de décompte spécial entre les caisses d'assurance contre la maladie et les organismes d'assurance contre les accidents.

c) Evolution historique de la méthode de décompte jusqu'en 1936

Un décompte entre les organismes de l'assurance-maladie et l'assurance-accidents en ce qui concerne les débours et frais que peut avoir eu l'un des deux organismes d'assurance lors d'un traitement curatif à la suite d'un accident alors que lesdits débours et frais incombent définitivement à l'autre en vertu de clauses légales ne saurait être envisagé aux termes de la loi sur les assurances-accidents du 6 juillet 1884, puisque, selon la réglementation qui est prévue par cette loi, l'obligation prestataire de l'organisme d'assurance-accidents ne commençait

qu'à partir de la quatorzième semaine après la date de l'accident, alors que l'organisme d'assurance-maladie avait à prendre les frais en charge pour les 13 premières semaines.

Lorsque par le paragraphe 76 c) la loi portant modification de la loi du 10 avril 1892 octroya aux organismes de l'assurance contre les accidents le droit de prendre en charge le traitement curatif dès les 13 semaines de temps d'attente, le législateur avait ordonné en même temps que cette prise en charge devait avoir lieu aux frais de l'organisme de l'assurance contre les accidents. Autrement dit, dans ce cas encore, un décompte selon le système moderne de la compensation ne saurait être envisagé davantage, puisque, du fait qu'il se charge de régler le traitement curatif, l'organisme d'assurance contre les accidents prend en même temps à sa charge la totalité des frais à partir du moment de ladite prise en charge.

Ce n'est qu'en 1911 (le 19 juillet 1911) qu'avec l'Ordonnance du Reich sur les assurances apparaît le principe que, dans les cas de maladies imputables à un accident, l'organisme d'assurance contre les accidents peut se charger du traitement curatif tout en ne perdant pas le bénéfice de l'obligation de la part de la caisse d'assurance-maladie de le rembourser dans la mesure où le malade lui a demandé des secours de maladie en vertu de la loi ou des statuts, alors que ledit organisme d'assurance contre les accidents n'était pas tenu en tant que tel au remboursement desdits secours. La deuxième loi portant modification de l'assurance-accidents, datée du 14 juillet 1925, établissait dans les relations entre les organismes de l'assurance contre les accidents et ceux de l'assurance-maladie des liens si étroits qu'il devint nécessaire d'édicter des règles détaillées sur les modalités de la procédure de décompte.

Dans la réglementation sur les relations entre les deux genres de caisses en vertu de cette deuxième loi de modification, le législateur avait maintenu le principe que les caisses de maladie devaient, dans une certaine mesure, supporter définitivement les dépenses faites par elles en faveur de malades qui étaient en même temps des accidentés du travail. Le principe correspondant déjà contenu dans l'Ordonnance du Reich sur les assurances de 1911 était donc repris. De la même façon, l'ordonnance sur la nouvelle réglementation des relations entre les organismes d'assurance contre les maladies et les organismes d'assurance contre les accidents, datée du 15 juin 1936, maintient la manière de voir ancrée par le développement historique.

La réglementation en vigueur depuis la deuxième loi de modification du 14 juillet 1925 sur la compensation des charges entre les organismes de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents était contenue dans les paragraphes 1505 à 1509 de l'Ordonnance du Reich sur les assurances, dans les arrêtés de l'Office des assurances du Reich sur les remboursements entre caisses d'assurance-maladie, caisses de remboursement et compensation et organismes d'assurance contre les accidents datée du 5 mars 1927 ainsi que dans la convention sur les caisses d'assurance contre la maladie du 31 décembre 1926. La loi distinguait entre les dépenses pour traitement curatif et les dépenses pour prestations périodiques en espèces. Pour chacun de ces genres de prestations, il était prévu un remboursement selon des points de vue différents. Tandis que dans le paragraphe 1505, alinéa 2, de l'Ordonnance du Reich sur les assurances, dans le texte de la deuxième loi de modification, il était posé comme principe fondamental que les dépenses du fait du traitement curatif seraient mises à la charge de l'organisme d'assurance

contre les accidents, dans l'alinéa 2 il était prévu une exception pour le cas où les droits de l'assuré à une prestation en espèces au titre de l'indemnité de maladie de la part de l'assurance-maladie, c'est-à-dire en raison de son incapacité de travail, cessaient avant expiration de la huitième semaine après l'accident. Dans ce cas, les dépenses du traitement curatif, jusqu'à la suppression de l'indemnité de maladie, autrement dit jusqu'au rétablissement de la capacité de travail, passaient à la charge de la caisse d'assurance contre la maladie dans la mesure où elles ne dépassaient pas ce que la caisse d'assurance-maladie était tenue de payer en vertu de cette assurance-maladie. Cela signifiait que la caisse d'assurance-maladie avait à payer les frais du traitement curatif des accidentés lorsque ces accidentés pouvaient reprendre le travail avant expiration de la huitième semaine d'incapacité. Il manquait une réglementation pour les cas dans lesquels l'accident n'avait donné lieu à ouverture d'aucun droit de l'accidenté à l'indemnité de maladie et dans lesquels, par conséquent, on ne pouvait effectuer aucun paiement, donc aucune radiation de l'indemnité de maladie, au sens du paragraphe 1505, alinéa 2, de l'Ordonnance du Reich sur les assurances. En pareil cas, la jurisprudence adoptait une interprétation inspirée du paragraphe 1505, alinéa 1, de l'Ordonnance du Reich sur les assurances et mettait les frais à la charge de l'organisme d'assurance contre les accidents.

Les dépenses pour prestations périodiques en espèces, auxquelles il fallait ajouter les dépenses en argent comptant, entre autres les frais d'entretien de l'accidenté, en cas de traitement en hôpital, clinique ou maison de cure, étaient à la charge de la caisse d'assurance-maladie pendant les huit premières semaines après l'accident, dans la mesure où ces dépenses ne dépassaient pas les prestations obligatoires de ladite assurance-maladie. Pour

le reste, elles étaient à la charge de l'organisme d'assurance contre les accidents. A compter du début de la neuvième semaine, l'organisme d'assurance contre les accidents avait à supporter les dépenses au titre de prestations périodiques. Ici la loi prévoyait deux exceptions :

Le paiement à la charge de la caisse d'assurance contre les maladies pour la période pendant laquelle l'organisme d'assurance contre les accidents n'était pas tenu d'accorder une pension pour les dépenses ne dépassant pas les deux tiers du salaire de base, et, pour la période ultérieure, les dépenses dans la mesure où elles dépassaient ce que l'organisme d'assurance contre les accidents était tenu de payer en vertu de la réglementation sur l'assurance-accidents.

Cette réglementation légale telle que nous venons de l'exposer a trouvé son complément pratique dans les ordonnances de l'Office du Reich des assurances sur les compensations entre les caisses d'assurance contre les maladies, les caisses de compensation et les caisses de l'assurance-accidents (paragraphe 1504 à 1510) ainsi que dans le cas du paragraphe 1543 b) de l'Ordonnance du Reich sur les assurances du 5 mars 1927. Ces clauses entrèrent en vigueur avec effet du 1er janvier 1927 en remplacement des règlements du 10 juin 1926 sur les mêmes matières juridiques. L'essentiel de leur contenu est le suivant :

Dans le paragraphe 1 des ordonnances a été d'abord établi le principe que le remboursement de prestations, auxquelles a donné lieu le traitement curatif, est assuré par des sommes forfaitaires.

Sur les frais effectifs de l'hospitalisation, du séjour en sanatorium ou en maison de cure ou de repos - sans compter les frais de transport et de voyage - on

compte chaque fois la moitié comme entretien et comme dépenses pour le procédé curatif. En outre, il y avait lieu de rembourser les frais de transport ou de voyage au prorata des dépenses réelles.

Pour les traitements curatifs externes, les prescriptions prévoyaient des sommes forfaitaires pour les droits à dédommagements des autres organismes d'assurances.

Cette réglementation légale de la compensation des droits à remboursement entre les organismes de l'assurance-maladie et de l'assurance-accidents, dont nous n'avons esquissé ci-dessus que les grandes lignes, suffit à nous permettre de constater que les règlements correspondants étaient très compliqués et recelaient la possibilité de nombreuses difficultés d'interprétation et divergences de vues.

De plus, la convention du 21 décembre 1926 sur les caisses d'assurance-maladie, dont nous avons déjà parlé, contenait, en partie, des clauses en désaccord avec les stipulations légales, en sorte que la réglementation applicable aux organismes d'assurance partenaires de la convention était différente de la réglementation légale. En outre, toutes les caisses d'assurance-maladie n'avaient pas adhéré à la convention, de sorte que l'ensemble de la situation juridique en devenait encore plus confus, le droit à appliquer étant différent selon que les organismes étaient ou non signataires de la convention des caisses maladie.

En raison de cette situation, il s'élevait dans la pratique des voix toujours plus pressantes pour revendiquer une réglementation plus simple et plus claire des droits au remboursement. Les associations de caisses professionnelles d'assurance-accidents et de caisses maladie

engagèrent des pourparlers qui, après de nombreuses tentatives manquées pour parvenir à une entente, furent finalement couronnés de succès. Le résultat de ces pourparlers est, d'une part, la réglementation fixée dans l'ordonnance du 15 juin 1936 et, d'autre part, les règlements édictés par l'Office du Reich des assurances en date du 19 juin 1936 qui, aujourd'hui encore, constituent la base de décompte des droits de remboursement entre les caisses d'assurance contre les accidents et les caisses d'assurance contre les maladies.

d) Réglementation actuelle sur les procédés de décompte (depuis 1936)

La réglementation actuelle sur les procédés de décompte est considérablement simplifiée par rapport au règlement en vigueur jusqu'en 1936. Les principaux traits fondamentaux de la technique de décompte sont les suivants :

La caisse maladie doit supporter les dépenses de traitement curatif ainsi que les prestations périodiques aux accidentés pendant les 45 premiers jours qui suivent l'accident, dans le cadre de leurs obligations légales et statutaires. Pour le reste, les dépenses sont à la charge de l'assurance contre les accidents.

Mais si la caisse d'assurance contre les accidents a fait des dépenses pour le traitement curatif d'un accidenté pendant les 45 premiers jours après l'accident, cette caisse doit les supporter elle-même lorsque l'incapacité de travail, par suite de l'accident, n'est pas intervenue avant expiration de ce délai.

Sont considérées comme des dépenses pour prestations périodiques les dépenses pour indemnités de maladie et de foyer payées par l'assurance-maladie, pour pensions d'invalidité aux accidentés, indemnités de maladie, indemnités

journalières, indemnités familiales de l'assurance contre les accidents, indemnités d'entretien des accidentés dans les cas de traitement en hôpital, en sanatorium ou en maison de cure ainsi que pour l'aide et les soins par du personnel infirmier dans la mesure où des montants d'indemnité de maladie sont déduits à ce titre dans l'assurance-maladie. Sont considérées comme des dépenses pour traitement curatif les dépenses pour les soins à donner aux malades, pour l'aide et assistance par du personnel infirmier et pour les soins en hôpital de l'assurance-maladie, pour le traitement médical, y compris l'indemnité de soins de l'assurance contre les accidents, dans la mesure où toutes ces prestations ne sont pas considérées comme des prestations périodiques.

L'indemnité de décès payée par l'assurance-maladie est à la charge de l'organisme d'assurance contre les accidents dans la mesure où elle ne dépasse pas l'indemnité de décès que ce dernier est tenu d'accorder.

Si l'organisme d'assurance-accidents a fait des dépenses pour le traitement curatif ou pour des prestations périodiques, et si l'on constate ultérieurement que la maladie n'est pas la conséquence d'un accident du travail, la caisse maladie doit rembourser les prestations de la caisse maladie à l'organisme d'assurance dans la mesure où elles ne dépassent pas ce que la caisse maladie est tenue de payer du fait de l'assurance-maladie.

Les prestations de remboursement sont largement ramenées à des sommes forfaitaires afin de simplifier autant que possible la procédure.

2. Assurance-invalidité et assurance-accidents

a) Assujettissement à la notification obligatoire de l'organisme de l'assurance-accidents

L'organisme d'assurance-accidents a l'obligation de faire une déclaration à l'organisme d'assurance-invalidité

lorsqu'il octroie une rente ou des soins dans un établissement de cure à un invalide pensionné. De cette façon, la Landesversicherungsanstalt (Caisse d'assurance du pays), qui est l'organisme de l'assurance-invalidité, est tenue au courant des mesures prises par l'organisme d'assurance-accidents sur les soins accordés par cette caisse et sur le paiement d'une rente à ses bénéficiaires afin de pouvoir, dans le cadre des prescriptions légales, effectuer un décompte des prestations ci-dessus dans le calcul de ses propres prestations.

b) Droit de remboursement de l'organisme de l'assurance-invalidité

Inversement l'organisme de l'assurance-invalidité a un droit de remboursement vis-à-vis de l'organisme de l'assurance-accidents dans le cas où celui-ci a octroyé à l'assuré un traitement curatif nécessité par les suites de l'accident. Le droit de remboursement ne concerne cependant que les dépenses dont l'organisme de l'assurance-accidents sera déchargé.

IV. Prévention des accidents et premiers soins

Une autre particularité du droit allemand qui doit être brièvement mentionnée ici est que les organismes d'assurance-accidents ont pour devoirs importants la prévention des accidents et les mesures pour les premiers soins efficaces.

1. Prévention des accidents

Ainsi qu'il l'a déjà été mentionné, la loi d'assurance-accidents de 1884 avait confié le soin de l'assurance-accidents aux corporations ou caisses professionnelles qui avaient toujours assumé la tâche de la prévention des accidents. Précisément, cette tâche avait amené à choisir

une structure établie d'après les branches professionnelles pour la création des institutions d'assurance-accidents. C'est ainsi qu'une grande partie des tâches importantes de l'Etat fut transmise à un organisme autonome de l'économie. Dans l'exposé des motifs de ce projet de première loi sur l'assurance-accidents de 1884, la création de "corporations professionnelles" est désignée comme le seul moyen pour arriver à obtenir un système efficace de prévention des accidents. Il découle des motifs du deuxième projet de loi qu'avec les caisses professionnelles on s'était efforcé de créer une organisation de laquelle on attendait qu'elle soit mieux appropriée que l'Etat pour résoudre la question difficile de savoir jusqu'où pouvaient aller les règlements de prévention des accidents et leur application, sans intervenir d'une façon injustifiée et fâcheuse dans la liberté d'action de l'industrie.

Les caisses professionnelles d'assurance-accidents se virent conférer, par la loi de 1884, le droit d'émettre toutes prescriptions touchant la prévention des accidents vis-à-vis de l'entrepreneur, d'une part, avec contrôle des installations, et vis-à-vis de l'assuré, d'autre part, en veillant à son comportement. De plus, les caisses professionnelles d'assurance-accidents étaient autorisées à surveiller les entreprises membres en tout ce qui concernait le respect des prescriptions de prévention des accidents ainsi que le contrôle des salaires. La surveillance était effectuée par un délégué des caisses professionnelles d'assurance-accidents. En cas de non-observation des prescriptions de prévention des accidents, l'entrepreneur pouvait être poursuivi et obligé de payer une amende imposée par les caisses professionnelles d'assurance-accidents.

Non seulement la loi d'assurance-accidents de 1900 autorisait les caisses professionnelles d'assurance-accidents à réaliser la prévention des accidents, mais elle les obligeait à édicter des prescriptions de prévention des accidents et à surveiller les entreprises. Les délégués qui pouvaient être choisis parmi les camarades furent alors remplacés par des techniciens hautement qualifiés considérés par la loi comme des inspecteurs techniques. Un rapport devait être adressé chaque année à l'Office (des contrôles) des assurances du Reich relatant la mise en application des prescriptions de prévention des accidents.

L'Ordonnance du Reich sur les accidents du 19 juillet 1911, qui résumait dans le troisième Livre les différentes lois d'assurance-accidents antérieures, s'en tenait à l'obligation, de la part des caisses professionnelles d'assurance-accidents, d'édicter des prescriptions relatives à la prévention des accidents. Elle accrut l'influence de l'Office des assurances du Reich dans son ensemble et dans l'emploi des inspecteurs techniques.

La deuxième loi de modification du 14 juillet 1925 renforça encore la responsabilité concernant la prévention des accidents, la surveillance des moyens de protection dans les entreprises, etc. A la base du projet de loi, il fut spécifié qu'il ne suffisait pas que les caisses professionnelles d'assurance-accidents prennent, dans ce domaine, les mesures de droit, la loi reconnaissant davantage aux organismes de l'assurance-accidents le soin et la nécessité de prévenir les accidents, autant que possible au moyen de mesures effectives également. Un décret de l'Office des assurances du Reich du 10 novembre 1925 spécifiait pour l'introduction de la loi qu'entraient en ligne de compte, à titre de mesures effectives, par exemple

l'éducation, au moyen d'écrits et d'images, des assurés, contremaîtres et entrepreneurs, sur la façon de prévenir les accidents, et l'obligation d'enseigner dans les écoles de tous genres la prévention des accidents. Une note circulaire du 17 juin 1927 traitait des mesures générales à prendre pour diminuer les dangers d'accidents et organiser une surveillance.

La deuxième loi de modification prescrivit en outre le consentement de l'Office des assurances du Reich pour l'engagement d'inspecteurs techniques. L'Office des assurances du Reich pouvait donc exiger une préparation spéciale à cette fonction. Par la suite, l'Union des caisses professionnelles d'assurance-accidents (industrielles, artisanales et commerciales) organisa une commission d'examens pour l'admission de surveillants techniques.

En 1934, le Bureau (Office) central pour la prévention des accidents, créé par l'Union des caisses professionnelles d'assurance-accidents de l'industrie, institua auprès de toutes les caisses professionnelles d'assurance-accidents les mêmes prescriptions pour une prévention normale des accidents concernant les devoirs généraux, les installations des entreprises, chaudières à vapeur, installations électriques, machines motrices, transmissions, machines opératrices, engins de levage, ascenseurs et monte-charge, etc. L'Union des caisses professionnelles d'assurance-accidents créa l'Office de la lutte contre la poussière dans la lutte contre la silicose.

Pendant la guerre, la prévention des accidents du travail, et cela dans tous les domaines (prévention des accidents techniques, surveillance des entreprises, prévention psychologique des accidents, etc.) fut encore renforcée, et cela avant tout en tenant compte des nombreuses personnes inexpérimentées nouvellement englobées dans l'industrie.

A côté des organismes d'assurance-accidents, les organismes de surveillance de l'Etat s'occupent aussi des questions de la protection d'assurances. Tandis que le surveillant technique des caisses professionnelles d'assurance-accidents est considéré, en premier lieu, comme un conseiller, un assistant de l'entrepreneur et de l'assuré, il faut placer au premier plan les mesures de police dans l'inspection du travail (exécution des dispositions concernant l'horaire du travail, le repos dominical, protection de la maternité, protection de l'enfance, hygiène du travail, etc.). Afin qu'il ne résulte pas de difficultés par suite de ce double contrôle des entreprises effectué, d'une part, par les surveillants de l'Etat, et, d'autre part, par les surveillants des caisses professionnelles d'assurance-accidents, pour eux-mêmes comme pour les entrepreneurs, le ministre fédéral du Travail a réglementé, dans les directives du 17 novembre 1950, la collaboration des surveillants techniques (délégués des assurances) avec les surveillants industriels (fonctionnaires de l'Etat). Dans celles-ci sont délimitées d'une façon distincte l'étroite collaboration (par exemple dans le cas des visites aux entreprises et enquêtes relatives à des accidents) et la prise de contact réciproque entre les inspecteurs techniques et les inspecteurs du travail.

Les caisses professionnelles d'assurance-accidents (industrielles, artisanales et commerciales) ont dépensé pour la prévention des accidents :

En 1886	63.633.--	M
1896	936.114.--	M
1906	1.407.275.--	M
1916	1.660.187.--	M
1926	4.457.688.--	RM
1936	7.429.123.--	RM
1950	11.728.178.--	DM
1956	28.121.605.--	DM

Il ne s'agit toutefois dans ces montants que des soi-disant "frais de pilotage". La réalisation de mesures à prendre dans les entreprises pour la prévention des accidents exigea des dépenses dont la valeur constitue un multiple des montants susmentionnés. Ces frais ne seront cependant pas supportés par les caisses professionnelles d'assurance-accidents, mais par les entreprises elles-mêmes. Comme exemple de l'application de la prévention des accidents du travail, mentionnons ici le chiffre des cas d'accidents de travail mortels. Sur 1.000 cas enregistrés par les caisses professionnelles d'assurance-accidents (industrielles, artisanales et commerciales), les cas d'accidents de travail mortels tombaient

en 1913	à	11,31
1928		5,02
1938		3,46
1949		4,73
1950		1,97

L'augmentation frappante du nombre des accidents après la dernière guerre provient certainement, du côté subjectif, de la sous-estimation du danger à la suite de la période de guerre, du côté objectif, du fait que les entreprises n'avaient pu pourvoir aux installations de sécurité après que celles-ci eussent souffert de la guerre, et au renouvellement du parc des machines. L'abaissement des cas d'accidents mortels est dû pour une bonne partie à la prévention intensive des accidents du travail.

2. Premiers soins

Dès l'origine, les caisses professionnelles d'assurance-accidents avaient l'obligation de s'occuper des premiers soins. Les délégués des caisses professionnelles

d'assurance-accidents devaient veiller à ce que toute entreprise mette à disposition le matériel de pansements nécessaire. Jusqu'ici, la loi n'a encore apporté aucune réglementation de détail. Dans une note circulaire de l'Office des assurances du Reich du 10 novembre 1925 sont cités en tant que mesures à prendre dans le domaine des premiers soins les cours pour la formation de secouristes d'entreprise, l'entretien et la création d'installations de sauvetage, les accords avec les hôpitaux ou autres. En outre, un décret fut publié concernant la coopération des caisses professionnelles d'assurance-accidents avec la Croix-Rouge dans le domaine des premiers soins, etc.

C. COUVERTURE DES RISQUES

I. Généralités

Le risque couvert par l'assurance-accidents obligatoire s'est, au cours de son existence, depuis 1885, amplifié d'une façon permanente. Ceci est dû en partie à la loi, en partie à la jurisprudence, mais également en partie à l'expérience toujours plus grande qui a été acquise dans la gestion des organismes d'assurances. Alors qu'à ses débuts la protection des assurances-accidents ne s'étendait qu'à des accidents du travail proprement dits, elle engloba, en 1925, aussi les accidents en cours de trajet entre les lieux du travail et le domicile, et les maladies professionnelles. Le contenu de ces trois concepts s'est étendu progressivement.

Les données ci-après n'effleureront que les points principaux. Il est impossible, en effet, d'entrer dans les détails ni dans la considération de l'infinité des cas particuliers traités par la jurisprudence.

II. Accidents d'entreprise - Accidents du travail

1. Notion de l'accident du travail (ou accident d'entreprise)

S'appuyant sur la loi sur l'assurance-accidents de 1884, la loi de 1900 sur l'assurance-accidents dans l'industrie (artisanat et commerce) définissait l'accident d'entreprise comme suit :

"Tous les travailleurs et employés de l'entreprise dont le dernier revenu annuel (salaire ou traitement) ne dépasse pas 3.000 DM seront, d'après la loi, assurés contre les suites d'accidents dont ils pourraient être victimes dans l'entreprise, s'ils sont employés :

1. Dans les mines, salines ...,
2. jusqu'à 7."

Il ressort clairement de cette définition, d'une part, quelles sont les entreprises et les personnes admises au bénéfice de l'assurance et, d'autre part, quelles sont les limites de l'obligation de réparation des suites (blessures corporelles, etc.) d'accidents survenus dans l'entreprise. Chaque partie constituante de cette définition (cercle des entreprises assujetties à l'assurance obligatoire, des personnes assurées contre les accidents dans l'entreprise) s'est encore développée jusqu'en 1942, année où fut assujetti à l'assurance tout le personnel travaillant dans les entreprises et où la notion d'accident d'entreprise fit place à celle, plus vaste, de l'accident du travail.

2. Cercle des entreprises assurées

Les catégories d'entreprises assujetties à l'assurance obligatoire ont sensiblement augmenté au cours du temps. Les lois d'assurance contre les accidents de 1884 portaient des catégories d'activité assujetties à la loi de responsabilité civile, telles que les mines, fabriques, loi de responsabilité instituée en 1871. Elles étendirent le nombre des entreprises aux chantiers navals et aux

chantiers de construction. De plus, les lois introduisirent expressément à l'assujettissement obligatoire à l'assurance toute une série d'entreprises de construction, expressément spécifiées : les maçons, charpentiers, couvreurs, tailleurs de pierres, puisatiers, ramoneurs, de même que toutes les entreprises utilisant des chaudières à vapeur ou des machines motrices actionnées par les forces élémentaires.

En 1885 déjà, toutes les entreprises des postes, télégraphes et chemins de fer, de l'armée et de la marine, du dragage, de transports routiers professionnels, de navigation fluviale, ainsi que les entreprises de transit et de magasinage en entrepôts et celliers étaient assujetties à l'assurance obligatoire.

En 1900, la nouvelle rédaction de la loi d'assurance contre les accidents apporta une plus grande extension de l'assujettissement obligatoire à l'assurance. Certaines branches de l'industrie qui n'avaient été jusque-là assujetties à l'assurance obligatoire que pour autant que celles-ci pouvaient être considérées comme fabriques employant plus de dix ouvriers, furent toutes assujetties à l'assurance obligatoire sans plus tenir compte du nombre d'ouvriers, y compris les entreprises artisanales. En outre vint s'ajouter toute une nouvelle série d'entreprises, en particulier les brasseries, les ateliers de serrurerie, les forges, les entreprises de nettoyage de fenêtres, les boucheries, les entreprises de magasinage, d'abattage et de transport de bois, pour autant qu'elles étaient inscrites au Registre du commerce et portées comme industries commerciales.

L'ordonnance d'assurance du Reich de 1911 étendit l'assurance-accidents aux pharmacies, aux tanneries, aux décorateurs, aux entreprises de concassage de pierres, aux établissements de bains, aux pêcheries en eau douce, à la pisciculture, aux établissements de louage et entretien de chevaux d'équitation, d'extraction ou fabrication de glace, etc.

La troisième loi de modification étendit également, en 1928, la protection d'assurance à la partie commerciale et administrative du personnel des entreprises assurées, à condition que le travail dudit personnel serve au but technique de l'entreprise, conformément aux conditions locales. De plus, furent placés sous la protection de l'assurance-accidents obligatoire les corps de pompiers, les établissements d'assistance aux accidentés et accidents par suite de sauvetage, de même que les établissements hospitaliers, hôpitaux, cliniques, établissements de cure et infirmeries, etc.

La quatrième loi de modification de 1937 introduisit dans l'assurance-accidents obligatoire les ateliers, les écoles professionnelles, les cours d'entraînement et autres institutions semblables des branches industrielles assurées servant de perfectionnement professionnel.

Cette évolution prend fin avec la sixième loi de modification de 1942. A partir de la mise en vigueur de cette loi, le fait d'appartenir à une certaine catégorie d'entreprises n'était plus décisif pour savoir dans quelles conditions l'accidenté était placé sous la protection de l'assurance. La réponse à cette question dépendait uniquement des rapports de travail, de service ou

d'enseignement (apprentissage). Cette loi définit ainsi les personnes bénéficiaires de l'assurance, tandis que jusque-là, il n'avait été question que des entreprises; par conséquent, depuis lors, la notion de l'entreprise pour ce qui concerne l'octroi de la protection de l'assurance-accidents a perdu sa signification.

3. Cercle des personnes assurées

a) Evolution jusqu'en 1942

La protection de l'assurance ne s'étendait qu'à un secteur déterminé de personnes, précisé dans un double point de vue. Tout d'abord, seuls les ouvriers et employés des entreprises ou personnes assimilées telles que les contremaîtres et les techniciens étaient assurés. Ensuite, la loi octroya la protection d'assurance uniquement dans le cas où l'accidenté était employé dans l'une des entreprises mentionnées sous 2.

1) Les personnes

N'était reconnu comme travailleur ou ouvrier que celui qui vivait de ses conditions de travail. Il n'était pas exigé un contrat de travail en vigueur. L'important était l'existence de rapports de travail effectifs. La protection d'assurance était octroyée sans considération du sexe, de l'âge, de la nationalité ou des capacités intellectuelles du travailleur. Rien n'a été changé, en principe, à cet égard dans les années qui suivirent. De plus, faisaient partie des personnes assurées les employés (cadres) des entreprises ainsi que les travailleurs assimilés pour autant que leurs gains annuels ne dépassaient pas une certaine limite.

Les lois n'avaient pas défini quelles personnes devaient être considérées comme employés d'entreprise (cadres) et en quoi ceux-ci se distinguaient des travailleurs. La juridiction voyait un critère de distinction essentiel pour la délimitation des employés d'entreprise d'avec les ouvriers dans le fait que les employés ou cadres n'avaient pas à fournir un travail essentiellement manuel. Etaient considérés comme employés d'entreprise uniquement ceux qui avaient pour tâche principale de surveiller les travailleurs (ouvriers) et de les diriger. En tant que tels, ils sont, dans un certain sens, opposés aux travailleurs. La loi plaça expressément les contre-maîtres et les techniciens sur un pied d'égalité avec les employés (cadres). Ils étaient également assurés obligatoirement dans la mesure où leur revenu ne dépassait pas la limite prescrite. Les employés d'entreprise n'étaient assurés que si leur revenu annuel ne dépassait pas un certain montant. Ce dernier fut arrêté à 200 DM par la loi d'assurance-accidents du 6 juillet 1884, fut porté à 3.000 DM par la loi sur l'assurance-accidents des professions industrielles de 1900 et fut finalement entièrement supprimé avec l'inflation. Depuis lors, les employés d'entreprise et les personnes assimilées sont assurés contre les accidents sans tenir compte du montant de leur revenu annuel; toutefois, dans le calcul des dédommagements, on prit pour base un montant maximum de 7.200 DM. L'ordonnance d'assurance du Reich de 1911 étendit encore ce cercle de personnes, en dehors des ouvriers et des employés (cadres) d'entreprise, aux commis, aux compagnons et apprentis. Pratiquement, le cercle des personnes fut

toujours plus étendu, d'autant plus que le nombre des entreprises assurées augmenta toujours davantage au cours des années (voir sous 2).

2) Les rapports avec l'"entreprise"

La protection d'assurance contre les accidents ne prévoyait que les personnes travaillant dans l'"entreprise". La loi employait la notion "entreprise" sans donner d'autres explications. La jurisprudence et la doctrine ont désigné en tant qu'"entreprise" l'ensemble d'une activité économique suivie. Elles y ont inclus toutes les fonctions se rapportant à la préparation, à la marche et à la dissolution d'une exploitation. Etaient également assurées, par conséquent, les personnes occupées aux travaux préparatoires, à l'ouverture de l'entreprise et aux travaux de liquidation après la fermeture définitive. En conséquence, il fut fait une distinction entre les parties techniques de l'entreprise et la partie commerciale et administrative. Pour les personnes employées dans les bureaux ayant une formation commerciale, la loi ne trouva cependant aucune application dans la mesure où celles-ci étaient chargées de travaux commerciaux et administratifs et pour autant qu'elles n'exerçaient pas des fonctions "productives" dans l'entreprise. La troisième loi de modification de 1928 introduisit également la partie commerciale et administrative de l'entreprise, pour autant que cette partie répondait au but de l'entreprise assurée et que ses rapports locaux avec elle correspondaient à ce but. La différenciation tomba avec la sixième loi de modification (1942).

Étaient admis en tant qu'assurés non seulement les travaux effectués dans l'enceinte des lieux de travail de l'entreprise, mais également les activités servant aussi la production indirecte, même si celles-ci étaient assurées en dehors des lieux de travail de production. Ainsi, par exemple, l'emballage de la marchandise faisait partie de l'activité assurée même s'il était effectué en dehors des lieux de travail de l'entreprise, techniquement parlant.

Au début de l'assurance-accidents obligatoire n'étaient reconnus accidents de travail que les accidents qui s'étaient produits dans l'enceinte de l'entreprise. L'évolution montra que la protection des travailleurs était par là extrêmement restreinte. La jurisprudence reconnut peu à peu qu'il était juste d'admettre non point seulement la protection de l'assurance à l'intérieur de l'entreprise, mais que celle-ci devait s'étendre en dehors de l'entreprise dans le cas où les travailleurs, sur ordre de l'employeur, devraient parcourir un trajet extérieur, par exemple le chemin les séparant d'un lieu de travail à un autre de la même entreprise. En outre, les accidents survenus sur la route séparant l'atelier des lieux de travail en dehors furent reconnus en tant que cas d'assurance. Ceci était valable également pour les déplacements des monteurs pour les travaux de montage à l'extérieur et à l'étranger.

Dans tous ces cas toutefois, la protection d'assurance n'était octroyée que si le travailleur, en exécutant l'ordre reçu, avait pris toutes les précautions, en particulier en ce qui concerne le choix des moyens de transport et du trajet, d'une façon appropriée. Au cas où

il se serait exposé à un danger particulier par une attitude incompréhensible ou bien aurait provoqué l'accident par cette attitude même, il n'était reconnu aucun lien entre le trajet et l'entreprise.

Depuis la deuxième loi de modification (1925) étaient reconnus également comme activité déployée dans une entreprise affiliée à l'assurance les travaux se rapportant au dépôt, à l'expédition, à l'entretien et le renouvellement du matériel de travail, même s'il était fourni par l'assuré.

En ce qui concerne l'introduction des accidents de trajet, voir sous III.

b) Passage de l'assurance de l'entreprise à l'assurance des personnes

La liaison de la protection d'assurance à l'emploi dans certaines entreprises déterminées et la limitation à certaines personnes déterminées employées dans ces entreprises - dont le cercle, sans doute, s'élargissait de plus en plus, mais demeurait lié à certaines conditions - créa, dans la pratique, de grosses difficultés. En cas d'accidents, il fallait tout d'abord contrôler si l'entreprise où s'était produit l'accident faisait partie des entreprises assurées. S'il en était ainsi, il fallait en outre s'assurer que le blessé avait été accidenté dans la partie spécialisée (nettement professionnelle) ou technique de l'entreprise, étant donné que seule cette partie de l'entreprise bénéficiait sans restriction de l'assurance-accidents. La partie commerciale et administrative n'était assurée que pour autant qu'elle répondait aux buts de l'entreprise assurée et se trouvait

par rapport à elle dans des conditions d'emplacement adéquates. Une fois cette question éclaircie, il restait à contrôler si l'accidenté pouvait être considéré comme personne assurée.

Cette réglementation obligatoire souvent difficile à interpréter et à appliquer a donné lieu à de nombreux points de controverse, créant sans cesse de nouvelles difficultés malgré une jurisprudence qui s'était peu à peu constituée et développée. Ces discordances n'ont pu être surmontées que grâce à une transformation fondamentale du système de l'assurance-accidents et à un abandon total du principe trop radicalement énoncé de l'assurance de l'entreprise, admettant au bénéfice de l'assurance-accidents toute personne travaillant.

Après que le cercle des personnes assurées se fût agrandi à la suite des lois ci-dessus mentionnées et qu'en outre l'obligation de réparation eût été étendue en cas d'accidents survenus hors des locaux et terrains de l'entreprise (par exemple, accidents en cours de route, accidents lors de l'achat et du transport, dans l'entretien et le renouvellement des instruments de travail utilisés dans l'entreprise, etc.), la sixième loi de modification de 1942 fit le dernier pas en avant, en ce sens qu'elle écarta le lien entre l'assurance-accidents et l'entreprise et plaça au premier plan le principe de l'assurance des personnes. C'est ainsi qu'en lieu et place du catalogue des entreprises assurées prit force de loi une réglementation mentionnant le cercle des personnes assurées contre les accidents du travail.

Ceci fut prescrit en tant que première ordonnance dans le troisième Livre d'ordonnances des assurances du Reich, dans le texte de la sixième loi de modification, que "toutes les personnes employées selon des rapports de travail, de service ou d'apprentissage" sont admises au bénéfice de l'assurance-accidents. De ce fait, tous les travailleurs, par exemple, également les bonnes à tout faire, les employés de bureau, etc., étaient désormais admis au bénéfice de l'assurance-accidents. Cette même ordonnance amena en outre la rédaction d'un catalogue indiquant les catégories de personnes assurées en plus des précédentes et qu'il y a lieu de spécifier expressément, les personnes employées dans le service de santé et vétérinaire, ainsi que dans les organismes de la Croix-Rouge allemande, des corps des

sapeurs pompiers ainsi que des organismes de surveillance technique de la prévention et de la lutte contre l'incendie, en outre les personnes employées dans une entreprise à porter secours en cas d'accidents, de même que toutes personnes qui, sans en avoir une obligation légale, sauvent ou cherchent à sauver une autre dont la vie est en danger, toutes celles qui portent secours et assistance en cas d'accidents, de danger général ou catastrophe ou encore les donneurs de sang non rémunérés,

les personnes ayant des obligations contractuelles de contribution artistique à des expositions, spectacles ou des représentations,

toute personne exerçant une industrie et un travail à domicile et son conjoint travaillant avec elle ou tout autre collaborateur,

dans l'assurance-accidents agricole, l'exploitant également et son épouse,

en outre, les entrepreneurs de petites entreprises de la pêche maritime professionnelle, sous certaines conditions,

enfin, toutes personnes appartenant à l'un des groupes ci-dessus, même à titre temporaire et

les apprentis au cours de leur apprentissage ainsi que le corps enseignant honorifique sur les lieux de travail des entreprises, dans les ateliers d'apprentissage, les écoles professionnelles, les écoles techniques, les centres d'apprentissage, les cours de formation professionnelle et de perfectionnement et les autres institutions semblables, sous certaines conditions.

A l'égard de l'entrepreneur même, la sixième loi de modification maintient la situation juridique jusque-là en vigueur, selon laquelle tout entrepreneur qui n'était pas encore assuré par obligation légale pouvait, soit y être obligé par les statuts de l'institution d'assurance, soit, en l'absence d'une telle clause de statuts, le devenir de son propre gré.

Seuls sont exclus d'une telle assurance les chefs de famille, c'est-à-dire les employeurs de domestiques, attendu qu'aucun besoin de protection ne peut être reconnu.

Au moyen de cette nouvelle réglementation, deux sortes d'objectifs étaient atteints : d'une part, disparaissait la différenciation entre entreprise assurée et

entreprise non assurée, entre partie technique, spécialisée, commerciale ou administrative de l'entreprise; d'autre part, étaient admises au bénéfice de l'assurance-accidents, sans aucune exception, toutes les personnes ayant un contrat de travail, de service ou d'apprentissage, tandis que jusqu'ici certaines catégories de personnel des entreprises (par exemple ceux travaillant dans des entreprises purement commerciales ou administratives, dans de petites entreprises commerciales et artisanales, les gens de maison, etc.) n'étaient pas encore assurés.

Depuis lors, cette réglementation n'a pas changé. Seuls ont été admis en outre au bénéfice de l'assurance les groupes suivants :

Par la loi du 27 juin 1956, toutes les personnes employées dans la construction d'une maison familiale ou analogue à laquelle elles apportent une aide personnelle, selon le système Castors, pour autant qu'il s'agisse de projets de construction encouragés par les pouvoirs publics,

Par la loi du 23 décembre 1956, les chômeurs dans le cas d'activités déterminées, réadaptation et reconversion professionnelles et autres mesures analogues aussi bien que sur le trajet séparant leur domicile du Service de la main-d'oeuvre.

c) Aperçu sur le nombre des personnes assurées
auprès des caisses professionnelles
d'assurance-accidents industrielles

Le nombre des assurés auprès des caisses professionnelles d'assurance-accidents industrielles s'élevait :

en 1886 à	3.475.435	pour	47,1	millions d'habitants
en 1896 à	5.734.680	"	52,8	" "
en 1906 à	8.625.500	"	61,2	" "
en 1916 à	7.248.167	"	67,7	" "
en 1926 à	9.918.284	"	63,6	" "
en 1936 à	13.166.618	"	67,3	" "
en 1950 à	11.015.512	"	47,5	" "
en 1956 à	16.179.448	"	51,6	" "

Il faut tenir compte, pour les années de 1950 et 1956, qu'il s'agissait des personnes assurées dans la République fédérale d'Allemagne (1956 y compris Berlin-Ouest) et ne comprenant pas les personnes employées en zone d'occupation russe et sous administration étrangère (par exemple, Pologne).

4. Notion de l'accident

Les travailleurs, les employés (cadres) et toutes autres personnes semblables étaient assurés pour le cas où un accident leur arriverait dans l'entreprise. La loi n'a jamais donné une définition de ce qu'est l'accident. La jurisprudence et la doctrine ont défini peu à peu la notion de l'accident du travail comme suit : c'est un fait causant un dommage corporel de très courte durée qui est en relation de cause à effet avec une activité assurée.

Il n'a jamais été posé de conditions particulières quant à l'événement cause de l'accident. On admettait comme valable le fait qu'une piqûre d'insecte, qu'une éraflure de la peau ou toute action analogue peu importante causait un dommage.

L'indice fondamental de l'accident est sa brusque apparition. On considèrerait - et l'on considère encore - que les conditions étaient remplies si l'action sur l'accidenté avait duré d'une manière susceptible d'être prouvée, au maximum une journée de travail, causant par ce seul fait un dommage à la santé. Si, par contre, l'influence sur la santé de l'assuré dure plus longtemps et ne cause de dommage que du fait de cette longue durée, elle ne sera pas reconnue comme un accident et l'on parlera d'une maladie qui ne pourra donner lieu à dédommagement qu'au titre de maladie professionnelle (voir sous III).

Une double relation de cause à effet a toujours été nécessaire dans l'assurance-accidents :

- a) entre l'activité assurée et le fait de l'accident, et
- b) entre le fait de l'accident et les dommages qui en découlent.

Ce en quoi on ne peut prendre en considération une cause quelconque, mais bien seulement une cause pour le moins essentiellement codéterminante. La corrélation avec l'activité assurée (l'entreprise) pouvait être donnée directement. Il suffisait cependant que l'entreprise soit la cause indirecte de l'accident. Il n'était pas nécessaire, en outre, que l'entreprise soit la cause unique de l'accident; on retenait comme suffisant un concours de circonstances codéterminantes. C'est ainsi que furent reconnus tout d'abord comme accidents d'entreprise, plus tard comme accidents du travail, tous les déchainements de forces de la nature et causes météorologiques ou d'intempéries exceptionnelles provoquant un

dommage corporel à un assuré lorsque l'accidenté était exposé à de telles circonstances et actions, précisément en raison de son activité dans l'entreprise. L'organisme d'assurance-accidents légale devait également prendre en charge les accidents produits par la faute d'autres travailleurs, même quand les assurés avaient agi en infraction à une interdiction formelle et expresse de l'employeur.

La protection d'assurance ne comprenait que les accidents de travail qui s'étaient produits lors de l'activité de l'assuré dans l'entreprise. Si, de par son attitude, il s'était séparé de l'entreprise ou avait effectué une action uniquement dans son intérêt personnel, toute corrélation entre l'activité dans l'entreprise et l'accident se trouvait de ce fait annulée. Dans ces cas, l'organisme de l'assurance-accidents obligatoire n'avait aucune prestation à verser concernant l'accident. La question de savoir si, dans des cas particuliers, la corrélation avec l'entreprise était annulée à la suite du comportement de l'assuré dépendait essentiellement des intérêts qui avaient été les mobiles principaux de l'action. Cette distinction conduisit, dans des cas particuliers, à différents résultats selon le motif qui l'emportait. Par exemple, si le blessé avait été victime d'un accident pendant qu'il mangeait, aucune protection d'assurance ne pouvait normalement lui être reconnue, attendu que cette action visait par nature à son propre entretien. Si l'accidenté, par contre, à la suite d'un surmenage, s'endormait quelques instants à sa table de travail aux fins de se remettre pour pouvoir continuer à travailler et était victime, par là, d'un accident, l'accident de travail était reconnu.

Le domaine de l'entreprise a été élargi au cours du temps par la jurisprudence et la pratique administrative (par exemple, par l'introduction dans la protection d'assurance des sports organisés dans les entreprises, des manifestations communautaires (des entreprises), des excursions (d'entreprises), compétitions sportives dans le cadre des entreprises). Aujourd'hui encore, on constate une certaine tendance à une plus grande expansion.

III. Accidents de trajet

Au début n'étaient reconnus comme accidents d'entreprise que ceux qui s'étaient produits en se rendant sur les lieux de travail ou en en revenant. La deuxième loi de modification du 14 juillet 1925 étendit l'assurance-accidents, pour la première fois, aux trajets partant du lieu de travail ou y aboutissant, effectués pour des raisons en rapport avec l'emploi dans l'entreprise. La protection d'assurance à la suite de la crise économique qui commença en 1930 fut passagèrement limitée, en ce qui concerne les accidents de trajets, en ce que les prestations pouvaient être refusées si l'accidenté était reconnu responsable de l'accident. Toutefois, le principe restait acquis que la protection d'assurance pouvait s'étendre au trajet pour se rendre au lieu de travail ou en revenir. La cinquième loi de modification de 1939, en outre, écarta à nouveau la restriction. Dès lors, les organismes d'assurance ne pouvaient refuser leurs prestations, en cas d'accidents en cours de route provoqués par l'assuré, que si le travailleur avait causé intentionnellement l'accident ou s'était comporté de façon par trop négligente.

Par ailleurs, la cinquième loi de modification étendit la protection par l'assurance également au parcours séparant le domicile familial du lieu de travail (la sixième loi de modification de 1942 ajouta le parcours vers les centres de formation professionnelle ou perfectionnement), si le travailleur, par suite d'un trop grand éloignement de son domicile familial le séparant de son lieu de travail ou de son centre de formation professionnelle ou perfectionnement, devait se trouver un gîte aux alentours de son lieu de travail.

La loi déterminait tout simplement par ces réglementations que le parcours était également assuré dans quelques cas. Restait à savoir quand le parcours commençait et ce qu'il adviendrait si l'assuré venait à interrompre son chemin.

La jurisprudence considéra comme nécessaire que l'assuré ait quitté la sphère d'activité familiale. En principe, était admis en tant que sphère familiale l'appartement, de même que le jardin situé devant la maison, pour les maisons ou villas habitées par une seule famille. L'escalier n'était compris que s'il faisait partie du logement de l'assuré ou était exclusivement à sa disposition. Dans les maisons comprenant des appartements de location situés à divers étages, l'escalier n'était pas compris dans la sphère d'activité familiale; ainsi, les accidents se produisant dans les escaliers étaient dédommagés en tant qu'accidents de route.

La jurisprudence a modifié, dans certains détails, cette notion de la sphère d'activité familiale et, par là, l'endroit où commence le trajet séparant le lieu de travail.

De même, aujourd'hui, considère-t-on, pour ce qui est des immeubles locatifs, que le trajet ne commence que depuis la porte d'entrée principale et non pas depuis la porte de l'appartement. Les escaliers font encore partie de la sphère d'activité domestique de l'assuré. Par contre, la sphère d'activité cesse, pour les travailleurs habitant une maison pour une famille, non pas à la porte du jardin seulement, mais déjà à la porte de la maison.

Si l'assuré faisait un détour en revenant de son lieu de travail ou en s'y rendant, il importait de savoir s'il s'agissait d'un détour assez important pour que la corrélation avec l'entreprise soit de ce fait interrompue, voire annulée. Dans le cas de détours de peu d'importance, ou d'un petit arrêt en chemin - par exemple, pour des emplettes personnelles -, la protection d'assurance en cas de détour demeure sans restriction; en cas d'achat, elle est continuée et reprend aussitôt que l'assuré est sorti du magasin et revenu dans la rue ou sur la route. Par contre, si le détour est d'une telle importance que la corrélation avec l'emploi dans l'entreprise disparaît, le chemin de retour au foyer n'est pas assuré. Les accidents se produisant une fois annulée toute corrélation avec l'entreprise ne sont plus assurés.

IV. Maladies professionnelles

Avant l'entrée en vigueur du décret de l'assurance du Reich, aucun dédommagement n'était accordé en principe en cas de maladie, dans l'hypothèse exceptionnelle où l'affection aurait été causée à l'assuré, pour une part essentielle, par une action d'effet subit. Le décret

d'assurances du Reich de 1911 apporta une modification en ce que le gouvernement du Reich autorisait par une ordonnance à considérer comme maladies professionnelles certaines maladies qui peuvent donner lieu par là à dédommagement au même titre que les blessures à la suite d'accidents.

Après la promulgation de l'Ordonnance d'assurance du Reich, la protection de l'assurance-accidents fut étendue pour la première fois aux maladies par une publication du 12 octobre 1917 et une ordonnance du 9 décembre 1918. Il ne s'agissait cependant que de maladies causées par la production du matériel de guerre, soit les carbures d'hydrogène nitrés, soit les gaz de combat et le nitrométane. Cet élargissement de l'assurance-accidents a toutefois été promulgué indépendamment des pouvoirs donnés par l'Ordonnance d'assurance du Reich.

La première ordonnance relative aux maladies professionnelles, se basant sur l'Ordonnance d'assurance du Reich, fut publiée en 1925 par le gouvernement du Reich. Elle définissait en tant que maladies professionnelles, entre autres, les maladies provoquées par le plomb, le phosphore, le mercure, l'arsenic, le benzol, le sulfure de carbone, la suie, la paraffine, le goudron, pour autant que l'assuré tombait malade après avoir été exposé régulièrement à l'action nocive des matières ci-dessus mentionnées. De plus, l'ordonnance mentionnait également comme maladies professionnelles les cataractes si l'ouvrier en était atteint dans une verrerie. De même que les maladies provoquées par les rayons X, si l'assuré en subissait l'influence par suite de son activité l'y exposant. Enfin, l'ankylostomose ou uncinariose des

mineurs, qui atteint les mineurs, fut reconnue en tant que maladie professionnelle et, spécialement pour l'extraction de minerai dans la région de Schneeberg, dans l'Etat libre de Saxe, la "tuberculose de Schneeberg".

Après la première ordonnance sur les maladies professionnelles, d'autres suivirent en 1929, 1936, 1943 et 1952, qui augmentèrent le nombre des maladies reconnues à un total de 40. Il faut relever ici, parmi les maladies professionnelles reconnues par ces ordonnances, les affections pulmonaires provoquées par les inhalations de poussières (silicose), reconnues depuis 1936 comme maladies professionnelles sans tenir compte du genre de l'entreprise dans laquelle l'assuré travaillait.

On est d'avis aujourd'hui encore que certaines maladies ne sont reconnues comme maladies professionnelles qu'en cas de travail dans des entreprises déterminées; par contre, pour d'autres, on ne tient pas compte, pour le dédommagement, du lieu où l'assuré travaille.

Le projet de loi d'une nouvelle réglementation d'assurance-accidents annexé comporte une nouveauté : les maladies peuvent être dédommagées sans être stipulées par l'ordonnance en tant que maladies professionnelles, pour autant que, d'après l'état actuel de la science médicale, elles apparaissent habituellement comme maladies typiques survenant dans certaines branches de l'industrie.

V. Actions civiles pour maladies non reconnues

Si un travailleur est atteint d'une maladie qui n'entre pas dans les maladies professionnelles, il n'avait et il n'a aucune possibilité de prétendre à un dédommagement

de la part de son employeur. Selon l'Ordonnance d'assurance du Reich, il est exclu que le travailleur prétende à une réparation quelconque de la part de son employeur, du fait que celui-ci supporte seul les frais financiers de l'assurance-accidents. Même si le travailleur subit un dommage non couvert par l'assurance-accidents, il n'a aucune possibilité d'introduire une action civile contre son employeur.

Une exception est faite toutefois, d'après le principe de la loi du 7 décembre 1943, pour ce qui est de l'irresponsabilité générale de l'employeur au regard des revendications ou droits de responsabilités du travailleur, en ce qui concerne les accidents survenus par une participation à la circulation générale. Par exemple, si l'employeur ou le chef d'atelier transporte un de ses ouvriers se rendant au travail ou ne fait pas saupoudrer de terre le chemin verglacé situé devant l'entreprise, de sorte qu'un ouvrier se rendant à l'entreprise est victime d'un accident, il y a là accident de travail donnant lieu à dédommagement, mais l'accidenté ne pourra prétendre à aucune compensation de la part de l'employeur ou du chef d'atelier pour tous les dommages dépassant le cadre des prestations d'assurance-accidents (par exemple le praetium doloris, perte d'autres gains).

D. TRAITEMENT CURATIF ET REEDUCATION PROFESSIONNELLE
(ASSISTANCE PROFESSIONNELLE)

I. Avant-propos

En dérogation au plan du questionnaire, les points "Soins médicaux - Prothèse" et "Réadaptation fonctionnelle et rééducation professionnelle" seront traités sous la rubrique "Traitement curatif et rééducation professionnelle" étant donné que cette classification est conforme au droit allemand, les soins médicaux et la rééducation professionnelle de l'assurance-accidents obligatoire allemande poursuivant les mêmes buts.

Les soins médicaux et la rééducation professionnelle doivent, par tous les moyens appropriés :

1. Remédier à la perturbation de la santé ou au dommage corporel provoqué par l'accident et à l'incapacité de travail consécutive à l'accident, éviter une aggravation;
2. Aider le blessé à reprendre son emploi précédent ou, si cela n'est pas possible, le rendre apte à prendre un autre métier et l'aider à obtenir un emploi.

Ces deux tâches sont solidaires de façon que souvent le succès de l'une dépend plus ou moins de celui de l'autre.

La rééducation professionnelle (assistance professionnelle) coïncide entièrement avec la notion de "rétablissement professionnel" (réhabilitation professionnelle). Elle revêt en outre un aspect tout particulier du fait que le rétablissement professionnel aussi bien

que le rétablissement médical (réhabilitation médicale) sont introduits, réalisés et financés par la même institution; de ce fait, ces deux tâches importantes se confondent en une seule et unique tâche d'ensemble.

II. Evolution du traitement curatif

1. Délai de carence et période d'attente

La loi d'assurance-accidents du 6 juillet 1884 n'octroyait - abstraction faite de la rente pour la durée d'incapacité de travail - que la compensation pour les frais de traitement curatif intervenus à partir de la quatorzième (14^{me}) semaine après l'accident. Pour les treize (13) premières semaines après l'accident - ladite période de carence ou période d'attente - la loi de 1884 n'imposait aux organismes d'assurance-accidents aucune obligation de traitement curatif ni ne leur reconnaissait expressément le droit d'intervenir dans ce traitement. Mais après le décret de la loi de 1884, il s'établit bientôt une certaine unité de vues, dans ce sens qu'il n'était pas défendu aux organismes d'assurance-accidents d'octroyer une assistance de soins au cours des treize (13) premières semaines succédant à l'accident. Attendu que l'organisme d'assurance-accidents avait à supporter les suites d'un bon ou mauvais traitement curatif au moyen d'une rente plus ou moins élevée, selon les cas, pendant toute la vie du blessé, on en vint à admettre d'une façon tout à fait générale que l'on ne devait pas entraver l'octroi de certaines assistances de la part de l'organisme d'assurance-accidents dès la période d'attente. L'Office d'assurance du Reich se rangea à cette manière de voir ainsi qu'il ressort de sa circulaire du 18 mars 1887.

La loi concernant la modification de la loi d'assurance-maladie du 10 avril 1892 reconnut expressément à l'organisme d'assurance-accidents le droit, dès les treize (13) semaines "d'attente", de prendre à sa charge les frais de traitement curatif.

La loi d'assurance-accidents de l'industrie du 30 juin 1900 fit un nouveau pas en avant en ce qui concerne la prise en charge du traitement curatif précoce par la caisse d'assurance, obligeant ainsi les organismes d'assurance-accidents à octroyer, à partir de la quatorzième (14^{me}) semaine après l'accident, les soins médicaux gratuits, médicaments et autres produits pharmaceutiques et remèdes, de même que, en nature, tous les appareils nécessaires à assurer un parfait traitement curatif et à soulager les suites des blessures.

L'Ordonnance d'assurance du Reich du 19 juillet 1911, sans toucher à la situation de droit créée par la loi d'assurance-accidents professionnelle dans le domaine du traitement curatif, souligna expressément qu'en cas d'affection par suite d'accidents l'organisme d'assurance-accidents doit se charger du traitement curatif et que les caisses d'assurance-maladie doivent lui verser une compensation pour autant que le malade a droit à une assistance maladie selon la loi ou les statuts.

2. Barème-guide de taux pour le traitement curatif du 14 août 1911

Bien que la période d'attente, même après cette évolution de la loi, fut maintenue, de même que le fait de prendre à sa charge le traitement curatif

pendant la période d'attente, représentait encore une prestation volontaire de la part de l'organisme d'assurance-accidents, l'Office d'assurance du Reich, et avec lui les organismes d'assurance-accidents, s'efforcèrent de pousser toujours plus avant l'idée d'une prise en charge du traitement curatif précoce. Au cours de négociations traitées à fond où se trouvaient représentés l'Office d'assurance du Reich, les médecins et les organismes d'assurance-accidents, des barèmes-guides (taux) pour le traitement curatif pendant la période d'attente furent publiés par les soins de l'Office d'assurance du Reich selon sa circulaire du 14 décembre 1911. Dans ces taux-guides se trouve donc (déjà) réalisées des idées qui, aujourd'hui encore, dictent le traitement des accidents. Au moment où ces taux-guides étaient fixés, il n'existait encore aucune réglementation uniforme concernant le traitement curatif auprès des organismes d'assurance-accidents. Cependant, une évolution ayant ses centres de gravité à Cologne et à Berlin avait déjà commencé et influença fortement les futures réglementations. On créa à Cologne un procédé spécial pour les blessures graves à la suite d'accidents (qui devint plus tard le procédé des types de blessures) et à Berlin un traitement curatif spécial pour les blessures moins graves à la suite d'accidents (devenu par la suite le procédé du traitement médical transitoire).

Les taux-guides précités concernant le traitement curatif pendant la période d'attente du 14 décembre 1911 marquent ainsi la deuxième partie importante dans l'évolution du traitement curatif à la suite d'accidents.

Ces taux-guides prévoyaient déjà toute une série de blessures graves nécessitant la prise en charge par les organismes d'assurance-accidents dès le début du traitement curatif précoce; ils mentionnaient que ces organismes d'assurance-accidents devaient prendre toutes les mesures d'assistance s'imposant, entre autres l'établissement du diagnostic, la participation du traitement du médecin spécialiste consulté et la prise en charge du traitement curatif. Pour la première fois dans ces taux-guides il fut question d'un point très important qui a dominé par la suite lors de la formation du traitement curatif : il s'agit de l'insertion (admission) des médecins spécialistes, voire même des chirurgiens spécialisés dans la chirurgie des accidents. Le principe proposé par les taux-guides de 1911 est, aujourd'hui encore, retenu : à savoir que la consultation médicale décisive doit être faite par un médecin spécialiste, ne s'en remettant au médecin ayant apporté les premiers secours que dans ces cas absolument exceptionnels.

3. Accords entre les caisses maladies et les médecins

Les taux-guides du 14 décembre 1911 forment, jusqu'à la publication de la deuxième loi sur les modifications à apporter dans l'assurance-accidents du 14 juillet 1925, la base pour l'ensemble du "traitement curatif de l'organisme d'assurance-accidents corporatif (professionnel)". Etant donné que la collaboration entre les caisses maladie et les médecins constitue une nécessité absolue pour le traitement curatif, fut conclu, le 1er novembre 1913,

entre les caisses maladie, l'accord des caisses maladie par lequel celles-ci s'engageaient à subvenir et à apporter toute coopération au traitement curatif de l'organisme corporatif (professionnel). Un accord fut conclu le 24 octobre 1921 entre la représentation du corps médical et l'Union des organismes corporatifs industriels, appelé "Accord des médecins du Reich", constituant désormais les bases en ce qui concerne les relations entre médecins et associations professionnelles. Dans cet accord, les médecins s'engageaient à donner toute assistance nécessaire aux traitements curatifs de l'organisme professionnel. Simultanément, la question des honoraires fut réglée dans cet accord, établis sur la base de décomptes individuels. L'accord en question fut remanié une première fois le 15 juin 1929, tenant compte de la réforme intervenue entre-temps, et une deuxième fois le 13 décembre 1932, en partie seulement. Le 1er janvier 1956, un nouvel "Accord des médecins" fut conclu, qui sert, aujourd'hui encore, de base pour la collaboration entre médecins dans le traitement curatif de l'organisme corporatif.

4. Suppression de la période d'attente et introduction de l'obligation à la prise en charge immédiate du traitement curatif (1925)

La troisième période importante dans l'évolution du traitement curatif est constituée par la Deuxième loi concernant les modifications dans l'assurance-accidents du 14 juillet 1925. Cette loi supprima la période d'attente dans le traitement curatif et transmit à partir de cette date aux institutions (organismes) d'assurance-accidents l'entière et unique

responsabilité du traitement curatif. De cette façon, les vœux exprimés aussi bien par les médecins-chirurgiens des accidents que par les organismes de l'assurance-accidents se trouvèrent exaucés, puisque les deux parties désiraient supprimer la période d'attente; en effet, la prise en charge immédiate à la suite d'un accident, dans bien des cas de blessures, assurait en elle-même le succès du traitement curatif.

Pour les personnes assurées contre la maladie, subsistait évidemment, à part l'obligation qu'avait envers elles l'organisme d'assurance d'octroyer les traitements médicaux, le droit aux soins médicaux par la caisse maladie. Il s'ensuivit donc, sur la base de la deuxième loi de modification, la situation de droit suivante, valable aujourd'hui encore :

L'organisme d'assurance-accidents a l'obligation, étant donné la suppression de la période d'attente pour l'octroi du traitement médical, d'y pourvoir aussitôt après l'accident. L'obligation en résultant pour la caisse maladie ne supprime évidemment pas la responsabilité qu'a l'organisme d'assurance-accidents concernant le traitement curatif après accident et dans le cas de maladies professionnelles. L'organisme d'assurance-accidents doit s'assurer si les soins médicaux sont à octroyer à l'accidenté par la voie de la caisse maladie ou si le traitement curatif doit relever de l'organisme professionnel. Dans les soins de la caisse maladie, le blessé ne pourra être laissé qu'au moment où celui-ci n'aura plus aucune revendication à formuler envers l'organisme de l'assurance-accidents pour autant que ladite

revendication ne sorte pas du cadre de l'obligation de prestations de la caisse maladie, c'est-à-dire, par exemple, si d'importantes sommes ne sont pas demandées devant être versées non pas par la caisse maladie mais par l'organisme de l'assurance-accidents ou encore si l'organisme d'assurance-accidents est en mesure d'octroyer un traitement curatif efficace.

Il s'agissait donc pour les organismes d'assurance-accidents, en se basant sur cette situation légale, de trouver désormais des mesures appropriées pour différencier les cas graves nécessitant un traitement curatif devant être tranché par l'organisme corporatif, des cas moins graves pour lesquels le traitement médical par la voie de la caisse suffisait. Si la prise en charge, dans des cas particuliers, s'avérait nécessaire, la nature de la blessure et la nature des soins nécessités par ledit état le déterminaient.

L'obligation existant simultanément entre la caisse d'assurance-maladie et l'organisme de l'assurance-accidents pour les personnes assurées contre la maladie, il ne peut évidemment être tenu compte d'une double revendication de la part du blessé. La caisse maladie a plutôt pour tâche d'exécuter - le cas échéant d'après les instructions reçues par l'organisme d'assurance-accidents - tandis que l'organisme de l'assurance-accidents a celle de contrôler s'il doit laisser le blessé en traitement aux soins de la caisse d'assurance-maladie, s'il doit charger la caisse d'assurance-maladie de transmettre le traitement du malade par le canal de l'organisme corporatif ou, enfin, s'il peut entreprendre lui-même le traitement du malade.

Dès que fut conférée aux organismes d'assurance-accidents la responsabilité concernant le traitement curatif nécessité après un accident à partir du jour de l'accident, ceux-ci se chargèrent immédiatement des travaux exigés afin - pour reprendre les expressions du législateur - "de prendre toutes les mesures nécessaires et de créer les organismes utiles pour s'occuper rapidement et dès après l'accident du traitement médical, voire des soins médicaux appropriés nécessités à la suite d'un accident". Le 8 décembre 1925 déjà, les deux Associations de caisses professionnelles (industrielles, artisanales et commerciales) et agricoles établirent en commun les directives pour l'assistance de soins de par la caisse professionnelle d'assurance-accidents. Le contenu de ces directives a ensuite figuré - en partie verbalement - dans les définitions données par l'Office du Reich des assurances concernant la délégation de pouvoirs des caisses d'assurance-maladie par les organismes d'assurance-accidents selon le paragraphe 1510 RVG du 27 novembre 1925, lesquelles ont fait plus tard l'objet de définitions de la part de l'Office du Reich des assurances concernant l'obligation d'assistance des caisses d'assurance-maladie et des entrepreneurs envers les organismes d'assurance-accidents du 12 octobre 1926, dans une nouvelle édition du 19 juin 1936. L'accord du 1er novembre 1913, mentionné ci-dessus, conclu entre les caisses maladie, a été renouvelé en date du 12 mars 1926 et complété le 31 décembre 1926; il est devenu depuis lors sans objet ayant été dépassé en substance par les définitions ci-dessus mentionnées de l'Office du Reich des assurances du 19 juin 1936.

Il faut encore mentionner, pour ce qui est de l'évolution du traitement curatif, l'ordonnance concernant le traitement médical et la rééducation (assistance) professionnelle dans l'assurance-accidents du 14 novembre 1928 comprenant toute une série de prescriptions matérielles et formelles relatives au traitement curatif après accident entrant en partie dans le cadre élargi des prescriptions obligatoires (légales) s'y rapportant, de même que des instructions pour le travail des organismes d'assurance-accidents entrant en ligne de compte.

5. Formalités pratiques du traitement curatif en l'état actuel de la réglementation

a) Généralités

Le traitement médical que les organismes d'assurance-accidents doivent octroyer, et cela à partir du jour même de l'accident, dont la durée n'est pas limitée, comprend les soins médicaux, la fourniture de médicaments, de produits pharmaceutiques, etc., ainsi que l'allocation de soins.

- 1) Le traitement médical est confié à des médecins agréés, en cas d'affections dentaires, à des chirurgiens-dentistes. Est comprise dans la notion de soins médicaux l'assistance donnée par d'autres personnes telles que sages-femmes, infirmières, masseurs, pour autant que le médecin l'ait prescrit et, dans des cas urgents, si aucun médecin agréé n'a pu être appelé. En principe, les médecins

traitants ne sont pas des employés de l'organisme d'assurance-accidents, sauf s'il s'agit de médecins employés dans les hôpitaux pour accidents et infirmeries ambulantes des caisses professionnelles (organismes corporatifs).

- 2) Le système de prévoyance pour les médicaments et autres produits pharmaceutiques ne fait l'objet d'aucune restriction légale, en principe. Le blessé doit recevoir tous les remèdes et produits pharmaceutiques nécessaires au traitement à la suite d'accident.
- 3) Les appareils de prothèse, d'orthopédie et autres appareillages doivent être octroyés sans aucune restriction s'ils sont nécessaires à assurer un bon résultat des soins curatifs ou pour soulager les suites d'une blessure. L'ordonnance concernant le traitement médical et la rééducation professionnelle de l'assurance-accidents du 14 novembre 1928 ne s'occupe uniquement que de prothèses de jambes, appareils d'orthopédie, dentiers, chiens conducteurs, etc. Cette ordonnance traite également, par principe, la question de l'usure provoquée par l'emploi de prothèses. Les caisses professionnelles d'assurance-accidents ont, à ce propos, établi des directives particulières concernant l'octroi

de prothèses parmi lesquelles figurent des dispositions précises relatives à chaque forme de prothèse. Un conseiller orthopédique, nommé au ministère fédéral, examine toute nouvelle fabrication de prothèse orthopédique. Si le conseiller établit que cette nouvelle fabrication a fait ses preuves, elle est ainsi adoptée pour le système de prévoyance orthopédique des invalides de guerre et d'accidents.

- 4) Les soins sont octroyés au blessé à la suite d'un accident aussi longtemps que l'exige son état, s'il se trouve livré à lui-même "abandonné" ne pouvant rester sans garde ni soins. On entend par "abandonné" dans ce sens, tout blessé nécessitant une assistance dans les multiples fonctions de la vie. Les soins sont donnés soit à domicile, c'est-à-dire dans le cadre des remèdes exigés et des soins prodigués par du personnel infirmier, soit de toute autre façon. Il en va de même du paiement des allocations de soins.
- 5) L'organisme d'assurance peut octroyer des soins dans un établissement de cure (sanatorium) au lieu et place de traitement médical avec fourniture de médicaments et autres soins.

- 6) Pendant la période du traitement curatif, le blessé, ou ses proches, a droit à des prestations en espèces. Les prestations en espèces pendant le traitement curatif comprennent : l'indemnité journalière, l'allocation journalière, l'allocation à la famille et autre secours particulier.

b) Les traitements curatifs spécialisés

Pour le travail des caisses professionnelles (organismes corporatifs) le principe est valable, dans le traitement curatif, qu'un système de prévoyance à l'accidenté institué seulement après accident ne peut se justifier, l'organisme d'assurance-accidents devant se charger dudit traitement curatif; on doit plutôt prendre toutes mesures médicalement parlant, du point de vue administratif et d'organisation, avant que ne se produise l'accident, afin qu'au moment de l'accident toute mesure rapide et convenable puisse être prise en conséquence. Cela ne suffit pas de conduire le blessé chez n'importe quel médecin; il importe davantage que l'accidenté soit transporté, pour autant que faire se peut, chez un médecin spécialiste des accidents pouvant le soigner. Afin de pouvoir remplir cette obligation essentielle, il faut que les organismes d'assurance-accidents prennent, a priori, des mesures générales. Il faut, aussitôt après un accident, pouvoir distinguer les cas bénins pour lesquels des soins de la caisse maladie suffisent, des cas graves pour lesquels l'assistance d'un médecin spécialisé dans les cas d'accidents s'impose. Les caisses professionnelles ont pris

en commun les mesures de traitement curatif qui peuvent être fixées comme suit : 1) les accidentés dont le traitement curatif revient aux caisses professionnelles, et 2) le commencement, en temps voulu, du traitement curatif par la caisse professionnelle. Il s'agit :

- 1) du procédé médical du traitement transitoire;
 - 2) du procédé prescrit aux victimes d'accidents du travail (de consulter un spécialiste déterminé avant d'avoir recours à un praticien de médecine générale);
 - 3) du procédé de traitement prescrit selon la nature de la blessure; et
 - 4) du procédé spécial pour le traitement de blessures aux yeux, au cou-nez-oreilles.
- 1) Le procédé médical du traitement transitoire repose sur le principe que tout accidenté doit consulter un médecin spécialiste des accidents. Les clauses de l'accord conclu entre les caisses professionnelles et le corps médical contiennent cependant des exceptions. Les caisses professionnelles, à la suite de l'expérience acquise, ont dressé une liste des médecins spécialistes chargés du traitement transitoire de victimes d'accidents du travail - qui ne sont pas liés contractuellement aux caisses professionnelles - et choisi les appareils techniques appropriés, relevant que le réseau de tels

médecins spécialistes, en territoire fédéral, s'élève à environ 1.400. Le médecin spécialiste décide si l'accidenté relève, pour les soins, de la caisse maladie ou si d'autres mesures s'imposent. Sur sollicitation de la caisse professionnelle il fait savoir, sans délai, ce qui lui semble approprié; si le médecin spécialiste entreprend le traitement de l'accidenté de la façon spécialisée prescrit par la caisse professionnelle, il se trouve que le traitement curatif par la caisse professionnelle est introduit exclusivement et se trouve dès lors placé sous la responsabilité et à charge de ladite caisse professionnelle jusqu'à la fin du traitement. Le procédé médical du traitement transitoire assure aux accidentés d'être rapidement traités, toutes les chances pour un rétablissement étant mises de leur côté.

- 2) Le procédé prescrit aux victimes d'accidents du travail (de consulter un spécialiste déterminé avant d'avoir recours à un praticien de médecine générale) est en quelque sorte une variante du procédé médical (du traitement transitoire) qui a été introduit tout spécialement dans les districts de la campagne auprès desquels le procédé médical du traitement transitoire n'a pas été institué. Le procédé prescrit aux victimes d'accidents

du travail de consulter un spécialiste déterminé avant d'avoir recours à un praticien de médecine générale, le praticien de médecine générale pouvant être consulté, en cas de nécessité, aux côtés d'un médecin spécialiste. En principe, les médecins spécialistes (chargés du traitement transitoire de victimes d'accidents du travail) se chargent de tâches incombant au médecin-conseil s'ils se trouvent appelés en dehors du district restreint du médecin spécialiste.

- 3) Grâce au procédé de traitement prescrit selon la nature de la blessure, l'accidenté ayant subi de graves blessures exigeant, en principe, un traitement spécialisé d'accidents-maladie stationnaire, peut être transporté le plus rapidement possible après l'accident dans un des hôpitaux spécifiés par la caisse professionnelle. Les caisses professionnelles ont porté leur choix actuellement pour le territoire fédéral et Berlin-Ouest sur environ 1.000 hôpitaux possédant toutes les installations requises pour les cas de blessures graves et disposant de médecins spécialistes expérimentés dans la médecine et chirurgie des accidents, de même que de personnel infirmier tout à fait qualifié.

- 4) Grâce au procédé spécial pour le traitement de blessures aux yeux, au cou, nez, oreilles, il est assuré aux accidentés ayant subi des blessures aux yeux ou cou, nez, oreilles, qu'ils seront soignés par un médecin spécialiste (oto-rhino) et cela le plus rapidement possible.

Pour assurer le traitement curatif, il faut que les organismes de l'assurance-accidents soient tenus au courant de la coopération apportée par les médecins, les dentistes et toutes autres personnes portant assistance médicale (personnel infirmier) et puissent compter sur la coopération des caisses maladie et des entrepreneurs. La collaboration entre les caisses maladie et les entrepreneurs est fixée par la loi tandis que les relations des organismes d'assurance-accidents avec le corps médical, les dentistes et le personnel infirmier sont stipulées par accord.

- 5) Mesures individuelles. Les mesures générales ci-dessus décrites reposent sur les règlements et dispositions pris au début par les caisses professionnelles pour tous les cas d'accidents qui surviendraient. Il n'était point besoin d'apporter d'autres indications du fait que tous les accidentés ne pouvaient être touchés puisque le procédé médical du traitement transitoire,

par exemple, ne pouvait être limité qu'au lieu où pouvaient se trouver des médecins spécialistes appropriés étant donné, en outre, que là également le procédé médical de traitement transitoire et le procédé de traitement prescrit selon la nature de la blessure ont été introduits, des accidentés, dans certains cas, ne pouvaient à la suite de circonstances particulières être amenés au traitement curatif des caisses professionnelles. C'est pourquoi les organismes de l'assurance-accidents doivent, là également, contrôler toute déclaration d'accident où le procédé a été introduit et établir si l'accidenté n'est peut-être pas touché par la disposition générale du traitement curatif. S'il est établi que l'accident n'est pas traité sur la base des dispositions générales, les caisses professionnelles doivent alors contrôler (vérifier) si les mesures pour le traitement curatif de la caisse professionnelle peuvent être trouvées sur la voie d'un arrangement individuel. Au cas où ces dernières sont nécessaires, la caisse professionnelle peut les appliquer immédiatement, mais peut aussi, dans des cas spéciaux, charger la caisse maladie de leur application.

III. Tendances d'évolution et mesures de rééducation professionnelle

Le but principal des organismes d'assurance-accidents n'est pas l'octroi d'un dédommagement suffisant en espèces pour les conséquences de blessures ou de maladies professionnelles, mais bien l'idée dominante de la prévention des accidents et de la guérison des accidents qui doit dominer tout travail dans l'assurance-accidents. En étroite corrélation et liaison immédiate, avec le traitement curatif, il faut que dans tous les cas pour lesquels la nature de la blessure exige une rééducation professionnelle de la victime d'accident celle-ci soit exécutée avec la plus grande énergie.

1. Mesures volontaires jusqu'en 1925

La rééducation (assistance) professionnelle n'était pas, jusqu'au décret de la deuxième loi de modification concernant l'assurance-accidents du 14 juillet 1925, une prestation obligatoire légale. En effet, les organismes d'assurance-accidents se basant sur les prescriptions antérieures déjà avant la promulgation de cette loi, pouvaient octroyer dans une certaine mesure la rééducation professionnelle, étant donné que les prescriptions permettaient l'affectation de fonds pour la création de réalisations exceptionnelles en faveur des victimes d'accidents, de même que pour la création d'installations adéquates pour la rééducation professionnelle. Toutefois, jusqu'en 1925, peu de caisses professionnelles ont eu recours à ces possibilités. Par exemple, les organismes d'assurance des mineurs de la Ruhr avaient,

depuis longtemps déjà, demandé pour ses accidentés l'introduction de la rééducation professionnelle. D'autres caisses professionnelles ont suivi cet exemple et ont octroyé à leurs accidentés, dans une proportion plus ou moins grande, une assistance pour la réintégration dans une activité professionnelle. L'expérience acquise dans les soins aux blessés de guerre avec les victimes de la guerre mondiale ont, en quelque sorte, servi au travail de la rééducation professionnelle des caisses professionnelles. On a reconnu la valeur de la thérapeutique pour la réadaptation des victimes d'accidents dans leur ancienne profession ou la formation à une nouvelle profession apportée par les médecins-chefs de plusieurs établissements de cure et les chefs des sections de chirurgie des accidents. Mais toutes ces mesures sont restées imparfaites jusqu'au moment où elles ont été uniformisées.

2. La rééducation (assistance) professionnelle en tant que prestation obligatoire depuis 1925

La rééducation professionnelle sous une forme grandement élargie a été introduite par la deuxième loi de modification du 14 juillet 1925 en tant que prestation obligatoire et a pris, de ce fait, toute sa signification à côté des prestations de l'assurance-accidents jusque-là existantes.

La loi définit, en passant, le but de la rééducation professionnelle comme suit : "en tant que réintégration de l'accidenté dans son ancienne profession

ou, si cela n'est pas possible, en le rendant apte à une autre profession et en l'aidant à obtenir un emploi". Le contenu de la rééducation professionnelle est donc limité de la façon suivante :

- a) Formation professionnelle pour la réhabilitation ou l'augmentation de la capacité de gain, pour autant que le blessé ait été victime d'accident dans l'exercice de sa profession ou d'une profession exigée de lui, à tort ou à raison, entraînant un grave préjudice pour lui-même, nécessitant, si besoin est, la formation pour une autre profession;
- b) Aide pour l'obtention d'un emploi.

L'ordonnance mentionnée ci-dessus relative au traitement médical et rééducation (assistance) professionnelle du 14 novembre 1928 contient déjà dans ses chapitres 2 et 3 toute une série de clauses ayant trait à l'introduction de la rééducation professionnelle. Pour autant qu'il s'agisse de grands invalides, cette rééducation professionnelle s'effectue simultanément avec la réintégration de ceux-ci dans un emploi adéquat offert par l'Etat. Les prescriptions, sans entrer dans les détails, fixent cependant le cadre, alors qu'il est laissé aux organismes d'assurance-accidents la plus grande liberté dans le choix des mesures à prendre.

Tout accidenté a droit, en principe, à la rééducation professionnelle, si la nature de la blessure est généralement considérée comme grave; une étroite coopération doit s'établir

entre l'administrateur, le médecin, l'inspecteur du travail technique, la caisse professionnelle et le blessé lui-même. Les personnes chargées de la rééducation professionnelle doivent être soigneusement choisies, cette activité exigeant de hautes qualités personnelles. Le médecin doit déterminer, en examinant la demande, dans quelle mesure et quelle est la partie du corps de l'accidenté qui permet sa réintégration. Il est intéressant de relever qu'il y a un certain avantage, si on le peut, à confier à un accidenté un poste en qualité de surveillant technique, se basant sur sa capacité de surveiller, attendu qu'il connaît particulièrement bien l'entreprise. De plus, il sera en mesure de découvrir quel est le travail qui convient le mieux à un blessé. En outre, il sera à même, de par ses connaissances techniques, de savoir quelle est la place convenant à un accidenté, et il pourra peut-être compléter des installations de protection d'accidents ou construire certains accessoires de travail adaptés à un blessé. Toute aide possible sera donnée au surveillant technique au cours d'une telle rééducation professionnelle, c'est-à-dire aux surveillants opérant pour le compte des caisses professionnelles dans le contrôle du blessé.

Dans l'introduction du traitement médical, et tout spécialement de la rééducation professionnelle, les établissements de cure et de rééducation professionnelle, institués par les organismes corporatifs, ont fait leurs preuves. Il s'agit ici principalement de petits établissements de cure ayant un maximum de

100 à 120 lits qui se trouvent généralement bien situés en campagne et disposent de toutes les installations techniques requises pour un traitement de convalescence. Thérapeutique du travail, sport, accoutumance aux prothèses et bonnes influences morales sont les bases de travail dans ces institutions spécialisées dont le succès est reconnu par chacun.

Le travail de la rééducation professionnelle des caisses professionnelles d'assurance-accidents doit être dominé, avant tout, par l'idée qu'il faut chercher par tous les moyens à réadapter le blessé dans le processus du travail, cherchant, si possible, à employer ses connaissances et expérience. De plus, il faut s'assurer que le blessé sera placé dans les meilleures conditions, au point de vue travail. La rééducation professionnelle préfère la réintégration de l'accidenté dans son emploi précédent. Si cela est possible, il doit tenter de le placer dans l'une de ses précédentes activités dans l'entreprise considérée. Si la nature des suites de blessures rend cette réintégration dans son ancienne profession impossible, le but de la rééducation professionnelle sera alors donc une adaptation professionnelle à une autre profession. Une telle adaptation doit cependant être une exception et ne doit être entreprise qu'après un examen attentif des dispositions personnelles et objectives du blessé.

Le succès de la rééducation professionnelle dépend pour beaucoup du fait que le blessé et sa famille, pendant la durée de la rééducation professionnelle, sont à l'abri financièrement. L'organisme

d'assurance doit donc supporter également les frais de l'entretien indispensable. Sous certaines circonstances, l'organisme d'assurance doit verser au blessé pendant la période de transition un supplément à sa rémunération de travail (supplément de rééducation professionnelle). Quant à savoir quelles sont les prestations en espèces à octroyer, cela dépend des conditions individuelles.

En ce qui concerne la rente, la rééducation professionnelle n'exerce, en principe, aucune influence à ce sujet.

La rééducation professionnelle peut être considérée comme terminée une fois que le blessé a repris sa place de travail, dès qu'est fixé le secours pouvant lui être accordé, selon le cas, sur plusieurs mois, voire des années, et que le blessé a repris une place de travail convenablement assignée, réintroduit de façon conforme dans la main-d'oeuvre.

IV. Tableau des frais du traitement médical

Les dépenses des caisses professionnelles d'assurance-accidents du secteur industriel pour le traitement des malades se sont élevées à :

en 1886	206.657 M
1896	3.545.324 M
1906	6.454.472 M
1916	7.804.196 M
1926	20.086.574 RM
1936	34.612.835 RM
1950	55.300.533 DM
1956	176.463.518 DM

Ces chiffres comprennent les dépenses suivantes de traitement médical pour maladies professionnelles :

1926	117.629 RM
1936	949.390 RM
1950	6.677.909 DM
1956	22.792.891 DM

L'augmentation frappante des dépenses pour traitement médical que l'on constate ces dix dernières années a des causes diverses. Par exemple, les honoraires des médecins et chirurgiens-dentistes agréés ont été augmentés plusieurs fois. Il en est de même pour les prix de pension payés par les caisses professionnelles d'assurance-accidents aux hôpitaux et cliniques pour le traitement stationnaire des accidentés du travail. Les prix des médicaments, prothèses, appareils orthopédiques, etc., ont également subi des majorations. Les allocations de soins en vertu du paragraphe 558 c, alinéa 1, n^o 2, du décret sur les assurances, ont été augmentées, etc.

E. EVOLUTION DES FACTEURS QUI ONT DETERMINE
LE MONTANT DES RENTES (PENSIONS)

I. Généralités

Dans la réglementation légale des assurances contre les accidents, en Allemagne, le montant des prestations servies sous forme de rentes (pensions) a toujours dépendu du salaire perçu pendant la dernière année qui a précédé l'accident et du taux de diminution de la capacité de travail à la suite de cet accident. Au début de la législation (loi sur les assurances contre les accidents du 6 juillet 1884), des restrictions existaient dans le calcul du salaire annuel. Au cours de ces dernières dizaines d'années, des mesures législatives ont supprimé ces restrictions. Par contre, aucune mesure législative n'a été nécessaire en ce qui concerne la diminution de la capacité de travail. L'estimation de la perte de capacité de travail subie a toujours été laissée à l'appréciation des caisses professionnelles. Jusqu'en 1945, la manière de pratiquer de ces caisses professionnelles était contrôlée par une instance de contentieux unique, l'Office du Reich des assurances. C'est pourquoi dans le système d'assurance-accidents d'Allemagne, il n'existe pas de barèmes renseignant d'une manière précise sur les taux d'invalidité qui correspondent à des atteintes à la santé déterminées ou la perte de membres et organes. Cependant, la pratique d'un contrôle unique par l'Office du Reich des assurances assurait l'application commune de certains principes, généralement admis, d'ordre médical ou économique, sur les conséquences des différentes atteintes à la santé quant à la capacité de travail et au calcul de la pension d'invalidité.

II. Evolution des bases (principes) de calcul des pensions

Au cours de l'évolution historique du droit des accidents, il a été répondu de manières différentes aux questions suivantes :

- 1) Comment doit-on calculer le salaire annuel ?
- 2) De quelle manière le salaire annuel calculé est-il pris en ligne de compte pour le dédommagement de la part de la caisse corporative ?

Ad. 1. Calcul du salaire annuel

En vertu de la loi de 1900 sur l'assurance contre les accidents professionnels, la pension devait être calculée d'après le gain annuel de l'accidenté pendant l'année ayant précédé l'accident, du fait de son travail dans l'entreprise, rémunéré sous forme de salaire ou de traitement. Si l'accidenté n'avait pas travaillé dans l'entreprise pendant une année entière, le gain annuel était calculé d'après un "homme-type". Le salaire annuel était considéré comme équivalant à 300 fois la moyenne du gain quotidien.

Jusqu'en 1942, les gains provenant d'un accident éventuel en dehors de l'entreprise où avait lieu l'accident n'étaient pas pris en considération pour le calcul du gain annuel.

Des difficultés se produisaient quant au calcul du salaire annuel selon un homme-type. Cependant, cette détermination très compliquée et casuistique du salaire annuel subsista jusqu'en 1942.

La sixième loi modificatrice de 1942 établit un nouveau mode de calcul du salaire annuel. Le principe alors instauré, toujours valable, est que l'on doit considérer le salaire ou gain total provenant d'un travail assuré de la part de l'accidenté pendant la dernière année avant l'accident. Autrement dit, on doit faire entrer également en ligne de compte les gains acquis provenant d'un travail autre que celui effectué pour l'entreprise auprès de laquelle a eu lieu l'accident. Le calcul selon un homme-type a été supprimé. Si, pendant la dernière année ayant précédé l'accident, l'accidenté a travaillé dans une entreprise à salaires plus bas, il est possible de considérer comme salaire annuel le gain moyen de l'accidenté pendant la journée entière dans l'entreprise où a eu lieu l'accident, multiplié par 300, si ce décompte d'après le gain moyen est plus favorable à l'accidenté. Le gain annuel comporte une valeur minimum, qui est de 300 fois le "salaire local".

Il existe, depuis le début, des exceptions en ce qui concerne l'assurance-accidents de l'agriculture. Les pensions y sont calculées d'après des taux moyens.

Dans les cas où des assurés ne vivent pas uniquement du produit de leur travail ayant motivé l'assurance, il n'est pas possible de déterminer le gain annuel d'après le revenu du travail total. Du fait que, dans le cadre de l'extension de l'assurance-accidents à des activités servant au bien de la collectivité, on a indemnisé également les victimes d'accidents survenus en dehors de la vie normale du travail,

il fallait calculer le salaire annuel d'après le "revenu du travail total". Ce principe a été introduit par la sixième loi de modification de 1942.

L'assurance-accidents légale d'Allemagne part du principe que l'on s'en tient pour la détermination du montant des pensions pendant toute la durée à courir aux conditions de gain de l'assuré pendant la dernière année avant l'accident, et que les perspectives ou possibilités ultérieures de gain - de même que la diminution de la capacité de travail normalement conditionnée par l'âge - ne jouent aucun rôle. La deuxième loi de modification de 1925 a prévu, à titre exceptionnel, une augmentation du salaire annuel servant de base au calcul, augmentation effectuée par comparaison avec un homme-type, lorsque l'accidenté n'avait pas encore atteint l'âge de 21 ans à la date de l'accident. La sixième loi de modification (1942) a étendu cette exception aux cas des personnes n'ayant pas terminé leur formation professionnelle par études ou apprentissage à la date de l'accident. Le salaire annuel doit alors être corrigé en considérant la date à laquelle l'accidenté aurait terminé son apprentissage ou ses études. La limite extrême est de 30 ans accomplis.

Le calcul du salaire annuel peut aboutir à des résultats injustes pour les mineurs. On peut concevoir aussi que les règlements sur le calcul du gain annuel soient impossibles à appliquer dans certains cas particuliers. C'est pourquoi en 1942 le législateur a introduit la possibilité de déterminer, par appréciation équitable dans certaines circonstances, le gain annuel.

2. Limitation du salaire annuel

a) Evolution jusqu'en 1925

Jusqu'en 1911, le gain annuel n'était à prendre en considération dans son intégralité que jusqu'au montant de 1.500 marks, de 1911 à 1925 jusqu'à 1.800 marks. La fraction du gain annuel dépassant cette limite n'était prise en considération que pour un tiers de son montant. Cette limite du tiers constituait une exception importante au principe de détermination de la pension d'après le gain. Avant la promulgation de la loi sur l'assurance contre les accidents du travail (1900), il avait été demandé au Reichstag de supprimer cette limite. Cette demande n'a pas été acceptée parce que, d'après les considérations d'un porte-parole du gouvernement, la limite du tiers fait partie des bases de l'assurance-accidents. Cette manière de voir tire sans doute son origine de la loi antérieure, celle de la responsabilité civile du 7 juin 1871 qui avait introduit certaines limites à la responsabilité civile des entreprises. Lors du débat sur l'Ordonnance du Reich des assurances, le parti social-démocrate avait demandé de supprimer la limite du tiers et de faire entrer dans le calcul de l'indemnisation pour accidents du travail la totalité du gain annuel en même temps que d'effectuer ce calcul selon le principe d'une indemnisation totale. Mais ce principe de l'indemnisation totale ne s'est pas imposé à l'époque et pas davantage à l'heure actuelle. L'Ordonnance du Reich sur les assurances éleva le salaire annuel entrant intégralement en ligne de compte à 1.800 marks. La limite du tiers a été supprimée en 1925 par la deuxième loi de modification.

b) L'évolution à partir de 1925

Tous les employés ayant été assurés contre les accidents du travail, en 1925, quel que soit le montant de leurs gains, afin d'éviter la prise en considération des traitements en partie très élevés des employés au mois, il a été fixé une limite maximum du gain annuel entrant en ligne de compte. Cette limite n'était pas une limite d'assurance. Elle existe aujourd'hui encore. Le salaire annuel à faire entrer en ligne de compte a été fixé d'après l'évolution des revenus en Allemagne et les conceptions politico-sociales de l'époque. La deuxième loi de modification a fixé cette limite maximum à 8.400 RM. Depuis le 1er janvier 1934, la limite maximum était de 7.200 RM. Ce montant demeura inchangé jusqu'en 1952. La loi du 18 août 1952 sur l'augmentation des limites de revenu dans l'assurance sociale et l'assurance-chômage a porté le montant maximum à 9.000 DM.

Depuis 1925, les caisses professionnelles d'assurance avaient le droit de fixer le montant maximum par des clauses statutaires. Elles ont souvent fait usage de cette possibilité.

III. Réduction (diminution) de la capacité de travail - Pas de barèmes (tableaux) de pensions (rentes)

L'Office du Reich des assurances a déclaré très tôt, dès la fin du dix-neuvième siècle, "qu'il n'y avait pas lieu d'établir un tarif de dédommagement". Indépendamment du fait qu'il eût été impossible de faire cadrer un tel tarif avec la loi, la mise sur

piéd d'un tel tarif eût été également irréalisable. Dans ses 60 (soixante) ans de pratique du contentieux, l'Office du Reich des assurances est parti de ce principe que chaque cas a quelque chose de particulier et que pour des blessures identiques la diminution de la capacité de travail a des conséquences d'une gravité différente selon la personne de l'accidenté (âge, sexe, état de santé physique et mentale, profession). Cependant pour certaines blessures, en particulier pour la perte de membres et d'organes, il a été établi des principes qui ont acquis, dans une certaine mesure, une valeur générale. Par exemple, les pensions accordées pour une incapacité de travail de moins de 10 pour cent ne donnent pas lieu à dédommagement, car elles sont minimales et ne présentent pas d'inconvénients économiques au sens de l'Ordonnance sur les assurances du Reich. Ceci s'applique éventuellement à la perte d'un doigt ou d'une partie d'un doigt.

IV. Calcul des rentes

1. Rente totale

La pension totale a été fixée dès l'adoption de l'assurance obligatoire contre les accidents aux deux tiers du gain annuel. Le mouvement ouvrier a souvent demandé le dédommagement total. La représentation politique des ouvriers a adopté, au début du XXe siècle, le point de vue que, en cas d'incapacité totale de travail, le dédommagement aux deux tiers de l'ancien gain de l'accidenté faisait retomber ce dernier au niveau inférieur des ouvriers les plus mal

payés. Le gouvernement n'a jamais suivi ce genre d'observations, ni à l'époque ni dans les années ultérieures. Il est possible qu'en raison de la limite du tiers et des salaires relativement bas des ouvriers, les incapacités de travail totales à la suite d'accidents aient abouti à des situations d'une rigueur excessive. De toute façon, à la suite de l'amélioration des conditions de salaires et traitements, les idées exprimées en 1900 et en 1909 ne semblent plus être exactes.

2. Rente pour impotents - allocations pour soins

La considération que le bénéficiaire d'une pension intégrale se trouve dans une situation trop difficile a conduit, en 1900, à la création d'une "rente d'impotents" qui pouvait s'élever jusqu'à 100 pour cent du salaire annuel si le bénéficiaire avait besoin de soins. Mais on n'abandonnait pas pour autant le principe que la pension devait atteindre au maximum les deux tiers du salaire annuel. Le montant à payer en sus de la rente (pension) dite totale était considéré plutôt comme une indemnité de soins. La "rente d'impotents" fut supprimée en 1925. Elle fit place, pour la couverture des dépenses nécessitées par les soins à donner aux invalides impotents, à une allocation de soins. Le montant de l'allocation de soins n'était pas réglé d'une manière générale. Il peut s'élever aujourd'hui de 75 à 215 DM. De la sorte, il peut arriver que les sommes perçues par l'accidenté dépassent le salaire annuel. Mais cela est juste envers des personnes impotentes qui dépensent davantage du fait des soins que nécessite leur état.

3. Rente partielle

En cas de diminution partielle de la capacité de travail, il doit être accordé une fraction de la pension totale. Cette fraction prend la forme d'un pourcentage. Le montant de la pension n'est pas modifié par un gain éventuel du fait d'une reprise de travail après l'accident. Le changement d'emploi ne motive ni une augmentation ni une diminution de la rente. Le premier projet de 1908 sur l'Ordonnance des assurances du Reich prévoyait de lutter contre le cumul entre le bénéfice d'une rente pour accident et un salaire intégral, aussi élevé que celui que l'accidenté aurait perçu sans l'accident, en ordonnant en pareil cas une certaine diminution de la rente. Mais ce projet fut repoussé de toutes parts. Les caisses professionnelles d'assurance-accidents le repoussèrent parce qu'il aurait eu la conséquence extrêmement indésirable d'encourager les accidentés à ne pas utiliser la capacité de travail qui leur restait et de paralyser leur énergie. Le projet fut repoussé par les représentants des milieux ouvriers au Reichstag en raison du désavantage qui en découlait pour les ouvriers. Depuis, on en est resté à ceci qu'un gain ultérieur s'ajoutant à la pension n'a aucune influence sur celle-ci. Il est cependant possible de tirer du genre d'activité la conclusion que l'accidenté s'est habitué aux conséquences de l'accident et qu'une diminution de la rente est motivée par une atténuation moindre de la capacité de travail.

4. Rente totale en cas de chômage

Lorsque l'accidenté tombe en chômage sans qu'il y ait de sa faute, la loi de 1900 peut augmenter la rente partielle jusqu'au montant de la rente totale. Cette clause est encore en vigueur actuellement.

5. Majorations pour enfants

La deuxième loi de modification du 25 juin 1925 introduisit les majorations pour enfants, inconnues auparavant. Les majorations pour enfants étaient accordées en sus des rentes d'accidentés graves, c'est-à-dire de personnes ayant une diminution de la capacité de travail de 50 pour cent ou davantage. Elles s'élèvent depuis 1925 à 10 pour cent de la rente.

La deuxième loi de modification de 1925, qui renforçait les droits de l'accidenté, accordait les majorations pour enfants jusqu'à l'âge de 15 ans accomplis, jusqu'à 21 ans en cas d'études ou apprentissage, jusqu'au rétablissement de la santé en cas d'infirmité des enfants.

La deuxième loi de modification avait été votée à une époque d'essor économique. La crise économique du début des années 30 obligea de nouveau à réaliser des économies dans le domaine de l'assurance-accidents légale. La quatrième ordonnance du 8 décembre 1931 apporta une restriction dans l'octroi de majorations pour enfants jusqu'à l'âge de 15 ans accomplis. Huit ans plus tard, en 1939, la situation économique s'étant améliorée, l'octroi de majorations pour enfants fut de nouveau élargi. La situation juridique de 1925, très favorable aux accidentés, ne fut cependant pas rétablie.

En 1949, l'octroi de majorations pour enfants fut prescrit jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis. Lors de l'introduction de la loi sur les allocations familiales, en Allemagne, le législateur éleva les majorations pour le troisième enfant et les suivants à un montant minimum de 25 DM, par la suite à 30 DM par mois. La définition de l'enfant ouvrant droit au bénéfice de ces majorations était la même que celle prévue dans la loi sur les allocations familiales. L'octroi des majorations pour enfants jusqu'à l'âge de 25 ans en cas d'études ou d'apprentissage et le droit à la majoration pour enfants en faveur des deux premiers enfants demeurèrent inchangés.

6. Dépenses au titre des pensions d'invalidité des caisses professionnelles (corporatives) d'assurance contre les accidents des professions industrielles

Les caisses professionnelles d'assurance-accidents de l'industrie ont payé, au titre de rentes d'invalidité aux accidentés les sommes suivantes :

1886	947.302 M
1896	26.446.500 M
1906	71.448.790 M
1916	83.364.817 M
1926	113.890.730 RM
1936	108.986.006 RM
1950	213.138.562 DM
1956	408.505.864 DM

La loi du 27 juillet 1957 a apporté pour l'année 1957 une nouvelle augmentation importante (d'environ 25 à 30 pour cent). La régression que l'on constate entre 1926 et 1936 est due aux "ordonnances de détresse" (suppression des petites pensions).

V. Adaptation des rentes ou pensions aux fluctuations des facteurs économiques

Selon le droit en vigueur, les pensions ou rentes calculées selon le salaire annuel sont définitives. Les accidentés n'ont aucun droit juridique au rajustement des pensions en cas d'élévation du niveau de vie ou de dépréciation de la monnaie. Le législateur a cependant tenu compte des exigences de l'époque et a adapté les pensions aux nouveaux facteurs économiques intervenus à la suite de la première inflation catastrophique qui a eu lieu après la première grande guerre.

1. Législation de la période d'inflation

L'inflation enleva au mark tout pouvoir d'achat. Sa valeur tomba au milliardième de la valeur antérieure. Les rentes dont les montants avaient été arrêtés d'après le mark-or, devenaient absolument insuffisantes. De nombreuses lois dont le train avait commencé en 1917 et qui furent votées sans interruption jusqu'en 1924, accordèrent des majorations de rentes en vue de compenser la dévalorisation de la monnaie. Il n'est pas nécessaire de donner ici une description plus détaillée de cette législation.

2. Conversion des rentes ou pensions par la deuxième loi de modification de 1925

Le système des majorations de la période d'inflation était un système transitoire d'intervention unique. Après l'adoption d'une monnaie stable, le Reichsmark, le 1er janvier 1924, les vieilles rentes furent revalorisées. Les pensions (rentes) accordées à la suite d'accidents survenus de 1885 à 1909 furent recalculées

selon la deuxième loi de modification qui prévoyait la multiplication du gain annuel par un coefficient. Le coefficient relatif aux accidents survenus de 1910 à 1914 était 1, tandis que les coefficients relatifs aux années plus anciennes étaient plus élevés. Autrement dit, les pensions remontant aux années 1910 à 1914 étaient rétablies dans leur montant en marks-or. Pour les pensions des années 1914 à 1925, on s'est basé sur des taux moyens qui furent fixés par des commissions constituées spécialement à cet effet. Dans certains cas, on a également effectué le calcul d'après un homme-type.

3. Amputation des pensions ou rentes selon le décret d'urgence (les ordonnances de détresse)

La crise économique mondiale des années 1930-32 engagea le gouvernement à diminuer les dépenses publiques, y compris celles des caisses professionnelles d'assurance. Le chômage entraîna un abaissement du total des salaires sur lesquels étaient calculées les cotisations des caisses corporatives. Comme, par ailleurs, les charges de ces caisses corporatives demeuraient, du moins initialement, les mêmes, tandis que la mobilisation des réserves aurait eu des conséquences économiques indésirables, on a diminué les rentes ou pensions. La quatrième ordonnance de détresse du 31 décembre 1931 stipula la suppression des petites rentes ainsi que la restriction de l'octroi de majorations pour enfants et de pensions d'orphelins. Alors qu'auparavant il était accordé une rente accidents dès une incapacité de travail de 10 pour cent, les rentes

n'étaient désormais accordées qu'à partir d'une invalidité minimum de 20 pour cent. Seul le cumul de telles petites pensions pouvait motiver leur conversion en une rente continuant à être payée. Les rentes de 20 pour cent étaient supprimées au bout de deux ans de jouissance. Le législateur partait de cette considération qu'en règle générale les personnes légèrement accidentées pouvaient encore être réintégrées dans le cycle du travail. Ces mêmes considérations reviendront par la suite dans la législation sur les majorations d'après la deuxième grande guerre.

L'Ordonnance de détresse du Président du Reich, en date du 15 juin 1932, prescrivait même une amputation de toutes les pensions. Les rentes pour accidents ayant eu lieu entre le 1er juin 1927 et le 31 décembre 1931 furent diminuées de 15 pour cent, celles pour accidents des années antérieures ou pour accidents de l'année 1932 furent diminuées de 7,5 pour cent. Ces amputations n'ont pas eu lieu pendant les années 1939 à 1942.

4. Epoque d'après-guerre (1945-1950)

Pendant les années qui suivirent immédiatement la guerre, les prestations furent limitées par des ordonnances des gouvernements militaires. Ces mesures n'ont eu aucune influence importante sur l'évolution du droit d'assurance contre les accidents.

a) La loi du 10 août 1949 sur des améliorations de l'assurance-accidents légale éleva le montant des prestations perçues par les accidentés graves en octroyant des majorations ou suppléments. Les majorations furent

déterminées individuellement d'après le gain d'un homme-type, c'est-à-dire d'après le gain d'un assuré du même standing non atteint d'une incapacité de travail et employé en juin 1949 dans l'entreprise où a eu lieu l'accident. Le montant total de la pension et des majorations ne doit pas dépasser 200 DM par mois. La loi imposait un montant minimum de 70 DM pour la pension totale, 40 DM pour la pension de veuve et 30 DM pour la pension d'orphelin. Ces taux minima n'étaient pas valables pour l'assurance-accidents des caisses agricoles.

b) La nouvelle augmentation des salaires et des prix aboutit à une augmentation des assurances-accidents par la loi sur les majorations de rentes (ou pensions) d'accidents du 29 avril 1952. Encore une fois on ne s'occupe que des rentes des accidentés graves, en procédant non plus par une détermination individuelle mais d'après des pourcentages fixes, échelonnés entre 5 et 25. Furent augmentées de 25 pour cent les rentes pour accidents de la période antérieure au 1er juillet 1949, de 20 pour cent les pensions pour accidentés de la période comprise entre le 1er janvier 1950, de 15 pour cent les rentes pour accidents du premier semestre 1950, de 10 pour cent les rentes pour accidents du deuxième semestre 1950, de 5 pour cent les rentes pour accidents du 1er juillet 1951.

Des majorations n'ont été accordées que dans la mesure où la pension totale, y compris la majoration, ne dépassait pas le montant de 250 DM; pour les pensions de veuves, le montant-limite était de 150 DM

et pour les rentes d'orphelins de 75 DM. Indépendamment des majorations, il fut prescrit les prestations minimales suivantes :

Pension (ou rente) totale	90 DM
Pension (ou rente) de veuve	54 DM
Pension (ou rente) d'orphelin	40 DM

c) Une autre amélioration des rentes (ou pensions) en cours, au titre de l'assurance contre les accidents du travail fut apportée par la loi du 27 juillet 1957 sur le rajustement provisoire des prestations en espèces dans l'assurance-accidents légale. Cette loi prévoyait l'application d'un coefficient de multiplication au gain annuel, conformément à un barème. Les rentes (ou pensions) furent ainsi élevées au taux de l'année 1957. A cet effet, les gains annuels des accidentés des différentes années furent multipliés par les coefficients suivants :

Accidents antérieurs au 1er juillet 1914	coefficient 3,2
Accidents du 1er juillet 1914 au 31 décembre 1925	coefficient 2,5

Accidents de :	Coefficient :
1926	2,3
1927	2,2
1928	2,0
1929	1,9
1930	2,0
1931	2,2
1932	2,6
1933	2,6
1934	2,5
1935	2,4

Accidents de :	Coefficient :
1936	2,4
1937	2,2
1938	2,2
1939	2,2
1940	2,0
1941	1,9
1942	2,0
1943	2,0
1944	2,0
1945	2,4
1946	2,4
1947	2,4
1948	2,0
1949	1,6
1950	1,5
1951	1,3
1952	1,2
1953	1,1
1954	1,1
1955	1,0
1956	1,0

VI. Rachat forfaitaire des pensions

1. Rachat forfaitaire des petites pensions

En vertu de la loi sur les assurances contre les accidents du 6 juillet 1884 et de la loi sur les assurances contre les accidents professionnels du 30 juin 1900, les pensions pour incapacité de travail ne dépassant pas 15 pour cent pouvaient être rachetées par une somme forfaitaire. Le rachat présupposait une demande en ce sens de l'intéressé. La valeur capital de la

pension était laissée à l'appréciation des caisses. L'Ordonnance de 1911 sur les assurances du Reich a permis le rachat des pensions jusqu'à 20 pour cent. Elle ne posait plus d'autre condition que l'accord de l'accidenté et assurait une fixation équitable de la somme forfaitaire en ce que le Bundesrat devait établir une réglementation de la valeur capital des petites pensions à racheter.

Le projet de l'Ordonnance du Reich des assurances prévoyait que les pensions jusqu'au montant de 20 pour cent pouvaient être accordées pour une durée déterminée à l'avance. Les caisses corporatives voulaient par là éviter fréquemment la procédure coûteuse et nuisible à la paix sociale de la détermination par jugement de l'Office du Reich des assurances. Cette idée ne prit force de loi, mais elle a été incorporée par la suite sous une autre forme, celle d'une "indemnisation globale" dans l'Ordonnance du Reich sur les assurances. En conformité avec l'opinion nettement prédominante dans la jurisprudence jusqu'en 1925, le rachat éteignait non seulement le droit à la pension, mais aussi le droit au traitement médical.

La deuxième loi de modification de 1925 permit la libération par versement unique pour les petites pensions jusqu'à 25 pour cent avec l'accord des accidentés. L'extension du droit d'indemnisation forfaitaire de la part des organisations corporatives d'assurance, en vertu de la deuxième loi de modification, fut motivée par le fait qu'à la suite de la suppression de sa pension, l'accidenté n'a plus l'attention attirée sur l'accident, ce qui, comme le confirme l'expérience,

accroît sa confiance en ses propres forces et sa volonté de travail ainsi que son aptitude à gagner sa vie. La valeur capital fut fixée par une ordonnance. Les petites pensions jusqu'à 10 pour cent purent être rachetées pour trois fois leur montant annuel.

Le droit au traitement médical demeurait inchangé du fait du rachat. Les accidentés obtinrent le droit, en cas d'aggravation de leur mal, de demander une nouvelle fixation de la rente d'invalidité, avec déduction de la partie ayant déjà fait l'objet d'une indemnité de rachat.

Par suite, la disparition, en 1931, des petites pensions inférieures à 20 pour cent, le droit de rachat des petites pensions perdit beaucoup de son importance. Il n'y avait donc lieu désormais de racheter ces pensions que lorsqu'une autre pension était accordée et le total des deux pensions dépassait alors le taux de 20 pour cent.

Le droit au rachat fut étendu en 1939 par ce qu'on appela "l'indemnisation totale". Par cette indemnisation totale l'organisation professionnelle peut, lorsque le traitement curatif est terminé, procéder au rachat selon le montant des dépenses à prévoir pour la pension, lorsque, d'après l'expérience générale et compte tenu des circonstances particulières du cas considéré, il est plausible de s'attendre à ce que l'intéressé ne puisse prétendre qu'à une pension (ou rente) temporaire.

2. Rachat forfaitaire des rentes ou pensions pour accidents en faveur d'étrangers et en cas de séjour à l'étranger

L'assurance-accidents légale avait prévu, dès son début, le rachat par une somme forfaitaire des rentes (ou pensions) accidents à accorder à des étrangers.

Jusqu'à l'année 1911, il était accordé comme capital de rachat le triple du montant annuel de la rente. L'Ordonnance du Reich sur les assurances du 19 juillet 1911 stipula que la somme à payer au rachat devait être la valeur capital de la rente. Le Bundesrat fixait la valeur de la somme forfaitaire. L'approbation de l'accidenté n'était plus nécessaire.

La deuxième loi modificative de 1925 étendit la possibilité de rachat aux étrangers séjournant habituellement en Allemagne (paragraphe 617 RVG). La règle perdait ainsi son caractère discriminatoire. Elle fut étendue aux Allemands de l'étranger, car le contrôle nécessaire des ayants droit est très difficile à l'étranger. A la différence de ce qui a lieu dans le rachat des petites pensions, le rachat des droits de personnes vivant à l'étranger constitue une indemnisation forfaitaire pour toutes les prestations à attendre de l'organisme corporatif, y compris le traitement curatif et l'assistance (rééducation) professionnelle.

Le montant de la valeur capital des prestations est réglé par Ordonnance du gouvernement du Reich du 14 juin 1926 selon le texte de l'Ordonnance du 1er septembre 1941.

3. Rachat forfaitaire pour l'acquisition de propriété foncière

La deuxième loi modificative de 1925 introduisit la possibilité d'accorder une indemnisation sous la forme de capital pour l'acquisition d'une propriété foncière ou pour l'augmentation ou amélioration d'une propriété foncière déjà existante. Le gouvernement du Reich a édicté des instructions plus précises à ce sujet par l'Ordonnance du 10 février 1928. Le calcul du capital est réglé ici de la même façon que le calcul du capital de rachat des

pensions d'accidents. Le droit au traitement médical et à la rééducation (assistance) professionnelle n'est pas touché par l'indemnisation.

4. Dépenses pour les rachats forfaitaires de la part des caisses professionnelles d'assurance-accidents (organisations corporatives professionnelles)

Les organisations corporatives professionnelles (caisses professionnelles d'assurance-accidents) ont payé les montants suivants au titre des rachats :

1886	14.060 M
1896	483.571 M
1906	1.846.319 M
1916	3.993.286 M
1926	8.709.451 RM
1936	2.820.725 RM
1950	2.423.170 DM
1956	7.898.347 DM

VII. Droits des survivants

La loi sur l'assurance-accidents du 6 juillet 1884 prévoyait l'octroi d'un capital décès et une pension au bénéfice des survivants en cas de décès d'un assuré. Les conditions d'octroi d'une pension aux survivants et leur montant ont changé au cours des dizaines d'années. On constate, dans ce domaine, comme dans toutes les branches de l'assurance-accidents légale, une extension constante en faveur des personnes concernées.

1. Rentes aux veuves

a) Conditions d'attribution (octroi)

En vertu de la loi sur l'assurance-accidents du 6 juillet 1884, les veuves dont le mariage avec la personne décédée avait été contracté avant l'accident

recevaient une pension de veuve. Dans des cas particuliers, des pensions de veuves pouvaient également être accordées pour des mariages contractés plus tard, après l'accident. Cette condition fut élargie par la deuxième loi de modification de 1925. Cette loi introduisit le principe juridique toujours valable à l'heure actuelle, que toutes les veuves ont un droit à la rente (pension) de veuve, sauf si le mariage n'a été contracté qu'après l'accident et si le décès a eu lieu pendant la première année qui a suivi l'accident. Cette règle était plus favorable pour les veuves, car recevaient également la rente (pension) celles qui avaient contracté mariage après l'accident, lorsque le décès de l'assuré était survenu plus d'un an après le mariage. Ainsi, étaient et sont exclues uniquement les veuves qui ont épousé le blessé uniquement dans l'intention d'être pourvues. Dans des cas difficiles (socialement dignes d'intérêt), l'organisme corporatif peut accorder une rente (pension), par exemple lorsque le mariage était envisagé dès avant l'accident.

Une condition nécessaire est en outre que le décès soit imputable à l'accident. Lorsque ce n'est pas le cas, les veuves ne reçoivent en principe pas de rente (pension). La deuxième loi de modification introduit toutefois une règle établie d'un point de vue social, selon laquelle les veuves d'accidentés ayant souffert de blessures graves reçoivent un secours de veuve s'élevant aux deux cinquièmes du gain annuel que procurait son travail au blessé lorsque la mort n'est pas imputable à l'accident.

b) Montant (de la rente de veuve)

Jusqu'en 1925, toutes les pensions de veuves étaient de 20 pour cent du gain annuel du blessé. La deuxième loi de modification de 1925 a doublé le montant de la pension de veuve en cas de perte de la capacité de travail. Cette réglementation a abouti, surtout pour les femmes âgées, à des déterminations difficiles (fourniture de certificats d'expertise, correspondance). C'est donc principalement pour des raisons de technique administrative que par l'ordonnance du 9 novembre 1944 les rentes de veuves ayant atteint 65 ans accomplis ont été portées aux deux cinquièmes du gain annuel. Cette modification a apporté en même temps une plus grande protection des personnes concernées. Après la guerre, en 1949, la limite de 65 ans a été ramenée à 60 ans. La position juridique des veuves a été sensiblement améliorée par la loi de 1957 stipulant que les veuves ayant atteint l'âge de 45 ans ont droit au titre de rente de veuve, aux deux cinquièmes du gain annuel. Du reste l'octroi de la rente (pension) de veuve augmentée peut être envisagé pour des personnes plus jeunes lorsque la veuve est malade ou lorsque sa capacité de travail est diminuée de moitié. Cette situation doit avoir duré plus de trois mois.

c) Motifs de suppression

Si la veuve se marie ou meurt, le droit à la rente (pension) s'éteint. En cas de remariage, la veuve reçoit deux fois le gain annuel à titre de liquidation forfaitaire. La loi d'assurance-accidents de 1884 donnait à la veuve une somme forfaitaire de trois fois le montant annuel de la pension.

2. Rentes aux orphelins (pension d'orphelins)

La pension d'orphelins n'était accordée, à l'origine, que jusqu'à l'âge de 15 ans. Elle s'élevait à 20 pour cent du gain annuel. Etaient considérés comme enfants, les enfants légitimes et ceux qui sont assimilés aux enfants légitimes d'après le code civil, les enfants naturels à la charge de l'homme décédé ainsi que les petits-enfants lorsqu'ils étaient principalement à la charge de l'homme décédé. Le cercle des orphelins a été élargi par la deuxième loi de modification en 1925. Le système des ordonnances d'urgence apporta une nouvelle restriction, puis, en 1939, la situation juridique de 1925 fut en partie rétablie. La deuxième loi de modification accordait également une rente d'orphelins à des enfants entre 15 et 21 ans, lorsque l'enfant apprenait un métier ou était instruit pour une profession. Les orphelins infirmes avaient droit à la rente tant que durait leur infirmité. Alors que le droit des ordonnances d'urgence prévoyait l'octroi de pensions (rentes) d'orphelins uniquement jusqu'à l'âge de 15 ans, l'âge de 18 ans a été introduit en 1949 comme limite supérieure. En 1956, dans le cadre de la législation sur les allocations pour enfants, le législateur a adapté la rente d'orphelins pour les enfants à partir du troisième au droit des allocations pour enfants. Depuis lors, en cas de formation professionnelle ou d'invalidité, les rentes d'orphelins peuvent continuer à être payées pour le troisième enfant et les suivants, depuis 18 ans jusqu'à 25 ans accomplis. Auparavant, les rentes (pensions) d'orphelins d'une femme assurée décédée à la suite d'un accident du travail n'étaient accordées que si l'entretien de ces enfants avait été assuré en majeure partie par la femme décédée. Selon l'ancien droit, il fallait en outre que le père soit dans l'incapacité de travailler.

3. Rentes (pensions) de veufs

La loi de 1884 prévoyait l'octroi d'une pension aux veufs. Elle posait pour condition que la personne décédée ait contribué pour une part prépondérante à l'entretien du requérant et que le veuf soit dans l'incapacité de travailler. La pension de veuf était de 20 pour cent du gain annuel jusqu'en 1925, ensuite de 40 pour cent. L'augmentation de la pension de veuf fut effectuée en considérant qu'elle prévoit toujours l'incapacité de travail des ayants droit et que le doublement de la pension en cas d'incapacité du veuf est également prévu pour la rente (pension) de veuf.

4. Rentes aux ascendants (pensions)

Les rentes (pensions) d'ascendants ont toujours été accordées. La situation juridique existante jusqu'à l'introduction de l'Ordonnance du Reich sur les assurances en 1911 posait comme condition que la personne décédée ait contribué pour une part prépondérante à l'entretien des membres de sa famille. L'Ordonnance du Reich sur les assurances prévoyait en outre cette restriction que l'entretien devait avoir été assuré par le produit du travail. Ainsi, on tenait fortement compte de l'idée du dédommagement. La rente (ou pension) d'ascendants s'élevait au maximum au cinquième du gain annuel.

5. Prescriptions générales pour les rentes aux survivants

a) Survivants d'étrangers

Les survivants d'étrangers ne reçoivent aucune rente ou pension selon le droit allemand. A partir du 21 juillet 1928, en vertu de la Convention de l'Organisation internationale du Travail n° 19, cette règle est devenue

sans objet, dans les rapports avec les Etats signataires de l'accord. Le retrait de l'Allemagne de la Société des Nations en 1934 ne changea rien à cette situation légale. Le non-octroi de rentes de survivants à des étrangers sera abrogé aussitôt que l'accord n° 102 de l'Organisation internationale du Travail, déjà ratifié par l'Allemagne, sera entré en vigueur.

b) Montant maximum

Un montant maximum existe pour les rentes (pensions) de survivants. Il est actuellement des deux cinquièmes du gain annuel. Jusqu'à la loi de modification de 1925, le montant était des trois cinquièmes du gain annuel. Il fut alors abaissé aux deux cinquièmes du gain annuel. La quatrième ordonnance de 1931 fixa la limite aux deux tiers du gain annuel, dans le but de réaliser des économies. La limite des quatre cinquièmes ne fut rétablie qu'après la deuxième grande guerre.

6. Dépenses pour les rentes (pensions) aux survivants des caisses professionnelles d'assurance-accidents (de l'industrie, de l'artisanat et du commerce)

Les organismes corporatifs des professions industrielles, artisanales et commerciales ont payé les montants suivants au titre des pensions (rentes) aux survivants :

1886	430.006	M
1896	7.991.824	M
1906	18.349.738	M
1916	31.456.098	M
1926	44.836.797	RM
1936	52.747.724	RM
1950	108.081.078	DM
1956	171.867.539	DM

On doit s'attendre à une nouvelle augmentation importante en 1957.

F. FINANCEMENT

I. Le système de financement des caisses professionnelles d'assurance-accidents de l'industrie, de l'artisanat et du commerce

Depuis l'introduction de l'assurance-accidents légale en 1885, les organismes corporatifs de l'industrie, de l'artisanat et du commerce appliquent la méthode de répartition dite de la couverture postérieure du besoin. Aucun développement particulier n'est à signaler. Seule est digne de mention l'ordonnance du 23 février 1933 sur l'apport des fonds dans l'assurance-accidents, ordonnance d'après laquelle les organismes professionnels peuvent s'écarter des prescriptions de l'Ordonnance du Reich sur les assurances dans le recouvrement des fonds, y compris la méthode de répartition et de perception.

En raison de ses particularités, le système de répartition mérite une brève description. Ce système de financement oblige les membres des organismes professionnels (c'est-à-dire les chefs d'entreprise) à fournir à la fin de l'année commerciale (exercice financier) les fonds nécessaires pour couvrir les besoins de cette année commerciale écoulée.

Le besoin correspondant à cette année commerciale écoulée est arrêté comme montant à répartir. Le montant de ce dû à répartir est déterminé en déduisant les dépenses totales de l'année écoulée, les recettes administratives de la même année (par exemple intérêts, rentrées sur recours). Le montant à recouvrer ainsi calculé est une grandeur fixe. S'il n'est pas possible de recouvrer

la totalité du montant dû, en raison de défaillances éventuelles de cotisants, le manque à recouvrer doit être couvert par l'ensemble des membres des organisations corporatives.

Les facteurs décisifs pour le calcul de la cotisation de chacun des membres de l'organisme corporatif en vertu de la répartition sont :

1. La rémunération des assurés travaillant dans l'entreprise,
 2. le classement de l'entreprise dans le tarif de risques professionnels de l'organisme, et
 3. le coefficient de cotisation.
1. Sont des rémunérations les salaires, traitements et émoluments des assurés dans l'année de répartition, dans la mesure où ils ne dépassent pas le montant annuel de 9.000 DM qui constitue actuellement le plafond légal (voir au sujet d'une modification du plafond le paragraphe R sous II, 1). Les statuts de l'organisme d'assurance peuvent toutefois arrêter une cotisation annuelle plus élevée. Un grand nombre d'organismes corporatifs de l'industrie, de l'artisanat et du commerce ont fait usage de cette possibilité. La base de rémunération minimum pour le calcul de la cotisation est de 300 fois le salaire local. Autrement dit, si la rémunération effectivement gagnée par chaque assuré est inférieure au salaire local, le salaire local est considéré comme étant la base de rémunération à appliquer pour le calcul. En vertu de l'ordonnance du 28 juillet 1933, différents organismes corporatifs ne se basent pas sur les rémunérations, mais sur les effectifs de personnel. On parle alors de cotisations individuelles.

2. Le tarif de risques des organismes corporatifs doit servir à une participation aussi équitable que possible des différentes entreprises aux frais de l'assurance-accidents. Selon que le danger d'accidents d'une branche d'activité professionnelle est plus ou moins grand ou plus ou moins faible comparativement au risque d'accidents dans d'autres branches d'activité, les cotisations des entreprises appartenant aux différentes branches d'activité sont déterminées selon une classification en catégories correspondantes. Le risque d'accidents dans une branche industrielle, artisanale ou commerciale est déterminé d'après sa charge financière provenant des accidents. Toutefois, il n'est pris en considération, comme charge financière, que la charge constituée du fait des accidents nouveaux ayant eu lieu pendant une durée déterminée (la durée d'observation). On veut de cette manière tenir compte, dans le domaine des accidents, de l'influence du progrès de la technique, et inciter les chefs d'entreprise à accorder une attention particulière à la prévention des accidents. La charge accidents de chacune des branches d'activité est comparée à la rémunération prouvée pour la même branche et on calcule alors la charge moyenne pour 1.000DM de rémunération. Le taux de danger ainsi trouvé est arrondi par défaut ou par excès, ce qui donne la classe ou catégorie de risque. Le tarif de risques de l'organisme corporatif, qui fixe une classe de danger pour chaque branche de l'activité industrielle, artisanale ou commerciale, constitue donc par sa nature un tarif de charge.

Lorsque le dû à répartir par l'organisme corporatif est arrêté, et lorsqu'on sait quelles sont les sommes de salaires payées par tous les établissements, l'organisme corporatif calcule le coefficient de cotisation. A cet effet, il multiplie pour chaque entreprise immatriculée chez lui la somme des salaires communiquée par l'établissement par le nombre de classes de risque s'appliquant à cette maison et fait le total des résultats individuels ainsi obtenus. Cette somme totale des unités de cotisation est comparée au dû à recouvrer et à répartir, et on détermine ainsi le montant à payer pour 1.000 unités de cotisation. Ce montant est le coefficient de cotisation, appelé aussi cote de cotisation. Si la cote de cotisation est, par exemple, de 2,00 DM, la somme des salaires d'une maison de 50.000 DM et si la classe de danger d'une maison est 4, la cotisation est alors

$$\frac{2 \times 50.000 \times 4}{1.000} = 400.-- \text{ DM.}$$

La somme totale de toutes les contributions doit donner ensuite le dû.

II. La technique de couverture de capital de la Caisse professionnelle d'assurance-accidents (de l'organisme corporatif) de la construction souterraine (des travaux souterrains)

Contrairement à ce qu'ont fait les autres organismes corporatifs de l'industrie, de l'artisanat et du commerce, l'organisme corporatif des travaux souterrains a introduit la méthode de la couverture basée sur le capital. Selon cette méthode, les cotisations mises en recouvrement par

l'organisme corporatif doivent couvrir, en plus des autres dépenses, la valeur-capital des pensions qui ont été mises à la charge de l'organisme corporatif pendant l'année économique écoulée. Les principes de détermination de la valeur-capital sont fixés par l'autorité de contrôle. Les facteurs pour lesquels la pension annuelle doit être multipliée pour obtenir la valeur-capital sont fixés dans la note publiée par l'ancien Offices des assurances du Reich du 20 novembre 1913, dans le texte du 30 novembre 1927.

Cette réglementation fixée aujourd'hui encore dans la loi n'a pas d'autre importance pratique. Sous l'influence de la guerre et de la réforme monétaire, l'organisme corporatif en question a adopté lui aussi la méthode de la répartition. Le fondement juridique de cette pratique est donné par l'ordonnance mentionnée, du 28 février 1933, sur le recouvrement des fonds dans l'assurance-accidents.

III. Le système de financement des caisses professionnelles d'assurance-accidents agricoles (organismes corporatifs de l'agriculture)

Les organismes corporatifs agricoles calculent les cotisations selon des critères objectifs. Ils partent pour cela soit des valeurs à la taxe officielle des exploitations agricoles, fixées par l'autorité fiscale, soit du besoin travail annuel nécessaire pour la marche de l'exploitation, déterminé par l'organisme corporatif lui-même selon des critères d'expérience générale. La plupart des organismes corporatifs agricoles calculent la cotisation d'après la valeur de l'exploitation agricole à la taxe officielle car cette méthode est de beaucoup la plus simple et correspond au mieux aux capacités financières de l'exploitation agricole.

G. TABLEAU DES DEPENSES DES CAISSES PROFESSIONNELLES D'ASSURANCE-ACCIDENTS
DU SECTEUR INDUSTRIEL, ARTISANAL ET COMMERCIAL

Dépenses	1886	1896	1906	1916	1926	1936	1950	1956
A. I. Prestations de dédommagement								
1. Frais de traitement médical	206.657	3.545.818	6.454.472	7.804.196	20.086.574	34.612.835	55.300.533	174.463.518
2. Prestations au titre des rentes (pens.)	1.377.308	34.438.324	89.793.573	114.820.915	158.727.527	161.733.770	321.219.640	580.373.403
3. Rachats forfaitaires	14.060	483.571	1.846.319	3.993.286	8.709.451	2.820.725	2.423.170	7.898.347
4. Autres prestations (allocation de décès, etc.)	113.675	240.151	431.186	666.181	1.122.095	1.476.087	2.569.174	6.868.279
Total des prestations	1.711.700	38.707.864	98.530.555	127.284.578	188.645.647	200.643.377	381.512.517	771.603.547
II. Frais de prévention des accidents	69.933	936.114	1.407.275	1.660.187	4.457.688	7.429.123	11.748.178	28.121.605
III. Frais de gestion et administration	2.324.294	5.183.220	9.513.283	15.076.582	24.489.036	26.956.217	34.227.239	77.932.882
IV. Autres dépenses	6.199.326	6.174.112	23.749.753	21.399.515	11.003.870	19.195.981	25.613.839	52.102.530
Dépenses totales	10.305.253	51.001.310	113.200.866	165.420.862	228.596.241	254.224.698	453.101.773	929.750.564
B. Dépenses pour dédommagement au titre des prestations pour maladies professionnelles*								
1. Frais de traitement médical					117.629	949.390	6.677.909	22.792.891
2. Prestations pour pensions					82.486	9.061.723	86.272.797	173,756,494
3. Rachats forfaitaires					-	49.180	136.505	148.438
4. Autres prestations de dédommagement					591	177.144	417.410	1.369,478
Total des prestations de dédommagement					200.706	10.237.437	93.504.619	198.067.301

* Les dépenses au titre de maladies professionnelles sont contenues dans les chiffres portés sous A.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Allocations Familiales

République Fédérale d'Allemagne

Genève 1959

Allocations Familiales

Table des Matières

	<u>Pages</u>
A. ANTECEDENTS HISTORIQUES	306
B. STRUCTURE, ORGANISATION SUR LES BASES PROFESSIONNELLE ET GEOGRAPHIQUE	329
C. CHAMP D'APPLICATION	333
D. PRESTATIONS	335
E. INFLUENCE DE LA POLITIQUE NATALISTE	343
F. FINANCEMENT	344

A. Antécédents historiques

I. Rapide coup d'oeil rétrospectif sur l'évolution des allocations familiales jusqu'en 1945

La prise en considération des enfants dans le paiement du salaire, du traitement, des retraites et des pensions existe depuis plusieurs dizaines d'années déjà en Allemagne. Les fonctionnaires d'Etat reçoivent, depuis longtemps déjà, des majorations pour enfants en sus de leurs traitements ou, s'ils ne sont plus en activité, en sus de leurs pensions de retraite. Les pensionnés de la Sécurité sociale (Assurance-pensions) recevaient déjà bien avant 1914, en sus de leurs pensions, dans une certaine mesure, des majorations pour enfants et dans le cas d'assurance-accident, depuis 1925, des suppléments aux pensions d'invalidité. L'assurance-accident et l'assurance-pension a toujours payé des pensions d'orphelins. Jusqu'ici rien n'a changé en cela. L'introduction des allocations pour enfants n'a pas supprimé non plus ces prestations, mais au contraire en a prévu, dans une certaine mesure, leur prise en compte. De même, depuis la première grande guerre, les lois fiscales favorisent, dans une large mesure, les familles avec enfants comparativement aux célibataires ou ménages sans enfant.

Autrefois, dans le secteur privé, ce n'est que tout à fait exceptionnellement qu'il était tenu compte des conditions de famille dans la rémunération de l'ouvrier ou de l'employé. Les premières Caisses d'allocations familiales sont nées de l'initiative spontanée des milieux industriels et commerciaux après la fin de la première grande guerre. Elles ont sombré dans la tourmente de l'inflation (1923/1924). Parmi toutes celles qui furent

créées par la suite, seules deux Caisses ont pu se maintenir jusqu'à nos jours : la Caisse d'allocations familiales de la Communauté professionnelle des pharmaciens, instituée en 1924, et celle de l'industrie du cigare, fondée en 1936.

Dès 1933, pour des raisons de politique nataliste, le réseau des institutions d'aide à la famille connut un grand essor. Les moyens employés en vue de compenser les charges de famille comprenaient les prêts aux jeunes mariés, les facilités accordées pour la construction d'habitations, les dégrèvements fiscaux et l'octroi d'allocations familiales, tout d'abord pour le 5e, ensuite pour le 4e et le 3e enfant. Ces prestations, prélevées sur les fonds de l'Etat furent payées par les Services des Finances. Toutes ces institutions ont disparu avec l'effondrement du IIIe Reich en 1945.

II. Evolution des allocations familiales jusqu'au vote de la loi sur les allocations pour enfants (allocations familiales) en 1953/1955

Pendant les premières années de l'après-guerre dans la République fédérale d'Allemagne, toute réglementation uniforme concernant les allocations familiales s'avérait impossible. Des milieux industriels ont alors créé, de leur propre initiative, plusieurs Caisses bénévoles d'allocations familiales dans certaines branches de l'activité économique. C'est ainsi que fut créé, entre autres, un "Service d'allocations familiales des mines de charbon". Des institutions semblables furent également créées par la suite dans l'industrie chimique. Dans le pays de Hesse, l'association patronale des carrières ("Pierres et terres")

conclut avec les syndicats une convention collective prévoyant l'octroi de majorations de salaire pour enfants ainsi que l'institution d'un service d'allocations familiales.

Peu après la fondation de la République fédérale d'Allemagne, le Bundestag, sur l'initiative du pays de Brême, invitait, en 1950, le Gouvernement fédéral à présenter un projet de loi relatif à l'octroi généralisé d'allocations familiales par l'Etat. La base du projet fut le mémoire élaboré lors de la "Conférence de Koenigstein" "pourquoi les allocations familiales incombent-elles à l'Etat ?". Plusieurs députés de la CDU/CSU (Union des chrétiens-démocrates/ Union des chrétiens-sociaux) proposèrent au Bundestag de soumettre un projet de loi sur la sécurité de la famille par la création de Caisses d'allocations familiales. Cependant aucun projet gouvernemental ne fut mis sur pied bien que plusieurs partis eussent présenté de tels projets. On relèvera à ce propos, dans un mémoire du Ministre du Travail, de 1952, (Bundesarbeitsblatt 1952, page 209) les raisons invoquées pour l'introduction d'un système d'allocations pour enfants (Caisses d'allocations familiales).

"Dans la République fédérale appauvrie à la suite de deux guerres perdues et des réformes monétaires consécutives, les salaires-prestations du "louage" de services ne suffisent pas toujours à assurer le minimum d'existence aux familles nombreuses de travailleurs à bas salaires. De ce fait, il est fréquemment nécessaire de recourir à des prestations de l'Assistance publique (régulièrement

ou occasionnellement) pour compléter le salaire jusqu'au minimum d'existence. Etant donné que ces prestations d'assistance ne sont non seulement une charge financière pour le budget public mais peuvent aussi porter préjudice à la volonté de travail et au bon esprit des travailleurs à bas salaires qui, souvent, ne sont pas responsables de ne pas être en mesure d'obtenir par leur travail un gain suffisant pour assurer leur propre existence et celle de leur famille, l'introduction d'un système d'allocations familiales en faveur des familles nombreuses doit apporter une prestation s'ajoutant au salaire basé sur le travail individuel et calculé sur les besoins d'une famille normale. Par là, l'on devrait arriver, dans une certaine mesure, à une répartition différente du revenu en faveur des familles nombreuses ayant principalement pour effet que le standard de vie de la famille plus nombreuse que la moyenne ne soit pas réduit au-dessous du standard normal et d'atténuer pour elle les conséquences des hausses de prix, même minimales, auxquelles elle est particulièrement sensible.

Dans toute économie nationale moderne il existe une tension émanant, d'une part du processus économique fonctionnel et, d'autre part, de la répartition souhaitable du revenu d'après les besoins de la famille (personnel). Résoudre ce problème au moyen d'un salaire social généralisé par lequel une rémunération inégale serait octroyée pour le même travail recèle le danger d'une baisse du rendement, les non-bénéficiaires d'allocations familiales augmentant

parallèlement le risque de non emploi de ceux auxquels on désire précisément apporter la sécurité sociale. Une telle solution est donc insoutenable, du point de vue économique comme du point de vue social. Par l'introduction d'allocations familiales à la charge de l'Etat ou la création de Caisses de compensation familiale, on désire parvenir à une répartition plus équitable du revenu tout en évitant un abaissement de la production.

La diminution de la natalité due surtout à la misère morale, à l'incertitude politique et commerciale résultant de l'après-guerre, de même que la diminution du potentiel de travail qui en résulte doivent être enrayerées au moyen de l'octroi d'allocations familiales."

Le même mémoire rapproche les différents projets des partis. Il s'agit des demandes du Groupe de la SPD (Parti socialiste allemand démocrate), du Groupe CDU/CSU et de celui du Centre.

Deux demandes antérieures émanant l'une de la CDU/CSU et l'autre du Groupe du Centre sont considérées désormais comme dépassées.

La description comparative des motions des Groupes, ci-jointe, concernant le problème des allocations familiales est extraite du mémoire.

Le Bundestag ne parvient pas, dans sa première législature, à adopter une loi sur les allocations pour enfants. Dans la deuxième législature, des propositions de lois élaborées par les partis furent à nouveau présentées :

SPD - Proposition de loi concernant des allocations familiales

CDU/CSU - Proposition de loi concernant des allocations pour enfants (allocations familiales)

FDP - Proposition de loi concernant des allocations pour enfants (allocations familiales).

Une fois encore aucun projet gouvernemental ne fut cependant proposé bien que le Ministère fédéral du Travail ait jeté les bases d'une réglementation légale. Il n'existe, par conséquent, aucun exposé des motifs officiels relatifs aux différentes propositions si ce n'est dans les déclarations relevées au cours des séances du Bundestag.

Les opinions sur le moyen approprié étaient très divergentes. Le système de gestion (allocations pour enfants payées par l'Etat ou Caisses d'allocations familiales), les moyens de financement (fonds du budget fédéral ou du secteur privé), les catégories bénéficiaires (exclusivement les salariés ou même les personnes indépendantes), comme les enfants à prendre en considération (tous les enfants ou seulement le troisième et les suivants) de même que le montant des allocations étaient toujours très discutés.

Dans le rapport écrit de la Commission de politique sociale du Bundestag, il est consigné ce qui suit au sujet de cette évolution :

"La question de la compensation des charges particulières que doit supporter une famille nombreuse, a préoccupé depuis 1950 le 1^{er} Bundestag allemand. Les propositions de la SPD, de la CDU/CSU et du Centre ont fait à l'époque l'objet de délibérations

détaillées de la Commission de politique sociale. Cette commission ne fut cependant pas en mesure de présenter un projet de loi au Bundestag. Les difficultés, en ce qui concerne la solution du problème, résidaient avant tout dans le fait de savoir quelle devait être l'institution chargée de la compensation des charges familiales. Tandis que le Groupe de la SPD se prononçait pour une solution par l'Etat, le Groupe CDU/CSU se prononçait, avant tout, pour une réglementation ayant recours aux institutions autonomes de l'assurance sociale déjà existantes. Une entente avec l'opposition était sur le point d'aboutir, lorsque celle-ci, renonçant à son projet - allocations familiales incombant à l'Etat - admit celui d'une réglementation d'allocations familiales confiée à une institution économique autonome, c'est-à-dire à une Caisse générale de compensation des charges familiales. Toutefois, on ne réussit pas à se mettre d'accord, les points de vue de l'opposition n'ayant pu cadrer avec ceux de la coalition en ce qui concerne l'organisation à créer.

Entretiens, deux nouveaux projets de loi étaient déposés au 2ème Bundestag, dans lesquels la SPD et la CDU/CSU soulevaient une fois encore le problème de la compensation des charges familiales. Après que les deux projets eussent fait l'objet d'un premier débat en séance plénière, ils furent renvoyés en Commission de politique sociale pour une nouvelle discussion et délibération.

La SPD comme la CDU/CSU ayant à peine modifié leur manière de voir initiale dans les nouveaux projets, la Commission ne put, de prime abord, se prononcer quant à savoir auquel des projets elle

devait donner la priorité, si elle voulait éviter de retomber dans une impasse, comme cela s'était produit dans la première législature. A la majorité, elle décida de prendre comme base de délibérations le projet CDU/CSU. Ce projet prévoit une méthode de compensation pour charge de famille par des Caisses d'allocations familiales qui seront instituées auprès de toutes les Associations professionnelles.

La Commission de politique sociale, au cours des huit séances qui suivirent, mit au point le projet d'une loi des allocations pour enfants, premier pas vers une amélioration de la situation matérielle des familles ayant trois enfants ou plus.

A l'unanimité cependant la Commission écarta la requête émanant du Groupe de la SPD par laquelle une allocation familiale était demandée à partir du deuxième enfant déjà. En effet, la Commission jugea que les charges financières imposées par là à l'industrie seraient trop lourdes. A ce propos on fit remarquer qu'il incombait au partenaire social d'obtenir que le salaire prestation de service soit calculé assez largement pour suffire à une famille avec deux enfants ".

Le 1er avril 1954, au cours du premier débat du projet de loi sur les allocations familiales de la SPD et du projet de loi sur les allocations pour enfants de la CDU/CSU, le Professeur Schellenberg, Député (SPD), a exposé les motifs du projet de son parti qui prévoyait le versement d'allocations familiales à partir du deuxième enfant, déclarant entre autres :

".....

Le système fiscal actuel, même après la mise en application des plans de M. le Ministre des Finances, ne parviendra à aucune compensation des charges économiques des familles. D'après les projets présentés, la réduction d'impôts accordée, par exemple, à une famille avec deux enfants comparativement à une famille sans enfant sera de 4,20 DM par enfant pour un revenu mensuel de 300 DM et de 11,70 DM par enfant pour un revenu mensuel de 500 DM, d'environ 17 DM pour un revenu mensuel de 1000 DM et d'environ 21 DM pour un revenu mensuel de 2000 DM.

Le montant de l'abattement d'impôt accordé aux familles à gros revenus est donc multiple de celui qu'on accorde aux familles à petits revenus. Notre système fiscal actuel défavorise donc les familles avec enfants socialement faibles comparativement aux familles ayant un gros revenu.

Etant donné qu'aucune compensation socialement juste ne peut être obtenue au moyen de l'impôt en ce qui concerne les familles avec enfants, il faut, estime le Parti social-démocratique, arriver à une telle compensation par des allocations familiales.

Le Groupe du Parti social-démocratique est d'avis que les charges financières particulières que comporte l'éducation des enfants doivent absolument être placées sur pied d'égalité pour tous les enfants. C'est pourquoi nous estimons qu'une allocation familiale devrait être versée dès le premier enfant.

.....

Le deuxième principe du projet de loi du Parti social-démocratique est que les allocations familiales doivent être octroyées aux parents ou à la mère sans considération de profession. Ainsi, nous entendons par là nous distancer clairement de tous les plans selon lesquels aucune allocation familiale ne devrait être versée à une partie des enfants des travailleurs indépendants, aux enfants des chômeurs, à ceux des pensionnés et rentiers et spécialement des veuves. Le Groupe social-démocratique est d'avis que la profession ou l'activité professionnelle exercée par les parents ou par la mère ne doivent jouer aucun rôle dans une question socialement aussi importante que celle de l'octroi d'allocations familiales.

Le troisième principe de notre projet de loi est que les allocations familiales doivent être versées non pas par un nouvel organisme administratif qui devrait être créé, mais simplement par les services publics existants. Le choix de ces services publics ne présente, de l'avis de mon Groupe, qu'une importance secondaire. Mais nous avons eues les plus grandes objections envers toute réglementation prévoyant le paiement par l'employeur précisément parce que dans le cas du paiement par l'entreprise on ne peut pas exclure avec certitude le danger que les allocations soient considérées et décomptées comme une partie indirecte du salaire et que les salariés allocataires soient désavantagés de diverses manières.

C'est pourquoi, à notre avis, le paiement des allocations familiales doit se faire, indépendamment des employeurs, par des institutions officielles. La SPD propose que les travaux administratifs indispensables soient effectués, en collaboration, par les fonctionnaires des Finances et les mairies et de prévoir

le paiement sur des comptes courants postaux. Les deux parents doivent pouvoir disposer de la même façon du compte. Sur demande de l'Office de prévoyance pour la jeunesse (Jugendamt), le droit à disposer doit être conféré soit à l'un des parents seulement soit à la personne qui élève effectivement l'enfant.

Venons-en maintenant à la question du financement !

.....

Sont prévues dans notre projet de loi les cotisations de l'employeur, les cotisations des travailleurs indépendants et la contribution de l'Etat.

Venons-en aux détails du financement. La participation de l'employeur au financement des allocations familiales doit représenter le 1% du salaire, les employeurs dont le total de salaires ne dépasse pas 2400 DM par an étant exemptés du paiement de la cotisation. A ce propos, il faut remarquer que, lors des délibérations de la Commission au 1^{er} Bundestag, les grands Partis étaient arrivés à se mettre à peu près d'accord en acceptant que le 1% du salaire soit perçu pour le financement.

.....

Une cotisation de la part de l'employeur de 1% couvrirait environ les 3/4 des dépenses nécessaires au paiement des allocations familiales à verser à environ 3.100.000 enfants d'ouvriers et d'employés. Le solde d'un quart des dépenses devrait être couvert, selon notre projet, par une subvention fédérale sur laquelle je reviendrai.

Etant donné que les enfants des travailleurs indépendants doivent également bénéficier des allocations familiales, une participation au financement de ces groupes professionnels ne pourra être évitée tant que le financement des allocations familiales n'est pas assuré au moyen des impôts généraux. Toutefois, le SPD est d'avis que si l'on fait participer les indépendants au financement, à raison de 1/2% de leurs revenus, il devra être tenu compte des points de vue sociaux. Par conséquent, le Parti social-démocratique estime qu'une telle mise à contribution ne doit avoir lieu que dans la mesure où les revenus provenant d'un travail indépendant ne dépassent pas le montant de 4800 DM par an.

.....

La question du financement pour les travailleurs indépendants est en liaison étroite avec la couverture par l'Etat, proposée par le SPD, de la partie des dépenses non couvertes par les cotisations. Environ 1 1/2 million d'enfants de travailleurs indépendants entrent en ligne de compte pour les allocations familiales ; les dépenses de ce fait seront de l'ordre de 370 millions de DM environ. La cotisation des travailleurs indépendants apportera approximativement 60 millions de DM sur ces 370 millions à trouver ; la plus grande partie de ce fait - environ 300 millions de DM - devra être couverte au moyen d'un supplément de l'Etat pour les allocataires indépendants.

.....

En dehors des enfants d'ouvriers et d'employés, il faut aussi tenir compte des enfants - 2^{ème} et plus - de personnes indépendantes, sans profession, en particulier des veuves et des chômeurs qui doivent bénéficier

également des allocations familiales. Il s'agit là de près de 900.000 enfants. Les dépenses encourues seront de l'ordre d'environ 200 millions de DM par an. Nous sommes d'avis que ces dépenses pourraient être couvertes par un financement public - la question de savoir si, en dehors de l'Etat fédéral, on peut faire appel à d'autres organismes tenus en principe de se préoccuper de ces catégories de personnes, pouvant être discutée lors des débats de la Commission".

Le Député Winkelheide, au cours de cette même séance, motive le projet de la CDU/CSU qui fut finalement adopté avec quelques amendements.

"Le présent projet de loi sur l'octroi d'allocations pour enfants et l'institution des Caisses d'allocations familiales doit être considéré comme une partie de la réforme sociale.

.....

La compensation pour charge de famille que nous tâchons d'obtenir n'a qu'un but : stopper le déclassement social des familles nombreuses, ou du moins commencer par l'atténuer et non pas payer tant bien que mal des allocations pour enfants.

.....

Le présent projet du Groupe CDU/CSU se base sur les principes fondamentaux suivants :

Primo. Nous défendons le point de vue que le débiteur alimentaire ou pour employer des termes plus exacts, celui ou celle qui soutient la famille, doit percevoir l'allocation pour enfants là où il reçoit ses moyens d'existence, son salaire, sa pension, ses indemnités de secours ou d'assistance. Il n'en est pas autrement pour les chômeurs. Une exception doit

être faite cependant en cas de maladie, de manière à ce que les allocations pour enfants soient de toutes façons payées sans interruption. Ce mode de règlement est subsidiaire ; il garantit une gestion simple, est social et à la portée du peuple, simple et clair.

Secundo. Nous ne voulons pas qu'une telle institution soit confiée à l'Etat, attendu qu'il y a dans la nation des organismes qui sont à même d'assumer cette tâche par leur propre organisation et en se gérant eux-mêmes. Nous nous refusons à confier cette institution à l'Etat pour la bonne raison que la famille serait alors dans une dépendance inquiétante du pouvoir politique, exposée à pâtir des changements de majorité. L'Etat peut venir en aide par des allègements d'impôts mais doit laisser se développer la propre initiative des petites familles. En tant qu'institution spécialisée, notre projet prévoit non seulement les corporations professionnelles d'accidents, mais également les syndicats professionnels et d'autres institutions.

Tertio. Nous ne voulons pas établir de différence entre les salariés et les travailleurs indépendants. C'est pourquoi dans notre projet l'éventail des ayant-droit aux allocations familiales est très étendu ; en effet, même les professions libérales y sont incluses, car le besoin social, sinon la détresse sociale se fait sentir dans les familles nombreuses des professions libérales encore plus durement que dans certaines familles d'ouvriers.

Quarto. Nous voulons verser l'allocation familiale seulement à partir du troisième enfant. Ceci pour une part en raison de l'idée fondamentale que la propre responsabilité de la famille ne doit pas être détruite ni

rejeté sur d'autres. Les familles nombreuses ne sont plus le cas courant mais le cas exceptionnel. Nous voulons faire quelque chose pour le cas exceptionnel. On doit aider ceux qui sont socialement acculés dans l'impasse. Même s'il ne s'agit pas de 13, mais bien seulement de 1,8 million d'enfants, ceux-ci ont précisément bien mérité cette aide. Il ressort d'enquêtes que la difficulté à faire face aux charges augmente surtout à partir du troisième enfant : logement, habillement ; c'est pourquoi il est préférable de donner une compensation sensible à ceux qui en ont le plus besoin plutôt que commencer à donner des allocations dès le premier ou le deuxième enfant et d'éparpiller l'argent dont nous ne disposons pas en quantité tellement grande.

Le présent projet du Groupe CDU/CSU a un plan clair. Il est divisé en 8 parties. Je n'en exposerai ici que le côté fonctionnel.

Primo. Auprès de chacune des corporations professionnelles d'assurance-accident, les 37 de l'industrie (avec l'artisanat et le commerce), et les 18 agricoles, il sera institué une Caisse de compensation. Les organismes de gestion autonome qui existent déjà auprès des corporations professionnelles (d'assurance-accident) doivent se charger également de cette tâche car nous sommes d'avis aussi que ce problème doit trouver sa solution dans un esprit de véritable coresponsabilité, de gestion autonome et de participation aux décisions sociales, ce qui n'est pas le cas avec le ministère des Finances.

Secundo. En ce qui concerne les bénéficiaires, le Groupe des ayants droit est indiqué au § 1 de notre projet, lequel comprend également les professions libérales. Il n'existe aucune institution en dehors des corporations professionnelles (Caisses d'assurance -accident) sous notre administration sociale qui embrasse les 97% des travailleurs. Sur proposition de ce Groupe d'ayants droit, l'allocation familiale sera payée à partir du troisième enfant à raison de 20 DM. Cette allocation est exempte d'impôts et doit être payée aussi longtemps que l'instruction de l'enfant n'est pas terminée.

Tertio. Les statuts réglementant le paiement de l'allocation familiale. En principe, pour autant que cela sera possible elle doit être payée dans l'entreprise. Dans d'autres cas, les statuts peuvent stipuler que lorsqu'il s'agit de petites entreprises artisanales, etc. l'argent sera versé par la Caisse d'allocations familiales. Le droit légal s'exerce toujours envers les Caisses d'allocations familiales.

Quarto. Les cotisations sont payées par les employeurs, les travailleurs indépendants, ainsi que par ceux appartenant aux professions libérales. La répartition est effectuée par le Comité directeur de la Caisse d'allocations familiales, c'est-à-dire par l'Assemblée représentative. Dans l'autonomie administrative et financière repose toute notre confiance. Il faut faire confiance à l'autonomie administrative et financière pour ce qui est de trouver une échelle juste et si elle prescrit que la répartition dépende du salaire ou bien si elle se procure les fonds nécessaires dans la profession ou dans la corporation professionnelle par des cotisations individuelles. L'agriculture seule fait exception selon notre loi. En ce domaine, nous voulons recueillir par les cotisations seulement un tiers de la somme nécessaire, d'une part parce que l'agriculture a beaucoup d'enfants et, d'autre part parce que

le troisième enfant ou ceux venant ensuite, abandonneront l'agriculture pour être absorbés par l'industrie. L'industrie s'est déjà déclarée disposée à prendre à sa charge le surplus des frais, soit les $\frac{2}{3}$, et de les payer. Ceci n'est pas seulement un allègement en faveur de l'agriculture mais apporte aussi une répartition équitable.

Quinto. Pour ces institutions déjà existantes - par exemple Charbon, Chimie, Carrières du pays de Hesse, entreprises de navigation et une partie des brasseries - la règle suivante est valable : d'après le § 27 de notre projet, elles peuvent présenter une demande d'exception ; elle peuvent en conséquence être exemptées de l'application des prescriptions de cette loi et continuer à appliquer les systèmes déjà adoptés. Sur le plan des corporations professionnelles (d'assurance-accident), elles doivent toutefois participer à la compensation.

Je désire ajouter que cette loi est en quelque sorte une loi-cadre. L'AVAG doit être modifiée dans ce sens que l'allocation familiale, à partir du 3^{ème} enfant, doit continuer à être payée aux chômeurs. L'on voudrait recommander également que les taux d'assistance publique d'après la loi sur le système de prévoyance et selon laquelle l'allocation pour enfants est versée dès maintenant, soient vérifiés pour savoir si le montant de l'allocation familiale, à partir du 3^{ème} enfant, atteint bien 20 DM, ceci afin que ce principe des allocations - à partir du troisième enfant - soit effectivement appliqué dans toutes les lois. Mais les prestations d'après cette loi doivent être considérées en corrélation avec le Groupe fiscal III et avec les augmentations prévues des montants d'exonération de la cotisation : l'une

et l'autre concourent en fin de compte au même résultat."

Le Député Horn (CDU/CSU), au cours de cette même séance, s'est exprimé dans le même sens en ce qui concerne la question de savoir si l'allocation familiale doit être payée à partir du deuxième ou du troisième enfant.

"....."

Permettez-moi de vous donner tout de suite brièvement mon avis sur ce problème : à partir du deuxième ou du troisième enfant ? Si nous avons décidé l'introduction de cette réglementation de commencer à partir du troisième enfant, la raison essentielle et décisive est que nos conventions collectives sont basées sur le salaire prestation de services et que l'on est toujours parti et part aujourd'hui encore de ce que le salaire prestation de services doit assurer à ce que nous appelons une famille normale, c'est-à-dire constituée de deux enfants, le minimum d'existence. Je crois que nous tenons également un service aux partenaires de la convention collective et avant tout aux syndicats ouvriers, en prenant ici comme point de départ le principe du salaire prestation de services dans le sens que je lui ai donné. C'est pourquoi nous pouvons en toute conscience commencer seulement à partir du troisième enfant. Il faut en attendre l'évolution et acquérir de l'expérience avant de se préoccuper, en temps voulu, de savoir si une extension doit être prévue, c'est-à-dire si l'allocation familiale doit être payée à partir du deuxième enfant ou si d'autres améliorations peuvent être apportées."

M. le Ministre fédéral du Travail Storch a déclaré au cours de la même séance :

"....."

Au premier abord la question se pose comme suit: quel doit être en fin de compte le salaire du travailleur dans notre économie nationale ? Personnellement, je suis d'avis que nous devons arriver à ce que par le salaire prestation de services dans une économie nationale une famille normale ou famille-type puisse vivre. Si nous reconnaissons ce principe, en admettant qu'une famille-type est constituée d'un homme, d'une femme et de deux enfants, l'on devrait alors restreindre les mesures spéciales aux familles nombreuses et l'on devrait toujours s'efforcer, dans l'économie nationale, d'arriver à ce salaire juste et suffisant. Il a été dit, tout à l'heure, que les familles n'ayant pas (ou peu) d'enfants ainsi que les célibataires doivent participer au financement. Je suis d'une tout autre opinion. Je pense, en effet, que l'homme, même exerçant une activité non-indépendante, doit dans sa jeunesse, recevoir, pour sa contribution à l'économie nationale, une rémunération suffisante pour lui permettre d'employer les années précédant son mariage à constituer les réserves nécessaires lui permettant de fonder une famille.

.....

Venons-en au nombre des personnes considérées. Pourquoi est-on arrivé à l'idée de confier les nouvelles institutions aux corporations professionnelles, c'est-à-dire aux organismes d'assurance-accident ? Dans l'assurance contre les accidents de notre système économique ne sont pas seulement assurés le salarié mais également tous les employeurs qui travaillent eux-mêmes dans leur entreprise. Ceci étant vrai non seulement dans l'industrie mais aussi dans l'agriculture, nous atteignons ainsi une masse d'intéressés que j'évalue de 75 à 80% de notre population. Si l'on veut sortir de ce cadre, il faut naturellement créer quelque chose de plus."

Le projet de la CDU/CSU modifié en maints endroits fut en fin de compte adopté malgré les votes contraires de tous les autres partis, tandis que les projets de la SPD et de la FDP étaient rejetés. Etant donné que la loi ne comprend dans le Règlement des allocations familiales que les personnes exerçant une activité de salariés, travailleurs indépendants, ou membres de la famille apportent leur concours à l'entreprise familiale, assurés contre les accidents de travail auprès d'une corporation professionnelle (d'assurance-accident), le Bundestag a accepté, en troisième lecture de la loi sur les allocations pour enfants, en date du 14 octobre 1954, la proposition de résolution suivante de la CDU/CSU :

"Le Gouvernement fédéral est prié d'étudier rapidement de quelle façon les familles ayant trois enfants ou plus qui n'ont pu être comprises dans la loi sur les allocations pour enfants de même que dans la loi d'adaptation sur les allocations pour enfants qui doit encore être votée pourront également bénéficier des prestations prévues dans la loi sur les allocations pour enfants.

Le Gouvernement fédéral est prié, par ailleurs, de fournir au Bundestag, d'ici au 1^{er} avril 1955, les résultats de son examen en lui présentant un projet de loi à ce sujet."

Le Bundesrat a pris, lors de sa résolution concernant la loi sur les allocations familiales, la décision suivante :

"Le Bundesrat relève des défauts considérables dans la loi sur les allocations familiales. Ces objections se rapportent aussi bien au côté social de la loi qu'à sa technique d'application. Toutefois, le Bundesrat ne veut pas mettre obstacle à sa mise en vigueur, dès le 1^{er} janvier 1955.

Le Bundesrat s'attend donc à ce que la loi d'adaptation finale déjà annoncée élimine les défauts essentiels de la loi adoptée. La loi d'adaptation finale doit donc assurer les prestations des allocations familiales avec effet rétroactif depuis le 1^{er} janvier 1955 à toutes les personnes nouvellement admises comme bénéficiaires."

Eu égard au champ d'application limité de la loi sur les allocations pour enfants, le Groupe de la CDU/CSU a déposé un nouveau projet de loi sur la loi dite d'adaptation sur les allocations pour enfants, dont il a été donné connaissance le même jour de la 3^{ème} lecture de la loi sur les allocations pour enfants au Bundestag. La loi d'adaptation sur les allocations familiales devait adapter à la loi sur les allocations familiales, les prestations pour enfants dans l'assurance-accident légale (majorations pour enfants), aux assurances-rente légales (majorations pour enfants), à l'assurance chômage et à l'assistance aux chômeurs ainsi qu'au régime de pensions des victimes de la guerre. Au cours des débats au Bundestag, les mêmes arguments qui avaient été avancés à propos de la loi sur les allocations familiales furent invoqués pour et contre ce projet. A son tour, cette loi fut finalement repoussée par les autres Partis et acceptée par les seules voix du Groupe CDU/CSU.

Les mêmes discussions véhémentes se répétèrent lors de la 3^{ème} loi, la loi dite complémentaire sur les allocations familiales englobant désormais dans le régime des allocations familiales toutes les personnes ayant trois enfants ou plus qui n'avaient jusque là été admises au bénéfice des allocations pour enfants dans les deux premières lois. La loi complémentaire sur les allocations familiales ne fut adoptée que le 15 décembre 1955, et cela encore une fois seulement par les voix du Groupe CDU/CSU contre l'opposition des autres partis. Ici encore des contreprojets furent

présentés, mais rejetés. Les prestations découlant de toutes les lois sur les allocations familiales, y compris la loi complémentaire, sont dues à partir du 1^{er} janvier 1955.

A l'adoption de la loi complémentaire sur les allocations familiales, le Bundestag, à la demande du Groupe CDU/CSU, a formulé la résolution suivante qui a été approuvée également par le Bundesrat le 31 décembre 1955 :

"Par la présente loi complémentaire sur les allocations familiales, les ayants droit qui n'ont pas encore bénéficié des allocations devront entrer au plus vite en jouissance des allocations pour enfants.

Le Gouvernement fédéral sera chargé d'entreprendre, au plus tard trois mois après réception du rapport de gestion sur l'expérience du premier exercice présenté par la Fédération Générale des Caisses de compensation familiale, un remaniement des trois lois sur les allocations pour enfants. Il faudra évidemment tenir compte de l'expérience acquise jusque là, aussi bien du point de vue matériel que formel."

Un remaniement de la législation de la loi sur les allocations familiales n'a pas été réalisé jusqu'à présent. On a seulement porté le montant de l'allocation familiale à 30 DM par mois et apporté en outre quelques modifications qui ne touchent pas au système.

III. Etat actuel de la loi

Le droit aux allocations pour enfants est actuellement régi par les lois et décrets suivants:

Loi sur l'octroi d'allocations pour enfants portant création de Caisses d'allocations familiales (Loi sur les allocations pour enfants) du 13 novembre 1954 (BGBI. I page 333 - KGG) complétée ultérieurement par

les dispositions de la loi complémentaire sur les allocations familiales de la loi sur les prestations d'entretien du 26 juillet 1957, (BGB¹. I page 1046) et de la loi modifiant les termes de la loi sur les allocations familiales ;

Loi adaptant les prestations pour enfants payées par les assurances-accident et vieillesse obligatoires, par l'assurance-chômage, l'aide aux chômeurs et l'aide aux victimes de guerre à celles versées aux termes de la loi sur les allocations familiales (loi d'adaptation des allocations familiales - LAAF) du 7 janvier 1955 (BGB¹. I page 17) complétée ultérieurement par les dispositions de la loi complémentaire sur les allocations familiales de la loi modifiant et complétant l'AVAVG du 23 décembre 1956 (BGB¹. I page 1018) et de la loi modifiant les termes de la loi sur les allocations familiales ;

Loi complémentaire sur les allocations familiales (ICAF). (Loi complémentaire sur les allocations pour enfants-KGEG -) du 23 décembre 1955 (BGB¹. I page 841) et de la loi modifiant les termes de la loi sur les allocations familiales (LMLAF) ;

Loi modifiant et complétant certaines dispositions de la loi sur les allocations familiales (LMLAF) du 23 juillet 1957 (BGB¹. I page 1061) ;

Premier décret d'application de la loi sur les allocations familiales (LAF) et de la loi d'adaptation des allocations familiales (LAAF) du 21 décembre 1955 (BGB¹. I page 816) ;

Deuxième décret d'application de la loi sur les allocations pour enfants (LAF) (Pays-Bas) du 23 décembre 1955 (BGB¹. I page 861) ;

Troisième décret d'application de la loi sur les allocations familiales (LAF) et de la loi complémentaire sur les allocations familiales (LCAF) (France) du 4 juillet 1956 (EGB¹. I page 641) ;

Quatrième décret d'application de la loi sur les allocations pour enfants (LAF) et de la loi complémentaire sur les allocations pour enfants (LCAF) (Italie) du 4 juillet 1956 (EGB¹. I page 641) ;

Premier décret d'application de la loi complémentaire (LCAF) sur les allocations pour enfants du 14 mars 1957 (EGB¹. I page 268).

B. Structure, organisation sur les bases professionnelle et géographique .

Ainsi qu'il ressort des détails mentionnés dans la Partie A, la législation en matière d'allocations familiales a été promulguée par étapes et non en une seule fois. Cette législation repose, quant au fond, sur les conceptions retenues à la base de la première loi sur les allocations familiales, conceptions qui avaient suscité d'âpres luttes parlementaires au Bundestag et qui donnent lieu aujourd'hui encore à de profondes controverses. Les uns estimaient que la compensation des charges familiales incombait à l'Etat qui devrait en assumer l'organisation et le financement. L'opinion contraire, qui l'emporta en fin de compte, entendait ne pas confier à l'Etat des tâches que des communautés plus restreintes peuvent parfaitement résoudre sous leur propre responsabilité par voie de gestion directe, c'est-à-dire qu'elle entendait laisser aux milieux économiques intéressés le soin de résoudre eux-mêmes les problèmes posés au moyen de la gestion autonome. C'est ainsi que l'on aboutit à

la création de Caisses d'allocations familiales indépendantes à gestion directe qui furent rattachées aux "corporations professionnelles", c'est-à-dire aux Caisses professionnelles d'assurance-accident. Le rapport écrit préparé par la Commission de politique sociale du Bundestag mentionne :

"La création des Caisses d'allocations familiales rattachées aux "corporations professionnelles" (Caisses professionnelles d'assurance-accident) résulte d'une simplification administrative. Les Caisses assurance-accident disposent déjà de tous les documents nécessaires : listes d'entreprises et rôles de cotisations ; elles sont donc en mesure, comme nous l'espérons, d'effectuer tout le travail administratif avec des frais de personnel restreints, comme elles l'ont d'ailleurs elles-mêmes confirmé. La Commission ne veut pas passer sous silence que l'introduction dans ce Règlement de toutes les personnes indépendantes apportera un travail administratif supplémentaire."

L'opinion initiale que les frais administratifs et de gestion seraient peu élevés s'est confirmée par la suite. Pour les Caisses d'allocations familiales des professions industrielles, artisanales et commerciales, ils s'élevaient en

1955	à	2,6%	de l'ensemble des prestations
1956	à	2,7%	" " " "
1957	à	3,1%	" " " "

Les frais administratifs de l'Association générale des Caisses d'allocations familiales se sont élevés jusqu'ici à 0,03%.

L'affiliation aux Caisses professionnelles d'assurance-accident signifiait que les Caisses d'allocations familiales devaient être organisées par corporations : les professions industrielles, artisanales et commerciales (à l'image des Caisses professionnelles d'assurance-accident) et régionalement dans l'agriculture (à l'image des Caisses rurales d'assurance-accident). Il existe 36 caisses d'allocations familiales. Chaque catégorie d'activité économique prend donc à son propre compte les charges résultant du versement d'allocations familiales, exception faite pour les cas faisant l'objet de la compensation mentionnée ci-après.

Les Caisses d'AF sont des corporations de droit public. Leurs organes de gestion autonome sont les organes de gestion directe des corporations professionnelles, c'est-à-dire des Caisses d'assurance-accident auprès desquelles ont été créés ces caisses d'AF (l'assemblée des administrateurs et le Comité directeur sont constitués dans les professions industrielles, artisanales et commerciales par moitié d'employeurs et de salariés, dans l'agriculture pour un tiers d'employeurs, un tiers d'indépendants non employeurs et un tiers de salariés).

Les Caisses d'AF étendent leur compétence en matière de versement d'allocations à tous les salariés ou personnes exerçant un des métiers qui sont couverts contre les risques d'accidents auprès des Caisses professionnelles d'assurance-accident, ainsi qu'à tous ceux qui sont en droit de s'affilier aux dites assurances. Il s'agit, en l'occurrence, de la grande majorité des travailleurs. Quant aux personnes assurées légalement contre les risques d'accidents auprès d'autres institutions d'assurance (organismes de l'Etat fédéral, ou des Länder, assurances communales, etc.) ce sont ces institutions d'assurance-accident qui sont compétentes pour les allocations familiales (ICAF) par. 3 alinéa 1, n^o 1. Par conséquent, des Caisses

indépendantes ne sont pas créées aux seules fins de gérer les allocations familiales. Les organismes d'assurance-accident sont eux-mêmes débiteurs des allocations familiales. Ce n'est que d'un point de vue interne qu'ils peuvent comptabiliser séparément les recettes et dépenses relatives aux prestations pour enfants. Dans l'exposé des motifs du projet gouvernemental sur la loi complémentaire des allocations familiales, on peut relever :

"Attendu que le paiement d'allocations familiales versées aux personnes exerçant une profession et qui sont assurées auprès d'une Caisse professionnelle d'assurance-accident est réglementé par la loi d'allocations familiales, il faut tenir compte, dans ce projet, des personnes exerçant une profession qui sont assurées à un organisme d'assurance-accident légal autre qu'une Caisse corporative dite "corporation professionnelle" (§ 2 al. 1 n^o 1). De tels assureurs peuvent être : l'Etat fédéral, un Pays (Land) ou une Caisse communale d'assurance-accident. Puisque toutes les personnes au cours d'activité professionnelle sont ainsi assurées (exception faite des fonctionnaires) auprès d'un organisme d'assurance-accident légal, ou ont le droit de s'y assurer, on peut dire que cette Réglementation atteint tous ceux qui travaillent."

Les allocations familiales des chômeurs sont payées par l'Office fédéral de placement et d'assurance-chômage. Cette institution fait remettre les allocations aux intéressés par l'intermédiaire des Offices de Travail (bureaux de main-d'oeuvre) en même temps que les prestations chômage ou les secours aux chômeurs.

Toutes les autres personnes, y compris celles qui n'exercent aucun métier ou aucune profession, sont couvertes, sous certaines conditions par les Caisses d'allocations familiales ou les autres institutions compétentes d'assurance-accident (par exemple: paiement des allocations familiales par la Caisse d'allocations familiales ou l'institution d'assurance-accident compétente pendant les derniers douze mois avant la cessation du travail. En outre, il existe, cinq Caisses d'allocations familiales d'Etats fédératifs dont la compétence s'étend aux ayants droit résidant dans leur circonscription légale respective (LCAF, § 3, alinéa 1, n° 3).

C. Champ d'application

La législation allemande assure, indépendamment du revenu ou de la situation de l'ayant droit et de l'enfant, l'octroi de prestations familiales à toute personne ayant trois enfants ou plus. Elle couvre aussi bien les salariés que les travailleurs indépendants, les chômeurs, les personnes n'exerçant aucune profession et les retraités ou pensionnés. La nationalité ne joue aucun rôle. Il est simplement prévu que le bénéficiaire doit avoir, à l'intérieur du pays, son domicile légal ou habituel. Les conséquences de l'afflux permanent de réfugiés n'ont pu, à ce jour, faire l'objet d'une étude spéciale.

Partant du principe que l'allocation familiale ne doit pas être versée en majoration d'autres prestations sociales publiques, certaines prestations pour enfants accordées sur les deniers publics sont déduites du décompte ou même excluent complètement le droit aux allocations. La nomenclature des exclusions est plus longue au sujet des personnes n'exerçant aucune activité qu'à celui

des personnes qui travaillent. M. le Ministre fédéral du Travail Storch donnait ainsi son avis à ce propos dans l'exposé des motifs du projet gouvernemental concernant la loi complémentaire sur les allocations familiales :

"Les personnes n'exerçant aucune profession sont bénéficiaires, pour la plus grande partie, de prestations sociales. En tant que telles, elles reçoivent depuis longtemps déjà des prestations pour enfants. Lorsque ces prestations étaient inférieures à 25 DM, elles ont été augmentées par la loi d'adaptation des allocations familiales ainsi que par la 3^{me} loi de modification de la loi fédérale d'assistance. Ainsi elles ont été ajustées aux allocations familiales, ce qui confirme la volonté de principe du législateur que l'allocation familiale ne doit pas être versée en sus d'autres prestations pour enfants. Par conséquent, selon le projet, les personnes n'exerçant aucune profession ne sont pas admises au bénéfice des allocations familiales lorsque d'autres lois de prestations sociales leur octroient une prestation de 25 DM à partir du troisième enfant et davantage. A ce titre sont comprises également les rentes-orphelins.

Ainsi, le projet tient simultanément compte de la considération - laquelle doit jouer un rôle dans le cadre de la réforme sociale - que pour les mêmes motifs une prestation sociale ne pourra être octroyée qu'une seule fois. Le projet se limite, en ce qui concerne les bénéficiaires de prestations sociales, à mettre en accord les différentes notions d'enfant des lois relatives aux prestations sociales avec celles de la loi sur

les allocations familiales et de pourvoir à ce que soit octroyée une pension d'orphelin de 25 DM aux orphelins, troisième enfant et au-delà, ou alors l'allocation familiale."

En ce qui concerne les personnes exerçant une profession sont défalquées des allocations familiales ou suppriment le droit à ces allocations : les compléments de salaire ou de traitement accordés en faveur d'enfants au titre de la loi sur la fonction publique ou au titre des conventions collectives applicables aux ouvriers et employés des administrations publiques, les majorations ou suppléments pour enfants versés au titre des pensions et retraites de la Sécurité sociale; les prestations analogues aux allocations familiales versées par des institutions établies hors du territoire de la République fédérale ou de Berlin-Ouest. Le droit aux allocations familiales s'éteint pour les personnes n'exerçant aucune profession, lorsque les enfants sont admis au bénéfice de rentes-orphelins accordées au titre de la Sécurité sociale, de l'aide aux victimes de guerre ou du Fonds de compensation. La nomenclature des cas de cette espèce se trouve au § 3, alinéas 2 et 3 de la LAF et au § 2 de la LCAF. Hormis ces cas d'exception on peut cependant constater que la législation sur les allocations familiales s'étend à l'ensemble de la population.

D. Prestations

I. Montant des allocations familiales

Les allocations familiales sont payées à partir du troisième enfant à raison de 30 DM par mois et par enfant. Il n'existe aucune variation quant à leur montant.

Les travailleurs indépendants reçoivent le même montant que le salarié et les personnes qui ne travaillent pas. Les allocations sont exonérées de l'impôt et n'entrent pas en ligne de compte lors du calcul des cotisations dues à la Sécurité sociale.

Les projets de loi antérieurs sur les allocations familiales ne prévoyaient qu'un montant de 20 DM pour tous les enfants. Dès le début, il n'a été envisagé aucun échelonnement selon le nombre d'enfants. Le Bundestag, au cours de ses délibérations, a décidé de fixer à 25 DM les allocations familiales. Ce montant fixé tout d'abord dans la Loi AF a été porté par la loi du 27 juillet 1957 prenant effet au 1er octobre 1957 à 30 DM. Dans l'exposé des motifs du projet gouvernemental de cette loi il est dit :

"Dans le domaine des prestations, le projet d'allocations familiales prévoit de porter de 25 DM à 30 DM par mois les allocations familiales. La situation économique des familles nombreuses requiert une telle augmentation et cela d'autant plus qu'entre temps d'autres prestations pour enfants (par exemple suppléments pour enfants versés au titre d'institutions officielles ou compléments pour enfants versés au titre de retraites de la Sécurité sociale) ont été portées à 30 DM et davantage. La cotisation aux Caisses d'allocations familiales fixée par le projet à 1% du montant des salaires et traitements, ce qui correspond sensiblement au taux perçu en moyenne au moment de l'entrée en vigueur de la loi sur les allocations familiales, est suffisante, par suite de

l'augmentation du montant des salaires intervenue depuis 1955, en corrélation avec l'assiette des cotisations selon les revenus et la valeur matricielle de la propriété terrienne pour permettre cette augmentation et assurer la rentrée budgétaire des sommes correspondantes."

II. Ayants droit

Peuvent revendiquer le droit aux allocations familiales, pour autant que les conditions indiquées aux numéros III à IV soient remplies, les personnes suivantes :

1. Aux termes de la LAF : les personnes exerçant un métier ou une profession (salariés, travailleurs indépendants, membres de la famille aidant au travail d'un dépendant) pour autant qu'elles soient affiliées à une Caisse professionnelle d'assurance-accident ou qu'elles soient en droit de s'y affilier. Etant donné que tout entrepreneur non obligatoirement assuré est en droit de le faire (y compris les médecins, avocats, experts-comptables, etc..), toutes les personnes exerçant une profession libérale sont également des ayants droit ;
2. Aux termes de la Loi d'adaptation des allocations familiales : les chômeurs ;
3. Aux termes de la Loi complémentaire sur les allocations familiales :
 - a) les salariés ou personnes exerçant un métier qui sont assurés légalement contre les accidents du travail auprès d'autres instituts que les Caisses professionnelles d'assurance-accident ;

- b) toutes les autres personnes qui ne tombent pas sous chiffre 1.

III. Notion de l'enfant

Les personnes comprises sous le chiffre II doivent avoir au moins trois enfants ou davantage dont le statut est celui :

- d'un enfant légitime ;
- d'un enfant d'un autre lit accueilli dans le ménage ;
- d'un enfant déclaré légitime ;
- d'un enfant adoptif ;
- d'un enfant illégitime (par rapport au père, toutefois seulement lorsque sa paternité ou son obligation d'entretien a été établie),
- d'un enfant confié (pupille) .

En ce qui concerne les raisons qui ont déterminé l'octroi de l'allocation familiale à partir du troisième enfant seulement, nous renvoyons le lecteur aux Parties A, sous II où sont mentionnées les opinions des députés Winkelheide et Horn ainsi que celle du Ministre fédéral du Travail Storch.

A plusieurs reprises la notion de l'enfant a été modifiée. C'est ainsi qu'au début seul un "enfant né d'un autre lit légitime" était pris en considération tandis que ne l'était pas un enfant d'un autre lit illégitime. Compte tenu du principe d'égalité contenu à l'Article 3 de la loi fondamentale et la tendance à ce que les enfants illégitimes soient mis à tous points de vue sur pied d'égalité avec les enfants légitimes (Article 6, alinéa 5 de la Loi fondamentale), on est arrivé à abandonner une telle restriction par la loi du 27 juillet 1957, prescrivant cependant l'appartenance au foyer d'un enfant d'un autre lit, ce qui

n'avait pas été expressément prévu auparavant, mais exigé par la pratique.

Au début, n'étaient pris en considération les enfants illégitimes que par rapport à leur mère naturelle mais pas par rapport à leur père naturel. Chez ce dernier étaient tout au plus pris en considération des enfants confiés ou pupilles. Compte tenu du principe d'égalité, une modification a été effectuée, ici encore ; toutefois l'attribution de l'enfant au père n'est admise que si sa paternité est constatée (ou bien son obligation alimentaire).

Etait considéré comme un enfant confié (pupille), d'après l'interprétation initiale de la LAF celui qui était reconnu comme tel par l'administration fiscale de même que l'orphelin, s'il était accueilli par ses grands-parents ou frères et soeurs. Des difficultés ayant surgi dans la pratique, le Gouvernement fédéral s'est vu obligé de fixer par une loi, plus exactement par la loi du 27 juillet 1957, la définition de l'enfant confié. En conséquence, est considéré enfant confié, l'enfant vivant auprès de personnes l'ayant accueilli ayant établi avec lui des relations durables analogues aux liens familiaux et qui contribuent dans une mesure non négligeable à son entretien. Est considéré également comme enfant confié (pupille), l'enfant accueilli par des grands-parents ou frères et soeurs ou dont ces derniers en assurent l'entretien pour une part prépondérante.

Les allocations familiales ne sont payées que pour les enfants âgés de moins de 18 ans révolus. D'après le texte initial de la loi sur les allocations familiales, celle-ci prévoyait que cette limite pouvait être reportée jusqu'à 25 ans révolus si l'enfant était à charge de l'ayant droit, en cas de formation

professionnelle. En vue de parer à une rigueur excessive du point de vue social, les enfants infirmes ont été inclus dans le règlement d'allocations familiales. Pour éviter un travail administratif, étant admis que tous les enfants en apprentissage ne peuvent subvenir à leur entretien, il a été prévu par la Loi complémentaire sur les allocations familiales de prendre en considération les enfants entre 18 et 25 ans révolus incapables de se subvenir parce qu'en apprentissage (ou études) ou encore pour raison d'infirmité physique ou mentale. Dans son rapport écrit, la Commission de politique sociale mentionne à ce propos ce qui suit :

"D'après le § 2, alinéa 1, phrase 1 de la Loi AF, l'allocation familiale est payable pour tout enfant de 18 à 25 ans révolus en cours de formation professionnelle à l'ayant droit qui en assure l'entretien. La question de savoir sous quelles conditions l'enfant, par l'apport de son propre revenu ou de contributions à son entretien de la part de tiers pourrait se subvenir, a conduit, dans la pratique, à des appréciations discutables et parfois à des conclusions inadmissibles. La Commission est d'avis, sans vouloir entrer dans des cas particuliers, qu'en règle générale l'enfant en cours de formation professionnelle n'est pas en mesure de se subvenir d'une manière suffisante. Par conséquent, ainsi qu'il ressort du texte adopté par la Commission, § 2, alinéa 1, phrase 1, de la LAF, le droit aux allocations familiales des enfants en cours de formation professionnelle n'est plus subordonné au fait que l'enfant dépende ou non de l'ayant droit pour son entretien. Le renoncement à cette condition procure une économie importante de travail administratif. Il a semblé à la Commission que ce serait faire preuve de justice et d'équité en s'appuyant

sur des prescriptions correspondantes de l'aide aux victimes de guerre et du régime spécial du secteur public, que de placer ces enfants en cours de formation professionnelle sur un pied d'égalité avec les enfants physiquement ou mentalement diminués ne pouvant se subvenir par leurs propres moyens."

Le nombre des enfants (du troisième et plus) pour lesquels, selon la LAF, des allocations familiales ont été payées par des Caisses d'allocations familiales non agricoles est le suivant :

	<u>Enfants de</u>	
	<u>salariés</u>	<u>travailleurs indépendants</u>
1955	1.026.230	221.342
1956	1.088.574	228.233
1957	1.045.362	217.411

<u>auprès des Caisses agricoles d'allocations familiales</u>		
1955	317.718	66.039
1956	277.992	65.840
1957	262.220	69.730

IV. Domicile de l'avant droit

Les ayants droit doivent résider ou séjourner régulièrement sur le territoire de la République fédérale ou de Berlin-Ouest, pour autant qu'il ne s'agit pas de cas d'exception prévus par l'ordonnance sur la LAF (par exemple frontaliers français).

V. Domicile de l'enfant

La rédaction initiale de la LAF ne prévoyait pas l'octroi d'allocations familiales à des étrangers résidant sur le territoire de la République fédérale pour autant qu'aucun accord n'était intervenu avec l'Etat

concerné pour des enfants ne résidant pas en République fédérale ou à Berlin-Ouest. Par contre, des ressortissants allemands résidant au dehors de la République fédérale d'Allemagne bénéficiaient des allocations familiales également pour leurs enfants. C'est ainsi que le Règlement a été modifié par la LCAF, prévoyant que les allocations familiales ne seraient payées à tout citoyen allemand ou tout étranger que si les enfants résident ou séjournent habituellement sur le territoire de la République fédérale dans ses frontières du 31 décembre 1957. La Commission de politique sociale du Bundestag relève ce qui suit dans son rapport écrit concernant cette modification :

"La réglementation, tenant compte de la séparation fréquemment imposée à des familles du fait de la division de l'Allemagne a conduit dans la pratique à payer des allocations familiales à des personnes dont les enfants vivent à l'étranger dont ils n'assurent pas l'entretien (et éventuellement ne sont pas en mesure de le faire). Dans la plupart de ces cas, il ne sera pas possible d'assurer le bien-être de l'enfant par une ordonnance d'un Tribunal des Tutelles, conformément au § 8, de la LAF. En outre, au cours de négociations internationales, il a surgi des difficultés, étant donné que presque tous les Etats exigent la domiciliation effective de l'enfant à l'intérieur de leur territoire pour octroyer les allocations familiales, tandis que la République fédérale admettait cette condition seulement pour les étrangers. De ce fait, il a paru justifié à la Commission de limiter le

droit aux allocations familiales, sans tenir compte de la nationalité des ayants droit, aux enfants résidant ou séjournant régulièrement sur le territoire de la République fédérale dans ses frontières du 31 décembre 1947."

Aux termes des ordonnances d'exécution, des exceptions sont faites concernant le domicile de l'enfant pour les enfants de certaines personnes (frontaliers, salariés) résidant en France, aux Pays-Bas ou en Italie.

VI. Etats d'exception

On ne peut faire valoir un droit à des allocations familiales lorsqu'on appartient aux catégories d'exception prévues par la loi. Nous renvoyons à ce propos aux détails donnés à la Partie C.

VII. Concurrence des droits

Chaque enfant donne droit au paiement d'une seule allocation, lorsque plusieurs personnes remplissent simultanément les conditions permettant de faire valoir des droits aux allocations familiales pour un enfant donné, la loi fixe directement les priorités ou encore laisse aux Chambres de Tutelle le pouvoir de trancher. En principe, le père a un droit prioritaire sur la mère, mais c'est l'inverse dans des cas exceptionnels (par exemple dans le cas où la mère est le soutien de famille):

E. Influence de la politique nataliste

Les considérations de la politique nataliste n'ont joué aucun rôle lors de l'élaboration de la législation sur les allocations familiales.

F. Financement

I. Généralités

Les moyens financiers nécessaires aux Caisses d'allocations familiales sont perçus par voie de cotisations. Toutefois, comme le stipule la Loi d'adaptation des allocations familiales, aucune cotisation n'est exigée des chômeurs, les services fédéraux de la main-d'oeuvre et l'assurance-chômage fournissant eux-mêmes les moyens nécessaires. Aux termes de la Loi complémentaire sur les allocations familiales, les Instituts d'assurance-accident autres que les Caisses professionnelles sont en droit de percevoir des cotisations dans le cadre de certaines limites. Les dépenses afférant aux personnes qui ne travaillent pas sont, sous certaines conditions, prises en charge par l'Etat.

Ainsi qu'il est relaté au § A, le mode de financement a soulevé d'âpres luttes. En principe, il est resté tel que prévu malgré quelques modifications qui y ont été apportées entre temps (par exemple par la création d'autres cas d'exonération).

II - Caisses d'allocations familiales des professions industrielles, artisanales et commerciales

Les règles suivantes s'appliquent au financement par voie de cotisations des Caisses d'allocations familiales de l'industrie, de l'artisanat et du commerce.

1. Cotisations obligatoires

Les cotisations sont obligatoires pour tous les salariés, les travailleurs indépendants ou membres de la famille de l'employeur apportant leur aide dans un commerce ou une entreprise, pour lesquels des cotisations doivent être versées à une Caisse professionnelle assurance-accident ou qui les paieraient en cas d'affiliation. Les cotisations légales de l'assurance-accident sont entièrement à la charge des employeurs ; il en est de même pour les Caisses d'allocations familiales. Les employeurs ont l'obligation de verser les cotisations légales exigibles pour leur personnel, pour les membres de leur famille qui les aident dans leur entreprise ainsi que pour eux-mêmes. En dehors des exceptions mentionnées, l'obligation n'est modifiée ni par l'importance de l'entreprise, ni par les revenus, la situation de famille ou de fortune de l'employeur. Le fait que l'employeur ou son personnel fassent valoir leur droit au paiement des allocations familiales ou non ne joue aucun rôle.

Des avances sur les cotisations peuvent être exigées.

La loi sur les allocations familiales ne connaît qu'un nombre limité d'exceptions relatives à l'obligation de cotiser. Sont exemptés de cette obligation l'Etat fédéral, les Etats fédératifs allemands (Länder), les Communes et autres institutions, organismes et fondations de droit public, ainsi que certaines autres administrations et entreprises, dans la mesure où elles appliquent elles-mêmes une réglementation conforme aux obligations prescrites par la Loi sur les allocations familiales.

En outre sont exemptées les entreprises - spécifiées par la loi - reconnues comme "Institutions spéciales", pour autant qu'elles paient elles-mêmes des allocations familiales à leur personnel. Les prestations de telles institutions libres de l'économie qui existaient déjà, en partie du moins, avant l'introduction de la loi sur les allocations familiales obligatoires, peuvent être reconnues comme telles au sens de la loi sur les allocations familiales, par les Caisses d'allocations familiales compétentes pour leur branche professionnelle. Dans ces conditions, la Caisse d'allocations familiales n'est pas tenue de payer des allocations familiales aux ayants-droit de cette catégorie, de même elle ne reçoit aucune cotisation pour les personnes, exception faite des cotisations dites de compensation. Cette cotisation de compensation peut être demandée par la Caisse d'allocations familiales au cas où s'avèrerait une différence peu équitable entre les dépenses de l'entreprise pour les allocations familiales et les cotisations qui reviendraient à la Caisse sans l'exemption de l'entreprise. Les Institutions reconnues de l'économie industrielle (artisanale et commerciale) ont payé en 1950 des allocations familiales pour un montant de DM 34.726.759 et en 1957 DM 36.270.980.

2. Répartition générale

Le montant des cotisations dépend des besoins des Caisses d'allocations familiales. Chacune des Caisses professionnelles d'allocations familiales doit couvrir ses besoins financiers annuels au moyen d'une répartition générale correspondante. Il s'agit donc pour elles de trouver les moyens financiers permettant d'octroyer les allocations familiales, de verser les contributions

dues à l'Union générale des Caisses d'allocations familiales, de supporter leurs frais de gestion, de constituer leurs réserves et leurs fonds de roulement. Il n'est pas admis de procéder à des calculs de répartition séparés distinguant les besoins nécessaires au versement d'allocations familiales aux professions indépendantes comme aux besoins des autres ayants-droit. Il n'existe pas de tableau ou état permettant de savoir dans quelle mesure les travailleurs indépendants fournissent eux-mêmes les fonds nécessaires au paiement des allocations pour leurs enfants. Mais on peut admettre sans risque d'erreur qu'ils n'apportent en fait qu'une partie des fonds qu'ils consomment. Sont comprises dans les contributions à verser à l'Union générale des Caisses d'allocations familiales les sommes à verser aux Caisses agricoles d'allocations familiales (voir sous IV) dont les charges sont supportées aux 2/3 par les Caisses professionnelles d'allocations familiales. Par ailleurs, des contributions compensatoires supplémentaires peuvent devenir exigibles, cas échéant, en faveur de certaines autres Caisses d'allocations familiales (voir sous III).

3. Exemptions de cotisations

Au cours des années le nombre des personnes exonérées de la cotisation a sensiblement augmenté. Les avantages ainsi accordés doivent constituer surtout une mesure de protection en faveur des classes moyennes du secteur industriel (artisanal et commercial).

Le paragraphe 11 de la loi sur les allocations familiales introduit les dispositions particulières suivantes applicables aux Caisses d'allocations familiales de l'industrie, de l'artisanat et du commerce :

a) Exemption de l'obligation à cotiser pour les travailleurs indépendants ayant un petit revenu

La loi sur les allocations familiales, à son origine, prévoyait que les travailleurs indépendants dont le revenu annuel ne serait pas supérieur à DM 4.800 seraient exemptés de l'obligation de cotiser pour eux-mêmes. Les statuts des différentes Caisses pouvaient prévoir des règlements différents, avec la réserve que la cotisation de ces indépendants ne dépasserait pas 12 DM par an. La Commission de politique sociale dans son rapport écrit sur la loi des allocations familiales relevait que le but de cette prescription était avant tout de protéger la classe moyenne dont les revenus, dans bien des cas, sont au-dessous de la moyenne du salarié.

Plusieurs Caisses d'allocations familiales ont eu recours à la possibilité accordée par les statuts pour exiger des travailleurs indépendants à petits revenus la cotisation minimum de 12 DM. D'autres se sont abstenues de faire ainsi appel à une cotisation des travailleurs indépendants exemptés en principe. La demande de modification présentée par la S.P.D., préconisant que les travailleurs indépendants ayant un revenu ne dépassant pas 4.800 DM par an soient universellement libérés de l'obligation de cotiser pour eux-mêmes, avait été repoussée au cours de délibérations sur la loi complémentaire sur les allocations familiales. A ce propos, le rapport de la Commission politique sociale mentionne :

"Le paragraphe 11, alinéa 1 de la loi sur les allocations familiales prévoit que les travailleurs indépendants de l'économie industrielle (artisanale et commerciale) dont le revenu ne dépasse pas 4.800 DM par an sont libérés de l'obligation de cotiser

pour eux-mêmes. Il est toutefois laissé à l'Assemblée des administrateurs des Caisses d'allocations familiales des professions artisanales et commerciales individuelles la faculté de décider des dérogations, c'est-à-dire qu'il peut être fixé, par voie de statuts pour ces travailleurs indépendants des cotisations annuelles allant jusqu'à 12 DM. Des 36 Caisses d'allocations familiales existantes, 13 ont eu recours à la possibilité de fixer une cotisation minimum de 12 DM tandis que les autres Caisses d'allocations familiales ont renoncé à percevoir des cotisations de la part de ces travailleurs indépendants. En vue de remédier à ces différentes charges de cotisations des travailleurs indépendants de la classe moyenne, le groupe de la S.P.D. demanda l'exemption générale de cotiser pour tous les travailleurs indépendants dont le revenu ne dépasse pas 4.800 DM par an ; ce même groupe demanda également qu'il soit renoncé à la perception d'une cotisation annuelle par la voie des statuts des Caisses d'allocations familiales. Cependant, cette proposition a été rejetée car l'on craignait qu'une exemption générale de ces travailleurs indépendants conduise dans ce cadre à une trop lourde charge de cotisations pour les autres assujettis à payer les cotisations aux différentes Caisses d'allocations familiales."

Par la suite, la loi du 27 juillet 1957 a modifié les prescriptions dans ce sens que les travailleurs indépendants dont le revenu annuel ne dépasse pas 4.800 DM sont libérés de l'obligation de cotiser pour eux-mêmes ; l'exemption de cotiser est toutefois annulée si dans les

trois mois après réception de la formule exigeant le paiement des cotisations l'intéressé n'a pas présenté le dernier bordereau d'impôts sur le revenu ou une attestation du ministère des Finances sur la non-imposabilité sur le revenu. La Commission de politique sociale fait remarquer ce qui suit dans son rapport écrit à propos des raisons de cette modification :

"pour les raisons mentionnées dans sa partie générale il n'a rien été changé en principe aux règles prévues au sujet des cotisations dans la loi sur les allocations familiales. Il paraît cependant nécessaire, afin de soulager les charges des assujettis économiquement faibles, d'abroger la clause du paragraphe 11, alinéa 1, phrase 4 de la loi sur les allocations pour enfants en vertu de laquelle le statut pourrait permettre de demander également des cotisations aux travailleurs indépendants dont le revenu réel ne dépasse pas 4.800 DM par an et de fixer cette limite d'exonération de cotisation d'une manière obligatoire."

Le montant de la non-entrée (déficit) de cotisations n'a pas été déterminé jusqu'à présent.

b) Exonération de cotisation pour un membre de la famille aidant au travail du chef de famille dans une entreprise familiale

Par la loi complémentaire sur les allocations familiales il a été introduit la réglementation non prévue initialement selon laquelle les travailleurs indépendants sont dispensés de l'obligation de cotisation pour un membre de leur famille travaillant avec eux dans leur entreprise. Il n'y a pas ici de limite de cotisation. Dans le rapport de la Commission de politique sociale au sujet de

la loi complémentaire sur les allocations familiales, il est uniquement mentionné à ce propos que cette modification a été adoptée à l'unanimité "afin d'atténuer la charge de cotisation des assujettis des classes moyennes".

c) Exonération de cotisation pour les salariés des très petites entreprises

Enfin par la loi du 27 juillet 1957 il a été introduit une autre exonération de cotisation. Les entrepreneurs sont exonérés de l'obligation de payer la cotisation lorsque la somme des salaires et traitements payés par leur entreprise ne dépasse pas 6.000 DM par an. Les statuts peuvent stipuler qu'au lieu de cette réglementation les entrepreneurs sont dispensés de l'obligation de payer la cotisation lorsque le nombre des journées de travail fournies dans leur entreprise par les salariés ne dépasse pas 300 jours par an, chaque tranche de 8 heures comptant pour un jour de travail.

On lit à ce sujet dans le rapport écrit de la Commission de politique sociale sur cette loi :

"Pour la même raison (soulagement des économiquement faibles), il paraît opportun de prévoir une réglementation selon laquelle l'obligation de paiement de cotisations de la part des employeurs dans l'artisanat et dans les professions libérales lorsque la somme des salaires et traitements payés par l'entreprise ne dépasse pas 6.000 DM par an ... Les modifications décidées suffisent, de l'avis de la majorité de la Commission, pour tenir compte des nécessités pressantes de supprimer les duretés des règlements actuels de paiement de cotisations.

Quant à savoir si d'autres exonérations de cotisations seront possibles, la vérification ne pourra avoir lieu que dans le cadre d'une plus vaste réforme."

d) Exonération de cotisation en vertu des statuts

Les statuts peuvent dégager d'autres groupes d'assujettis à la cotisation de leur obligation de payer la dite cotisation lorsque les montants des cotisations à attendre de la part de ces groupes ne seraient pas dans une proportion raisonnable des frais de recouvrement des cotisations. Quelques Caisses de compensation familiale ont, en vertu de ce pouvoir, dégagé tous les entrepreneurs de l'obligation de payer la cotisation pour leur propre personne.

4. Calcul des cotisations

Le calcul des cotisations a lieu conformément aux statuts des Caisses de compensation des charges familiales. Celles-ci connaissent les procédés suivants :

- a) la cotisation d'après le montant du salaire, calculée en pourcentage des rémunérations prouvables (montant des salaires et traitements) payés par l'entreprise. Ce en quoi tout comme dans l'assurance-accident les salaires et traitements ne doivent être pris en considération que jusqu'à la limite maximum légale de 9.000 DM par an, limite qui peut toutefois être dépassée par les règlements découlant des statuts (clauses statutaires);
- b) la cotisation "par tête" (cotisation individuelle), calculée d'après le nombre des personnes employées pendant l'année civile.

Souvent, ces deux méthodes se rencontrent appliquées parallèlement, du fait que la méthode de cotisation d'après le montant des salaires est utilisée pour les salariés et les membres de la famille de l'employeur l'aidant dans son travail, tandis qu'on emploie la méthode de la cotisation par tête pour les travailleurs indépendants.

III. Système de péréquation entre les Caisses d'allocations familiales

De la méthode de répartition et de la possibilité d'aménagement libre des statuts il découle que le montant des cotisations n'est pas le même pour toutes les Caisses d'allocations familiales. Des différences inadmissibles dans la charge moyenne des assujettis à la cotisation doivent être supprimées par la Fédération générale des Caisses d'allocations familiales grâce à une compensation équitable, dont la réalisation s'est avérée très difficile. En outre, cette compensation n'apporte pas une cotisation entièrement uniforme ; elle ne fait qu'éliminer les plus grosses différences.

En 1955, la charge des cotisations auprès des Caisses d'allocations familiales industrielles et artisanales oscillait avant la réalisation de la compensation dans le cas de la répartition d'après le montant des salaires entre 0,61 pour cent et 1,5 pour cent, dans le cas de la répartition d'après le nombre de personnes, entre 12 DM et 67,31 DM.

Les différences se situent aujourd'hui, après réalisation de la compensation, approximativement entre 0,7 pour cent et 1,0 pour cent.

En raison des difficultés pratiques rencontrées dans la réalisation de la compensation, le projet gouvernemental pour la loi du 27 juillet 1957 prévoyait une modification des règlements sur les cotisations et l'introduction d'un taux fixe de cotisation de 1 pour cent du montant du salaire. Mais, après que la Fédération générale des Caisses d'allocations familiales au sein de laquelle sont groupées toutes les Caisses d'allocations familiales fut parvenue à obtenir un accord avec toutes les caisses participantes, cette modification n'eut pas lieu. Dans le rapport écrit de la Commission de politique sociale du Bundestag sur la loi du 27 juillet 1957, on peut lire à ce sujet :

"Alors que le projet du groupe F.D.P. représente une modification fondamentale du système de la législation actuelle sur les allocations pour enfants, dont la discussion au sein de la Commission a paru inopportune pour les raisons que nous avons indiquées, le projet du gouvernement - à part une augmentation du montant des allocations - se borne essentiellement à une nouvelle réglementation des cotisations. La loi sur les allocations pour enfants (allocations familiales) est basé sur le principe que chaque branche de l'activité économique groupée dans une Caisse d'allocations familiales doit, en premier lieu, fournir elle-même les fonds nécessaires au paiement des allocations familiales à son personnel, mais qu'une compensation doit avoir lieu par la voie de la gérance autonome de la Fédération

générale des Caisses d'allocations familiales, lorsque l'on constate des différences inadmissibles dans la charge de cotisations à fournir. Des difficultés considérables se sont opposées à la réalisation de cette compensation pour l'année 1955. Quinze des 36 Caisses d'allocations familiales de l'industrie et de l'artisanat participantes ont protesté contre la résolution d'adoption de la compensation du Comité directeur de la Fédération générale du 4 juillet 1956, ou ont déposé une demande visant à obtenir une réglementation différente par la voie d'ordonnances administratives auprès du ministre fédéral du Travail. En raison de la grande diversité d'opinions sur la question de la compensation de la part des Caisses d'allocations familiales, il a paru impossible au Comité directeur de la Fédération générale de parvenir à une réglementation satisfaisante par la voie de la gestion autonome. C'est pourquoi dans son rapport pour l'année 1955 il est parvenu à la conclusion qu'une cotisation unitaire d'après le montant du salaire, bien que représentant une restriction considérable du principe de la gestion autonome des différentes branches économiques et de la solution de leurs problèmes par elles-mêmes, la réglementation actuelle est préférable. En conséquence, le projet gouvernemental prévoit que les cotisations seront fixées dans la loi même selon des principes unitaires. On a néanmoins réussi, postérieurement à la présentation du projet gouvernemental, à trouver une réglementation de la question de la compensation pour l'année 1956 qui a été adoptée à l'unanimité par le Comité directeur et l'Assemblée des représentants de la Fédération générale et a obtenu

l'approbation de toutes les Caisses d'allocations familiales. En vertu de quoi la compensation doit être réalisée de sorte que la charge des Caisses d'allocations familiales ayant droit à la compensation ne dépasse pas de plus de 10 pour cent la charge des Caisses d'allocations familiales tenues de payer cette compensation. Cette réglementation de la compensation doit demeurer valable pour les années à venir. Une charge égale de toutes les branches industrielles telles que voulait la fixer le projet gouvernemental a donc été réalisée d'une manière approximative par la voie de la libre gestion.

Dans ces circonstances, de l'avis de la majorité de la Commission - même si la décision de la Fédération générale a pu être prise sous l'inspiration du projet gouvernemental - il n'est aucunement nécessaire à l'heure actuelle de fixer les cotisations d'une manière unitaire dans la loi même. On peut, au contraire, conserver dans ce domaine également le principe de la gestion autonome, ce qui correspond à la conception fondamentale de la loi sur les allocations familiales. Le renoncement à une réglementation des cotisations dans la loi même évite également les difficultés résultant de ce que le projet gouvernemental prévoit le recouvrement des cotisations des travailleurs indépendants, des professions industrielles, artisanales et commerciales, et des professions libérales également pour leur propre personne en rapport avec leurs revenus que celui des cotisations des agriculteurs d'après les valeurs unitaires des exploitations agricoles fixées par les services fiscaux, tandis que le Bundesrat s'est opposé à une

immixtion des services fiscaux en raison de leur surcharge de travail par d'autres tâches. Une opposition encore plus grande serait représentée par les objections du Bundesrat au projet du groupe FDP selon lequel les services fiscaux devraient être l'institution chargée du paiement des allocations familiales."

Les montants recouverts au titre de la compensation par la Fédération générale sur les Caisses d'allocations familiales assujetties au paiement de cette compensation et versés aux Caisses d'allocations familiales ayant droit à la compensation se sont élevées

en 1955 à 19.720.653,00 DM (pour leurs propres dépenses d'allocations pour enfants de 330.145.966,00 DM, non compris la subvention agricole)

en 1956 à 40.072.600,00 DM (pour leurs propres dépenses d'allocations pour enfants de 323.288.432,00 DM non compris la subvention agricole).

IV. Subventions des Caisses d'allocations familiales des professions non agricoles aux Caisses d'allocations familiales du régime agricole

Les Caisses d'allocations familiales agricoles n'ont à fournir par cotisations qu'un tiers des fonds dont elles ont besoin pour payer l'allocation familiale comme pour leurs frais d'administration. Les deux autres tiers sont

... rapportés par des subventions de la part des Caisses d'al-
locations familiales du secteur industriel, artisanal et
commercial. Le calcul de la répartition est adapté à ce-
lui des organisations professionnelles syndicales agrico-
les.

D'après le rapport écrit de la Commission de politi-
que sociale au sujet de la loi sur les allocations fami-
liales cette réglementation spéciale a été adoptée pour
l'agriculture en vue de soulager "l'agriculture qui a
beaucoup de familles nombreuses". Ce faisant, on a consi-
déré également que l'agriculture, en raison de la mise à
disposition des autres secteurs économiques de nombreux
troisièmes enfants, et d'avantage, qu'elle assure, mérite
cette faveur".

A ce propos, le Député Dr Siener (SPD), à la deuxième
lecture de la loi sur les allocations pour enfants, à l'oc-
casion de la question de savoir si d'autres montants exo-
nérés étaient à envisager dans l'agriculture, a exposé ce
qui suit :

"Nous nous sommes mis en rapports avec l'industrie
pour qu'un tiers des fonds nécessaires au titre de
l'allocation pour enfants - d'après les calculs du
ministère du Travail le montant total pour environ
435.000 enfants s'élève à environ 130 millions de
DM sans les frais - soit procuré par l'agriculture.
Nous n'avons, en conséquence, introduit aucune li-
mite d'exonération dans notre conception, car le
tiers, soient environ 40 millions de DM, sans les
frais de gestion venant en sus, s'il est réparti

sur les exploitations agricoles qui se trouvent au-dessus de la limite d'exonération, indifféremment qu'elle soit fixée à 3600 ou à 4800 DM, conduirait à une charge dépassant de beaucoup la mesure de ce que les autres secteurs de la vie économique, industrie, artisanat et commerce, ont à supporter d'après le montant des salaires. Si vous adoptez une limite d'exonération dans l'agriculture, vous devez pratiquement, selon une estimation superficielle, exclure au moins 1,7 millions des 2.040.000 exploitations. Cela signifierait que ce tiers devrait être fourni par un petit nombre d'exploitations qui ne serait aucunement en mesure de supporter cette charge exorbitante. Pour cette raison, nous n'avons pas adopté de limite d'exonération et nous sommes contents de prévoir qu'un tiers, départi d'après le montant payé en 1953 par les organismes corporatifs d'assurance-accident, serait à répartir proportionnellement. D'après le décompte actuel, à raison de 25 DM d'allocation par enfant et pour le nombre d'enfants de l'agriculture, cela signifierait environ 40% de majoration à la cotisation d'assurance devant être payée par les exploitations agricoles - elles sont au nombre non pas de deux millions, mais de trois millions - qu'il faut envisager ici, car il s'agit des exploitations agricoles dites assujetties à l'assurance obligatoire

Il peut se faire que du point de vue social on puisse soulever à juste titre la question de savoir si l'on a le droit d'imposer les charges aux très petites exploitations. Mais veuillez considérer, Mesdames et

Messieurs, que les 130 millions de DM en faveur de l'agriculture vont en très majeure partie aux petites et moyennes exploitations, où nous rencontrons le plus grand nombre d'enfants. Je considère qu'il n'est ni social ni impossible de percevoir sur les exploitations cette majoration en faveur des familles nombreuses. L'argent ne sort pas de ces milieux agricoles. Il en est perçu un tiers, mais les trois tiers s'écoulent pratiquement dans les milieux de ces exploitations agricoles"

Cette réglementation a conduit aux charges suivantes du fait de l'allocation familiale (sans les frais de gestion) :

Année	<u>Caisses agricoles d'allocations familiales</u>	Charge propre	<u>Caisses industrielles</u>		Charge totale
			charge propre	+ subvention agricole	
1955	101.213.004.-	34.335.938.-	330.145.966.-	66.877.066.-	397.023.032.-
1956	101.027.304.-	34.949.368.-	323.288.432.-	67.077.936.-	390.312.368.-
1957	101.427.817.-	33.809.273.-	343.496.033.-	67.618.544.-	411.114.577.-

Par la loi du 27 juillet 1957 sur une initiative du groupe CDU/CSU, il a été introduit en troisième lecture de la loi une clause stipulant que parmi les assujettis des Caisses d'allocations familiales du secteur agricole lorsque la répartition donnerait pour une personne une cotisation inférieure à 10 DM, cette cotisation ne serait pas mise en recouvrement. Les assujettis à la cotisation des Caisses d'allocations familiales n'auraient donc plus

à payer les cotisations inférieures à 10 DM. Le manque à recouvrer en résultant a été mis à la charge des Caisses d'allocations familiales du secteur industriel (commercial et artisanal). Le Député Bausch (CDU/CSU) a déclaré entre autres ce qui suit dans les débats sur cette proposition :

"Les choses sont telles que dans l'ancienne solution de la loi il ne s'agissait pas d'impliquer également les petites exploitations agricoles. Non, il s'agissait de mettre également à contribution pour le financement des allocations familiales les propriétaires de terrains qui n'ont aucunement une exploitation agricole, mais possèdent seulement un petit ou tout petit terrain. Jusqu'à présent, une veuve qui n'avait aucun revenu était à la charge de l'Assistance publique, mais possédait un petit champ, devait payer la cotisation d'allocations familiales. On doit mettre fin à cette situation complètement insoutenable, contraire au sentiment le plus élémentaire de la justice ...

Je me suis mis en relation ce matin avec l'organisation corporative agricole de mon pays. On m'y a confirmé que si l'on adoptait la limite d'exonération visée de 10 DM, alors les propriétaires fonciers dont la propriété foncière a une valeur unitaire de moins de 330 DM seraient dispensés de la cotisation pour allocations familiales. Ce ne serait pas même ce qui est prévu dans le projet gouvernemental où il est question d'une valeur unitaire à exonérer de 6000 DM (et au-dessus). Nous sommes manifestement tous d'accord sur ce point que l'on ne

peut pas fixer aujourd'hui cette limite d'exonération plus élevée dans le cadre de cette réforme partielle, mais qu'une limite d'exonération de 10 DM élimine les duretés les plus indéfendables. Cela m'a été confirmé par l'organisation corporative agricole de mon pays.

On peut naturellement être d'un avis ou de l'autre sur la question de savoir qui doit supporter les frais. Je suis personnellement enclin à dire : "Les frais doivent être à la charge du gouvernement fédéral". Je pourrais sur ce point donner mon approbation à la moitié de la SPD. Mais je crains qu'une telle résolution nous entraîne à un nouveau débat sur une avance de couverture à la Commission du Budget. Dans ce cas, la décision d'adopter cette réforme partielle, qui apporte sans aucun doute certaines améliorations de cette loi controversée, serait rigoureusement impossible aujourd'hui.

C'est pourquoi il n'existe actuellement, si nous voulons supprimer les défauts les plus graves de cette loi, que cette seule voie indiquée dans la motion de la SPD, autographe 1249. Au prochain Bundstag on devra aborder une réforme fondamentale de cette loi.

.....

Tous les propriétaires de petits biens fonciers devraient être exemptés de la contribution au financement des allocations familiales. En ce qui concerne mon pays, la fixation de la limite d'exonération à 10% n'exempterait pas moins de 61% des assujettis à la contribution de financement des allocations familiales dans le secteur de la propriété foncière.

Ces 61% d'assujettis ont fourni jusqu'à présent 19,1% du montant des cotisations dans le secteur agricole. On ferait l'économie d'une énorme masse de travail administratif complètement insensé et il n'y a pas de doute que la solution obtenue si la motion con- signée dans l'autographie 1249 était adoptée, sans doute loin d'être intégrale, serait cependant consi- dérablement meilleure et plus judicieuse."

Monsieur le Ministre fédéral du Travail Storch a dé- claré à ce propos au cours de la même séance :

"Pour porter à 30 DM l'allocation à partir du troi- sième enfant, il nous faut au total 550 millions de DM. L'adoption de l'amendement aurait pour conséquen- ce une diminution de 10 millions de DM des ressour- ces des caisses agricoles d'allocations familiales; cette diminution devrait alors être compensée par la péréquation des charges entre les différentes cais- ses. C'est là un ordre de grandeur sur lequel il ne devrait pas avoir lieu de discuter trop longtemps, surtout si l'on considère que tout le système des allocations familiales est échafaudé, pour une bonne part, sur l'idée que l'enfant d'aujourd'hui sera en fin de compte le travailleur de demain.

Ce qui importe ici, c'est de savoir si cela repré- sente vraiment un gros effort pour les corporations industrielles que de fournir une contribution de 10 millions de DM de plus en faveur des enfants qui se- ront à l'avenir les travailleurs de notre activité économique."

Le Député Weber (FDP) s'est exprimé sur ce projet en ces termes :

"Ce projet apporte en réalité une simplification. Il n'est pas vrai - comme Madame Kalinke vient de l'exposer - qu'il s'agisse seulement d'un transfert de charges de l'agriculture au secteur industriel et, comme l'a dit Monsieur le Prof. Schellenberg, aux autres activités économiques. Dans de nombreuses contrées, et justement dans l'ancienne région de division de la propriété foncière, les propriétaires d'entreprises industrielles, commerciales et artisanales, ainsi que d'autres personnes, ont hérité de petites propriétés terriennes. Pour cette petite propriété chacun d'eux paie aujourd'hui, par un grand système de décompte, sa contribution à la caisse d'allocations familiales. L'amendement formulé à l'autographie 1249 prévoit que cette méthode de décompte par compensation serait supprimée et nous parvenons ainsi à une simplification. Je puis dire, par ailleurs, que la position particulière de l'agriculture, précisément des petites exploitations, est justifiée et que le transfert (d'une partie des charges) aux autres branches de l'activité économique l'est également, puisque c'est surtout l'agriculture qui emploie les personnes âgées et les enfants, essentiellement des familles nombreuses. D'autres groupes professionnels qui se trouvent parmi les plus favorisés, par exemple l'industrie métallurgique, emploient surtout des jeunes, qui sont célibataires. Leurs besoins sont inférieurs à leurs rentrées de fonds. Ne serait-ce que pour cette raison, le transfert des charges à la généralité doit être considéré, à mon avis, comme absolument juste."

Il a été déposé ensuite des propositions de porter le montant d'exonération à plus de 18 DM, de même que de faire prendre en charge la moins value des contributions par le gouvernement fédéral. Mais ces propositions ont été repoussées.

Les conséquences de cette réglementation, en vigueur depuis le 1er janvier 1958, ne sont pas encore connues.

V. Financement des Caisses agricoles d'allocations familiales

Dans la mesure où les Caisses d'allocations familiales (voir article III in fine) accordent des allocations pour enfants, leurs débours leur sont remboursés par le gouvernement fédéral. Il s'agit ici uniquement d'un groupe restant d'ayants-droit ne travaillant pas et n'ayant aucun recours auprès d'un autre organisme de paiement des allocations familiales. Le montant des prestations remboursées par le gouvernement fédéral n'atteint même pas 1% du montant total des allocations pour enfants versées, de sorte qu'on ne peut guère parler d'une contribution de l'Etat aux allocations familiales en Allemagne.

Les dépenses se sont élevées

à 2.771.816.-- DM en 1956,

à 3.310.216.-- DM en 1957.

Tableau comparatif
des projets déposés par les Groupes parlementaires
sur le problème des allocations familiales

SPD (Parti socialiste allemand)	Centre	CDU/CSU (Union des Chrétiens démocrates/ Union des Chrétiens sociaux)
Allocations familia- les par l'Etat	1. Système d'adminis- tration et gestion	a) Caisses d'allocation familiales <u>compétentes</u> pour les travailleurs des ateliers et bureaux de toutes les branches pro- fessionnelles ou économiques sur tout le territoi- re fédéral sont <u>rattachées pour</u> <u>l'organisation</u> ; l'organisme pro- fessionnel d'as- surance-accidents compétent pour chaque branche professionnelle ou économique b) "Caisse générale de compensation familiale" : com- pétente sur tout le territoire fé- déral pour les travailleurs des ateliers et des bureaux n'apparte- nant pas à une caisse de compen- sation familiale organisée d'après les branches

SPD	Centre	CDU/CSU
		<p>professionnelles ou économiques selon a), ainsi que pour toutes les personnes indépendantes sans profession et les travailleurs indépendants. La Caisse générale de compensation familiale sera organisée par les services fédéraux des allocations familiales</p> <p>c) "Caisse centrale de compensation familiale" pour réaliser la compensation entre les recettes et les obligations de paiement des Caisses de compensation familiale créées selon a) et b)</p>

Financement sur le budget fédéral

Suppression de la catégorie fiscale III :

Financement par des fonds des familles ayant des enfants

2. Méthodes de financement. Texte de compensation familiale des personnes physiques assujetties sans restriction à l'impôt qui tombent dans les catégories fiscales I, II et III. Sont exemptés de la taxe les contribuables ayant un enfant :

Contributions de toutes les personnes physiques assujetties à l'impôt sans restriction dans la mesure où elles sont membres de la Caisse d'allocations familiales. Sont exemptés de l'appartenance à la Caisse d'allocations familiales :

SPD	Centre	CDU/CSU
	<p>a) ceux qui ont eu droit à l'abattement d'impôts de la catégorie fiscale III¹ pendant une durée d'au moins 5 ans;</p> <p>b) ceux qui ont eu droit à l'abattement d'impôts de la catégorie fiscale III² pendant une durée d'au moins 5 ans;</p> <p>c) les contribuables mariés dont le premier mariage ne remonte pas à plus de 3 ans.</p>	<p>a) les fonctionnaires, employés et ouvriers des services publics;</p> <p>b) les personnes du droit public dont les traitements sont établis selon les règles en vigueur pour la fonction publique;</p> <p>c) les personnes qui reçoivent des majorations pour enfants payées sur les deniers publics, ou en corrélation avec une prestation de l'assurance-rentes (y compris toute l'assurance-accidents) ou de l'assurance chômage (indifféremment que leurs revenus proviennent de travail indépendant ou non indépendant).</p>

La taxe de compensation familiale s'élève à :

- a) pour les contribuables sans enfants 10% du revenu imposable mensuel dépassant 150 DM;

Sont assujettis à la contribution tous les membres de la Caisse d'all. familiales. Pour ceux qui reçoivent un revenu provenant d'un travail non indépendant, c'est l'employeur qui doit fournir les contributions et les verser.

SPD	Centre	CDU/CSU
	b) pour les contribuables ayant 1 enfant 5% du revenu imposable dépassant 250 DM par mois.	<p><u>Le montant de la contribution dépend :</u></p> <p>a) pour ceux dont les revenus proviennent d'un travail non indépendant du montant de leur salaire ou traitement brut;</p> <p>b) pour toutes les autres personnes ayant des revenus, du total de leurs revenus. Le montant est fixé chaque année par le Gouvernement Fédéral. Si celui-ci entend fixer la contribution à un taux dépassant 2,5% des revenus définis sous a) ou b), cette fixation est soumise à l'approbation du Bundestag.</p> <p>En outre, le montant de la contribution peut être fixé par les statuts de la Caisse d'all. familiales.</p>
<p>a) Débiteurs alimentaires qui sont travailleurs au sens de l'ordonnance d'application de l'impôt sur les salaires;</p> <p>b) Débiteurs alimentaires qui sont agriculteurs, artisans, industriels, commerçants, membres des</p>	<p>3. <u>Détermination des ayants droit à percevoir les prestations.</u> Les contribuables ayant droit à un abattement d'impôts conformément au § 32, al. 4 de la loi fixant l'impôt sur le revenu.</p>	<p>Les membres de la Caisse d'allocations familiales.</p>

SPD	Centre	CDU/CSU
professions libérales de même qu' autres travailleurs indépendants et membres de la famille aidant au travail et ayant qualité de débiteurs alimentaires;		
c) Débiteurs alimentaires qui reçoivent des prestations de l'assurance chômage, de l'assurance sociale ou des revenus provenant de caisses publiques, ou pour une raison en relation avec leur ancienne condition de travailleur;		
d) Orphelins, lorsque les conditions spécifiées sous a) à c) sont réalisées à la date du décès du débiteur alimentaire.		

4. Membres de la famille ayant droit aux prestations

Tous les enfants	Tous les enfants à partir du troisième (compris)	Tous les enfants à partir du troisième (compris)
------------------	--	--

a) Dans tous les cas jusqu'à l'âge de 15 ans accomplis;

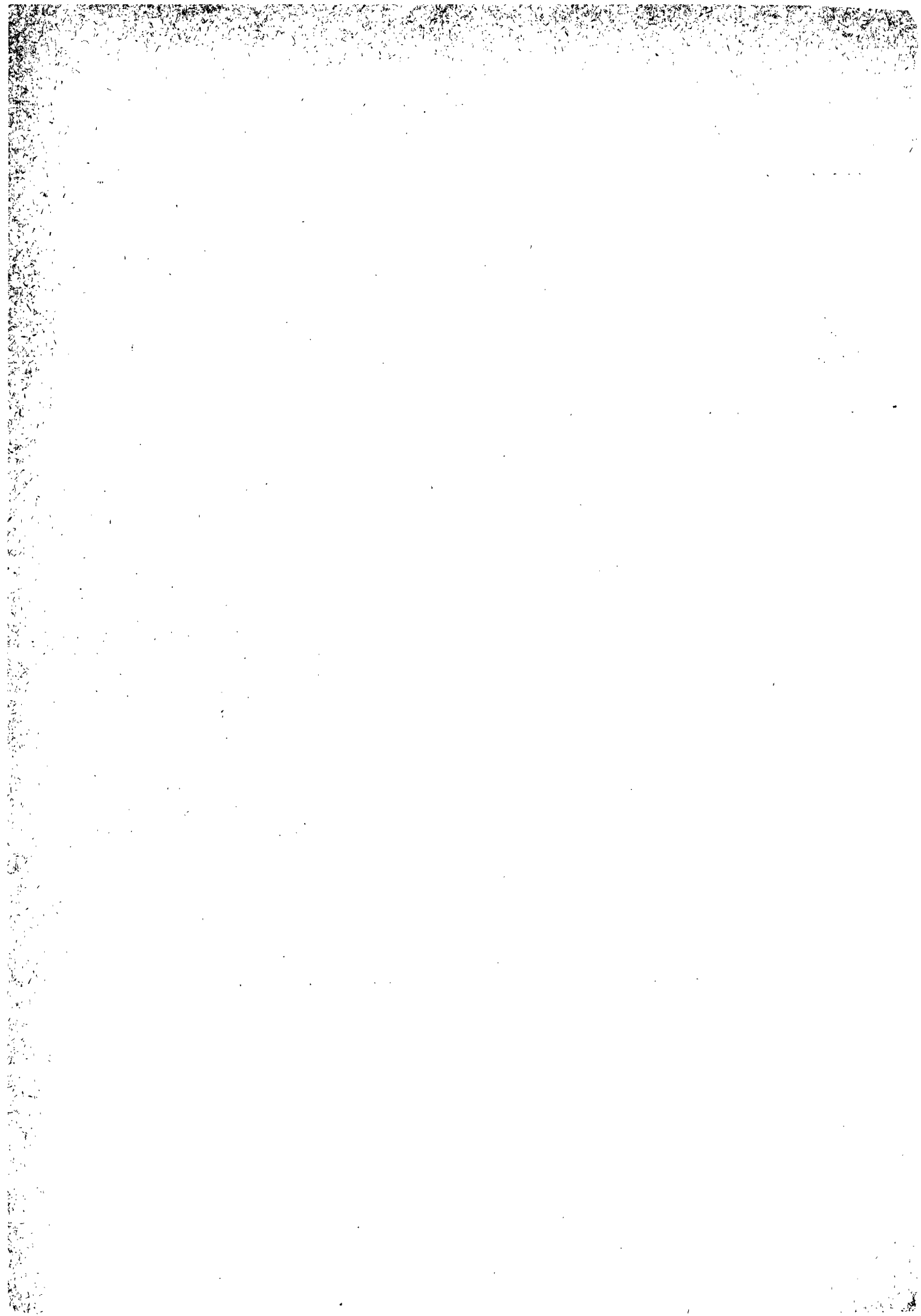
5. Limite d'âge

Jusqu'à la durée de la diminution d'impôt sur le revenu, c'est-à-dire jusqu'à 24 ans accomplis.

Jusqu'à la durée de la diminution d'impôt sur le revenu, c'est-à-dire jusqu'à 24 ans accomplis.

SPD	Centre	CDU/CSU
<p>b) sur demande pour les enfants qui suivent l'enseignement professionnel ou scolaire et pour la durée de cette instruction professionnelle ou scolaire; au maximum toutefois jusqu'à l'âge de 18 ans accomplis.</p>		
<p>20 DM par mois</p>	<p>6. <u>Montant de l'allocation</u> Est fixé par le Gouvernement Fédéral, chaque année, d'après le coût de la vie. Cette fixation doit être soumise à l'approbation du Bundestag si le montant de l'allocation familiale doit être inférieur à 15 DM ou supérieur à 25 DM par mois.</p>	<p>Est fixée :</p> <p>a) par le Gouvernement Fédéral chaque année d'après le coût de la vie. La fixation doit être soumise à l'approbation du Bundestag si le montant de l'allocation pour enfants doit être inférieur à 15 DM ou supérieur à 30 DM par mois.</p> <p>b) par les statuts de la Caisse d'allocations familiales.</p>
<p>Aucune</p>	<p>7. <u>Prestations spéciales</u> Aucune</p>	<p>Prestation complémentaire si les statuts le prévoient; les fonds à cet effet doivent être perçus par un complément de cotisations.</p>

SPD	Centre	CDU/CSU
<u>8. Rapports entre l'allocation d'une part l'impôt et l'assurance sociale d'autre part</u>		
Exonération de l'impôt et des taxes d'assurance sociale	Exonération de l'impôt et des taxes d'assurance sociale	Passible d'impôts et taxes d'assurance sociale.
<u>9. "Aménagement foncier (remembrement)"</u>		
Pas de clauses	Pas de clauses	Celui qui perçoit pour des enfants des prestations de fonctionnaire n'est pas membre de la Caisse de secours familial et ne reçoit donc pas de prestations. Ces prestations de la fonction publique doivent être ajustées aux prestations de la Caisse d'allocations familiales. La possibilité de se dégager d'engagements de droit privé sur l'octroi de prestations pour des enfants qui perçoivent des allocations de la Caisse d'all. familiales n'est pas prévue dans le projet.



ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE L'ASSURANCE-CHOMAGE DANS
LA REPUBLIQUE FEDERALE D'ALLEMAGNE

TABLE DES MATIERES

	<u>Page</u>
I. <u>L'évolution et les tendances du régime d'aide aux chômeurs avant 1927</u>	377
1. L'évolution et les tendances avant 1914	377
2. L'évolution et les tendances se manifestant entre 1914 et 1927.	381
II. <u>Introduction de l'assurance-chômage obligatoire; différences entre le nouveau régime et le régime précédent; évolution après 1927</u>	386
1. La situation à l'époque de l'introduction de l'assurance	386
2. Le régime de l'assurance-chômage institué par la loi sur le placement et l'assurance-chômage du 16 juillet 1927 : comparaison de ce régime avec le régime précédent	390
A. Prescriptions sur le délai de stage	390
B. Prescriptions concernant les prestations	391
C. Prescriptions relatives aux peines et aux voies de recours	395
D. Organisation	396
E. Financement	399
3. L'évolution de la protection des chômeurs entre 1927 et 1951	400
A. Années 1927 à 1933	400
B. L'évolution suivie entre 1933 et 1945	402
C. L'évolution suivie entre 1945 et 1951	404

	<u>Page</u>
4. L'évolution de la protection des chômeurs depuis 1951	405
A. Prescriptions concernant le stage	405
B. Prescriptions relatives aux pres- tations	408
C. Prescriptions sur les peines et les voies de recours	422
D. Organisation	430
E. Financement	430

La protection des chômeurs
dans la République fédérale d'Allemagne

I. L'EVOLUTION ET LES TENDANCES DU REGIME
D'AIDE AUX CHOMEURS AVANT 1927

1. L'évolution et les tendances avant 1914

Initiatives des travailleurs

L'industrialisation et la mécanisation qui se sont produites par à-coups au cours de la seconde moitié du XIXe siècle ont provoqué des modifications de la structure économique. Le travailleur, dont l'existence matérielle n'était assurée que par son seul salaire, fut exposé de ce fait à une instabilité économique toujours plus accentuée. S'il perdait son emploi, sa situation devenait extrêmement critique et il ne pouvait compter, pour se tirer d'affaire, que sur ses propres efforts. Il' on vit alors se constituer des syndicats qui offraient, bien avant l'Etat, une certaine assistance financière en cas de chômage.

Jusqu'en 1840 environ, il n'existait pas de mesures de secours prises en particulier en faveur des chômeurs, mais uniquement des mesures d'assistance aux indigents.

Vers 1840, quelques syndicats fondèrent des caisses destinées à faciliter les déplacements ("Reise-Unterstützungskassen"); celles-ci avaient pour objet, en particulier, de favoriser la compensation régionale de la main-d'oeuvre en chômage dans le cadre de la profession.

Ce fut la Fédération des typographes allemands qui introduisit la première, en 1879, un système d'assistance aux chômeurs proprement dits sous l'influence, sans

doute, de la crise provoquée par la période des "folles spéculations" ("Gründerjahre"). Cette dépression s'étendit de 1874 à 1879 et doit être considérée comme la plus grave et aussi comme la plus longue perturbation que les cycles économiques aient eu à enregistrer. En 1885, la Société des commerçants de Berlin, en 1886, l'Association des gantiers et, en 1888, les chaudronniers suivirent cet exemple.

Sous l'influence de la crise économique survenue en 1891-1892 de nouvelles mesures furent prises en faveur des marbriers, des travailleurs du verre, des vitriers et des trieurs de cigares. En 1894, 15 des 46 fédérations centrales avaient introduit un régime d'assistance chômage.

En 1896, le deuxième congrès des syndicats, tenu à Berlin, recommanda à ses participants "d'introduire l'assistance chômage dans tous les cas où cela ne présentait pas de difficultés". C'est ainsi qu'en 1913 42 des 49 fédérations centrales possédaient des caisses de chômage. En 1914, ce fut le tour de la Fédération des ouvriers du bâtiment.

L'aide aux chômeurs ne présentait toutefois pas encore un caractère d'assurance proprement dite; elle constituait généralement une branche particulière de l'assistance accordée par les fédérations sans prélèvement de cotisations particulières.

Les dépenses occasionnées par les prestations furent couvertes par la Caisse syndicale générale. Il était stipulé dans les statuts qu'en cas de besoin les prestations pourront être réduites proportionnellement aux fonds disponibles. Il ne s'agissait donc pas de la

prétention à un droit absolu, impliquant le droit d'agir en justice, trait caractéristique de l'assurance. Ce fut la caisse de chômage de la Fédération nationale allemande des commis de commerce qui, la première, institua un régime d'assurance. L'économie allemande traversait, à cette époque également, une crise économique.

Initiatives de quelques employeurs

A côté des institutions émanant des syndicats de travailleurs, les employeurs ont également pris, dans le cadre de la politique sociale des entreprises, des mesures de secours en faveur de leurs salariés frappés de chômage involontaire. Il convient de signaler sous ce rapport l'action exemplaire de la Fondation Karl-Zeiss des usines d'instruments optiques Zeiss, à Jena, ainsi que celle des Ateliers de construction mécanique Lanz, à Mannheim, et de la fabrique de margarine A.L. Mohr, à Altona-Bahrenfeld. Le droit d'intenter, relativement aux prestations, une action en justice fut même déjà concédé partiellement aux chômeurs.

Les organismes privés d'assurance, par contre, n'ont pas pu développer cette branche de l'assurance, à cause du caractère particulier du risque chômage et de la difficulté de calculer exactement ce risque.

Concours apporté par certaines communes

Toutes ces tentatives d'assistance faites par les intéressés se révélèrent cependant insuffisantes à la longue et les communes se virent obligées, les premières, à accorder une aide. Avant la première guerre mondiale, le problème de l'assistance aux chômeurs occupait l'arrière-plan et l'on s'efforçait plutôt de créer d'abord des institutions pour le placement de la main-d'oeuvre

inoccupée. Peu de communes, en effet, ont participé aux premières initiatives tendant à instituer une assistance chômage proprement dite, soit sous la forme de subventions accordées à des services d'aide de syndicats (système de Gand), soit par la création de caisses particulières de chômage, comme cela s'est fait par exemple à Cologne, en 1894. Ces deux genres d'institutions n'ont cependant acquis que peu d'importance avant la première guerre mondiale et leur activité fut interrompue au début des hostilités.

Des mesures législatives en vue de l'introduction de l'assistance chômage n'ont été prises que dans deux genres d'entreprises à la suite de circonstances spéciales, à savoir :

En 1909, les offices principaux des douanes accordèrent une aide aux travailleurs du tabac qui étaient tombés en chômage par suite d'une hausse de l'impôt sur les tabacs et à ceux qui étaient, à la suite de cette mesure, soumis à un régime de travail à temps partiel. En 1910, les entreprises exploitant le potassium assurèrent un secours à leurs salariés qui étaient frappés de chômage, certaines d'entre elles ayant dû cesser leur activité à la suite d'une entente sur le transfert des contingents intervenu au sein du cartel du potassium.

En résumé, l'on peut constater qu'au cours de la période précédant la première guerre mondiale le chômage n'était en général que peu important. Le taux du chômage (en % de la main-d'œuvre active) fut, en 1895, de 1,11 pour cent en été et de 3,43 pour cent en hiver. Ce ne fut qu'à la suite de périodes de crises et de circonstances particulières que la nécessité d'accorder une assistance aux chômeurs devait se faire sentir avec une plus grande acuité.

2. L'évolution et les tendances se manifestant entre 1914 et 1927

Au début de la première guerre mondiale, de nombreuses entreprises se virent dans l'obligation de suspendre leur activité à cause de la baisse des exportations, de la réduction de la production des biens de consommation et, plus tard aussi, par suite du manque de matières premières. Le taux du chômage des travailleurs organisés dans les syndicats monta subitement de 2,9 pour cent en juillet à 22,4 pour cent au mois d'août 1914. Les institutions existantes ne surent faire face à une telle augmentation.

L'oeuvre de prévoyance pendant la guerre

Dès le 1er janvier 1915, les chômeurs bénéficièrent d'une assistance dans le cadre de l'oeuvre de prévoyance créée en faveur des victimes de la guerre. Le Conseil fédéral édicta à cet effet des mesures d'exécution en date du 14 décembre 1914. Les organismes d'assurance furent les communes. Le Reich accorda des subventions en tenant compte des ressources de chaque commune particulière et versa, en général, un tiers du montant total des dépenses. Ne furent assistés que des résidents des communes "aptés et disposés à travailler qui, à la suite des hostilités, avaient perdu leur emploi et se trouvaient dans une situation matérielle difficile". Des biens modestes pouvaient être conservés. Dans l'intention du Conseil fédéral, les prestations ne devaient pas être considérées comme une aide aux indigents mais comme une mesure de prévoyance sociale. Des prestations en nature étaient également prévues. Le montant des prestations était proportionnel à celui des allocations de prévoyance sociale des communes.

L'assistance chômage

A la fin de la première guerre mondiale, la démobilisation des forces armées amena une nouvelle augmentation très forte du nombre des chômeurs. L'ordonnance du 13 novembre 1918 introduisit un régime d'assistance chômage. Prévue tout d'abord pour la durée d'une année seulement, sa validité dut être prolongée car le nombre des chômeurs, qui était durant l'hiver 1918-1919 d'un million environ, ne put être résorbé rapidement. Pendant l'été de l'année 1920 survint une nouvelle crise économique. Au cours des années 1921-22, le chômage diminua fortement sous l'effet toutefois trompeur de l'inflation; il atteignit ultérieurement un nouveau sommet en relation avec l'occupation de la Ruhr. Au cours de l'hiver 1923-24, l'on compta, dans la seule région occidentale occupée du Reich, environ deux millions de chômeurs, chiffre auquel il faut ajouter un million et demi de chômeurs et autant de salariés travaillant à temps partiel dans la partie non occupée de l'Allemagne.

L'assistance chômage fut également gérée par les communes. On assista les personnes aptes et disposées à travailler qui étaient tombées en chômage et dans l'indigence sans leur faute. Les communes avaient le soin de déterminer la nature et le montant des prestations. Il n'y eut pratiquement que des prestations en espèces. Les communes durent contribuer au financement dans une proportion qui était au début d'environ 1/6 du montant total; 2/6 furent supportés par le pays (Land) respectif et 3/6 par le Reich. La participation des communes fut modifiée ultérieurement à plusieurs reprises pour l'adapter aux charges de celles-ci.

Des taux maxima d'assistance furent enfin introduits mais ils durent être haussés continuellement pendant l'inflation; ils furent liés finalement à l'index du coût de la vie. Après la stabilisation de la monnaie, la situation financière obligea les diverses instances à n'accorder que des taux extrêmement bas (prestation journalière pour célibataires, à Berlin : -. 70 DM). L'augmentation du nombre des chômeurs, par suite de l'occupation de la Ruhr, et qui venait se greffer sur une situation financière critique, obligea les autorités en octobre 1923 à imposer aux employeurs et aux travailleurs, par voie réglementaire, l'obligation de contribuer au financement de l'assistance chômage. L'exercice, pendant 13 semaines, d'un emploi dans une profession assujettie à l'assurance-maladie et le versement d'une cotisation correspondante constituaient, pour le travailleur, les conditions d'attribution de l'aide. La durée de l'assistance était limitée; elle fut en général de 26 semaines au plus au cours d'une année. Lorsque la situation du marché du travail était favorable, cette durée pouvait être réduite à 13 semaines; dans les professions, dont le marché du travail était défavorable, elle pouvait être augmentée.

L'évolution du nombre des chômeurs, et de ce fait celle des charges financières, suivirent des mouvements divers dans les secteurs régionaux, de sorte que des mesures de compensation se révélèrent indispensables. Par ordonnance du 18 janvier 1926, les cotisations furent divisées en deux parts, attribuées respectivement aux districts et au Reich. La compensation entre les caisses de chômage des pays (Landesarbeitslosenkassen), dont les subdivisions coïncidaient avec celles des offices

régionaux de l'emploi ("Landesämter für Arbeitsvermittlung"), fut effectuée par la Caisse de compensation du Reich près l'Etablissement fédéral pour le placement ("Reichsausgleichkasse" beim "Reichsamt für Arbeitsvermittlung"). Dans les communes également se développa une liaison plus étroite entre l'assistance chômage et les bureaux municipaux de placement. Depuis le 1er novembre 1923, les bureaux de placement prirent aussi des décisions concernant les demandes d'assistance, et leurs comités de gestion eurent à fixer le montant des cotisations. Cette étroite liaison entre le placement et l'attribution de l'assistance, ancrée solidement dans les institutions elles-mêmes, s'est maintenue dès lors en Allemagne - à l'exception de la République démocratique d'Allemagne*. Elle facilite l'application du principe, codifié depuis 1920, en vertu duquel la cessation du chômage par l'acceptation d'un emploi doit passer avant l'attribution de secours. Ce principe remonte aux anciennes conceptions de la politique sociale allemande, telles qu'elles avaient été exprimées par exemple dans un discours de Bismarck fait au Reichstag en date du 9 mai 1884.

Conformément à ce principe, les fonds de l'assistance chômage furent utilisés également pour favoriser la reprise du travail, en allouant par exemple des frais de déplacement ou de changement de résidence et des indemnités en cas de séparation de la famille. La création d'occasions de travail pour les chômeurs a été

* Note du traducteur :

Le texte allemand contient le terme "sogenannte" Deutsche Demokratische Republik (= soi-disant), laissé de côté dans la traduction car c'est une allusion d'ordre politique.

favorisée par des prêts ou par des secours complémentaires (assistance productive aux chômeurs). La perte de salaire des travailleurs à temps partiel fut compensée, en partie, au moyen d'une aide spéciale qui était accordée à ces travailleurs afin de favoriser leur maintien dans la vie active pendant une période temporaire de manque de travail; ces allocations étaient tantôt facultatives et tantôt obligatoires. Le travail occasionnel fut favorisé par le fait qu'une partie seulement de ses ressources entrait en compte pour le calcul des prestations de l'assistance chômage.

Lorsqu'en 1926 la situation du marché du travail empira, par suite de la crise provoquée par la rationalisation, la durée des prestations de l'assistance chômage se révéla insuffisante. Elle fut donc prolongée et portée à 39 semaines pour toutes les catégories professionnelles dans lesquelles le manque d'emploi était manifeste, et pouvait être étendue au-delà, jusqu'à 52 semaines, après un examen très sévère des conditions particulières. Toutefois, la crise se prolongeant, ces mesures ne répondaient plus à la situation.

L'aide aux victimes de la crise

En novembre 1926, le régime d'assistance chômage fut donc complété par l'aide aux victimes de la crise (Krisenfürsorge). Cette dernière fut accordée aux chômeurs dans la gêne qui avaient épuisé leurs droits aux prestations de l'assistance chômage après les 52 semaines réglementaires, à l'exception de certaines catégories professionnelles. Ces prestations n'étaient pas limitées dans le temps mais la validité de la loi devait expirer primitivement le 31 mars 1927; elle fut prorogée dans la suite. Le Reich supporta 3/4 des charges et les communes 1/4.

II. INTRODUCTION DE L'ASSURANCE-CHOMAGE
OBLIGATOIRE; DIFFERENCES ENTRE LE NOUVEAU REGIME
ET LE REGIME PRECEDENT; EVOLUTION APRES 1927

1. La situation à l'époque de l'introduction de
l'assurance

Discussions soulevées au sujet de l'assurance-
chômage

A la suite d'une résolution votée par le Reichstag, le Conseil fédéral demanda au Chancelier du Reich de charger l'Office de statistique de procéder à une enquête sur les institutions se consacrant à la lutte contre les suites du chômage ainsi que sur les résultats obtenus. Sur la base d'un rapport présenté en 1906, les possibilités et la nécessité d'instituer l'assurance-chômage firent l'objet d'un nouvel examen au Reichstag ainsi que dans les milieux extra-parlementaires. En 1909, parut un mémoire badois. Cette même année, le ministère d'Etat de Bavière recommanda aux villes plus importantes de ce pays d'introduire l'assurance-chômage communale selon un statut modèle; cependant, seule la ville de Kaiserslautern prit une décision dans ce sens. En 1911, l'assemblée des délégués des villes, constatant que la situation différait beaucoup d'une commune à l'autre, recommanda l'introduction de l'obligation d'assurance pour les professions qui étaient particulièrement menacées de chômage. En 1913, la Conférence des bureaux de placement de l'Union des employeurs allemands émit un avis négatif quant à la nécessité d'instituer un régime officiel d'assurance-chômage. Les représentants du gouvernement fédéral déclarèrent de même que le temps n'était pas encore venu pour une assurance-chômage

obligatoire. En 1919, une personnalité très connue, M. Gustav Schmoller, professeur d'économie politique, exigea que l'oeuvre allemande de sécurité sociale "fût achevée par la création d'une institution nationale de l'emploi et d'un régime national d'assurance-chômage". Un premier projet de loi sur l'assurance-chômage, élaboré en 1920, fut retiré ultérieurement en considération de la dévaluation qui s'accroissait; un second projet, qui tenait mieux compte de cette évolution, ne fut pas examiné. Après la stabilisation de la monnaie, la question de l'assurance-chômage fut reprise par le gouvernement fédéral et par le Reichstag; elle était cependant fort discutée, comme auparavant. Les arguments avancés au début du siècle et à l'époque de ces débats étaient, au fond, les mêmes. Toutefois, les partenaires changèrent plusieurs fois de camp. Alors, qu'antérieurement à la première guerre mondiale, l'idée de l'assurance fut défendue surtout par les travailleurs et que les employeurs s'y opposaient, ce furent ces derniers qui plaidèrent en sa faveur après 1920. Les salariés, par contre, estimaient que les charges financières découlant du chômage devaient être supportées par le peuple tout entier, même s'il fallait se résigner à subir l'enquête sur l'indigence. Ce ne fut qu'après le mois d'octobre 1923, lorsqu'eut été introduite l'obligation de verser des cotisations pour financer l'assistance chômage, que les travailleurs exigèrent - puisqu'ils devaient dans tous les cas supporter une contribution - que l'allocation des prestations soit indépendante de l'enquête d'indigence. Désormais, certaines fédérations patronales importantes se déclarèrent opposées

à l'assurance. Elles craignirent que la suppression de l'enquête sur l'indigence ne conduisît à une augmentation des cotisations et, par là, à des charges excessives, imposées à l'économie.

Parmi les travailleurs, des opinions divergentes se firent jour quant au genre d'assurance à créer. Les fédérations d'employés étaient partisans, comme précédemment, du système de Gand et aspiraient à obtenir l'institution de caisses syndicales avec subventions des pouvoirs publics. Ils soulignèrent les avantages présentés par un prélèvement simple des cotisations, par une gestion directe et autonome ainsi que par la couverture simultanée de risques semblables. Les syndicats des travailleurs, par contre, avaient abandonné l'idée du système de Gand et militaient en faveur d'une assurance obligatoire centralisée et générale, qui devait rendre possible une compensation du risque sur une base plus large. Il était apparu, en effet, que certains syndicats n'étaient pas à même d'assumer les charges d'une assurance-chômage et que d'autres devaient s'en tenir à un taux et à une durée limités des prestations ou ne pouvaient accorder celles-ci qu'après un délai de stage prolongé. Le régime assuré par les syndicats n'offrait qu'une protection insuffisante à ceux des membres affiliés qui en avaient précisément le plus urgent besoin.

Faits plaidant en faveur de l'assurance-chômage

Même les partisans du principe de l'assurance étaient finalement d'avis qu'un début de crise n'était pas le moment propice pour introduire l'assurance-chômage. Les adversaires de l'assurance, d'autre part, estimaient que le risque chômage ne pouvait être calculé.

Ces deux arguments perdirent toutefois leur caractère convaincant car l'aide aux chômeurs avait été complétée par une aide aux victimes de la crise et il ne s'agissait plus en l'occurrence que d'un risque limité. Par ailleurs, l'assistance aux chômeurs présentait déjà de nombreux traits qui la rapprochait d'un régime d'assurance (par exemple, principe de la cotisation, montant et durée limités des prestations, mesures contre les abus). Les circonstances exposées ci-dessous furent finalement décisives pour l'introduction et l'organisation de l'assurance-chômage :

L'accentuation graduelle de la crise exigeait en premier lieu une compensation du risque sur une base très étendue sans égard à des considérations particulières, d'ordre professionnel ou régional. L'organisation selon le système de Gand était donc exclue. Il est apparu, d'autre part, que la compensation de la main-d'oeuvre en quête de travail entre les différents offices régionaux de l'emploi, qui ressortissaient au contrôle des pays, ne fonctionnait qu'imparfaitement. En outre, lorsqu'en octobre 1923 déjà l'obligation de verser des cotisations pour l'assistance aux chômeurs eut été établie par voie d'ordonnance, l'introduction d'une assurance complète au moyen d'une réglementation formelle fut examinée par le gouvernement fédéral et par le Reichstag.

En raison de toutes ces circonstances et du fait que l'assistance aux chômeurs présentait déjà des traits qui tendaient à l'assimiler à une assurance, un régime d'assurance obligatoire et uniforme fut institué et sa gestion fut confiée à l'Établissement

fédéral pour le placement et l'assurance-chômage
(Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und
Arbeitslosenversicherung).

2. Le régime de l'assurance-chômage institué par la
loi sur le placement et l'assurance-chômage du
16 juillet 1927 : comparaison de ce régime avec
le régime précédent

A. Les prescriptions sur le délai de stage

Le délai de stage est accompli, aux termes de la loi, par tout travailleur qui, au cours des 12 derniers mois précédant la notification de chômage -- dans certains cas au cours des trois dernières années -- a occupé un emploi, dans une profession assujettie à l'assurance-chômage, pendant 26 semaines (dans l'assistance chômage; pendant 13 semaines dans un poste assujetti à l'assurance-maladie). La prolongation du délai de stage fut la conséquence de la transition du régime d'assistance à celui de l'assurance. Les dispositions concernant l'assurance obligatoire se rattachaient au cercle de personnes protégées par l'assurance-maladie et l'assurance des employés. Les équipages des navires de la marine marchande allemande étaient également englobés. Toutefois, certaines catégories de personnes, pour lesquelles la protection contre le chômage paraissait moins importante, furent exceptées, comme, par exemple, les travailleurs agricoles et forestiers auxquels la possession de quelque bien immobilier offrait un certain soutien économique ou les salariés qui jouissaient de contrats de travail de longue durée -- sauf pendant le dernier semestre précédant l'expiration du contrat -- les travailleurs agricoles et forestiers qui vivaient en communauté domestique avec leur patron; les apprentis,

à l'exception du dernier semestre de l'apprentissage, et les élèves des écoles primaires. Les travailleurs occupant des emplois temporaires et les personnes qui étaient assurées dans le cadre des institutions de leur entreprise pouvaient être libérées, sur demande, de l'obligation de s'assurer. Les employés, qui avaient dépassé la limite de l'obligation d'assurance dans le régime prévu pour leur catégorie professionnelle, pouvaient continuer, s'ils le désiraient, à s'assurer contre le chômage.

B. Prescriptions concernant les prestations

Conditions requises

Les conditions requises pour l'acquisition du droit à l'assistance chômage étaient les suivantes :

Accomplissement du délai de stage

Chômage involontaire

- En cas de grève ou de lock-out, les travailleurs ne bénéficiaient pas de l'assistance chômage -

Capacité de travail

- Cette capacité était fixée à un tiers au moins de la capacité d'une personne pleinement apte au travail -

Disponibilité pour le travail

Raisons motivant l'exclusion

N'avaient pas droit aux prestations les travailleurs qui touchaient des allocations d'assurance-maladie; qui étaient au bénéfice d'une allocation maternité, d'une indemnité de congédiement ayant une certaine importance et allouée au départ de l'emploi précédent. Contrairement aux dispositions du régime de l'assurance-chômage, la prestation n'était plus liée à l'indigence.

Durée des prestations

Après l'accomplissement du délai de stage, la durée maximum des prestations était fixée à 26 semaines. Cette période avait donc été réduite par rapport au régime de l'assistance chômage, en corrélation avec le principe d'assurance introduit.

Montant des prestations

Contrairement à la pratique observée dans l'assistance chômage, le montant des prestations ne dépendait pas du degré de l'indigence mais du salaire touché pendant les trois derniers mois avant la notification de chômage. Onze catégories de revenus étaient prévues, à l'intérieur desquelles l'allocation était établie dégressivement par paliers (de 75 pour cent à 35 pour cent de la moyenne de la catégorie de revenu, soit du salaire moyen de base). Contrairement aux dispositions du régime de l'assistance chômage, suivant lesquelles le montant des prestations variait d'une commune à l'autre, l'assurance avait introduit des taux uniformes, appliqués dans le Reich entier. Pour tout membre dépendant de la famille, ayant droit à l'entretien par le chômeur, des allocations familiales se montant à 5 pour cent du salaire de base, furent accordées, à condition que l'allocation globale ne dépasse pas un certain plafond qui était également gradué dégressivement de 80 pour cent à 60 pour cent du salaire de base. La rémunération de travaux occasionnels n'était prise en considération qu'en partie, comme dans le régime d'assistance chômage; la quote-part exonérée était cependant plus élevée.

Le tableau reproduit ci-dessous donne le montant des allocations hebdomadaires effectivement payées.

Taux des allocations hebdomadaires

Catégories de salaire	Allocation principale RM	Allocations familiales RM	Plafond de l'allocation globale - RM
I	6,00	0,40	6,40
II	7,80	0,60	9,60
III	8,80	0,80	12,00
IV	9,87	1,05	15,12
V	10,80	1,35	17,55
VI	13,20	1,65	21,45
VII	14,63	1,95	24,38
VIII	15,75	2,25	27,00
IX	17,85	2,55	30,60
X	19,95	2,85	34,20
XI	22,05	3,15	37,80

Les prestations ne furent allouées qu'après un délai de carence de sept jours, sauf lorsqu'il s'agissait d'emplois temporaires de courte durée, de travail à temps partiel, de maladie et de détention dont la durée minimum était fixée. Comme dans le régime de l'assistance chômage, les bénéficiaires de l'assurance-chômage avaient l'obligation de s'assurer contre le risque maladie. Les allocations maladie correspondaient à celles versées par l'assistance chômage. (Arbeitslosenunterstützung) - (dans l'aide aux chômeurs (Erwerbslosenfürsorge) l'allocation avait seulement constitué le plafond). Pendant le versement des prestations, les droits à l'assurance-vieillesse réglementaire (Rentenversicherung) furent maintenus.

Secours de crise

Les chômeurs qui avaient épuisé leur droit aux allocations, et ceux qui n'avaient pas acquis ce droit, mais qui avaient occupé pendant au moins 13 semaines un emploi dans une entreprise assujettie à l'assurance-chômage, jouissaient de droits restreints (kleine Anwartschaft) et touchèrent les secours aux victimes de la crise, introduit déjà à l'époque du régime de l'aide aux chômeurs. Le montant des prestations était subordonné au degré d'indigence. Les ressources personnelles du chômeur n'entraient en ligne de compte que partiellement.

Allocations aux travailleurs à temps partiel

Le salaire réduit des travailleurs à temps partiel (chômeurs partiels - Teilarbeitslose) pouvait être amélioré, jusqu'à concurrence des 5/6 du plein salaire, par une allocation partielle de chômage; cependant, celle-ci ne devait pas dépasser le montant des prestations que le chômeur aurait touchées en cas de chômage complet.

Mesures complémentaires en faveur des chômeurs

Les mesures prises pour prévenir le chômage et y mettre fin, qui avaient déjà fait leurs preuves dans le cadre de l'aide aux chômeurs, furent maintenues après 1927 et même développées (facilités accordées en vue de déplacements, au lieu du nouveau travail ou de changement de résidence; fourniture d'équipements de travail; allocations en vue de la formation et de la réadaptation professionnelles ainsi que pour le perfectionnement des connaissances; développement de mesures permettant de créer de nouvelles possibilités de travail - assistance chômage créatrice de valeurs - (wertschaffende Arbeitslosenfürsorge)).

C. Prescriptions relatives aux peines et aux voies de recours

Enquêtes

Afin de prévenir les abus relatifs aux prestations, les offices de l'emploi étaient autorisés à faire des enquêtes de tous genres, à l'exception des interrogatoires faits sous la foi du serment.

Obligation de notification

Le bénéficiaire de prestations était tenu de signaler immédiatement tout changement de situation. Il devait, en outre, se présenter régulièrement à l'office de l'emploi en vue d'une occupation et ne touchait pas d'allocation pour les périodes non couvertes par la notification.

Délai de suspension

Le refus de travailler sans raisons valables entraînait la suspension du versement des prestations pendant quatre semaines (Sperrfrist). Il en était de même lorsque le chômeur refusait de suivre un enseignement de réadaptation ou de perfectionnement professionnels. L'abandon volontaire de l'emploi sans motifs légitimes et importants avait pour conséquence la déchéance temporaire du droit aux prestations pendant deux ou quatre semaines (délai de suspension).

Travail obligatoire

Pour les jeunes gens, âgés de moins de 21 ans, et les bénéficiaires d'une allocation de crise, le versement de l'indemnité chômage pouvait être subordonné à l'acceptation d'un travail (travail obligatoire).

Peines

Les infractions aux prescriptions réglementaires - par exemple l'omission de faire les déclarations requises - étaient passibles de peines disciplinaires, les fausses déclarations, d'amendes ou d'emprisonnement. Les dispositions pénales d'ordre général étaient maintenues, en particulier celles du Code pénal.

Voies de recours

Les décisions relatives aux prestations pouvaient faire l'objet d'un recours interjeté auprès d'une commission d'arbitrage, composée du président de l'office de l'emploi, d'un représentant des employeurs et d'un représentant des travailleurs. Le jugement de cette commission pouvait être porté en appel auprès de la chambre du contentieux judiciaire. Les affaires touchant des questions de principe furent jugées par le sénat judiciaire en matière d'assurance-chômage près l'Office fédéral des assurances, à Berlin.

D. Organisation

L'Etablissement fédéral pour le placement et l'assurance-chômage

L'Etablissement fédéral pour le placement et l'assurance-chômage (Reichsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung) était l'institution chargée de gérer l'assurance-chômage ainsi que les services publics d'orientation professionnelle et de placement. Cet organisme indépendant, de droit public, était placé sous le contrôle du ministre du Travail du Reich. Il était composé comme suit :

- l'Office central (Hauptstelle),
succédant à l'Office fédéral pour le
placement (Reichsamt für Arbeitsvermittlung)
et à la Caisse fédérale de compensation
(Reichsausgleichskasse)
- les Offices régionaux de placement (Landes-
arbeitsämter)
succédant aux Offices pour le placement des
pays (Landesarbeitsämter für Arbeitsvermit-
tlung) et aux Caisses d'assurance-chômage des
pays (Landesarbeitslosenkassen)
- les Offices locaux de placement (Arbeitsämter)
succédant aux Bureaux de placement municipaux
(Gemeindliche Arbeitsnachweise).

Contrairement aux pratiques suivies au temps de l'assistance chômage, les instances subordonnées étaient placées non seulement sous le contrôle technique, mais également sous le contrôle administratif de l'autorité centrale. C'est ainsi que fut créée une organisation uniformisée des administrations rattachées, qui suivraient les mêmes méthodes, et un corps de fonctionnaires de formation identique, qui assurait une application plus uniforme du droit objectif. En même temps se trouvaient écartés les obstacles qui avaient entravé auparavant la compensation interrégionale de la main-d'oeuvre et une répartition plus judicieuse des charges entre les divers districts.

Division administrative

La compétence des offices régionaux de l'emploi, au nombre de 13, s'étendait sur des grandes régions économiques; les frontières politiques des pays n'y jouaient aucun rôle. Un point de vue semblable avait présidé à la répartition de la compétence des 360 offices locaux

Financement de l'allocation de crise

Le financement des allocations de crise était assuré, pour 4/5, par les fonds du Reich. Le solde devait être couvert par la commune dont le chômeur était ressortissant.

3. L'évolution de la protection des chômeurs entre 1927 et 1951

A. Années 1927 à 1933

Deux tendances caractérisent les nombreuses modifications apportées à la loi sur le placement et l'assurance-chômage. L'on constate en premier lieu le souci de compléter, d'assouplir et de perfectionner les prescriptions conformément aux expériences faites dans le passé, notamment aux fins de prévenir les abus - cela s'applique en particulier aux amendements contenus dans la loi du 12 octobre 1929. D'autre part se manifestent les efforts de combler, par les mesures les plus appropriées, l'écart entre les besoins financiers et le produit des cotisations, écart qui s'est accentué graduellement au cours de la crise économique débutant vers 1930. L'assurance-chômage constituait un véritable problème financier entre 1929 et 1932.

Assouplissement des prescriptions

Les dispositions sur l'obligation d'assurance, le droit d'acquisition, la capacité de travail, la fixation des allocations, les allocations familiales, les délais de suspension, le délai de carence, le calcul de la quote-part dans le travail occasionnel, ainsi que la restitution de prestations touchées indûment, firent notamment l'objet de compléments et de mesures d'assouplissement.

Réduction des prestations

Le désir de faire des économies en matière de prestations, afin de diminuer le déficit, eut pour conséquence en particulier les mesures suivantes concernant l'assurance-chômage :

Augmentation du délai de stage, porté à 52 semaines pendant une période de deux années, lors de la première acquisition du droit à l'indemnisation.

Limitation du droit aux prestations en faveur des jeunes gens.

Introduction d'une définition légale du terme "chômeur" (arbeitslos), qui impliquait un examen d'indigence camouflé et conduisait à exclure les personnes qui gagnaient leur subsistance dans une entreprise agricole ou artisanale leur appartenant, ou chez des parents.

Prise en considération des pensions, ainsi que du revenu du conjoint - avec certaines restrictions - pour le calcul des prestations.

Prolongation des délais de suspension; durcissement quant aux raisons qui motivaient un tel délai.

Limitation de la durée maximum du versement des allocations à six semaines pour les chômeurs qui n'étaient pas dans le besoin.

Limitation à 20 semaines de la durée maximum du versement des prestations, en faveur d'une prolongation de six semaines de la durée de la protection des victimes de la crise, ainsi qu'un abaissement temporaire du plafond des prestations dans les professions dans lesquelles le chômage se produit à intervalles réguliers.

Réductions générales répétées du plafond des prestations; en outre, réduction du plafond dans des lieux de moindre importance.

Réduction temporaire du plafond des prestations dans les classes de salaire supérieures lors d'indemnités fréquentes.

Certaines restrictions temporaires aux prestations allouées lors de changements de résidence et de l'établissement en des lieux où les salaires sont plus élevés.

Prolongation du délai de carence.

Malgré ces restrictions apportées aux prestations, malgré les nouvelles réserves conçues et malgré l'augmentation des cotisations portées jusqu'à 3,5 pour cent, plus tard jusqu'à 4,5 pour cent et, finalement, jusqu'à 6,5 pour cent du salaire brut, l'Etablissement fédéral se vit obligé de faire appel, en une large mesure, à des emprunts et à des contributions du Reich.

En ce qui concerne l'aide de crise, le cercle des personnes protégées a été étendu à cause du chômage qui s'était généralisé; d'autre part, les prestations ont été réduites aussi dans ce secteur. La durée de l'assistance fut fixée à 32 semaines en général et, pour les personnes ayant dépassé l'âge de 40 ans, à 45 semaines. En outre, l'obligation de restitution fut introduite.

Au cours de l'hiver 1932-33, le nombre des chômeurs assistés atteignit presque le chiffre de sept millions; la majeure partie, qui rentrait dans la catégorie des chômeurs relevant de la prévoyance sociale (Wohlfarts-Erwerbslose), ne ressortissaient plus de l'assurance-chômage, ni de l'aide aux victimes de la crise, mais tombaient à la charge des communes.

B. L'évolution suivie entre 1933 et 1945

Restrictions apportées au principe de l'assurance

Le nombre des chômeurs a rapidement diminué en Allemagne après 1933. Une partie des restrictions apportées aux prestations furent donc de nouveau supprimées.

Dès novembre 1937, l'aide aux chômeurs fut allouée sans limite quant à la durée; l'aide aux victimes de la crise était ainsi devenue superflue. En 1939, les conditions relatives au stage et au délai de carence n'étaient plus requises mais l'aide ne fut accordée qu'en cas de besoin. Dans des cas d'indigence particulière, elle était complétée par des allocations spéciales. La protection des chômeurs avait ainsi perdu en grande mesure son caractère de prestation d'assurance.

Suppression de la gestion autonome

En novembre 1933, la gestion autonome de l'Etablissement fédéral fut supprimée; cette même année, les offices de l'emploi régionaux et locaux furent institués administrations du Reich et l'Office principal fut incorporé au ministère du Travail du Reich. Etant donné les importantes subventions qui avaient été accordées, les réserves accumulées jusque-là servirent à constituer un fonds spécial, dénommé Fonds spécial du Reich pour le placement (Reichsstock für Arbeitseinsatz), qui était administré par le ministère du Travail du Reich.

Réduction du pouvoir d'achat

Même lorsque le chômage avait presque disparu, les cotisations ne furent pas diminuées; des raisons de politique monétaire, entre autres, en étaient la cause. Par ailleurs, on avait puisé largement dans le Fonds spécial du Reich pour le placement en vue d'affectations étrangères au but primitif (assurance-pension, autostrades du Reich).

C. L'évolution suivie entre 1945 et 1951

Disparité des réglementations

Dès 1945, les prescriptions sur l'assurance-chômage ont fait l'objet d'une nouvelle réglementation dans les divers pays. On s'est inspiré en particulier des dispositions de la loi sur le placement et l'assurance-chômage du 12 octobre 1929. Alors même qu'à l'intérieur des zones d'occupation et au-delà certaines discussions aient eu lieu, les dix réglementations en vigueur témoignèrent d'une grande disparité. Le caractère du régime d'assurance des dispositions a été rétabli, cependant, en ce qui concerne les prestations. Les organismes de la gestion autonome reprirent également leurs fonctions de conseiller.

En complément à l'assurance-chômage, dans laquelle la durée maximum du délai de stage avait été fixée à 13, 20 ou 26 semaines, il fut institué, dans tous les pays, l'aide aux chômeurs dont les prestations correspondaient au degré du besoin et n'étaient pas limitées dans le temps.

Autorités régionales

Les offices régionaux et les offices locaux de l'emploi furent maintenus sous la forme d'organismes publics particuliers. Il n'existait point d'administration centrale qui aurait pu compenser les charges financières respectives et établir une liaison interrégionale. Dans la seule zone d'occupation britannique, il existait une commission fiduciaire qui établissait une compensation entre les charges financières des différents pays.

Fonds spéciaux

Les réserves constituant le Fonds pour le placement du Reich et le produit des cotisations furent considérés généralement comme des fonds spéciaux et traités comme tels. En 1949, le taux des cotisations fut réduit de 6,5 pour cent à 4 pour cent.

4. Evolution de la protection des chômeurs depuis 1951

Droit de légiférer

Le droit de légiférer dans le domaine de l'assurance-chômage présentait un caractère spécial, caractérisé par un genre de "concours législatif" ("konkurrierende Gesetzgebung"), c'est-à-dire que les pays étaient libres d'édicter des lois pour autant que le Bund ne faisait pas usage de son droit de légiférer. Cependant, dès que ce dernier exerçait son droit, la compétence de légiférer n'appartenait plus qu'à lui. Il incombait au ministre du Travail et des Affaires sociales du Bund de se charger de la rédaction des textes (federführender Minister).

A. Prescriptions concernant le stage

1) Acquisition du droit aux prestations

Conditions requises dans l'assurance-chômage

Les dispositions relatives aux conditions d'attribution n'ont pas subi, depuis 1951, de modifications essentielles en ce qui concerne l'assurance-chômage. Le droit aux prestations est acquis par toute personne qui, durant les deux années précédant la notification de chômage, a occupé un poste assujéti à l'assurance-chômage pendant six mois. Les périodes pendant lesquelles

aucun salaire n'a été touché - pour raisons de maladie, négligence ou cessation d'activité de l'entreprise - n'entrent pas en ligne de compte.

Délimitation du cercle des personnes assujetties à l'assurance

La délimitation du cercle des personnes assujetties à l'assurance a fait l'objet de débats passionnés en 1956, lorsque le texte de la loi sur le placement et l'assurance-chômage fut modifié. Les représentants des syndicats demandaient en particulier que l'obligation d'assurance ne comporte, autant que possible, pas d'exceptions et ils invoquaient le principe de solidarité. Après des discussions violentes, le Bundestag s'opposa finalement, avec une très petite majorité, à une modification essentielle du régime appliqué jusque-là. Le cercle des personnes assujetties à l'assurance-chômage demeurait donc, comme auparavant, lié en principe au cercle des personnes assujetties à l'assurance-maladie et à l'assurance des employés. Les salariés qui possédaient quelque bien ou autres revenus ou qui, selon toute probabilité, avaient la chance de garder leur emploi et semblaient ainsi ne pas avoir besoin de protection, conservaient une grande liberté de ne pas s'assurer. La faculté de s'assurer accordée aux travailleurs agricoles et aux travailleurs à domicile fut, d'autre part, plus fortement réduite en 1957. Dès cette année, les travailleurs sont assujettis à l'assurance-chômage aussi pendant les périodes de service militaire et d'exercices militaires.

Conditions requises pour l'assistance chômage

Les mesures complétant l'assurance-chômage par des prestations, qui n'étaient pas limitées dans le temps mais qui dépendaient du degré de l'indigence, furent

conservées. Le régime d'assistance aux chômeurs, réglementé primitivement par des prescriptions régionales des pays, continue à être appliqué sous la dénomination d'aide aux chômeurs (Arbeitslosenhilfe). Le droit aux prestations est acquis en principe après avoir occupé un emploi rémunéré - également à l'étranger - pendant 10 semaines au cours de l'année précédant la notification de chômage. Il existe cependant de nombreuses dispositions concernant des exceptions, par exemple en faveur des étudiants d'universités et d'écoles techniques, de réfugiés, de nationaux émigrés revenus dans le pays (Remigranten), de chômeurs après une réhabilitation physique ou professionnelle, de travailleurs auparavant indépendants qui ont définitivement abandonné leur activité indépendante, de femmes qui ont perdu leurs moyens d'existence à la suite du décès du conjoint ou par suite de divorce.

2) Déchéance du droit aux prestations

Le droit aux prestations est perdu dans les circonstances suivantes :

Assurance-chômage :

- a) lorsqu'il n'a pas été fait usage de ce droit pendant les deux années suivant son acquisition;
- b) lorsqu'un nouveau droit à des prestations a été acquis.

Aide aux chômeurs :

- a) lorsque l'action de toucher les prestations a été interrompue pendant deux ans;
- b) lorsqu'un nouveau droit aux prestations de l'aide aux chômeurs a été acquis;
- c) lorsqu'un nouveau droit aux prestations de l'assurance-chômage a été acquis.

B. Les prescriptions relatives aux prestations

La prestation de base allouée aux chômeurs dans l'assurance-chômage est dénommée, depuis 1957, indemnité de chômage ("Arbeitslosengeld"), celle allouée dans l'aide aux chômeurs, secours aux chômeurs ("Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe"). Il existe un droit sur ces deux genres de prestations. Au plus du stage requis, les conditions suivantes doivent être remplies :

- être en chômage;
- être disponible pour le placement;
- notifier le chômage;
- présenter une demande relative aux prestations.

Ces conditions sont communes à l'assurance-chômage et à l'aide aux chômeurs. Ce dernier régime exige en plus l'état d'indigence.

1) Chômage

Depuis 1957, le terme de chômage a fait l'objet d'une définition positive dans les textes législatifs. Est considéré comme chômeur le travailleur ayant occupé un poste rémunéré comme activité principale, dont le lien contractuel avec son employeur a été interrompu temporairement et qui ne travaille pas dans l'entreprise d'un parent. Une occupation ou une collaboration de peu d'importance n'exclut pas la reconnaissance de la qualité de chômeur. L'exercice d'une activité accessoire indépendante n'exclut pas des prestations de chômage seulement dans le cas où cet emploi avait déjà été occupé avant la perte de l'emploi principal et s'il demeure dans des limites restreintes après la perte de ce dernier. Les titulaires de permis de colportage, de

permis autorisant des travaux artisanaux itinérants et de semblables activités, ainsi que les personnes enregistrées comme accompagnant les titulaires de permis pour les activités mentionnées, sont considérés comme chômeurs seulement si leurs papiers de légitimation ont été déposés à l'office de l'emploi.

2) Grèves et lock-outs

Il est interdit de s'immiscer dans des conflits du travail en accordant des prestations. C'est pour cette raison que l'attribution de prestations aux travailleurs subitement tombés en chômage par suite d'un conflit du travail est exclue pendant la durée de ce dernier. Les travailleurs non engagés dans un conflit du travail, mais frappés de chômage indirectement par ce dernier, peuvent obtenir des prestations afin que leur soient épargnées des privations injustes. Le chômeur peut, sans préjudice pour lui, refuser des emplois disponibles à la suite de conflits du travail. Lorsque le déclenchement d'un conflit du travail a été signalé à l'office de l'emploi, une intervention ne pourra avoir lieu que si une telle action est expressément souhaitée par l'employeur et par les travailleurs.

3) Disponibilité pour le placement

Le principe suivant lequel le placement doit avoir la priorité sur le versement d'allocations de chômage, principe entériné depuis 1920 dans la législation, a été plus fortement accentué dans la loi amendée en 1957. Pour que ce principe ne reste pas lettre morte, mais trouve réellement son application dans la pratique, il est indispensable que le futur bénéficiaire de

prestations remplisse certaines conditions minima qui sont habituellement exigées sur le marché du travail.

Jusqu'en 1957, il avait seulement été arrêté en la matière que le chômeur, compte tenu de ses forces et de ses capacités, devait encore être en mesure de gagner un tiers de la rémunération qu'une personne, capable de plein rendement, toucherait dans des conditions comparables. Cette limite avait été dépassée depuis longtemps par l'évolution des salaires et par la politique syndicale des salaires, de sorte qu'elle ne correspondait plus à la réalité depuis des dizaines d'années. Il en résulta qu'un certain nombre de chômeurs étaient assistés, qu'il était impossible de placer et que leur cas ne pouvait pas être liquidé.

La loi actuelle dispose en particulier que le service du placement s'occupera des personnes qui

- 1 - sont réellement disponibles au travail,
- 2 - sont aptes selon leurs capacités de travail, et
- 3 - point empêchées par d'autres circonstances d'exercer une occupation conformément aux conditions usuelles prévalant sur le marché du travail.

La situation générale du marché du travail ne doit pas être prise en considération pour l'appréciation du droit aux prestations. Lorsque cette situation est défavorable, il n'est pas admis que des critères plus sévères soient appliqués que lorsque cette situation est favorable. Ce qui importe ce sont les capacités physiques et les aptitudes intellectuelles entrant en ligne de compte pour l'emploi; il faudra considérer des troubles

psychiques, pour autant qu'ils exercent une influence sur la capacité de travail. Il n'est pas établi de liaison avec des décisions médicales d'autres organismes d'assurance; cependant, des consultations peuvent avoir lieu entre les services médicaux de l'Etablissement fédéral et d'autres organismes d'assurance (par exemple, le service de l'assurance-vieillesse), afin que soient évitées ou conciliées les divergences dans l'appréciation de la capacité de travail.

4) Notification du chômage et demande de prestations

Le chômeur doit signaler à l'office de l'emploi lorsqu'il tombe en chômage. Le jour de cette notification est la date décisive pour l'établissement du droit aux prestations et le calcul du montant de celles-ci. L'omission de la notification du chômage a des répercussions seulement sur le droit à la protection; elle exclut l'octroi de prestations. Le salarié qui ne veut pas recevoir de prestations n'a pas besoin de notifier lorsqu'il est chômeur; il en a le droit. Celui qui occupe encore un emploi a le droit de se présenter à l'office de l'emploi comme étant en quête de travail ("arbeitssuchend").

Depuis 1957, la demande de prestations constitue également une condition matérielle en vue de l'acquisition d'une indemnisation. Le versement ultérieur de prestations pour une période précédant la demande est donc inadmissible.

5) Occupation accessoire et collaboration dans l'entreprise d'un proche parent exerçant une activité indépendante

L'exercice d'une activité professionnelle accessoire et la collaboration dans l'entreprise d'un proche parent n'exclut pas la reconnaissance de l'état de chômeur,

pour autant que ces activités se limitent à 24 heures au plus par semaine ou qu'un salaire n'excédant pas 15 DM ait été convenu ou soit usuel au lieu du travail (cf. II 4. B-1). Il est indifférent que le chômeur vive ou non en communauté domestique avec l'employeur.

La rémunération touchée par le chômeur à la suite de semblables activités peu importantes (dépendantes ou indépendantes), en même temps que les prestations, n'est prise en considération qu'à moitié, pour autant qu'elle ne dépasse pas 9 DM par semaine, après déduction des frais occasionnés par la demande. Le salaire accessoire et la prestation de l'office de l'emploi ne doivent toutefois pas excéder 150 pour cent de la prestation intégrale.

Le travail accessoire est favorisé dans l'ensemble par des prestations très libérales quant à leur calcul car le chômeur conserve une certaine activité, ce qui facilitera le passage à un emploi fixe.

6) Bénéficiaires de pensions

Les travailleurs de la mine sont libérés de l'obligation du versement de cotisations pour l'assurance-chômage; ils jouissent néanmoins d'une protection. Lorsque, à l'âge de 65 ans ou par suite de l'incapacité d'exercer leur profession ou d'incapacité de travail, la caisse des pensions minières leur verse une rente, ils toucheront - afin d'éviter l'allocation de doubles prestations injustifiées - une indemnité de chômage seulement dans le cas où leur prétention concerne des occupations assujetties au versement de cotisations, donc s'il s'agit d'occupations autres que le travail dans

les mines; la durée de ces prestations est limitée à 156 jours (= 26 semaines).

Les chômeurs qui jouissent d'un droit à une pension de l'assurance-vieillesse, allouée aux ouvriers ou aux employés, ou de semblables revenus, ne touchent également l'indemnité chômage que pendant 156 jours au maximum.

Quant au reste, l'attribution du droit à une pension par suite d'incapacité de travail ou d'incapacité d'exercer sa profession, ou la jouissance d'allocations similaires, a pour conséquence, dans le régime de l'assurance-chômage, de libérer le bénéficiaire de l'obligation de s'assurer et d'exclure l'acquisition d'un nouveau droit.

En ce qui concerne l'aide aux chômeurs, l'acquisition du droit à une pension par suite d'incapacité de travail ou de l'impossibilité d'en exercer une, ou la jouissance d'allocations semblables -- ainsi que, d'ailleurs, lorsque l'âge de 65 ans a été atteint -- constitue un facteur d'exclusion.

L'attribution d'autres pensions et allocations que celles mentionnées ci-dessus n'a pas de conséquences légales en ce qui concerne l'assurance-chômage. Dans le régime de l'aide aux chômeurs, les autres pensions sont prises en considération, avec certaines réserves, lors de l'examen de l'état d'indigence.

7) Taux des prestations

Rapport avec les salaires

Le système d'établissement du montant des prestations n'a pas été modifié essentiellement depuis 1951. Les prestations se composent, comme auparavant, d'un

montant principal et d'allocations familiales; le montant principal de l'indemnité de chômage est basé sur le salaire moyen touché pendant les 13 dernières semaines, dans la profession assujettie, qui a permis d'acquérir le droit aux prestations. Au cas où ce salaire a été réduit parce que le chômeur avait exercé une activité qui ne correspondait pas à son activité habituelle, le salaire moyen des 52 dernières semaines d'un emploi assujetti occupé au cours des deux années précédentes servira de base. Cette mesure tend à compenser la situation quelque peu défavorable dans laquelle se trouve le chômeur lors de l'exercice d'une profession qui lui est moins familière. Dans le cas où le salaire a été réduit pour raison de maladie, d'absences autorisées, de jours fériés en semaine ou de manque de travail provoqué par la situation économique, ou encore pour des motifs d'ordre économique, le salaire qui aurait été touché pour la durée de travail usuel (betriebsüblich) - mais au maximum en 48 heures - servira de base.

Etant donné que le montant principal est calculé d'après le niveau du dernier salaire touché - dans certains cas exceptionnels, selon le salaire qui aurait pu être obtenu - les prestations de l'assurance-chômage s'ajustaient automatiquement à la rémunération. Leur évolution suit donc le mouvement des salaires avec un écart de temps insignifiant. Dans l'aide aux chômeurs par contre, lorsque le chômeur est indemnisé pendant une longue durée, l'allocation peut correspondre à une rémunération atteinte avant des années déjà et être comparativement plus basse de ce fait.

Pour cette raison, le taux d'indemnisation dans le régime de l'assurance chômage, (et, respectivement, dans celui de l'aide aux chômeurs) fut fixé, en 1951, 1953 et 1956, à un niveau approchant dans chaque cas le niveau respectif des salaires.

Augmentations répétées

Normalement, la hausse des salaires conduit de manière automatique à une augmentation des prestations dans l'assurance-chômage et dans l'aide aux chômeurs. Les taux des prestations furent en outre élevés à plusieurs reprises de sorte que la proportion entre les pourcentages des salaires et des allocations de chômage fut rendue plus avantageuse (en 1951, 1953 et 1957, dans le régime de l'assurance-chômage, et en 1951, 1953, 1956 et 1957, dans celui de l'aide aux chômeurs).

Extension des échelles des prestations

Les échelles des prestations furent en outre étendues par deux fois, soit en 1952 et en 1957 dans le régime de l'assurance-chômage, et en 1953 et en 1957, dans celui de l'aide aux chômeurs. Le salaire de base de 87 DM fut porté tout d'abord à 116 DM et, finalement, à 175 DM. Ces montants correspondaient chaque fois au taux le plus élevé des cotisations dans l'assurance-chômage et l'augmentation représentait l'équivalence de la prestation-cotisation (Beitrags-Leistungs-Äquivalenz).

Gradation dégressive des prestations par paliers

Actuellement, les taux des prestations sont gradués dégressivement en partant d'un taux atteignant presque 100 pour cent du salaire brut, dans la classe des salaires les plus bas, alors que dans la classe des

salaires les plus élevés le taux s'élève encore à 55 pour cent du salaire net dans l'assurance-chômage et à 45 pour cent du salaire net dans l'aide aux chômeurs.

Rapport entre les prestations et le salaire net

L'évolution du niveau absolu des prestations dans des classes de salaires spécifiques, ainsi que l'évolution des prestations en comparaison avec les salaires moyens, le prix net des produits du pays (Nettoinlandsprodukt) et le coût de la vie sont représentées dans l'annexe n° 1.

La gradation par paliers des taux des prestations selon l'importance du lieu de résidence ou selon les zones dans lesquelles ces lieux sont groupés, n'est plus appliquée dans les régimes de l'assurance-chômage et de l'aide aux chômeurs actuellement en vigueur.

Examen de l'état d'indigence dans l'aide aux chômeurs

Le niveau des prestations allouées dans le régime de l'aide aux chômeurs ne dépend pas seulement de la rémunération précédente, mais aussi du degré de l'indigence. Le revenu du chômeur, lorsqu'il dépasse 9 DM par semaine, le revenu du conjoint avec lequel il vit en ménage commun, lorsqu'il dépasse 30 DM par semaine, et le revenu des parents en ligne directe vivant avec le chômeur en ménage commun, lorsqu'il dépasse 36 DM par semaine, sont pris en considération à moitié. Sont comprises dans le revenu du chômeur également les sommes qu'il pourrait toucher, au titre de créances alimentaires découlant des dispositions du droit civil, de la part des parents vivant hors de son ménage.

Des prescriptions particulières règlent la situation du mari et de la femme qui touchent tous deux, en même temps, des prestations de l'aide aux chômeurs. Certains revenus d'investissement (zweckbestimmte) et à destination particulière ne sont pas considérés comme revenus. La fortune n'entre en ligne de compte que dans la mesure où elle rendrait l'octroi d'une allocation nettement injustifiée.

Depuis 1957, les bénéficiaires des deux genres de prestations sont assurés non seulement contre le risque maladie mais aussi, en une certaine mesure, contre les accidents (accidents de la route).

8) Allocations familiales

Le système des allocations familiales n'a pas été modifié essentiellement depuis 1927. Toutefois, l'allocation familiale n'est accordée que subsidiairement lorsque le chômeur touche une allocation pour enfants. Son éventualité n'existe que dans la mesure où elle est expressément stipulée aux termes de la réglementation sur les allocations pour enfants. Il est rare que plus de trois allocations familiales soient accordées ces temps-ci car, à partir du troisième enfant, il existe en général un droit à l'allocation légale pour enfants. Ces allocations sont versées mensuellement au chômeur, également par l'office de l'emploi. Alors qu'auparavant une différence avait été établie entre la première allocation familiale et les suivantes - celles-ci ne représentant que la moitié environ de la première - le taux actuel se monte uniformément, depuis 1957, à 6 DM.

Les régimes allemands de l'assurance-chômage et de l'aide aux chômeurs ne connaissent pas la gradation des allocations familiales par paliers suivant le nombre et l'âge des enfants (Cf. Rapport belge, II 4.3 8).

IL n'est pas accordé d'allocation familiale lorsque le parent protégé touche lui-même des prestations de la part de l'office de l'emploi ou possède un autre revenu de plus de 21 DM par semaine ou de 91 DM par mois.

9) Limitation du montant des prestations

La somme de l'indemnité principale et des allocations familiales ne doit pas dépasser un plafond qui varie selon le taux des salaires servant de base au calcul. Celui-ci est gradué dégressivement et va de 100 pour cent, dans la catégorie des salaires les plus bas, à environ 70 pour cent, dans la catégorie des salaires les plus élevés. Le plafond n'a de signification essentielle que dans les catégories des petits salaires. Dans les catégories de salaires plus élevés, la différence entre l'indemnité principale et le plafond est si grande que ce dernier n'est presque jamais atteint.

10) Délai de carence

Le délai de carence pour les chômeurs n'ayant pas de membres de famille protégés était de sept jours jusqu'à 1957, celui imposé aux chômeurs avant des parents bénéficiant d'allocations, de trois jours. Depuis le 1er avril 1957, les prescriptions concernant le délai de carence ont été nettement adoucies. C'est uniquement aux bénéficiaires ne touchant point ou une seule allocation familiale qu'est applicable un délai

de carence de trois jours, s'ils ont régulièrement acquis le droit aux prestations. La période du délai de stage déjà accomplie sous le régime de l'assurance-maladie entre dans le décompte. Après un travail à temps partiel s'étendant sur quatre semaines, le délai de carence tombe au cas où le salaire avait été réduit d'au moins 1/3. Il tombe également si les prestations de l'aide aux chômeurs sont accordées immédiatement après les allocations de l'assurance-chômage.

11) Emplois à la demi-journée et à temps partiel

Les emplois qui ne s'étendent régulièrement pas au-delà de 24 heures par semaines sont considérés comme de peu d'importance et ne sont pas assujettis à l'assurance-chômage. Les travailleurs occupant des emplois à la demi-journée sont, pour cette raison, presque toujours exemptés de l'obligation de s'assurer et ils ne peuvent pas prétendre à une indemnisation.

Lorsque la durée hebdomadaire d'un emploi à temps partiel dépasse 24 heures, ce dernier est considéré comme un emploi à plein temps; si la durée hebdomadaire du travail est inférieure à 24 heures, l'état de chômage n'est pas exclu. Le salaire ainsi touché entre dans le calcul des prestations (Cf. ci-dessus sous II 4.B 5).

12) Travail du dimanche, des jours fériés et des jours de repos

Si le salarié travaille pendant les six jours de la semaine et encore le dimanche, cette période ne sera comptée, pour le délai de stage, que pour une semaine. S'il travaille pendant cinq jours par semaine dans une entreprise ayant institué la semaine de cinq jours, il

aura également rempli les conditions de stage pour la période d'une semaine.

Les régimes allemands n'établissent pas de distinction entre le travail des jours fériés et des autres jours. La rémunération provenant d'un travail occasionnel effectué le dimanche ou un jour férié est considérée comme un salaire accessoire.

13) Jours fériés légaux, jours chômés ordinaires

Les régimes allemands ne prévoient des prestations que pour les six jours de la semaine et, également pour des jours fériés légaux tombant sur un jour de la semaine. Les dimanches ne donnent jamais lieu à des prestations, même s'il s'agit de jours fériés légaux particuliers.

14) Travailleurs des ports et travailleurs à domicile

Les travailleurs des ports, qu'ils soient occupés de manière continue ou non, sont assujettis à l'assurance-chômage. Des prescriptions particulières sont prévues pour cette dernière catégorie, à cause du caractère spécial de cette activité discontinue. Elles concernent l'acquisition du droit aux prestations, le chômage, le calcul de l'indemnisation, le délai de carence, le compte à établir pour le travail accessoire et l'assurance-maladie.

Les travailleurs à domicile sont soumis à des prescriptions plus sévères en ce qui concerne l'authenticité de leur chômage et des prescriptions particulières relatives à l'obligation de s'assurer, à la disponibilité et à la fixation du montant de la prestation leur sont applicables.

15) Mode de paiement des prestations

Les prestations sont généralement allouées à la fin de chaque semaine. Dans des cas particuliers, elles peuvent être envoyées au bénéficiaire par chèque. Au cas où le chômeur ne remplit pas ses obligations à l'égard d'un proche parent ou si ce dernier ne vit pas en ménage commun avec le chômeur, le directeur de l'office de l'emploi pourra décider qu'une partie convenable des prestations soit versée à ce parent ou à la personne ou à l'institution sous la protection de laquelle celui-ci est placé.

16) Conclusions

Les modifications apportées à la loi sur le placement et l'assurance-chômage, qui est entrée en vigueur dans sa forme nouvelle le 1er avril 1957, ont notamment les objectifs suivants qui, dans l'ensemble, ont été atteints :

Uniformisation de la réglementation dans le domaine de l'assurance-chômage et de l'aide aux chômeurs.

Codification de nombreux principes, développés au cours des années par la jurisprudence.

Meilleure harmonisation du droit relatif au placement et à l'assurance-chômage; renforcement des mesures conduisant à une réhabilitation professionnelle.

Coordination approfondie avec les autres lois sociales.

Amélioration des prestations.

C. Prescriptions sur les peines et les voies de recours

1) Lutte contre les abus

Toute institution sociale est exposée au danger de prêter à des abus. Afin d'éviter qu'il ne soit fait appel de manière abusive aux prestations - éventuellement aussi avec la participation des membres de l'administration - l'Etablissement fédéral a pris des mesures de sécurité concernant en particulier le fonctionnement des caisses et l'administration générale. C'est ainsi qu'il est interdit, par exemple, que des versements soient effectués à un fonctionnaire de l'administration à l'intention de bénéficiaires d'indemnités en dehors de l'Etablissement fédéral, même si ces fonctionnaires sont munis d'une procuration.

L'authenticité et la persistance des conditions d'attribution ainsi que les renseignements donnés par les bénéficiaires sont constamment contrôlés par un service d'enquête qui est partiellement motorisé.

L'autorisation légale de l'Etablissement fédéral à ouvrir des enquêtes a été étendue et précisée l'an dernier. Depuis 1957, la loi prévoit expressément que l'Etablissement fédéral est autorisé à prendre connaissance des livres comptables, des papiers d'affaires, des relevés concernant les salaires et d'autres documents, si l'application de la loi l'exige. Les autorités et les organismes d'assurance doivent accorder leur appui à l'Etablissement fédéral et fournir des renseignements. De même, l'Administration des finances est tenue de fournir à l'Etablissement fédéral des informations sur les salaires et la situation financière des chômeurs, de leurs parents à charge ou des personnes vis-à-vis desquelles les chômeurs ont une créance alimentaire.

Les bénéficiaires sont tenus de communiquer immédiatement tout changement survenant dans leur situation et d'informer qui de droit lorsqu'ils ont touché quelque autre prestation spécifique ou fait une demande à cet effet, prestations qui ont une influence sur l'allocation chômage ou celle de l'aide aux chômeurs. Lors d'une interruption des prestations, ils doivent en donner connaissance et indiquer la raison.

Contrairement au régime belge, les régimes allemands de protection ne prévoient pas de limitation générale au droit des prestations pour certains groupes particulièrement suspects d'abus ou dans lesquels des abus sont fréquemment commis en ce qui concerne les prestations. De tels groupes de personnes subissent tout simplement un contrôle plus sévère et plus fréquent, surtout de la part du service d'enquête. Voir également sous chiffre 2 f.

2) Sanctions en cas d'infraction

a) Déclarations inexactes, incomplètes ou tardives. Omission de déclarations

Lorsque les chômeurs ne remplissent pas (intentionnellement ou par une grave négligence) l'obligation de déclarations (Cf. II 4. C 1), et cela malgré les instructions reçues sur les conséquences légales qui résultent d'une telle omission, les prestations peuvent leur être refusées totalement ou partiellement. Il en est de même lorsqu'ils effectuent des travaux occasionnels sans présenter à l'employeur la formule prescrite pour l'attestation d'un travail accessoire. Lors de conventions légères, un avertissement peut être adressé ainsi qu'une amende (2 DM) infligée. Les infractions graves peuvent, si des peines criminelles ne sont pas

encourues, entraîner des amendes plus élevées allant de 2 DM à 1.000 DM pour chaque cas particulier. Les employeurs qui refusent de remplir l'attestation d'occupation accessoire ou de travail, ainsi que les personnes qui refusent de fournir des informations qu'elles seraient obligées de donner, peuvent également être frappés d'une amende.

Des amendes sont infligées lors de contraventions aux règlements (par exemple, refus de donner des renseignements) et des peines criminelles lors d'infractions aux dispositions pénales (par exemple, fourniture de renseignements faux ou incomplets) (Cf. litt. i de ce chapitre).

- b) Acquisition subreptice de timbres (Stempelerschleichung); apposition de timbres de contrôle falsifiés; production de pièces inexactes (unrichtig)

Dans les régimes de protection allemands, les délits mentionnés ci-dessus ne sont pas frappés de la privation des prestations, mais ils sont considérés comme faits punissables poursuivis devant les instances de l'ordre pénal et jugés par les tribunaux. Il semble que les infractions mentionnées correspondent parfaitement à un délit de la fraude intentionnelle ou accomplie, qui est puni, dans les cas légers, d'amendes et, dans les cas particulièrement graves, de réclusion.

- c) Refus, sans raison justifiée, d'occuper un emploi pouvant convenir (zumutbar)

Les prescriptions sur le délai de suspension lors de refus d'un emploi ont été amendées et assouplies en partie en 1957. Un emploi offert peut être refusé sans entraîner de suites légales si l'activité proposée est susceptible de rendre beaucoup plus difficile au chômeur l'exercice ultérieur de son travail habituel.

d) Abandon de l'emploi sans raison valable;
congédiement provoqué par la faute du
travailleur

Les prescriptions sur le délai de suspension lors de la perte de l'emploi ont été développées depuis 1957. La perte de l'emploi intentionnelle ou due à une négligence grave entraîne, depuis lors, un délai de suspension. Si le chômeur a une raison justifiée pour abandonner son emploi, il devra tout d'abord tenter tout ce qui lui est possible pour supprimer cette raison.

Le délai de suspension est habituellement de quatre semaines; il peut être réduit à deux semaines ou porté à six semaines. Il n'y a plus lieu d'infliger un délai de suspension si le chômeur a occupé de nouveau un emploi pendant au moins 13 semaines depuis l'événement qui avait déclenché le délai. Lorsque la peine de la suspension a déjà été prononcée, un jour de suspension sera déduit pour chaque période de trois jours de travail dans un poste rémunéré et d'une certaine importance. Les occupations exercées auprès de proches parents - par exemple les conjoints, les enfants ou les parents - n'entrent cependant pas en ligne de compte dans ce cas.

e) Inconduite

Lorsque la réputation ou la conduite du chômeur est si mauvaise que, selon l'opinion prévalant dans les milieux du travail, on ne peut envisager de lui confier un emploi, le facteur disponibilité fait défaut (Cf. II 4. B 3). Il n'existe pas de droit à des prestations dans ce cas.

Abstraction faite de cette mesure, qui est appliquée seulement dans des cas exceptionnels et rares, les régimes de protection allemands ignorent le refus de

prestations à cause de manquements aux devoirs civiques, ou à cause d'une mauvaise conduite. Même dans les cas où des décisions basées sur une appréciation sont prévues, ces points de vue ne doivent pas être pris en considération.

f) Récidives

Des refus répétés d'occuper un emploi ou la perte répétée de l'emploi ont pour suite, en général, l'augmentation du délai de suspension, porté respectivement à 6 et à 8 semaines.

Lorsque, depuis la dernière acquisition du droit aux prestations, le chômeur a été frappé d'un délai de suspension à plusieurs reprises et qu'il y a lieu de renouveler cette peine (pour la troisième fois), les prétentions ultérieures aux prestations peuvent être totalement supprimées. Il en est de même si le chômeur, tout en ayant été informé des conséquences juridiques de son comportement, persiste à ne pas saisir l'occasion d'emplois disponibles. Dans ce cas, le chômeur ne pourra de nouveau bénéficier d'allocations que s'il a acquis, après l'exclusion, un nouveau droit aux prestations.

g) Cumul de délais de suspension, d'amendes et de peines

Lorsque le chômeur subit la peine d'un délai de suspension au moment où un nouveau délai de ce genre doit lui être infligé, ce dernier ne prendra effet qu'après l'expiration du premier. Les délais de suspension et la suppression des prestations n'excluent ni les amendes ni les peines judiciaires.

h) Insoumission au contrôle

En vue de trouver un nouvel emploi et de fournir la preuve de son état de chômeur, le bénéficiaire de prestations doit se présenter régulièrement à l'office de l'emploi et y comparaître lorsqu'il y est convoqué, et cela également pendant le délai de carence, le délai de suspension et lors de contestations au sujet des prestations. Les périodes non couvertes par des avis ou des excuses ne donnent pas droit aux prestations.

Lorsque le chômeur a déjoué les enquêtes de l'office de l'emploi, les prestations peuvent également lui être refusées totalement ou en partie.

i) Poursuites pénales

Celui qui, en sa qualité d'employeur, retient intentionnellement et ne verse pas à la caisse intermédiaire compétente une partie des cotisations reçues du salarié, peut être passible de prison, d'amende et de la perte de ses droits civiques. Est, par ailleurs, puni de prison ou d'amende celui qui fait intentionnellement des déclarations fausses ou incomplètes dans des attestations ou des renseignements qu'il est obligé de fournir. Aux termes d'une loi particulière sur la prévention du travail noir (Gesetz zur Bekämpfung der Schwarzarbeit, 1957), est frappé d'une amende celui qui, par esprit de lucre, exécute des travaux importants pour d'autres et ne satisfait pas aux conditions de notification obligatoire imposées en tant que bénéficiaire de prestations. Aux termes de cette même loi, l'employeur ou le commettant sera de même passible d'une peine s'il occupe à des travaux importants, sans le

déclarer, des bénéficiaires de prestations, tout en n'ignorant pas que l'omission de notification est passible de peine. Pour autant que la nature pénale de la fraude est établie, l'auteur relèvera du Code pénal.

Les tribunaux ordinaires seront compétents pour la procédure pénale.

j) Restitution de prestations indûment acquises

La restitution de versements indûment reçus sera demandée au bénéficiaire dans certaines conditions spécifiques, en particulier lorsqu'il a provoqué le versement de la prestation ou s'il savait ou aurait dû savoir que celle-ci ne lui était pas due.

Lorsque le chômeur a provoqué le paiement d'allocations indues, intentionnellement ou par une grave négligence, il peut être ordonné que le montant à restituer soit retenu sur des prestations à recevoir ultérieurement. Lorsque le travailleur tenu à restituer a droit, d'autre part, à une rente de la sécurité sociale ou autre, l'office de l'emploi peut ordonner, par une notification écrite, que le montant des prestations indûment encaissées soit viré sur le compte de l'Établissement fédéral, et lorsqu'il s'agit de l'aide aux chômeurs, sur le compte du Bund, comme compensation des sommes dont la restitution est exigée. Le consentement du chômeur n'est pas nécessaire. Le principe de l'insaisissabilité des prestations ne s'oppose pas à un tel transfert de droit.

Lorsque les montants, dont la restitution est exigée, ne peuvent être encaissés par la voie décrite ci-dessus, ils seront recouvrés selon la même procédure que les taxes communales.

k) Voies de recours

Jusqu'à l'année 1954, le chômeur pouvait interjeter appel contre les décisions prises relativement aux prestations devant les commissions d'arbitrage des offices de l'emploi et les chambres du contentieux judiciaire des offices supérieurs des assurances sociales (Obersicherungsämter) (Cf. II 2 c). Ces institutions ne possèdent pas la pleine indépendance judiciaire. Aux termes de l'art. 19, al. 4 de la loi organique (Grundgesetz), toute personne qui s'estime lésée dans ses droits par les pouvoirs publics peut avoir recours, dans la République fédérale d'Allemagne, à la voie judiciaire. Conformément à ce principe, tout acte administratif dans le domaine du droit social peut être contesté devant les tribunaux sociaux (Sozialgerichte) qui sont des tribunaux administratifs particuliers. La condition préalable à l'introduction d'une action est évidemment, dans la plupart des cas, qu'une procédure préliminaire ait eu lieu au cours de laquelle l'autorité administrative examine à nouveau sa décision. Dans les tribunaux de première instance siège un juge ordinaire (Berufsrichter), auquel sont adjoints, comme assesseurs, un représentant des employeurs et un représentant des travailleurs. Les tribunaux sociaux des pays (Länder) et le tribunal social fédéral de deuxième et de troisième instances comprennent des chambres (Senate); il y siège trois juges ordinaires ainsi qu'un représentant des employeurs et un représentant des travailleurs. La troisième instance n'est qu'une instance judiciaire (Rechtsinstanz). Le délai de contestation est d'un mois en cas d'instruction judiciaire appropriée, à défaut de quoi il est d'une année.

D. Organisation

Depuis 1952, les offices de l'emploi locaux et les offices de l'emploi régionaux sont groupés de nouveau en une administration centrale, l'Etablissement fédéral, organisme de droit public à gestion autonome. Cette administration est dirigée par un conseil d'administration (Verwaltungsrat), organe législatif, et un comité directeur (Vorstand), organe exécutif. Des commissions administratives (Verwaltungsausschüsse) sont adjointes aux 12 offices régionaux de l'emploi et aux 208 offices locaux de l'emploi. Les affaires courantes sont liquidées par le président de l'Etablissement fédéral. Contrairement à ce qui se pratiquait auparavant, lorsque les secteurs des offices de l'emploi régionaux s'étendaient sur de vastes régions économiques, la délimitation de la compétence de ces offices coïncide actuellement, en général, avec les frontières politiques des pays (Länder). L'Etablissement fédéral est soumis au contrôle du ministre du Travail et des Affaires sociales; ce contrôle se limite à l'application de la loi et du règlement. Des services spéciaux d'assurance-chômage et d'aide aux chômeurs sont constitués auprès de l'Etablissement fédéral et auprès de chaque office régional et local de l'emploi.

E. Financement

Depuis 1927, rien n'a été changé en principe au financement de l'assurance-chômage par des cotisations, versées à moitié par les travailleurs et par les employeurs. Comme auparavant, l'industrie minière et les travailleurs qui y sont occupés sont exemptés du paiement de la cotisation. En ce qui concerne le recouvrement de ces dernières, rien n'a été changé non plus

en principe. Le taux des cotisations, qui avait été fixé en 1949 à 4 pour cent du salaire brut des assurés, fut abaissé, en 1955, à 3 pour cent et, en 1957, à 2 pour cent. Depuis lors, le produit des cotisations ne couvre plus entièrement les besoins financiers de l'Etablissement fédéral, de sorte qu'il a fallu faire appel au fonds de réserve (cf. annexe 2). La plupart des instances chargées de l'encaissement touchent une rétribution qui se monte à 1 pour cent des cotisations. Les dépenses occasionnées par les prestations allouées aux assurés étaient de 1,13 milliard en 1957, soit 71 pour cent en chiffres ronds des dépenses globales de l'Etablissement fédéral (cf. annexe 2). Cette part accuse une tendance à s'accroître.

Le nombre des chômeurs, cependant, a fortement régressé (cf. annexe 3). Cette diminution se répercute en premier lieu sur l'aide aux chômeurs. Dans ce secteur, les dépenses ont diminué de près d'un tiers depuis 1951-52, époque où un sommet avait été atteint. En ce qui concerne l'assurance-chômage, les dépenses augmentent au contraire encore car le redressement de la situation économique a pour résultat de permettre à un nombre croissant de personnes d'acquérir le droit aux indemnités de chômage. D'autre part, les contrecoups des fluctuations économiques, qui se manifestent dans la situation du marché du travail, sont supportés, presque exclusivement, par l'assurance-chômage (cf. annexe 4).

L'augmentation du travail à temps partiel, qui est observée de nouveau actuellement, tombe exclusivement à la charge de l'assurance-chômage.

Au cas où l'Etablissement fédéral ne serait plus à même de couvrir les dépenses résultant des prestations.

par les cotisations et le fonds de réserve, il incomberait au Bund, aux termes de la loi organique, de verser des subventions.

Les dépenses occasionnées par l'aide aux chômeurs sont entièrement supportées par le Bund; elles retombent donc sur les contribuables. De 1952 à 1957, ces dépenses ont passé de 1.043 millions à 334 millions. L'état de chômage des bénéficiaires de l'aide aux chômeurs est conditionné structurellement, notamment par le partage de l'Allemagne; plus de 85 pour cent des bénéficiaires de cette assistance habitent des régions limitrophes des zones (cf. annexes 5 et 6). La réduction de ce genre de chômage (cf. annexe 6) et, concurrentement celle des dépenses qu'il occasionne, ont exigé une intensification de la compensation régionale de la main-d'oeuvre (cf. annexe 7), action qui a entraîné des dépenses accrues dans le cadre des efforts faits en vue du placement. Les dépenses nécessitées par ces mesures, aussi bien que celles qui sont faites en vue d'une assistance chômage créatrice de valeurs (werkschaffende Arbeitslosenhilfe), sont supportées en partie par l'Etat-fédéral (soit les dépenses relatives à des mesures générales, telles que la création de logements destinés aux travailleurs et aux bénéficiaires des indemnités de chômage) et, en partie, par le Bund (dépenses en faveur des bénéficiaires de l'aide aux chômeurs).

ANNEXE 1

Evolution des prestations de l'assurance-chômage
et de l'aide aux chômeurs

I. Evolution des prestations effectivement versées

Montant mensuel moyen des prestations versées
par bénéficiaire (Kopfsatz)

	Assurance- chômage		Comparaison avec :		Aide aux chômeurs	
	DM	Index 1951 = 100	l'index du coût de la vie 1951 = 100	l'index des salaires hebdoma- daires*	DM	Index 1951 = 100
1951**	118,66	100	100	100	103,49	100
1952	130,21	110	102	108	104,51	101
1953	142,02	120	100	114	111,54	108
1954	160,75	135	100	118	122,75	119
1955	158,42	134	102	127	118,95	115
1956	171,18	144	105	136	126,05	122
1957	192,88	163	106	147	141,84	137
1958**	231,35	195	110	155	150,76	146

* Salaires moyens hebdomadaires bruts des travailleurs de l'industrie.

** Résultats partiels (1951 : 9 mois - 1958 : 10 mois).

Ce tableau fait ressortir les tendances suivantes :

- 1) Dans les deux régimes, les prestations ont monté bien plus rapidement que le coût de la vie et ils ont atteint un niveau supérieur. Les chômeurs ont reçu des prestations plus élevées, non seulement

en numéraire, mais aussi en fait. Il convient de remarquer à ce sujet que la part des salaires féminins a augmenté continuellement; il en résulte un mouvement qui tend à abaisser le taux des prestations moyennes, car les salaires de la main-d'oeuvre féminine sont moins élevés.

- 2) La moyenne des prestations dans l'assurance-chômage a également augmenté plus fortement que les salaires des travailleurs de l'industrie. Dans l'assistance-chômage l'allocation des secours dépendant de l'indigence, l'augmentation des prestations n'y a pas suivi complètement l'allure des salaires touchés par les travailleurs de l'industrie, car la rémunération complémentaire des parents éventuels du chômeur, qui a bénéficié du mouvement ascensionnel général des salaires, a exercé une influence restrictive sur les prestations.

II. Evolution des prestations dans des catégories de salaire spécifiques

A. Salaire de 50 DM (soit un salaire relativement bas)

Pour un salaire de 50 DM, les prestations étaient les suivantes

	Célibataires sans famille			Couple avec un enfant			Couple avec deux enfants			A titre de comparaison, index du coût de la vie 1950 = 100
	DM	1950 = 100	% du salaire	DM	1950 = 100	% du salaire	DM	1950 = 100	% du salaire	
Dans l'assurance-chômage										
1950	21,30	100	42,6	27,60	100	55,2	29,70	100	59,4	100
1951	23,40	110	46,8	30,60	111	61,2	33.--	111	66,0	108
1953	24,60	116	49,2	33.--	120	66,0	36.--	121	72,0	108
1957	24,60	116	49,2	36,60	133	73,2	39.--	131	78,0	115
Dans l'aide aux chômeurs										
1950	19,80	100	39,6	25,30	100	51,6	27,60	100	55,2	100
1951	22,20	112	44,4	28,80	112	57,6	30,90	112	61,8	108
1953	23,40	118	46,8	31,80	123	63,6	34,80	126	69,6	108
1956	24,30	123	48,6	32,70	127	65,6	35,70	129	71,4	113
1957	24,60	124	49,2	36,60	142	73,2	39.--	141	78,0	115

B. Salaire de 87 DM (soit un salaire moyen)

Pour un salaire de 87 DM, les prestations étaient les suivantes

	Célibataires sans famille			Couple avec un enfant			Couple avec deux enfants			A titre de comparaison, index du coût de la vie 1950 = 100
	DM	1950 =100	% du salaire	DM	1950 =100	% du salaire	DM	1950 =100	% du salaire	
Dans l'assurance-chômage										
1950	25,80	100	29,7	33,50	100	38,6	36,30	100	41,7	100
1951	28,50	111	32,8	37,20	111	42,8	40,20	111	46,2	108
1953	34,50	134	39,7	43,20	129	49,7	46,20	128	53,1	108
1957	38,50	149	44,3	50,40	150	57,9	56,40	156	64,8	115
Dans l'aide aux chômeurs										
1950	21,60	100	24,8	28,20	100	32,4	30,30	100	34,8	100
1951	23,70	110	27,2	30,90	110	35,5	33,30	110	38,3	108
1953	28,50	132	32,8	36,90	131	42,4	39,90	132	45,9	108
1956	30,60	142	35,2	39,--	138	44,8	42,--	139	48,3	113
1957	31,50	146	36,2	42,50	154	50,0	49,50	163	56,9	115

Les tableaux précédents font ressortir que :

- 1) Lorsque le coût de la vie a augmenté, les prestations ont augmenté, même lorsque le salaire n'a pas varié. Contrairement au tableau reproduit au point I, les tendances restrictives dues à l'augmentation de la main-d'oeuvre féminine et celles ayant trait au revenu familial ont été éliminées. D'autre part, il n'a pas été tenu compte, comme dans le tableau III, des tendances ascensionnelles qui résultent de l'augmentation générale du revenu et de la part croissante qui en revient aux travailleurs. Les relevés fournis par le tableau II présentent donc en premier lieu de l'intérêt pour un examen théorique et pour l'analyse.

- 2) La proportion entre le taux des prestations et le salaire s'est considérablement améliorée. Il convient de remarquer en outre que les prestations sont calculées sur la base du salaire brut. Afin de suggérer une idée approximative du rapport qui existe entre les prestations et le salaire net, il faudrait augmenter les taux indiqués (en pourcentage) d'environ un quart.

C. Salaires de la catégorie la plus élevée
(1950/51 : 87 DM - 1952/56 : 115 DM -
Depuis 1957 : 175 DM)

Les prestations furent les suivantes

Salai- re en DM	Célibataires sans famille		Couple avec un enfant		Couple avec deux enfants		A titre de comparaison, indices		
	Index 1950		Index 1950		Index 1950		du coût de la vie	Salaire net d'une acti- vité dépen- dante**	Prix net produits du pays, par adulte *
	DM	=100	DM	=100	DM	=100			
Dans l'assurance-chômage									
1950	87.---	25,80	100	33,60	100	36,30	100	100	100
1951	87.---	28,80	111	37,20	111	40,20	111	108	110
1952	116.---	31,50	122	41,10	122	44,40	122	110	116
1953	116.---	42,60	165	52,20	155	55,50	152	108	122
1957	175.---	70,20	272	82,20	245	88,20	243	115	142
Dans l'aide aux chômeurs									
1950	87.---	21,60	100	28,20	100	30,30	100	100	100
1951	87.---	23,70	110	30,90	110	33,30	110	108	110
1953	116.---	31,50	146	39,90	142	42,90	142	108	122
1956	116.---	35,40	164	43,80	155	46,80	154	113	140
1957	175.---	57,30	265	69,30	246	75,30	249	115	142

* Prix du marché.

** Par moyenne des travailleurs occupés.

*** Chiffres estimés.

Ce tableau montre dans quelle mesure les prestations ont été améliorées, en particulier dans les catégories des salaires élevés. Le très fort déclassement que les travailleurs à salaire élevé avaient dû subir d'abord, a été par la suite légèrement atténué.

III. Evolution des prestations par rapport aux salaires moyens

A. Salaires moyens des travailleurs en général

Les prestations de l'assurance-chômage étaient les suivantes

Salaire hebdomadaire moyen* de 1950 DM = 100	Célibataires sans famille		Couple avec un enfant		Couple avec deux enfants		A titre de comparaison, indices		
	Index 1950 DM = 100	Index 1950 DM = 100	Index 1950 DM = 100	Index 1950 DM = 100	Index 1950 DM = 100	Index 1950 DM = 100	du coût de la vie	Revenu net d'une activité dépendante	Prix net produits du pays, par salarié *** 1950 = 100
1950 55,38	100	21,90	100	28,50	100	30,60	100	100	100
1951 63,92	115	25,50	116	33,30	117	36,--	118	108	113
1952 69,--	125	26,10	119	33,90	119	36,60	120	110	122
1953 73,15	132	30,60	140	39,--	137	42,--	137	108	129
1954 76,85	139	31,50	144	39,90	140	42,90	140	108	137
1955 82,61	149	33,30	152	41,70	146	44,70	146	110	147
1956 87,92	159	34,50	158	43,20	152	46,20	151	113	155
1957 93****	168	40,80	136	52,30	185	58,80	192	115	162****

* Calculé sur la base du salaire brut et du revenu brut par travailleur occupé en moyenne.

** Revenu brut d'un travail dépendant, par travailleur occupé en moyenne.

*** Prix du marché net de produits du pays, par salarié occupé (Erwerbstätiger).

**** Chiffres estimés.

B. Evolution par rapport aux salaires moyens des travailleurs de l'industrie

Les prestations de l'assurance-chômage furent les suivantes

	Salaire hebdomadaire moyen*		Célibataires sans famille		Couple avec un enfant		Couple avec deux enfants		A titre de comparaison, indices		
	de 1950 DM =100	1950 DM =100	Index 1950 =100	Index 1950 =100	Index 1950 =100	Index 1950 =100	Index 1950 =100	Index 1950 =100	du coût de la vie	Revenu net d'une activité dépendante**	Prix net produits du pays, par salarié***
										1950 = 100	1950 = 100
1950	60,54	100	22,80	100	29,70	100	32,10	100	100	100	100
1951	68,52	113	26,10	115	33,90	114	36,60	114	108	113	110
1952	74,---	122	27,---	118	35,10	118	37,80	118	110	122	116
1953	77,87	129	31,50	138	39,90	134	42,90	134	108	129	122
1954	80,99	134	32,70	143	41,10	138	44,10	137	108	137	127
1955	86,85	144	34,50	151	43,20	146	46,20	144	110	147	138
1956	92,96	154	36,---	157	44,70	151	47,70	149	113	155	140
1957	100,74	166	43,80	192	55,80	188	61,80	193	115	162****	142

* Salaire hebdomadaire brut moyen des travailleurs dans l'industrie.

** Revenu brut d'un travail dépendant, par travailleur occupé en moyenne.

*** Prix du marché net par salarié (Erwerbsperson).

**** Chiffres estimés.

Les prestations de l'aide aux chômeurs furent les suivantes

	Salaire hebdomadaire moyen*		Célibataires sans famille		Couple avec un enfant		Couple avec deux enfants		A titre de comparaison, indices		
	de 1950 DM =100	1950	Index 1950 =100	Index 1950	DM =100	Index 1950	DM =100	Index 1950	du coût de la vie	Revenu net d'une activité dépendante**	Prix net produits du pays, par salarié***
										1950 = 100	
1950	60,54	100	20,70	100	27,--	100	29,10	100	100	100	100
1951	68,52	113	23,10	112	30,--	111	32,40	111	108	113	110
1952	74,--	122	23,40	113	30,60	113	33,--	113	110	122	116
1953	77,87	129	27,--	130	35,40	131	38,40	132	108	129	122
1954	80,99	134	27,60	133	36,--	133	39,--	134	108	137	127
1955	86,85	144	23,50	138	36,90	137	39,90	137	110	147	138
1956	92,96	154	31,50	152	39,90	148	42,90	147	113	155	140
1957	100,74	166	35,70	173	47,70	177	53,70	185	115	162****	142

* Salaire hebdomadaire brut moyen des travailleurs dans l'industrie.

** Revenu brut d'un travail dépendant, par travailleur occupé en moyenne.

*** Prix du marché net par salarié (Erwerbsperson).

**** Chiffres estimés.

Les tableaux du chapitre II font ressortir les tendances suivantes :

- 1) Les prestations de l'assurance-chômage et de l'aide aux chômeurs, qui n'avaient pas suivi pendant un certain temps l'évolution des salaires à cause de la gradation dégressive et de l'écart temporaire entre la rémunération et les allocations, ont dépassé finalement les salaires grâce à l'augmentation de leurs taux.

L'évolution du salaire net, comparée à l'indice prix net des produits du pays par travailleur, a suivi un mouvement analogue, quoique moins prononcé.

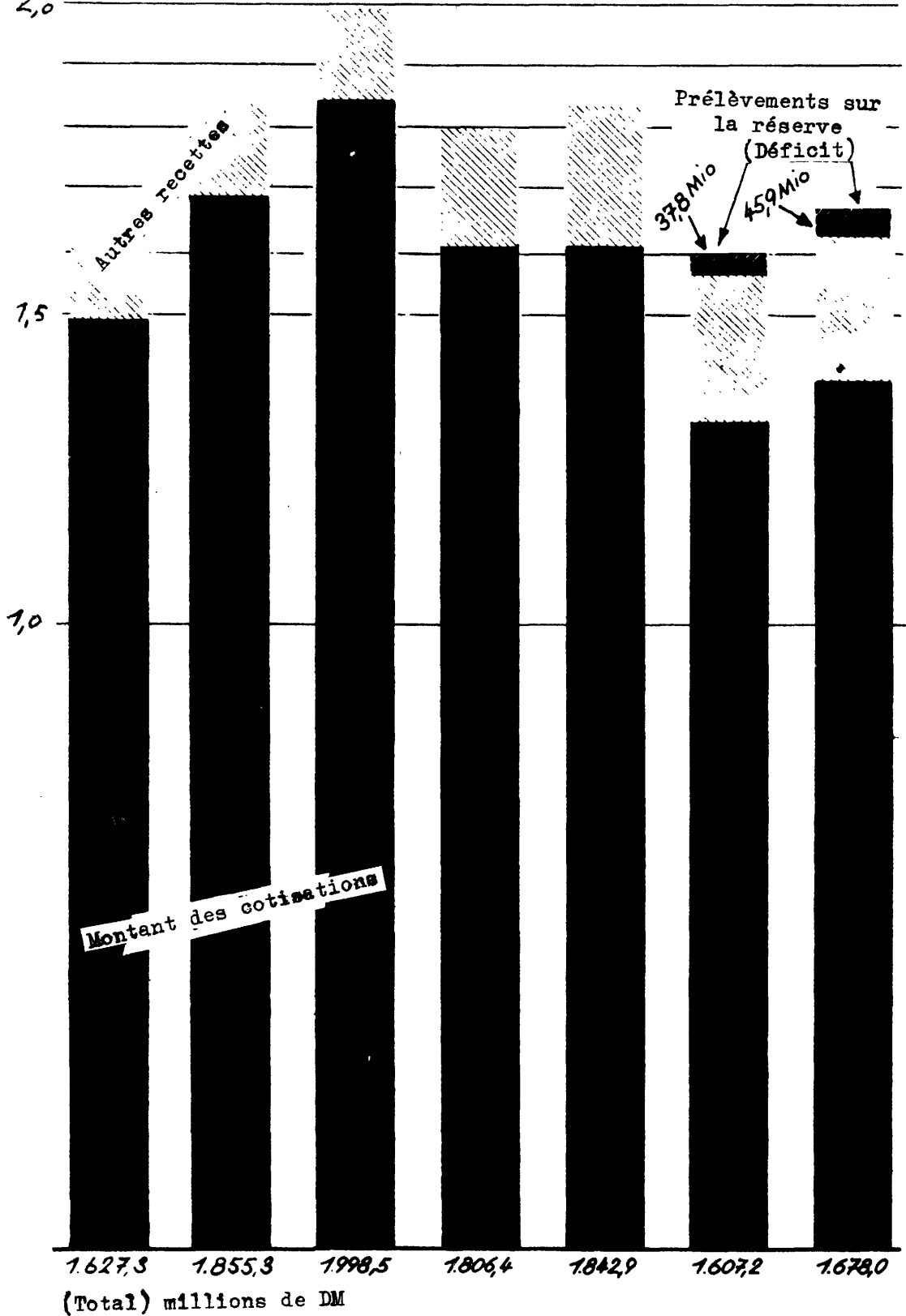
- 2) Les prestations ont suivi un mouvement ascensionnel beaucoup plus accentué que l'indice du coût de la vie. Cette forte augmentation s'explique par l'action cumulée de deux facteurs : Les taux des prestations ont été augmentés, d'une part, à plusieurs reprises; d'autre part, les prestations ont été calculées sur la base de salaires constamment en hausse. Les résultats enregistrés sous III semblent approcher le plus près possible de l'évolution réelle, telle qu'elle s'est traduite pour le chômeur pris individuellement, en particulier pour le travailleur qui venait de perdre son emploi. Les influences restrictives, que l'on doit attribuer aux modifications apportées à la composition du cercle des personnes protégées, ont été éliminées, mais les fluctuations des salaires (des salaires effectifs) ont été prises en considération.

R E C E T T E S

de la Bundesanstalt au cours des exercices 1952 - 1958

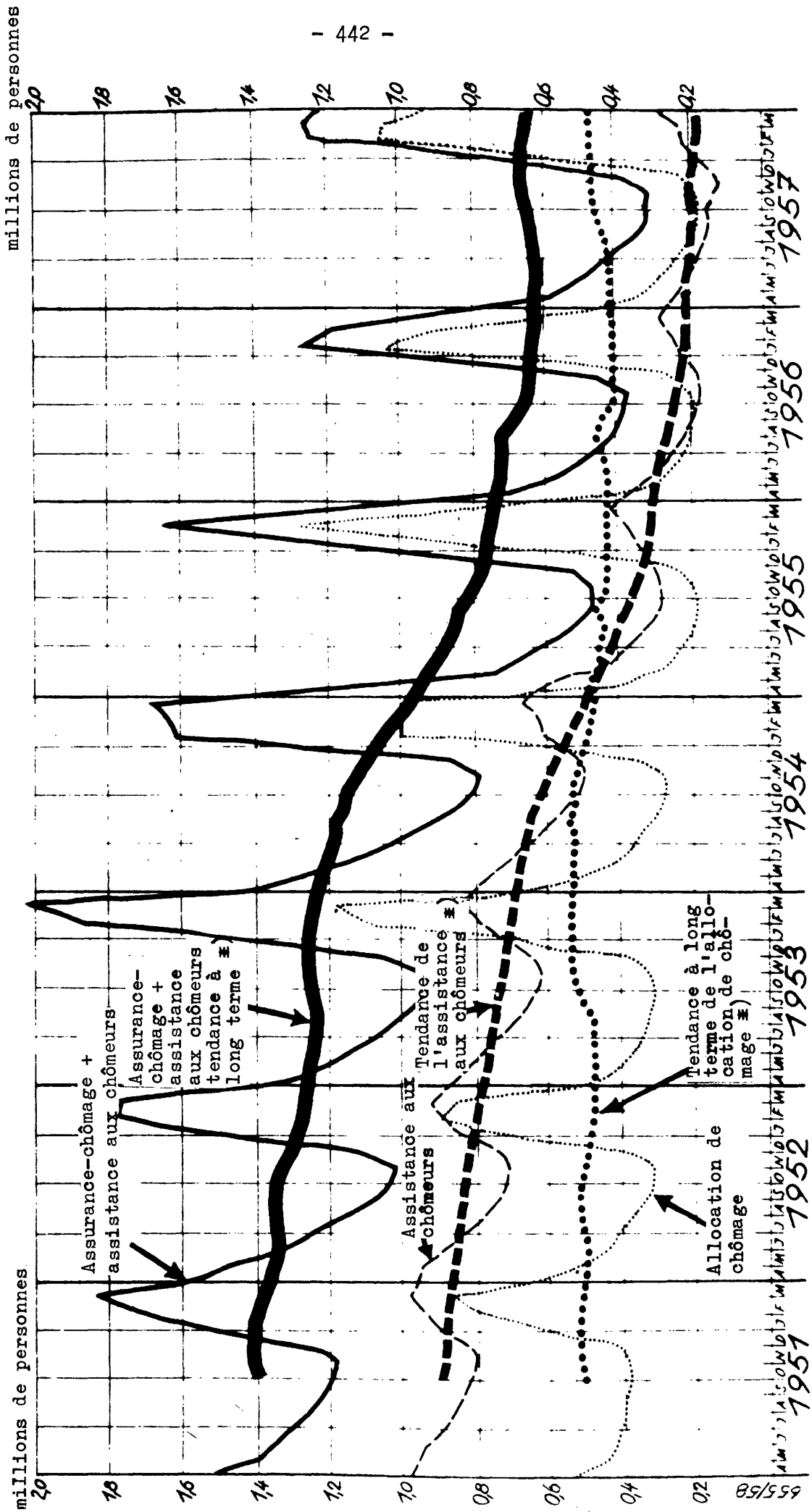
1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958
Réelles	Jst	réelles	réelles	réelles	réelles	prévues

Virid. DM
2,0



LES BÉNÉFICIAIRES DES PRESTATIONS

Au titre de l'assurance-chômage et de l'assistance aux chômeurs sur le territoire fédéral et à Berlin-ouest, au cours des exercices 1951 à 1957 (avril 1951 à mars 1957)



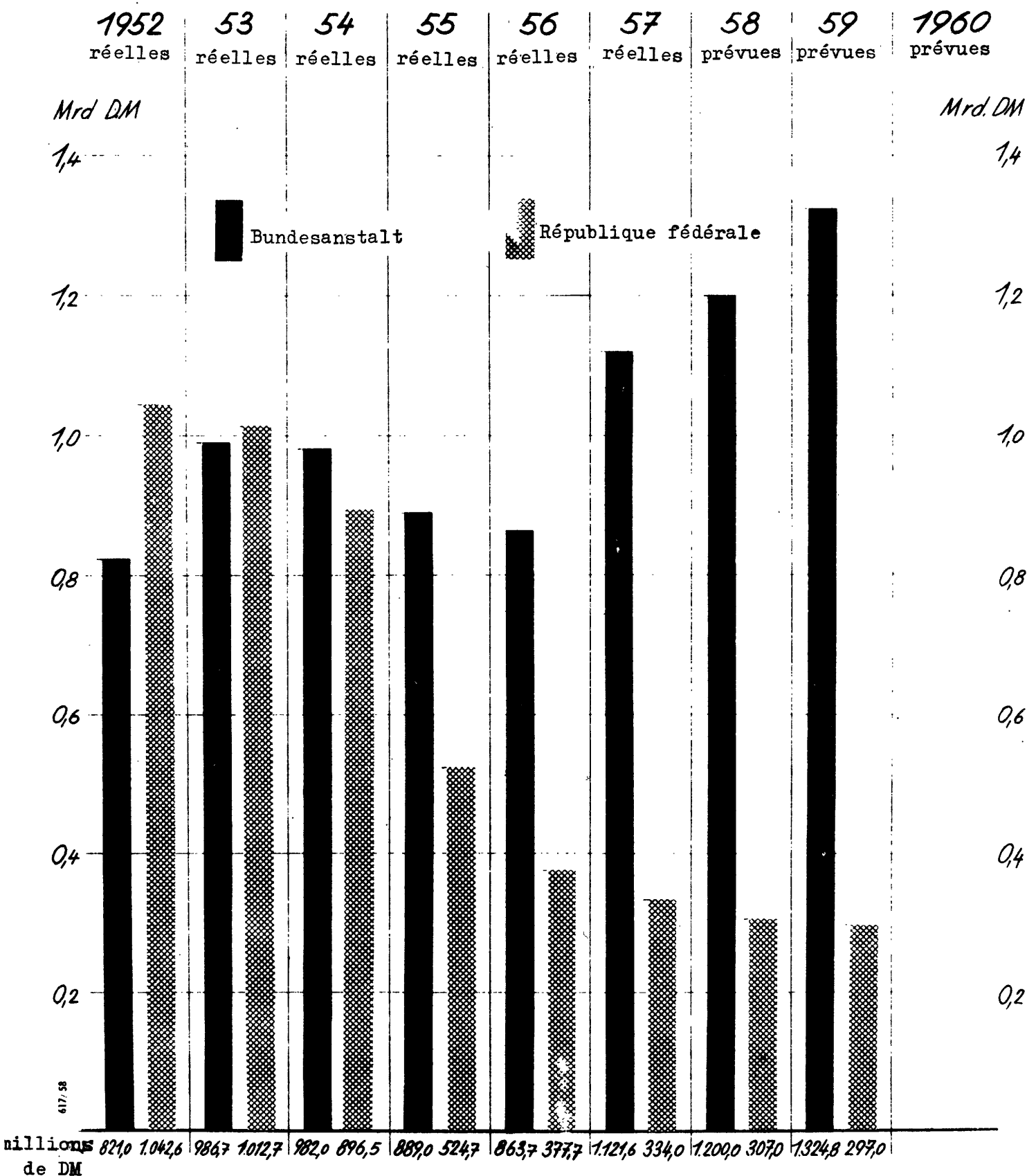
*) corrigé des fluctuations saisonnières, établi d'après les moyennes mobiles des 12 mois

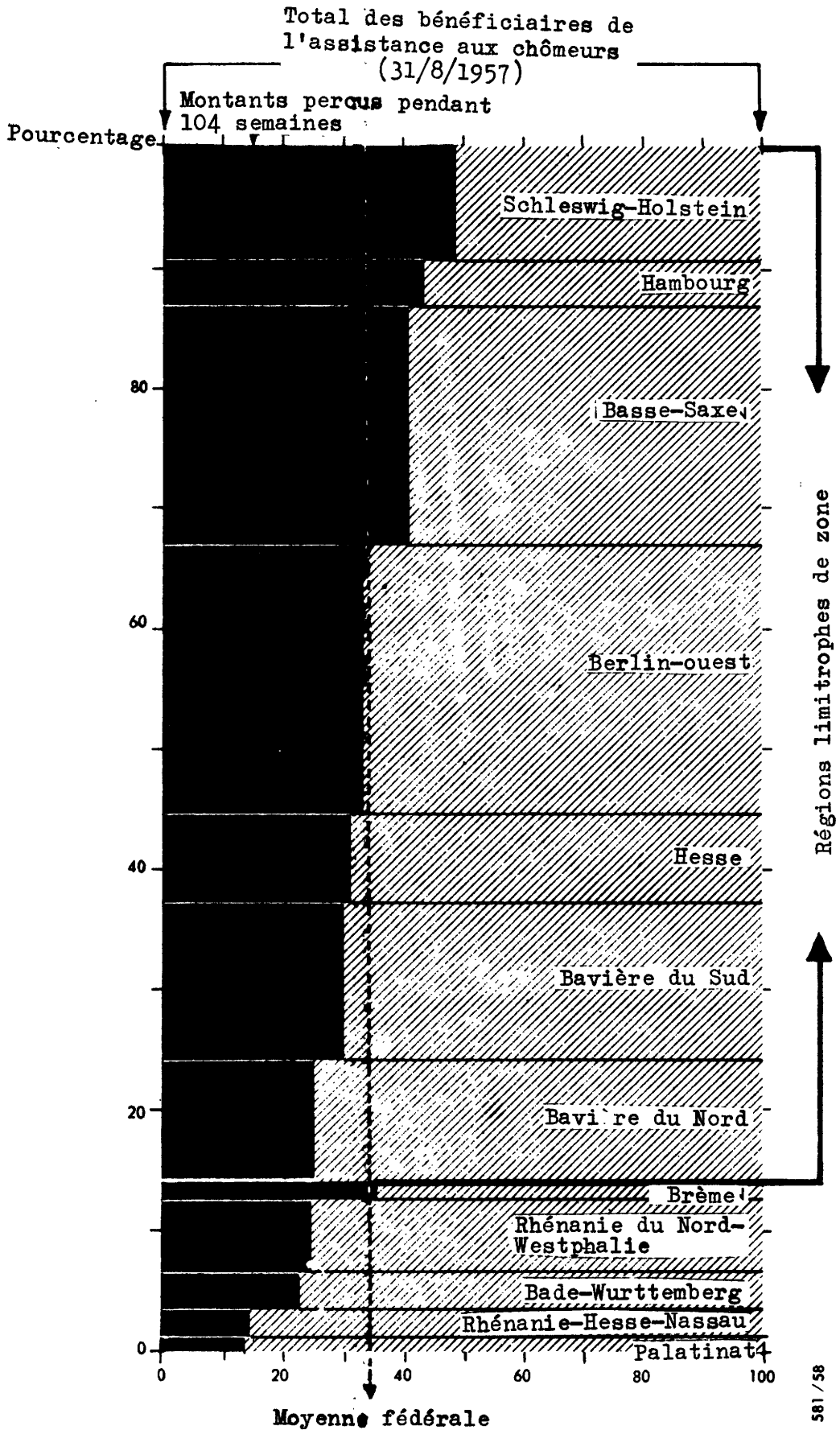
BUNDESANSTALT FÜR AV. U. ALV. (Institut fédéral de placement et d'assurance chômage)

Graphique 4

LES DEPENSES

pour l'allocation de chômage et les secours de l'assistance aux chômeurs au cours des exercices 1952 à 1959



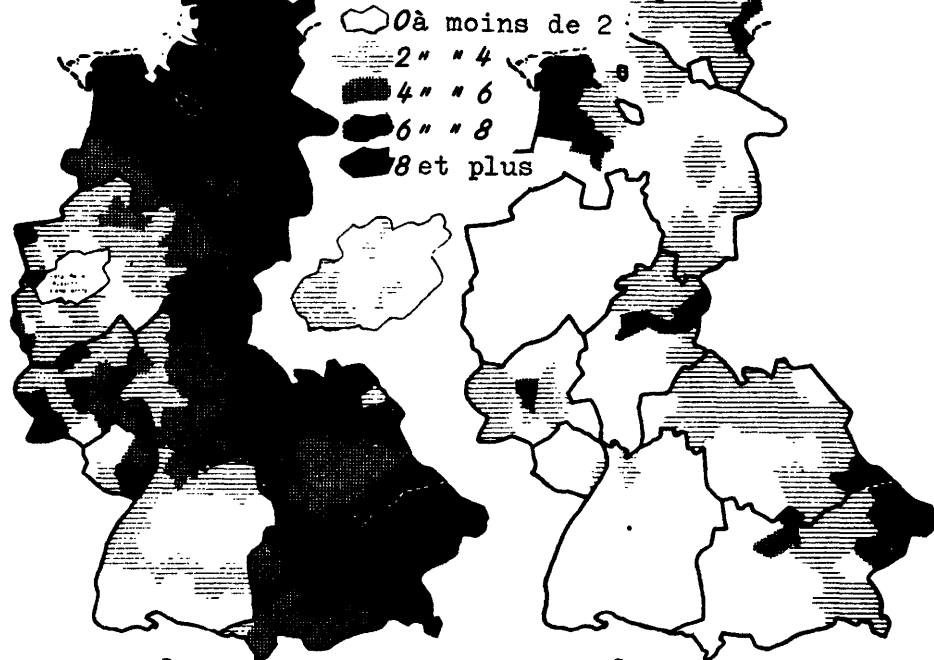


D I F F E R E N C E S R E G I O N A L E S
D A N S L E C H O M A G E

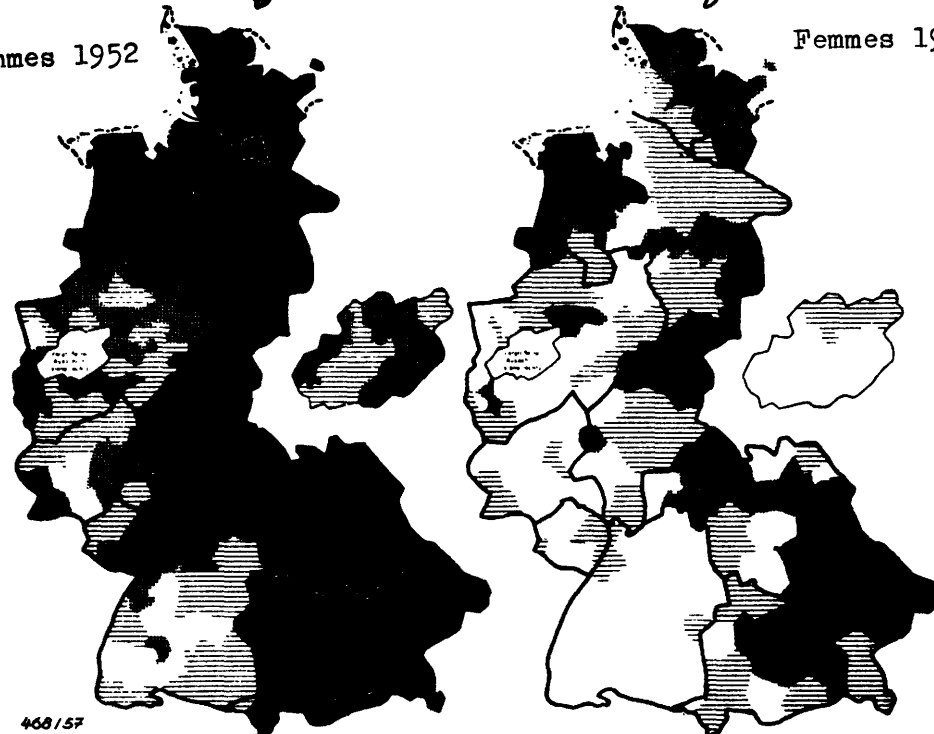
sur le territoire fédéral (sans la Sarre)

le 30 septembre 1952 et le 30 septembre 1957

Hommes 1952 sur 100 travailleurs sont en chômage Hommes 1957



Femmes 1952 Femmes 1957



Mouvements de la main-d'oeuvre masculine à l'intérieur du territoire fédéral d'Avril 1957 à Mars 1958



572/58

PLAN DE L'ETUDE

ANALYSE DE L'EVOLUTION DE CHAQUE BRANCHE

OBSERVATIONS GENERALES - Pour chaque branche, les antécédents historiques et les grandes étapes seront indiquées 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 (Salaire 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 de 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.