

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

ÉVOLUTION ET TENDANCES
de la
SÉCURITÉ SOCIALE

*

* *

FRANCE

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

*

* *

FRANCE

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.I.S.A. ont adopté conjointement un plan préalable d'étude décrivant l'ordre des questions à analyser.

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

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

Se basant sur cette documentation, la Haute Autorité rédigera sous sa propre responsabilité, mais en collaboration avec l'A.I.S.S. et avec d'autres organismes, ainsi qu'en faisant éventuellement appel à des experts choisis pour leur compétence économique, sociale, juridique et 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

	Page
- Assurance maladie - maternité	1
- Assurance - invalidité générale non professionnelle	47
- vieillesse	59
- survivants	90
- Accidents du travail et maladie professionnelles	105
- Allocations familiales	141
- Assurance chômage	183
- Annexe I - Plan de l'étude	198

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance maladie - maternité

F r a n c e

GENEVE 1959

Table des matières

ASSURANCE MALADIE - MATERNITE

	<u>Page</u>
A - Historique - Principales étapes jusqu'en 1945	1
B - La réforme de 1945 - la Sécurité Sociale	7
C- Evolution depuis 1945	12

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE
DANS LES PAYS DE LA C.E.C.A.

F R A N C E

ASSURANCE MALADIE-MATERNITE

A - HISTORIQUE GENERAL - PRINCIPALES ETAPES JUSQU'EN 1945

1 - Jusqu'à l'avènement de la IIIème République, c'est-à-dire jusqu'à la fin du XIXème Siècle, la protection sociale des travailleurs contre les risques sociaux et notamment contre les charges de la maladie, fut assurée en France, essentiellement par la solidarité et l'entr'aide des travailleurs entre eux. C'est ainsi que sont nées, se sont étendues et se sont multipliées les mutuelles ouvrières, principalement dans les professions où les risques apparaissent les plus graves et dans celles où l'action ouvrière était la plus vive.

C'est un décret impérial du 27 Janvier 1852 qui donna pour la première fois un statut officiel à la Mutualité et institua à son profit le système de subventions de l'Etat mais dans le but de restreindre l'activité des mutuelles à des objectifs de stricte protection sociale.

Aucune autre intervention de la collectivité ne s'est produite avant l'instauration de la IIIème République, si ce n'est une loi de 1853 accordant aux fonctionnaires civils et militaires de l'Etat des pensions de retraites et des allocations en cas de maladie financées par l'Etat et par des prélèvements sur les traitements des intéressés.

2 - Après la défaite de 1870 et la Commune, la IIIème République, comprenant la nécessité d'une législation protectrice des travailleurs pour pallier les conséquences d'un système économique basé sur un libéralisme sans nuances aboutit, dès son début, une période d'intense activité sociale aboutissant au

vote de lois fondamentales qui vont constituer, jusqu'à la fin de la deuxième guerre mondiale, et sous réserve de diverses modifications, l'ossature de la législation sociale française. Citons les principales :

- loi de 1884 autorisant et réglementant la constitution des syndicats professionnels ouvriers et patronaux,

- loi de 1894 instaurant pour la première fois en France un système de prévoyance obligatoire au profit des ouvriers et employés des mines. L'assurance Maladie était confiée à des Sociétés de Secours, prolongement des anciennes "Caisses" dues jusqu'alors à l'initiative privée, qui se trouvaient ainsi officialisées. Ces Sociétés de Secours érigées en mutuelles, fonctionnaient sous le contrôle des ouvriers et des exploitants, la nature et la quotité des prestations restant cependant à l'initiative de chaque Société qui devait les fixer dans ses statuts,

- loi de 1898 sur la Mutualité; éliminant de la réglementation antérieure toutes les dispositions d'ordre politique qui entravaient son développement.

3 - Il faut cependant attendre l'année 1930 pour voir la France dotée d'un système d'Assurances Sociales obligatoires applicable à la grande majorité des salariés.

Cette législation couvrait dès l'origine les risques maladie-maternité, invalidité, vieillesse, décès pour tous les salariés - du secteur du commerce et de l'industrie et du secteur agricole - non déjà bénéficiaires d'un régime existant - dont le salaire n'excédait pas un certain "plafond". Les ressources étaient constituées par des cotisations pour moitié à charge de l'assuré (selon le système du précompte, c'est-à-dire de la retenue par l'employeur et sous sa responsabilité, lors du paiement du salaire) et pour moitié à la charge de l'employeur. Pour le calcul de ces cotisations les assurés étaient répartis en 5 catégories selon le montant de leur salaire. Les versements étaient effectués au moyen de vignettes vendues aux employeurs par l'Administration des P.T.T. et apposées par eux sur des feuillets trimestriels que

.../...

possédait l'assuré. Les contributions de l'Etat prévues par la loi furent à l'origine très modiques et cessèrent rapidement.

Les risques couverts étaient divisés en deux groupes : la maladie, la maternité, le décès, auxquels était appliquée la technique financière de la répartition, l'invalidité et la vieillesse, gérés selon la technique de la capitalisation.

Pour la maladie et la maternité, les prestations prévues consistaient :

- d'une part en un remboursement des frais de médecine générale et spéciale, pharmaceutiques et d'appareils, d'hospitalisation et de traitement, d'interventions chirurgicales nécessitées par l'état de santé de l'assuré, de son conjoint et de ses enfants de moins de 16 ans. Le remboursement était calculé sur la base de 80 % d'un tarif fixé par les Caisses, compte tenu de leurs possibilités financières.
- d'autre part, en un versement à partir du 6ème jour d'arrêt de travail d'une indemnité journalière compensatrice de la perte de salaire et égale à la moitié du salaire de base ayant servi au calcul des cotisations.

Le droit à ces prestations était ouvert par le versement de soixante cotisations journalières au cours du trimestre civil précédant la maladie ou la maternité.

Enfin, la durée maximale des prestations était uniformément fixée à 6 mois à partir de la première constatation médicale de la maladie nécessitant les soins. Pour l'Assurance Maternité l'indemnité journalière était servie pendant les 6 semaines précédant et les 6 semaines suivant l'accouchement.

La gestion de ces risques était confiée à des Caisses Primaires d'Assurances sociales fonctionnant dans le cadre départemental et créées librement sous la forme juridique des Sociétés de Secours mutuels, mais agréées par le Ministère du Travail. L'assuré avait l'entière liberté d'adhérer à la Caisse de son choix mais était d'office rattaché à une Caisse Primaire spéciale, dite Caisse départementale, lorsqu'il n'avait pas usé

de cette liberté. Les Caisses Primaires devaient être administrées par un Conseil d'Administration élu par les assurés en Assemblée Générale. A titre transitoire le Conseil de la Caisse Primaire départementale était constitué de membres désignés par le Ministère du Travail sur présentation de l'Union départementale des Sociétés de Secours mutuels, des Caisses mutuelles agricoles et des syndicats professionnels ouvriers.

La garantie financière de l'institution était assurée par une Caisse Générale de Garantie et le contrôle de l'Etat effectué par des Services départementaux placés sous l'autorité du Ministère du Travail.

4 - La première modification importante apportée à la loi de 1930 résulte de deux décrets-lois du 28 et du 30 Octobre 1935, dont les traits essentiels peuvent être brièvement résumés de la façon suivante :

- pour le calcul des cotisations des assurés du régime non agricole, le système des catégories forfaitaires était abandonné au profit de celui d'un pourcentage sur le montant des salaires, fixé à 8 % mais toujours réparti de façon égale entre le salarié et l'employeur. En ce qui concerne les modalités de règlement des cotisations, le décret-loi substituait au système des vignettes celui du versement direct par l'employeur à des Services régionaux, qui prenaient eux-mêmes la suite des anciens Services départementaux.

- dans le domaine des prestations des Assurances maladie-maternité la réforme de 1935 portait surtout sur le mode de calcul de la durée des prestations - toujours fixée à six mois, mais décomptée selon les périodes de soins dispensés pour la maladie en cause, ce qui constituait un assouplissement et une amélioration dont usèrent largement les Caisses. Comme conséquence du nouveau mode de règlement des cotisations, les conditions d'ouverture du droit aux prestations maladie furent basées sur la justification du versement d'une cotisation minima avant le début de la maladie. Enfin touchant plus spécialement l'Assurance

maternité soulignons que le décret loi amorçait une évolution tendant à donner un caractère particulier à cette branche de l'Assurance sociale en lui faisant jouer un rôle actif dans le domaine de la protection de la mère et de l'enfant, et par conséquent de la lutte contre la mortalité infantile.

- quant à la structure administrative de l'institution, le décret-loi remplaçait - comme nous l'avons vu plus haut - les Services départementaux par des Services régionaux avec un rôle plus étendu (perception des cotisations) - et instituait des Unions Régionales de Caisses Primaires chargées notamment : du service des pensions d'invalidité aux lieu et place des Caisses de capitalisation - d'assurer la compensation financière et la garantie des charges des Caisses Primaires de répartition - et de mener en accord avec ces dernières une action sanitaire et sociale de prévention des maladies.

5 - De même que la loi de 1930, la législation de 1935, prévoyait les adaptations nécessaires pour les salariés des professions agricoles et forestières, mais maintenait ceux-ci dans le cadre du régime général d'Assurances sociales. Cette catégorie d'assurés devait être ensuite détachée complètement du régime général et être dotée par un décret du 28 Juin 1941 d'un statut indépendant, faisant suite à une loi du 2 Décembre 1940 relative à l'organisation corporative de l'agriculture. Depuis cette époque donc, le système d'Assurances sociales des salariés agricoles fait l'objet d'une législation spéciale propre et est administré par des organismes en tous points distincts de ceux du régime général.

6 - Ce sont ensuite deux actes dits "lois" du 6 Janvier 1942 qui ont constitué la dernière des grandes étapes de la législation d'Assurances Sociales française avant l'institution de la Sécurité Sociale. L'une a étendu de façon importante le champ d'application du régime en supprimant le "plafond" d'assujettissement (c'est-à-dire la limite maxima au-delà de laquelle les salariés n'étaient pas assujettis) pour les travailleurs payés à l'heure, à la journée, à la semaine, aux pièces ou à la tâche et pour ceux rémunérés à l'aide de

pourboires. Mais si les salariés appartenant à ces catégories étaient désormais inclus dans le champ d'application de la législation quel que fut le montant de leur salaire, leurs cotisations restaient limitées, comme auparavant, par le système du "plafond" de calcul.

La seconde restreignait considérablement les conditions posées à l'octroi des prestations maladie maternité en supprimant l'exigence du versement d'une cotisation minima au cours d'une période de référence pour la remplacer par la seule justification de la qualité de salarié à un moment quelconque de cette période.

Ce bref aperçu historique permet de faire ressortir les caractéristiques du régime des Assurances Sociales tel qu'il a fonctionné jusqu'au lendemain de la deuxième guerre mondiale, ainsi que le sens et l'amplitude de l'évolution qu'il a connue au cours de ces 15 années.

Tardivement et, à l'origine, difficilement admise en France, la notion d'Assurances sociales obligatoires a trouvé son expression dans une législation au départ, assez timide, dans laquelle les considérations financières l'emportaient largement sur les considérations sanitaires et sociales. Le législateur de 1930, sans doute dans la crainte créée par son ignorance du développement que pouvait prendre l'institution nouvelle, et fortement imprégné des conceptions mutualistes a été guidé par le souci de limiter la couverture des risques sociaux en proportion des ressources considérées à l'époque comme les seules disponibles. C'est ce qui l'a conduit à un système au champ d'application restreint, laissant de côté les nombreux régimes spéciaux propres à certaines catégories professionnelles ainsi que les couches de salariés dont les ressources étaient censées permettre un effort individuel de prévoyance sociale, en dehors de l'assurance obligatoire. Cette conception a prévalu jusqu'en 1945, si l'on excepte la réforme de 1942 qui, comme on l'a vu, a porté la première atteinte à la règle du "plafond d'assujettissement".

C'est également pour des raisons d'ordre financier mais aussi par la volonté de n'apporter aucune limitation à l'exercice de prérogatives acquises par les professions médicales désormais en contact indirect avec l'institution que le législateur de 1930 fut amené à limiter dès le départ, la nature, le niveau et la durée des prestations de l'Assurance maladie. Les améliorations enregistrées de 1930 à 1945 sur ce point restent limitées pour l'essentiel à un assouplissement du mode de calcul de la période des 6 mois de soins. Mais l'application qu'en firent les Caisses ainsi que l'extension d'autres dispositions de moindre importance, permirent néanmoins de mieux adapter le mécanisme de l'Assurance maladie à la réalité des besoins, préparant ainsi les améliorations ultérieures.

En ce qui concerne la structure administrative du régime, enfin, c'est, dès l'origine, la conception mutualiste qui prévalut sous son double aspect : pluralisme des organismes assureurs et libre choix de l'assuré - gestion privée, par des Conseils d'Administration élus par les intéressés. Mais sur ce dernier point, la règle ne connut pas une application générale et il faudra attendre la réforme de 1945 pour qu'elle soit effectivement mise en pratique. N'omettons pas par contre de noter que les inconvénients du pluralisme des Caisses, résultant principalement de l'indifférence des assurés à l'égard de la liberté de choix qui leur était garantie, apparurent assez vite évidents puisque dès 1935, la loi obligea les Caisses Primaires à se grouper au sein d'Unions régionales afin que leur action, en dehors du cadre des prestations, soit coordonnée et efficace.

B - LA REFORME DE 1945 - LA SECURITE SOCIALE

Comme la plupart des pays du monde, la France connut dès la fin du conflit mondial, cette puissante aspiration du monde du travail en faveur d'une meilleure protection sociale. Le sentiment d'insécurité éprouvé pendant les années de guerre, l'appauvrissement général d'une population qui a connu les privations et les restrictions de toutes sortes, qui a vu l'économie nationale démantelée par la lutte se déroulant sur son sol et qui

en a tiré le vif désir d'une répartition aussi équitable que possible des sacrifices nécessaires - la résonance que connut dès sa diffusion dans les milieux syndicalistes de la clandestinité, le rapport BEVERIDGE - sont autant d'éléments qui mirent à l'ordre du jour, à la libération, le problème d'une refonte de notre législation de protection sociale dont les lacunes et l'insuffisance des moyens et des techniques avaient été dénoncées particulièrement par les syndicats ouvriers. Poussé par un fort courant populaire et usant des pouvoirs étendus dont il disposait, le gouvernement de l'époque promulga deux ordonnances dont l'une - celle du 4 Octobre 1945 - portait institution d'un système de Sécurité Sociale et l'autre - celle du 19 Octobre 1945 - apportait de profondes modifications à la législation d'Assurances Sociales des salariés des professions non agricoles.

1°) DIFFERENCES ESSENTIELLES AVEC LE REGIME ANTERIEUR

C'est avant tout dans un regroupement des risques sociaux que se situe la caractéristique essentielle du régime institué en 1945. Auparavant épars dans des législations différentes, gérés selon des conceptions opposées et par des organismes multiples, s'ignorant les uns les autres les divers risques furent rassemblés sinon dans un système parfaitement unifié, du moins mieux coordonné et procédant d'une certaine unité de conception.

Cette idée a trouvé sa première application dans l'organisation administrative du système de Sécurité Sociale basée sur le principe de la Caisse unique dans une circonscription géographique donnée. Désormais les bénéficiaires de la législation allaient être affiliés d'office à la Caisse Primaire (et à la Caisse d'Allocations Familiales) dont dépendait le lieu de leur travail.

Elle s'est traduite également par l'uniformisation des prestations dans les nombreux domaines où jusqu'ici régnait une diversité qui n'avait plus aucune justification.

En ce qui concerne le champ d'application, la réforme de 1945, poursuivant l'oeuvre commencée en 1942, supprime la notion même du "plafond d'assujettissement" pour l'ensemble des

catégories de salariés, tout en maintenant celle du "plafond" des cotisations. Elle complète, en outre, la liste des activités professionnelles assimilées au salariat pour la couverture des différents risques.

Quant au mécanisme financier du système, la législation de 1945 rompt avec la conception antérieure de l'assurance qui proportionnait étroitement le montant de la prestation servie à l'assuré, au montant de la cotisation versée pour son compte. Elle retient - sous les réserves que nous mentionnons plus loin - la notion nouvelle de redistribution du revenu selon les besoins sociaux des bénéficiaires. En particulier, devant la diminution considérable de la valeur de la monnaie, elle abandonne officiellement la technique classique de la capitalisation qui régissait jusqu'alors certains risques (vieillesse - invalidité) et étend celle de la répartition à toutes les branches de la Sécurité Sociale.

Cette transformation fondamentale sur le plan financier a eu son prolongement dans l'organisation administrative et la répartition du rôle dévolu à chacune des catégories de Caisses : Caisses Primaires, Caisses Régionales, Caisses Régionales Vieillesse, Caisse Nationale, la garantie et la compensation des risques étant assurées d'abord à l'échelon régional, ensuite à l'échelon national.

Dans le domaine des prestations de l'Assurance maladie-maternité, il faut noter plus spécialement deux améliorations essentielles. La première est celle qui tend à régler sur de nouvelles bases les rapports entre les institutions de Sécurité Sociale et les professions distributrices de soins tout en respectant le caractère libéral traditionnel de ces dernières. L'ordonnance du 19 Octobre 1945 crée dans ce but l'obligation pour les deux parties en cause d'établir par accord et engagement réciproque, l'identité entre la dépense réelle supportée par les malades et le montant du remboursement à obtenir de la Caisse. La seconde concerne la durée d'attribution des prestations. Comme nous l'avons vu plus haut, dans le système antérieur cette durée était limitée à 6 mois, à l'issue desquels le malade ne percevait plus aucune prestation s'il ne remplissait pas les conditions - assez

strictes - d'admission à l'Assurance invalidité. Les insuffisances de ce système dans la lutte contre les maladies dites sociales - et au premier chef la tuberculose - provoquèrent dès avant la guerre, divers projets de réforme, visant à mieux adapter l'assurance maladie à la réalité, soit par l'institution de modalités spéciales d'indemnisation pour certaines maladies de longue durée mais guérissables (1) soit par l'assouplissement des règles d'octroi des prestations d'Assurance Invalidité. C'est vers la première de ces deux formules que s'est porté le choix du législateur de 1945 qui s'est cependant refusé à envisager des dispositions propres à certaines maladies nommément désignées. C'est ainsi qu'a été créée l'Assurance de longue-maladie, risque nouveau venant s'insérer entre l'Assurance maladie - maintenue dans les limites précédentes - et l'Assurance Invalidité, qui continuait à être réservée aux états pathologiques entraînant une diminution importante et en principe définitive, de la capacité de travail. Les prestations de cette nouvelle branche de l'Assurance Sociale, accordées à la suite d'une procédure spéciale, pour toute affection laissant présumer une guérison ou une amélioration sensible dans un laps de temps relativement court, consistaient en une prolongation pendant 3 années au maximum de celles de l'Assurance maladie, mais avec dispense automatique du ticket modérateur (fraction des dépenses laissées à la charge de l'assuré) pour les remboursements de soins médicaux, pharmaceutiques, d'hospitalisation etc...

Sur un autre point fondamental, le régime de 1945 se distingue du régime antérieur en ce que le rôle dévolu à la Sécurité Sociale ne se borne plus au paiement de prestations fixées par la loi et versées au moment - ou après - la réalisation d'un risque, mais est étendu au vaste domaine de l'action sanitaire et sociale.

Une fraction des ressources va désormais être réservée à la poursuite d'une telle action qui va s'intégrer dans celle menée dans le cadre national par les Pouvoirs Publics et va se coordonner avec celle des autres institutions et oeuvres publiques ou privées.

(1) citons en particulier un projet d'Assurance tuberculose, cette maladie ayant pendant longtemps et jusqu'à ces dernières années, été considérée en France comme le principal fléau social.

Enfin, citons - pour mémoire - que la forte tradition mutualiste française a conduit le législateur de 1945 à confier la gestion du régime à des organismes de droit privé, fonctionnant sous le contrôle de l'Etat. Les Caisses de Sécurité Sociale ont en effet la forme juridique des Sociétés de Secours mutuels et leur Conseil d'Administration est composé de représentants élus des salariés et des employeurs ressortissant de chacune d'elles.

2°) PRINCIPAUX POINTS COMMUNS AVEC LE RÉGIME ANTERIEUR

Malgré les profondes modifications ci-dessus brièvement énumérées, le régime nouveau a laissé subsister, sur certains points, l'essentiel des dispositions antérieures.

En premier lieu, non seulement il n'a pas été étendu aux travailleurs non salariés, mais il est resté limité aux salariés non bénéficiaires de l'un des régimes spéciaux existants dont les plus importants ont été maintenus avec leur structure et leur réglementation propres. De telle sorte qu'à l'heure actuelle, le régime général de Sécurité Sociale n'est qu'une fraction (mais de loin la plus importante) du système d'ensemble de la protection sociale française.

Dans le domaine des ressources, il a maintenu les règles antérieures d'un financement assuré exclusivement par les cotisations sans aucune participation de l'Etat. En outre, l'institution d'un "plafond" pour le calcul des cotisations a, sur le plan financier, maintenu la situation antérieure. Ces deux mesures ont eu pour effet d'entraver le mécanisme de la redistribution des revenus que le nouveau régime se proposait pourtant de mettre en oeuvre.

En matière de prestations il a conservé la règle de la proportionnalité entre le montant des indemnités journalières, des pensions d'invalidité et de vieillesse, et celui des cotisations, ce qui, malgré la suppression du système de la capitalisation, nécessite la tenue d'un compte individuel par assuré pour le calcul des pensions.

En ce qui concerne la couverture des frais d'honoraires médicaux et chirurgicaux, le système d'origine de l'assurance-remboursement a été maintenu, le malade devant faire l'avance de ces frais et présenter ensuite la facture à la Caisse de Sécurité Sociale. Or, malgré la procédure instituée dans le but de faire coïncider le tarif de remboursement et le montant des dépenses réelles de l'assuré, la législation nouvelle n'a pratiquement jamais été appliquée de façon correcte car elle ne comportait aucune sanction effective permettant d'assurer le respect des tarifs fixés.

C - EVOLUTION DEPUIS 1945

Depuis 1945, la législation a subi un grand nombre de modifications, dont certaines, qui constituent une étape importante dans l'évolution de la protection sociale en France, doivent être mentionnées.

1 - Tout d'abord, le champ d'application du régime a été étendu à de nouvelles catégories de personnes.

Un décret du 31 Décembre 1946 a rattaché les fonctionnaires de l'Etat, les ouvriers de l'Etat et les magistrats, au régime général pour le service des prestations en nature des Assurances Maladie-maternité, complétant ainsi, par l'assurance obligatoire, les droits que les intéressés tirent de leur statut spécial (maintien de la rémunération en cas de congé de maladie - pension d'invalidité et de vieillesse etc...). Des décrets ultérieurs ont institué un système analogue pour les fonctionnaires des collectivités locales (départements-communes).

Puis débordant pour la première fois le cadre classique de l'Assurance sociale, jusqu'ici limité aux personnes exerçant ou ayant exercé une activité professionnelle le législateur a étendu la couverture de certains risques à des catégories nouvelles, en considération de leurs besoins propres et des devoirs de la collectivité à leur égard. Deux lois l'une du 23 Septembre

1948 concernant les étudiants l'autre du 29 Juillet 1950 concernant les grands invalides de guerre, leurs veuves et leurs orphelins, ont institué - dans le cadre du régime général - deux régimes particuliers d'Assurance maladie-maternité dont les modalités sont très voisines de celles du régime des fonctionnaires de l'Etat notamment en matière de financement et de prestations. Par conséquent, depuis 10 ans pour les premiers et depuis 8 ans pour les seconds, les étudiants et les grands invalides de guerre, bénéficient, lorsqu'ils ne sont pas déjà couverts à un autre titre, des mêmes prestations (remboursement des soins de toute nature en cas de maladie et de maternité) que les autres assurés du régime général.

2 - Si aucune mesure notable n'est intervenue dans le domaine du financement, par contre la période de 1945 à 1958 se caractérise, en matière de prestations maladie maternité par trois séries de mesures qui constituent, les unes une amélioration importante dans la couverture de ces risques, les autres au contraire une limitation.

- un décret du 20 Décembre 1950 donnant le droit au Ministre du Travail de suspendre toute décision de la Commission Nationale chargée d'homologuer ou de fixer les tarifs d'honoraires - donc les tarifs de remboursement - a profondément modifié le caractère de la procédure prévue en 1945 en transférant aux Pouvoirs Publics un droit qui jusqu'ici prenait naissance dans l'accord des deux parties en cause : syndicats médicaux et Caisses de Sécurité Sociale. Cette mesure a été prise en réponse à une décision des Caisses de Sécurité Sociale d'accepter un relèvement général des tarifs de remboursement correspondant à l'augmentation des tarifs d'honoraires effectivement appliqués à l'époque par le corps médical, décision qui se serait évidemment traduite par un surcroît de dépenses du budget de l'Assurance maladie. C'est donc maintenant au Ministre du Travail qu'appartient en fait la décision finale en matière de tarifs de remboursement.

- Un décret du 20 Mai 1955, en supprimant toute limitation de durée pour l'attribution des prestations en nature, a mis fin à l'assurance de longue maladie et au principe appliqué depuis 1930 selon lequel le droit aux prestations était examiné par référence à chaque affection prise individuellement. Par conséquent désormais, seul l'état de maladie nécessitant des soins est pris en considération, les conditions administratives d'ouverture du droit étant examinées lors de chaque demande de remboursement. Cette notion nouvelle qui abandonne définitivement les règles de l'assurance pour ne retenir que l'état de besoins dans lequel se trouve le malade, a pour corollaire la suppression quasi-immédiate des prestations lorsque l'assuré ou le bénéficiaire cesse d'avoir la qualité de ressortissant du régime général.

Ces dispositions ont été étendues à partir du 1er Avril 1956 par une loi du 27.3.56 aux titulaires d'une pension de vieillesse qui, jusqu'alors ne bénéficiaient des prestations en nature que pendant une durée de 6 mois au maximum, l'assurance de longue maladie ne leur ayant jamais été applicable.

Quant à la durée d'attribution des prestations en espèces (indemnités journalières compensatrices de la perte de salaire) le décret du 20.5.55 (I) - qui laisse subsister l'Assurance Invalidité dans les formes antérieures - maintient une limitation mais la différencie selon le degré de gravité de la maladie. Pour les affections dites de longue durée - c'est-à-dire celles qui nécessitent des soins continus ou une interruption de travail de plus de 6 mois et celles qui figurent sur une liste actuellement limitée à : la tuberculose, la poliomyélite, le cancer et les affections mentales - les indemnités peuvent être servies pendant 3 années au maximum. Dans tous les autres cas, le nombre des indemnités est limité à 360 au cours d'une période de 3 ans.

(I) modifié ultérieurement sur ce point par une ordonnance du 18.7.58

En contre partie de ces mesures le décret du 20 mai 1955 a rendu plus rigoureuses les conditions d'ouverture des droits pour l'attribution des prestations en cas d'affection de longue durée.

- 3 - Enfin, tout récemment, le Gouvernement a pris dans le cadre d'une nouvelle politique économique et financière qui se propose d'alléger les charges de la collectivité et de restreindre la consommation, toute une série de mesures destinées à diminuer les dépenses des divers régimes de Sécurité Sociale. Celles de ces mesures qui concernent l'Assurance Maladie-Maternité et qui résultent de la loi de finances du 30 décembre 1958 ainsi que de nombreux textes parus depuis le 1^{er} Janvier 1959, sont les suivantes :

- fixation d'un tarif limite de remboursement pour les honoraires médicaux, chirurgicaux, dentaires et d'auxiliaires.
- suppression dans tous les cas où il n'y a pas séjour dans un établissement spécialisé de la prise en charge des frais de cure thermale au titre des prestations légales de l'Assurance maladie.
- droit donné au Gouvernement de prendre, sans être tenu de recueillir l'avis des organismes dont la consultation était jusqu'ici obligatoire, toutes les mesures propres à différencier le ticket modérateur applicable en matière d'Assurances sociales, à établir un tarif de responsabilité en matière d'honoraires et de frais de radiologie, à rendre obligatoires certaines clauses d'une convention-type en ce qui concerne les accords tarifaires entre les Caisses de Sécurité Sociales et les syndicats de praticiens. Le Ministre du Travail a déjà usé de ce droit pour les deux premières possibilités énumérées :
- en fixant une valeur différente du ticket modérateur selon la valeur thérapeutique des médicaments : 10 % pour les produits considérés comme irremplaçables - 20 % pour les préparations magistrales - 30 % pour tous les autres produits.

- en limitant pour toutes les Caisses sur l'ensemble du territoire, la valeur unitaire des tarifs de remboursement des actes de radiologie et de physiothérapie à 160 Frs, alors que les tarifs jusqu'ici appliqués variaient selon les départements de 200 Frs à 360 Frs.

Il est encore trop tôt pour apprécier les effets de ces diverses mesures qui ont soulevé une vive émotion parmi les administrateurs des Caisses de Sécurité Sociale les organisations syndicales, les diverses associations sociales et les assurés sociaux. Notons cependant, tout spécialement que l'institution d'un tarif de responsabilité pour les honoraires médicaux, établi par voie d'autorité et qui ne s'imposerait qu'aux organismes chargés du remboursement mais non aux professionnels, lesquels resteraient en fait maîtres du montant de leurs honoraires, constituerait un abandon du principe posé dans ce domaine par la réforme de 1945, et un retour aux conceptions antérieures. Ce sont les dispositions contenues dans la convention-type mentionnée ci-dessus qui permettront de porter, sur ce point, une appréciation définitive.

1°) STRUCTURE

Issus du mouvement mutualiste, les principaux régimes d'Assurances Sociales, puis ensuite de Sécurité Sociale français sont, depuis leur origine, gérés par des organismes constitués et fonctionnant sous la forme juridique des Sociétés de secours mutuels. En effet le législateur de 1930 - et plus encore celui de 1945 - ont tenu à respecter la tradition d'une gestion privée des institutions sociales, malgré une évolution qui a conduit ces dernières de la conception mutualiste (prévoyance facultative - cotisations volontaires - prestations proportionnées aux cotisations) à celle de la Sécurité Sociale (Assurance obligatoire - cotisations d'un taux uniforme fixé par les Pouvoirs Publics - prestations déterminées par la loi - prise en considération des besoins sociaux).

Pour le régime général, cette volonté est particulièrement nette puisque la réforme de 1945, basée pourtant sur la suppression du pluralisme des Caisses et l'affiliation obligatoire de l'assuré à une Caisse unique par circonscription territoriale, a rendu effective une disposition prévue dans la législation de 1930 - mais jamais appliquée - celle de l'élection des Conseils d'Administration par les intéressés eux-mêmes.

Les 121 Caisses Primaires qui, à la base de l'institution, sont chargées de recueillir les cotisations et de payer les prestations des Assurances maladie-maternité et accidents du travail (pour les incapacités temporaires) ainsi que les 16 Caisses Régionales, qui ont pour tâche de payer les pensions d'invalidité et les rentes accidents du travail, d'assurer la compensation financière des risques sur le plan régional et de promouvoir l'action sanitaire et sociale des organismes de Sécurité Sociale de la circonscription - et enfin les 16 Caisses Régionales Vieillesse qui versent les pensions, rentes et allocations vieillesse aux ressortissants du régime général, sont donc, comme l'a précisé le Conseil d'Etat, des "organismes de droit privé chargés de la gestion d'un service public". Leur Conseil d'Administration est composé pour 3/4 de représentants des salariés bénéficiaires du régime et pour 1/4 de représentants des employeurs cotisants, auxquels viennent s'adjoindre d'autres catégories : représentants des médecins, des associations familiales départementales, du personnel de la Caisse, etc... Les Administrateurs des Caisses Primaires représentant les salariés et ceux représentant les employeurs sont, dans chacun des 2 collèges, élus au premier degré, au suffrage universel direct et secret, et par le système de la représentation proportionnelle, sur des listes présentées librement par les groupements d'assurés (principalement les organisations syndicales) et les groupements d'employeurs. Les administrateurs des Caisses Régionales sont élus au second degré par et parmi les administrateurs de chaque collège des Caisses Primaires de la région.

Le rôle de ces Conseils d'Administration est d'assurer - dans le cadre de la loi et des règlements et sous le contrôle de l'Etat - le fonctionnement des services de la Caisse et d'appliquer la législation tant à l'égard des assurés (prestations) qu'à celui des employeurs (cotisations).

Les Caisses Primaires, en raison des contacts fréquents et étroits qu'elles doivent avoir avec leurs ressortissants ont été amenées à décentraliser leurs services de paiement des prestations afin de rapprocher ceux-ci des usagers. Les sections locales, les bureaux payeurs, les correspondants locaux, les correspondants d'entreprise (dans les établissements d'au moins 50 salariés) constituent les différents degrés de la décentralisation ainsi réalisée. Notons à ce sujet que les sociétés mutualistes sont de plein droit habilitées à jouer le rôle soit de correspondant local, soit de section locale (selon leur importance) pour le service des prestations de Sécurité Sociale à leurs affiliés. C'est ainsi en particulier que les fonctionnaires et les étudiants reçoivent en règle générale leurs prestations par l'intermédiaire de leurs groupements mutualistes.

Par ailleurs, dans certaines circonscriptions, dans un but de simplification et d'économie de gestion, la Caisse Primaire et la Caisse d'Allocations Familiales ont créé - soit par accord spontané, soit en exécution d'un arrêté ministériel qui leur en ont fait obligation - un organisme ou un service commun pour le recouvrement des cotisations d'Assurances Sociales, des cotisations d'Accident du Travail et des cotisations d'Allocations Familiales dont l'assiette et le mode de calcul sont identiques. Lorsque ces organismes ont une personnalité juridique propre ils prennent le nom d'Unions pour le recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (U.R.S.S.A.F.) et ils sont chargés de toutes les opérations de recouvrement ainsi que de celles de contrôle et de contentieux qui s'y rattachent. Leur Comité de gestion est composé paritairement de délégués des deux organismes fondateurs. On compte à l'heure actuelle environ 30 Unions de ce genre.

Mais le caractère privé des organismes s'arrête à l'échelon régional puisque la Caisse Nationale de Sécurité Sociale, qui assure la compensation financière de l'ensemble de l'institution en gérant les cinq fonds nationaux des Assurances Sociales, des Accidents du Travail, des Allocations Familiales, de l'Action Sanitaire et Sociale et de la prévention des Accidents du Travail, est un établissement public dont le Conseil d'Administration comprend - outre des représentants des administrateurs des organismes inférieurs élus au 3ème degré par les Conseils des Caisses Régionales et au 2ème degré par les Conseils des Caisses d'Allocations Familiales - des représentants désignés des divers Ministères et organismes publics intéressés. Contrairement aux Caisses Primaires et aux Caisses Régionales, le Président du Conseil d'Administration de la Caisse Nationale est désigné par le Vice-Président du Conseil d'Etat et le Directeur par le Ministre du Travail.

C'est afin de se donner un moyen d'expression sur le plan national que les Caisses de Sécurité Sociale se sont volontairement groupées au sein de la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale (F.N.O.S.S.).

Tous ces organismes sont soumis au contrôle de l'Etat. Ce contrôle s'exerce principalement par l'intermédiaire des Directions Régionales et de la Direction Générale de la Sécurité Sociale, services placés sous l'autorité du Ministère du Travail et qui, en plus de leur mission générale de veiller au respect de la législation par tous et dans tous les domaines, ont le pouvoir de suspendre puis d'annuler toute décision d'un Conseil d'Administration qui leur apparaît contraire à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier de la Caisse. Une interprétation très extensive de ce second moyen a conduit ces services à exercer leur droit à l'encontre de toute décision entraînant une dépense dès lors que cette dépense n'est pas légalement obligatoire et même si elle entre dans le cadre normal de l'autonomie de gestion reconnue aux organismes. Le contrôle de l'Etat s'exerce aussi par l'intermédiaire des services du Ministère de la Santé Publique et de ceux du Ministère des Finances (pour les questions

de leur compétence respective) et enfin par la Cour des Comptes dont la juridiction a été étendue aux organismes de Sécurité Sociale par une loi du 31 Décembre 1949.

L'indépendance administrative des Conseils d'Administration élus est donc en définitive assez restreinte d'autant qu'un certain nombre de mesures réglementaires prises depuis 1945 ont encore accru l'intervention des Pouvoirs publics ou ont transféré à leur profit le pouvoir de décision dans des matières où jusqu'alors les Caisses assumaient une certaine responsabilité (voir Supra, décret du 20 Décembre 1950 donnant au Ministre du Travail le droit de suspendre les décisions de la Commission Nationale d'Homologation des tarifs d'honoraires médicaux). Quant à l'indépendance financière des organismes on peut dire que les textes de base en admettent le principe, mais que le mécanisme de la compensation financière n'a jamais joué normalement.

Dans ces conditions on ne saurait parler d'indépendance financière des Caisses, prises individuellement. Mais par contre si l'on considère l'ensemble de l'institution cette indépendance est réelle puisque le régime général ne bénéficie d'aucun apport financier de l'Etat et assume, à l'aide de ses ressources propres - c'est-à-dire des seules cotisations - les charges qui lui incombent.

Les explications qui précèdent sont - pour l'essentiel - valables pour le régime de Sécurité Sociale dans les Mines. Les Sociétés de Secours minières ont, comme les Caisses d'Assurances Sociales, toujours fonctionné conformément aux prescriptions de la législation mutualiste. Un décret du 27 Novembre 1946 a seulement réalisé une concentration en opérant le regroupement de nombreuses sociétés - dont le nombre a été ramené de 200 à 50. Mais il a en outre accentué le contrôle de l'Etat et précisé les règles de compensation entre organismes.

Chaque société de Secours est actuellement gérée par un Conseil d'Administration élu dans des conditions sensiblement analogues à celles du régime général mais composé

différemment : 2/3 représentants des travailleurs, 1/3 représentants des exploitants des mines, industries ou entreprises assimilées.

En ce qui concerne le secteur agricole, la législation d'Assurances Sociales est appliquée sous le contrôle du Ministère de l'Agriculture par un organisme à cadre national, la Caisse Centrale de Secours mutuels agricoles et par 85 Caisses Mutuelles de base. Les Conseils d'Administration de ces organismes sont communs aux Caisses d'Assurances Sociales, d'Allocations Familiales et d'Assurance Vieillesse. Ils sont élus et composés en principe :

- pour moitié de représentants des exploitants agricoles n'occupant pas de main-d'oeuvre salariée à titre permanent
- pour 1/4 de représentants des salariés
- pour 1/4 de représentants des exploitants qui occupent une main-d'oeuvre salariée à titre permanent.

2°) CHAMP D'APPLICATION

a) Extension parmi les salariés et les employés

Pour le régime général, la suppression du plafond d'affiliation (fixé à l'origine à un chiffre assez faible : de 15.000 à 25.000 Frs par an selon les charges de famille - puis progressivement relevé) a été réalisée en deux étapes :

- la première à partir du 1er Janvier 1942 pour les seuls ouvriers,
- la seconde à partir du 1er Janvier 1946 pour toutes les catégories de salariés.

En ce qui concerne les apprentis, la définition assez étroite du salariat donnée par la loi de 1930 permettait difficilement de les inclure dans le champ d'application de l'assurance. Mais la jurisprudence, par une

interprétation large du texte plus libéral de 1935 permit rapidement de combler cette lacune.

Les chômeurs ont, dès l'origine, été maintenus dans le régime d'assurance malgré la perte de leur emploi, mais à condition qu'ils aient fait constater leur situation par les services compétents. Leurs droits aux prestations maladie-maternité ont toujours été sauvegardés, soit par un versement effectué pour leur compte par l'institution elle-même, pendant la durée du chômage, à l'époque où le droit à ces prestations était subordonné à un montant minimum de cotisation, soit par une assimilation pure et simple de la qualité de chômeur à celle de salarié en activité, lorsque le droit aux prestations (loi du 6.1.42) a été subordonné à la seule justification par l'assuré de son état de salarié.

Quant aux pensionnés de vieillesse, ils ont été exclus de l'Assurance jusqu'à la parution d'une loi du 14.3.41 qui a supprimé la limite d'âge de 60 ans portée dans la loi de 1939. Par conséquent depuis le 1.1.41 les salariés de plus de 60 ans qui poursuivent leur activité sont soumis aux règles communes même s'ils sont titulaires de leur pension. Mais il faudra attendre le nouveau régime de Sécurité Sociale, c'est-à-dire le 1.1.46 pour que les pensionnés de vieillesse qui ne travaillent plus aient, en leur seule qualité de pensionnés, droit aux prestations en nature de l'Assurance maladie. Une loi du 23.8.48 a étendu cet avantage aux titulaires d'une rente, c'est-à-dire aux assurés qui n'ont pas été affiliés ou n'ont pas cotisé pendant la période minima exigée pour pouvoir prétendre au véritable régime de retraite.

Jusqu'au 31.3.56, ce droit aux soins est resté limité à 6 mois pour chaque maladie, sauf pour les maladies invalidantes, lorsque l'intéressé bénéficiait d'une pension d'invalidité au moment de son admission à l'Assurance vieillesse.

Depuis le 1.4.56 (Loi du 27.3.56) toute limitation de durée a disparu pour les pensionnés, comme elle avait déjà disparu pour les assurés en activité à la suite d'un décret du 20.5.55.

Ajoutons que par une loi du 2.8.49 complétée ensuite par une loi du 25.7.52 les titulaires d'une rente d'accident du travail correspondant à une invalidité au moins égale à 66,66 % et les titulaires d'une rente de survivant servie à la suite d'un accident du travail ayant entraîné la mort, ont droit, es-qualité, aux prestations en nature des Assurances maladie-maternité, s'ils ne bénéficient pas de ces prestations en vertu d'autres dispositions légales c'est-à-dire en particulier s'ils n'exercent pas une activité salariée. Ces mesures ont eu pour objet d'aligner la situation des intéressés sur celle des titulaires d'une pension d'invalidité non professionnelle.

Pour le régime de Sécurité Sociale dans les mines le caractère facultatif des Caisses de Secours créées avant 1894 avait évidemment pour conséquence que tous les travailleurs de la mine n'étaient pas couverts par l'assurance maladie. La loi du 29 Juin 1894 a été la première à instituer pour tous les travailleurs de la mine un régime obligatoire. Etaient couverts :

- les ouvriers du fond et ceux des dépendances légales de la mine, les employés des "services actifs" et ceux dont les activités se rattachaient directement et sur place à l'exploitation de la mine,
- à partir de 1906 les délégués à la sécurité des ouvriers mineurs.

Par la suite le régime de prévoyance a été progressivement étendu à d'autres catégories de travailleurs.

A l'heure actuelle, l'assurance maladie-maternité du régime minier couvre les travailleurs de toutes catégories

(apprentis, ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrise, ingénieurs, cadres supérieurs) appartenant aux entreprises suivantes :

- les mines, au sens de l'article 2 du décret du 16 Août 1956 portant Code minier,
- les entreprises bénéficiant d'un permis d'exploitation par application du Chapitre II du titre III du Code minier,
- les ardeisières,
- les exploitations de bauxite
- les minières et les entreprises de recherche de mines auxquelles le régime de sécurité sociale minière a été rendu applicable par arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale et du ministre chargé des mines.
- les établissements industriels gérés par les exploitants des mines où dont la gestion a été transférée à une société filiale quand ils sont habituellement et principalement approvisionnés par la mine et que les opérations accessoires à l'exploitation s'effectuent sur les lieux mêmes de cette exploitation ou à proximité immédiate, sous réserve qu'ils aient fait l'objet d'un arrêté d'assimilation.

Au personnel de ces exploitations s'ajoutent :

- les salariés des entreprises travaillant pour le compte des mines, dans la mesure où les intéressés exécutent, à titre non occasionnel, des travaux réputés spécifiquement miniers par arrêté ministériel.
- les délégués à la Sécurité des ouvriers mineurs et leurs suppléants,
- les employés des Sociétés de Secours minières

- sous certaines conditions, les administrateurs et les employés salariés des Syndicats, d'Unions de syndicats, de coopératives, régulièrement constitués dans le cadre de la profession minière.

Enfin, les pensionnés d'invalidité, les pensionnés de vieillesse, les titulaires d'une rente pour accident du travail correspondant à une invalidité au moins égale à 66,66 % et les chômeurs ont, comme dans le régime général, droit aux prestations des Assurances Maladie-maternité.

Pour le régime agricole, l'Assurance maladie garantit quel que soit le montant de leur rémunération :

- les salariés des professions agricoles et forestières et les membres de la famille de l'exploitant agricole assimilés aux salariés.
- les salariés des artisans ruraux n'occupant pas plus de deux ouvriers de façon permanente
- les salariés des entreprises de battage et de travaux agricoles
- les employés des organismes professionnels agricoles (Caisse de Mutualité ou de Crédit Agricole, Coopératives Syndicats, etc...).
- et les petits métayers.

Les personnes protégées comprennent non seulement les salariés en activité mais aussi les pensionnés de vieillesse.

b) Extension autour de l'affilié

Dès le départ l'Assurance maladie-maternité du régime général a été conçue comme une assurance familiale

couvrant non seulement le cotisant lui-même mais les personnes de son foyer : conjoint et enfants.

Le conjoint est cependant exclu du bénéfice des prestations lorsqu'il a des droits propres au titre d'un autre régime, ou lorsqu'il appartient à une catégorie professionnelle non soumise à un régime d'assurance obligatoire (activité non salariée - activité salariée procurant des ressources supérieures au "plafond" d'assujettissement lorsqu'un tel plafond existait).

En ce qui concerne les enfants, la tendance de la législation a été d'élargir sensiblement la définition de ceux qui sont considérés comme ayants droit du chef de famille. Jusqu'à la réforme de 1945, seuls étaient visés les enfants de moins de 16 ans; à partir du 1.1.46 cette limite d'âge a été portée à 17 ans en cas d'apprentissage et à 20 ans en cas de poursuite d'études et en cas d'infirmité ou de maladie chronique empêchant l'exercice d'une activité salariée. Par ailleurs et pour mettre fin aux imprécisions de la loi de 1930 le décret loi de 1935 a indiqué expressément que le lien juridique de parenté entre l'assuré et l'enfant devait être négligé, et que seul devait être pris en considération le fait que l'enfant est à la charge de l'assuré ou de son conjoint.

Enfin, le nouveau régime de Sécurité Sociale de 1945 a ajouté une 3ème catégorie d'ayants droit ainsi définie: l'ascendant, le descendant, le collatéral et l'allié jusqu'au 3ème degré qui vit sous le toit de l'assuré et se consacre exclusivement aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins 2 enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré. Cette nouvelle extension se justifie par le fait que fréquemment des grands parents ou une fille aînée, aident la mère de famille à élever ses enfants, et font ainsi partie du foyer de l'assuré.

Des dispositions analogues sont applicables dans le régime minier depuis le décret du 27.11.46 et dans le

régime agricole (sauf pour ce dernier, celles visant la 3ème catégorie d'ayants droit).

c) Extension des catégories protégées.

Hormis le cas des petits métayers visés plus haut, les régimes d'Assurance Maladie-maternité obligatoires sont restés depuis l'origine limités aux travailleurs salariés. Une loi du 22.5.46 - concrétisant l'intention des promoteurs de la Sécurité Sociale, déjà exprimée dans l'ordonnance organique du 4.10.45 - avait posé le principe d'une généralisation de la Sécurité Sociale à l'ensemble de la population française. La mise en vigueur de cette mesure devait être échelonnée dans le temps, au fur et à mesure de l'accroissement de la production nationale, donc des richesses disponibles. C'est ainsi qu'une loi du 13.9.46 décidait son application, en ce qui concerne l'assurance vieillesse, à compter du 1er Janvier 1947, et que l'entrée en vigueur de l'Assurance Maladie-Maternité était prévue pour le moment où l'indice de la production industrielle atteindrait 125 % du même indice pour l'année 1938.

Mais devant les réactions de certaines catégories de non salariés contre les premières mesures d'application, une loi du 8.7.47 abrogea celle du 13.9.46 et le développement de la Sécurité Sociale prit ensuite une orientation différente. La loi du 22.5.46 est donc en fait restée lettre morte depuis bientôt 12 années en ce qui concerne la maladie et la maternité.

o

o o

**NOMBRE DES RESSORTISSANTS DU RÉGIME GÉNÉRAL, DU RÉGIME AGRICOLE ET DU
RÉGIME MINIER DE SÉCURITÉ SOCIALE**
(Chiffres approchés)

	1945 (AVANT RÉGIME SÉCURITÉ SOC.)	1946/1947	1950	1957
RÉGIME GÉNÉRAL				
- Régime général proprement dit :				
- Cotisants	7.200.000	8.000.000	8.100.000	9.550.000
- non cotisants (1)	?	?	1.200.000	1.000.000
- Régimes divers rattachés	-	103.000	300.000	450.000
- Fonctionnaires et Ouvriers de l'Etat :				
- en activité	-	750.000	760.000	850.000
- retraités et veuves	-	200.000	200.000	180.000
- Etudiants (2)	-	-	90.000	100.000
- Invalides de guerre, veuves et orphelins (3)	-	-	120.000	230.000
TOTAL	7.200.000	9.053.000	10.770.000	12.370.000 (4)
RÉGIME AGRICOLE				
- Cotisants	1.107.000		1.288.000	1.237.000
- Non cotisants (1)	52.000		133.000	132.000
TOTAL	1.159.000		1.421.000	1.419.000 (4)
RÉGIME MINIER				
- Cotisants	415.000			314.000
- Non cotisants (1)	?			194.000
TOTAL	415.000			508.000 (4)

(1) Pensionnés d'invalidité, de vieillesse, chômeurs, catégories diverses
(2) Rattachés au régime général à compter du 1.10.48 (loi 23/9/48)
(3) Rattachés au régime général à compter du 1.11.50 (loi 29/7/50)
(4) Pour obtenir le nombre de personnes qui bénéficient ou peuvent bénéficier à un titre quelconque des prestations des Assurances Maladie, Maternité du régime considéré on peut multiplier le nombre des ressortissants : - par 2 en ce qui concerne le régime général, - par 2,5 en ce qui concerne le régime agricole, - par 2,5 en ce qui concerne le régime minier

3°) PRESTATIONS

a) Prestations en nature

1 - Soins médicaux

Comme il a déjà été indiqué plus haut, le régime général des Assurances Sociales de 1930 vit le jour dans des conditions difficiles, dues en particulier à l'hostilité très vive du Corps médical qui voyait dans l'institution nouvelle une menace contre ses libertés traditionnelles et une atteinte aux principes qui, à ses yeux, conditionnent l'exercice d'une médecine de qualité et qu'à cette occasion il définit sous le nom de "Charte Médicale" de la façon suivante :

- libre choix du médecin par le malade
- liberté de thérapeutique
- secret professionnel
- entente directe individuelle entre le malade et le médecin pour la fixation et le versement des honoraires

Le législateur de 1930 faisant droit à ces conceptions (notamment sur le dernier point) institua un système d'assurance-remboursement basé sur l'existence d'un tarif de responsabilité ou tarif plafond, lui-même établi selon les possibilités financières des Caisses. Il incita néanmoins les Caisses à passer des conventions avec les syndicats médicaux pour tenter d'obtenir de ces derniers l'application de tarifs préférentiels au profit des assurés, permettant un alignement des tarifs de remboursement. En fait, les conventions signées dans ces conditions furent très peu nombreuses et presque toujours de courte durée, d'un côté les syndicats médicaux restant maîtres de leurs tarifs d'honoraires, de l'autre les Caisses étant limitées par le tarif de responsabilité.

Devant cet échec, qui avait pour effet de laisser à la charge de l'assuré une fraction importante

de ses dépenses de soins, le législateur de 1945 a tenté de rendre obligatoire le système des conventions en donnant, par une homologation officielle, un caractère légal aux tarifs qu'elles contenaient et en instituant certaines sanctions en cas de violation de ces tarifs. A la notion antérieure d'entente directe individuelle, la nouvelle législation a substitué celle d'une entente directe collective entre les groupements représentant les deux parties en cause : les syndicats professionnels pour les médecins, les Caisses de Sécurité Sociale pour les malades.

Mais la résistance quasi générale du Corps Médical à de tels engagements, l'inefficacité et même, le plus souvent, l'impossibilité de mise en oeuvre des sanctions - la grande variété et l'imprécision des cas dans lesquels une dérogation aux tarifs légaux était admise, ont fait que, malgré les efforts des Caisses sur le plan local et de leur Fédération sur le plan national, le système de 1945 a connu le même échec que celui de 1930. De nombreux projets de réforme ont été élaborés mais à l'heure actuelle aucun n'a pu aboutir.

Par contre, en ce qui concerne le libre choix du médecin par le malade, la liberté de thérapeutique et le secret professionnel aucune difficulté ne s'est jamais présentée et les législations successives ont intégralement respecté ces trois principes.

Les dispositions applicables dans le régime agricole sont actuellement, après une évolution identique à celle qui vient d'être exposée, les mêmes que dans le régime général.

En revanche, dans le régime minier la gratuité des soins médicaux et pharmaceutiques est de tradition et elle a été maintenue par le décret du 27.11.46

sous la seule réserve d'un ticket modérateur, en fait symbolique. Les ressortissants des Sociétés de Secours ont le libre choix de leurs praticiens parmi ceux agréés à cet effet qui reçoivent directement une rémunération forfaitaire de la part de la Société de Secours.

2. - Produits pharmaceutiques

La loi de 1930 stipulait que les Caisses devaient rembourser jusqu'à concurrence de 85 % tous les médicaments prescrits par le médecin : produits confectionnés à l'officine du pharmacien selon les indications du médecin et toutes spécialités dont la vente était légalement autorisée. Le décret loi de 1935 porta le ticket modérateur à 20 % pour les 25 premiers francs de l'ordonnance et à 40% pour le surplus. Il créa en outre une Commission chargée d'établir une liste limitative des médicaments spécialisés remboursables et de prévoir des tarifs de remboursement particuliers.

C'est ainsi qu'à partir de l'année 1938 les spécialités ont été classées en 4 catégories :

- A - médicaments considérés comme irremplaçables (notamment les produits injectables) : remboursement à 80%
- B - médicaments assimilés aux produits magistraux : remboursement à 80 % sur 25 Frs et 60% sur le surplus
- C - médicaments dont le prix de revient dépasse de 20 % le prix de la préparation magistrale correspondante : remboursement à 40 %.
- D - médicaments faisant l'objet de publicité auprès du public : remboursement à 10 %.

En 1943 le système fut simplifié par la suppression de tout remboursement pour les médicaments de la catégorie D et par l'inclusion des médicaments de la catégorie B dans la catégorie A.

La législation de 1945 revient au tarif uniforme de remboursement à 80% mais en maintenant le principe d'une liste des spécialités remboursables d'où ont été exclus tout d'abord les produits diététiques, les eaux minérales, les dentifrices, les produits faisant l'objet de publicité auprès du public, ceux considérés comme ayant une action thérapeutique insuffisante, puis ensuite toute spécialité dont le prix de vente dépassait de 120% le prix de revient de la préparation magistrale correspondante. Ces dispositions qui permettaient le remboursement à 80 % du prix légal (done de la dépense réelle du malade) pour près de 17.000 spécialités ont cessé de s'appliquer depuis le 1.1.59, en vertu d'une ordonnance du 30.12.58 qui a réintroduit la règle d'une différenciation du ticket modérateur selon la valeur thérapeutique:

- 10 % pour les produits irremplaçables dont la liste comporte environ 1.000 produits.
- 20 % pour les préparations magistrales
- 30 % pour tous les autres médicaments

D'autre part, le pourcentage de 120 % indiqué à l'alinéa précédent, et au delà duquel une spécialité est exclue du remboursement, est ramené à 100 % du prix de revient de la préparation magistrale correspondante.

Les modalités de remboursement des frais pharmaceutiques sont les mêmes que celles des frais médicaux, sauf dans certaines circonscriptions où les Caisses ont passé avec les syndicats de pharmaciens ou avec les pharmacies mutualistes, des accords instituant (au moins pour certaines catégories d'assurés (1) le système du tiers payant.

Le régime agricole a connu là également, la même évolution et applique des règles analogues à celles du régime général.

../..

(1) invalides, vieillards, impécunieux etc..

Quant aux affiliés au régime minier ils ne font pas l'avance des fonds lorsqu'ils s'adressent à une pharmacie gérée par leur Société de Secours (sous réserve du paiement d'un très faible ticket modérateur). S'ils s'adressent à une pharmacie privée ils règlent leurs produits et se font rembourser par la Société de Secours aux tarifs légaux. La liste limitative des spécialités leur est dans tous les cas applicable.

3 - Hospitalisation

Jusqu'en 1945, les règles présidant au remboursement des frais d'hospitalisation étaient basées sur le principe déjà exposé d'un tarif de responsabilité établi par la Caisse dans la limite d'un tarif maximum fixé par le Ministère du Travail et au delà duquel la garantie financière instituée par la loi au profit des Caisses Primaires n'était plus assurée. Cependant, au moins pour les hôpitaux publics, le système des conventions avait permis dans un grand nombre de cas d'aligner les tarifs de responsabilité avec les tarifs réellement appliqués aux malades.

Depuis 1945 les règles applicables sont les suivantes :

Les frais d'hospitalisation dans un hôpital public sont pris en charge:

- pour les frais de séjour, sur la base du tarif prévu par la législation hospitalière pour les malades soignés en chambre commune, tarif qui s'impose à la Caisse
- pour les honoraires médicaux ou chirurgicaux, sur la base du tarif prévu par la convention passée entre la Caisse et l'hôpital, ou par un arrêté ministériel, en l'absence de convention

58

Quand l'hospitalisation a lieu dans un établissement privé, la nouvelle législation, rendant obligatoire ce qui, dans l'ancienne, ne constituait qu'une faculté dont les Caisses d'Assurances Sociales avaient d'ailleurs largement usé, stipule que les frais ne sont pris en charge que si l'établissement a été agréé par une Commission spécialisée, pour recevoir les assurés sociaux. Leur remboursement s'effectue:

- pour les frais de séjour, sur la base d'un tarif fixé par la convention entre l'établissement et la Caisse et qui ne peut être supérieur au tarif de l'établissement public de même nature le plus proche
- pour les honoraires, selon la procédure qui a été exposé plus haut.

En matière d'hospitalisation, le système du tiers payant a toujours été la règle pour les établissements du secteur public (hôpitaux, établissements de lutte antituberculeuse et établissements psychiatriques, notamment). Pour les établissements privés il n'est appliqué que lorsque la convention passée avec la Caisse le prévoit.

L'ensemble de ces dispositions est applicable dans le régime agricole et dans le régime minier.

4 - Durée du service des prestations

L'évolution de la législation sur ce point, et la dernière étape accomplie par un décret du 25.5.55 qui a supprimé toute limitation de durée pour l'octroi des prestations en nature, ont été exposées plus haut.

Précisons seulement ici que cette réforme a pour corollaire de faire cesser le droit aux prestations dès que (I) l'assuré cesse d'être affilié au régime de Sécurité Sociale, alors qu'auparavant, par application (1) En réalité ce droit n'expire qu'à l'issue du délai d'un mois suivant la cessation de l'affiliation. ..//..

d'une règle classique de l'assurance, ce droit, acquis à la date de la première constatation médicale de la maladie, était maintenu, malgré la perte de la qualité d'assuré, pour tous les soins afférents à la maladie en cause.

b) Prestations en espèces

1 - Délai de carence

La loi de 1930 avait prévu un délai de carence de 5 jours pour les assurés ordinaires, et de 3 jours pour les pères de 3 enfants. La Convention internationale sur l'assurance maladie prévoyant un délai uniforme de 3 jours, un décret loi du 14.6.38 a, pour satisfaire à cette exigence, modifié la législation antérieure et réduit le délai à 3 jours pour tous les assurés. Cette disposition est restée inchangée depuis lors.

2 - Montant des indemnités

Le principe de base retenu depuis 1930 est que l'indemnité journalière est égale à la moitié du salaire journalier qui a servi au calcul des cotisations. Le mode de calcul de l'indemnité a donc varié en même temps que celui des cotisations : au début, salaire de base forfaitaire par catégorie de cotisant; ensuite, en 1935, application d'un barème arrêté par le ministère du Travail; enfin depuis 1942, fixation à 1/60ème du salaire perçu au cours du mois civil précédant l'arrêt du travail.

Mais la réforme de 1945 a introduit une amélioration sensible en fixant un taux d'indemnité plus élevé en considération de la durée de l'arrêt de travail et des charges de famille de l'assuré. L'indemnité est en effet portée aux 2/3 du gain de base à partir du 31ème jour d'arrêt de travail lorsque l'assuré a au moins 3 enfants à charge.

En outre, une loi du 30 Août 1947, d'abord réservée aux assurés bénéficiaires de l'Assurance de Longue

Maladie, puis ensuite harmonisée avec les dispositions du décret du 20.5.55 supprimant cette branche spéciale de l'Assurance Sociale, a institué une sorte d'échelle mobile du montant de l'indemnité en fonction du salaire dont l'assuré se trouve effectivement privé. Actuellement lorsque l'arrêt de travail se prolonge au delà de 3 mois, l'indemnité est revalorisée à partir du 1er jour du 4ème mois, soit par application d'un coefficient fixé, sur le plan national et pour toutes les professions, par le Ministère du Travail soit, lorsque ce second procédé est plus favorable, par l'application du taux d'augmentation du salaire résultant d'une convention collective et dont aurait bénéficié l'intéressé, s'il n'avait été malade.

Enfin, une réduction de l'indemnité a dès 1930 été prévue lorsque l'assuré est hospitalisé et que les frais correspondants sont couverts par l'Assurance. Mais, là aussi, les règles ont été progressivement assouplies dans un sens favorable à l'assuré. Avant 1945 cette réduction était de :

- $1/3$ pour l'assuré ayant 1 ou plusieurs enfants ou ascendants à charge
- $1/2$ pour 1 assuré marié sans enfant ni ascendant à charge
- $3/4$ dans les autres cas.

Depuis 1946, aucune réduction n'est effectuée pour l'assuré ayant au moins 2 enfants à charge et dans les autres éventualités les taux ci-dessus ont été réduits respectivement à $1/5$, $2/5$, $3/5$.

Le régime agricole bénéficie de règles similaires à celles du régime général.

Mais dans le régime minier le montant de l'indemnité est uniformément fixé pour tous les travailleurs au $1/12$ ème du salaire hebdomadaire de base du manoeuvre

de 2ème catégorie du jour. Les Sociétés de Secours peuvent par ailleurs prévoir soit dans leurs statuts, soit par des décisions individuelles, l'octroi de suppléments.

3 - Durée

La loi de 1930 et le décret loi de 1935 ne prévoyaient l'octroi des indemnités que pour les jours ouvrables. Mais depuis une loi du 6.1.42, les indemnités sont dues pour toutes les journées d'arrêt de travail, ouvrables ou non.

Quant à la durée du droit aux indemnités, nous avons vu l'évolution de la législation sur ce point : jusqu'en 1945 : 6 mois de 1946 à 1955 : 6 mois ou 3 ans en cas de longue maladie - depuis le 1.7.58 : 360 indemnités dans une période de 3 ans, ou 3 ans pour les maladies dites de longue durée.

Cette réforme a été étendue au régime agricole puis au régime minier.

Enfin le service des indemnités peut-être prolongé pendant un an au delà du délai normal, en cas de rééducation ou de réadaptation professionnelle.

c) Evolution des dépenses et de leur répartition entre les différentes catégories de prestations.

L'évolution des dépenses d'Assurance maladie-maternité au cours des dernières années pour chacun des trois régimes, général, agricole et minier, figure en annexes à la présente note.

4°) FINANCEMENT

De tous temps la législation française du régime général d'Assurances Sociales a appliqué en matière de financement les principes suivants :

- 37
- cotisations calculées sur les salaires
 - partage de la cotisation entre l'employeur et le salarié
 - solidarité entre tous les assurés se traduisant par une compensation financière entre les organismes d'assurance.
- Cette règle, d'application restreinte à l'origine, s'est développée au fur et à mesure des modifications intervenues et fonctionne maintenant dans le cadre général de l'institution.

De même, elle a toujours prévu que les ressources du régime devaient comprendre également les participations de l'Etat, des départements et des communes. En réalité ces participations, effectives au cours des premières années, mais d'un montant peu élevé, cessèrent rapidement.

a) Salaire de base

Abandonnant le système des catégories dans lesquelles étaient classés les assurés selon le montant de leur salaire, le décret loi de 1935 institua la règle du pourcentage appliqué sur le salaire réel de l'assuré, mais dans la limite d'un plafond. C'est cette règle qui, aujourd'hui encore, préside au calcul des cotisations.

Mais la définition du "salaire de base" servant d'assiette à la cotisation s'est peu à peu élargie et à fini par englober tous les éléments de la rémunération de l'assuré. Cependant, dès 1935, la loi a précisé que le montant des allocations familiales devait être retranché des sommes soumises à cotisation, mais qu'en revanche le montant évalué des avantages en nature devait y être inclus. C'est surtout sur la qualification des diverses fractions du salaire que des difficultés sont nées. En effet au cours de la période d'occupation et de celle qui a suivi immédiatement la libération, les employeurs et les salariés ont cherché à échapper au blocage des salaires institué par les Pouvoirs publics en

créant, à côté et en supplément du salaire proprement dit, des primes, indemnités, gratifications aux dénominations les plus diverses et aux conditions d'octroi fort variables.

Pour remédier aux abus constatés, une loi du 20.3.54, vint préciser que le calcul des cotisations devait être effectué sur toutes les sommes versées ou dues en contre partie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités des congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes et gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire.

b) Plafond

Les différents plafonds applicables depuis 1946 ont été les suivants :

à partir du	1.7 .46	.....	120.000 Frs	par an
	1.10.46	.....	150.000 Frs	"
	1.10.47	.....	204.000 Frs	"
	1.3 .48	.....	228.000 Frs	"
	1.3. 49	.....	264.000 Frs	"
	1.1. 51	.....	324.000 Frs	"
	1.10.51	.....	408.000 Frs	"
	1.10.52	.....	456.000 Frs	"
	1.10.55	.....	528.000 Frs	"
	1.1. 58	.....	600.000 Frs	"
	1.1. 59	.....	660.000 Frs	"

On doit souligner que l'évolution du plafond a été plus lente que celle des salaires eux-mêmes, créant ainsi une certaine "dévalorisation" du plafond par rapport à la masse des salaires distribués. Pour donner une idée de l'importance de ce phénomène, remarquons que de 1946 à 1958 le coefficient d'augmentation du plafond

est de 5 alors que, dans le même temps, celui du salaire horaire moyen s'établit à 7,5.

c) Taux

Primitivement fixé à 8 %, le taux a été porté à 12% par une ordonnance du 30.12.44. En outre, à la même époque, la règle du partage égal de la cotisation entre l'employeur et le salarié a été abandonnée, par la création d'une cotisation spéciale de 4 % à la charge de l'employeur pour le financement de l'allocation servie aux vieux travailleurs qui n'avaient jamais cotisé aux assurances sociales. Cette cotisation spéciale a, par la suite, perdu sa dénomination propre et a été incluse dans la contribution patronale.

Le taux de la cotisation globale d'Assurances Sociales a en conséquence été porté à 16 % dont :

- 10 % au titre de la cotisation patronale
- 6 % ramenés à 2 % pour les assurés de plus de 65 ans au titre de la cotisation ouvrière

Mais, en vertu des toutes récentes décisions gouvernementales auxquelles il a déjà été fait allusion, le taux de la cotisation patronale vient d'être porté depuis le 1.1.59 à 12,5 %.

Depuis l'institution de la Sécurité Sociale, qui applique le système de la répartition pour toutes les branches de l'Assurance Sociale, aucune fraction de cette cotisation globale n'est, à priori, affectée à la couverture de l'Assurance maladie-maternité. Tout au plus peut-on préciser que selon les calculs actuariels effectués en 1945, la répartition de la cotisation était prévue à raison de :

- 9 % pour l'Assurance Vieillesse
- 7 % pour tous les autres risques : maladie - maternité - invalidité - décès.

Mais ces prévisions n'ont pas été vérifiées dans les faits. Les statistiques (1) font en effet apparaître un accroissement constant des dépenses maladie, au détriment des dépenses de vieillesse, à tel titre que les seules prestations d'assurance maladie absorbaient en 1956 plus de 9 des 16 "points" de la cotisation globale.

REMARQUES

I - Les catégories d'assurés rattachés au régime général pour une partie des risques - généralement pour les prestations en nature des assurances maladie-maternité-versent une cotisation d'un taux évidemment inférieur mais qui a été progressivement relevé pour tenir compte de l'accroissement du volume des dépenses.

Pour les fonctionnaires de l'Etat et les magistrats, ainsi que pour les invalides et veuves de guerre, et les fonctionnaires des collectivités locales qui, sur ce point, sont soumis aux mêmes règles, depuis que le régime d'Assurance maladie leur est applicable, l'évolution a été la suivante :

à partir du 1.1. 47 : 2,5 %)
 1.1. 51 : 3,5 %) dont 1/2 à la charge
 1.12.51 : 5 %) de l'Etat
 1.1. 59 : 6 %) dont 3,5 % à la charge
) de l'Etat

II - Le droit des pensionnés de vieillesse aux prestations de l'Assurance Maladie est acquis sans contrepartie de cotisation, sauf pour les fonctionnaires retraités et assimilés, pour lesquels la cotisation calculée dans les conditions normales (assiette - plafond) a été fixée successivement à :

../..

à partir du 1.1. 51 : 2 %)
 1.12.51 : 2,5 %) dont 1/2 à la charge
 1.1. 53 : 3,5 %) de l'Etat

Dans le régime minier les règles relatives au salaire de base et au plafond sont les mêmes que dans le régime général. En ce qui concerne le taux des cotisations et contributions destinées à la couverture des risques maladie-maternité il est actuellement de 8 % des salaires dont :

- 6 % à la charge de l'exploitant
- 2 % à la charge des travailleurs

La cotisation de l'exploitant avait été fixée à 4 % par le décret du 27 Novembre 1946 et à 5 % par le décret du 29 Avril 1953. C'est le décret du 15 Décembre 1956 qui a fixé cette cotisation à 6 % des salaires.

A ces cotisations versées par et pour les affiliés en activité s'ajoute un versement de 13,5% du montant des pensions correspondant à :

- une cotisation de 4,50 % prélevée sur le montant des pensions et allocations
- une contribution du fonds spécial de retraites égale à 9 % des pensions et allocations.

Antérieurement au 1er Janvier 1957 le taux global de ces versements pour les pensionnés avait été de :

- 3 % jusqu'au 1.1. 1949
- 4,50 % " 1.1. 1950
- 6,40 % " 1.1. 1955 et de
- 9 % " 1.1. 1957

Ce taux a été successivement augmenté pour ajuster le montant des ressources dégagées à celui des prestations servies aux pensionnés et à leur famille.

Dans le régime agricole comme dans le régime général l'Assurance maladie-maternité est financée globalement avec l'Assurance invalidité Vieillesse et décès.

Les taux de cotisations couvrant l'ensemble des risques précités ont été fixés de la façon suivante du 15 Novembre 1951 au 31 Décembre 1957.

- Cotisation ouvrière des salariés :
 - âgés de moins de 65 ans 5,5 % du salaire
 - âgés de 65 ans et plus 2 % du salaire
- Cotisation patronale 8 % du salaire

Le taux de la cotisation patronale a été porté de 8 % à 9,5 % à partir du 1er Janvier 1958.

Les cotisations sont assises sur le salaire réel (dans la limite d'un plafond dont le montant mensuel a été fixé à 44.000 francs du 1er octobre 1955 au 31 Décembre 1957, à 50.000 Frs du 1er Janvier au 31 Décembre 1958 et 55.000 Frs depuis le 1er Janvier 1959, en ce qui concerne :

- les ouvriers agricoles qui en font la demande soit avant l'âge de 40 ans, soit dans l'année qui suit l'ouverture de leur compte individuel de cotisation
- les salariés pour lesquels cette mesure est prévue par les conventions collectives étendues,
- les employés des organismes professionnels agricoles,
- les ouvriers forestiers,
- les ouvriers gemmeurs

43

Pour les autres catégories d'assurés, l'assiette des cotisations est constituée par des salaires forfaitaires, égaux à 115 % pour les hommes et 100 % pour les femmes, du salaire minimum garanti majoré de l'indemnité horaire. Ils sont réduits de 30 % pour les travailleurs âgés de moins de 18 ans et pour les apprentis, et de 50 % pour les travailleurs placés comme ouvriers à capacité professionnelle réduite. Ils sont majorés pour les ouvriers betteraviers et pour les métayers d'un pourcentage variable selon les régions (30 % en général).

d) Compensation

La compensation des charges de l'Assurance maladie-maternité s'effectue sur le plan régional par l'intermédiaire des Caisses Régionales et enfin par la Caisse Nationale dont c'est un des rôles essentiels. A cet effet, cette dernière gère le Fonds National des Assurances Sociales qui comprend 4 sections comptables.

- la section du régime général
- " fonctionnaires
- " étudiants
- " invalides et veuves de guerre

Mais ce Fonds National est commun à toutes les branches des Assurances sociales et il n'existe pas de compensation propre aux risques maladie-maternité.

Dans le régime minier la compensation s'effectue également à deux échelons : au stade des Unions Régionales de Sociétés de Secours et au stade de la Caisse Autonome Nationale. Les subventions accordées par ces deux catégories d'organismes aux Sociétés de base sont calculées selon deux éléments :

- les charges des Sociétés : 80 % des sommes disponibles sont répartis proportionnellement aux effectifs
- la qualité de leur gestion appréciée selon certains facteurs déterminés.

Un décret du 15.12.56 a modifié ces principes mais son application est subordonnée à un arrêté ministériel à paraître.

e) Evolution financière de l'Assurance maladie

Tous les régimes d'Assurance Maladie connaissent depuis une dizaine d'années un mouvement continu et accéléré d'augmentation de leurs dépenses, et les recettes ayant elles-mêmes évolué moins rapidement, un déficit.

Sans entrer dans les détails, on peut énumérer les causes principales de ce phénomène, qui, pour la plupart, échappent à toute action des institutions elles-mêmes :

- augmentation globale du nombre des assurés couverts par le régime
- augmentation du nombre des ayants droit : enfants (accroissement considérable de la natalité depuis 1945 et élargissement du cadre familial de l'assurance) retraités (évolution défavorable du rapport nombre de vieillards / population active) toutes catégories pour lesquelles l'appel aux soins est fréquent.
- amélioration continue de la législation (ouverture des droits plus large - extension des prestations - augmentation du taux des indemnités journalières - suppression de limitation du durée pour les prestations en nature etc...).
- augmentation de la consommation médicale due :
 - aux progrès des techniques de diagnostic et de soins
 - aux découvertes scientifiques notamment biologiques et chimiques
 - à la spécialisation toujours plus poussée de la médecine
 - au dépistage systématique de certaines maladies

- à la plus grande fréquence de l'appel spontané aux soins : le "besoin de santé"
- à l'accroissement de la morbidité qui résulte lui-même de : la diminution de la mortalité, de l'accroissement de la longévité, du développement de certaines affections occasionné par le rythme de la vie moderne
- au mode de rétribution des praticiens, etc...

tous éléments qui entraînent :

- une augmentation du nombre moyen des actes médicaux (on consulte en France environ 3 fois plus en 1958 qu'en 1938) et de leur coût unitaire.
- une augmentation des frais d'hospitalisation par l'augmentation considérable des prix de journée, l'allongement des durées moyennes de séjour et une plus grande fréquence des soins à l'hôpital.
- une augmentation des frais pharmaceutiques par la multiplication des prescriptions médicales et la cherté des médicaments nouveaux.

Les tableaux N° V et VI de l'Annexe I à la présente note donnent pour le régime général, les éléments chiffrés de ces variations au cours des dernières années.

Pour le régime minier, les résultats de l'Assurance maladie longue maladie-maternité décès ont été, depuis la mise en place de la nouvelle législation, ceux qui sont indiqués à l'Annexe IV.

Ainsi que l'on peut le constater à la lecture du tableau correspondant, ces résultats font également apparaître un déficit permanent et croissant.

Aux causes générales évoquées ci-dessus, on peut ajouter celles qui sont propres au régime minier. Ce sont :

- la politique de réduction des effectifs dans la profession minière qui a rendu plus sensible encore que dans les autres professions, la modification du rapport $\frac{\text{nombre de personnes âgées}}{\text{population active}}$ et au fait que dans le régime minier le rapport $\frac{\text{bénéficiaires}}{\text{cotisants}}$ est sensiblement plus élevé que dans le régime général.
- la consommation médicale favorisée par le système de gratuité à peu près totale des soins
- le fait que les Sociétés de Secours ont dû, pour améliorer la qualité de la médecine, non seulement recruter un assez grand nombre de nouveaux médecins, mais augmenter le montant des honoraires qu'elles leur versent.

o
o o

ANNEXE I
REGIME GENERAL
EVOLUTION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE - MATERNITE

TABLEAU N° I
PRESTATIONS SERVIES PAR LES CAISSES PRIMAIRES
(EN MILLIONS)

ANNEES	ASSURANCE MALADIE + LONGUE MALADIE		ASSURANCE MATERNITE		ASSURANCE		TOTAL	COEFFICIENT D'AugMENTATION	DIFFERENCE AVEC ANNEE ANTERIEURE
	PRESTATIONS NATURE	PRESTATIONS ESPECES	PRESTATIONS NATURE	PRESTATIONS ESPECES	DEGES				
1951	111.074	31.469	142.843	8.973	3.045	12.018	2.498	157.059	100
1952	140.950	38.848	179.798	10.490	3.716	14.206	3.221	197.225	+ 26
1953	156.142	43.951	200.093	11.265	3.824	15.029	3.460	218.582	+ 13
1954	173.816	45.253	220.069	12.029	4.146	16.175	3.545	239.789	+ 14
1955	193.997(1)	51.373	245.370	12.870	4.512	17.382	3.676	256.428	+ 17
1956	224.471(1)	64.342	288.813	13.822	5.240	19.062	4.011	311.886	+ 29

(1) Depuis le 1.7.55, date de suppression de l'assurance de longue-maladie, les prestations en nature sont ventilées en :

- prestations avec ticket modérateur
- prestations sans ticket modérateur

TABLEAU N° II
 REPARTITION DES PRESTATIONS EN NATURE ET DES PRESTATIONS EN ESPECES
 DE L'ASSURANCE MALADIE
 (EN MILLIONS)

ANNEES	PRESTATIONS		DIFFERENCE AVEC ANNEE PRECEDENTE	PRESTATIONS		DIFFERENCE AVEC ANNEE PRECEDENTE	COEFFICIENT		TOTAL	COEFFICIENT D'AUGMENTATION
	NATURE	D'AUGMENTATION		ESPECES	D'AUGMENTATION					
1951	111.074	100	-	31.469	100	-	142.543	100	142.543	100
1952	140.960	127	+ 27	38.848	123	+ 23	179.798	126	179.798	126
1953	156.142	141	+ 14	43.951	140	+ 17	200.093	140	200.093	140
1954	173.816	156	+ 15	46.253	147	+ 7	220.069	154	220.069	154
1955	193.997	175	+ 19	51.373	163	+ 16	245.370	172	245.370	172
1956	224.471	202	+ 27	64.342	204	+ 41	288.813	203	288.813	203

TABLEAUX N°S III ET IV

POURCENTAGE DES DEPENSES DE L'ASSURANCE MALADIE

PAR RAPPORT :

AUX COTISATIONS ENCAISSEES

AUX SALAIRES IMPOSABLES

ANNEES	COTISATIONS		% DES PRESTATIONS		% DES PRESTATIONS		% DE TOUTES PRESTATIONS MALADIE
	(EN MILLIONS)	EN NATURE	EN ESPECES	EN NATURE	EN ESPECES	MALADIE	
1951	287,175	38,68	10,96	49,64	1,794,844	6,19	7,94
1952	365,645	38,55	10,62	49,17	2,285,281	6,17	7,87
1953	381,391	40,94	11,52	52,46	2,383,694	6,55	8,39
1954	409,181	42,48	11,50	53,78	2,557,281	6,80	8,61
1955	443,820	43,71	11,57	55,28	2,773,975	6,99	8,84
1956	508,685	44,12	12,65	56,77	3,179,261	7,06	9,08

TABLEAU N° V

REPARTITION DES PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE
(EN MILLIONS)

ANNEES	FRAIS MEDICAUX	FRAIS CHIRURGICAUX	SOINS DENTAIRES	PHARMACIE	LUNETTES & ORTHOPEDIE	HOSPITALISATION	CURES THERMALES	DIVERS	TOTAL	COEFFICIENT D'AUGMENTATION
1951	19.553	8.090	8.589	26.325	2.191	44.933	1.066	227	111.074	100
1952	22.917	9.809	10.612	34.298	2.514	59.237	1.304	259	140.950	127
1953	25.349	10.769	10.901	38.352	2.632	66.525	1.418	196	156.142	141
1954	27.701	12.336	11.869	43.237	2.888	73.966	1.555	265	173.817	156
1955	30.878	14.165	12.983	50.469	3.298	80.213	1.774	217	193.997	175
1956	31.379	17.912	14.482	60.933	4.093	92.114	2.222	686	224.021	202

TABLEAU N° VI

COEFFICIENTS D'AUGMENTATION
DES DIFFERENTES PRESTATIONS EN NATURE DE L'ASSURANCE MALADIE

ANNEES	MEDICINAUX	CHIRURGICAUX	DENTAIRES	PHARMACIE	LUNETTES	HOSPITALISATION	CURES	TOTAL
1951	100	100	100	100	100	100	100	100
1952	117 (+17)	121 (+21)	122 (+22)	130 (+30)	115 (+15)	132 (+32)	122 (+22)	127 (+27)
1953	130 (+30)	133 (+33)	125 (+25)	146 (+46)	120 (+20)	148 (+48)	133 (+33)	141 (+41)
1954	142 (+42)	152 (+52)	157 (+57)	154 (+54)	132 (+32)	165 (+65)	146 (+46)	155 (+55)
1955	158 (+58)	175 (+75)	149 (+49)	192 (+92)	151 (+51)	179 (+79)	166 (+66)	175 (+75)
1956	160 (+60)	221 (+121)	167 (+67)	231 (+131)	187 (+87)	205 (+105)	208 (+108)	202 (+102)

ANNEXE II

REGIME AGRICOLE

EVOLUTION DES DEPENSES
DES ASSURANCES MALADIE - MATERNITE
AU COURS DE CES DERNIERES ANNEES

DESIGNATION DES PRESTATIONS	MONTANT (EN MILLIONS DE FRANCS)				
	EXERCICE	EXERCICE	EXERCICE	EXERCICE	EXERCICE
	1953	1954	1955	1956	1957
PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MALADIE					
- FRAIS MEDICAUX	2.539,5	2.729,2	2.938,8	3.021,3	3.107,6
- FRAIS PHARMACEUTIQUES	3.444,6	3.874,2	4.468,1	4.996,6	5.748,6
- SOINS DENTAIRES	770,5	882,3	948,1	950,4	1.009,2
- CURES THERMALES	43,7	53,4	61,8	73,5	74,9
- HOSPITALISATION	5.461,7	6.172,9	6.703,3	8.309,4	7.804,8
- INDEMNITES JOURNALIERES	2.133,1	2.171,1	2.242,3	2.509,6	2.991,4
	14.393,1	15.883,1	17.362,4	19.870,8	20.736,5
PRESTATIONS DE L'ASSURANCE MATERNITE					
- FRAIS D'ACCOUCHEMENT :					
- A DOMICILE	445,1	451,5	431,1	391,2	349,-
- DANS LES MATERNITES	640,2	739,2	807,4	980,5	882,2
- LAYETTES	224,2	241,4	244,2	243,1	228,9
- PRIMES D'ALLAITEMENT ET BONS DE LAIT	342,-	341,-	330,6	322,8	298,4
- INDEMNITES JOURNALIERES	100,-	103,3	101,3	110,4	123,3
- DIVERS	122,-	134,6	136,6	139,9	137,9
	1.873,5	2.011,-	2.051,2	2.187,9	2.019,7

ANNEXE III
REGIME MINIER
TABLEAU N°1

ASSURANCES MALADIE - LONGUE MALADIE - REPARTITION DES DEPENSES

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957
	DEPENSES %	DEPENSES %	DEPENSES %	DEPENSES %	DEPENSES %	DEPENSES %	DEPENSES %	DEPENSES %	DEPENSES %	DEPENSES %
MEDECINE	400 10	562 10	645 10	1.086 12	1.328 11	1.465 11	1.573 12	1.821 12,5	2.049 12,4	2.351 12,2
FRAIS PHARMA- CEUTIQUES	1.005 25	1.495 27	1.904 28	2.737 30	3.729 31	4.126 32	4.060 31	4.443 30	4.931 29,8	5.692 29,6
FRAIS CHIRURGI- CAUX & HOPITAUX	911 23	1.423 26	2.122 32	2.741 30	3.721 31	4.070 32	4.333 33	4.773 32	5.371 32,4	6.059 31,5
LUNETTERIE & ORTHOPEDIE	70 2	83 2	112 2	144 1	175 2	185 1	196 1	204 1,5	232 1,4	258 1,4
SOINS DENTAIRES	154 4	215 4	348 5	476 5	583 5	583 4	585 4	556 4,5	665 4	706 3,7
INDEMNITES JOURNALIERES	1.240 30	1.293 24	1.264 19	1.897 20	2.172 19	2.208 18	2.271 17	2.546 17,5	2.945 17,6	3.718 19,3
FRAIS DIVERS	230 6	379 7	279 4	195 2	244 2	266 2	303 2	322 2	377 2,2	439 2,3
	4.010 100	5.454 100	6.675 100	9.276 100	11.952 100	12.903 100	13.321 100	14.765 100,-	16.570 100,-	19.223 100,-

TABLEAU N° II

ASSURANCES MALADIE - MATERNITE - DECES - DEPENSES

	1948		1949		1950		1951		1952		1953		1954		1955		1956		1957	
	DEPENSES	%	DEPENSES	%	DEPENSES	%	DEPENSES	%	DEPENSES	%	DEPENSES	%	DEPENSES	%	DEPENSES	%	DEPENSES	%	DEPENSES	%
MALADIE	3.874	81	5.173	80	6.155	79	8.418	79	10.777	79	11.647	80	11.355	80	13.261	80,1	14.970	80,9	19.223	89,6
LONGUE MALADIE	136	3	281	4	510	7	858	8	1.175	9	1.256	9	1.366	9,1	1.504	9,1	1.600	8,6		
MATERNITE	285	6	413	7	462	6	520	5	531	4	609	4	619	4,1	626	3,8	642	3,5	681	3,2
DECES	180	4	221	3	238	3	283	2	303	2	346	2	347	2,3	376	2,3	423	2,3	521	2,4
GESTION (1)	294	6	381	6	401	5	604	6	749	6	730	5	691	4,4	777	4,7	870	4,7	1.025	4,8
ENSEMBLE	4.769	100	6.469	100	7.776	100	10.683	100	13.594	100	14.647	100	14.978	100	16.544	100	18.505	100	21.450	100

(1) Dépenses de gestion des Sociétés de Secours, des Unions Régionales et de la Caisse Autonome Nationale (Montant des prélèvements autorisés)

ANNEXE IV

REGIME MINIER

RESULTATS DES ASSURANCES
MALADIE - LONGUE MALADIE - MATERNITE - DECES

(EN MILLIONS DE FRANCS)

ANNEES	RECETTES	DEPENSES	EXCEDENTS	RESULTATS DES DIVERS EXERCICES			
				% PAR		% PAR	
				RAPPORT AUX RECETTES	DEFICIT	RAPPORT AUX RECETTES	RAPPORT AUX SALAIRES SOUMIS A RETENUE
31.10.47	-	-	876(1)	-	-	-	-
1948	4.834	4.769	65	1,34	-	-	-
1949	5.614	6.469	-	-	855	15,23	0,96
1950	6.153	7.776	-	-	1.623	26,37	1,74
1951	8.414	10.683	-	-	2.269	26,96	2,03
1952	10.528	13.594	-	-	3.066	29,12	2,32
1953	11.382	14.647	-	-	3.265	28,69	2,53
1954	12.520	14.978	-	-	2.458	19,63	1,95
1955	13.834	16.544	-	-	2.710	19,59	2,11
1956	15.278	18.505	-	-	3.227	21,12	2,27
1957	18.097	21.450	-	-	3.353	18,53	2,22

(1) Patrimoine des anciennes Caisses de secours au 31 Octobre 1947

On remarquera que, à l'exception de l'exercice 1948 qui a permis de réaliser un excédent de 65 millions, l'assurance maladie a laissé, chaque année, un déficit important que n'ont pu combler ni le relèvement du taux de la contribution patronale, ni le relèvement massif de la cotisation pour pensionnés.

Le déficit de cette branche d'assurances représente environ et selon les années de 20 à 30% des recettes.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance - invalidité générale non
professionnelle

- vieillesse

- survivants

F r a n c e

GENEVE 1959

Table des matières

ASSURANCE INVALIDITE GENERALE NON PROFESSIONNELLE

	Page
A - Historique général - Principales étapes jusqu'en 1945	47
B - La réforme de 1945. L'évolution depuis cette date	50

ASSURANCE VIEILLESSE

A - Historique général - Principales étapes jusqu'en 1945	59
B - La réforme de 1945. La Sécurité Sociale	64
C - L'évolution de l'assurance-vieillesse en France depuis 1945	66
D - L'évolution de l'assurance-vieillesse dans le régime général, le régime agricole des salaires et le régime minier depuis 1945	73

ASSURANCE SURVIVANTS

A - Historique général	90
B - Réforme de 1945. L'évolution ultérieure	91

47

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE
DANS LES PAYS DE LA C.E.C.A.

FRANCE

ASSURANCE INVALIDITE GENERALE NON PROFESSIONNELLE

A - HISTORIQUE GENERAL - PRINCIPALES ETAPES JUSQU'EN 1945

L'Assurance Invalidité, qui constitue depuis 1930 l'une des branches des Assurances Sociales, a été marquée par les mêmes grandes étapes que celles que nous avons mentionnées pour les Assurances maladie-maternité, c'est-à-dire la réforme de 1935 et celle, plus profonde, de 1945.

Elle a, cependant, conservé certaines caractéristiques d'origine qui font que son évolution a été moins sensible que celle des autres risques. Conçue moins comme un prolongement de l'assurance maladie que comme une anticipation de l'assurance vieillesse, elle a toujours été d'une part, limitée aux assurés cotisants et, d'autre part, réservée aux malades dont la réduction de la capacité de travail est telle - par son importance et surtout sa durée - qu'elle peut être assimilée à celle qui résulte du vieillissement de l'organisme humain. C'est pourquoi, les règles relatives au calcul et au montant de la pension d'invalidité, ont toujours été calquées sur celles de la pension de vieillesse et que le système financier appliqué à ces deux assurances (capitalisation jusqu'en 1945 - répartition depuis 1946) a été identique. C'est aussi pourquoi la gestion en a toujours été confiée à des Organismes plus centralisés que ceux chargés de l'assurance maladie.

Il n'empêche que l'assurance invalidité a connu, elle aussi, des modifications notables dans le sens d'un assouplissement des conditions d'admission et aussi d'une extension et d'une amélioration des prestations servies.

C'est ainsi que la législation de 1935 a notamment :

- élargi les règles d'évaluation du taux d'invalidité
- posé le principe du caractère provisoire de la pension, mais sans limitation de durée à priori
- organisé les liaisons nécessaires entre les Caisses maladie et les Organismes chargés de l'assurance invalidité, et institué un système spécial de prestations pour les assurés dont l'état de santé laissait présager une invalidité future, amorçant ainsi une politique de prévention de l'invalidité

Les modifications essentielles de la réforme de 1945 peuvent être résumées comme suit :

- substitution définitive du système de la répartition à celui de la capitalisation
- nouvel élargissement de la définition de l'invalidité mettant l'accent sur l'incapacité de gain, par opposition à la notion antérieure d'incapacité de travail
- suppression de toute limitation de durée pour l'octroi des prestations en nature afférentes à la maladie invalidante
- différenciation du montant de la pension selon le taux d'incapacité et les besoins particuliers de l'invalidé.

Par la suite une loi du 23 Août 1948 a introduit la règle d'une revalorisation annuelle des pensions, calculée proportionnellement à l'augmentation des ressources du régime général qui traduit, elle-même, en partie, l'évolution générale des salaires.

Enfin, une loi du 2 Août 1957 - prenant effet au 1er Janvier 1957 - a étendu aux invalides une loi du 30 Juin 1956 instituant un Fonds National de Solidarité, primitivement réservé aux titulaires d'une pension rente ou allocation de vieillesse. Les pensionnés d'invalidité ont donc droit à un complément de pension lorsque le montant total de leurs ressources ne dépasse pas un certain plafond (voir note sur l'assurance vieillesse).

Dans le régime minier, l'assurance invalidité a connu une évolution qui a abouti à une législation actuellement très proche de celle du régime général. Mais, les grandes étapes de cette évolution se situent à des dates différentes.

Antérieurement au 1er Septembre 1914, date de mise en vigueur du régime spécial des retraites minières - créé par une loi du 25 Février 1914 - les travailleurs des mines ne bénéficiaient pas, à proprement parler, d'une assurance invalidité. Toutefois, certaines des Caisses de secours, dues à l'initiative privée ou créées par la loi du 29 Juin 1894, allouaient des prestations d'invalidité en cas de maladie ou d'infirmité reconnues incurables. Mais, ces prestations avaient un caractère généralement précaire.

La loi du 25 Février 1914 portant création du régime spécial des retraites minières, ne prévoyait l'attribution d'allocations d'invalidité que dans des cas exceptionnels. Seuls, en effet, pouvaient prétendre à de telles allocations, les ressortissants du régime des retraites minières qui, en dehors des cas régis par la législation sur les accidents du travail, étaient atteints d'une incapacité absolue et permanente de travail.

C'est une loi du 24 Décembre 1923 - dont les dispositions à cet égard ont pris effet au 1er Octobre 1924 - qui a créé un véritable régime de prestations en espèces pour invalidité générale. Ces prestations étaient attribuables lorsque les affiliés justifiaient d'une incapacité de travail minier ou autre au moins égale aux $2/3$ et avaient accompli dix années de services miniers et un certain minimum de jours de travail durant les deux années ayant précédé le début de l'affection, cause de l'invalidité.

Ce régime a été modifié par l'ordonnance du 17 Octobre 1945 qui a, notamment, réduit de 10 à 2 ans la durée exigée de services miniers pour l'octroi de la pension d'invalidité générale et créé les pensions d'invalidité professionnelle.

Le décret organique du 27 Novembre 1946 a repris très largement les dispositions de l'ordonnance du 17 Octobre 1945 tout en y apportant, sur certains points, quelques assouplissements.

B - LA REFORME DE 1945 - L'EVOLUTION DEPUIS CETTE DATE

1°) STRUCTURE

Auparavant confiée aux Caisses de capitalisation vieillesse-invalidité, la gestion du risque invalidité est, depuis 1945, de la compétence des Caisses Régionales de Sécurité Sociale.

En réalité, une modification importante avait déjà été apportée sur ce point par la législation de 1935 qui chargeait les Unions Régionales de Caisses maladie-maternité - organismes nouvellement créés - du paiement des pensions d'invalidité pour le compte des Caisses de capitalisation, pendant les cinq premières années de la pension, et de la compensation financière des prestations en nature servies aux invalides. Le rôle des Caisses vieillesse-invalidité se trouvait donc réduit - au moins pendant un certain temps - à celui d'un organisme purement financier. Cette mesure était motivée par le fait que les Caisses vieillesse-invalidité ayant une circonscription territoriale très variable, les invalides se trouvaient souvent fort éloignés des services payeurs. Une décentralisation, qui présentait, en outre, l'avantage de simplifier la gestion et de coordonner l'action des Organismes en faveur de la prévention, était donc apparue nécessaire.

a) Liaison avec l'assurance maladie

Il est utile de souligner ici une évolution que la pratique - en dehors de toute modification législative - a imprimée à la législation de 1945. A cette époque, on avait pensé que les assurés dont la maladie se prolongeait au-delà de quelques mois (et en tous cas au-delà de 6 mois de soins) devraient être dirigés :

- soit vers l'assurance de longue maladie, lorsqu'il était raisonnable d'espérer, sinon une guérison, du moins une récupération importante de la capacité de travail dans un laps de temps n'excédant pas 3 ans (malades dits "récupérables")

31

- soit vers l'assurance invalidité, lorsque le degré d'incapacité de travail était élevé et définitif ou en tous cas peu susceptible d'évolution sensible et rapide

En particulier, il était prévu que l'admission à l'assurance invalidité pouvait être prononcée d'emblée, sans octroi préalable des prestations maladie, lorsque l'invalidité "résultait d'une usure prématurée de l'organisme".

Les Caisses Primaires avaient pour tâches d'effectuer cet "aiguillage" à l'aide de leurs services de contrôle médical.

Mais, selon une tendance inhérente à toute législation sociale, qui veut que les régimes les plus favorables à la personne protégée se développent au détriment des régimes moins favorables, en attirant à eux un nombre toujours accru de postulants, peu à peu l'habitude s'est instaurée d'accorder, dans la plupart des cas, d'abord le bénéfice de l'assurance de longue maladie puis ensuite seulement, s'il y avait lieu, le bénéfice de l'assurance invalidité, les prestations de la première de ces deux assurances étant nettement plus avantageuses que celles de la seconde. D'un système prévoyant à un moment donné deux possibilités nécessitant un choix, on est donc passé insensiblement à un système dans lequel ces deux moyens ont été utilisés successivement et cumulativement.

Dépuis le 1er Juillet 1955 date de suppression de l'assurance de longue maladie, et surtout depuis le 1er Juillet 1958, date à laquelle la prolongation des prestations en espèces de l'assurance maladie jusqu'à 3 années a été limitée à des cas précis et restreints, cette façon de procéder est devenue beaucoup moins fréquente. Dans un grand nombre de cas, l'assurance maladie débouche maintenant directement dans l'assurance invalidité et l'on assiste depuis quelque temps à une augmentation sensible du nombre des entrées dans l'invalidité.

En sens inverse, le droit aux soins sans limitation de durée, reconnu comme principe général, par le décret du 20 mai 1955, va mettre fin à une autre pratique qui consistait à accorder le bénéfice de l'assurance invalidité - même lorsque les conditions d'ordre médical n'étaient pas remplies - uniquement dans le but de permettre la prolongation des prestations en nature. C'est ainsi, par exemple, qu'un grand nombre de diabétiques étaient admis à l'assurance invalidité, pour que les soins constants dont ils ont besoin puissent être remboursés et pour leur permettre ainsi de poursuivre leur activité professionnelle.

Il est donc vraisemblable que la législation de 1955 va avoir pour effet de renverser l'évolution constatée depuis 1945, et de faire revenir l'assurance invalidité à la conception d'origine c'est-à-dire de lui donner plus le caractère d'une assurance vieillesse anticipée que d'une prolongation de l'assurance maladie.

Cependant, en ce qui concerne les liaisons administratives entre les Organismes chargés de l'assurance maladie et ceux chargés de l'assurance invalidité, le nouveau régime de Sécurité Sociale a apporté peu d'innovation, les Caisses Primaires ayant pris la suite des anciennes Caisses maladie-maternité et les Caisses Régionales celle des anciennes Unions Régionales, avec en plus la gestion directe du risque.

C'est donc actuellement la Caisse Primaire qui doit signaler en temps utile à la Caisse Régionale les assurés qui deviennent invalides et ceux dont l'état laisse présager une invalidité prochaine. La Caisse Primaire instruit le dossier et le transmet à la Caisse Régionale qui statue, liquide, calcule la pension et en verse les arrérages au pensionné. Les prestations en nature sont toujours servies par la Caisse Primaire qui en conserve la charge.

Dans le régime agricole c'est la Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricole qui sert les pensions et ce sont les Caisses d'Assurances Sociales Agricoles qui remboursent les soins aux invalides.

b) Liaison avec l'assurance vieillesse

Depuis 1935, l'assurance invalidité prend fin, dans tous les cas, lorsque l'invalidé atteint l'âge de 60 ans. La pension d'invalidité est alors remplacée par la pension de vieillesse et l'intéressé conserve ses droits acquis, en particulier, quant au montant de la pension. Passé l'âge de 60 ans l'assuré qui devient invalide ne peut prétendre qu'à la pension de vieillesse à titre anticipé.

2°) CONDITIONS D'ATTRIBUTION

La durée de stage dans l'assurance imposée pour l'ouverture du droit a été ramenée de 2 à 1 an par la législation de 1945, mais est restée fixée à 2 ans dans le régime minier. Comme pour l'assurance maladie, l'exigence d'une cotisation minima a été remplacée par celle d'un nombre minimum d'heures de travail au cours de l'année de référence; mais ce minimum est, toutes proportions gardées, plus élevé que pour l'assurance maladie depuis le décret du 20.5.55 (480 heures dans l'année dont 120 dans le dernier trimestre, au lieu de 60 heures dans le trimestre pour l'assurance maladie). Dans le régime minier il est de 420 ou 500 jours de travail suivant la répartition hebdomadaire des jours de travail durant les 2 années de référence.

Quant à la condition d'ordre médical, la loi a toujours prévu que l'assurance invalidité n'entraîne en jeu que lorsque le taux d'incapacité de travail franchit un certain seuil, de tous temps fixé à 2/3. En dessous de ce pourcentage le droit n'est pas ouvert, au dessus et quel que soit le degré d'invalidité, il est acquis.

3°) DEFINITION DE L'INVALIDITE

Après avoir fait référence expresse à la législation des pensions militaires (1930) puis à un barème spécial établi par le Ministère du Travail (1935) l'ordonnance de 1945 donne la définition suivante du mode d'évaluation du taux d'invalidité :

"...invalidité réduisant au moins de deux tiers la capacité de travail ou de gain (de l'assuré), c'est-à-dire le mettant hors d'état de se procurer, dans une profession quelconque un salaire supérieur au tiers de la rémunération normale perçue dans la même région par des travailleurs de la même catégorie, dans la profession qu'il exerçait avant la date des soins dont le remboursement est demandé ou la constatation médicale de l'accident ou de l'état d'invalidité résultant de l'usure prématurée de l'organisme.

"L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle".

4°) MONTANT DE LA PENSION

A l'inverse de l'assurance accidents du travail et de la législation sur les pensions militaires, la législation d'assurances sociales ne fait pas varier le montant de la pension d'invalidité, proportionnellement au degré d'incapacité de travail. Mais, ainsi que nous l'avons déjà indiqué la législation de Sécurité Sociale est, en partie, revenue sur cette notion, qui constituait l'une des expressions de la similitude existant entre les pensions de vieillesse et les pensions d'invalidité, pour adopter une solution correspondant mieux aux besoins réels des invalides.

Les invalides sont, en effet, classés en 3 catégories :

- ceux qui sont capables d'exercer une certaine activité rémunérée
- ceux qui sont absolument incapables d'exercer une profession quelconque
- ceux qui, en plus de leur invalidité totale, sont dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

Le montant de la pension, pour ceux du 1er groupe est de 30 % du salaire annuel moyen correspondant aux cotisations versées au cours des 10 dernières années, ou au cours des années d'assurance accomplies depuis l'immatriculation, lorsque l'assuré est immatriculé depuis moins de 10 ans. Pour ceux du 2ème et du 3ème groupe, il est de 40 % de ce même salaire moyen avec, pour ces derniers, une majoration dont le montant est pratiquement uniforme et s'élève actuellement à 230.000 fr environ.

Par ailleurs, aucune pension ne peut être inférieure au taux de l'allocation aux vieux travailleurs salariés soit à l'heure actuelle 72.000 Fr environ. La pension peut être réduite en cas d'hospitalisation dans les mêmes conditions et proportions que l'indemnité journalière, mais contrairement à cette dernière, n'est jamais majorée pour tenir compte des charges de famille. Elle peut être également réduite, suspendue ou supprimée soit lorsque la capacité de travail redevient supérieure à 50 %, soit en proportion des gains que la reprise du travail procure à l'intéressé. Mais dans cette dernière éventualité un certain cumul est autorisé pour favoriser le reclassement et la rééducation professionnelle de l'invalidé.

Enfin, la pension d'invalidité est cumulable avec une rente d'accidents du travail et une pension militaire, mais dans la limite du montant du salaire d'un travailleur valide de même catégorie professionnelle que l'intéressé.

Ces dispositions s'appliquent également - pour l'essentiel - dans le régime agricole.

Dans le régime minier le montant de la pension a été fixé à 259.000 Fr depuis le 1er Juin 1958. Toutefois, pour les ouvriers justifiant de plus de 30 années de services la pension est égale à la pension de vieillesse correspondant à leurs années de service. Dans les deux cas une bonification est accordée pour chaque année de service au fond.

5°) AJUSTEMENT DES PENSIONS

La loi du 23 Août 1948, à laquelle il a été fait allusion plus haut, prévoit que des arrêtés ministériels doivent fixer, pour le 1er Avril de chaque année, les coefficients de revalorisation applicables aussi bien aux pensions en cours de service qu'aux salaires servant de base au calcul des pensions, pour les pensions à liquider. Ce coefficient est établi d'après le rapport du salaire moyen des assurés pour l'année écoulée et l'année considérée, tel qu'il résulte de la masse des cotisations encaissées et de l'effectif des assurés.

Il ne s'agit donc pas véritablement d'une "échelle mobile" permettant de proportionner exactement la pension au salaire dont se trouve privé l'invalidé ou au pouvoir d'achat de la monnaie, mais d'une revalorisation calculée par référence à l'augmentation des ressources du régime, laquelle provient, en grande partie, de l'augmentation générale des salaires, mais aussi dépend des variations d'effectifs et du niveau du plafond de calcul des cotisations, qui est fixé par les Pouvoirs Publics.

Dans le régime minier, l'ajustement des pensions s'effectue selon des règles différentes. C'est lorsque la rémunération annuelle de l'ouvrier de la catégorie 4 du jour des Houillères du bassin du Nord Pas-de-Calais, comptant une ancienneté de 15 ans, est majorée d'au moins 3 %, que le taux de la pension d'invalidité est augmenté d'un égal pourcentage.

6°) FINANCEMENT

Pas plus que l'assurance maladie, l'assurance invalidité ne se voit dotée de ressources propres, la charge des pensions payées par les Caisses Régionales faisant éventuellement l'objet d'une compensation nationale, celle des prestations en nature étant incluse dans l'ensemble des dépenses de maladie des Caisses Primaires.

Il en est de même dans le régime agricole et dans le régime minier, sauf que pour ce dernier la couverture conjointe des risques invalidité vieillesse et survivants est assurée par

des cotisations à la charge des exploitants et des travailleurs, mais aussi par une contribution de l'Etat.

Dans le régime général, les dépenses afférentes aux pensions d'Invalidité ainsi que le nombre de ces dernières ont évolué comme suit :

ANNÉES	TOTAL PRESTAT. SERVIES		NOMBRE PENSIONS SERVIES AU 31 DECEMBRE		MONTANT MOYEN D'UNE PENSION	
	VAL. ABSOL. (En millions)	COEFFIC. AUGMENTAT.	VAL. ABSOL. (En millions)	COEFFIC. AUGMENTAT.	VAL. ABSOL. (En millions)	COEFFIC. AUGMENTAT.
1951	11.622	100	229.246	100	50.697	100
1952	13.626	117	242.326	106	56.230	111
1953	15.818	136	252.534	110	62.637	124
1954	18.785	162	262.020	114	71.693	141
1955	19.987	172	263.343	115	75.897	150
1956	21.746	187	242.715	106	89.595	177

Ces dépenses, rapportées aux salaires imposables se traduisent par les pourcentages suivants :

- 1951 : 0,55 %
- 1952 : 0,60 %
- 1953 : 0,66 %
- 1954 : 0,73 %
- 1955 : 0,72 %
- 1956 : 0,68 %

Dans le régime agricole 4 % des cotisations couvrent la charge des pensions d'invalidité. Les dépenses de cette assurance ont évolué comme suit de 1953 à 1957 :

DESIGNATION DES PRESTATIONS	MONTANT (EN MILLIONS DE FRANCS)				
	EXERCICE 1953	EXERCICE 1954	EXERCICE 1955	EXERCICE 1956	EXERCICE 1957
Frais médicaux	64,5	73,1	83,6	90,2	97,1
Frais pharmaceut.	88,3	106,3	133,1	164,2	212,5
Soins dentaires	1,6	1,4	1,6	1,8	6,6
Cures thermales	2,8	2,6	3,6	3,5	2,4
Hospitalisation	799,2	897,5	1.038,3	1.306,4	1.136,3
Pensions d'Invalid.	1.075,9	1.702,6	1.727,2	1.909,1	2.051,2
	2.032,3	2.783,5	2.987,4	3.475,2	3.506,1

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALEDANS LES PAYS DE LA C.E.C.A.F R A N C EASSURANCE VIEILLESSEA - HISTORIQUE GENERAL - PRINCIPALES ETAPES JUSQU'EN 1945

- 1 - L'Assurance Vieillesse est la branche de l'Assurance Sociale la plus ancienne. En effet, c'est une ordonnance de 1668 qui institua le premier système d'assurance obligatoire prévoyant l'octroi de pensions aux inscrits maritimes âgés. Puis, une loi de 1853 accorda aux fonctionnaires civils et militaires de l'Etat des pensions de retraite. Enfin, une loi du 5 Avril 1910 - donc bien antérieure au régime général d'Assurances Sociales - créa un système interprofessionnel de retraites ouvrières et paysannes.

- 2 - Mais c'est aussi celle qui a connu le plus grand nombre de modifications à la fois en raison de la diminution constante et, à certaines époques, rapide du pouvoir d'achat de la monnaie et du vieillissement général de la population française. Comme le législateur a constamment voulu au travers de ces modifications, conserver les droits acquis par les intéressés sous les législations antérieures et comme d'autre part l'extension à de nouvelles catégories de bénéficiaires s'est - la plupart du temps - effectuée par superposition aux systèmes pré-existants, on peut dire qu'il se dégage de l'ensemble une impression d'extrême diversité génératrice d'une incontestable complexité.

Aussi, sommes-nous obligés - dans le cadre de la présente note - de nous limiter à l'essentiel, aussi bien pour retracer l'historique général que pour exposer l'évolution constatée au cours des dernières années dans les différents domaines mentionnés au questionnaire.

3 - Faisant suite à l'institution de régimes d'Assurance obligatoire (couvrant notamment le risque vieillesse) au sein de certaines professions : mineurs, cheminots - et issue de plusieurs projets de création d'une Assurance Vieillesse étendue, la loi du 5 Avril 1910 constitue la première législation française d'Assurance Vieillesse ayant une portée d'ensemble, puisqu'elle devait s'appliquer à titre obligatoire à tous les salariés non bénéficiaires d'un régime spécial et à titre facultatif aux fermiers, artisans et petits patrons. Elle reposait déjà - en ce qui concerne les salariés - sur le principe de la double contribution : ouvrière, par le système de précompte - et patronale, ainsi que sur celui de l'assurance individuelle. Les cotisations étaient d'un montant fixe et l'âge de la retraite était fixé à 60 ans avec possibilité d'ajournement à 65 ans.

Elle est restée en vigueur jusqu'au 1er Juillet 1930, date d'application des Assurances Sociales qui, tout en se substituant à elle, ont maintenu aux intéressés leurs droits antérieurs auxquels une loi du 23 Août 1948 a substitué des avantages forfaitaires.

4 - Mais l'application de cette loi fut un échec à partir du jour où la Cour de Cassation, interprétant une de ses dispositions essentielles estima qu'elle n'avait pas le caractère obligatoire que le législateur avait pourtant bien voulu lui donner.

5 - La loi sur les Assurances Sociales de 1930 a dès l'abord, tendu à instituer une véritable Assurance Vieillesse, garantissant des avantages substantiels.

La moitié de la double contribution globale était affectée à l'Assurance Vieillesse. La plus grande fraction de cette part était capitalisée à un compte individuel, le solde étant destiné à la couverture des compléments de pension pendant la période transitoire. La pension était liquidée à 60 ans (la possibilité d'ajournement prévue en 1930 fut supprimée en 1935) et dans certains cas, notamment pour les anciens combattants, à partir de 55 ans. Son montant - dans le régime plein c'est-à-dire pour l'assuré totalisant 30 années d'assurance - était fixé à 40 % du salaire annuel moyen. Elle était reversible pour

moitié sur la tête du conjoint. Ses conditions d'attribution étaient particulièrement sévères puisque l'assuré devait avoir cotisé sans interruption depuis le 1er Juillet 1930 jusqu'à son 60ème anniversaire.

Ce régime qui ne prévoyait aucun système de protection contre la dépréciation de la monnaie, subit gravement les effets de cette dépréciation ce qui motiva la refonte complète réalisée en 1945.

6 - Cependant, un acte dit "loi du 14 Mars 1941" dont le but principal était de venir en aide aux anciens salariés des professions agricoles et non agricoles qui étaient, du fait de leur âge, demeurés en dehors du régime d'Assurances Sociales et qui ne disposaient pas de ressources suffisantes, imposa d'importants aménagements au système antérieur d'assurance. En effet, tout en instituant au profit des vieux travailleurs âgés de 65 ans, justifiant de certaines conditions de salariat et dont les revenus n'atteignaient pas un taux déterminé, une allocation d'un montant forfaitaire, elle ne créa aucune ressource correspondante, de telle sorte que la charge de ces allocations fut prélevée sur le produit des cotisations d'Assurances Sociales capitalisées depuis 1930, instaurant ainsi en fait un système basé sur la répartition. En outre, afin de ne pas défavoriser les assurés qui s'étaient acquis des droits par leurs versements, par rapport aux nouveaux bénéficiaires qui n'avaient jamais cotisé, elle décida que les rentes inscrites aux comptes individuels sous l'ancien système de la capitalisation resteraient acquises aux intéressés et s'ajouteraient au montant de l'allocation. Cette combinaison des deux régimes - si elle a été maintenue dans ses principes - n'a pourtant véritablement répondu à son objet qu'au moment où une loi du 23 Août 1948 a porté revalorisation de ces rentes. Jusque là, en effet, par suite des dévaluations monétaires, le montant des rentes était devenu pratiquement insignifiant et le taux de l'allocation étant périodiquement relevé, tous les retraités - assurés ou non - percevaient des sommes à peu près équivalentes.

Sur le plan financier, les ressources normales de l'Assurance Vieillesse n'ayant pas permis de faire face aux nouvelles dépenses une ordonnance du 30 Décembre 1944 institua

62
une contribution spéciale de 4 % à la charge des employeurs, qui fut par la suite, à partir du 1er Janvier 1947 intégrée dans la double cotisation des Assurances Sociales.

En résumé la loi du 14 Mars 1941 se caractérise donc par :

- l'introduction du système de la répartition dans l'Assurance Vieillesse
- la reconnaissance de la notion de "besoin" par opposition à celle de l'assurance - le bénéfice des allocations étant réservé aux personnes considérées comme dénuées de ressources suffisantes.

7 - Une ordonnance du 2 Février 1945 organisa ensuite sur de nouvelles bases l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Ses dispositions essentielles étaient les suivantes :

- création au profit de la veuve qui était à la charge de l'allocataire d'un secours viager égal à la moitié de l'allocation
- distinction entre les droits des pensionnés (assurés ayant cotisé pendant une période minima) et ceux des rentiers (assurés n'ayant pas cotisé pendant une telle période) les premiers pouvant prétendre automatiquement à l'âge de 65 ans à une révision de leur pension sur la base du montant de l'allocation, les seconds restant soumis à la clause des ressources pour bénéficier de ladite allocation
- prise en considération, pour l'octroi de l'allocation, des seules années de salariat ayant donné lieu au versement des cotisations d'Assurances Sociales, pour celles de ces années situées après le 1er Juillet 1930.

o

o o

..//...

En ce qui concerne la profession minière, les anciennes institutions de prévoyance, dues à l'initiative privée, servaient, pour la plupart, des prestations de vieillesse dont les conditions d'attribution et les montants étaient extrêmement variables. C'est la loi du 29 Juin 1894 qui a marqué la première intervention de l'Etat dans l'organisation d'une assurance vieillesse obligatoire en faveur des ouvriers et employés des mines.

L'assurance vieillesse était unifiée pour l'ensemble du territoire national et confiée à la Caisse Nationale de Retraites pour la vieillesse. Elle était financée par deux contributions obligatoires et égales, respectivement à la charge des ouvriers et des patrons. La retraite était constituée par la rente produite par la capitalisation de ces versements.

La loi du 31 Mars 1903 a, pour la première fois, prévu la participation financière de l'Etat pour la majoration des pensions et l'attribution d'allocations aux vieux mineurs.

La loi du 25 Février 1914 a créé un organisme de retraites corporatif : "La Caisse Autonome de Retraites des Ouvriers Mineurs" (C.A.R.O.M.). Cette Caisse avait pour objet de constituer, par la capitalisation de cotisations ouvrières et patronales de même montant, au profit de chaque assuré, une rente viagère. A côté du fonds de capitalisation était prévu un fonds de répartition alimenté par des cotisations ouvrières et patronales et une contribution de l'Etat. Ce "Fonds spécial" était destiné à majorer les rentes viagères à un chiffre fixé uniformément par la loi.

La loi du 25 Février 1914 a été suivie de nombreux textes législatifs ou réglementaires apportant des améliorations au régime vieillesse ou étendant son champ d'application, tant en ce qui concerne les prestations servies que les bénéficiaires de ces prestations.

Le montant des prestations de base a été relevé à de fréquentes reprises.

La loi du 23 Août 1941 a modifié l'organisation financière de la C.A.R.O.M. et substitué aux deux fonds dits

"d'assurance" et "spécial" à compter du 1er Janvier 1941, un fonds unique fonctionnant sous le régime de la répartition.

B - LA REFORME DE 1945 - LA SECURITE SOCIALE

Depuis la loi du 14 Mars 1941, qui ne comportait d'ailleurs qu'un régime provisoire renvoyant à des textes ultérieurs le soin de définir un régime définitif, l'Assurance Vieillesse avait perdu sa base traditionnelle. L'Objectif de l'ordonnance du 19.10.45 fut de construire un régime nouveau tenant compte à la fois de la situation démographique du pays (proportion très élevée des personnes âgées et insuffisance de la natalité entraînant un vieillissement progressif de la population) de la dépréciation importante de la valeur de la monnaie et enfin des possibilités financières résultant de la situation économique de la France au lendemain de la libération.

C'est ainsi que la réforme de 1945 tout en maintenant certaines dispositions antérieures est conçue sur les bases suivantes :

- 1) Le système de la capitalisation est officiellement abandonné
- 2) Le principe de l'attribution de la retraite à l'âge de 60 ans est maintenu, mais la possibilité de liquidation anticipée est supprimée. Par contre, pour inciter les assurés à retarder la liquidation de leurs droits, il est prévu une augmentation du taux des pensions par année au-delà de 60 ans, pour arriver à un montant que l'on peut considérer comme normal à l'âge de 65 ans.
- 3) Cependant, une mesure spéciale est prise en faveur des assurés qui ont exercé pendant au moins 20 ans une activité reconnue particulièrement pénible de nature à provoquer l'usure prématurée de l'organisme et en faveur de ceux dont l'état de santé entraîne une incapacité totale et définitive au travail, qui sont admis à percevoir, à partir de 60 ans, une pension équivalente à celle normalement acquise à 65 ans.
- 4) L'exigence d'une durée d'assurance de 30 années pour l'octroi de la pension à taux plein est maintenue. Mais le droit à une pension proportionnelle, est ouvert dès que l'assuré peut justifier de 15

années d'affiliation. Pour les assurés ne réunissant par ce nombre minimum d'années, il est prévu l'octroi - mais seulement à l'âge de 65 ans - d'une rente calculée en pourcentage sur les cotisations d'Assurances Sociales versées à leur compte.

- 5) En vue d'adapter plus étroitement le taux des pensions au salaire réel, le salaire moyen servant de base au calcul des pensions n'est plus établi en prenant en considération toute la carrière de l'assuré mais en se limitant aux salaires perçus au cours des 10 dernières années d'assurance. De même, il est prévu qu'un arrêté interministériel pourra procéder à une revalorisation fictive des salaires perçus au cours de certaines années.
- 6) Le taux de la pension, lorsque la liquidation est demandée à l'âge de 60 ans, est abaissé à 20 % du salaire annuel moyen de référence et par le jeu de la règle exposée au point 2) ci-dessus, n'atteint 40 % - taux fixé par la législation antérieure - que si la liquidation est demandée à 65 ans.
- 7) Les conditions requises des pensionnés sont rendues moins strictes puisqu'au lieu d'imposer la continuité des versements, la nouvelle législation n'exige qu'un nombre d'années d'assurances, les périodes pendant lesquelles l'assuré n'a pu cotiser pour des raisons valables (arrêt de travail pour maladie, maternité, invalidité, accident du travail, chômage involontaire, service militaire, événement de guerre etc...) étant, sous certaines réserves, comptées comme périodes d'assurance.
- 8) En ce qui concerne les veufs et veuves qui ne pouvaient, sous l'ancien régime, bénéficier que d'un avantage de reversibilité entraînant une réduction de la prestation servie à l'assuré, l'ordonnance de 1945 institue des pensions de reversion, à titre gratuit, au profit des conjoints survivants qui étaient à la charge du retraité au moment de son décès.
- 9) Enfin, dans le même esprit que celui qui avait présidé à la création du régime des allocations aux Vieux Travailleurs essentiellement destinées à secourir les anciens salariés âgés, en attendant que l'Assurance Vieillesse ait pu produire pleinement ses

fruits, la nouvelle législation, consacrant le caractère transitoire de ce régime, décide que le nombre des années de salariat à justifier par les requérants à cette allocation, après l'âge de 50 ans, serait progressivement augmenté à partir du 1er Janvier 1947.

o

o

o

En ce qui concerne le régime minier, un décret du 27 Novembre 1946 réalise, sur le plan organique, une réforme analogue à celle opérée par l'ordonnance de base instituant le régime général de Sécurité Sociale, en confiant la gestion du risque vieillesse à une Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les mines.

C - L'EVOLUTION DE L'ASSURANCE VIEILLESSE EN FRANCE DEPUIS 1945

1°) EXTENSION AUX NON SALARIES

Comme il a été indiqué au Chapitre de l'Assurance maladie, une loi du 22 Mai 1946 posait le principe d'une extension de la Sécurité Sociale à tous les Français. Mais il ne s'agissait alors que d'une orientation, la mise en vigueur de cette loi étant subordonnée à l'intervention de décrets dont la publication était elle-même conditionnée par l'augmentation de la production nationale.

Mais une loi du 13 Septembre 1946, qui paraissait devoir constituer une étape décisive dans le domaine de la généralisation de l'assurance vieillesse, est venue prescrire l'application immédiate à dater du 1er Janvier 1947, de cette assurance, à tous les Français non salariés exerçant ou non une profession.

En même temps, cette loi décidait qu'en attendant le 1er Avril 1947, date à partir de laquelle les non salariés

devaient bénéficier "d'allocations aux vieux" égales à celles accordées aux vieux travailleurs salariés, il serait attribué aux intéressés une "allocation temporaire" d'un montant forfaitaire, mise provisoirement à la charge du Trésor.

Cette dernière disposition dérivait d'une préoccupation analogue à celle ayant présidé à l'institution de l'allocation aux vieux travailleurs salariés; elle visait à secourir les vieillards économiquement faibles, demeurés en dehors d'une protection et dont la situation appelait une aide de solidarité.

Cependant, l'extension de l'assurance vieillesse souleva de violentes protestations, spécialement dans les milieux de travailleurs indépendants, basées à la fois sur le taux de la cotisation, jugé excessif (9 % des revenus ou gains), et sur l'intégration de ces travailleurs dans le régime général.

Ces protestations amenèrent le Parlement à abroger les dispositions en cause par une loi du 8 Juillet 1947 qui maintint le régime des allocations temporaires, celui-ci ayant ensuite été reconduit de trimestre en trimestre, en attendant la mise en place d'un système d'assurance vieillesse spécial aux travailleurs indépendants.

Cette mise en place eut pour origine une loi de principe du 17 Janvier 1948 qui institua quatre régimes d'allocations vieillesse réservés respectivement aux artisans, aux commerçants et industriels, aux exploitants agricoles et aux membres des professions libérales, et imposa à ces quatre régimes le versement d'allocations au moins égales à la moitié des allocations aux vieux travailleurs salariés.

Si les régimes des artisans, des commerçants et des professions libérales ont pu fonctionner presque aussitôt, il n'en fut pas de même du régime des exploitants agricoles, qui n'a été effectivement créé que par une nouvelle loi : celle du 10 Juillet 1952.

Cette loi a institué, d'autre part, un "fonds spécial", destiné à prendre en charge les vieillards privés de ressources et ne pouvant être rattachés à aucun régime.

.../...

68

2°) AMELIORATIONS APORTEES AUX REGIMES D'ASSURANCE VIEILLESSE DES SALARIES ET A CELUI DE L'ALLOCATION AUX VIEUX TRAVAILLEURS SALARIES

En dehors d'aménagements de détail et d'augmentations périodiques du montant de l'allocation aux vieux travailleurs salariés qui seront précisés plus loin, il faut citer spécialement une loi du 23 Août 1948 qui surtout été inspirée par le souci de faire le maximum d'efforts en faveur des vieux travailleurs salariés, notamment en améliorant le système prévu dans l'ordonnance de 1945 d'une adaptation aussi exacte que possible des avantages servis à la valeur réelle de la monnaie. Dans ce but, la loi du 23.8.48 a prévu en particulier :

- une revalorisation automatique annuelle des pensions et rentes en cours - calculée par référence à l'augmentation des ressources du régime général,
- une amélioration des dispositions applicables pendant la période transitoire, permettant à certaines catégories d'assurés d'être admis au régime définitif avant d'avoir atteint effectivement les 30 années d'assurance requises,
- l'introduction de toute une série d'améliorations diverses : octroi d'une majoration aux pensionnés ayant besoin de l'assistance d'une tierce personne - réduction du taux de la cotisation ouvrière aux Assurances Sociales pour les salariés âgés de plus de 65 ans - extension aux rentiers du bénéfice des prestations en nature de l'Assurance Maladie jusqu'ici réservé aux pensionnés etc...
- l'élargissement des possibilités offertes aux anciens salariés d'obtenir l'allocation aux vieux travailleurs en ouvrant le droit à cette allocation à tous ceux qui peuvent justifier avoir occupé un emploi salarié pendant au moins 25 ans.

o

o

o

.. / ...

69

Dé même, dans le régime minier, le décret de base du 27 Novembre 1946 a été à plusieurs reprises modifié, complété et précisé notamment par un décret du 15 Décembre 1956 dont les dispositions ont été validées par une loi du 17 Avril 1957 et qui prévoit à compter du 1er Janvier 1957, l'indexation des retraites minières sur la rémunération des travailleurs des mines en activité.

3°) FONDS NATIONAL DE SOLIDARITE

Toujours en raison de la situation démographique de la France et de la diminution du pouvoir d'achat de la monnaie qui se conjuguent pour aggraver les conditions de vie d'un très grand nombre de personnes âgées, de multiples projets furent élaborés dans le but d'améliorer les retraites des divers régimes, au moyen d'une contribution des finances publiques, soit sous forme d'une majoration plus ou moins généralisée des avantages existants, soit sur celle de la garantie d'un minimum subordonnée, ou non, à la clause des ressources.

Le principe de la création d'un Fonds National de la Vieillesse ainsi financé fut admis à la fin de l'année 1955 mais ne s'est traduit à titre de première étape que par le vote d'une loi du 27 Mars 1956 qui se borna pratiquement à majorer de 10 % les allocations existantes. Cependant, cette loi peut-être considérée comme marquant une étape dans l'évolution du système de protection vieillesse en ce sens que, pour la première fois, les dépenses créées ont été mises à la charge du budget général, sans doute à titre provisoire et en attendant la mise en place du Fonds National, mais le principe de la participation de l'Etat à l'ensemble des régimes n'en était pas moins posé.

Cette participation généralisée fut définitivement consacrée par une loi du 30 Juin 1956 qui institua un Fonds National de Solidarité alimenté uniquement par des ressources fiscales et destiné à attribuer, par le canal des Caisses existantes, une allocation supplémentaire d'un montant uniforme à tous les retraités pensionnés, rentiers ou allocataires dont les ressources n'atteignent pas des maxima fixés. La loi du 30 Juin

1956 constitue donc une forme nouvelle de protection de la vieillesse en complétant la notion antérieure de l'assurance par celle de la solidarité nationale en faveur des catégories de **citoyens** particulièrement défavorisés.

Mais les récentes mesures gouvernementales, auxquelles il a déjà été fait allusion dans les chapitres précédents, ont apporté à cette loi de profondes modifications qui en ont altéré très sensiblement les principes de base. En effet, aux termes d'une ordonnance du 30 Décembre 1958 portant loi de finances pour 1959, le Fonds National de Solidarité ne fonctionnera plus désormais qu'au profit des régimes spéciaux de salariés et des régimes des non salariés, le régime général devant assumer sur ses propres ressources la charge des allocations supplémentaires servies à ses ressortissants et les recettes budgétaires correspondantes restant acquises au Trésor.

4°) LES REGIMES COMPLEMENTAIRES

Pour être complet, il faut ici noter - pour mémoire - que la plupart des régimes contributifs d'Assurance Vieillesse ont prévu la possibilité de créer, dans le cadre d'une entreprise ou d'une **branche professionnelle** donnée, ou encore sur le plan interprofessionnel, des régimes complémentaires dont les avantages viennent - par définition - s'ajouter intégralement à ceux prévus par le régime obligatoire moyennant, bien entendu, le versement de cotisations supplémentaires.

De tels régimes fonctionnent actuellement dans certaines branches d'Assurance Vieillesse des non salariés, en particulier dans la plupart des sections de la Branche des commerçants et industriels et de celle des membres des professions libérales. Ils existent également, par voie de convention collective, au profit des salariés de certaines branches professionnelles, ainsi que, depuis 1947, au bénéfice de tous les cadres de l'industrie privée et, depuis 1957, au bénéfice des ouvriers, employés, techniciens et agents de maîtrise travaillant dans certaines entreprises ou groupes d'entreprises, sur le plan national, régional ou local.

Il se dégage de ces explications que l'ensemble du système français de protection vieillesse est caractérisé par la coexistence de régimes divers, se différenciant les uns des autres, non seulement par leur champ d'application et leurs modalités de fonctionnement, mais parfois aussi par les conceptions fondamentales dont ils s'inspirent.

Ces régimes reposent - presque tous - sur une combinaison de deux notions opposées :

- d'une part, celle de l'assurance proprement dite qui aboutit à garantir aux intéressés les seuls avantages qu'ils se sont eux-mêmes constitués par leurs propres versements, ou ceux effectués en leur nom, et que l'on trouve à l'origine des régimes spéciaux, limités à des professions bien définies, puis ensuite des régimes de portée plus générale
- d'autre part, la notion des besoins à satisfaire qui conduit à l'octroi d'allocations d'un montant uniforme aux vieillards privés de ressources suffisantes, que ceux-ci aient ou non cotisé.

Relèvent de la première conception les dispositions qui, dans le régime général ou dans les régimes spéciaux à certaines professions, prévoient l'attribution de rentes et de pensions calculées en fonction des cotisations ou des salaires correspondants, ainsi que de la durée d'assurance.

Relèvent de la seconde celles qui, soit au titre de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, des allocations servies aux travailleurs indépendants ou de l'allocation spéciale réservée aux vieillards ne pouvant bénéficier d'aucun régime existant, soit au titre du Fonds National de Solidarité, visent à accorder ces allocations aux personnes âgées dont les revenus sont inférieurs aux taux minima fixés par la loi.

Dans la pratique, les deux notions s'interpénètrent et se conjuguent, la nécessité de tempérer les conséquences jugées excessives de leur application rigide ayant amené le législateur à apporter toute une série d'aménagements qui ont souvent la valeur de véritables dérogations à l'un ou l'autre de ces principes de base.

C'est ainsi que les législations inspirées par la notion de l'assurance individuelle ont dû prévoir des mesures transitoires assurant un complément de pension aux assurés trop âgés, lors de l'institution du régime, pour obtenir des avantages substantiels. Ce fut par exemple le cas de la loi sur les assurances sociales du 30 Avril 1930.

Dans le même sens, on note les mesures concernant les minima de pensions, la revalorisation des pensions et rentes, l'octroi de majorations pour les conjoints à charge ou les enfants.

A l'inverse, des régimes, comme celui de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, qui ne prenaient à l'origine en considération que la notion de besoin des anciens salariés, ont exigé, pour ne pas donner une prime aux non cotisants, que les années de salariat pouvant être retenues à partir d'une certaine période, aient donné lieu au versement de cotisations.

Il n'en reste pas moins que les différents régimes en vigueur, s'ils sont un amalgame de formules extrêmement variées, oscillent entre les deux conceptions sus-énoncées dont l'influence respective est un des principaux facteurs de l'évolution.

Il convient également de signaler, au nombre des principes fondamentaux, celui de la solidarité entre les travailleurs actifs et les vieillards qui est à la base des divers régimes de retraites, ceux-ci reposant maintenant, sans exception et après avoir franchi plusieurs étapes, sur le système de la répartition intégrale où la masse des cotisations versées au cours d'une année, au nom des travailleurs actifs est immédiatement utilisée pour le paiement des avantages servis pendant la même période aux retraités.

Cette solidarité se manifeste toutefois sous des formes et à des degrés divers :

- tantôt elle ne joue qu'à l'intérieur d'une profession déterminée. Par exemple, les régimes d'artisans et de commerçants doivent s'équilibrer avec les seules cotisations versées par leurs ressortissants,

- tantôt elle déborde largement ce cadre, certains régimes spéciaux ou particuliers faisant appel à la participation financière de la collectivité nationale, formule sur laquelle repose essentiellement le Fonds National de Solidarité,
- tantôt, enfin, elle se traduit par l'intervention d'un ou de plusieurs régimes au bénéfice d'un autre. Il en est ainsi pour les allocations spéciales sus-visées, dont la charge est répartie entre tous les régimes existants, ou pour les allocations aux vieux travailleurs salariés de l'agriculture n'ayant pas cotisé, qui sont supportées par le régime général des salariés du commerce et de l'industrie.

Cette rapide analyse fait apparaître que l'évolution générale du système de protection vieillesse en France s'est nettement effectuée dans le sens d'une large extension de cette protection, à la fois quant aux personnes protégées et quant à l'importance des prestations servies.

D - L'EVOLUTION DE L'ASSURANCE VIEILLESSE DANS LE REGIME GENERAL, LE REGIME AGRICOLE DES SALARIES ET LE REGIME MINIER - DEPUIS 1945

N.B. - Compte tenu de l'étroite imbrication des différentes législations de protection des vieux travailleurs salariés, les explications qui suivent portent, pour chacun des points mentionnés au questionnaire, sur les divers avantages de vieillesse dont peuvent actuellement bénéficier les salariés.

1°) STRUCTURE

Dans le régime général, la gestion du risque vieillesse, précédemment confiée aux Caisses de capitalisation dont le recrutement et la circonscription géographique étaient fort variables est, depuis l'institution de la Sécurité Sociale, de la compétence d'organismes spécialisés : les Caisses Régionales Vieillesse, qui ont même circonscription que les Caisses Régionales Invalidité et qui groupent les assurés affiliés aux différentes Caisses Primaires de la région. Cette dualité d'organismes sur le plan régional n'avait pas été prévue lors de l'élaboration de l'ordonnance du 4 Octobre 1945, l'intention ayant

été de charger les Caisses Régionales de la gestion des deux risques invalidité et vieillesse. Mais l'importance et la complexité de la législation d'Assurance Vieillesse des salariés et surtout la perspective, à cette époque, d'une généralisation de cette Assurance à toute la population, sont apparues comme nécessitant la création d'organismes distincts, lesquels fonctionnent en fait, depuis la mise en place du nouveau régime de Sécurité Sociale.

Toutefois, il faut préciser que les Caisses Vieillesse n'assurent pas réellement la "gestion" du risque, car elles ne perçoivent aucune fraction de la cotisation d'Assurance Sociale et la compensation financière de tous les avantages qu'elles servent est effectuée directement sur le plan national par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale. Elles ne sont donc en réalité que des services de liquidation et de paiement de toutes les pensions, rentes et allocations dues aux ressortissants du régime général. Une loi du 6 Mars 1950 a cependant prévu qu'elles ont également pour rôle de promouvoir et de coordonner une politique sociale en faveur de leurs ressortissants; mais, jusqu'ici, les fonds nécessaires à cette action ne leur ont pas été attribués.

Le Conseil d'Administration de chaque Caisse Régionale Vieillesse est composé essentiellement pour 3/4 de représentants des travailleurs et pour 1/4 de représentants des employeurs, élus respectivement par et parmi les membres des Conseils d'Administration des Caisses Primaires de la région, appartenant à chacun de ces deux collèges. La forme juridique, les règles de fonctionnement, les modalités de contrôle de l'Etat sont les mêmes pour les Caisses Régionales Vieillesse que pour les autres Caisses de Sécurité Sociale.

Dans le régime agricole c'est un organisme national, la Caisse Centrale de Secours Mutuels Agricoles qui gère directement le risque vieillesse.

Il en est de même, dans le régime minier où la Caisse Autonome Nationale de Sécurité Sociale dans les mines a succédé en 1947 à la Caisse Autonome de retraites des ouvriers mineurs. Son Conseil d'Administration est composé de :

- 1 membre du Conseil d'Etat - Président
- 7 membres représentant l'Etat
- 8 membres élus par les exploitants des mines
- 15 membres représentant les travailleurs, élus par les représentants des travailleurs au sein des Conseils d'Administration des Unions Régionales.

La Caisse Autonome Nationale, qui jouit de l'autonomie financière fonctionne sous le contrôle du Ministre du Travail et du Ministre des Finances et de l'Economie Nationale. Au cours de ces dernières années, la tutelle de l'Etat a été renforcée. Le décret du 31 Décembre 1951 a donné aux Ministres de tutelle le pouvoir, non seulement de faire opposition aux délibérations du Conseil d'Administration mais, également, de se substituer audit Conseil en cas de carence de nature à compromettre le financement du service imposé par la loi à la Caisse Autonome Nationale.

2°) CHAMP D'APPLICATION

Pour chacun des 3 régimes considérés, le champ d'application de l'Assurance Vieillesse est le même que celui de l'Assurance maladie. Cependant dans le régime minier le décret du 27. Novembre 1946 a prévu la possibilité du maintien de l'affiliation pour les risques vieillesse, invalidité, décès (pensions de survivants) en faveur des travailleurs qui, réunissant trois années au moins d'affiliation, vont exercer leur activité :

- dans une industrie annexe ou une entreprise de recherches de mines qui n'a pas fait l'objet d'un arrêté d'assimilation,
- dans un établissement précédemment assimilé qui a été cédé à des tiers pourvu que ledit établissement ait été maintenu dans les lieux mêmes de l'exploitation minière ou à proximité immédiate
- dans une exploitation minière ou dans une exploitation de phosphate d'un territoire relevant, soit du Ministère de la France d'Outre-Mer, soit du Ministère des Affaires Etrangères,

- dans un emploi temporaire ne comportant par l'affiliation obligatoire, à la condition que leur activité professionnelle continue de s'exercer directement et exclusivement dans l'intérêt de la production minière,
- dans une exploitation minière sise à l'étranger, soit pour y faire un stage d'études, soit pour y exercer une activité professionnelle dans une entreprise exploitée pour le compte de la France ou d'une organisation internationale comprenant la France

Rappelons en outre que la législation sur l'allocation aux vieux travailleurs salariés s'applique aussi bien aux vieux travailleurs des professions agricoles qu'à ceux des professions non agricoles non bénéficiaires d'un régime spécial. Enfin, le bénéfice du Fonds National de Solidarité est ouvert à toutes les personnes âgées, dénuées de ressources quel que soit le régime vieillesse auquel elles sont affiliées.

L'évolution du nombre des bénéficiaires de ces divers avantages dans le régime général a été la suivante :

NATURE DES AVANTAGES	1949	1956
DROITS CONTRIBUTIFS		
R.O.P.	59.938	7.591
Pensions et rentes A.S.	321.385	413.161
Pensions revisées	761.116	671.585
Pensions et allocat. de reversion	22.505	112.522
	1.180.244	1.347.359
DROITS NON CONTRIBUTIFS		
Allocation aux Vieux Trav. Sal.	895.674	698.697
Allocation aux Mères de 5 enf.	59.610	106.145
Secours viagers et allocation de veufs ou de veuves	31.084	106.736
	987.368	911.578
	2.167.612	2.259.437

3°) CONDITIONS D'ATTRIBUTION

Les diverses législations étant, comme nous l'avons vu, conçues selon des principes différents, il importe, pour la clarté des explications de distinguer le système des pensions et

rentes (régime contributif basé sur la notion d'assurance) de celui des allocations (régime non contributif basé sur la notion de besoin).

a) Pensions et rentes

Dans le régime général, de même que dans le régime agricole, l'âge de liquidation de la pension a varié comme il a été indiqué précédemment. Il est actuellement de 60 ans.

Depuis 1945, la durée d'affiliation exigée pour l'octroi de la pension à taux plein est de 30 années. Les assurés qui ont accompli moins de 30 mais plus de 15 années d'assurance (1) ont droit à une pension proportionnelle "prorata temporis". Ceux qui ont accompli moins de 15, mais plus de 5 années ont droit à une rente, mais seulement à partir de l'âge de 65 ans. Enfin, ceux qui ne peuvent justifier de 5 années obtiennent le remboursement de la part ouvrière des cotisations d'Assurances Sociales versées pour leur compte.

Dans le régime minier, depuis la loi de 1894, l'âge minimum de la retraite minière est fixé à 55 ans.

La loi de 1914 exigeait 30 ans de services miniers pour l'attribution d'une pension.

La loi du 5 Mars 1920 a créé une retraite proportionnelle en faveur des ouvriers comptant 30 ans de services salariés dont 15 ans au moins accomplis dans les mines.

La loi du 24 Décembre 1923 a supprimé, pour les retraités proportionnels, l'obligation de services salariés en dehors des mines.

../...

(1) Au cours d'une période transitoire qui a pris fin au 31 Décembre 1954 cette durée a été réduite à 10 ans pour les pensions entrées en jouissance avant le 1er Janvier 1947, à 11 ans pour celles entrées en jouissance entre le 1er Janvier 1947 et le 1er Janvier 1949, 12 ans entre le 1er Janvier 1949 et le 1er Janvier 1951 et ainsi de suite.

L'Ordonnance du 17 Octobre 1945 a créé, pour favoriser le maintien des travailleurs à la mine, les allocations spéciales accordées aux ouvriers réunissant 30 ans de services avant l'âge de 55 ans et les indemnités cumulables pour ceux d'entre eux qui continuaient le travail au-delà de cet âge.

La loi du 6 Mars 1946 a prévu la liquidation anticipée à 50 ans des pensions des ouvriers réunissant 30 ans de services miniers dont 20 ans dans les travaux de fond.

b) Allocations

1) Allocations aux vieux travailleurs salariés agricoles et non agricoles

L'allocation aux vieux travailleurs salariés est, depuis son origine, accordée aux personnes âgées d'au moins 65 ans ou d'au moins 60 ans pour celles qui sont reconnues inaptes au travail.

En outre, comme toute prestation d'assistance non contributive, elle est réservée en principe aux ressortissants français.

En 1941, les requérants à l'allocation devaient justifier avoir occupé pendant au moins 5 ans après l'âge de 50 ans un emploi salarié ayant constitué leur dernière activité professionnelle. Les modifications intervenues par la suite ont porté sur les points suivants :

- les années de salariat ne peuvent être prises en considération que si, au moins certaines d'entre elles, ont fait l'objet du versement des cotisations d'Assurances Sociales, un recours contre l'employeur étant ouvert, dans certains cas, pour celles qui n'ont pas donné lieu à ce versement,

- le système de l'allocation étant un système transitoire la durée de 5 ans a été progressivement portée à 6, puis 7, puis 8 ans etc... jusqu'à atteindre 15 ans, c'est-à-dire la période à partir de laquelle tout vieux travailleur peut prétendre à une pension proportionnelle. Cette période transitoire étant dépassée depuis le 1er Janvier 1956, le nombre des allocations liquidées à ce titre est maintenant extrêmement réduit,

- une loi du 23 Août 1948 a ouvert une nouvelle possibilité d'octroi de l'allocation aux personnes qui ne peuvent satisfaire à la durée de salariat après l'âge de 50 ans mais qui justifient avoir exercé pendant au moins 25 années un emploi salarié ayant constitué leur dernière activité professionnelle. Cette mesure a été prise pour éviter les refus difficilement justifiables opposés à des demandes de travailleurs ayant été obligés de cesser leur emploi à 55 ans par exemple, pour des raisons diverses, alors que toute leur activité avait été salariée. Mais il ne faut pas cacher que la recherche et le contrôle de justifications portant sur des années très anciennes provoquent, souvent, des difficultés pratiques sérieuses.

Quoi qu'il en soit, les années de salariat ne sont considérées comme telles que si elles ont fait l'objet d'une rémunération minima.

Enfin, toujours en raison du fait qu'il s'agit d'une prestation accordée en considération des besoins de requérants, l'allocation n'est due que si le total des ressources ~~personnelles~~ du travailleur et éventuellement, celles du conjoint, n'excèdent pas un certain maximum. Ce maximum qui était au départ de 9.000 fr par an pour une personne seule et de 11.000 fr pour un ménage a été progressivement relevé; il est respectivement de 201.000 fr et 258.000 fr depuis le 1er Janvier 1956.

2) Fonds National de Solidarité

La loi du 30 Juin 1956 a institué une allocation supplémentaire au profit de toutes les personnes de nationalité française, âgées de 65 ans au moins (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail), titulaires d'un avantage vieillesse quelconque (pension, rente, allocation, etc...) et dont les ressources n'excèdent pas les mêmes plafonds que ceux fixés pour l'allocation aux vieux travailleurs soit actuellement 201.000 fr (personne seule) ou 258.000 fr (ménage).

4°) MONTANT DE LA PRESTATION

Nous reprenons ici la distinction entre le système des pensions et celui des allocations.

a) Pensions et rentes

- Dans le régime général et dans le régime agricole la pension entière qui est - rappelons le - accordée à l'assuré qui totalise 30 années d'assurance, est, lorsque la liquidation en est demandée à 60 ans, égale à 20 % du salaire annuel moyen des 10 dernières années correspondant aux cotisations versées. Lorsque la liquidation est demandée à 61 ans le pourcentage est de 24 % - à 62 ans, 28 % et ainsi de suite par augmentation de 4 % par année.

L'assuré reconnu médicalement inapte au travail avant l'âge de 65 ans est assimilé à celui qui demande la liquidation de sa pension à 65 ans. En d'autres termes le taux applicable dans ce cas est de 40 %.

- La pension proportionnelle accordée à celui qui totalise plus de 15 années mais moins de 30 années d'assurance est calculée sur la même base que la pension entière; mais elle est égale à autant de trentièmes que l'assuré compte d'années d'assurance.

Dans tous les cas, les salaires de la période de référence sont revalorisés - par arrêtés prenant effet au 1er Avril de chaque année - et dans les mêmes conditions que les pensions en cours de service.

Le taux de la pension - entière ou proportionnelle - ne peut être inférieur au montant de l'allocation aux vieux travailleurs lorsque l'assuré atteint 65 ans ou lorsque, avant cet âge, il devient inapte au travail. La pension ainsi portée à ce minimum prend le nom de "pension révisée".

Lorsque l'assuré était titulaire d'une pension d'invalidité à son 60ème anniversaire, celle-ci se transforme en pension de vieillesse dont le montant ne peut être inférieur.

A la pension - entière ou proportionnelle - s'ajoutent éventuellement les avantages complémentaires suivants :

- 82
- une bonification de 10 % aux assurés ayant eu ou ayant élevé 3 enfants pendant au moins 9 ans avant leur 16ème anniversaire
 - une majoration pour conjoint à charge, instituée par la loi du 23 Août 1948 égale à 5.000 Fr maximum quand le conjoint est âgé de moins de 65 ans et à la moitié du taux de l'allocation aux vieux travailleurs quand il est âgé d'au moins 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail)
 - une majoration pour tierce personne, instituée par la même loi du 23 Août 1948 au profit du pensionné qui a besoin de l'assistance d'un tiers pour effectuer les actes ordinaires de la vie. Cette majoration est de 40 % de la pension principale sans pouvoir être inférieure à une certaine somme actuellement fixée à 279.600 Fr par an.

Enfin, l'assuré qui a accompli au moins 5 années, mais moins de 15 années d'assurance, a droit à partir de 65 ans à une rente égale :

- à 10 % du total des cotisations d'Assurance Vieillesse correspondant à la période du 1er Juillet 1930 au 31 Décembre 1935
- à 10 % de la moitié des doubles cotisations d'Assurances Sociales versées depuis le 1er Janvier 1936.

Le montant de ces cotisations est revalorisé dans les mêmes conditions et proportions que les salaires pour le calcul de la pension (voir ci-dessus).

Les pensions et rentes étant acquises en contrepartie de cotisations versées, elles constituent un droit propre indépendant du niveau des besoins des intéressés. Elles sont donc cumulables avec les autres ressources - quelle qu'en soit la provenance - dont jouit le retraité. Par contre, certaines majorations qui, elles, sont attribuées en fonction des charges passées ou présentes du retraité, ne peuvent être cumulées avec des avantages de même nature ou de même justifi-

85
cation, octroyées en vertu d'autres législations. Il en est ainsi par exemple de la majoration pour conjoint à charge et de celle pour tierce personne. Mais les règles interdisant le cumul restent néanmoins d'application très souple.

Comme on l'a vu, les pensions et rentes ainsi que la majoration pour tierce personne sont, chaque année, ajustées en fonction de l'augmentation des ressources du régime, selon un mécanisme qui a déjà été exposé au chapitre de l'Assurance Invalidité et auquel il suffit de renvoyer.

Dans le régime minier la loi de 1894 assurait aux "mineurs" une retraite constituée par la rente produite par la capitalisation des versements.

La loi du 25 Février 1914 prévoyait la majoration des rentes viagères à un chiffre fixé par la loi. Le montant du salaire n'entrait pas en compte pour la détermination du montant de la pension qui, à l'origine, était fixé au taux uniforme de 640 fr par an pour 30 ans de services miniers. Ce taux a évidemment été augmenté par la suite.

Le caractère forfaitaire des pensions a été maintenu par le décret du 27 Novembre 1946. Actuellement encore, le taux des pensions ne dépend, en aucune façon, des salaires perçus par les intéressés au cours de leur carrière à la mine, il est seulement fonction de la durée des services accomplis.

Les retraites attribuées sont :

- retraites normales (pour 30 années au moins de services). Le taux annuel est de 259.020 fr; ce chiffre est majoré de 8.634 fr pour chaque année de service en sus de 30, accomplie avant l'âge de 55 ans ou après cet âge entre le 1er Septembre 1936 et le 1er Novembre 1945
- retraites proportionnelles (pour 15 à 29 ans de services). Le taux de ces retraites varie entre le chiffre de 129.510 fr pour 15 années de services et celui de 250.386 fr pour 29 années. Chacune des années supplémentaires accomplies en sus de 15 donne droit à une majoration de 8.634 fr par an. .../...

Au montant principal de ces retraites normales et proportionnelles de vieillesse, s'ajoutent le cas échéant :

- des bonifications pour services dans les travaux du fond
- la majoration pour conjoint à charge âgé de 65 ans ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail
- les allocations pour enfants à charge âgés de moins de 16 ans
- une bonification de 10 % pour tout bénéficiaire ayant eu 3 enfants

Les affiliés qui réunissent moins de 15 ans de services ne bénéficient à l'âge de 55 ans que de la rente inscrite à leur compte individuel d'assurance à la Caisse Nationale de retraites pour la vieillesse et à la C.A.R.C.M. jusqu'au 1er Janvier 1941, à laquelle s'ajoute une retraite égale à 1 % des salaires soumis à retenue depuis cette date.

Les rentiers de vieillesse pour 10 à 14 ans de services miniers ont droit, pour chacune des années de service au fond, à une bonification égale à celle qui serait attribuée à un affilié titulaire d'une pension proportionnelle pour 15 ans de services comprenant le même nombre d'années de travail au fond.

Les prestations de vieillesse sont cumulables avec les ressources de toutes natures, à l'exception des salaires miniers.

Aucune revalorisation automatique, en cas de changement dans les conditions économiques n'avait été prévue à l'origine. Les taux des pensions ne pouvaient être modifiés que par une loi.

Depuis le décret du 15 Décembre 1956 (applicable à compter du 1er Janvier 1957) les pensions de vieillesse sont indexées sur la rémunération de l'ouvrier de la catégorie IV du jour des Houillères du Bassin du Nord et du Pas-de-Calais. L'indexation joue lorsque ladite rémunération annuelle a été majorée d'au moins 3 %.

Signalons que les taux de l'allocation spéciale et de l'indemnité cumulable n'ont pas été relevés depuis 1951 et que le décret du 15 Décembre 1956 n'en prévoit pas la revalorisation automatique. D'autre part, les rentes n'étant pas revalorisables, les prestations servies pour moins de 15 ans de services sont d'un montant infime, exception faite des bonifications pour le fond.

b) Allocations

1) Allocation aux vieux travailleurs salariés

Le montant de l'allocation principale varie selon le lieu de résidence et le lieu de travail des requérants :

- un premier taux est prévu pour ceux qui à la date de leur 65ème anniversaire résident dans une localité de plus de 5.000 habitants (ou assimilée) et qui ont été occupés dans une telle localité pendant 2 ans au moins au cours des périodes de travail ouvrant droit à l'allocation
- un second taux est valable pour tous les autres travailleurs

Ces taux qui ont évidemment varié depuis 1941 ne peuvent être modifiés que par une loi. Ils ne sont donc pas ajustés automatiquement aux variations des facteurs économiques. A l'origine fixés à 3.600 Fr par an ils sont actuellement de 72.380 Fr et 58.640 Fr depuis le 1er Janvier 1956.

Certains avantages complémentaires viennent s'ajouter à l'allocation principale. Ce sont :

- une allocation complémentaire pour les bénéficiaires résidant à leur 65ème anniversaire dans une commune de la région parisienne et y ayant été occupés pendant 2 ans au moins au cours des périodes de travail ouvrant droit à l'allocation. Son montant qui était relativement important en 1941 (1.600 Fr par an) a été fort peu revalorisé puisqu'il est de 3.400 Fr depuis le 1er Octobre 1951.:/...

- une majoration pour conjoint à charge - et une bonification pour enfants, à l'origine fixées à un montant uniforme, mais alignées, depuis le 1er Juillet 1948 sur les avantages analogues institués par la loi du 23 Août 1948 dans le système de l'Assurance Vieillesse (voir Supra).

2) Fonds National de Solidarité

Le montant de l'allocation supplémentaire instituée par la loi du 30 Juin 1956 est uniforme pour tous les bénéficiaires. Il est fixé et ne peut être modifié que par la loi, de sorte que, pas plus que l'allocation aux vieux travailleurs salariés, il n'est ajusté automatiquement aux variations des facteurs économiques. S'élevant à l'origine à 31.200 Fr par an il est passé à 32.800 Fr à partir du 1er Janvier 1958 puis à 38.000 Fr depuis le 1er Janvier 1959. Mais lorsque le total des ressources du bénéficiaire -allocation comprise - dépasse les maxima autorisés, l'allocation est réduite à due concurrence. Dans un tel cas, c'est donc une allocation différentielle qui est servie.

5°) COORDINATION ENTRE LES REGIMES

La coexistence, à côté du régime général, de multiples régimes de protection vieillesse a rendu impérieusement nécessaire des mesures de coordination. Mais l'extrême diversité des régimes en présence, due au fait qu'ils ont été établis à des époques différentes, les uns avant la mise en vigueur du régime général, les autres postérieurement, et surtout qu'ils sont conçus selon des notions fort différentes, a rendu très complexes les règles de coordination, d'autant plus que celles-ci ont été introduites ou aménagées au fur et à mesure des besoins.

Nous ne pouvons donc ici qu'indiquer les principes généraux retenus dans les divers textes législatifs et réglementaires parus jusqu'ici.

Un premier principe fondamental consiste à décider que, pour déterminer si un assuré social peut ou non prétendre aux prestations de ce régime, il sera tenu compte, dans

le calcul du nombre des périodes d'assurances requises, de celles accomplies par l'intéressé sous l'ensemble des régimes.

C'est le principe de la totalisation des périodes d'assurance pour l'ouverture des droits qui a une portée générale, qu'il s'agisse du régime agricole, des régimes spéciaux, des régimes particuliers aux travailleurs indépendants ou des régimes étrangers.

Un second principe, qui est à la base de la coordination du régime général et des régimes spéciaux de salariés, est celui dit "de l'équivalence".

Dérivant de l'idée que le maintien des régimes spéciaux, lors de l'institution du régime général, a été, pour une large part, justifié par le fait que ces régimes étaient plus avantageux pour leurs ressortissants, il aboutit à garantir, au total, à l'assuré social ayant, par ailleurs, été assujéti à un régime spécial un avantage au moins équivalent à celui qu'il aurait acquis sous le seul régime général s'il lui avait toujours appartenu.

Un troisième principe, qui découle de l'autonomie des régimes et du souci de ne pas supprimer les liens directs qu'ils entretiennent avec leurs ressortissants, vise à maintenir l'intervention séparée de chaque régime à l'égard de ses retraités, à n'affecter que dans la mesure strictement indispensable ses conditions normales de fonctionnement et à lui laisser le soin, une fois définie la part étant à sa charge, d'en assurer le service.

En d'autres termes, on n'assiste pas à la substitution pure et simple d'un avantage global à ceux dont les divers régimes sont débiteurs ni au dessaisissement de ces régimes au profit de l'un d'eux.

Dans le cadre général ainsi défini, se sont développées des modalités particulières (notamment quant au calcul de la part incombant à chacun des régimes en présence) mais qu'il serait trop long de développer dans la présente étude.

.. / ...

6°) FINANCEMENT

Ainsi qu'il a déjà été précisé dans d'autres chapitres, le régime général des Assurances Sociales est financé uniquement par les cotisations - sans contribution de l'Etat - Le montant de ces cotisations fixé à 18,5 % des salaires imposables depuis le 1er Janvier 1959, couvre globalement l'ensemble des prestations Maladie-Maternité Invalidité Décès et Vieillesse sans qu'une fraction soit au préalable affectée au risque vieillesse. On a vu également, au début du présent chapitre, l'évolution qu'a connue l'Assurance Vieillesse depuis l'origine notamment en ce qui concerne le mécanisme financier (capitalisation - répartition).

On trouvera en Annexe I des renseignements sur les résultats financiers de ces dernières années.

Pour le régime agricole, les résultats financiers et le montant moyen des divers avantages servis, sont indiqués aux Annexes II et III.

Quant au financement de l'Assurance Vieillesse dans le régime minier, l'organisation a évolué également de la capitalisation intégrale (loi de 1894) à un système mixte de capitalisation et de répartition (loi de 1914) puis à la seule répartition (loi de 1941).

Le taux des cotisations des travailleurs destinées à la couverture des risques vieillesse, invalidité, décès, est passé par paliers successifs de 2 % en 1894 à 8 % des salaires plafonnés.

Les cotisations des employeurs ont été fixées au même taux que les cotisations ouvrières jusqu'au 31 Décembre 1956.

Le décret du 15 Décembre 1956 a stipulé qu'à compter du 1er Janvier 1957, et sans que son taux puisse être inférieur à 8 % des salaires, la cotisation de l'exploitant est

affectée d'un coefficient traduisant la variation, par rapport à l'exercice 1955, du nombre des titulaires de pensions et rentes servies au 31 Décembre de l'année précédente pour 100 cotisants.

La loi du 17 Avril 1957 a porté à 12 % le taux de base de la cotisation versée par la plupart des exploitations.

La contribution de l'Etat, versée depuis 1903, a cessé d'être forfaitaire en 1923 pour être fixée en fonction des salaires soumis à retenue. Son taux qui était passé de 1 % en 1923 à 8 % en 1945, a depuis le 1er Janvier 1955, fait l'objet d'une indexation; ce taux est, en vertu du décret du 16 Juillet 1955 calculé annuellement en affectant une somme correspondant à 8 % des salaires d'un coefficient traduisant la variation, par rapport à l'exercice 1948, du nombre des titulaires de pensions et rentes servies au 31 Décembre de l'année précédente pour 100 cotisants.

Ces relèvements et indexations du taux de la cotisation des exploitants et de la contribution de l'Etat ont été imposés pour pallier l'incidence financière de l'augmentation constante du nombre des bénéficiaires de prestations, conjuguée avec la diminution des affiliés en activité.

Ces mesures ont permis d'équilibrer provisoirement, les ressources et les charges du Fonds spécial des retraites.

Le taux de la pension normale de vieillesse (pour 30 ans et plus de services), qui représentait environ 40 % du salaire annuel moyen d'un travailleur des mines en 1914, est descendu à 21 % de ce salaire à la fin de la première guerre mondiale. Il est monté progressivement jusqu'à 62 % de ce salaire en 1935, redescendu à 44 % pendant la guerre 1939-1945 et, enfin, s'est maintenu entre 50 et 60 % depuis la Libération.

o

o o

.../...

SURVIVANTSA - HISTORIQUE GENERAL

Abstraction faite des régimes spéciaux, la première législation prévoyant l'octroi d'avantages aux conjoints survivants a été celle instituant le régime général des Assurances Sociales. La loi sur les Retraites Ouvrières et Paysannes du 5 Avril 1910 ne contenait, en effet, aucune mesure à cet égard.

Ce régime général, reposant en matière d'assurance vieillesse, sur le principe de la capitalisation individuelle, avait tout naturellement fait reposer sur le même principe les modalités d'attribution desdits avantages.

Ceux-ci consistaient, en conséquence, dans de véritables rentes reversibles sur la tête du conjoint survivant, qui n'étaient accordées qu'en contre-partie d'une réduction de la pension servie à l'assuré et sur manifestation expresse de la volonté de ce dernier.

Cette formule fut appliquée jusqu'à la mise en vigueur du régime de la Sécurité Sociale où, dans le cadre du régime de la répartition, les conjoints survivants remplissant les conditions légales se virent attribuer automatiquement des pensions de réversion sans que les droits de l'assuré en soient affectés.

La même conception fut retenue en matière d'allocations aux vieux travailleurs.

Par ailleurs, à la notion traditionnelle d'avantages de réversion ne bénéficiant, par définition, qu'aux conjoints des titulaires de pensions, rentes ou allocations de vieillesse, vint s'ajouter celle plus large de l'attribution de certains droits à des conjoints d'assurés ou de vieux travailleurs n'étant pas encore entrés en jouissance d'une prestation vieillesse.

Sans doute, ces droits conservent-ils, d'un point de vue général, le caractère de droits dérivés de ceux du de cujus, en ce sens que celui-ci doit, sauf exception, avoir acquis, au moment de son décès des droits en puissance à un avantage vieillesse.

B - LA REFORME DE 1945 - L'EVOLUTION ULTERIEURE

Si la première législation sur les allocations aux vieux travailleurs salariés (14 Mars 1941) ne comportait aucun avantage en faveur des conjoints survivants, l'ordonnance du 2 Février 1945 institua à compter du 1er Janvier 1945 les premières prestations de réversion à titre gratuit, dont le "secours viager" en faveur de la veuve à la charge de l'allocataire. Acquis à l'âge de 65 ans, sous certaines conditions de durée de mariage et de ressources, cet avantage était, en principe, égal à la moitié de l'allocation du défunt. La loi du 23 Août 1948 a étendu ce droit au conjoint âgé d'au moins 60 ans lorsqu'il est inapte au travail.

Quant au nouveau régime d'Assurance Vieillesse, la législation de 1945 institua un système :

- de pensions de réversion au profit du conjoint à charge (veuve ou veuf) d'un pensionné de vieillesse à partir de 65 ans sous certaines conditions de durée de mariage, sans que cet avantage entraîne aucune réduction de la pension de l'assuré
- de pensions d'invalidité de veuves et de veufs en faveur du conjoint survivant - soit d'un assuré en activité soit d'un pensionné de vieillesse ou d'invalidité lorsqu'il est atteint lui-même d'une invalidité permanente. Ces pensions illustrent les remarques faites plus haut en ce qui concerne les droits n'ayant pas le caractère de véritables avantages de réversion, puisqu'elles sont acquises en considération de l'état de besoin du conjoint survivant, même si l'assuré décédé n'était pas lui-même effectivement titulaire d'une pension, et qu'elles ne comportent aucune condition d'âge minimum pour le bénéficiaire.

La loi susvisée du 23 Août 1948 apporta de sérieuses améliorations à ces deux catégories de prestations en :

- étendant le droit à pension de réversion à partir de 60 ans au conjoint reconnu inapte au travail
- appelant à bénéficier de la pension de réversion le conjoint d'un titulaire d'une simple rente de vieillesse

- stipulant que les pensions d'invalidité de veuf et de veuve seraient transformées à l'âge de 60 ans en pension de vieillesse de veuf ou de veuve d'un montant égal
- portant le minimum de tous les droits dérivés à la moitié de l'allocation aux vieux travailleurs salariés des villes de plus de 5.000 habitants
- posant le principe de la revalorisation automatique annuelle de ces deux catégories de pensions, dans les mêmes conditions que pour les pensions de vieillesse et les pensions d'invalidité
- créant un nouveau droit dérivé; l'allocation de veuf ou de veuve attribuée au conjoint survivant non bénéficiaire d'un avantage au titre d'une législation de Sécurité Sociale, sous réserve que le de cujus ait rempli, au jour de son décès, les conditions exigées pour l'attribution de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, à la seule exception de la condition d'âge

Pour exposer les dispositions actuellement applicables, il convient de reprendre la distinction déjà opérée dans les §§ précédents entre, d'une part, les pensions et rentes et, d'autre part, les allocations, et d'examiner successivement les droits des survivants dérivés des premières et ceux dérivés des secondes.

1°) PENSIONS

a) Pension de réversion

- Conditions d'attribution

L'octroi de la pension de réversion est subordonné à des conditions touchant aussi bien l'assuré décédé que le conjoint survivant.

En ce qui concerne le premier :

- le décès doit avoir eu lieu après l'âge de 60 ans, puisque s'agissant d'une "réversion" l'assuré doit avoir - au moins en puissance - des droits à l'Assurance Vieillesse

- le mariage doit avoir été contracté avant l'âge de 60 ans et avoir duré au moins deux ans avant la date d'entrée en jouissance de la pension ou rente vieillesse dont bénéficiait effectivement l'assuré, ou avant le décès, si ce dernier n'avait pas encore demandé la liquidation de ses droits
- l'assuré devait, au jour de son décès, être effectivement titulaire d'une pension ou rente de vieillesse ou tout au moins être en droit de prétendre à un tel avantage. Nous avons vu en effet que tout assuré peut ajourner la liquidation de ses droits, soit pour en acquérir de plus avantageux (ex. passage d'une "rente" à une "pension proportionnelle" après 15 ans d'assurance) soit pour améliorer le taux de sa pension (augmentation de 4 % par année au-delà de 60 ans)

En ce qui concerne le second :

- il doit être âgé d'au moins 65 ans, ou 60 ans en cas d'incapacité au travail (depuis le 1er Juillet 1948)
- il ne doit pas être remarié. Toutefois, la pension une fois accordée reste acquise même en cas de remariage subséquent
- il doit avoir été, au jour du décès de l'assuré, à charge de ce dernier, c'est-à-dire ne pas bénéficier de ressources personnelles supérieures à un certain plafond calculé par référence à celui applicable en matière d'allocation aux vieux travailleurs salariés. Toutefois, une diminution ou une augmentation ultérieure des ressources n'est pas susceptible de modifier les droits de l'intéressé ni dans le sens de l'attribution ni dans celui de la suppression
- il ne doit pas être lui-même bénéficiaire ou susceptible de bénéficier d'un avantage au titre d'une législation de Sécurité Sociale (ex. : à titre personnel : pension ou

rente du régime général ou d'un régime spécial, allocation aux vieux travailleurs salariés etc...). Mais si cet avantage est d'un montant inférieur à la pension de réversion, un complément différentiel est versé.

- Montant

La pension de réversion est égale à la moitié de la pension principale, (c'est-à-dire à l'exclusion des avantages accessoires) ou rente dont bénéficiait ou eût bénéficié le défunt étant entendu que ce calcul s'effectue toujours sur la base du montant de la pension qui aurait été allouée au titre de l'inaptitude au travail.

Elle ne peut être inférieure à la moitié de l'allocation aux vieux travailleurs salariés des villes de plus de 5.000 habitants et est éventuellement augmentée d'une bonification pour enfants accordée et calculée dans les mêmes conditions que pour les pensions de vieillesse elles-mêmes (voir chapitre précédent).

b) Pension d'invalidité de veuf ou de veuve

D'un point de vue général, ces pensions dérivent du même principe que les pensions d'invalidité normales et sont, en l'absence de dispositions particulières, traitées comme celles-ci. Il s'ensuit en particulier qu'elles ne peuvent être accordées que si le conjoint survivant invalide a moins de 60 ans et qu'elles sont transformées à cet âge en pension de vieillesse de veuf ou de veuve, d'un montant égal.

Si le conjoint survivant a plus de 60 ans et que l'assuré avait lui-même plus de 60 ans, lors de son décès, nous sommes dans le cas précédent et l'intéressé peut prétendre à une pension de réversion. Mais si le défunt avait moins de 60 ans le droit à pension de réversion n'est pas ouvert. Pour remédier à cette lacune, une interprétation bienveillante de la législation a permis l'octroi d'une pension de vieillesse de veuf ou de veuve directement après le 60ème anniversaire du survivant.

La pension de veuf ou de veuve est égale à la moitié de la pension principale de vieillesse ou d'invalidité dont bénéficiait ou eût bénéficié l'assuré défunt étant entendu que pour ce calcul l'assuré est toujours considéré :

- soit comme ayant été classé dans le 2ème groupe des pensionnés d'invalidité (voir Chapitre II) s'il avait moins de 60 ans,
- soit comme ayant été reconnu inapte au travail, dans le cas contraire.

Elle est augmentée de la bonification pour enfants et soumise à la règle du minimum, comme la pension de réversion (voir ci-dessus).

Le tableau figurant à la page suivante résume de façon synoptique l'ensemble de ces explications.

N.B.- Les pensions de réversion et les pensions de veuf ou de veuve sont revalorisées automatiquement chaque année, dans les mêmes conditions et proportions que les pensions de vieillesse et d'invalidité (voir chapitre II).

2°) ALLOCATIONS

a) Secours viager

- Conditions d'attribution

Le droit au secours viager est ouvert seulement aux veuves âgées de 65 ans au moins - ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail - et dont le mari bénéficiait effectivement de l'allocation aux vieux travailleurs salariés lors de son décès. En outre :

- le mariage doit avoir été contracté avant que l'allocataire ait atteint l'âge de 60 ans et ait duré au moins 2 ans avant l'attribution de l'allocation
- la veuve devait - du vivant de son mari - ouvrir droit au profit de ce dernier à la majoration pour conjoint à charge

PENSIONS DE REVERSION - PENSIONS DE VEUF OU DE VEUVE

AGE DU CONJOINT VIVANT	AGE AU JOUR DE SON DECES	NATURE DE LA PRESTATION SERVEE	CONDITIONS D'ATTRIBUTION	MONTANT
+ 55 ans	+ 60 ans	Pension de reversion	<ul style="list-style-type: none"> - mariage avant 60ème anniversaire de l'assuré et durée 2 ans au moins - assuré titulaire pension ou rente vieillesse ou en droit d'y prétendre - conjoint à charge d'assuré au jour du décès - conjoint non titulaire d'un autre avantage Sécurité Sociale 	<ul style="list-style-type: none"> - moitié de la pension ou rente vieillesse dont bénéficiait - ou eût bénéficié - l'assuré à son 65ème anniversaire - minimum : 1/2 allocation vieux travailleurs salariés - bonification 10% quand le bénéficiaire a eu 3 enfants au moins
entre 60 et 65 ans	+ 60 ans	id	id + conjoint inapte au travail	
- 60 ans	- 60 ans	Pension d'invalidité de Veuf ou de Veuve	<ul style="list-style-type: none"> - assuré titulaire pension invalidité ou en droit d'y prétendre - conjoint invalide - conjoint non titulaire d'un autre avantage Sécurité Sociale - pour le veuf : la femme devait subvenir aux besoins de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - moitié de la pension d'invalidité dont bénéficiait - ou eût bénéficié - l'assuré s'il avait été classé dans le 2ème groupe - bonification) comme ci-dessus - minimum)
- 60 ans	+ 60 ans	id	<ul style="list-style-type: none"> - assuré titulaire pension vieillesse ou en droit d'y prétendre - autres conditions : <li style="padding-left: 20px;">(comme ci-dessus) 	<ul style="list-style-type: none"> - moitié de la pension vieillesse dont bénéficiait - ou eût bénéficié - l'assuré à son 65ème anniversaire - bonification) comme ci-dessus - minimum)
+ 65 ans	- 60 ans	Pension de Vieillesse de Veuf ou de Veuve	<ul style="list-style-type: none"> - conjoint non titulaire autre avantage Sécurité Sociale - pour le veuf : la femme devait subvenir aux besoins de la famille 	<ul style="list-style-type: none"> - moitié de la pension d'invalidité dont bénéficiait - ou eût bénéficié - l'assuré s'il avait été classé dans le 2ème groupe - bonification) comme ci-dessus - minimum)
entre 60 et 65 ans	- 60 ans	id	id + conjoint inapte au travail	

- elle doit enfin justifier des conditions générales d'octroi de l'allocation aux vieux travailleurs salariés, c'est-à-dire :

- être de nationalité française
- ne pas disposer de ressources supérieures au maximum autorisé
- ne pas bénéficier d'un autre avantage de Sécurité Sociale (sauf à pouvoir prétendre à un complément différentiel).

- Montant

Le secours viager est égal à la moitié de l'allocation du défunt, augmentée éventuellement de la moitié de l'allocation complémentaire attribuée aux allocataires de la région parisienne et de la bonification pour enfants. Il ne peut être inférieur à la moitié de l'allocation aux vieux travailleurs des villes de plus de 5.000 habitants

Son montant varie donc en même temps que cette dernière prestation dont nous rappellerons qu'elle est fixée par la loi et ne varie pas automatiquement en fonction de la hausse du coût de la vie.

b) Allocation de veuf ou de veuve

L'objet essentiel de cette prestation créée par la loi du 23 Août 1948 a été d'attribuer un droit dérivé aux personnes (veuves ou veufs) dont le conjoint salarié est décédé avant que puisse lui être appliqué le régime de l'allocation aux vieux travailleurs salariés. En règle générale elle est assimilée au secours viager.

- Conditions d'attribution

- Le défunt devait pouvoir justifier des conditions d'octroi de l'allocation aux vieux travailleurs - hormis la condition d'âge
- Le survivant doit justifier des mêmes conditions que celles exigées pour le secours viager (âge, nationalité, durée du mariage, ressources etc...).

- Montant

L'allocation de veuf ou de veuve est de même montant que le secours viager.

o

o

o

En conclusion, on peut dégager comme suit les caractéristiques essentielles des diverses prestations prévues pour les conjoints survivants :

- 1) Elles ne constituent pas un droit absolu automatiquement ouvert à la veuve ou au veuf, puisque leur attribution est subordonnée en règle générale aux trois conditions fondamentales suivantes :
 - le conjoint survivant doit avoir été à la charge du de cujus au moment du décès
 - il ne peut prétendre à la prestation qu'à partir d'un certain âge : 65 ans (ou 60 ans en cas d'inaptitude au travail) sauf en ce qui concerne les pensions d'invalidité
 - il ne doit pas bénéficier d'un autre avantage de Sécurité Sociale et notamment d'un droit propre
- 2) Quant à leur montant il est fixé à la moitié de l'avantage principal dû au de cujus, à laquelle s'ajoutent éventuellement certaines majorations.

Le minimum de toutes ces prestations est égal à la moitié de l'allocation aux vieux travailleurs salariés des villes de plus de 5.000 habitants.

Les pensions (réversion - veuf ou veuve) sont revalorisées automatiquement chaque année; les allocations ne varient que par la loi.

Il faut également mentionner parmi les prestations prévues en faveur des survivants, le versement d'un capital décès fixé, en 1930, à 20 % du salaire annuel moyen - c'est-à-dire s'apparentant étroitement au système des pensions - puis en 1935, à 20 % du salaire moyen des deux années précédant la maladie l'accident ou le décès, ce qui lui donnait le caractère d'une indemnité proportionnelle aux ressources dont le décès de l'assuré prive les survivants. C'est cette dernière notion qui a été retenue et même accentuée par la législation de 1945 qui, tout en maintenant l'appellation de "capital-décès", désormais tout à fait injustifiée, prévoit, au profit des personnes qui étaient à la charge de l'assuré - quel que soit leur lien de parenté avec lui - l'octroi d'une somme égale à 90 fois le gain journalier de base, déterminé et calculé exactement comme en matière d'indemnité journalière de l'Assurance Maladie. Cette prestation a donc un double objet : d'une part, couverture partielle des frais d'obsèques, d'autre part maintien provisoire des moyens d'existence à la suite de l'arrêt subit des ressources du foyer, dû au décès du chef de famille.

On remarquera enfin que, hormis le capital décès, la législation française d'Assurances Sociales ne prévoit pas l'octroi de prestations en faveur des orphelins. Cependant, la loi de 1930 avait institué - et celle de 1935 avait maintenu - un système de pension temporaire en faveur des orphelins de moins de 14 ans (ou 16 ans). Le législateur de 1945 préféra supprimer purement et simplement cette prestation, le bénéfice des prestations familiales leur étant désormais garanti.

o

o o

Les diverses prestations accordées aux survivants sont liquidées calculées et servies par les organismes suivants :

- les pensions de réversion, les pensions vieillesse de veuf ou de veuve, le secours viager et les allocations de veuf ou de veuve étant des prestations d'Assurance Vieillesse sont servies par les Caisses Régionales Vieillesse

- les pensions d'invalidité de veuf ou de veuve sont servies par les Caisses Régionales de Sécurité Sociale.

Elles ne font pas l'objet d'un financement propre et sont imputées sur l'ensemble des cotisations d'Assurances Sociales dans les mêmes conditions que les pensions de vieillesse et les pensions d'invalidité (voir chapitres II et III).

o

o o

Dans le régime minier, les prestations aux survivants obéissent à des règles assez différentes qui tiennent à l'évolution propre à ce régime et à son ancienneté, ainsi qu'aux particularités de la profession minière.

1°) ANTECEDENTS

Les anciennes Caisses Minières préoyaient parfois le versement de secours aux veuves mais il faut attendre 1906 pour que le bénéfice de la moitié des majorations et allocations aux vieux mineurs soit accordé aux conjoints non remariés des assurés.

La loi du 25 Février 1914 a institué la pension de réversion, attribuable à 55 ans, au profit des veuves dont le mari était décédé retraité. Elle accordait également aux veuves et orphelins le bénéfice d'allocation au décès dans des conditions analogues à celles prévues par la loi du 5 Avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes.

La loi du 9 Mars 1920 a accordé la réversibilité de la pension proportionnelle et le bénéfice de la retraite aux veuves dont le mari est décédé avant 55 ans, à condition qu'il ait effectué 30 ans de travail minier.

La loi du 24 Décembre 1923 a étendu le bénéfice de la réversibilité aux veuves des ouvriers ayant effectué au moins 15 ans de services et décédés avant 55 ans.

La loi du 11 Juillet 1925 a institué des pensions d'orphelins au profit des enfants de mineurs décédés.

.. / ...

Le décret-loi du 2 Mai 1938 a abaissé à 50 ans l'âge de la retraite des veuves et a fixé à un taux forfaitaire le montant des allocations au décès attribuables aux veuves et aux orphelins.

L'ordonnance du 15 Décembre 1944 a supprimé toute condition d'âge pour l'attribution des pensions de reversion aux veuves de mineurs.

Enfin, le décret du 22 Novembre 1946 a accordé, sous certaines conditions, des pensions aux veuves dont le mari réunis-
~~soit~~ de 5 à 14 ans de services miniers et institué des secours exceptionnels. Il a confié aux Sociétés de Secours Minières la liquidation et le paiement des allocations au décès aux ayants-droit des affiliés.

2°) Conditions d'attribution

a) Pension de veuve

Depuis le 1er Septembre 1944, la pension de veuve est servie, quel que soit l'âge atteint par la veuve, sous certaines conditions relatives à la durée et à la continuité du mariage. Aucune condition n'est exigée quant à la capacité de travail ou le nombre des enfants issus du ménage.

b) Allocations d'orphelin

L'allocation d'orphelin est servie jusqu'au dernier jour du mois comprenant le 16ème anniversaire des orphelins des affiliés décédés, soit bénéficiaires d'une pension d'invalidité ou de vieillesse, soit en activité de travail à la mine et justifiant des conditions de travail requises. Elle est due aux orphelins, qu'ils soient légitimes, naturels reconnus, recueillis, adoptifs ou pupilles de la Nation dont l'affilié est tuteur.

c) Allocation au décès

L'allocation au décès d'un affilié est accordée au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait ou à défaut aux descendants. Si le décédé ne laisse ni conjoint survivant, ni descendant, elle revient aux ascendants. Elle peut, exceptionnellement, être attribuée à d'autres bénéficiaires.

d) Secours

Des secours exceptionnels peuvent être attribués par le Conseil d'Administration de la Caisse Autonome Nationale, dans la limite d'un crédit prévu chaque année à cet effet, en faveur des personnes qui étaient à la charge d'un affilié durant les 3 années précédant le décès et qui n'ont pas droit à une prestation normale. Les secours sont des prestations extra légales attribuées après enquête sociale, dont le montant est déterminé en fonction de la situation des intéressés sans pouvoir toutefois excéder le taux de la pension de reversion correspondant à la durée des services accomplis par le de cujus.

3°) MONTANTa) Pension de veuve

- la moitié de la pension de vieillesse pour les veuves dont le mari a accompli 15 ans au moins de services
- la moitié de la pension d'invalidité professionnelle pour les veuves dont le mari a accompli 3 à 14 ans de services et est décédé en activité à la mine ou bénéficiaire d'une pension d'invalidité générale ou professionnelle.

Les pensions de veuves bénéficient éventuellement de la majoration de 1/10ème pour enfants dans les mêmes conditions que les pensions normales ou proportionnelles de vieillesse.

b) Allocation d'orphelin

Le taux de cette allocation est forfaitaire - actuellement 7.813 Fr par mois - il est doublé pour les orphelins de père et de mère et revalorisable dans les mêmes conditions que celui des pensions de vieillesse.

c) Allocation au décès

Son taux fixé forfaitairement à 77.072 Fr est majoré de 10.740 Fr par orphelin de moins de 16 ans. Les montants de l'allocation et de la majoration sont revalorisables dans les mêmes conditions que ceux des pensions de vieillesse.

4°) FINANCEMENT

Il n'est pas prévu de financement spécial pour les pensions de veuves et les allocations mensuelles d'orphelins, qui sont à la charge du Fonds spécial des retraites dans les mêmes conditions que les pensions de vieillesse et d'invalidité.

Au cours de ces dernières années, le montant total des pensions de veuves des allocations mensuelles d'orphelins et des secours représente environ 1/3 du montant des pensions de vieillesse servies par la Caisse autonome nationale.

Le paiement des allocations au décès qui était assuré par la C.A.R.O.N. a été confié aux Sociétés de secours minières par le décret du 27 Novembre 1946. Toutefois, ce texte prévoyait la possibilité pour le Conseil d'Administration de la Caisse Autonome Nationale d'accorder aux organismes de base des subventions pour leur permettre de faire face à la charge de ces allocations.

Depuis l'intervention du décret du 15 Décembre 1956, le fonds spécial des retraites de la Caisse Autonome Nationale verse chaque année aux Sociétés de Secours Minières le montant des allocations au décès qu'elles ont servies au cours de l'exercice précédent.

o

o

o

ANNEXE I
REGIME GENERAL

TABLEAU N° 1

OPERATIONS DE L'ASSURANCE VIEILLESSE
PENDANT L'ANNEE 1956

CATEGORIES D'AVANTAGES	NOMBRE DE BENEFICIAIRES (au 1.1.56)	MONTANT DES DEPENSES (en millions de francs)
Pensions R.O.P. : rentes, allocation, bonification	6.256	51
Pensions A.S.	391.998	30.433
Pensions révisées	790.737	78.210
Pensions et allocations de reversion	104.612	) ) 6.016
Pensions de veuves ou veufs	1.580))
Allocations :		
- aux vieux travailleurs salariés	751.190	50.892
- aux mères de cinq enfants	103.204	7.371
Secours viager et allocation de veuf et de veuve	107.701	3.876
Remboursement de cotisations		5.022
Divers		1.984
Contribution au Fonds Spécial		3.321
TOTAL	2.257.278	187.176
dont : Majorations (loi du 27.3.56) et allocations supplémentaires du Fonds National de Soli- darité	484.962	17.723
TOTAL GENERAL		204.899

TABLEAU N° II
 EVOLUTION DES DEPENSES GLOBALES
 DE L'ASSURANCE VIEILLESSE

ANNEES	MONTANT GLOBAL DES SALAIRES (en millions)	DEPENSES VIEILLESSE PROPREMENT DITES (1)	
		MONTANT (en millions)	% DES SALAIRES
1949	1.295.500	78.436	6,05
1950	1.407.131	106.351	7,56
1951	1.797.362	130.507	7,26
1952	2.286.731	152.336	6,66
1953	2.382.056	163.701	6,88
1954	2.557.731	174.989	6,84
1955	2.773.912	182.639	6,58
1956	3.179.281	187.176	5,88

(1) Y compris les remboursements à la Caisse Agricole et les versements au Fonds spécial

TABLEAU N° 111

EVOLUTION DES DEPENSES DES RENTES ET PENSIONS DE VIEILLESSE
DE 1945 A 1957

NATURE DES PRESTATIONS	ANNEE 1955		ANNEE 1956		ANNEE 1957		
	DEPENSES (1)	MONTANT MOYEN	DEPENSES (1)	NOMBRE DE BENEFIC.	DEPENSES (1)	NOMBRE DE BENEFIC.	MONTANT MOYEN
- Rentes ancien régime (avant réforme 1945)	1.116.205	18.540	1.096.555	57.643	978.682	51.570	18.970
- Rentes nouveau régime (légalisation 1945)	546.997	11.970	833.438	54.794	1.112.848	63.596	17.490
- Pensions ancien régime	695.398	104.600	791.771	6.559	789.182	6.250	126.260
- Pensions proportionnelles nouveau régime	20.994.709	85.000	26.484.639	256.407	33.142.752	271.552	122.040
- Pensions Vieillesse substituées à pensions d'invalidité (2)	6.120.880	105.300	7.924.736	69.112	9.869.191	79.416	124.270
- Pensions Vieillesse au titre inaptitude au travail (3)	2.940.206	102.300	3.643.173	31.482	4.324.369	36.015	120.070
- Pensions révisées (4)	64.115.857	95.080	71.047.351	671.013	67.841.779	590.600	114.860

(1) en milliers de francs

(2) il s'agit des pensions d'invalidité accordées avant l'âge de 60 ans et qui, à partir de cet âge, sont transformées en pensions de Vieillesse

(3) il s'agit des pensions de Vieillesse accordées après l'âge de 60 ans, mais calculées comme si l'assuré avait 65 ans en raison de son inaptitude au travail

(4) il s'agit des pensions portées au minimum légal, en principe à l'âge de 65 ans

TABEAU N° IV

EVOLUTION DES DEPENSES DES PENSIONS DE REVERSION
ET DES PENSIONS DE VEUF OU DE VEUVES
DE 1955 A 1957

NATURE DES PRESTATIONS	ANNEE 1955			ANNEE 1956			ANNEE 1957		
	DEPENSES (1)	NOMBRE DE BENEFIC.	MONTANT MOYEN	DEPENSES (1)	NOMBRE DE BENEFIC.	MONTANT MOYEN	DEPENSES (1)	NOMBRE DE BENEFIC.	MONTANT MOYEN
- Pensions de reversion - ancien régime	504.381	10.579	47.670	494.526	10.482	47.180	492.251	10.423	47.220
- Pensions de reversion - nouveau régime	4.675.058	85.066	54.958	5.860.454	91.806	63.835	6.481.163	95.795	67.656
- Pensions de veufs ou de veuves	89.639	1.579	56.800	140.566	2.071	67.870	182.288	2.762	65.990

(1) en milliers de francs

TABEAU N° V

EVOLUTION DES DEPENSES D'ALLOCATIONS
DE 1955 A 1957

NATURE DES PRESTATIONS	ANNEE 1955			ANNEE 1956			ANNEE 1957		
	DEPENSES (1)	NOMBRE DE BENEFIC.	MONTANT MOYEN	DEPENSES (1)	NOMBRE DE BENEFIC.	MONTANT MOYEN	DEPENSES (1)	NOMBRE DE BENEFIC.	MONTANT MOYEN
- Allocation aux vieux travailleurs salariés	55.788.063	751.190	74.266	59.010.908	699.245	84.392	49.499.260	655.388	75.526
- Secours viager	1.972.844	58.034	33.990	2.442.136	58.393	41.820	1.999.293	58.558	34.140
- Allocation de veuf ou de veuve	1.842.341	49.366	37.320	2.102.553	47.921	43.870	1.692.672	47.241	35.830
- Allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité :									
- Bénéficiaires au 31.12.56 :									
- " " 31.12.57 :									

- dépenses : 44.508 millions

(1) En milliers de francs - et y compris les sommes payées au titre de l'allocation supplémentaire du Fonds National de Solidarité

ANNEXE II

REGIME AGRICOLE

EVOLUTION DU NOMBRE DES BENEFICIAIRES
ET DU MONTANT DES PRESTATIONS VIEILLESSE
DE 1954 A 1957

EXERCICES	NOMBRE D'ASSURES COTISANTS	NOMBRE DE BENEFICIAIRES AU 31 DECEMBRE	MONTANT DES PAIEMENTS EFFECTUES	
			DIRECTEMENT AUX ASSURES	A D'AUTRES ORGANISMES
1954	1.296.000	173.300	12.360	349
1955	1.295.000	186.900	13.428	592
1956	1.255.000	194.000	15.448 (1)	789
1957	1.237.000	200.000	18.685 (2)	617

(1) Dont 2.389 millions payés pour le compte du Fonds National de Solidarité

(2) Dont 5.279 millions payés pour le compte du Fonds National de Solidarité

ANNEXE III
REGIME AGRICOLE

NOMBRE ET MONTANT MOYEN DES AVANTAGES VIEILLESSE
EN COURS AU 31.12.57

CATEGORIES	NOMBRE DE TITULAIRES	MONTANT ANNUEL MOYEN DE L'AVANTAGE
<u>TITULAIRES NE BENEFICIANT PAS DE L'ALLOCATION SUPPLEMENTAIRE :</u>		
- Rentes (majorées ou non)	3.600	8.300 Frs
- Pensions non révisées	19.100	27.400 " (a)
- Pensions révisées	34.500	66.400 " (a)
- Pensions substituées à des pensions d'invalidité	3.000	81.900 "
- Allocations aux vieux travailleurs	8.200	68.800 "
- Droits dérivés	5.800	17.900 "
- Assurés mixtes nés du 1.4.1886 au 31.12.1890	4.850	86.700 "
- Assurés d'Alsace et de Moselle	3.200	118.900 "
TOTAL PARTIEL	<u>82.250</u>	55.400 "
<u>TITULAIRES BENEFICIANT DE L'ALLOCATION SUPPLEMENTAIRE</u> (pour eux-mêmes et éventuellement pour leur conjoint):		
- Rentes (majorées ou non)	1.100	62.300 Frs
- Pensions non révisées	-	-
- Pensions révisées	55.200	110.400 "
- Pensions substituées à des pensions d'invalidité	3.300	121.500 "
- Allocations aux vieux travailleurs	38.750	106.200 "
- Droits dérivés	10.500	65.600 "
- Assurés mixtes nés du 1.4.1885 au 31.12.1890	7.800	120.200 "
- Assurés d'Alsace et de Moselle	1.100	133.800 "
TOTAL PARTIEL	<u>117.750</u>	105.700 "
<u>ENSEMBLE DES TITULAIRES</u>	<u>200.000</u>	85.000 "

(a) Compte non tenu de la fraction de la pension des assurés mixtes nés après 1890 qui est payée par les Caisses Régionales d'Assurance Vieillesse du régime non agricole.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

- Accidents du travail et maladies professionnelles -

F r a n c e

GENEVE 1959

Table des matières

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

	Page
A - Historique générale - Principales étapes jusqu'en 1945	105
B - La réforme 1945/1946 - la Sécurité Sociale	110
C - L'évolution depuis 1945/1946	117

309

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE
DANS LES PAYS DE LA C.E.C.A.

F R A N C E

ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES

A - HISTORIQUE GENERAL - PRINCIPALES ETAPES JUSQU'EN 1945

L'Assurance Accidents du Travail et Maladies Professionnelles est sans doute celle qui a connu, depuis sa création, les transformations les plus profondes, quant aux principes sur lesquels elle est fondée, et quant à la technique - administrative et financière - qu'elle met en oeuvre.

Conçu au départ comme un "risque professionnel" contre lequel l'employeur devait se prémunir, l'accident du travail est devenu en 1945 un "risque social" nécessitant réparation en fonction des besoins de la victime au même titre que la maladie par exemple, d'où l'intégration de l'Assurance Accidents du Travail dans l'organisation générale de la Sécurité Sociale.

- 1 - La première loi française sur les Accidents du Travail date du 9.4.98. Avant elle, les accidents survenus aux ouvriers par le fait du travail étaient réparés par application de la législation civile (art. 1382 et 1384 du Code) obligeant la victime à apporter la preuve que la cause de l'accident était imputable à l'employeur et que celui-ci pouvait être considéré comme redevable de dommages-intérêts.

La jurisprudence - devant la multiplication des accidents due au développement du machinisme au cours de la seconde moitié du XIXème siècle - réussit à assouplir l'extrême rigueur de cette règle qui faisait peser sur le salarié le fardeau d'une

preuve toujours difficile à apporter. Mais elle trouva assez vite ses limites et le droit commun se révélait inapte à assurer d'une façon convenable l'indemnisation des accidentés du travail.

2 - C'est ainsi qu'est né un principe nouveau de responsabilité qui, supprimant la charge de la preuve, permettait la réparation légale de tous les accidents dus au travail (à la seule exception de ceux provenant de la faute intentionnelle du salarié) et mettait la victime à l'abri de l'insolvabilité du débiteur de cette réparation. C'est ce principe nouveau qu'a consacré la loi du 9.4.98 dont les caractéristiques essentielles étaient les suivantes.

3 - L'accident est un risque professionnel à la charge du patron qui doit prévoir les accidents pouvant survenir à son personnel au même titre qu'il prévoit l'usure ou la destruction de son matériel. "Il y a là - disait un auteur - un passif éventuel à la charge de son industrie. La faute de l'ouvrier, l'absence de faute du patron, les cas fortuits ou de force majeure ne sont pas à considérer... L'accident est la cause génératrice du droit à l'indemnité, l'accident vaut titre ...".

4 - Comme contre partie de l'étendue de la responsabilité de l'employeur le législateur veut que celle-ci soit toujours partielle. La détermination de l'indemnité est soustraite à l'arbitraire du juge. Elle est fixée par la loi, mais prend un caractère forfaitaire.

5 - La loi de 1898 se refuse à prescrire l'assurance obligatoire de l'employeur mais protège la victime contre l'insolvabilité du débiteur :

- en instituant, pour le paiement des frais médicaux, pharmaceutiques et pour celui des indemnités allouées en cas d'incapacité temporaire, un privilège s'exerçant sur la généralité des meubles appartenant à l'employeur;
- en créant, pour le paiement des rentes en cas de mort ou d'incapacité permanente, un fonds spécial de garantie constitué par des contributions de tous les employeurs assujettis et géré par l'Etat.

Elle prévoit cependant que les employeurs peuvent s'assurer contre le risque professionnel, auprès de Compagnies d'assurances, de mutuelles ou de syndicats de garantie liant solidairement tous les adhérents, ces Sociétés étant soumises à un agrément exprès du Ministre du Travail et à une surveillance particulière, de façon à mettre leur solvabilité à l'abri de tout aléa.

6 - La procédure - qui est de la compétence des juridictions de droit commun - est simplifiée de façon à permettre un règlement plus rapide des litiges et à donner des garanties supplémentaires aux victimes. En particulier cette procédure devient entièrement gratuite.

7 - A l'origine, limitée aux entreprises industrielles, la loi du 9.4.98 a été successivement étendue :

- aux entreprises agricoles et forestières par les lois du 30.6.99, du 15.7.1914, puis par les lois du 15.12.1922 et du 30.4.1926 qui instituaient en fait un régime particulier pour l'ensemble du secteur agricole,
- aux exploitations commerciales par la loi du 12.4.1906,
- aux domestiques, gens de maison, serviteurs etc... par une loi du 2.8.1923,
- aux voyageurs et représentants de commerce par la loi du 18.7.1937.

8 - Une loi du 18.7.1907 a institué une assurance volontaire ouverte aux catégories d'employeurs non assujettis à l'assurance obligatoire, lesquelles, compte tenu des extensions successives de cette dernière, ne comptaient plus, pratiquement, que les professions libérales.

9 - Enfin, en vertu d'une loi du 25.10.1919, la législation sur les responsabilités des accidents du travail a été étendue aux maladies reconnues comme étant d'origine professionnelle, la liste de ces maladies étant incluse dans des tableaux annexés à la loi elle-même, et pouvant être complétée par des lois ultérieures.

- 10 - La principale et, en fait, la seule modification importante apportée à la loi de 1898 avant l'institution de la Sécurité Sociale résulte d'une loi du 1.7.38, dont les traits caractéristiques peuvent être définis de la façon suivante.
- 11 - L'objet essentiel de la loi de 1898 avait été de garantir les ouvriers exposés à un risque dû à l'exercice d'une profession dangereuse. Déjà la loi du 12.4.1906 visant les exploitations commerciales s'écartait de cette notion pour lui substituer celle d'un risque résultant de la seule qualité de salarié. C'est l'autorité qu'exerce l'employeur sur son personnel qui devient alors source de responsabilité. Il s'ensuit que ce n'est plus la nature de l'exploitation qui ouvre droit à réparation, c'est la nature du contrat qui lie le salarié à l'employeur. Par conséquent la loi s'applique dès lors qu'est établie l'existence d'un contrat de louage de services, la preuve de cette existence étant à la charge de la victime mais pouvant être rapportée par tous moyens (témoignages, serment, simple présomption etc...)
- 12 - Consacrant l'interprétation que la jurisprudence avait donnée de la loi d'origine, celle du 1.7.38 précise que l'accident est couvert " en quelque lieu que le travail s'effectue". En conséquence la condition nécessaire et suffisante pour la qualification juridique de l'accident du travail réside dans le fait que celui-ci s'est produit au cours de l'exécution du contrat de louage de services.
- 13 - En matière de prestations, les modifications les plus marquantes de la loi du 1.7.38 ont été les suivantes :
- pour éviter toute ambiguïté il a été précisé que la loi était applicable "même lorsque l'accident n'entraînait pas interruption de travail",
 - pour faire suite à la jurisprudence née de la loi de 1898, il a été stipulé que tous les frais entraînés par un séjour en clinique privée étaient couverts, mais dans la limite des tarifs des établissements hospitaliers publics,

- suppression du délai de carence que la loi de 1898 avait fixé à 4 jours pendant lesquels l'indemnité journalière n'était pas due si l'incapacité temporaire n'avait pas duré plus de 10 jours. En contre partie la loi de 1938 a prévu que quelle que soit la durée de l'incapacité le ou les jours non ouvrables suivant immédiatement le jour de l'accident ne devaient pas être indemnisés,
- paiement intégral à la charge de l'employeur de la journée de l'accident, comme l'avait d'ailleurs admis au préalable la jurisprudence,
- augmentation à partir du 33ème jour d'incapacité temporaire du taux de l'indemnité journalière qui passe de 50 % à 66,66 % du salaire journalier perçu au moment de l'accident,
- amélioration du mode de calcul des rentes, par adoption des dispositions suivantes :
 - en cas d'incapacité partielle, la fraction du taux d'incapacité excédant 50 % est comptée en totalité alors qu'auparavant la totalité de ce taux était réduite de moitié,
 - en cas d'incapacité totale, la rente est égale à 75 % du salaire annuel, au lieu de 66,66 % précédemment. Elle est portée à 100 % lorsque la victime est obligée d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie,
 - création d'un barème d'invalidité propre aux mutilés du travail s'inspirant de celui applicable aux mutilés de guerre, mais tenant compte d'une manière très large de la profession exercée par la victime, alors que la loi de 1898 laissait à la sagesse du juge le soin de fixer le taux d'incapacité,
 - en cas d'accident mortel, augmentation du taux des rentes servies aux survivants, élévation du plafond de cumul et élargissement de la définition des ayants-droit.

Pour terminer cet aperçu de la législation antérieure à 1945, précisons que si les employeurs, légalement responsables des accidents survenus à leur personnel, n'étaient pas tenus de s'assurer contre ce risque, en réalité la plupart d'entre eux ne voulurent

pas laisser peser sur leur patrimoine l'éventualité des obligations résultant de cette responsabilité et souscrivirent un contrat auprès d'une Société ou Mutuelle d'assurance, qui leur était dès lors substituée. Seules quelques entreprises importantes (citons en particulier les Houillères) restèrent leur "propre assureur". L'assurance "accident du travail" connut donc en fait un très grand essor.

B - LA REFORME DE 1945/1946 LA SECURITE SOCIALE

Ainsi qu'il a déjà été indiqué dans le Chapitre de l'Assurance Maladie-Maternité, l'une des caractéristiques fondamentales du régime de Sécurité Sociale institué en 1945 réside dans un regroupement des divers risques sociaux, à l'intérieur d'une organisation unifiée, ou tout au moins procédant d'une conception d'ensemble tendant vers l'unification.

Cette constatation se vérifie tout particulièrement à propos de la législation sur les Accidents du Travail et les Maladies Professionnelles puisque celle-ci a été intégrée dans le régime général de Sécurité Sociale par l'ordonnance organique du 4.10.45 dont les articles 1er et 87 énoncent :

- "l'organisation de la Sécurité Sociale assure dès à présent le service des prestations prévues par la législation sur les Accidents du Travail et Maladies Professionnelles aux catégories de travailleurs protégés...",
- "la gestion des risques d'Accidents du Travail et Maladies Professionnelles sera prise en charge par les Caisses de Sécurité Sociale à compter du 1.1.47".

C'est en reprenant la notion extensive déjà donnée de la Sécurité Sociale par la Conférence Internationale de l'O.I.T. à PHILADELPHIE en 1944, et qui citait expressément les lésions résultant de l'emploi parmi les différentes éventualités devant donner lieu à réparation, que l'ordonnance du 4.10.45 a défini le nouveau régime connu "l'organisation destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain" ce qui incluait évidemment le risque des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Ce faisant, le législateur de 1945 abandonnait la conception antérieure du "risque professionnel" au sens de la loi de 1898, au profit de celle d'un risque inhérent à la vie et à l'activité de la personne à protéger. Perdant sa nature spéciale, la protection contre l'accident du travail ne constituait plus qu'un des aspects de la protection sociale due par la collectivité au travailleur, en sa qualité juridique et économique de salarié, au même titre que la maladie et l'invalidité. Il était dès lors logique d'instituer par une législation d'ordre public un système d'assurance obligatoire analogue, dans ses grandes lignes, à celui des autres risques de même nature et d'en confier la gestion aux organismes nouvellement créés. C'est ainsi que l'ordonnance du 4 Octobre 1945 contient les dispositions nécessaires pour le financement de cette nouvelle branche de la Sécurité Sociale.

Par ailleurs, une loi du 30 Octobre 1946 abrogeant tous les textes antérieurs - sauf ceux concernant certains régimes spéciaux - et intitulée "Loi sur la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles" a apporté les adaptations nécessitées par cette réforme de structure et a fixé le nouveau régime des prestations.

1 - Différences essentielles avec le régime antérieur

Outre les différences fondamentales de structure et de financement qui résultent du concept nouveau de l'accident du travail, risque social, la législation de 1945/46 se distingue de l'ancienne sur les points suivants :

- a) En premier lieu l'accent est mis sur la prévention des accidents et des dispositions expresses sont prévues à cet effet. L'ordonnance du 4 Octobre 1945 crée un Fonds National de Prévention géré par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale alimenté par un prélèvement sur les cotisations d'accidents du travail et dont le rôle est de contribuer à la prévention.
 - 1°) Par la création ou le développement d'institutions ou de services de recherches, d'études, d'essais, d'enseignement, de documentation ou de propagande concernant l'hygiène et la sécurité du travail et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles;

- 2°) Par la création ou le développement d'institutions ou de services chargés de l'organisation ou du contrôle de la prévention ou fournissant le concours de techniciens-conseils en matière de prévention;
- 3°) Par l'attribution de subventions ou de prêts aux institutions visées aux deux alinéas ci-dessus;
- 4°) Par l'attribution aux entreprises d'avances à taux réduit, en vue de leur faciliter la réalisation d'aménagements destinés à assurer une meilleure protection des travailleurs.

En application de ces dispositions, a été créé un Institut National de Sécurité pour la prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles constitué par la Fédération Nationale des Organismes de Sécurité Sociale, le Conseil national du Patronat Français et les Organisation Syndicales Ouvrières et qui a pour tâche, sur le plan national, d'animer et coordonner la propagande en faveur de la prévention et de l'hygiène du travail, réunit toute la documentation technique, étudie les moyens de protection, assure la formation du personnel spécialisé etc...

De son côté, la loi du 30 octobre 1946 dans son titre même, confirme cette volonté et, avant même d'aborder les modalités de réparation, définit le rôle et les moyens d'action des Caisses de Sécurité Sociale dans le domaine de la prévention :

- consultation sur toutes les questions de prévention, de Comités Techniques régionaux et nationaux, constitués par branche professionnelle et composés pour 1/2 de représentants des salariés et pour 1/2 de représentants des employeurs,
- établissement de statistiques tenant compte des causes et des circonstances dans lesquelles sont survenus les accidents, de leur fréquence et de leurs effets notamment de la durée et de l'importance des incapacités qui en résultent, et exploitation pour l'étude de tous les problèmes de prévention,
- enquêtes menées par des ingénieurs-conseils et des contrôleurs de sécurité sur les conditions d'hygiène et de sécurité dans les entreprises.

- cotisations supplémentaires pour les employeurs qui ne prennent pas les mesures de sécurité jugées nécessaires, ou, au contraire, ristournes sur cotisations pour ceux qui ont fait un effort soutenu de nature à réduire réellement la gravité des risques,
- octroi de récompenses aux travailleurs qui se sont signalés par leurs initiatives en la matière,
- octroi d'avances à taux réduit, aux employeurs pour faciliter la réalisation d'aménagements assurant une meilleure protection des travailleurs,
- création et gestion ou aide financière au fonctionnement d'institutions ou services dont le but est le perfectionnement ou le développement des méthodes de prévention (ex. : fourniture aux entreprises de boîtes de secours contenant médicaments et pansements etc... destinés aux soins de première urgence.

Dans le même esprit la loi du 30 Octobre 1946 contient des dispositions spéciales sur la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement destinées à permettre et faciliter la réinsertion des mutilés du travail dans le circuit de la production.

- b) En ce qui concerne le champ d'application quant aux personnes protégées, la nouvelle législation sur les Accidents du Travail est pratiquement calquée sur celle des Assurances Sociales, c'est-à-dire qu'elle couvre toute personne salariée - ou assimilée - non déjà bénéficiaire d'un régime spécial.
- c) En ce qui concerne le champ d'application quant aux risques, elle élargit la définition de l'accident du travail en éliminant toute restriction basée sur la cause de l'accident. Mais surtout elle étend le bénéfice de la loi à tout accident survenu sur le trajet de la résidence au lieu de travail et vice-versa. La législation antérieure ne couvrait pas ce risque mais, en fait la notion même d'autorité patronale avait conduit peu à peu la jurisprudence à admettre certaines exceptions, ce qui préparait la modification législative de 1946.

d) Dans le domaine des prestations, les tarifs de soins sont maintenant ceux applicables en Assurance Maladie, de sorte que l'unification entre ces deux branches de la Sécurité Sociale est complète. On notera particulièrement que les tarifs d'honoraires - auparavant fixés selon un barème établi par le Ministère du Travail - sont désormais déterminés selon la procédure déjà exposée au chapitre I "Assurance Maladie", c'est-à-dire par voie de conventions entre les Caisses de Sécurité Sociale et les organisations syndicales de praticiens, ou à défaut de convention, par une Commission Nationale tripartite dont les décisions sont soumises à la décision du Ministre du Travail.

Pour le calcul de l'indemnité journalière, c'est, en règle générale, le salaire perçu au cours du mois civil précédant l'arrêt de travail qui est pris en considération.

Pour les rentes, le droit à révision du taux des rentes en cas d'aggravation de l'état de la victime, jusqu'alors ouvert pendant trois années seulement après la date originelle de fixation de ce taux, peut désormais être exercé sans limitation de durée à tout moment dans les deux premières années qui suivent la date de guérison apparente ou de la consolidation de la blessure, et ensuite par intervalles d'au moins un an. Par ailleurs, l'assistance **nécessaire d'une tierce** personne donne lieu à une prestation spéciale indépendante qui vient s'ajouter intégralement au montant de la rente.

Enfin, la loi du 30 Octobre 1946 fixe elle-même les critères d'évaluation du taux d'incapacité permanente et donne une définition très extensive, analogue à celle de l'Invalidité non professionnelle figurant dans la législation d'Assurances Sociales; le barème est maintenu mais n'a plus qu'un caractère indicatif.

e) Les litiges d'ordre administratif sont retirés de la compétence des juridictions de droit commun, et confiés aux Commissions du Contentieux général et unifié de la Sécurité Sociale créé par la loi du 24 Octobre 1946. De même les litiges d'ordre

médical (et particulièrement ceux portant sur l'évaluation du taux d'invalidité) sont réglés par les mêmes Commissions techniques spécialisées - régionales et nationale - que celles prévues en matière d'Assurance Invalidité.

- f) La prévention et la réparation des maladies professionnelles ne font plus l'objet d'une législation spéciale mais sont incluses dans la loi sur les accidents du travail qui renvoie au Règlement d'Administration Publique pour fixer les tableaux des manifestations morbides qui sont présumées d'origine professionnelle et pour énumérer les produits dont les émanations et la manipulation sont génératrices d'affections, ainsi que les travaux susceptibles de provoquer ces affections.

2 - Principaux points communs avec le régime antérieur

- a) Comme la législation d'Assurances Sociales, la nouvelle législation sur les accidents du travail laisse en dehors de ses champs d'application les travailleurs appartenant à certaines branches professionnelles et ceux qui bénéficient d'un statut spécial. C'est ainsi que sont expressément exclus :

- les salariés agricoles pour lesquels restent applicables les dispositions de la législation antérieure (lois du 15 Décembre 1922 et 30 Avril 1926 modifiées ensuite par les lois du 15 Mars 1945 et 19 Septembre 1954 et étendant à l'agriculture la loi du 9 Avril 1898), (1)
- les ressortissants du régime spécial des marins du commerce, des ouvriers, apprentis et journaliers appartenant aux ateliers de la marine,
- les fonctionnaires et agents du cadre permanent de l'Etat et des Collectivités Locales dont le statut particulier prévoit des avantages spéciaux en cas d'accident survenu dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice des fonctions.

.../...

(1) C'est pourquoi l'exposé des règles applicables aux accidents du travail agricoles a été renvoyé à la fin du présent chapitre.

.../...

Par ailleurs, les dispositions de la loi du 30 Octobre 1946 concernant la réparation des accidents ont bien été étendues à un certain nombre de professions mais la gestion du risque a été maintenue aux organismes spéciaux pré-existants avec leur mode de financement propre. Il en est ainsi notamment :

- des ressortissants du régime des mines qui reçoivent les prestations de leurs sociétés de secours,
- des agents titulaires ou non de la Société Nationale des Chemins de Fer Français.

Enfin la loi prévoit que certaines collectivités et entreprises peuvent être autorisées à assumer directement la charge de la réparation des accidents du travail. Ce point sera examiné plus loin à l'occasion des explications sur la structure du régime.

- b) La réparation de l'accident conserve son caractère forfaitaire, les prestations étant étroitement réglementées par la loi. Toutefois des avantages complémentaires peuvent être accordés aux victimes, soit par l'employeur, soit par des institutions autorisées à cette fin.

La législation ne vise toujours que l'accident corporel et n'indemnise que les atteintes au corps humain, ainsi que les conséquences économiques qui en résultent pour la victime. L'indemnisation des dommages matériels entraînés par un accident reste du domaine du droit commun. De même la victime conserve toujours le droit de demander au tiers responsable de l'accident, réparation du préjudice non couvert par la législation sur les accidents du travail (pretium doloris)

- c) Le mode de calcul des rentes reste basé sur la règle de la double proportionnalité :
 - celle du taux de l'incapacité permanente de travail,
 - celle du montant du salaire que percevait la victime avant l'accident.

d) Toutes les prestations de soins (honoraires médicaux et chirurgicaux, frais pharmaceutiques, d'hospitalisation et de traitement, frais d'appareillage et de prothèse etc...) sont versées directement par les Organismes de Sécurité Sociale aux fournisseurs des services et produits, selon le système du tiers payant. En conséquence la gratuité complète des soins de toute nature continue d'être la règle en matière d'accident du travail.

e) En matière de financement, le taux de la cotisation est resté différencié selon les branches professionnelles et fondé sur la gravité et la fréquence des accidents et par conséquent sur les résultats financiers de la gestion du risque dans chacune d'elles. Cependant, depuis l'institution du nouveau régime, un regroupement très important a été réalisé et le nombre des taux considérablement diminué. Pour certaines activités, même, un taux unique interprofessionnel a été institué; de même pour la couverture de certaines charges qui ne peuvent à l'évidence être différenciées selon les professions (ex. : accidents du trajet).

C - EVOLUTION DEPUIS 1945/1945

Dans le domaine des accidents du travail l'évolution législative et réglementaire a été moins prononcée qu'en matière d'Assurances Sociales. En dehors de modifications relativement secondaires et des lois qui, jusqu'en 1954, ont, à intervalles irréguliers majoré le montant des rentes, pour tenir compte de la hausse du coût de la vie, il faut citer essentiellement :

- 1 - Une loi du 2 Septembre 1954 qui a étendu aux rentes servies aux victimes atteintes d'une incapacité permanente et à celles servies aux ayants-droit en cas d'accident mortel, les dispositions de la loi du 23 Août 1948 visant les pensionnés d'invalidité et les pensionnés de vieillesse et qui institue une revalorisation automatique annuelle de ces prestations calculée par référence à l'augmentation des ressources du régime général (v. chapitres II et III).

- 2 - Un décret du 13 août 1955 qui stipule qu'en cas d'augmentation générale des salaires postérieurement à l'accident et lorsque l'interruption de travail se prolonge au-delà de 3 mois, le taux de l'indemnité journalière à partir du 4ème mois peut faire l'objet d'une révision, soit par application d'un coefficient fixé par arrêté interministériel soit - si cette seconde modalité est plus favorable à la victime - par un nouveau calcul basé sur le salaire que percevrait la victime chez son employeur, lorsque l'augmentation résulte d'une Convention Collective (disposition analogue à celle applicable en matière d'Assurance Maladie).

Sur cette même question des indemnités journalières signalons également qu'une loi du 12 janvier 1948 modifiée ensuite par une loi du 2 août 1949 a fixé une limite maxima au salaire de base servant au calcul de l'indemnité. Cette limite est égale à 1/100ème du montant du plafond annuel de calcul des cotisations.

- 3 - Une loi du 23 juillet 1957 qui a élargi la définition de l'accident de trajet dans le sens marqué par la jurisprudence intervenue depuis 1947, c'est-à-dire par l'extension de la notion de "résidence", point de départ ou d'arrivée du trajet et par l'inclusion des accidents survenus entre le lieu de travail et le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas.

+ +
+

1°) STRUCTURE

Ainsi qu'il a été exposé plus haut, la loi du 9 avril 1898 n'a pas institué l'assurance obligatoire. Mais, la gravité des mesures prises pour protéger les victimes contre l'insolvabilité des employeurs incita ces derniers à se couvrir d'une telle responsabilité auprès de Compagnies d'Assurance privées, de mutuelles ou de syndicats professionnels de garantie, selon les règles du droit commun des assurances. Rappelons qu'en outre, la loi de 1898 créait un fonds spécial de garantie pour le paiement des rentes, géré par l'Etat.

La législation nouvelle de 1945/1946 ayant inclus le risque Accidents du Travail dans l'organisation générale de la Sécurité Sociale ce sont les Caisses de Sécurité Sociale qui sont chargées de la gestion.

Dans le régime général, les Caisses Primaires et Régionales qui sont des organismes de droit privé chargés de la gestion d'un service public et qui, à ce titre, sont administrées par des Conseils élus par leurs ressortissants (3/4 représentants des salariés - 1/4 représentants des employeurs) (v. chap. I) ont respectivement pour rôle :

- les Caisses Primaires : - de **recouvrer** les cotisations d'Accidents du travail,
 - de gérer le risque en ce qui concerne les incapacités temporaires,

- les Caisses Régionales: - de gérer le risque en ce qui concerne les incapacités permanentes,
 - de coordonner la gestion de l'ensemble du risque pour la région et en particulier de fixer le taux des cotisations d'après les règles déterminées par arrêté interministériel,
 - de promouvoir et coordonner la prévention des Accidents du Travail et Maladies Professionnelles dans la région,
 - d'assurer la compensation régionale de la fraction du risque gérée par les Caisses Primaires de la région et de garantir la solvabilité de celles-ci.

Quant à la Caisse Nationale, qui est un établissement public, elle a pour tâches :

- d'assurer la compensation nationale de la fraction du risque gérée par les Caisses Régionales et de garantir la solvabilité de celles-ci,
- de gérer le Fonds National des Accidents du Travail et le Fonds National de prévention des Accidents du Travail et des Maladies Professionnelles.

Auprès du Conseil d'Administration de chaque Caisse Régionale, comme auprès du Comité de Gestion du Fonds National de prévention, sont constitués par branche ou groupe de branches d'activité, des Comités techniques composés par parties égales de représentants des organisations professionnelles de travailleurs et d'employeurs et qui sont chargés d'assister ces Assemblées sur toutes les questions relatives à la gestion du risque (classement et fixation des cotisations d'une part, prévention d'autre part).

Enfin, ainsi qu'il a déjà été dit plus haut (v. § B - 2° - a) certaines collectivités et entreprises peuvent sous certaines conditions assumer directement la charge de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles. Ce sont :

- les collectivités et établissements publics, les entreprises assurant un service public et - exceptionnellement des entreprises privées d'intérêt général - qui peuvent par arrêté interministériel recevoir l'autorisation d'assumer la charge partielle ou totale du risque,
- les entreprises privées occupant habituellement au moins 1.000 personnes qui peuvent par arrêté du Ministre du Travail, pris sur demande conjointe de l'employeur et du Comité d'Entreprise et après avis conforme de la Caisse Régionale, être autorisées à confier audit Comité le service, sous le contrôle de la Caisse Primaire, des prestations d'incapacité temporaire (soins et indemnités journalières). Mais cette autorisation ne peut être donnée qu'aux établissements qui justifient de l'existence ou qui s'engagent à instituer :
 - un service spécial de gestion,
 - un service de soins médicaux d'urgence et de contrôle des victimes.

L'employeur remet alors périodiquement au Comité d'entreprise les sommes destinées à couvrir le montant des prestations et des dépenses de gestion, et calculées en appliquant à l'ensemble des salaires payés au personnel un pourcentage fixé par accord entre l'employeur et le Comité, sous réserve de l'approbation de la Caisse Régionale. Il doit en outre justifier de la caution solidaire d'un établissement bancaire, en garantie du paiement des indemnités et de toutes sommes dues à l'occasion de la réparation des accidents.

Cette autorisation peut à tous moments être retirée s'il apparaît que le risque n'est pas géré de façon satisfaisante ou que l'effort de prévention est insuffisant ou encore que les renseignements statistiques et comptables ne sont pas fournis de façon régulière aux Caisses de Sécurité Sociale. En revanche, l'employeur ou le Comité d'Entreprise peut à tout moment renoncer à l'application de ces modalités particulières pour être soumises au régime commun.

On voit que pour les collectivités et entreprises appartenant à la première catégorie, (et parmi lesquelles on peut citer à titre d'exemples : (La Compagnie Générale Transatlantique, le Crédit Foncier de France, le Crédit National, la Banque de France, Air-France), l'organisation du régime général est, sur le plan financier et sur le plan administratif complètement étrangère à la gestion du risque.

Par contre pour celles appartenant à la seconde (et qui compte environ 10 à 15 entreprises) la gestion du risque est étroitement contrôlée par les organismes du régime général.

Dans le régime minier, la structure est sensiblement analogue à celle du régime général, la gestion des incapacités temporaires étant confiée aux Sociétés de Secours minières (toute-fois un décret du 18 Septembre 1943 a chargé les Houillères de cette gestion en ce qui concerne leur propre personnel et deux autres exploitations ont également été réglementairement autorisées à gérer ce risque) et la gestion des incapacités permanentes confiées aux Unions Régionales des Sociétés de Secours.

2° RISQUES COUVERTS

N.B. Les explications qui vont suivre sont valables pour le régime général et pour le régime minier.

a) Définition de l'accident du travail et limites

L'évolution de la notion d'accident du travail a déjà été retracée brièvement au début de cette étude. Il suffit donc de rappeler qu'elle s'est développée constamment dans le sens de l'extension du champ d'application sous l'influence d'une jurisprudence favorable aux victimes, due elle-même à une double cause :

.../...

- celle déjà signalée au chapitre II à propos de l'Assurance Invalidité et qui est le mouvement attractif qui exerce à son profit toute législation sociale plus favorable aux personnes protégées. Or, de tous temps, les prestations services en cas d'accident du travail ont été plus importantes que celles prévues par les autres branches d'assurance (soins gratuits par le système du tiers payant - mode de calcul et taux des indemnités et rentes plus généreux)
- le développement industriel et de la mécanisation entraînant un accroissement des dangers professionnels, ainsi que l'apparition de nouvelles formes d'activités génératrices de nouvelles causes d'accidents.

Le rappel des textes donnant cette définition permet de mesurer l'évolution accomplie :

- loi de 1898 : "accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail",
- loi de 1938 : adjonction de l'expression : "en quelque lieu que celui-ci s'effectue",
- loi de 1946 : "accident, quelle qu'en soit la cause, survenu par le fait ou à l'occasion du travail, à toute personne salariée ou travaillant ... en quelque lieu que ce soit ..."

De son côté, la Cour de Cassation reprenant une jurisprudence constante, a, sous l'empire de la nouvelle législation, qualifié comme suit l'accident du travail :

"L'accident du travail est légalement caractérisé par l'action violente et soudaine d'une cause extérieure provoquant, au cours du travail, une lésion de l'organisme humain".

Mais, précisément en raison des causes évoquées ci-dessus - et qui subsistent - les litiges restent nombreux sur la détermination du caractère professionnel des accidents et les juridictions sont fréquemment saisies de conflits nés à propos

123

d'accidents survenus en dehors du temps mais sur le lieu du travail, ou au contraire, hors du lieu mais pendant le temps du travail, d'accidents survenus aux salariés envoyés en mission, d'accidents survenus dans les dépendances ou accessoires de l'entreprise, ou encore par le fait ou à l'occasion de travaux accessoires ou spéciaux etc, de même, pour les conflits concernant les accidents qui ont révélé un état pré-existant, ceux qui en ont déclenché un épisode aigu, ou ceux qui ont provoqué une évolution fatale.

Précisons seulement ici deux points importants :

- le travail bénévole, ne plaçant pas la personne qui le donne et celle qui le reçoit dans la position respective de travailleur et d'employeur, ne peut donner lieu à l'application de la législation,
- la grève, qui, dans la législation française, ne rompt pas le contrat de travail, mais en suspend néanmoins les effets, met le travailleur en dehors du champ d'application de la loi pendant toute la durée de l'arrêt du travail.

b) Accidents de trajet

La couverture des accidents de trajet est une innovation de la législation de 1946. Cependant, déjà la jurisprudence née de la loi de 1898 avait, dans certains cas, tel par exemple que celui du travailleur habitant dans un logement mis à sa disposition par l'employeur, admis que l'accident survenu sur le parcours de ce logement au lieu de travail devait être considéré comme un accident du travail.

La rédaction d'origine du texte de la loi étant la suivante :

"Est ... considéré comme accident du travail l'accident survenu ... pendant le trajet de la résidence au lieu de travail et vice-versa , dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel ou indépendant de leur emploi".

A la fois plus large et plus précise, la rédaction actuelle qui résulte de la loi du 23 Juillet 1957 est ainsi conçue :

"Est également considéré comme accident du travail, sous réserve des dispositions ci-après, l'accident survenu à un travailleur visé par le présent livre pendant le trajet d'aller et retour, entre :

- a) Sa résidence principale, une résidence secondaire présentant un certain caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu du travail;
- b) Le lieu du travail et le restaurant, la dantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas.

Les dispositions du présent article sont applicables dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi."

Sur ces textes également, la jurisprudence est très abondante notamment en raison de l'augmentation importante des accidents de la circulation. On n'en retiendra ici que quelques points maintenant nettement établis :

- 1 - Il y a l'accident du travail quelque soit le mode de locomotion utilisé par le travailleur,
- 2 - Le trajet commence et se termine à la porte de l'appartement privé du travailleur,
- 3 - L'accident doit s'être produit sur l'itinéraire normal que devait suivre le travailleur.

c) Maladies Professionnelles

En vertu de la loi du 25 Octobre 1919 dont il a été fait mention dans l'historique général (v. § A - 9) et des lois subséquentes qui l'ont complétée, une vingtaine de maladies professionnelles étaient indemnisées à la veille de la réforme de 1946.

Comme nous l'avons vu la réparation des maladies professionnelles est depuis 1946 incluse dans la législation sur les accidents du travail. La loi stipule que ce sont des tableaux annexés aux règlements d'administration publique qui énumèrent les manifestations morbides présumées d'origine professionnelle.

Il s'agit de manifestations d'intoxications aiguës ou chroniques présentées par les travailleurs exposés d'une façon habituelle à l'action des agents nocifs mentionnés par lesdits tableaux, qui donnent à titre indicatif la liste des principaux travaux comportant la manipulation ou l'emploi de ces agents.

D'autre part, des tableaux spéciaux énumèrent les infections microbiennes visées, qui sont présumées avoir une origine professionnelle, lorsque les victimes ont été occupées d'une façon habituelle aux travaux limitativement énumérés par ces tableaux.

Enfin d'autres tableaux peuvent déterminer des affections présumées résulter d'une ambiance ou d'attitudes particulières nécessitées par l'exécution des travaux limitativement énumérés.

Tous ces tableaux sont révisés et complétés après avis de la Commission d'Hygiène Industrielle, compte tenu des déclarations obligatoires que tout médecin doit faire des maladies qui, à son avis, présentent un caractère professionnel.

A l'heure actuelle, on compte 40 maladies sur l'ensemble de ces tableaux.

.../...

26

d) Action pour les maladies non reconnues

Toute manifestation morbide qui ne peut être classée maladie professionnelle donne lieu à l'application de la législation d'Assurance Maladie (v. chap. I). Aucune action civile spéciale autre que celle de la législation de droit commun n'est ouverte à la personne atteinte d'une telle affection.

3°) SOINS MEDICAUX - PROTHESE

Dans le régime général le principe du libre choix par la victime de son médecin, son pharmacien et, le cas échéant, des auxiliaires médicaux, dont l'intervention est prescrite par le médecin, ainsi que de l'établissement où il doit être soigné, a toujours été la règle.

Par contre, dans le régime minier, la victime est tenue de faire appel aux praticiens qui sont agréés pour donner leurs soins aux affiliés de la Sécurité Sociale minière.

Dans les deux régimes, la victime a droit à tous les soins (médicaux, pharmaceutiques, d'analyses, d'examens et fournitures diverses etc...) ainsi qu'au séjour dans les établissements publics ou privés, que requiert son état.

Dans le régime général les tarifs de ces soins et frais qui sous l'empire de la législation antérieure étaient fixés par arrêté ministériel sont maintenant les mêmes que ceux applicables en matière d'Assurance Maladie. Ils sont remboursés directement par la Caisse Primaire de Sécurité Sociale aux praticiens, auxiliaires médicaux, pharmaciens, établissements etc... de telle sorte que la victime ne supporte aucune dépense sauf si - en cas d'hospitalisation elle a fait choix d'un établissement privé dont les tarifs sont plus élevés que ceux de l'établissement public de même nature le plus proche, auquel cas elle est tenue au paiement de la différence.

Dans le régime minier, les soins sont également gratuits mais les praticiens, auxiliaires, etc... qui les donnent sont rémunérés forfaitairement comme en matière d'Assurance Maladie (v. chap. I).

Enfin, la victime a droit à la fourniture, à la réparation et au renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessaires en raison de son infirmité, à la réparation ou au remplacement de ceux que l'accident a rendus inutilisables. Mais elle est tenue de s'adresser à des Centres d'appareillage ou des fournisseurs spécialement agréés. Là aussi, par le système du tiers payant, ces fournitures sont gratuites pour le mutilé.

4°) INDEFINITES JOURNALIERES

L'évolution des règles applicables au calcul et au service de l'indemnité journalière due pendant la période d'incapacité temporaire a été retracée plus haut. Notons seulement que cette évolution a conduit à une similitude de plus en plus étroite entre la législation sur les Assurances Sociales et celle sur les Accidents du Travail, les dispositions plus favorables de cette dernière étant néanmoins toujours respectées. C'est ainsi que les seules différences notables que l'on constate aujourd'hui entre l'indemnité journalière maladie et l'indemnité journalière accidents du travail sont les suivantes :

- 1 - Accidents du Travail : le salaire de base est divisé par le nombre de jours ouvrables de la période à laquelle il se rapporte,
- Assurance Maladie : il est divisé par le nombre total de jours - ouvrables ou non,
- 2 - Accidents du Travail: le salaire journalier de base est limité au 1/100èmes du plafond annuel de calcul des cotisations (actuellement depuis le 1.1.59 : 6.600 Fs)
- Assurance Maladie : il est limité au plafond journalier des cotisations (actuellement depuis le 1.1.59 : 2.540 Fs),

3 - Accidents du Travail : l'indemnité journalière est portée aux 2/3 du salaire à partir du 29ème jour d'incapacité quelles que soient les charges de famille de la victime,

- Assurance Maladie : elle est portée aux 2/3 du salaire à partir du 31ème jour pour les assurés ayant au moins 3 enfants à charge.

4 - Accidents du Travail : l'indemnité n'est pas réduite en cas d'hospitalisation,

- Assurance Maladie : elle peut être réduite en cas d'hospitalisation, dans une proportion inverse des charges de famille,

5 - Accidents du Travail : l'indemnité est due pendant toute la durée d'incapacité qui précède la guérison ou la consolidation,

- Assurance Maladie : elle est limitée dans le temps.

5°) MONTANT DE LA RENTE

Dans le régime général comme dans le régime minier depuis l'origine le montant des rentes servies en cas d'incapacité permanente, est proportionnel :

- au taux d'incapacité constatée,
- au montant du salaire que percevait la victime avant son accident.

Celui des rentes servies aux survivants en cas d'accident mortel n'est évidemment établi qu'en fonction du second de ces 2 éléments.

.../...

a) Evolution du barème d'invalidité

Comme il a déjà été indiqué plus haut la loi de 1898 laissait au juge le soin de fixer le taux d'invalidité et la loi de 1938 instituait un barème propre aux mutilés du travail s'inspirant de celui applicable aux mutilés de guerre mais tenant compte d'une manière très large de la profession exercée par la victime. Enfin la loi du 30 Octobre 1946 fixe elle-même les critères d'évaluation du taux d'incapacité selon la définition suivante :

"Le taux de l'incapacité permanente est déterminé "d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, "les facultés physiques et mentales de la victime, ainsi que "d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, "compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.

On remarquera que sous réserve de l'allusion à un barème indicatif cette définition s'apparente étroitement à celle en vigueur en matière d'Assurances Sociales (v. chap. II).

Elle combine la conception d'incapacité physique et celle d'incapacité générale de gain sans que l'une prenne le pas sur l'autre. Précisons que l'évaluation du taux d'invalidité doit porter sur l'état global de la victime, c'est-à-dire tenir compte notamment d'infirmités ou d'accidents antérieurs, ainsi que des infirmités multiples occasionnées par le même accident. C'est la Caisse Régionale de Sécurité Sociale qui fixe le taux d'invalidité sur proposition de son médecin conseil, la victime pouvant toujours contester la décision prise devant une Commission Technique Régionale, puis en appel devant une Commission Nationale.

b) Indemnisation forfaitaire - Evolution du taux

Le calcul des rentes en cas d'incapacité permanente ayant toujours été fonction à la fois :

- du taux d'invalidité reconnu,

- du montant du salaire que percevait la victime avant l'accident,

il apparaît nécessaire de retracer l'évolution subie par chacun de ces 2 éléments depuis l'origine. Tel est l'objet du tableau figurant à la page suivante.

c) Rachat des petites rentes

Depuis 1938, la législation prévoit le rachat total des petites rentes dans les conditions suivantes :

- la rente doit correspondre à un taux d'invalidité n'excédant pas 10 %,
- le rachat n'est possible qu'à expiration du délai de 5 ans suivant la consolidation,
- il n'est effectué que si le titulaire est majeur ou dans le cas contraire à partir de sa majorité.

Le tarif des rachats est fixé par arrêté du Ministre du Travail.

d) Changement d'emploi

La rente est toujours accordée en principe à titre définitif, sous réserve des révisions possibles pour modifications du taux d'invalidité. En tout cas le changement d'emploi ne constitue pas un motif de réduction ou de suppression, même lorsqu'à la suite d'une rééducation professionnelle la victime retrouve des moyens normaux d'existence.

e) Droits des survivants

Depuis l'origine la législation a prévu l'octroi de rentes aux survivants lorsque l'accident a entraîné la mort. Mais les lois successives ont apporté dans ce domaine des améliorations sensibles dont les principales ont été les suivantes :

	LOI de 1898		LOI de 1938		LOI de 1946	
	TAUX INV.	MONTANT SALAIRE	TAUX INV.	MONTANT SALAIRE	TAUX INV.	MONTANT SALAIRE depuis le 1/9/1954 ²⁾
INCAPACITE PARTIELLE	Totalité du taux réduite de moitié	<p>Origine</p> <ul style="list-style-type: none"> - totalité du salaire jusqu'à 2.400 Frs par an - 1/4 au delà <p>Loi du 5/8/1920</p> <ul style="list-style-type: none"> - totalité du salaire jusqu'à 4.500 frs par an - 1/4 pour la fraction comprise entre 4.500 Frs et 15.000 Frs - 1/8 au delà <p>Loi du 8/7/1926</p> <ul style="list-style-type: none"> chiffres portés respectivement à 8.000 Frs et 18.500 Frs 	<p>Fraction du taux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inférieure à 50 % : réduite de moitié - supérieure à 50 % : prise en totalité 	<p>Mêmes dispositions que précédemment mais :</p> <ul style="list-style-type: none"> chiffres portés respectivement à 15.000 et 25.000 Frs possibilité d'élever ces chiffres par convention employeur/salarié <p>Ordonnance du 3/11/1944</p> <ul style="list-style-type: none"> chiffres portés respectivement à 52.000 Frs et 50.000 Frs <p>Loi du 16/10/1946</p> <ul style="list-style-type: none"> chiffres portés respectivement à 75.000 Frs et 125.000 Frs <p>Totalité du salaire</p>	<p>Fraction du taux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - inférieure à 50 % : réduite de moitié - supérieure à 50 % : augmentée du double 	<p>Pour toute invalidité au moins égale à 10 % :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Salaire minimum revalorisé chaque année (3) - Jusqu'au double de ce salaire minimum : prise en compte de la totalité du salaire - Entre le double et huit fois le salaire minimum : prise en compte du 1/3 de cette portion du salaire - la fraction du salaire en excédent est négligée
INCAPACITE TOTALE	66,66 %		75 %		- id - est-à-dire 100 %	
INCAPACITE TOTALE AVEC TIERCE PERSONNE	Néant		100 %		100 % plus majoration de 40 % du montant de la pension avec minimum (1)	

(1) Disposition identique à celle applicable en Assurance Invalidité (Voir Chapitre II) et en Assurance Vieillesse (Voir Chapitre III)

(2) Loi du 30/10/1946

- totalité du salaire jusqu'à 75.000 Frs
- 1/3 pour la fraction comprise entre 75.000 Frs et 125.000 Frs
- 1/8 au-delà

- suppression de la possibilité d'élever les qualités par convention

Loi du 12/1/1948

- totalité du salaire jusqu'à 120.000 Frs
- 1/3 pour la fraction comprise entre 120.000 Frs et 200.000 Frs
- 1/8 pour la fraction comprise entre 200.000 Frs et 1.460.000 Frs
- rien au-delà

Loi du 2/8/1949

- totalité du salaire jusqu'à 350.000 Frs
- 1/3 pour la fraction comprise entre 350.000 Frs et 1.460.000 Frs
- rien au-delà

Loi du 25/7/1952

Chiffres portés respectivement à 500.000 Frs et 2.044.000 Frs

(3) Actuellement 437.869 Frs par an

- conjoint survivant

La loi de 1938 a porté de 20 % à 25 % du montant du salaire annuel de la victime le montant de la rente servie au conjoint non divorcé et non séparé de corps. Elle a, en outre, prévu qu'en cas de remariage du conjoint, s'il a des enfants, la rachat (somme égale à 3 fois le montant de la rente) pourra être différé jusqu'à ce que le plus jeune des enfants ait atteint 16 ans. La loi de 1946 a supprimé le caractère facultatif de cette disposition et l'a rendue obligatoire.

Une loi du 25 Juillet 1952 a augmenté le montant de la rente viagère au conjoint en fixant le taux à 30 %. Elle a d'autre part introduit une disposition nouvelle intéressante en instituant au profit du conjoint survivant qui n'est pas lui-même bénéficiaire d'une pension de vieillesse ou d'invalidité du chef de son propre travail ou de ses propres versements, le bénéfice d'une rente égale à 50 % du salaire annuel lorsqu'il atteint l'âge de 60 ans ou avant cet âge aussi longtemps qu'il est atteint d'une incapacité de travail générale d'au moins 50 %, à condition que cette incapacité ait une durée minimum de 3 mois.

- orphelins

- orphelins de père ou de mère

Avant 1946 le taux des rentes était de :

- 15 % pour un enfant,
- 25 % pour deux enfants,
- 35 % pour trois enfants.

La loi de 1946 les a portés respectivement à, 15 %, 30 %, 40 %, puis augmentation de 10 % par enfant au-delà du 3ème.

- orphelins de père et de mère

Le taux de la rente est resté fixé à 20 % pour chacun des enfants, mais la loi de 1946 a étendu le droit à cette prestation à tous les orphelins de père et de mère quelle que soit la date à laquelle le second parent est décédé.

- Qualité et âge des enfants

Si la loi de 1898 prévoyait déjà que les enfants bénéficiaires étaient les enfants légitimes ou naturels la loi de 1933 y a ajouté les enfants adoptés.

La loi de 1946 a de son côté élargi le droit à prestation en stipulant que l'âge limite de 16 ans jusqu' alors exigé, dans tous les cas, était porté à 17 ans pour les enfants placés en apprentissage et 20 ans pour ceux qui poursuivent leurs études ou sont, par suite d'infirmités ou de maladies chroniques dans l'impossibilité permanente de se livrer à un travail salarié.

- Autres descendants

La loi de 1933 a étendu les pensions d'orphelins aux descendants privés de leur soutien naturel et devenus de ce fait à la charge de la victime (exemple : petits enfants). Celle de 1946 a ajouté à cette définition les enfants recueillis par la victime.

- Ascendants

La loi de 1933 - non modifiée par celle de 1946 - a prévu une rente viagère de 10 % du montant du salaire de la victime au profit de chacun des ascendants qui étaient à sa charge au moment de l'accident - et lorsqu'il y a ni conjoint, ni enfant à chacun des ascendants qui peuvent apporter la preuve qu'ils auraient pu obtenir une pension alimentaire.

- Maximum des rentes autorisé

La loi de 1933 a limité à 75 % du montant du salaire annuel de la victime le total des rentes servies à l'ensemble des ayants-droit ci-dessus énumérés et prévu en conséquence, en cas de dépassement, une réduction proportionnelle de chacune d'elles. La loi du 25 Juillet 1952 a porté ce chiffre à 85 %.

Outre les rentes servies aux survivants, une ~~indem-~~
dennité pour frais funéraires dont le maximum est actuellement
de 27.500 Frs - ainsi que, le cas échéant, une indemnité pour
frais de transport du corps, sont accordées aux personnes qui
ont effectivement supporté ces frais.

f) Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques

C'est la loi du 2 Septembre 1954 qui a étendu aux
titulaires des rentes d'accidents de travail les dispositions
d'une loi précédente applicable aux pensionnés d'invalidité et
aux pensionnés de vicillesse. (v. chap. II et III).

6°) FINANCEMENT

Comme les autres branches du régime général de la
Sécurité Sociale, l'assurance Accidents du Travail fonctionne, de-
puis 1947, selon le système de la répartition sauf que, pendant la
période transitoire, qui prendra fin en 1963, il est procédé à
l'évaluation forfaitaire des capitaux représentatifs de rentes pour
la fixation du taux des cotisations. Le système de la répartition
ne sera donc intégralement appliqué qu'à l'issue de cette période.

Son financement, depuis l'inclusion dans le régime
général de la Sécurité Sociale, est assuré uniquement par des coti-
sations calculées sur les salaires et à la charge exclusive des
employeurs. L'assiette de ces cotisations est exactement la même que
celle retenue en matière d'Assurances Sociales et en matière d'Al-
locations Familiales, c'est-à-dire, en particulier, qu'elle est
limitée à un salaire plafond, fixé à 660.000 Frs par an (55.000 Frs
par mois) depuis le 1.1.59. Quant à leur taux le législateur de
1946 n'a pas retenu le principe d'un pourcentage uniforme pour toutes
les professions - comme il a toujours été de règle pour les Assuran-
ces Sociales - mais a voulu au contraire différencier les pourcen-
tages en fonction de la fréquence et de la gravité des accidents,
estimant que ce procédé était favorable à la politique de prévention
sur laquelle il mettait l'accent. Cependant alors qu'avant 1946, le
nombre des taux était aussi varié que celui des cas particuliers,
depuis lors, un regroupement progressif est effectué, de telle sorte
qu'à l'heure actuelle on ne compte plus qu'une centaine de taux dif-
férents, variant entre 0,6 % et 21,4 %, quelques uns dépassant ces
chiffres dans des cas très particuliers.

En réalité, le système de tarification a connu plusieurs phases :

- la première, correspondant aux années 1947, 1948 et 1949 qui avait conduit à reprendre provisoirement les taux pratiqués par les Compagnies d'Assurances et les Sociétés Mutuelles ou à dégager le coût réel du risque pour les entreprises qui s'assuraient elles-mêmes. Aux taux ainsi définis s'ajoutait une majoration de 30 % pour couvrir l'ensemble des charges communes à toutes les branches professionnelles,
- la seconde qui s'est appliquée du 1er Janvier 1951 au 31 Décembre 1952 et qui - basée sur les éléments chiffrés correspondant aux salaires et aux prestations des années 1947 - 1948 et 1949 - faisait application du coût total du risque pour une même activité et par famille professionnelle,
- la troisième appliquée depuis le 1er Janvier 1953 - et toujours en vigueur - et qui consiste à exploiter les résultats des trois dernières années connues et à déterminer chaque année les taux en conséquence, le pourcentage des charges communes (accidents de trajet, alimentation de divers fonds etc..) restant fixé à un niveau uniforme déterminé chaque année par arrêté interministériel.

Quant au régime minier, il obéit à des règles propres de financement.

Depuis le 1er Janvier 1957, la tarification s'effectue a posteriori alors qu'avant cette date les opérations de tarification devaient avoir lieu en début d'exercice. Cette tarification, depuis 1951, repose sur les principes suivants :

- groupement des exploitations suivant la nature des substances extraites (houille, fer...),
- classement desdites exploitations, par le Service des Mines, suivant le risque naturel qu'elles présentent,

- 136
- détermination de catégories, par l'Union régionale, à partir de ce classement, en tenant compte de la gravité et de la plus ou moins grande disparité des risques qu'offrent les diverses entreprises,
 - fixation, par l'Union régionale, pour chaque catégorie, d'un taux de cotisation représentant le coût du risque pour la catégorie. Ce coût exprimé en un pourcentage des salaires soumis à retenues, est, en vue de la détermination du taux de cotisation, affecté d'un chargement destiné à assurer les ressources nécessaires, d'une part, pour la compensation des risques et la garantie des opérations, d'autre part, pour l'action sanitaire et sociale et la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Par rapport au régime général, l'organisation financière présente les différences suivantes :

- elle repose sur le principe de la répartition intégrale : il n'existe aucune évaluation forfaitaire des capitaux représentatifs des rentes comme dans le régime général,
- elle introduit la notion de risque naturel ayant pour effet de fixer un taux de cotisation qui, pour une exploitation donnée, n'est pas uniquement l'expression mathématique du coût du risque,
- elle implique une tarification collective contrairement à la pratique suivie par le régime général pour les entreprises comptant au moins 300 salariés.

L'évolution du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que de leur fréquence dans le régime général est retracée à l'Annexe I du présent chapitre.

Le coût des accidents du travail et des maladies professionnelles de 1948 à 1956 dans le régime minier figure à l'annexe II. .../...

7°) READAPTATION FONCTIONNELLE ET REEDUCATION PROFESSIONNELLE

De même qu'elle a institué pour la première fois dans un texte législatif une série de mesures destinées à prévenir les accidents du travail, la loi de 1946 a réservé deux de ses chapitres à la réadaptation fonctionnelle et à la rééducation professionnelle des mutilés du travail.

C'est ainsi que toute victime a le droit de bénéficier, soit sur sa demande, soit sur l'initiative de la Caisse et après un examen par expert, d'un traitement spécial en vue de sa réadaptation fonctionnelle. Ce traitement peut comporter l'admission dans un établissement public ou dans un établissement autorisé à cet effet. Pendant toute la période du traitement la victime a droit à l'indemnité journalière et tous les frais de réadaptation sont à la charge de la Caisse.

De même si à la suite de l'accident, la victime devient inapte à exercer sa profession ou ne peut le faire qu'après une nouvelle adaptation, elle a le droit, soit sur sa demande, soit sur l'initiative de la Caisse, d'être admise gratuitement dans un établissement public ou privé de rééducation professionnelle spécialement agréé à cet effet, ou d'être placée chez un employeur pour y apprendre l'exercice d'une profession de son choix, sous réserve de présenter les conditions d'aptitudes requises; elle subit, à cet effet un examen psychotechnique préalable. Tous les frais de rééducation sont supportés par la Caisse qui verse également l'indemnité journalière (ou la rente) éventuellement portée au montant minimum du manoeuvre de la profession en vue de laquelle la victime est réadaptée.

Enfin, le Règlement d'Administration Publique de la loi de 1946 a prévu, afin de faciliter le reclassement de la victime, que la Caisse Primaire pouvait verser à celle-ci :

- une prime de fin de rééducation,
- un prêt d'honneur en vue d'une installation industrielle, artisanale ou agricole.

Le décret d'application de ces dispositions porte la date du 7 Décembre 1955; il détermine les conditions d'attributions de la prime et du prêt, leur montant, la durée du prêt, ses conditions de remboursement, et les garanties exigées. Mais les crédits permettant de couvrir ces charges n'ayant pas encore été dégagés, les Caisses de Sécurité Sociale n'ont pu jusqu'ici mettre ces mesures en vigueur.

Le régime spécial de réparation des Accidents du Travail ou agriculture n'ayant pas été modifié par la loi de 1946, ce sont les dispositions de la loi du 15 Décembre 1922 - modifiées par les lois du 30 Avril 1926, du 15 Mars 1945 et du 19 Septembre 1954 - qui restent applicables. Elles sont basées sur les principes de la législation de 1898.1938, mais ont été améliorées dans le sens d'un rapprochement avec les règles applicables dans les professions non agricoles.

Les principales différences qui subsistent entre les deux législations peuvent être résumées comme suit :

1°) STRUCTURE

a) Assurances privées

Les Caisses d'Assurances Mutuelles Agricoles constituées en vertu de la loi du 4 Juillet 1900 sont des organismes privés constitués entre les agriculteurs pour les assurer contre les risques de leur profession. Elles garantissent en particulier les Accidents du travail agricole.

L'organisation de base est constituée par la Caisse locale par l'intermédiaire de laquelle sont souscrits les contrats d'assurances. Les communes sont en général les sièges des Caisses locales.

Les caisses locales sont groupées au sein des Caisses départementales ou régionales qui les réassurent.

Les Caisses départementales et régionales sont elles-mêmes réassurées par la Caisse Centrale dont le rôle permet de faire jouer au maximum les règles techniques de l'assurance, à savoir la loi des grands nombres et la dispersion des risques.

b) Interventions des assurés dans la gestion des organismes

Par définition même les mutuelles agricoles sont formées d'adhérents assurés dans le but de se protéger réciproquement contre un risque éventuel. Les assurés sont en même temps leurs assureurs. Cette notion se retrouve à tous les échelons. En effet à l'échelon local les membres du Conseil d'Administration sont élus par les sociétaires et choisis parmi eux. Les caisses départementales et régionales sont administrées par les représentants élus des Caisses locales. La Caisse Centrale est gérée par des administrateurs élus par les représentants des caisses départementales et régionales.

2°) RISQUES COUVERTS

- Définition de l'accident du travail et limites

Toute lésion corporelle survenue au temps, au lieu et à l'occasion du travail.

- Accidents de trajet

Depuis une loi de 1954, ils sont couverts entre le lieu du travail et le lieu du domicile.

- Maladies Professionnelles

Sont garanties les maladies professionnelles énumérées dans le décret du 17 Juin 1955 paru au J.O. du 21 Juin 1955.

- Action civile pour les maladies non reconnues

Elle est possible. Les maladies non reconnues sont alors prises en charge par les Assurances Sociales, mais comme celles-ci ne réparent pas intégralement le risque (les incapacités inférieures à 66 % ne donnent pas lieu à une rente), la victime peut agir civilement contre son employeur pour le complément.

3°) MONTANT DE LA RENTE

a) Evolution du barème d'invalidité

L'existence d'une incapacité permanente à la date de consolidation de la blessure et le taux de cette incapacité sont appréciés souverainement par le juge qui peut utiliser les indications du barème d'invalidité établi par le décret du 24 Mai 1939. Les taux donnés par ce barème ne le lient pas et ils constituent seulement des minima.

b) Rachat des petites rentes

Les rentes sont rachetées lorsqu'elles sont inférieures à 1.000 frs

4°) FINANCEMENT

Les cotisations versées par les employeurs sont fixées par les organismes assureurs (mutuelles ou Compagnies privées) selon les règles classiques de l'assurance.

o

o

o

ANNEXE I
REGIME GENERAL

TABLEAU N° I

EVOLUTION DES RECETTES ET DES DEPENSES
DE LA BRANCHE "ACCIDENTS DU TRAVAIL"

ANNEES	RECETTES (1)	COEFF. AUGM.	DEPENSES (1)	COEFF. AUGM.	EXCEDENT OU DEFICIT (1)
1951	43.511	100	44.422	100	- 911
1952	54.131	124	52.297	117	+ 1.834
1953	59.573	136	61.310	138	- 1.737
1954	63.562	146	66.770	150	- 3.208
1955	80.182	184	84.575	190	- 4.393
1956	94.841	218	96.396	217	- 1.555
1957 (2)	108.165	248	110.681	249	- 2.516

(1) En millions de francs

(2) Résultats provisoires

TABLEAU N° II

EVOLUTION DU POURCENTAGE
DES COTISATIONS D'ACCIDENTS DU TRAVAIL
SUR LES SALAIRES IMPOSABLES

ANNEES	SALAIRES IMPOSABLES(1)	COTISATIONS A.T. (1)	%
1951	1.663.000	43.511	2,3
1952	2.387.000	54.131	2,2
1953	2.496.000	59.573	2,3
1954	2.684.000	63.562	2,3
1955	2.910.000	80.182	2,7
1956	3.353.000	94.841	2,8
1957	3.747.725	108.165	2,8

(1) En millions de francs.

TABLEAU N° III

NOMBRE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL, DU TRAJET, DES MALADIES PROFESSIONNELLES, DES ACCIDENTS
FOUVANT DONNER LIEU A I.P.P., DU NOMBRE D'INDEMNITES JOURNALIERES
(Indice d'augmentation)

ANNEES	NOMBRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL DECLARES	%	NOMBRE D'ACCIDENTS DU TRAJET (1)	%	NOMBRE DE MALADIES PROFESSIONNELLES DECLAREES	%	NBRE D'ACCIDENTS POUVANT DONNER LIEU A I.P.P. (2)	%	NOMBRE D'INDEMNITES JOURNALIERES	%
1951	1.827.470	100,-	97.420	100,-	5.356	100,-	76.115	100,-	22.511.703	100,-
1952	1.908.829	104,45	118.742	121,87	5.582	104,22	81.371	106,91	23.659.307	105,10
1953	1.829.164	100,09	126.811	130,15	5.925	110,62	82.743	108,71	23.542.633	104,58
1954	1.920.863	105,11	150.911	154,89	6.657	124,29	92.447	121,46	24.347.640	108,16
1955	2.049.189	112,13	168.705	173,16	7.325	136,76	102.102	134,14	25.761.363	114,44
1956	2.142.786	117,25	189.890	194,90	7.750	144,70	106.310	139,67	27.924.370	124,04

(1) Compris dans le nombre total d'accidents du travail

(2) Signalés au cours de la période considérée par la Caisse Primaire à la Caisse Regionale comme pouvant donner lieu à I.P.P.

TABEAU N° IV

NOMBRE DE RENTES EN COURS POUR CHAQUE CATEGORIE (1)

(Blessés, veuves, orphelins, ascendants)

ANNEES	DECES(2)	%	FLESSES	%	VEUVES	%	ORPHELINS	%	ASCENDANTS	%	TOTAL	%
1951	10.925	100,-	236.004	100,-	9.159	100,-	6.793	100,-	1.724	100,-	253.690	100,-
1952	12.733	116,55	294.651	124,87	11.095	121,01	7.751	114,10	2.094	121,46	315.631	124,42
1953	14.822	135,67	362.702	153,68	12.979	141,55	8.931	121,47	2.390	138,63	387.002	152,55
1954	17.200	157,44	431.139	182,68	14.423	157,41	10.393	153	2.947	165,14	458.812	180,86
1955	19.205	175,79	499.385	211,60	16.412	178,99	11.933	175,67	3.237	187,76	530.967	209,30
1956	21.662	198,28	574.646	243,49	19.053	207,80	13.809	203,28	3.801	220,48	611.662	241,11

(1) Chiffres arrêtés au 31.12

(2) Total des décès correspondant aux rentes en cours.

TABLEAU N° V

MONTANT DES RENTES EN COURS POUR CHAQUE CATEGORIE (1)

(Blessés, veuves, orphelins, ascendants)

(En millions)

ANNEES	MONTANT DES RENTES DE BLESSES EN COURS LE 31.12	%	MONTANT DES RENTES DE VEUVES EN COURS LE 31.12	%	MONTANT DES RENTES D'ORPHELINS EN COURS LE 31.12	%	MONTANT DES RENTES D'ASCENDANTS EN COURS LE 31.12	%	MONTANT TOTAL	%
1951	3.956.245	100,-	491.855	100,-	264.125	100,-	40.707	100,-	4.752.934	100,-
1952	5.784.963	146,22	754.750	153,45	335.918	127,18	51.600	126,76	6.927.233	145,75
1953	8.635.263	218,27	1.233.177	250,72	471.023	178,33	73.440	180,41	10.412.904	219,08
1954	10.768.523	272,19	1.595.736	324,43	603.187	228,37	91.165	223,95	13.058.612	274,75
1955	15.796.480	399,28	2.353.614	478,50	880.251	333,37	129.397	317,87	19.159.642	403,11
1955	19.766.545	499,63	2.854.321	580,32	1.119.091	421,43	174.332	428,26	23.908.487	503,03

(1) Chiffres arrêtés au 31.12

ANNEXE II

REGIME MINIER

MONTANT DES PRESTATIONS
 SERVICES EN MATIERE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DE MALADIES PROFESSIONNELLES
 DE 1948 A 1956
 (en milliers de francs)

ORGANISMES	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
S. S. M.	2.227.568(1)	540.877	542.619	730.023	953.014	966.401	853.607	893.668	979.625
U. R.	15.374	166.974	630.588	1.235.473	2.206.077	2.906.316	3.530.982	6.011.106	7.648.379
ENSEMBLE	2.242.942	707.851	1.180.207	1.965.496	3.161.091	3.872.717	4.384.589	6.904.774	8.628.004

(1) Les Sociétés de Secours Minières n'ont géré le risque primaire pour l'ensemble des affiliés au régime spécial que jusqu'à la date d'application du Décret du 18 Septembre 1948.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Allocations familiales

F r a n c e

GENEVE 1959

Table des matières

ALLOCATIONS FAMILIALES

	Page
A - Historique - Trois étapes caractérisent l'évolution de ce régime	141
B - Structure	147
C - Champ d'application	150
D - Prestations	154
E - Taux des prestations familiales	161
F - Financement	169
Conclusions	179

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE
DANS LES PAYS DE LA C.E.C.A.

F R A N C E

ALLOCATIONS FAMILIALES

A - HISTORIQUE - TROIS ETAPES CARACTERISENT L'EVOLUTION DE CE REGIME

1 - 1918 - 1932

Les allocations familiales naissent au début de cette période, du fait d'initiatives patronales.

Certains employeurs animés de préoccupations d'ordre social, mais également afin de réduire pour les entreprises le coût qu'entraîneraient d'importantes majorations des salaires, décidèrent d'accorder aux salariés chargés de famille, qui, plus que les autres travailleurs subissaient les conséquences des hausses de prix, dues à l'inflation monétaire, des suppléments de rémunération en fonction du nombre d'enfants à la charge de chaque travailleur.

Les allocations familiales présentaient alors un caractère de pure libéralité, puisque leurs taux et leurs conditions d'attribution étaient fixés par le règlement des Caisses de compensation auxquelles l'affiliation demeurait facultative.

Ces organismes répartissaient la charge des prestations familiales en fonction de l'importance des entreprises adhérentes et sans considération du nombre d'enfants de leur personnel.

A la fin de cette période, près de 25 pour cent des salariés bénéficiaient d'allocations familiales.

Le taux moyen des allocations mensuelles atteignait en 1930 2.500 Frs (évalués en francs de 1955) pour 3 enfants à charge, et la majoration des prestations entre 1920 et 1930 n'a pas dépassé 40 pour cent, chiffre sans commune mesure avec les majorations intervenues ultérieurement.

2 - 1932-1946

Cette seconde étape est caractérisée par l'intervention du législateur à deux reprises différentes (loi du 11 Mars 1932 et décret-loi du 29 Juillet 1939, dit Code de la famille).

La loi du 11 Mars 1932 mit fin à l'expérience patronale en créant un régime légal d'allocations familiales applicable aux salariés et en imposant aux employeurs l'obligation de s'affilier aux Caisses de compensation.

A partir de 1939, les allocations familiales furent étendues à l'ensemble de la population active (employeurs et travailleurs indépendants, exploitants agricoles et artisans ruraux), ainsi qu'à une partie de la population non active (chômeurs, malades, veuves, pensionnés de vieillesse ou d'invalidité).

On assistait, en même temps, à l'unification de la législation en ce double sens que le taux des allocations familiales jusque là variable selon les régions, était désormais soumis à une réglementation uniforme rendue applicable à l'ensemble des bénéficiaires de la législation, y compris les fonctionnaires qui avaient, jusque là, bénéficié de dispositions particulières.

Afin d'uniformiser les barèmes et de faire, en quelque sorte que les familles touchant des prestations représentant une proportion identique des salaires, les allocations familiales sont calculées sur le salaire moyen départemental.

Cependant, dès cette époque, le taux des prestations familiales est différencié pour les allocataires résidant dans les communes urbaines ou rurales, l'écart atteignant encore près de 50 % en 1946.

En même temps, la réforme apporte une majoration substantielle des allocations familiales (de l'ordre de 50 pour cent).

L'âge limite jusqu'auquel les enfants ouvraient droit aux allocations familiales primitivement fixé à 14 ans avec prolongation jusqu'à 16 ans en cas d'apprentissage, de poursuite d'études ou d'infirmité ou de maladie chronique, fut porté à 15 ans, (17 ans en cas d'apprentissage ou de maladie chronique, 20 ans en cas de poursuite d'études).

D'autre part, de nouvelles prestations familiales faisaient leur apparition.

C'est ainsi, que furent créées la prime à la première naissance réservée au premier enfant né dans les 2 ans du mariage et une allocation attribuée à la mère ou à l'ascendante qui n'exerce aucune activité rémunératrice et reste au foyer pour s'occuper de ses enfants, ou qui vit seule et exerce une activité salariée.

En 1941, cette allocation, dite de la Mère au foyer, devait se transformer en une allocation dite de Salaire unique attribuée aux familles des salariés qui ne bénéficient que d'un seul salaire ou d'un seul revenu professionnel assimilé.

L'allocation de Salaire unique, comme la précédente allocation de la Mère au foyer, était réservée aux familles fondées sur le mariage, pour les enfants légitimes ou adoptés.

Toutefois, le taux de l'allocation de Salaire unique variait suivant le nombre d'enfants à charge, alors que celui de l'allocation de la mère au foyer demeurait fixe. Il s'agissait d'une prestation de nature différente qui n'était plus réservée à la mère.

En 1943, l'allocation de Salaire unique représentait 53 pour cent des prestations familiales légales, contre 45,5 pour cent pour les allocations familiales, ce qui atteste l'importance de cette nouvelle prestation.

Parallèlement à son institution, l'allocation familiale au premier enfant était supprimée.

La législation évoluait ainsi vers des formules où l'aide apportée devenait plus substantielle pour les familles ayant au moins 3 enfants.

De 1937 à 1939, la hausse globale des allocations familiales est estimée à 142 pour cent. C'est-à-dire qu'en deux ans, les allocations familiales ont augmenté de 2 à 3 fois plus qu'elles ne l'avaient fait en 20 ans.

Entre 1940 et 1946, les taux ont, au contraire, peu varié (en francs de 1955, une famille de 3 enfants bénéficiaire de l'allocation de Salaire unique percevait à Paris 12.300 Frs en 1940 et 13.300 Frs en 1946).

Les allocations familiales, qui étaient versées au pro rata du temps de travail de l'allocataire, constituaient à cette époque un véritable sursalaire.

Financement

Le paiement des allocations familiales était financé pour les salariés, par des cotisations versées par les entreprises sur les salaires de leur personnel, pour les employeurs et les travailleurs indépendants, par des cotisations acquittées par les intéressés sur leur revenu professionnel, ou plus généralement, par des cotisations forfaitaires.

Il existait une multiplicité de caisses à cadre professionnel ou interprofessionnel dont la compétence s'étendait à un ou plusieurs départements ou même à l'ensemble du territoire.

Les cotisations de ces organismes différaient selon les Caisses. Celles-ci devaient appeler les cotisations nécessaires pour couvrir leurs charges variables selon les régions et les professions, aucune compensation de ces charges n'ayant été réalisée sur le plan national.

La contribution de l'Etat était limitée au financement des allocations d'assistance à la famille, ainsi qu'à la participation aux dépenses des Caisses de travailleurs indépendants résultant des exonérations de cotisations consenties à certaines catégories d'assujettis. Par contre, la participation de l'Etat atteignait les 2/3 des dépenses des Caisses agricoles jusqu'en 1942.

Les taux moyens de cotisations sur les salaires ont doublé de 1938 à 1945, augmentant régulièrement de 5 à 10 pour cent par an.

Les salariés et les exploitants agricoles étaient affiliés à des Caisses spécialement agréées pour cette profession.

L'Etat, les administrations publiques et certaines grandes entreprises, telles que les Houillères, avaient été dispensées de s'affilier aux Caisses de compensation et versaient directement les allocations à leur personnel.

Raisons de cette évolution

L'intervention du législateur et l'extension rapide de la législation s'expliquent par les circonstances suivantes :

- d'une part, la crise économique qui fit son apparition en 1930 aurait entravé le développement de l'institution si l'affiliation aux Caisses de compensation était demeurée purement bénévole.

Les employeurs qui avaient adhéré librement aux Caisses de compensation se trouvaient, en effet, placés en position défavorable sur le plan de la concurrence économique par rapport à ceux qui n'avaient pas accepté d'assumer cette charge financière.

- d'autre part, la crise de la natalité qui sévissait à cette époque devait inciter les Pouvoirs Publics à créer, en 1939, de nouvelles prestations familiales qui ne seraient plus destinées seulement à compenser les charges des familles, mais également à encourager la natalité.

3 - 1946 - 1957

Au cours de cette période, deux lois importantes ont modifié profondément l'institution.

L'évolution est caractérisée par l'intégration des allocations familiales dans le plan de sécurité sociale, à la suite de l'ordonnance du 4 octobre 1945.

Ce plan avait pour but la création d'une organisation unique de Sécurité Sociale destinée à garantir l'ensemble de la population contre les risques de toute nature susceptibles d'affecter la capacité de gain des individus ou d'accroître leurs charges (1)

Le régime des allocations familiales devait donc en faire partie intégrante au même titre que celui des assurances sociales et des accidents du travail.

La gestion des Caisses d'allocations familiales était confiée à des Conseils d'Administration composés de représentants des allocataires, et un taux de cotisation uniforme était institué sur l'ensemble du territoire avec un système de compensation jouant entre toutes les Caisses.

(1) Seules les professions agricoles ont été exclues du plan de sécurité sociale, l'ordonnance du 4 octobre 1945 ayant expressément prévu le maintien de leur statut antérieur.

Les réformes de la réglementation des allocations familiales qu'impliquaient les principes directeurs du plan de Sécurité Sociale furent réalisées par la loi du 22 Août 1946.

Cette loi avait un double objectif :

- d'une part, une extension des prestations à l'ensemble de la population active et non active ; seuls demeurant exclus du bénéfice des prestations familiales à caractère non nataliste, les chefs de famille qui n'exercent pas d'activité professionnelle normale et qui ne justifient pas de l'impossibilité de travailler.
- d'autre part, un relèvement substantiel des prestations et la création de nouvelles prestations destinées à encourager la natalité (allocations prénatales et allocation de maternité).

Par la suite fut créée, en 1948, l'allocation de logement.

Réalisant une redistribution des revenus en fonction des charges familiales, les allocations familiales ont été, en 1946, dissociées du salaire et constituent désormais une institution nationale visant à appliquer une politique de justice familiale en même temps qu'une politique démographique.

B - STRUCTURE

1 - Organisation administrative

a) Les Caisses d'Allocations familiales du régime général

Les Caisses de compensation professionnelles ont été remplacées par des Caisses d'allocations familiales à compétence territoriale (en principe départementale) accessibles aux professions industrielles, commerciales et libérales, dites Caisses du régime général.

La compétence de la Caisse de la région parisienne s'étend cependant à la Seine et à la Seine & Oise et 14 départements comportent plusieurs Caisses (le nord en particulier, compte 8 Caisses d'allocations familiales).

Quelques Caisses à caractère professionnel subsistent (Navigation fluviale, Pêche maritime, Marins du commerce).

La gestion des prestations familiales dans les mines est confiée aux Unions régionales de société de secours minières qui sont également chargées de gérer le risque d'incapacité permanente en matière d'accidents du travail et de maladie professionnelle.

Cependant en matière d'allocations familiales, ces organismes jouent pratiquement le rôle de Caisses d'allocations familiales professionnelles, étant donné que la compensation de leurs charges avec celles des Caisses du régime général est assurée par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale.

D'autre part, le régime agricole a conservé son autonomie, les salariés et les exploitants agricoles relevant des Caisses réservées à cette profession.

Il en est de même pour l'Etat, les services publics et les grandes entreprises nationalisées (Société nationale des chemins de fer, Electricité de France, Compagnie générale des eaux, Banque de France) qui n'ont pas été intégrés dans le régime général et versent directement les prestations familiales à leur personnel.

Par suite du maintien de ces nombreux régimes particuliers, les Caisses du régime général ne distribuent que 57 pour cent environ des prestations familiales versées à l'ensemble des salariés.

Par ailleurs, l'ordonnance du 4.10.45 a

retiré aux représentants des employeurs la gestion exclusive des Caisses.

Les Caisses d'Allocations Familiales du régime général sont, en effet, gérées par un Conseil d'administration composé paritairement de représentants élus des allocataires (d'une part, des salariés, d'autre part, des employeurs et des travailleurs indépendants).

Le conseil comporte, en outre, un représentant de l'Union départementale des associations familiales, deux personnalités connues pour leur travaux sur les questions démographiques ou leurs activités en faveur de la famille et deux représentants du personnel.

b) La Caisse Nationale de Sécurité Sociale

Son rôle, en matière d'allocations familiales, consiste à assurer la compensation nationale des charges d'allocations familiales entre les Caisses d'allocations familiales du régime général et les Unions régionales de sociétés de secours minières en recevant les excédents de celles qui encaissent plus de cotisations qu'elles ne paient d'allocations et en fournissant, au contraire, les fonds nécessaires à celles dont les dépenses sont supérieures aux recettes.

Cet organisme suit séparément sur le plan budgétaire la situation des sections "salariés" et celle des sections "employeurs et travailleurs indépendants".

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale assure, également, dans des conditions voisines, la compensation nationale des différents risques gérés par les Caisses de Sécurité Sociale (risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès d'une part, risques d'accidents du travail et maladies professionnelles d'autre part).

Il lui appartient, enfin, de gérer des fonds spéciaux parmi lesquels figure un "Fonds d'action sanitaire et sociale" alimenté par des prélèvements sur les cotisations de Sécurité Sociale et d'allocations familiales et qui a pour objet, entre autres, l'attribution de subventions ou de prêts aux Caisses d'Allocations Familiales pour l'exécution de leur programme d'action sociale.

Son rôle est donc essentiellement financier.

La Caisse Nationale de Sécurité Sociale est un établissement public administré par un Conseil d'administration composé de représentants des ministères intéressés et de membres élus, notamment par les Caisses de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.

c) Les Caisses mutuelles d'allocations familiales agricoles

Les Conseils d'Administration de ces organismes sont élus par les agriculteurs. Ils comprennent une représentation qui se décompose de la manière suivante :

- d'une part, une moitié d'exploitants et d'artisans ruraux n'employant pas de main-d'oeuvre,
- d'autre part, 1/4 de salariés agricoles et 1/4 d'exploitants et d'artisans ruraux employeurs de main-d'oeuvre.

A cette représentation s'ajoutent deux représentants des associations familiales désignés par l'Union départementale des associations familiales.

C - CHAMP D'APPLICATION

Le régime français des allocations familiales s'adresse, en principe, à toutes les personnes résidant en France et ayant à leur charge un ou plusieurs enfants résidant en France. Il est donc destiné à couvrir l'ensemble de la population, sous réserve de certaines conditions de résidence, et éventuellement de nationalité, qui seront examinées plus loin. ../..

Toutefois, ce principe a subi une restriction notable. Les personnes qui n'exercent pas d'activité professionnelle, ne rentrant pas dans les catégories de la population non active que la réglementation en vigueur admet de plein droit au bénéfice des allocations familiales et ne présentant pas de justifications valables démontrant que leur inactivité est involontaire, demeurent exclues du bénéfice des allocations familiales, à la seule exception de l'allocation de maternité et des allocations prénatales qui sont attribuées à l'ensemble de la population.

Cette restriction, qui a pour but essentiel d'écarter les oisifs du bénéfice des allocations familiales, confirme néanmoins que le régime français demeure un régime à base professionnelle dans lequel le droit aux allocations familiales reste lié, en règle générale et sous réserve des modalités particulières appliquées pour la population non active à l'exercice présent ou passé d'une activité professionnelle.

1 - Les salariés

La définition des salariés retenue par la législation sociale française est assez extensive ; est considérée comme salariée toute personne qui travaille, dans quelques conditions que ce soit, sous la dépendance d'une autre personne qui est, de ce fait, considérée comme son employeur.

Tous ces salariés, à quelque régime qu'ils appartiennent, reçoivent les mêmes prestations familiales, qui sont celles prévues par la loi du 22 Août 1946. Cependant, certains salariés des régimes particuliers, et notamment les fonctionnaires, bénéficient d'avantages supplémentaires qui peuvent consister, par exemple, en l'addition au salaire d'indemnités à caractère familial.

2 - Les travailleurs non salariés

Bénéficient des allocations familiales à titre de non salariées toutes les personnes qui exercent une activité

professionnelle normale sans se trouver dans la position de salariées au sens qui a été défini ci-dessus.

Les non-salariés relèvent soit du régime des professions agricoles, s'ils ont la qualité d'exploitants agricoles ou d'artisans ruraux, soit du régime général, s'ils sont employeurs ou travailleurs indépendants des professions industrielles, commerciales ou libérales.

Ces deux régimes versent à l'heure actuelle à leurs ressortissants des allocations familiales identiques. Ces allocations sont également les mêmes que celles versées aux salariés, sous cette réserve que les non-salariés ne bénéficient pas de certaines allocations réservées aux salariés : l'allocation de salaire unique et l'indemnité compensatrice.

Toutefois, cette parité relative n'est réalisée que depuis le 1er avril 1952 pour les non-salariés des professions agricoles et depuis le 1er janvier 1953 pour les non-salariés relevant du régime général. Les intéressés recevaient antérieurement des allocations familiales d'un montant moins élevé que celles attribuées aux salariés, par suite des difficultés rencontrées pour le financement de ces prestations.

D'autre part, les non-salariés perçoivent depuis le 1er juillet 1955 dans l'agriculture et, depuis le 1er octobre 1956, dans les autres professions, l'allocation de la mère au foyer qui remplace, pour ces catégories d'allocataires, l'allocation de salaire unique versée aux salariés. Mais cette allocation est versée à partir de 2 enfants à charge dans l'agriculture et de 3 enfants dans les autres professions, et les taux fixés pour les familles de 3 et 4 enfants sont plus élevés dans l'agriculture.

3 - Les chefs de famille n'exerçant aucune activité professionnelle

La réglementation en vigueur permet à certaines personnes n'exerçant aucune activité de bénéficier de plein

droit des allocations familiales sans avoir à fournir de justification spéciale.

Ce sont :

- les femmes seules ayant au moins 2 enfants à charge, les veuves d'allocataires et les veuves de guerre,
- les pensionnés d'invalidité dont le taux d'incapacité est suffisamment élevé pour justifier l'impossibilité de travailler,
- les pensionnés de vieillesse,
- les chômeurs inscrits à un fonds de chômage
- les victimes d'accident du travail, en cas d'incapacité temporaire ou permanente pour un taux d'invalidité d'au moins 85 pour cent,
- les malades et les femmes en congé pré et post-natal indemnisés par la Sécurité Sociale,
- les bénéficiaires d'un congé payé ou d'un congé de naissance,
- les chefs de famille qui accomplissent leur service militaire ou qui sont incarcérés.

Toutes les personnes qui ne font partie d'aucune de ces catégories peuvent néanmoins bénéficier des allocations familiales si elles justifient se trouver pour quelque raison que ce soit, dans l'impossibilité de travailler.

Les demandes formulées sont soumises à une Commission spéciale constituée dans chaque département, composée principalement des fonctionnaires et des représentants des Caisses et des Associations Familiales qui apprécient les justifications fournies et décident de l'octroi des prestations familiales.

En cas de rejet de la demande, l'allocataire dispose d'un recours devant la Commission de première instance du Contentieux de la Sécurité Sociale.

Les chefs de famille n'exerçant pas d'activité professionnelle, qui sont admis au bénéfice des allocations familiales, reçoivent, en principe, les mêmes prestations familiales que les salariés.

Toutefois, sauf dans le cas de pensionnés de guerre, l'allocation de salaire unique ne leur est accordée que s'ils ont exercé précédemment une activité salariée.

D - PRESTATIONS

1 - Différentes catégories de prestations

Le régime français des allocations familiales comporte un certain nombre de prestations familiales.

Certaines sont destinées à compenser les charges de famille, ce sont essentiellement les allocations familiales.

D'autres ont principalement pour objet d'encourager la natalité, ce sont les allocations prénatales, l'allocation de maternité et l'allocation de salaire unique aux jeunes ménages sans enfant.

D'autres encore ont une affectation particulière :

Il s'agit de l'allocation de logement et des prêts d'amélioration de l'habitat qui s'inscrivent dans le cadre d'une politique d'aide au logement des familles et de l'indemnité compensatrice destinée à compenser la suppression de certains avantages fiscaux dont bénéficiaient les familles des salariés jusqu'en 1948.

D'autres enfin présentent un double caractère d'encouragement à la natalité et de compensation des charges

familiales; ce sont l'allocation de salaire unique réservée aux salariés et l'allocation de la mère au foyer applicable aux non-salariés qui tendent, dans une certaine mesure, à permettre à la mère de se consacrer aux soins du ménage et à l'éducation des enfants.

2 - Conditions d'attribution

a) Il existe des conditions communes à diverses prestations familiales.

1°) En ce qui concerne les chefs de famille, ceux-ci doivent exercer leur activité professionnelle et résider sur le territoire métropolitain

L'exercice d'une activité professionnelle normale est requis, pour l'attribution des allocations familiales, de l'allocation de salaire unique et de l'allocation de la mère au foyer, des chefs de famille qui ne justifient pas de l'impossibilité de travailler.

Cette condition se concrétise par l'obligation pour le chef de famille de travailler au moins 18 jours ou 120 heures par mois s'il s'agit d'un salarié, ou de bénéficier d'un revenu professionnel annuel atteignant 180.000 frs, s'il s'agit d'un employeur ou d'un travailleur indépendant (1).

Cette activité doit s'exercer en métropole pour ouvrir droit aux allocations du régime métropolitain.

Les chefs de famille qui travaillent dans un

..../..

(1) Toutefois, dans le régime agricole, lorsque l'activité n'est que partielle, les prestations sont versées au prorata du nombre de journées de travail, s'il s'agit d'un salarié, ou proportionnellement à l'importance du domaine cultivé, s'il s'agit d'un exploitant.

un département ou sur un territoire de la France d'outre-Mer bénéficient du régime d'allocations familiales applicable à leur lieu de travail pour leurs enfants demeurés en métropole, sous déduction des droits ouverts par la mère aux prestations du régime métropolitain si elle réside sur ce territoire.

Les chefs de famille travaillant à l'étranger n'ouvrent droit à aucune prestation pour leurs enfants demeurés en métropole.

Il existe cependant les exceptions à ce principe résultant d'accords conclus avec des Gouvernements étrangers (voir ci-dessous).

2°) En ce qui concerne les enfants bénéficiaires

Toute personne ayant des enfants à charge est susceptible d'être considérée comme chef de famille et peut ouvrir droit aux prestations familiales à ce titre au profit des enfants, même s'il n'existe aucun lien de parenté ou d'alliance, et les prestations familiales sont versées du chef de la mère, lorsque le père ne remplit pas les conditions requises.

Les enfants doivent obligatoirement résider en France métropolitaine

C'est ainsi que les enfants résidant dans les départements ou sur les territoires de la France d'outre-mer perçoivent les allocations familiales des régimes institués sur ces territoires et non le régime métropolitain, même lorsque le chef de famille travaille en métropole.

La législation française repose, en effet, sur le principe de la territorialité.

Toutefois, différents accords conclus avec certains pays européens dérogent à ce principe. ..//..

- des accords de réciprocité sont intervenus avec la Belgique, le Luxembourg, la République Fédérale d'Allemagne et la Principauté de Monaco, en faveur des travailleurs frontaliers ou saisonniers.

Ces accords sont cependant limités à l'octroi de certaines catégories de prestations ou prévoient des indemnités forfaitaires pour charges de famille.

- des accords d'immigration ont été conclus avec l'Italie et l'Espagne pour garantir à leurs ressortissants qui travaillent en France et dont les enfants résident dans leur pays d'origine des indemnités pour charges de famille dont les conditions d'attribution et les taux diffèrent des allocations familiales et qui ne sont versées que pendant une certaine durée.
- les règlements N° 3 et 4 de la Communauté Economique Européenne concernant la sécurité sociale des travailleurs migrants garantissent pour une période de 3 ans aux ressortissants du Bénélux, de la République Fédérale d'Allemagne, de l'Italie et de la France les allocations familiales (à l'exclusion de toutes autres prestations) sur la base du régime en vigueur sur le territoire du lieu de travail du chef de famille, mais dans la limite du montant des allocations familiales applicables au territoire du lieu de résidence des enfants.

Cette réglementation est entrée en vigueur avec l'Italie dès le 1er Avril 1958 et s'est substituée au précédent accord d'immigration, sous réserve du maintien des droits acquis lorsque les taux antérieurs étaient plus élevés.

Elle a été rendue applicable aux ressortissants des autres Etats membres de la C.E.E. à compter du 1er janvier 1959, bien que les organismes payeurs n'aient pas encore reçu les instructions nécessaires au versement des allocations.

Les dispositions de ces différents accords s'expliquent par le fait que les pays étrangers ne seraient pas en mesure d'accorder aux ressortissants français des avantages analogues à ceux qui auraient résulté de l'application de la législation française aux étrangers qui travaillent en France et dont les enfants résident à l'étranger.

3°) En ce qui concerne l'âge des enfants

Quant aux conditions d'âge, elles sont les suivantes :

En ce qui concerne les allocations familiales celles-ci sont versées à partir de 2 enfants à charge, pour tous les enfants âgés de 15 ans, sous cette réserve que les enfants âgés de 6 à 14 ans doivent obligatoirement suivre, à moins de maladie, un enseignement scolaire et que les enfants âgés de 14 à 15 ans ne doivent pas exercer une activité salariée leur procurant un gain supérieur à la moitié du salaire de base servant au calcul des allocations familiales.

L'âge limite est reporté à 17 ans pour les enfants placés en apprentissage et dont le gain n'excède pas la moitié du salaire de base, et à 20 ans pour les enfants qui poursuivent leurs études et pour ceux qui se trouvent incurable, dans l'impossibilité permanente de travailler.

Ouvre également droit aux allocations familiales jusqu'à l'âge de 20 ans, la fille aînée qui reste au foyer et se consacre exclusivement aux soins du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans, lorsque sa présence au foyer est rendue indispensable par le décès, l'absence ou la maladie de la mère de famille et par l'obligation dans laquelle peut se trouver celle-ci d'exercer une activité professionnelle ou par le nombre de jeunes enfants.

159

En ce qui concerne l'allocation de salaire unique, cette prestation n'est versée pour un premier enfant que jusqu'à l'âge de 5 ans, s'il s'agit d'un enfant unique.

Ces dispositions comportent toutefois des dérogations en faveur notamment des enfants restés seuls à charge des familles ayant eu plusieurs enfants et des allocataires isolés pour lesquels l'enfant unique ouvre droit au salaire unique au taux normal jusqu'aux limites d'âge normales.

En ce qui concerne l'allocation de la mère au foyer, cette prestation est versée à partir de 2 enfants à charge dans l'agriculture et de 3 enfants à charge dans les autres professions, jusqu'aux limites d'âge fixées pour l'octroi des allocations familiales.

b) Les conditions d'attributions des prestations familiales propres à chaque prestation s'expliquent par la nature et l'objet de ces prestations.

1°) Les prestations qui présentent essentiellement le caractère d'un encouragement à la natalité, sont réservées en principe aux chefs de famille et aux enfants de nationalité française (allocation de salaire unique aux jeunes ménages sans enfant, allocation de maternité) (1).

Elles sont attribuées sans considération de l'activité professionnelle du chef de famille et sont versées sinon exclusivement aux familles légitimes (allocation

..//..

(1) Toutefois, le bénéfice de l'allocation de salaire unique aux jeunes ménages sans enfant est accordé aux ressortissants des pays avec lesquels la France a conclu des conventions générales de S.S. et, en vertu d'un accord récent, les ressortissants belges peuvent percevoir l'allocation de maternité dans les mêmes conditions que les français.

de salaire unique aux jeunes ménages sans enfant), du moins aux enfants dont le lien de filiation maternelle a été établi (allocations de maternité).

Certaines prestations (allocations prénatales) s'inscrivent dans le cadre d'une politique de lutte contre l'avortement et sont subordonnées à l'observation des prescriptions de la législation sur la protection maternelle et infantile.

C'est ainsi que la législation impose une prompte déclaration de grossesse et l'intervention de trois examens prénataux.

Ces considérations expliquent qu'il n'eût pas été possible, dans le cadre des accords conclus avec les pays étrangers, d'étendre le bénéfice de ces prestations aux salariés étrangers qui travaillent en France et dont les familles résident dans leur pays d'origine (2).

- 2°) Les prestations à affectation particulière, telles que les allocations de logement, présentent des caractéristiques propres qui découlent du désir des promoteurs de l'Institution d'en faire un élément de la politique de construction, en mettant l'accent sur le caractère éducatif de cette prestation.

L'allocation de logement est destinée à aider les familles qui ont fait un effort financier pour se loger dans des conditions correspondant à leurs besoins, qu'il s'agisse de locaux en location ou d'accession à la propriété.

../..

(2) Seuls certains travailleurs frontaliers peuvent bénéficier de tout ou partie de ces prestations en vertu d'accords de réciprocité.

C'est ce qui explique que cette prestation soit réservée aux familles qui consacrent à leur loyer ou au remboursement de la dette contractée pour accéder à la propriété de leur logement une certaine fraction de leurs revenus et qui disposent de conditions d'habitabilité et de salubrité suffisantes.

Ces caractéristiques justifient la non-attribution de cette prestation aux salariés qui travaillent en France et dont la famille réside à l'étranger.

E - TAUX DES PRESTATIONS FAMILIALES (1)

1 - Calcul des prestations familiales en fonction du salaire de base

Le taux des différentes prestations familiales est, en principe, fixé en pourcentage d'un indice intitulé "salaire de base".

Le montant du salaire de base est fixé par la loi dans le département de la Seine et est réduit dans les autres communes d'un abattement tenant compte du coût de la vie des diverses localités.

Cependant certaines prestations familiales sont calculées dans des conditions différentes.

Tel est le cas de la majoration des allocations familiales instituée par le décret du 6 octobre 1948 (2), dont le taux est fixé forfaitairement sur l'ensemble du territoire, et de l'allocation de logement dont le taux est proportionnel à l'importance des ressources consacrées par le chef de famille à se loger et au nombre de ses enfants à charge.

../..

(1) voir en annexe un tableau indiquant le taux des différentes prestations familiales

(2) Cette majoration s'intitule également indemnité compensatrice

Réduction des prestations à caractère nataliste

Le taux du salaire de base diffère également selon qu'il s'agit des allocations familiales, de l'allocation de maternité et des allocations prénatales (19.000 francs par mois dans la Seine depuis le 1er Janvier 1958) ou de l'allocation de salaire unique et de l'allocation de la mère au foyer (18.000 Frs dans la Seine depuis cette même date).

Cette différenciation n'avait pas été prévue par la loi du 22 Août 1946 qui avait fixé un salaire de base uniforme pour le calcul des diverses prestations familiales.

La dévalorisation de l'allocation de salaire unique et de l'allocation de la mère au foyer par rapport aux allocations familiales s'explique par le fait que ces prestations sont considérées comme ayant directement un caractère nataliste, et que les préoccupations de cet ordre tendent depuis quelques années à passer au second plan.

En réalité, les conditions d'attribution de ces 2 prestations et le nombre considérable de familles qui en bénéficient, font qu'elles constituent un véritable supplément des allocations considérées comme étant principalement des allocations d'entretien.

Les Pouvoirs publics, à l'occasion des majorations de prestations familiales nécessitées par le relèvement du coût de la vie, se sont efforcés de mettre l'accent sur les prestations familiales considérées comme destinées à compenser directement le coût d'entretien des enfants.

C'est également pour cette raison que les allocations prénatales et l'allocation de maternité, bien que calculées sur le même salaire de base que les prestations familiales ont, en fait, subi une dépréciation par rapport au montant de ces allocations, par suite de la réduction des taux applicables à ces catégories de prestations.

Le taux de l'allocation de maternité est actuellement égal au double du salaire de base le plus élevé du chef-lieu du département pour une première naissance et aux $\frac{4}{3}$ de ce même salaire de base pour les autres naissances, tandis qu'antérieurement au 1er janvier 1955 ces taux étaient respectivement égaux au triple et au double de ce salaire de base. Le taux de l'allocation de maternité a donc subi pratiquement une réduction d'un tiers.

En ce qui concerne les allocations prénatales, leur montant est calculé sur le salaire de base qui sert à la fixation des allocations familiales, mais leur taux, a été réduit à compter du 1er janvier 1954, à partir de la deuxième grossesse, pour les familles bénéficiant de l'allocation de salaire unique et de la troisième grossesse pour les familles qui ne bénéficient que des allocations familiales.

A compter de cette date, le taux des allocations prénatales a en effet été fixé à 25 % du salaire de base, tandis qu'antérieurement les familles recevaient, au titre des allocations prénatales, des allocations familiales et de salaire unique anticipées auxquelles l'enfant conçu aurait ouvert droit au moment de sa naissance.

Une nouvelle réduction est intervenue au 1er Janvier 1959, dans le cadre de la politique d'économie instaurée à partir de cette date, le taux des 3 dernières mensualités ayant été fixé à 12,5 % du salaire de base.

Revalorisation des allocations destinées à compenser les charges de famille.

Les allocations familiales proprement dites ont été quelque peu revalorisées, par rapport aux précédentes.

En effet, leur taux est actuellement fixé à 22 % du salaire de base pour 2 enfants à charge et 33% pour chacun des suivants, alors qu'il était fixé, antérieurement au 1er janvier 1954, à 20 % du salaire de base et 30% pour chacun des suivants.

En outre, depuis le 1er janvier 1955, il est attribué une majoration égale à 5 % du salaire de base en faveur des enfants à charge bénéficiaires des allocations familiales, âgés de plus de 10 ans, à l'exception de l'ainé, et, depuis le 1er octobre 1957, cette majoration a été étendue à tous les enfants de plus de 13 ans, pour les familles qui comprennent au moins 3 enfants à charge, l'ainé n'en demeurant exclu que lorsqu'il s'agit d'une famille de 2 enfants.

Cette différenciation des barèmes en faveur des enfants plus âgés trouve sa justification dans la constatation que le coût d'entretien des enfants varie dans de notables proportions selon leur âge.

2 - Variations du salaire de base

La loi du 22 Août 1946 fixait le montant de salaire de base servant au calcul des allocations familiales dans le département de la Seine à 225 fois le salaire minimum horaire du manoeuvre de l'industrie des métaux de la région parisienne.

Dans les autres départements, le salaire de base était réduit du montant des abattements fixés pour la détermination des salaires dans les diverses zones territoriales et il était prévu que toute variation du salaire du manoeuvre entraînerait une variation correspondante du salaire de base.

Ce texte qui consacrait ainsi une véritable échelle mobile du salaire et des prestations familiales, ne fut pas respecté.

Très rapidement, cette réglementation fut modifiée par le législateur qui devant les difficultés de financement du régime des prestations familiales prit des mesures dérogeant aux dispositions de la loi du 22 Août 1946 et conduisant à fixer arbitrairement par la loi le montant du salaire de base de la Seine à des taux nettement inférieurs à ceux qui auraient résulté de l'application de la formule initiale.

C'est ainsi que le salaire de base fut porté par pallier dans la Seine de 6.250 Frs par mois en juillet 1947 à 19.000 frs par mois au 1er janvier 1958 (18.000 frs pour l'allocation de la mère au foyer et l'allocation de salaire unique), alors que l'application de la réglementation initiale aurait conduit à un taux de salaire de base de $225 \times 158 = 35.550$ frs par mois dans la Seine.

Par contre, au cours de la période 1946-1957 les abattements de zone applicables aux localités rurales ont été considérablement réduits.

C'est ainsi que l'abattement maximum qui atteignait près de 50 % en 1946 a été réduit à 10 % depuis le 1er avril 1956.

Le taux des allocations familiales est fonction du salaire de base applicable à la commune de résidence de la famille (exception faite pour l'allocation de maternité dont le taux est fonction du salaire de base le plus élevé de chaque département) qui tient compte du coût de la vie dans cette localité.

Toutefois, par suite d'un usage pratiqué dans les mines certaines exploitations houillères tiennent compte du salaire de base applicable au lieu de travail, lorsque son taux est plus élevé que le barème en vigueur au lieu de résidence.

3 - Variations du taux des prestations par rapport aux salaires et au coût d'entretien des enfants.

Pour apprécier l'importance des avantages accordés aux familles par la législation française des allocations familiales, il convient de comparer le montant des allocations familiales versés au salaire minimum du manoeuvre et au coût moyen d'entretien d'un enfant.

En ce qui concerne les salaires, une base de comparaison pourrait être trouvée dans le salaire minimum national

interprofessionnel garanti qui constitue un minimum applicable à tous les salariés.

Son montant mensuel pour 200 heures de travail (durée moyenne de travail) varie depuis le 1er février 1959 suivant les localités (compte tenu des majorations pour heures supplémentaires qui doivent être accordées pour chaque heure de travail accomplie au-delà de 40 heures par semaine) de 28.763 frs à 31.264 Frs.

Les allocations familiales, majorées de l'indemnité compensatrice et de l'allocation de salaire unique versée pour 3 enfants à charge à une famille de salariés varient suivant les localités de 19.995 frs par mois à 21.940 Frs correspondant donc en moyenne à 73 % de ce montant.

Il convient toutefois de considérer qu'il s'agit là d'une situation particulièrement favorable, les enfants à charge au-delà du 3ème n'ouvrant droit à aucun supplément d'allocation de salaire unique.

Il faudrait, d'autre part, tenir compte éventuellement des majorations attribuées au titre des enfants âgés de plus de 10 ans.

En 1956, la Revue de l'Institut National démographique "Population" indiquait qu'il faudrait un salaire de base de 35.000 Frs par mois pour couvrir, à peu près, les besoins des enfants. Or, depuis 1956, le coût de la vie a sensiblement augmenté.

D'autre part, d'après un calcul effectué sur la base des données statistiques réunies par l'Union Nationale des Associations familiales pour l'évaluation du budget familial, on peut estimer que les prestations familiales correspondant aux pourcentages suivants du coût minimum d'entretien d'un enfant de 6 à 9 ans dans la région parisienne, selon que la famille bénéficie ou non de l'allocation de salaire unique.

NOMBRE D'ENFANTS	CHARGE CORRESPONDANTE EVALUEE SUR LA BASE DU BUDGET-TYPE ETABLI PAR L'U.N.A.F.	A.F.		A.F.	
		+	%	+I.C.	%
		I.C.		+S.U.	
1 enfant	15.800			3.600	22,78
2 enfants	31.600	5.161	16,33	12.361	39,12
3 enfants	47.400	12.940	27,30	21.940	46,29

Pour chaque enfant à partir du troisième, les prestations familiales augmentent de 7.779 Frs, que la famille bénéficie ou non de l'allocation de salaire unique.

La charge supplémentaire qu'entraîne la présence au foyer de chaque nouvel enfant, soit 15.800 frs en l'occurrence, est donc couverte à concurrence de 49,23 % par les prestations familiales et le pourcentage du budget familial global supporté par les prestations familiales se trouve modifié en conséquence.

Il est incontestable que le relèvement des allocations familiales n'a pas suivi les majorations de salaires intervenues entre le 1er janvier 1952 et le 31 décembre 1958.

En effet, la valeur moyenne des prestations familiales versées au cours de cette période s'est accrue d'environ 30 % alors que le relèvement du salaire horaire moyen était de l'ordre de 61 %.

Les sommes distribuées en prestations familiales entre janvier 1952 et décembre 1958 ayant accusé une augmentation de 61 %, ce qui atteste la stabilité de l'effort consenti par la France dans le domaine des prestations familiales qui est demeuré voisin de 5 % de la production valorisée, l'écart avec le relèvement de la valeur moyenne des prestations familiales distribuées s'explique par l'accroissement démographique: ..//..

Depuis 12 ans, le relèvement de la natalité a été de plus de 2 % par an.

Pour apprécier l'évolution du niveau général des prestations familiales depuis 1946, on ne saurait se borner à tenir compte de l'évolution du salaire de base de la Seine.

En effet, depuis cette date, de nouvelles prestations ont été créées (l'indemnité compensatrice et l'allocation de logement). Le taux des allocations familiales a été majoré et les abattements applicables aux localités rurales ont été considérablement réduits.

Les prestations ont varié dans des conditions très différentes, selon la résidence, la profession, l'existence d'un double revenu professionnel ou le nombre et l'âge des enfants.

On constate que les différences ont été particulièrement sensibles entre les zones. C'est ainsi que pour une famille de 3 enfants de moins de 10 ans résidant à Paris et bénéficiaire de l'allocation de salaire unique, l'indice des prestations familiales, par rapport à 1946, ne dépassait pas en 1958 : 344 contre 604 pour la même famille habitant la zone d'abattement maximum.

D'autre part, les allocations familiales ayant augmenté proportionnellement plus que l'allocation de salaire unique et l'allocation de la mère au foyer ayant été créée en faveur des non salariés, la situation de ces catégories d'allocataires s'est améliorée par rapport à celle des salariés et plus particulièrement par rapport à ceux qui ne perçoivent qu'un seul salaire.

Si l'on tient compte à la fois de l'effet des zones et de la situation professionnelle, on constate des différences considérables.

Ainsi, la famille de 3 enfants de moins de 10 ans de l'exploitant agricole habitant une zone d'abattement maximum reçoit en 1958 des prestations familiales 8,7 fois plus importantes qu'en 1946 tandis que la famille correspondante de salariés avec salaire unique habitant une zone d'abattement moyen ne reçoit que des prestations multipliées par 4,3 accusant une progression deux fois moins importante.

D'autre part, les ménages à double salaire se sont un peu rapprochés des ménages à salaire unique et les réformes récentes en majorant le taux des allocations familiales au profit des enfants âgés de plus de 10 ans ont atténué le handicap des familles dont les enfants constituent, en raison de leur âge, une plus lourde charge.

L'évolution globale du pouvoir d'achat depuis 1949 est, dans l'ensemble, nettement défavorable aux prestations familiales.

Les prestations familiales des salariés accusent un retard sur les salaires de l'ordre de 30 % entre 1949 et 1958 et ne suivent même pas l'évolution du coût de la vie.

Si le regain démographique constitue un stimulant, l'accroissement de la natalité pèse lourdement sur les charges financières des régimes d'allocations familiales et bien que cette institution soit désormais admise et défendue par les différentes tendances de l'opinion, elle ne progresse plus depuis quelques années au même rythme que l'économie.

F - FINANCEMENT

1 - Principes généraux

Le régime des allocations familiales dispose, en France, d'un financement propre et les ressources qui lui

sont affectées demeurent toujours distinctes de celles qui sont consacrées au financement des autres branches de la Sécurité Sociale.

Ce financement est réalisé de façons différentes selon les régimes : les administrations et services publics imputent directement les allocations familiales qu'ils versent à leur personnel en activité et pensionné sur les crédits de fonctionnement qui leur sont alloués (un système particulier de compensation fonctionnant entre les collectivités locales).

De même, les grandes entreprises dotées d'un régime particulier d'allocations familiales imputent les allocations versées sur leurs frais généraux au même titre que les salaires. Les allocations familiales attribuées aux pensionnés de guerre, en supplément de leur pension, sont financées sur les mêmes crédits d'Etat que les pensions elles-mêmes.

Les allocations familiales des professions agricoles sont financées à l'aide de cotisations et taxes diverses selon des modalités particulières. Quant aux allocations familiales versées aux ressortissants du régime général et au régime minier, leur financement est assuré exclusivement par des cotisations basées sur les salaires ou les revenus professionnels des assujettis.

2 - Modalités de financement du régime général des allocations familiales.

Le régime général des allocations familiales comporte deux modes de financement entièrement distinct, l'un pour les allocations familiales versées aux travailleurs salariés et à la population non active rattachée à la section des salariés des Caisses d'Allocations Familiales, l'autre pour les Allocations Familiales versées aux travailleurs non salariés. Le financement des Allocations Familiales versées à la population non active sera toutefois traité séparément, en raison des problèmes particuliers qu'il soulève.

a) Le financement des allocations familiales servies aux travailleurs salariés

Ce financement est assuré exclusivement par des cotisations des employeurs calculées à raison de 14,25 % des salaires payés.

Toutefois, le salaire versé à chaque salarié n'est pris en considération que jusqu'à concurrence d'un plafond fixé actuellement à 660.000 Frs par an ou 55.000 Frs par mois. D'autre part, le salaire pris comme base de calcul ne peut être inférieur à un minimum égal au montant du salaire minimum national interprofessionnel garanti applicable aux travailleurs salariés. (1)

b) Le financement des allocations familiales servies aux travailleurs non salariés.

Ce financement est, depuis le 1er avril 1948, assuré exclusivement par des cotisations à la charge des non-salariés eux-mêmes (employeurs et travailleurs indépendants).

Avant cette date, l'Etat apportait son concours au financement des Allocations Familiales des non-salariés, par le versement d'une contribution destinée à compenser les taux réduits de cotisation dont bénéficiaient certaines catégories de travailleurs indépendants (artisans et commerçants).

La réduction en 1947, puis la suppression en 1948 de la contribution de l'Etat sont à l'origine du déséquilibre financier qui devait entraîner le maintien, pendant

..../..

(1) le taux était de 16,75 % sur un plafond annuel de 600.000 Frs jusqu'au 31.12.58. La modification intervenue au 1er janvier 1959 a eu pour objet de ramener les recettes au niveau exact des dépenses prévisibles.

près de six années, des allocations familiales versées aux non-salariés à un niveau nettement inférieur à celui des allocations dont bénéficiaient les salariés.

Pour rétablir cette situation financière, le régime des cotisations fut modifié, à la fin de 1948, par la substitution aux cotisations forfaitaires et uniformes alors en vigueur, des cotisations proportionnelles au revenu professionnel, le taux forfaitaire ne subsistant plus que comme minimum.

La cotisation basée sur des tranches de revenus dans la limite d'un plafond de 1.800.000 frs par an atteint environ 4 % du revenu.

Par ailleurs, les employeurs et les travailleurs indépendants peuvent, sous certaines conditions, bénéficier d'exonérations de cotisations, en raison du faible montant de leur revenu professionnel, de leur âge ou du fait qu'ils ont élevé plusieurs enfants.

c) Le financement des allocations familiales servies à la population non active.

Les allocations familiales dues aux chefs de famille qui n'exercent pas d'activité professionnelle sont prises financièrement en charge par le régime général ou particulier, dont relèvent les travailleurs en activité appartenant aux mêmes catégories professionnelles.

De même, les chefs de famille non salariés relevant du régime général continuent, lorsqu'ils cessent leur activité et justifient se trouver dans l'impossibilité de travailler, à recevoir les prestations familiales de la section des employeurs et travailleurs indépendants des Caisses d'Allocations Familiales du régime général, les non-salariés du régime agricole qui cessent leur activité professionnelle sont pris en charge par les Caisses du régime général du lieu de résidence de la famille au titre de la population non active.

Dans tous les cas où les personnes sans activité professionnelle ne tirent pas leurs droits d'une activité antérieure, elles sont prises en charge par la section des salariés des Caisses d'Allocations Familiales du régime général de leur résidence, et l'Etat ne participe, en aucune façon, au financement de ces prestations, bien que cette charge doive normalement incomber à la collectivité nationale.

3 - Modalités de financement du régime agricole

De même que la législation des prestations familiales agricoles, le financement a évolué depuis l'application du Code de la famille et trois grandes étapes peuvent être retenues :

1°) l'article 32 du décret-loi du 29 Juillet 1939 avait fixé la participation directe des exploitants agricoles sous forme de cotisations cadastrales au tiers du montant des dépenses, l'Etat participant pour la différence, soit deux tiers.

Ce mode de financement a été utilisé de 1940 à 1942.

2°) La loi du 8 février 1942 a modifié ce système en instituant des taxes sur différents produits agricoles. En vertu du décret du 22.12.42, la participation directe des exploitants agricoles et celle de l'Etat devaient être égales et représenter la différence entre le montant du produit des taxes et les dépenses globales.

Ce mode de financement fut utilisé de 1943 à 1949.

3°) La loi du 16 Juillet 1949, instituant le budget annexe des prestations familiales précisa le système actuel de financement qui peut se résumer de la façon suivante :

a) Participation directe de la profession agricole comprenant :

- des cotisations directes appelées par les Caisses,
- un prélèvement sur l'impôt additionnel à l'impôt foncier des propriétés non bâties
- tout récemment, un versement forfaitaire de 5 % sur les salaires payés par certains organismes professionnels agricoles employeurs de main-d'oeuvre.

b) Participation indirecte de la profession agricole comprenant :

- des taxes sur différents produits agricoles, notamment: céréales, viandes, betteraves, tabac, bois, vins, etc.. perçues par le Trésor et affectées au budget annexe dans des proportions fixées par le Parlement.

c) Participation de la collectivité nationale qui comprend notamment :

- une partie de la taxe à la valeur ajoutée,
- les recettes du Fonds national de surcompensation.

Ce fonds national a été institué par la loi du 29 Décembre 1956.

Antérieurement à cette date et pour les exercices 1954, 1955 et 1956, le régime agricole était rattaché, pour les prestations servies aux seuls salariés, à la surcompensation interprofessionnelle instituée par le Décret du 17 Octobre 1953 pour tous les régimes non agricoles et étendu à l'agriculture par la loi du 13 Août 1954.

4 - Compensation nationale des charges d'Allocations Familiales

Il existe un double système de compensation des charges à

l'intérieur des divers régimes de prestations familiales d'une part, entre l'ensemble des régimes d'autre part.

a) Solidarité financière à l'intérieur des divers régimes

La Caisse nationale de Sécurité Sociale assure la compensation nationale des charges des Caisses d'Allocations Familiales d'une part, pour le régime général des salariés (y compris les charges d'allocations familiales assurées par les Unions régionales des sociétés de secours minières) d'autre part, pour le régime général des non-salariés, aucune compensation n'existant par ailleurs entre ces deux régimes qui sont gérés au sein de chaque Caisse d'Allocations Familiales par des sections financièrement distinctes, la section des salariés et la section des employeurs et travailleurs indépendants.

La Caisse centrale d'allocations familiales mutuelles agricoles assure la péréquation des charges entre les Caisses d'allocations familiales mutuelles agricoles.

Le Fonds national de compensation des collectivités locales assure la compensation des charges entre les départements, les communes et les établissements publics départementaux et communaux.

b) Solidarité financière entre les divers régimes

La surcompensation interprofessionnelle est dans la ligne de l'évolution des allocations familiales.

La compensation s'est effectuée primitivement dans le cadre de chaque Caisse entre les entreprises affiliées, puis dans le cadre de chaque régime entre les Caisses en relevant.

Il était normal qu'elle se produise à l'échelon national entre les différents régimes.

Elle ne s'est cependant réalisée que par étapes successives :

- en 1952 les difficultés de financement du régime minier, largement déficitaire, en raison de la structure de la profession, ont conduit à son intégration dans le régime général. Toutefois, depuis 1954, les allocations familiales sont versées par les Unions Régionales des sociétés de secours minières et non par les Caisses d'Allocations familiales(1).
- en 1953, la surcompensation est établie entre les charges des régimes des salariés, à l'exception de l'agriculture, supprimant ainsi la surcharge de la Société nationale des chemins de fer.
- entre 1954 et 1956, des lois successives ont étendu la surcompensation aux prestations familiales servies aux salariés agricoles.
- au 1er janvier 1957 était créé le Fonds national de surcompensation des prestations familiales chargé de recevoir les contributions des régimes ou organismes excédentaires, ainsi que certaines ressources fiscales, qui lui étaient spécialement affectées, et de verser des subventions aux régimes ou organismes déficitaires.

Cette réforme avait essentiellement pour objet de limiter la surcompensation aux charges des prestations familiales des salariés autres que ceux du régime agricole, les charges supplémentaires du régime agricole étant compensées par des recettes affectées à ce Fonds sous forme de taxes et d'impôts.

../..

- (1) L'intégration du régime minier dans le régime général s'est traduite par un accroissement des charges d'environ 10 milliards par an pour les Caisses du régime général.

Au 1er janvier 1959, la participation des Caisses d'Allocations Familiales du régime général au financement du régime agricole a été partiellement rétablie sous forme d'un prélèvement de 8 milliards opéré au profit des Caisses agricoles.

En définitive, les Caisses d'allocations familiales du régime général ont contribué au financement des régimes spéciaux d'Allocations Familiales déficitaires depuis 1952, pour un montant d'environ 150 milliards et cette charge a pesé sur la possibilité de relèvement du taux des prestations familiales.

5 - Prélèvements opérés sur les fonds des Caisses d'Allocations Familiales du régime général au profit des Caisses Primaires de Sécurité Sociale.

Bien qu'il n'existe pas de surcompensation entre les charges des Caisses d'Allocations familiales et des Caisses de sécurité sociale, du régime général, les fonds de ces différents organismes sont confondus au sein d'une trésorerie commune gérée par la Caisse nationale de Sécurité Sociale.

Au cours des années 1948 et 1949, l'insuffisance du taux des cotisations des Caisses d'Allocations Familiales a entraîné un déficit annuel d'environ 16 milliards qui fut comblé à cette époque par les excédents des Caisses de Sécurité Sociale.

A partir de 1950, le relèvement du taux des cotisations des Caisses d'Allocations Familiales passant de 12 % des salaires fin 1947 à 16 % fin 1948, pour atteindre 16,75 % en 1951, a modifié cette situation (1).

..../..

(1) Ce taux devait cependant être réduit à 14,25 % à compter du 1er janvier 1959.

Depuis 1952, les Caisses d'Allocations Familiales ont accusé des excédents annuels considérables malgré les prélèvements opérés au profit des régimes particuliers d'Allocations Familiales déficitaires, grâce à la surcompensation et ces excédents ont été affectés en trésorerie à la couverture du déficit de l'Assurance maladie.

Les avances de trésorerie consenties par les Caisses d'Allocations familiales du régime général au profit des Caisses de Sécurité Sociale depuis 1952 ont dépassé 300 milliards.

Au 1er janvier 1959, des dispositions furent prises pour régulariser cette situation.

Le législateur décida de transférer les excédents des Caisses d'Allocations Familiales au Fonds National des assurances sociales afin de régulariser les avances de trésorerie consenties au cours de la période écoulée et de réduire de 16,75 % à 14,25 % le taux de la cotisation des Caisses d'Allocations Familiales, tandis que le taux des cotisations des Assurances sociales était relevé de 16 % à 18,50 %.

Le nouveau taux de cotisations d'Allocations Familiales doit permettre aux Caisses d'Allocations familiales du régime général d'équilibrer leurs dépenses sur la base des taux de prestations actuellement en vigueur.

6 - Importance des sommes consacrées en France au financement des Allocations Familiales.

Les chiffres suivants permettent d'apprécier l'importance relative de l'effort fait en France en faveur des familles :

En 1957, les prestations familiales légales versées par tous les régimes ont atteint 872 milliards (contre 757 milliards en 1956):

Dans ce total, les prestations familiales versées par les Caisses du régime général se montent à 517 milliards dont 479 milliards pour le régime des salariés et 38 milliards pour le régime des employeurs et des travailleurs indépendants.

Les Allocations familiales versées par le régime agricole et par les Caisses minières ont atteint respectivement en 1957, 148 milliards et 35 milliards.

Au cours de l'exercice 1956, le montant du revenu national peut être évalué à 13.980 milliards.

Sur la base de l'exercice 1956, les prestations familiales représentent à elles seules près de 40% des prestations sociales évaluées à environ 2.000 milliards.

CONCLUSIONS

L'évolution du régime français des prestations familiales présente, en définitive, les caractéristiques suivantes :

- le champ d'application de la législation s'est élargi progressivement

Les allocations familiales ont été appliquées primitivement aux salariés des entreprises industrielles.

Elles ont été étendues par la suite aux salariés des professions commerciales, libérales et agricoles ainsi qu'aux non-salariés pour atteindre, en 1946, l'ensemble de la population active et non active.

- pour éviter que des chefs de famille peu scrupuleux ne soient incités, par ces mesures, à réduire leur activité, le droit aux prestations familiales demeure subordonné à l'exercice d'une

activité professionnelle normale ou à la justification de l'impossibilité d'exercer une telle activité.

- le contrôle de l'utilisation des allocations familiales a été institué afin que les prestations familiales ne soient pas détournées de leur objet, une Institution nouvelle a été créée : la tutelle aux allocations familiales.

Sur décision du juge des enfants, les prestations familiales peuvent être, en effet, versées à une personne physique ou morale chargée de les affecter aux besoins des enfants, lorsque leur montant risquerait de ne pas être employé dans l'intérêt des enfants ou lorsque ceux-ci sont élevés dans des conditions défectueuses.

- on constate également une tendance à l'uniformisation des prestations accordées aux diverses catégories de familles (salariés, non salariés population non active).

Les allocations familiales sont, en effet, calculées pour tous les allocataires sur des bases identiques, et si les salariés sont susceptibles de bénéficier de l'allocation de salaire unique, les non salariés perçoivent désormais une allocation présentant des caractéristiques analogues, bien que son taux soit généralement moins élevé : l'allocation de la mère au foyer.

- initialement, la législation a répondu essentiellement à des préoccupations sociales, les allocations familiales ayant pour seul objectif la compensation des charges de famille.

En 1939, la crise de la natalité a suscité la création de prestations à caractère nataliste.

A partir de 1949, les prestations natalistes ont été progressivement dévalorisées au profit des allocations d'entretien, en raison du relèvement du taux de la natalité.

- tandis que les administrateurs des anciennes Caisses de compensation assumaient une responsabilité financière directe dans la gestion de

ces organismes qui devaient équilibrer leurs dépenses avec leurs recettes propres, cette situation s'est modifiée en 1946.

A partir de cette date, la compensation des charges des différentes Caisses effectuée sur le plan national par un organisme centralisateur, a rendu possible l'application d'un taux de cotisations uniforme sur l'ensemble du territoire.

La suppression de l'autonomie financière des Caisses d'Allocations Familiales devait nécessairement entraîner un renforcement du contrôle de l'Etat sur la gestion administrative et financière de ces organismes.

- on constate également la généralisation d'un mode de financement unique basé sur le revenu professionnel des assujettis.

Toutefois, le régime agricole, en raison de ses caractéristiques propres (faible importance du nombre des salariés agricoles par rapport au nombre des exploitants, difficultés de contrôle de l'assiette des revenus agricoles) fait l'objet d'un financement distinct, basé particulièrement sur l'impôt.

A partir de 1959 et pour la première fois depuis l'institution en France d'un régime légal d'allocations familiales, certaines prestations ont été réduites ou supprimées sans qu'aucune contrepartie n'ait été accordée aux familles.

Ces mesures ont été motivées selon les responsables de la politique gouvernementale par "le souci de sauvegarder la monnaie et l'équilibre économique du pays, des sacrifices rigoureux ne pouvant être demandés dans tous les domaines qui intéressent les finances publiques, sans affecter également le secteur des dépenses sociales, d'autant que leurs ressources sont d'un point de vue économique, identiques à des prélèvements fiscaux et que la stabilité monétaire profitera en tout premier lieu à leurs ressortissants".

Il n'en demeure pas moins que ces mesures, pour faible qu'ait été en réalité leur incidence financière, ont été ressenties d'autant plus durement par les familles que les prestations familiales avaient subi au cours de ces dernières années un important retard par rapport à l'évolution des prix et des salaires.

c

o o

TAUX MENSUEL DES PRESTATIONS FAMILIALES

PRESTATIONS	NOMBRE D'ENFANTS	TAUX	SALAIRE DE BASE DE LA SEINE (1)
ALLOCATIONS FAMILIALES	- 2 enfants	- 22 %	19.000 francs.
	- chacun des suivants	- 33 % Majoration de 5% pour les enfants âgés au moins de 10 ans (à l'exception de l'aîné pour les familles de 2 enfants)	
INDÉMNITÉ COMPENSATRICE	- 2 enfants	- 981 francs	19.000 francs
	- chacun des suivants	- 1.509 francs	
ALLOCATION DE MATERNITÉ	- 1ère naissance	- 2 fois le salaire de base le plus élevé de chaque département	19.000 francs
	- autres naissances	- 4/3 de ce salaire de base	
SALAIRE UNIQUE	- jeunes ménages sans enfant	- 10 %	13.000 francs
	- 1 enfant	- 20 % jusqu'à 5 ans	
	- 2 enfants	- 40 %	
	- 3 enfants	- 50 %	
ALLOCATIONS PRENATALES	- 9 mensualités	- 25 % (6 premières mensualités) - 12,5 % (3 dernières mensualités)	19.000 francs
	- 2 enfants	- 10 %	18.000 francs
- 3 enfants	- 20 %		
- 4 enfants	- 30 %		
- 5 enfants	- 40 %		
- 6 enfants	- 50 %		
ALLOCATION DE LA MÈRE	- et plus		
AU FOYER (Régime agricole)	- 3 enfants	- 15 %	18.000 francs
	- 4 enfants	- 25 %	
ALLOCATION DE LA MÈRE	- 5 enfants	- 40 %	18.000 francs
	- 6 enfants	- 50 %	
AU FOYER (Régime général)	- et plus		

(1) Dans les autres départements, chaque commune de résidence est affectée d'un abattement par rapport à la Seine, dont le montant maximum atteint 10 %.

ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SECURITE SOCIALE

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE

Assurance Chômage

F r a n c e

Genève 1959

Table des matières

	Page
I - Régime légal	185
II - Régime complémentaire conventionnel	190

EVOLUTION ET TENDANCES DE LA SECURITE SOCIALE
DANS LES PAYS DE LA C.E.C.A.

FRANCE

ASSURANCE CHOMAGE

I - REGIME LEGAL (1)

La première intervention remonte à la loi du 19 avril 1905 qui ouvrit un crédit pour subventionner les Caisses de Secours contre le chômage involontaire créées par certains syndicats.

A la veille du conflit de 1914, une centaine de Caisses groupaient 50.000 adhérents.

Une circulaire du 20 août 1914 créa "Le Fonds National de chômage", crédit budgétaire destiné à subventionner les organismes d'assistance, créés par les départements et les communes, en vue de secourir les chômeurs complets.

La crise économique de 1931 provoqua un accroissement du chômage et l'aide fut étendue aux chômeurs partiels, aux dockers, aux marins, aux artistes non salariés. Des crédits du Fonds de chômage furent utilisés pour accorder des subventions aux communes et aux départements faisant exécuter des travaux d'aide aux chômeurs.

La loi du 11 octobre 1940 validée par l'ordonnance du 3 juillet 1944 substitua au régime de la subvention, la prise en charge par l'Etat des Services d'aide aux travailleurs sans emploi, avec une participation des communes aux frais de fonctionnement de ces Services.

Le décret du 12 mars 1951 a codifié et modifié les textes antérieurs relatifs à l'aide matérielle aux chômeurs complets et partiels et aux Caisses d'Assurance-Chômage, (le fonctionnement des chantiers d'aide aux chômeurs relevant d'un décret en date du 15 juillet 1949). Cette réglementation a été améliorée et assouplie par les

(1) Ces informations ont été communiquées par la Direction Générale du Travail et de la Main-d'Oeuvre du Ministère du Travail

décrets des 18 octobre 1952, 29 mars 1954, 16 avril 1957 et 5 mars 1959.

Le régime complémentaire de l'aide aux chômeurs institué par les décrets précités comporte les caractéristiques essentielles suivantes :

A - CHAMP D'APPLICATION

- Les travailleurs salariés de toutes professions habituellement occupés par un employeur et tirant de cette occupation une rémunération régulière lorsqu'ils ont perdu leur occupation et qu'ayant toute liberté d'en accepter une autre, il ne peut leur être procuré d'emploi, bien qu'ils aient la capacité et la volonté de travailler (article 2 du décret du 12 mars 1951 modifié).
- En matière de chômage partiel, les travailleurs salariés d'une entreprise qui a cessé toute activité depuis plus de deux quatorzaines, sous réserve que les salariés se soient fait inscrire comme demandeurs d'emploi au Service de Main-d'Oeuvre et acceptent les emplois qui pourraient leur être offerts.

La réglementation s'applique aussi bien aux étrangers qu'aux nationaux français, aux femmes et aux hommes et à compter de l'âge d'admission au travail jusqu'à celui de la retraite.

B - PRESTATIONS

a) - Conditions d'attribution

- 1) avoir accompli 150 jours de travail salarié au cours des 12 mois qui précèdent l'inscription comme demandeur d'emploi
- 2) être âgé de moins de 65 ans,
- 3) le chômage ne doit pas être provoqué par un différend collectif de travail. Toutefois, en cas de lock-out durant plus de 3 jours, le Ministre chargé du travail peut autoriser le versement des allocations de chômage,
- 4) ne pas être chômeurs saisonnier,
- 5) ne pas avoir perdu d'emploi par sa propre faute ou l'avoir quitté volontairement sans motif légitime,
- 6) être apte physiquement à occuper un emploi
- 7) résider dans la commune depuis une certaine durée fixée à trois mois pour toutes les communes, à l'exception des communes du département de la Seine pour lesquelles elle reste fixée à un an,

- 8) ne pas disposer de ressources supérieures à un barème établi par le Préfet,
- 9) résider dans une commune pourvue d'un Service d'aide aux travailleurs sans emploi.

b) Durée des prestations

Les textes réglementaires ne fixent pas de limites à l'attribution des allocations de chômage.

Toutefois le taux de ces prestations est réduit de 10 % par année de secours, la réduction ne pouvant excéder 30 % pour les chômeurs âgés de plus de 55 ans.

c) Taux

Les taux des allocations de chômage ont été fixés, par le décret du 4 septembre 1958, comme suit :

	Paris, département de la Seine et communes de Seine-&-Oise assimilées à PARIS (1)	Communes de + de 5.000 habitants et communes de S. & O. non assimilées à Paris (1)	Communes de moins de 5.000 habitants
Allocation principale	380	370	350
Majoration pour conjoint ou personne à charge visée à l'article 19 du décret du 12 mars 1951	165	160	150

(1) Conformément au classement en vigueur pour la détermination du salaire national minimum interprofessionnel garanti.

C - CHOMAGE PARTIEL

Le régime d'aide aux chômeurs prévoit l'indemnisation des chômeurs partiels, c'est-à-dire des chômeurs qui tout en restant liés à leurs employeurs par un contrat de travail, subissent une perte de salaire du fait, soit de la fermeture temporaire de l'établissement

qui les emploie, soit de la réduction de l'horaire de travail habituellement pratiqué dans l'établissement, dès lors que cet horaire se trouve inférieur à la durée légale de travail.

SECURITE SOCIALE PENDANT LA PERIODE DE CHOMAGE

Les allocations de chômage ne se cumulent pas avec les prestations maladie, accident, invalidité (1ère et 2ème catégories). Le Service des allocations de chômage est interrompu pendant la durée de prise en charge par la Sécurité Sociale.

La garantie de l'Assurance-Maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès, ainsi que le Service des prestations familiales demeurent assurés aux chômeurs secourus, et en général aux demandeurs d'emploi inscrit à un Service de Main-d'Oeuvre qui se soumettent aux contrôles prévus par la réglementation en vigueur. (articles 249 et 342 du Code de Sécurité Sociale).

FINANCEMENT

Le financement des allocations de chômage (complet ou partiel) est assuré par l'Etat avec une participation des communes. Les dépenses à la charge de l'Etat sont imputées sur les crédits mis à la disposition du Ministère du Travail au Chapitre intitulé "Fonds National de Chômage". La participation financière des communes varie de 5 à 20 % des dépenses résultant du paiement des allocations.

+ +
+

Il convient de souligner que l'ordonnance No 59-129 du 7 janvier 1959 (J.O. du 9 janvier 1959) a défini l'action d'ensemble que les Pouvoirs Publics sont en mesure de développer, en faveur des travailleurs sans emploi. Elle s'exerce par l'intermédiaire des sections départementales ou interdépartementales du "Fonds National de Chômage" et des fonds municipaux, des Services publics de l'emploi et des Centres collectifs de formation professionnelle des adultes gérés sous l'autorité du Ministre du Travail. Dans

la conduite de cette action, les Services du Ministère du Travail sont assistés d'une Commission Nationale et de Commissions régionales consultatives de la main-d'oeuvre dont la composition et les attributions ont été déterminées par le décret 59-316 du 16 février 1959.

L'ordonnance du 7 janvier 1959 a également précisé dans quelles conditions des accords, ayant pour objet exclusif le versement d'allocations spéciales aux travailleurs sans emploi, conclus sur le plan national et interprofessionnel entre organisations syndicales les plus représentatives d'employeurs et de travailleurs, peuvent recevoir l'agrément ministériel qui leur donne force obligatoire pour tous les employeurs et travailleurs compris dans leur champ d'application professionnel et territorial. C'est sur la base de ces dispositions qu'une Convention a été signée le 31 décembre 1958 entre le Conseil National du Patronat Français d'une part, et la Confédération Française des Travailleurs Chrétiens, la Confédération Générale du Travail Force-Ouvrière, la Confédération Générale des Cadres, d'autre part. (1)

Par un arrêté en date du 12 mai 1959, pris en application de l'ordonnance précitée et après avis de la Commission Nationale Consultative de la Main-d'Oeuvre, le Ministre du Travail a rendu obligatoires les dispositions de la Convention Nationale du 31 Décembre 1958, du Règlement de même date (un avenant A du 21 Janvier 1959 auquel sont annexés les protocoles Nos 1, et 2 de même date), de l'accord du 20 février 1959 confirmant et approuvant les délibérations Nos 1, 2, 3 et 4 de la Commission Paritaire Nationale; ces dispositions sont obligatoires, sur le terrain métropolitain, pour tous les employeurs et les salariés compris dans le champ d'application professionnel de ladite Convention.

Le texte de l'arrêté d'agrément et les documents qu'il vise sont joints à la présente note.

1) voir Chapitre II

II - RÉGIME COMPLÉMENTAIRE CONVENTIONNEL, (1)

Ce régime ne fait pas double emploi avec le régime public des Fonds de Chômage. Il s'ajoute à ce dernier.

Depuis un certain nombre d'années, on se préoccupait en France d'améliorer notre système de garantie chômage.

Des propositions de lois avaient été déposées sur le bureau de l'Assemblée Nationale. Le Conseil Economique, de son côté, s'était au cours de la dernière décennie, plusieurs fois préoccupé du problème. Puis le Gouvernement lui-même, en septembre 1957, dans le projet d'accord social élaboré à l'époque, parlait de garantie de salaire. En mai 1958, la Confédération Générale du Travail-Force-Ouvrière demandait au C.N.P.F. de discuter d'un projet d'allocations-chômage. Le 1er Août, le Chef du Gouvernement, dans un appel public, incitait les organisations patronales et ouvrières à mettre sur pied, en commun, un régime de ce genre.

Ainsi, après beaucoup de tâtonnements s'est tracée la voie dans laquelle les organisations patronales et les organisations ouvrières se sont engagées, sous l'égide du Gouvernement, pour créer un régime contributif d'assurance-Chômage, de caractère autonome et privé qui se juxtapose au système d'assistance existant par ailleurs à la charge des deniers publics.

Ce régime a été créé par la convention du 31 décembre 1958 intervenue entre le C.N.P.F. d'une part, les Confédérations Nationales C.F.T.C., C.G.T.-F.O., C.G.C. d'autre part.

La C.G.T. a donné, le 12 janvier 1959, son adhésion sans conditions ni réserves à cet accord, la Confédération Générale des Syndicats Indépendants le 14 janvier 1959 et la Confédération Autonome du Travail le 29 janvier 1959.

1) Ces informations ont été communiquées par l'Union Nationale Interprofessionnelle pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce (U.N.E.D.I.C.)

Un arrêté du 12 mai 1959, pris en application d'une ordonnance particulière du 7 janvier 1959, a étendu l'obligation d'appliquer la Convention aux entreprises non syndiquées qui se trouvent comprises dans le champ d'application professionnelle de l'accord.

STRUCTURE

Le Régime est géré par les organismes paritaires suivants :

- une Union Nationale Interprofessionnelle pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce (U.N.S.D.I.C.)
- et des Associations pour l'Emploi dans l'Industrie et le Commerce (A.S.S.E.D.I.C.)

Les ASSEDIC administrent les Caisses du Régime.

L'UNEDIC, qui fédère les ASSEDIC, a la charge d'assurer la compensation entre les caisses et de veiller à la bonne exécution des dispositions de la Convention et du Règlement.

L'UNEDIC est constituée par les parties signataires.

Les ASSEDIC ont, dans l'ensemble, une assise interprofessionnelle régionale et une compétence qui permet de réunir des effectifs suffisants pour une gestion équilibrée.

Il existe 53 ASSEDIC, dont 3 ASSEDIC professionnelles nationales et, pour la Région parisienne, 10 ASSEDIC groupées dans un Centre de Coordination.

Une Commission paritaire nationale, indépendante du Conseil d'Administration de l'UNEDIC, délibère sur les questions relatives à l'application du Règlement et à son champ d'application.

CHAMP D'APPLICATION

En grandes lignes, on peut dire que demeurent en dehors du Régime :

- les administrations publiques,
 - les activités libérales,
- et, dans les activités économiques,
- la quasi-totalité de l'agriculture,
 - les organismes dont le personnel est régi par un statut (notamment cheminots, mineurs, etc...)

et quelques secteurs professionnels non représentés au C.N.P.F. : la presse, le spectacle, la bourse, la publicité.

Certaines catégories particulières de salariés font l'objet de dispositions propres. Il s'agit essentiellement des inscrits maritimes, dockers, travailleurs à domicile, V.R.P., saisonniers et intermittents.

Les salariés âgés de plus de 65 ans sont en dehors du Régime.

PRESTATIONS

Ouverture des Droits

Pour bénéficier des allocations, il faut à la fois :

- être sans emploi à la suite d'une rupture de contrat de travail (le Régime s'applique au seul chômage total);

- avoir appartenu pendant trois mois au cours des 12 mois précédant la cessation d'activité à une ou plusieurs entreprises entrant dans le champ d'application du Régime et y avoir accompli dans les trois derniers mois au moins 180 heures de travail (les périodes de prise en charge par la Sécurité sociale, d'obligations militaires, ainsi que le temps passé dans les centres de formation professionnelle, sont neutralisés pour l'appréciation de cette condition);

- être inscrit comme demandeur d'emploi au service de la Main-d'Oeuvre;

- être âgé de moins de 65 ans;

- être physiquement apte à l'exercice d'un emploi;

- n'avoir pas quitté volontairement son emploi sans motif légitime;

- ne pas être en chômage saisonnier.

Les cas marginaux ou limites pourront être soumis à une Commission paritaire fonctionnant dans le cadre de chaque ASSEDIC.

Durée des prestations

Les prestations peuvent être versées pendant une période de 270 jours consécutifs, ouvrables ouverts. Cette durée peut être augmentée

de 1 mois par période de 5 années d'appartenance au Régime dans la limite totale de 12 mois.

Les prestations sont versées à l'expiration d'un délai de carence de trois jours.

Dans le cas où l'intéressé a perçu une indemnité correspondant à un préavis non effectué, le point de départ de l'allocation est repoussé d'autant.

Après épuisement des droits, l'ouverture de nouveaux droits est subordonnée à une nouvelle appartenance d'au moins trois mois à une ou plusieurs entreprises entrant dans le champ d'application du Régime et à l'accomplissement d'au moins 180 heures de travail dans les trois derniers mois.

Montant des Prestations

L'allocation est calculée en pourcentage d'un salaire de référence. Celui-ci est en principe égal à l'ensemble des rémunérations soumises à contribution des six mois précédant la cessation d'activité.

En cas de chômage partiel au cours de cette période, le salaire de référence est calculé sur une durée horaire de travail au moins égale à 40 heures. Des dispositions spéciales sont prévues pour ceux qui ont travaillé successivement pour plusieurs employeurs dans les derniers mois précédant leur chômage.

L'allocation journalière servie pour chaque jour ouvrable ou non est égale à 35 % du salaire journalier moyen de la période de référence.

Lorsque le service des prestations est prolongé au-delà de 270 jours, l'allocation est ramenée à 30 %.

Toutefois, l'allocation ne peut être inférieure à des sommes en valeur absolue qui sont égales, par jour, à Frs 380,-, Frs 370,-, Frs 350,-, selon la commune de résidence de l'allocataire.

Le cumul des allocations spéciales et des secours de chômage versés par les Caisses publiques ne doit pas dépasser un certain plafond fixé à 80 % du salaire journalier de référence ou 85 % si l'intéressé a des personnes à charge.

En cas d'application de la règle sur l'allocation maximum, ce plafond est porté respectivement à 90 et 95 %.

Interruption

Le service des prestations est interrompue du jour où l'intéressé a retrouvé une activité ou a été admis dans un centre de formation professionnelle ou encore a été pris en charge par la Sécurité Sociale. Il en est de même lorsque le chômeur a fait l'objet d'une mesure de radiation comme demandeur d'emploi pour n'avoir pas répondu aux convocations du Service de Main-d'Oeuvre ou pour avoir refusé, sans motif valable, un emploi convenable.

Le service des allocations peut être repris sans que l'intéressé se soit constitué de nouveaux droits dans deux cas :

- s'il a repris un emploi qu'il n'a pas pu conserver suffisamment longtemps;
- s'il a été pris en charge par la Sécurité Sociale.

FINANCEMENT

Le Régime est alimenté par des contributions supportées par les entreprises et par les salariés.

La contribution totale est fixée à 1 % des salaires, dont 0,80 % à la charge des employeurs et 0,20 % à la charge des salariés.

Toutefois, il n'y a pas d'appel de la contribution des salariés dans les deux cas suivants :

- en cas de chômage partiel constaté,
- dans le cas où le montant de la contribution ouvrière serait, pour un mois, inférieure à Frs 60,- à PARIS et à Frs 55,- en province.

Il est à noter que dans ces deux cas la part patronale de 0,80 % sera néanmoins appelée.

La contribution porte sur l'ensemble des rémunérations donnant lieu au versement de la taxe forfaitaire sur les salaires (5 %); mais seulement dans la limite du plafond supérieur des cotisations au Régime de Retraite des Cadres (Frs 267.000,- par mois).

Les rémunérations des salariés n'entrant pas dans le champ d'application du Régime sont exclus de l'assiette des contributions.

Les contributions non payées à l'échéance sont passibles d'intérêts de retard de 1 % par mois, sans préjudice de la responsabilité à l'égard des bénéficiaires éventuels d'allocations des entreprises qui ne seraient pas en règle.

En cas d'affiliation tardive, les entreprises doivent les contributions, majorées des intérêts de retard, depuis la date à laquelle l'entreprise aurait dû normalement s'affilier.

Enfin, le paiement d'un droit d'entrée, fixé par l'UNEDIC dans la limite de 2 % des salaires, a été prévu pour les entreprises qui n'entreraient qu'ultérieurement dans le champ d'application du Régime (extension, entreprises nouvelles, etc...) afin de les faire participer à la constitution des réserves du Régime provenant des contributions des premiers affiliés.

Mécanismes financiers

Les droits d'entrée sont affectés par moitié :

- à un fonds de roulement au niveau des Caisses de base (gérées par les ASSEDIIC)
- au Fonds National de Compensation et de Garantie (géré par l'UNEDIC)

L'ensemble des fonds de roulement et du Fonds National doit être porté aussi rapidement que possible et maintenu à 2 % des salaires servant de base aux contributions, 1 % au moins étant affecté au Fonds National.

Les contributions sont reçues par les Caisses de base et affectées :

- aux frais de gestion administrative par un prélèvement dont le montant est fixé chaque année par l'UNEDIC en fonction des missions confiées à chaque caisse
- à un versement de solidarité au Fonds National, d'un taux uniforme fixé chaque année par l'UNEDIC (1959 : 0,50 % des salaires, années suivantes : 0,25 %)
- à un prélèvement de 0,10 % des salaires au bénéfice du fonds de roulement, jusqu'à ce que celui-ci ait atteint le plafond prévu de 1 % des salaires.

- 196 -

Si le compte des résultats de chaque caisse fait apparaître un excédent, celui-ci est affecté par moitié au fonds de roulement de la caisse et au Fonds National.

En cas de déficit, celui-ci est couvert par un prélèvement - à concurrence de la moitié - sur le fonds de roulement, qui ne peut toutefois être ainsi abaissé en dessous de 0,20 % des salaires. Le surplus du déficit est intégralement couvert par le Fonds National. Si le fonds de roulement d'une Caisse est insuffisant, le Fonds National lui consent les avances nécessaires.

Variation des taux de contribution

Lorsque le total des fonds de réserve aura atteint un certain niveau, les taux de contribution seront réduits pour permettre simplement le fonctionnement courant du Régime et éventuellement la reconstitution de ses réserves.

En revanche, si une caisse particulière venait à assumer, pendant deux exercices consécutifs, des charges supérieures au double de ses ressources, il pourrait lui être imposé de relever le taux de ses contributions, sans toutefois que ce taux puisse excéder de plus de moitié le taux moyen de l'ensemble du Régime pour la même période.

Emploi des réserves

En raison du caractère particulièrement aléatoire du risque de chômage, il est nécessaire d'abord que le niveau des réserves soit abondant; ensuite, que celles-ci soient pour une part immédiatement et pour l'autre part facilement mobilisables, sans que cette mobilisation risque de venir peser sur un marché financier déjà déprimé par une mauvaise conjoncture.

Un arrêté du 3 juin 1959 fixe le cadre dans lequel doit se situer la gestion des réserves du Régime dont 40 % seulement peuvent faire l'objet d'emplois à long terme (obligations seules), 40 % en emplois à court terme ou emplois de trésorerie et 20 % au moins en dépôts à vue.

QUESTIONS DE L'EMPLOI

Tant dans la Convention du 31 Décembre 1958, que dans les statuts de l'UNEDIC et des ASSEDIC, il est précisé que ces organismes prétendent ne pas limiter leur action à la simple gestion des caisses d'allocations de chômage, mais se préoccuper d'une façon générale de tout ce qui intéresse l'Emploi.

Les études et recherches ont déjà commencé et des instructions d'orientation ont déjà été adressées par l'UNEDIC aux ASSEDIC.

Enfin, les questions relatives au chômage partiel font l'objet de travaux et de discussions des organisations signataires de l'accord du 31 décembre 1958.

P L A N D E L ' E T U D E

ANALYSE DE L'EVOLUTION DE CHAQUE BRANCHE

OBSERVATIONS GENERALES - Pour chaque branche, les antécédents historiques et les grandes étapes seront 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
 - régimes 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
- Prestations en espèce
 - Délai de carence (évolution - résultats)
 - Montant des indemnités
 - Durée
- Evolution des dépenses et de leur répartition entre les différentes catégories de prestations

- Financement -

- Salaire de base
- Plafond
- Taux
- Compensation - interrégionale
 - inter-professionnelle
 - entre branches
- Contribution de l'Etat
- Evolution de la situation financière en liaison avec l'évolution - du champ des bénéficiaires
 - des techniques nouvelles
 - des prix
 - du plafond de cotisation

INVALIDITE GENERALE - PROFESSIONNELLE

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes
- Structure - liaison avec assurance maladie
 - liaison avec assurance vieillesse
- Conditions d'attribution
- Définition de l'invalidité
- Montant de la pension
- Ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques (salaires, pouvoir d'achat de la monnaie)
- Financement

VIEILLESSE -

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes
- Structure
- Champ d'application
 - extension du nombre des bénéficiaires
- Conditions d'attribution
 - âge
 - durée d'affiliation
- Montant de la pension
 - cumul avec d'autres pensions
 - ajustement des pensions aux variations des facteurs économiques (salaires, pouvoir d'achat de la monnaie)
- Coordination entre les régimes
- Financement
 - système financier
 - évolution de la capitalisation à la répartition
 - salaire de base - plafond
 - taux des cotisations
 - rapport du nombre des travailleurs actifs au nombre des pensionnés
 - contributions de l'Etat
 - résultats financiers

Evolution des pensions par rapport aux prix et aux salaires suivant une formule commune et simple (à déterminer)

par ex. : pension moyenne d'un groupe déterminé

- mineurs
- pensionnés ayant au moins 15 ans d'affiliation ou bien
- carrière type.

SURVIVANTS

NOTA - S'il y a une évolution particulière intéressante à signaler, prendre mutatis mutandis, le schéma donné à la branche "maladie" pour la structure, le champ d'application, le financement de la branche étudiée.

- Antécédents historiques - grandes étapes

- Conditions d'attribution

- pour la veuve
 - âge
 - capacité de travail
 - nombre d'enfants
- pour les orphelins
 - âge
 - degré de parenté

- Montant des pensions pour la veuve et les orphelins

- Financement

Evolution de l'importance relative du montant total des pensions de veuve et d'orphelin par rapport aux pensions de vicillesse.

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.